

PRESENTACIÓN DE CASO

La cirugía mucogingival en el tratamiento de la recesión periodontal Muco-gingival surgery for the treatment of periodontal recession

Dr. Omelio Fontaine Machado*, Dra. Ana M. García Jiménez**, María del C. Fontaine Uliver**

*Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral. Especialista de Primer Grado en Periodoncia. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Investigador Agregado. Profesor Asistente. **Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Profesora Asistente. Clínica Estomatológica Docente "3 de Octubre". ***Estudiante de cuarto año de Estomatología. Alumna Ayudante de Periodoncia. Universidad de Ciencias Médicas. Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dr. Omelio Fontaine Machado, correo electrónico: fmomelio@ltu.sld.cu.

Recibido: 26 de junio de 2015

Aprobado: 27 de agosto de 2015

RESUMEN

La recesión periodontal es la pérdida total o parcial de la encía que cubre a la raíz, teniendo como resultado un margen gingival apical, una opción terapéutica es la cirugía mucogingival, para tratar de cubrir la raíz dental expuesta. Se presenta a un paciente masculino de 40 años de edad de la raza blanca, con antecedentes de salud anterior, remitido de la atención primaria por presentar recesión periodontal grado II a nivel del 31, causada por un trauma de la oclusión, no signos de movilidad dentaria, buena higiene bucal. Previa indicación de terapia medicamentosa y estudio hematológico se procedió a la realización de un injerto libre de encía, para la reducción del nivel de retracción periodontal. Fue evolucionado en consulta por un periodo de tres meses. Se logró la satisfacción del paciente desde el punto de vista estético.

Palabras clave: RECESIÓN PERIODONTAL; ENCÍA; CALIDAD DE VIDA.

Descriptores: RECESIÓN GINGIVAL; ENCÍA; CALIDAD DE VIDA.

SUMMARY

Periodontal recession is the total or partial loss of the gum that covers the root, having as a result an apical gingival margin. A therapeutic option is the muco-gingival surgery, in order to try to cover the exposed root of the tooth. This study presents the case of a 40-year-old white male patient, with a past medical history of referral from primary care for having a degree II periodontal recession at the 31, caused by an occlusion trauma. There were no signs of dental mobility and there was a good oral hygiene. Before the indication of medicinal treatment and the order of hematological studies, a free gum graft was performed to reduce the level of periodontal retraction. The patient was followed at office during three months. The patient progressed satisfactorily from an esthetic viewpoint.

Key words: PERIODONTAL RECESSION; GUM; QUALITY OF LIFE.

Descriptors: GINGIVAL RECESSION; GINGIVA; QUALITY OF LIFE.

INTRODUCCIÓN

Recesión periodontal es la pérdida total o parcial de la encía que cubre a la raíz, teniendo como resultado un margen gingival apical a la línea amelocementaria más frecuente en (caninos, primeros premolares, primeros molares superior, incisivos inferiores), puede aparecer como consecuencia de la enfermedad periodontal, o como una lesión aislada,

o causada por algún traumatismo previo. (1) En esta definición por motivos prácticos no está incluida la seudorecesión o recesión oculta. Una pérdida de inserción que, al no ir acompañada de migración del margen gingival apicalmente a la línea amelocementaria, no es evidente a la inspección, factores precipitantes. (2)

Citar como: Fontaine Machado O, García Jiménez A, Fontaine Uliver M. La cirugía mucogingival en el tratamiento de la recesión periodontal. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015; 40(10). Disponible en: <http://revzoiломarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/342>.



