

Tratamiento de recesiones gingivales:

Mediante injertos de tejido conectivo subepitelial

Las recesiones gingivales pueden provocar problemas estéticos y funcionales. La academia americana de periodoncia las define como la ubicación del margen gingival apical al límite cemento-adamantino. Es un rasgo común en poblaciones con niveles altos de higiene bucal. Donde con frecuencia se asocia a la presencia de «defectos en forma de cuña en el área sulcular de uno o más dientes».

Estas lesiones son de origen multifactorial. Pueden actuar como factores desencadenantes y predisponentes el cepillado traumático y la mal posición dentaria.

La clasificación más usada para determinar el grado de recesión y facilitar un pronóstico, es la establecida por Miller:

- Clase I: no se extiende más allá de la línea mucogingival (LMG). No hay pérdida de los tejidos periodontales en los espacios interproximales vecinos. Pronóstico bueno.
- Clase II: se extiende más allá de la LMG, sin pérdida de los tejidos interproximales. Pronóstico bueno.
- Clase III: se extiende más allá de la LMG y presenta algún nivel de pérdida de los tejidos adyacentes o existe mal posición dentaria. Posibilitará la cobertura sólo hasta la base de las papilas remanentes.
- Clase IV: recesión del tejido marginal que se extiende hasta o más allá de la LMG. La pérdida ósea y de tejidos blandos y/o la malposición dentaria presentes son muy severas. Pronóstico reservado.
- Se han descrito numerosos procedimientos quirúrgicos en la literatura periodontal para el tratamiento de las recesiones gingivales, que han demostrado ser efectivos en múltiples estudios clínicos. Sin embargo, el standard para la valoración de cualquier técnica a implementarse continúa siendo el injerto de tejido conectivo subepitelial.

Caso clínico

Paciente de 44 años de edad, sexo masculino, no fumador. Concurrir derivado por su odontólogo general para realizar tratamiento periodontal, previo a la rehabilitación protética planeada. Se diagnostica una periodontitis crónica con presencia de recesiones gingivales asociadas a un cepillado traumático, trauma oclusal y un biotipo periodontal fino. Se realizó la primera fase del plan de tratamiento periodontal (terapia básica): enseñanza de una adecuada técnica de higiene oral y refuerzo permanente durante todo el tratamiento. Raspaje y alisado radicular y estabilización oclusal mediante placa biorrelajante.

Injerto 1

- A. Imagen post Terapia Básica de las recesiones en sector anteroinferior.
- B. Recesión Clase III de Miller.
- C. Obtención del Injerto de tejido conjuntivo subepitelial de submucosa palatina.
- D. Sutura del sitio dador

E. Sutura del Injerto formando fondo de surco.

F. Post operatorio 12 meses después. Obsérvese la ganancia en el nivel de inserción clínica, en el espesor de encía adherida, la estabilidad del margen gingival y la ausencia de inflamación.

Injerto 2

G. Recesión Clase II de Miller.

H. Toma de medidas del sector a cubrir mediante el Injerto.

I. Tejido obtenido adecuado a la zona a cubrir.

J. Posoperatorio 10 meses después.

K. Posoperatorio con sonda. Obsérvese la ausencia de sangrado al sondaje y el espesor de encía adherida logrado.

Injerto 3

L. Preoperatorio de la recesión Clase III de Miller. Esta cirugía se realizó una vez estabilizadas las zonas 3.3 , 3.4 y 4.3 , 4.4.

M. Posoperatorio logrando mayor espesor de encía adherida en todos los incisivos.

Injerto 4

N. Preoperatorio recesión Clase III de Miller en 1.6

O. Adaptación y sutura del tejido a injertar.

P. Posoperatorio 8 meses después.

Posteriormente se realizó una evaluación periodontal (trascorridos 30 días) y se comprobó la curación de las bolsas periodontales con profundidades > a 5mm, I índice de placa bacteriana < a 20% y sangrado al sondaje negativo. Se comprueba la persistencia de recesiones en diferentes piezas, que incomodan al paciente estéticamente (es extremadamente exigente, dejando superficies radiculares expuesta muy sensibles y susceptibles tanto a las caries como a la inflamación gingival (dada la dificultad de higiene en la zona).

Se realizó la planificación de la segunda fase del plan de tratamiento: refuerzo de la técnica de higiene y cirugías mucogingivales mediante injertos de tejido blando subepitelial.

Objetivos:

Aumentar el nivel de inserción clínica.

Aumentar la altura gingival (estética)

Facilitar la higiene

Disminuir la sensibilidad

Técnica quirúrgica: inserción en “bolsillo” de un injerto de tejido conectivo subepitelial de mucosa masticatoria palatina en piezas 3.3 y 3.4 (1º cirugía), 4.3 y 4.3 (2º cirugía), 3.1 y 3.2 (3º cirugía) y 1.6 (4º cirugía). Se consideraron los reparos anatómicos del paladar, en especial el agujero palatino posterior por donde emerge la arteria palatina anterior.

