

Tratamiento en dos tiempos quirúrgico de una recesión clase I de Miller: reporte de un caso.

Castillos Bolio Rubén,* Martínez Aguilar Víctor Manuel,*
Torruco Aguilar Ana Gabriela.*

Resumen

La recesión gingival puede desencadenar problemas de hipersensibilidad, caries radicular y problemas estéticos. Para corregir estos defectos y cubrir las superficies radiculares se han propuesto gran variedad de técnicas de cirugía plástica periodontal. El propósito de este artículo es realizar una descripción detallada de un caso tratado en dos tiempos quirúrgicos. En el primero, con un injerto de encía libre y en el segundo tiempo, con un colgajo desplazado coronalmente. El comportamiento de tejido insertado es predecible por el aporte vascular que garantiza la integración del mismo. Como resultado, este permite realizar una segunda fase quirúrgica con la encía insertada lograda.

Palabras Clave: Bionator, maloclusión.

Abstract

Gingival recession may trigger hypersensitivity problems, root caries and aesthetic problems. To correct these defects and to cover the root surfaces have been proposed a variety of periodontal plastic surgery techniques. The purpose of this article is to provide a detailed description of a case treated in two surgical step. First surgical step: free gingival graft. Second surgical step: coronally advanced flap. Inserted tissue behavior is predictable by vascular supply which ensures integration. As a result, this allows a second surgical phase achieved the attached gingiva.

Key words: bionator, malocclusion.

* Unidad de Posgrado e Investigación Especialización en Periodoncia. Universidad Autónoma de Yucatán.

Correspondencia: Rubén Castillos Bolio. e-mail:rucabo@hotmail.com

Recibido: Septiembre 2013

Aceptado: Noviembre 2013

Introducción

La recesión gingival se define como “el desplazamiento del tejido gingival marginal hacia la zona apical del límite amelocementario, dando lugar a la exposición de la superficie radicular”.¹

Con respecto a las causas que producen recesión localizada debemos diferenciar entre factores predisponentes y factores desencadenantes.²⁻⁵ Entre los factores predisponentes se encuentran las dehiscencias en la tabla vestibular, estas son un prerrequisito para que se produzca una recesión, sin embargo no producirán necesariamente una por el simple hecho de estar presentes. Un biotipo gingival fino, poca cantidad de encía queratinizada en altura, o inserción alta de los frenillos, son otros factores que influyen y pueden predisponer hacia una futura recesión sin ser la causa directa de estas.^{5,6}

Sin embargo, el acumulo de placa, o un trauma mecánico como el cepillado, sí pueden ser factores desencadenantes de recesiones gingivales.^{2,5} Está reportado que la causa principal de las recesiones localizadas en pacientes jóvenes es producto del cepillado traumático, mientras que en adultos la enfermedad periodontal puede ser la causa principal.²

Miller y col., en 1987, concluyeron que en las poblaciones sin tratamiento periodontal, todas las superficies dentales están afectadas por la recesión gingival.² Se han descrito distintos factores etiológicos como son: el cepillado traumático, la presencia de obturaciones desbordantes que invadan el llamado “espacio biológico”, movimientos ortodóncicos inadecuados, malposición dentaria, tracción por frenillos y la enfermedad periodontal.^{7,8} Tinti sugirió que existe una correlación entre la presencia de defectos recesivos y el biotipo gingival.⁹

Unas de las formas más comunes para orientar el caso es seguir la clasificación que elaboró Miller en 1985.⁷

Clase I: Recesión que no sobrepasa la línea mucogingival (LMG). No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental.

Clase II: Recesión que llega hasta la LMG o la excede. No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental.

Clase III: Recesión que llega hasta la LMG o que la sobrepasa. La pérdida de hueso o de tejido blando interdental es apical respecto a la unión amelocementaria, pero coronal respecto a la extensión apical de la recesión.

Clase IV: Recesión que sobrepasa la LMG. La pérdida de hueso interproximal se localiza apical a la recesión.⁷

Las indicaciones para proceder al tratamiento de recubrimiento son: A) Motivos estéticos, para devolver la armonía y la arquitectura. B) Por sensibilidad, sintomatología que se produce en muchos casos como consecuencia de la exposición radicular. C) Para evitar el desarrollo de caries en la superficie expuesta de la raíz. D) Para impedir la formación o el progreso de abrasiones cervicales.^{2,8} Este procedimiento tiene diferentes niveles de éxito. Cuando se utiliza para ganar cobertura de la recesión y encía insertada.¹⁰

Ventajas: Alta predictibilidad, el injerto recibe abundante irrigación sanguínea, tanto del colgajo como del periostio, menor incomodidad y dolor durante la cicatrización del área donante, el injerto se acomoda al tejido que lo rodea en el lecho receptor, resultado estético agradable, aplicable en recesiones gingivales múltiples.²

Descripción del caso

Las metas consisten en aumentar la encía insertada y posteriormente lograr el recubrimiento radicular del O.D 3.4.