La encía marginal de las zonas con recesión y encía inadecuada habitualmente está inflamada, la importancia de un cepillado traumático, pueden actuar de una forma traumática, agrediendo a la banda de encía insertada existente y favoreciendo a la recesión, ya sea por demasiada presión, excesivo tiempo, dirección de cepillado horizontal, o el empleo de un cepillo muy duro o deshilachados, que pueden causar daño. (2)

Iatrogenias: que debe ser prevenida con una mejor educación, puede ser un factor precipitante importante, un tallado subgingival, coronas provisionales o definitivas y restauraciones definitivas, restauraciones de márgenes subgingivales mal ajustados, retenedores de algunas prótesis, aparatología de ortodoncia favorecen la recesión, (3) este efecto se ve incrementado si no existe una adecuada encía y hay inflamación gingival.

La etiología de la recesión se basa en la erección aberrante del diente en la arcada, lo que provoca la existencia de una encía inadecuada (muy delgada) y de una cortical fenestrada o deshicente, sobre este terreno pueden actuar factores traumáticos que produzcan heridas o hendiduras que desencadenan la lesión, aquí comenzará la rescisión. (3)

Basándose en estas carencias, Miller (4) las clasificó en 1985:

Clase I. Recesión del tejido marginal que no excede la línea mucogingival, no existe afectación del periodonto interproximal.

Clase II. Recesión del tejido marginal que excede la línea mucogingival no existiendo afectación del periodonto interproximal, se puede conseguir un recubrimiento radicular de 100 por ciento.

Clase III. Recesión del tejido marginal que alcanza o sobrepasa la línea mucogingival, hay afectación del hueso interproximal, o de la papila, o una malposición dentaria que dificultara el recubrimiento radicular.

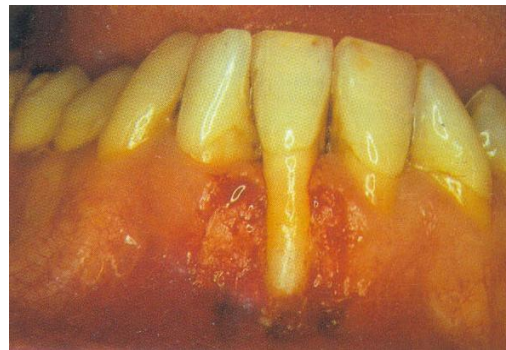
Clase IV. Recesión del tejido marginal que alcanza o sobrepasa la línea mucogingival, existe una afectación del hueso interproximal, de la papila o una malposición dentaria tan severa que no es aconsejable intentar el recubrimiento radicular.

Cirugía mucogingival: engloba una serie de técnicas quirúrgicas, diseñadas para corregir defectos de la morfología, posición y cantidad de encía peridentaria. (5) Está indicada en los casos que se desea aumentar encía y en los que se busca el recubrimiento radicular, aumento de encía, recubrimiento radicular, incluye las técnicas quirúrgicas, injerto libre (autógeno) y el de tejido conectivo. Injerto pediculado y el colgajo de reposición lateral, injerto o colgajo oblicuo, el de doble papila, reposición coronal, colgajo pediculado semilunar. (6)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 40 años de edad, raza blanca, con antecedentes de salud anterior, remitido de atención primaria por presentar recesión periodontal grado II a nivel del 31, causada por trauma de la oclusión, no signos de movilidad dentaria, una buena higiene bucal; lo primero que se eliminó fue el trauma de la oclusión, con la técnica de desgaste selectivo y se aplicó posteriormente desensibilizante y se le dieron las indicaciones. Al paciente se le habló de la técnica que se empleará para tratar los defectos estéticos que provocan una recesión periodontal, por lo que dio su consentimiento de participación.

