

Cirugía Plástica Periodontal: Reporte de un caso clínico

Periodontal Plastic Surgery: A clinical case report

Bueno Rossy, Luis Alejandro*

Resumen

El abordaje terapéutico de las recesiones gingivales requiere un plan de tratamiento que involucre terapia básica, la cual tendrá como objetivo la resolución de la/las etiologías de la/las mismas y una terapia de cirugía plástica periodontal adecuada al caso específico.

Los procedimientos quirúrgicos con injertos de tejido conjuntivo tomados principalmente del paladar son el gold standard en el tratamiento de las recesiones gingivales.

El objetivo de este trabajo es exponer paso a paso el tratamiento de una recesión gingival post-terapia de ortodoncia y su evaluación a largo plazo.

Abstract

The therapeutic approach to gingival recession requires a treatment plan involving basic therapy, which will focus on its etiologies, and the most suitable periodontal plastic surgery therapy in each specific case.

Surgical procedures with connective-tissue grafts, taken mainly from the palate, are the gold standard in gingival recession treatment.

The aim of this paper is to present the step-by-step post-orthodontic therapy treatment of a case of gingival recession and its long-term evaluation.

Palabras clave: recesión gingival, cirugía plástica periodontal, terapia post-ortodóntica.

Keywords: gingival recession, periodontal plastic surgery, postorthodontic treatment.

* Profesor Titular de la Cátedra de Periodoncia de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, Director de la Especialidad en Periodoncia, Universidad de la República Oriental del Uruguay, Especialista en Implantología, Universidad de Guarulhos, Brasil.

Fecha de recibido: 04.11.2015 – Fecha de aceptado: 30.01.16

Antecedentes

Según la Academia Americana de Periodoncia la recesión gingival es definida como la exposición oral de la superficie radicular provocada por el desplazamiento del margen gingival en sentido apical a la unión amelocementaria, frecuentemente relacionado con un detrimento de la estética dental y gingival así como hipersensibilidad dentinaria (1). Se puede presentar en forma localizada como generalizada (2).

Cuatro factores son relacionados con el desarrollo de las recesiones gingivales: factores relacionados con la anatomía (falta de encía queratinizada, inserción muscular cerca del margen gingival, inadecuado alineamiento dentario, tabla vestibular fina o ausente, prominencia radicular); factores relacionados con enfermedades inflamatorias (Enfermedad Gingival por Placa, Periodontitis); factores relacionados con iatrogenia (ejemplo: protética, ortodóntica); factores relacionados con trauma (cepillado u otros traumas mecánicos) (3).

La eliminación de los factores causales así como la explicación detallada del tratamiento al paciente son tan importantes como la técnica de cirugía plástica periodontal a emplear (4, 5, 6).

La clasificación de recesiones gingivales más aceptada es la presentada por Miller, PD. Se basa en la situación del margen gingival más apical de la recesión vestibular respecto a la unión mucogingival y a la cantidad de tejido perdido (marginal y profundo) en las zonas interproximales adyacentes a la recesión (7).

Se considera recubrimiento completo cuando se logra situar el margen gingival a nivel de la línea amelocementaria, el surco gingival tiene una profundidad al sondaje inferior a 2mm y no hay sangrado al sondaje (8).

El injerto de tejido conectivo se considera patrón de oro en cirugía plástica periodontal

debido a su previsibilidad, estabilidad en el tiempo, aumento de espesor y de largo de la encía queratinizada (9).

En este año 2015 el Workshop de Regeneración realizado por la Academia Americana de Periodoncia demostró que el cambio de espesor de tejido alcanzado con el uso de injertos de tejido conjuntivo da lugar a resultados más estables en el tiempo y a menos recurrencia de las recesiones gingivales (6).

Descripción del Caso

Una paciente de sexo femenino de 28 años de edad, sistemicamente sana, no fumadora, es derivada a la Clínica de Postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología (UdeLaR) en abril de 2011. Su motivo de consulta era dolor al cepillado e hipersensibilidad a los cambios térmicos en la zona labial de una de las piezas anteroinferiores.

La paciente relató ser tratada con tratamiento de ortodoncia desde el año 2006 hasta el año 2010, comenzando con la sintomatología mencionada al finalizar el mismo.

El examen clínico reveló presencia a nivel de la pieza dentaria 41 de:

Recesión gingival tipo 2 de Miller (Fig. 1)

Inflamación gingival localizada

Biotipo gingival fino

Ausencia de encía insertada.

Se le presentó y explicó detalladamente a la paciente su diagnóstico y el plan de tratamiento sugerido que consistió en terapia básica periodontal y terapia de cirugía plástica periodontal con utilización de un injerto de tejido conjuntivo. Se le presentaron otras opciones de tratamiento de cirugía plástica con la utilización de xenoinjertos y homoinjertos, con sus ventajas y desventajas.