Se trata de un paciente femenino de 21 años de edad que acude a la clínica del programa de especialización en periodoncia de la facultad de odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán que presenta sensibilidad dentaria en el O.D. 3.4.

Al examen clínico periodontal se observa migración del margen gingival, pérdida de inserción de 2mm, la recesión no sobrepasa la línea mucogingival, no hay pérdida de tejido blando interdental. Al realizar el examen radiográfico no se observó pérdida ósea, la recesión es provocada en este caso por una técnica de cepillado inadecuada aunado a un biotipo periodontal fino, que coadyuvan con escasa encía insertada. De acuerdo a la clasificación de Miller antes mencionada se diagnosticó una clase I con de 2mm de recesión en el órgano dentario 3.4. Plan de tratamiento: Recubrimiento radicular, en dos tiempos quirúrgicos.⁹

Primer tiempo quirúrgico: Previa asepsia y antisepsia, se aplica anestesia infiltrativa con mepivacaina (3%) sin vasoconstrictor, para lograr anestesia de la zona correspondiente al lecho receptor. *Preparación del lecho receptor:* Se realizó un colgajo de espesor parcial que se extiende en sentido apical. La incisión será horizontal con el bisturí orientado perpendicularmente a la base de las papilas, a nivel de la línea amelocementaria y se extiende hasta casi el ángulo diedro de los dientes adyacentes al diente 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.



Figura 1. Aspecto inicial



Figura 2. Primer tiempo quirúrgico toma de injerto.



Figura 3. Injerto de encía libre. Lecho receptor.



Figura 4. Sutura suspensoria.



Figura 5. Evolución a 20 semanas.



Figura 6. Segundo tiempo quirúrgico. Colgajo desplazado coronal.



Figura 7. Post-operatorio inmediato

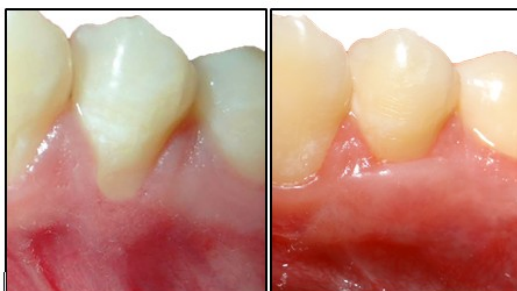


Figura 8. Aspecto inicial y final del tratamiento.

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, se diseña la encía hasta obtener un lecho perióstico firme e inmóvil (espesor parcial); aplicando la técnica descrita por Bernimoulin en 1975.

Preparación de la superficie radicular. Haciendo uso de curetas se acondicionan la superficie radicular a cubrir eliminando el cálculo y cemento necrótico. Posteriormente utilizando fresas de diamante de grano fino se eliminó irregularidades correspondientes a la pérdida de sustancia dental asociada a alguna agresión mecánica crónica. Si la curvatura de las raíces es exagerada se puede intentar reducir la convexidad. La proporción entre el área avascular y el área vascular debe ser favorable a la segunda. Se realiza el acondicionamiento radicular por método químico con tetraciclina; también puede hacerse con el ácido cítrico o EDTA.^{11,12} Miller y Allen,^{13,14} comparaban la misma técnica con y sin aplicación del ácido, sin observar diferencias clínicamente significativas. Originalmente Miller¹⁵ preconizó el uso del ácido cítrico con el fin de eliminar la capa de barrillo dentinario, 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 con las del tejido conectivo del injerto.

Obtención del tejido donante: Es de vital importancia analizar algunas consideraciones anatómicas, como el grosor de la fibromucosa palatina o la altura de la bóveda palatina. Debe establecerse la presencia de un compromiso con estructuras anatómicas cercanas, como la arteria y nervio palatino anterior.

En bóvedas palatinas planas el riesgo de seccionar la arteria palatina es mayor, se aconseja por tanto, evitar zonas adyacentes

al segundo molar. Según Sullivan y Atkins, el aspecto más importante es la obtención del tejido donante de manera atraumática, evitando lesionar los vasos que pueden comprometer la vascularización.¹⁶ Las incisiones serán en ángulo recto y no biseladas, consiguiendo un grosor uniforme. Soehren, Allen, Cutright y Seibert reportaron en 1999 que un injerto de 1,5 mm de grosor parece ser el que mayor índice de supervivencia obtiene ante una raíz denudada.¹⁷

Para minimizar las molestias durante la cicatrización de la zona donante del paladar se realiza una férula rígida que protegerá la zona donadora, proporcionando así un mayor confort al paciente.