IMAGEN 1. Recesión periodontal grado II



Preparación del lecho receptor: previo a esto se toman todas las medidas de sepsia y antisepsia, anestesia por técnica infiltrativa, se prepara un colgajo de espesor parcial, que se extiende en sentido apical unos 5 mm más allá de la dehiscencia ósea y en sentido mesiodistal alcanza un diente más a cada lado de la zona a tratar. La incisión será horizontal con el bisturí orientado perpendicularmente a la base de las papilas, a nivel de la línea amelocementario o coronal a ésta. Se extiende hasta casi el ángulo diedro de los dientes adyacentes a los dientes a tratar. Con esta incisión coronal se busca una buena adaptación entre el injerto y la base de las papilas y una correcta vascularización del tejido donante. (5) De las incisiones horizontales parten dos incisiones verticales paralelas entre sí, que se prolongan hasta la porción apical del lecho receptor ya preparado. Mediante el bisturí o tijeras, se diseña la encía hasta obtener un lecho perióstico firme e inmóvil. (6) Preparación de la zona receptora: se elimina todo el cemento necrótico, con curetas periodontales anteriores, se le administra por encima de esto ácido cítrico al 5 %, para facilitar la formación de una nueva inserción de tejido fibroso por la exposición de las fibras de colágeno de la dentina y permitir la unión de estas fibras con las del tejido conectivo del injerto. Se desbridan los bordes para la posible inserción del injerto, (7) se sitúa una torunda de gasa, embebida en suero, para la hidratación de la zona.

Preparación del lecho donador: a nivel de la zona retromolar se efectúa la toma de mucoperióstico, que debe ser mucho más grande que la zona receptora.

Colocación e identificación del tejido: se le recorta encima de un depresor lingual, se le adapta al papel tinfoide.

Se sutura del lecho donador, se coloca el injerto, es conveniente colocar encima del injerto la sutura en forma de equis, para así de este modo esté mejor fijada y se pueda adherir con facilidad y permitan adaptarlo perfectamente al lecho, se hace compresión con una gasa humedecida en suero salino por espacio de cinco minutos y se sitúa el cemento quirúrgico, se le dan indicaciones postoperatorias, reposo, dieta líquida las primeras 24 horas, luego blanda, termoterapia, buena higiene oral (no cepillar la zona intervenida), en caso de caída del cemento quirúrgico acudir de inmediato al cuerpo de guardia más cercano.

IMAGEN 2. Lecho donador

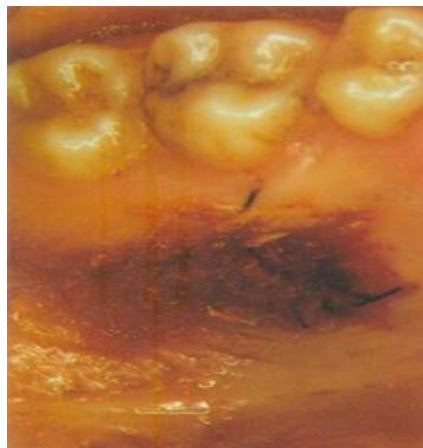


IMAGEN 3-4. Colocación del injerto

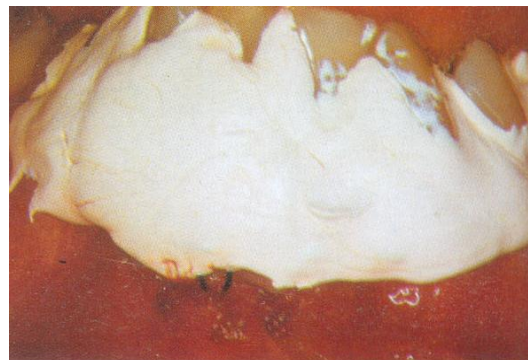


IMAGEN 5. Después de tres meses de evolución



examen antes de iniciar el tratamiento. Tomando en cuenta la clasificación de las recesiones gingivales de Miller, (4) independientemente de la técnica utilizada, en las clases I y II se puede lograr el cubrimiento radicular completo, pero sólo se puede esperar un cubrimiento parcial en la clase II; en cuanto a los defectos en la clase IV, no se puede hacer ningún tratamiento, ya que está contraindicado por la posición de la encía en sentido apical y no se aconseja el recubrimiento radicular.