Fundamento:

Recubrimiento radicular y modificación de la topografía de la encía marginal para facilitar el control de placa, contención del aumento de las recesiones en incisivos y disminución de la sensibilidad en 1.6. En todos los casos los injertos fueron obtenidos de la mucosa palatina e insertados en la zona de las recesiones previa realización de un colgajo mucoso sin levantar las papilas. Estás fueron desepitelizadas para luego ser recubiertas con el injerto. Las superficies radiculares fueron tratadas mecánicamente mediante raspaje y alisado radicular (se prefirió evitar el acondicionamiento químico). Los injertos se suturaron, en todos los casos, mediante “Vicryl 5.0” (reabsorbible) y luego casos, mediante “Vicryl 5.0” (reabsorbible) y luego caso) mediante un desplazamiento coronal de los colgajos.

Se puso especial atención en realizar un manejo atraumático de los tejidos y se procuró eliminar completamente cualquier tipo de tensión ante la tracción muscular del paciente, aspectos críticos y fundamentales para lograr una revascularización exitosa del tejido.

Se realizaron controles posquirúrgicos a las 48hs y se retiraron las suturas (del colgajo) a los 15 días. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios (escasa o nula profundidad de sondeo residual, aumento de la inserción clínica y aumento de la altura gingival, en todos los casos) y se ha logrado conservar la estabilidad del margen gingival a mediano plazo.

Discusión:

El éxito a largo plazo dependerá, en gran medida, de los mantenimientos periodontales frecuentes, supervisión continua en la técnica de higiene oral (dada la alta tendencia del paciente a recurrir en un cepillado traumático) y de la correcta rehabilitación protética y armonización oclusal. Es vital, durante las cirugías, lograr una base amplia con el mejor aporte circulatorio posible del injerto, que estos sean del tamaño adecuado, que la superficie radicular sea aceptable para la curación y la inmovilidad posoperatoria del injerto. Otro aspecto a considerar, en este caso clínico en particular, fue la secuencia con que las cirugías fueron realizadas. Obsérvese que, en el sector anteroinferior, se programó en una etapa la correspondiente al sector 3.3, 3.4; en una segunda etapa la del sector 4.3, 4.4 para realizar en una tercera etapa la del sector 3.1, 3.2. La finalidad de esto fue la de brindar, mediante la estabilización de ambos extremos (caninos y premolares de ambos lados), una estabilización del

margen gingival a nivel anterior. Una vez logrado, se programó la cirugía en la zona de incisivos.

Conclusión:

La odontología actual está orientada a la prevención, resolución de enfermedades gingivodentales, a la rehabilitación del sistema, y al mantenimiento de la salud. El éxito dependerá de una correcta planificación integral, mediante la realización de un Plan de Tratamiento inteligente e interdisciplinario.

Como ya se ha mencionado, en la actualidad las técnicas disponibles para el recubrimiento de las recesiones son diversas. Si bien el reporte de un caso no es parámetro para determinar un tratamiento ideal, es recomendable tenerlo en cuenta para un adecuado diagnóstico y alternativa de tratamiento.

La cirugía periodontal relacionada con la terapia rehabilitadora constituye un recurso terapéutico fundamental para la precabilidad de los tratamientos y el mantenimiento de la salud a través del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- » Glosary of periodontal terms. American Academy of Periodontology. 2001.
- » Serino, G y cols., Journal of Clinical Periodontology 1994,21:57-63.
- » Sagnes, G. y Gjermo, P. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1976, 4:77-83.
- » Wennström, J L. Mucogingival Therapy. Ann of Periodontol. 1996; 671-701.
- » Miller, P.D. A classification of marginal tissue recession. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 1985;2:8-13.
- » Roccuzzo, M; Bunino, M; Needleman, I; Sanz, M. Periodontal Plastic Surgery for treatment of gingival recesions: a systematic review. J. Clin. Periodontol. 2002: 29:178-94.
- » Burkhardt, R; Lang, NP: Coverage of localizad gingival recesions: comparison of micro- and macrosurgical techniques. J. Clin. Periodontol 2005; 32:287-293.
- » Zaher, C-A; Hachem, J; Puhan, MA; Mombelli, A. Interest in periodontology and preferentes for treatment of localized gingival recesions: A Surrey hmong Swiss dentists. J. Clin. Periodontol 2005; 32:375-382.
- » Carranza, F; Newman, M. Periodontología Clínica. 8th. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. 1997;247-8.
- » Reiser, GM, Bruno, J F. The subepitelial connective tissue graft palatal donor site: anatomic considerations for súrgenos. Int. J. Perio and Rest. Dent. 1996 Apr; 16:130-7.
- » Hugo Romanelli, Evelyn Adams. Fundamentos de Cirugía Periodontal. AMOLCA, 2004.