La terapia básica consistió en:

Educación del paciente en cuanto al control de la placa microbiana.

Detartraje, profilaxis y utilización de un cepillo con cerdas suaves y elementos de higiene interproximal adecuadas a cada sector.

Esta terapia se realizó durante 4 sesiones y el resultado se expone en la figura 2.

La terapia de cirugía plástica seleccionada fue un colgajo de reposición coronal con el uso de un injerto de tejido conjuntivo tomado de la zona palatina (10).

Para el procedimiento quirúrgico se procedió bajo anestesia local a realizar un colgajo a espesor parcial con dos descargas verticales, preparación mecánica de la raíz expuesta e irrigación con suero salino (Fig. 3).

Se procedió a la toma de un injerto de tejido conjuntivo del paladar (Fig. 4)(11) y el mismo fue suturado en la zona receptora con sutura de Vicril 5-0 (Ethicon, Johnson & Johnson) (Fig. 5).

El colgajo se reposicionó por encima del injerto cubriéndolo totalmente y sobrepasando el límite amelocementario por unos 2mm (Fig. 6) suturando en este caso con sutura de nylon 5-0 (Ethicon, Johnson&Johnson).

Las suturas fueron removidas 14 días luego del procedimiento y el paciente fue prescrito con enjuagues de clorhexidina 0,12% dos veces al día.

A los dos años del tratamiento se observa una estabilidad y espesor gingival muy aceptables lo que demuestra la correcta higiene del sector y la estabilidad tisular gingivallograda con el injerto (Fig. 7).

El paciente expresa su agradecimiento y conformidad con el tratamiento.

Discusión

Tanto el uso de injertos conjuntivos así como de sus sustitutos sean xenoinjertos como homoinjertos podrían dar lugar a cambios en el espesor del tejido gingival (6).

En este caso la elección del uso de injerto de

tejido conjuntivo dio lugar a cambio de espesor del tejido gingival como cobertura radicular completa a largo plazo, hallazgos descriptos en la literatura (3).

No se reportaron complicaciones en ninguno de los sitios quirúrgicos (zona receptora y dadora). La literatura al respecto describe baja incidencia de complicaciones (12).

En este caso se optó por el uso de tejido conjuntivo tomado del paladar por ser el gold standard, por presentar un área donante adecuada y por la propia elección del paciente.

Estaría contraindicado realizar el procedimiento de colgajo desplazado coronal sin injerto debido al fino espesor del tejido gingival presente.

El mantenimiento periodontal cada 4 meses ha dado lugar a la constatación de medidas de higiene correctas por parte del paciente así como a la remoción profesional de placa microbiana lo que ha colaborado en los resultados logrados (3).

Al menos un 70% de la reducción de la recesión puede ser esperada 2 o más años luego del tratamiento (5, 13).

La literatura describe mejores resultados con injertos en el maxilar superior donde la profundidad del vestibulo, tensión del colgajo, grosor del colgajo son más favorables (14).

La elección del mejor tratamiento basado en la evidencia científica llevó a excelentes resultados clínicos.

El cambio de biotipo logrado en la zona quirúrgica gracias al uso de injerto de tejido conjuntivo llevó a la estabilidad en los resultados obtenidos junto al correcto control de placa microbiana por parte del paciente.

Diferentes técnicas quirúrgicas son propuestas para la utilización de injertos: en túnel (Raetzke, 1985; Allen, 1994), con la reposición del colgajo para cubrir el injerto conectivo con un ribete epitelial en forma parcial (Langer, B; Langer, L), con colgajos avanzados coronalmente con descargas

verticales (Nelson, S; Wennstrom, J); o sin ellas (Bruno, J.), o con traslación de papilas lateralmente (Harris, R)(15, 16, 17, 18, 19, 20, 21). Las características anatómicas locales llevaron a la elección de un colgajo avanzado coronal con descargas verticales. La raíz expuesta de la recesión fue tratada con curetas ya que no existen diferencias frente a

otras formas de tratamiento (22). Con la utilización de injertos conjuntivos o epitelio - conjuntivo logramos la formación de un epitelio de unión largo con una inserción fibrosa (23, 24) aunque algunos estudios reportan regeneración en porcentaje variable. Solo zonas que preservaron cemento fueron capaces de neoformar cemento (25).



Fig. 1



Fig. 2



Fig.3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

Conclusiones

La terapia básica periodontal es muy importante en todo tratamiento de recesiones gingivales. El uso de injertos de tejido conjuntivo subepitelial son el gold standard en cirugía plástica periodontal ya que dan lugar a cambio del espesor tisular, aumento de encía queratinizada y cobertura radicular. El mantenimiento periodontal es prioritario para evitar eventos inflamatorios que faciliten la recidiva de la recesión.