Al examen clínico, los resultados obtenidos tres meses después del tratamiento quirúrgico de recesiones periodontales mostraron un significativo resultado de cobertura de raíz de 97 % (recesiones clase I). El injerto subepitelial de tejido conectivo es un procedimiento diseñado para maximizar el suministro sanguíneo al injerto. Presenta algunas ventajas con relación a los injertos gingivales libres, ya que el resultado es más estético, debido a una mayor uniformidad en cuanto al color, con relación a los tejidos adyacentes al área receptora. (10) Mediante la utilización de esta técnica es posible obtener grandes cantidades de tejido conectivo del

DISCUSIÓN

La recesión periodontal se trata mediante una amplia variedad de técnicas quirúrgicas, pretendiendo ganar encía queratinizada primero y posteriormente tratando de conseguir recubrimiento radicular. Son muy bien conocidos los efectos que pueden traer los movimientos ortodóncicos a los tejidos periodontales, por tanto se debe hacer un riguroso

paladar con una cicatrización muy rápida y unas molestias mínimas para el paciente. Resultados como estos se observan en el trabajo de Ventura, (3) Matos. (8) La técnica realizada fue muy efectiva,

ya que se logró cubrir gran parte de la raíz expuesta, trayendo consigo recuperación de la estética del paciente, afirmando así el éxito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Carranza F. Periodontología clínica de Glickman. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1982. p. 4-32
2. Prichard J. Enfermedad periodontal avanzada. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1977. p. 1-3
3. Ventura Hernández MI; Alfaro Mon M; Nasco Hidalgo N; Pérez Majín M; López García RM. Prevención y tratamiento de lesiones recesión por el estomatólogo general integral Rev. Habanera cienc. Med [revista en internet]. 2006 [citado 14 de septiembre 2015]; 5(3). Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol15_num3/rhcm10306.htm.
4. Bascones Martínez A. Periodoncia, Diagnostico y tratamiento de la enfermedad periodontal, ediciones avances. 2a ed. Madrid, España; 1990. cap.29. p. 389-410.
5. Vicario-Juan M, Pascual-La Rocca A. Técnicas de cirugía mucogingival para el cubrimiento radicular. RCOE [revista en internet]. 2006 [citado 14 de septiembre 2015]; 11(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000100004.
6. Fabrizi S, Ortiz-Vigón Carnicero A, Bascones-Martínez A. Tratamiento periodontal regenerativo en dientes con afectación furcal. Avances en Periodoncia [revista en internet]. 2010, Dic [citado 14 de septiembre 2015]; 22(3): 147-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852010000300004&lng=es.
7. Díaz Caballero A, Arcila Aristizabal T, Arrieta González L. Injerto de tejido conectivo subpediculado y colgajo de avance coronal para el tratamiento de una recesión gingival en paciente con tratamiento de ortodoncia: Presentación de un caso. Avances en Periodoncia [revista en internet]. 2009, Ago [citado 14 de septiembre 2015]; 21(2): 71-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852009000200002&lng=es.
8. Matos Cruz R, Bascones-Martínez A. Tratamiento periodontal quirúrgico: Revisión. Conceptos. Consideraciones. Procedimientos. Técnicas. Avances en Periodoncia [revista en internet]. 2011, Dic [citado 14 de septiembre 2015]; 23(3): 155-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852011000300002&lng=es.
9. Hernández Duque C, Herrera Herrera A, Díaz Caballero A, Antines Freitas D. Unión de técnicas ortodónticas con flexicorticotomía periodontal para el manejo de tratamiento ideal. Salud, Barranquilla [revista en internet]. 2012, Dic [citado 14 de septiembre 2015]; 28(3): 419-424. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000300009&lng=en.
10. Discepoli N, Costa Berenguer X, Bascones-Martínez A. Regeneración de los defectos periodontales intraóseos: combinación de membranas barrera y material de relleno: evidencia preclínica y clínica. Avances en Periodoncia [revista en internet]. 2012, Dic [citado 14 de septiembre 2015]; 24(3): 145-150. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852012000300005&lng=es.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional, los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.