Referencias

1. Chambrone, L. Rationale for the Surgical Treatment of Single and Multiple Recession-Type Defects, In: Chambrone, L. Evidence Based Periodontal and Peri Implant Plastic Surgery, 1er Ed, Springer, 2015: 45-146.
2. Wennström JL, Zucchelli G. Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures? A 2-year prospective clinical study. J Clin Periodontol, 1996; 23: 770-777.
3. Bueno, L; Chambrone, L. Management of multiple recessions type defects after Orthodontic Therapy: A clinical case report based of Scientific Evidence, Clinical Advanced of Periodontology; 2015; 10: 1- 14.
4. Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Root coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: a Cochrane systematic review. J Periodontol 2010;81:452-78.
5. Chambrone L, Tatakis DN. Periodontal soft tissue root coverage procedures: A systematic review from the AAP Regeneration Workshop. J Periodontol 2015, 86 (2 Supplement):S8-S51.
6. Richardson CR, Allen EP, Chambrone L, Langer B, McGuire MK, Zabalegui I, Zadeh HH, Tatakis DN. Periodontal soft tissue root coverage procedures: Practical applications from the AAP Regeneration Workshop. Clin Adv Periodontics 2015; 5:2-10.
7. Miller, PD. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodontol Rest Dent, 1985; 5: 9-13.
8. Bueno, L; Ferrari, R; Shibli, J. Tratamiento de recesiones y defectos mucogingivales mediante injertos de tejido conjuntivo en piezas dentarias e implantes. Odontostomatología, 2015; XVII (25): 35-46.
9. Chambrone L, Pannuti CM, Tu YK, Chambrone LA. Evidence- based periodontal plastic surgery. II. An individual data meta-analysis for evaluating factors in achieving complete root coverage. J Periodontol 2012; 83: 477-490.

10. Zuchelli, G. Casos Clínicos Complejo En: Zuchelli, G. Cirugía Estética Muco-gingival, 1era. Ed, España, Quintessence, 2014: 693-747.
11. Hurzeler, M; Weng, D. A single incision technique to harvest subepithelial connective tissue grafts from the palate. *Int. J. Periodontics Restorative Dent*, 1999, 19, 279-287.
12. Harris, R; Miller, R; Harris, L. Complications with Surgical Procedures Utilizing Connective Tissue Grafts: A Follow up of 500 Consecutively Treated Cases. *Int. J. Periodontics Rest. Dent.* 2005; 25: 449-459.
13. Tatakis DN, Chambrone L, Allen EP, Langer B, McGuire MK, Richardson CR, Zabalegui I, Zadeh HH. Periodontal soft tissue root coverage procedures: A consensus report from the AAP Regeneration Workshop. *J Periodontol* 2015; 86 (2 Supplement): S52-S55.
14. Chambrone L, Chambrone D, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller Class I and II recession-type defects? *J Dent* 2008;36:659-71.
15. Langer, B; Langer; L. Subepithelial connective tissue grafts technique for root coverage. *J. Periodontol*; 1985; 56: 715-720.
16. Raetzke, P. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope" technique. *J. Periodontol*, 1985; 56: 397-401.
17. Allen, A. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. II. Clinical results. *International J. of Periodontics and Restorative Dentistry*, 1994; 14: 303-315.
18. Nelson, S. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J. Periodontol*, 1987; 58: 95-102.
19. Wennstrom, J; Zuchelli, G. Increase gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures? A 2 year prospective clinical study. *J. Clinical Periodontol*, 1996; 23: 770-777.
20. Bruno, J. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *International J. Periodontics and Restorative Dentistry*, 1994; 14: 127-137.
21. Harris, R. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. *J. Periodontol*, 1992; 63: 477-486.
22. Chambrone L, Chambrone D, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller Class I and II recession-type defects? *J Dent* 2008; 36: 659-671.
23. Wilderman MN, Wentz FM. Repair of a dentogingival defect with a pedicle flap. *J Periodontol* 1965;36: 218-231.
24. Caffesse RG, Kon S, Castelli WA, Nasjleti CE. Revascularization following the lateral sliding flap procedure. *J Periodontol* 1984; 55:352-358.
25. Pasquinelli, K. Histología de la nueva inserción al utilizar un injerto autógeno de tejido blando grueso en un área de profunda recesión: Reporte de un caso. *Int. J. Period Rest Dent*, 1995; 15:248-257.

Luis Bueno Rossi: catedradeperiodoncia@gmail.com