Sutura: se precisa la fijación del tejido donante al lecho receptor. Se recomienda el uso de suturas de 4-0 o 5-0 reabsorbibles o no. Destacamos la técnica de suturas suspensorias, que no perforan el tejido donante, se anclan en el periostio y alrededor de los dientes forzando el injerto contra el lecho receptor. La inmovilización del injerto es indispensable para su supervivencia. Se aconseja realizar presión moderada durante cinco minutos sobre el injerto para adelgazar el coagulo y conseguir aproximar el lecho al injerto.¹⁸

Segundo tiempo quirúrgico: En el segundo tiempo quirúrgico, se realiza un colgajo posicionado coronalmente.¹⁵ Después de la anestesia local y preparación de la superficie expuesta por medio de raspado y alisado, se realizan incisiones que se extienden desde el margen gingival del diente adyacente, a la unión cemento-esmalte (UCE) del diente a tratar, se extienden incisiones intrasulculares en el aspecto bucal del diente con recesión hasta un diente adyacente a la recesión que va a ser tratada. Las papilas anatómicas que serán el sitio de sutura con el colgajo ya desplazado, deben ser desepitelizadas.

Levantamiento de un colgajo de espesor parcial a la altura de las papilas quirúrgicas, seguida de un colgajo de espesor total, para desprender la encía insertada presente. Al llegar a la unión mucogingival (UMG), se realiza un colgajo de espesor parcial para desprender las inserciones musculares y así desplazar el colgajo y pueda ser posicionado de manera pasiva sobre la totalidad de la superficie radicular expuesta.

Discusión

Existen diversas técnicas, que pueden ser utilizadas para el tratamiento de recesiones gingivales. Borghetti et al (1999), Hirsch et al, Rahmani y Lades (2005) reportaron resultados semejantes con la regeneración tisular guiada y para el injerto conjuntivo subepitelial con posicionamiento coronario del colgajo; con la ventaja de que esta técnica provee una mayor cantidad de encía insertada, una mayor ganancia de inserción y reducción en la profundidad de sondaje.¹⁹

Con injertos subepiteliales asociados al posicionamiento coronario del colgajo, Harris atendió 100 pacientes con 146 recesiones tipo clase I y II de Miller y obtuvo 98,4 % de éxito en 18 meses de acompañamiento.²⁰ Bittencourt et al²¹ obtuvieron 76,47% de recubrimiento en las recesiones clase I de Miller en 6 meses de acompañamiento. Bernimoulin y cols., empleando *esta técnica*, mostraron una cobertura media de 72,17% en casos de retracciones periodontales extensas. Allen¹³ y Miller¹⁴ lograron un cubrimiento radicular del 84% y Harris²² mostró 98% de éxito en el cubrimiento de recesiones clase I de Miller usando colgajos desplazados coronalmente.

A pesar de que esta técnica la describe Bernimoulin desde 1975 sigue siendo una excelente alternativa para la corrección de recesiones gingivales; porque permite obtener primeramente un tejido estable,

salud periodontal y grosor gingival para posteriormente realizar un desplazado coronalmente con la seguridad que confiere el hecho de tener un biotipo gingival grueso.

La técnica en dos tiempos quirúrgicos es un tratamiento predecible, viable y con resultados estéticos aceptables. Sin embargo resulta importante realizar un buen diagnóstico preoperatorio de las características de la zona afectada y las condiciones generales de cada paciente. Si no se dispone de un adecuado tejido donante en la zona adyacente, es posible recurrir a los injertos de encía libres para aumentar la cantidad encía insertada, permitiendo así un mejor manejo de los tejidos blandos.

Referencias bibliográficas

1. Guinard EA, Caffese RG. Localized gingival recessions 1: Etiology and prevalence. *J Western S Periodontol*. 1977; 25:3-9.
2. Lindhe, Karring, Lang. *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica* 4ª Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana;2005.
3. Malla E. *Prótesis fija estética: Enfoque clínico e interdisciplinario*. 1er ed. Madrid: Elsevier; 2007.
4. Cavenaghi G, Caccianiga G, Baldoni M, Lamedica M. Comparación entre técnicas bilaminares y regenerativas para recubrir las raíces. *Av Periodon Implantol* 2000; 12 (3): 127-136.
5. Rocha A, Ferrus J. Tratamientos de recesiones múltiples localizadas: A propósito un caso. *Av Periodon Implantol* 2007; 19 (1): 19-28.
6. Kao R, Fagan M, Conte G, Thick V. Thin gingival biotypes: A key determinant in treatment planning for dental implant. *CDA Journal* 2008; 36(3): 193-198.
7. Miller P. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 2: 9-13.
8. Wolf, Klaus, Rateitschak. *Periodoncia* 3ª Ed. Barcelona: Masson; 2003.
9. Tinti C, Pacenza C. *Cirugía Plástica Periodontal. Revisión Bibliográfica. Enfoque Basado en Evidencia Científica*.
10. Ardila Medina C. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Avances en Periodoncia* [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2013 Jul 02]; 21(1): 35-43.
11. Miller PD. Root coverage using free soft tissue autografts following acid application. I. Technique. *Int J Periodont Rest Dent*.1982;2:65-70.
12. Caffesse R, De la Rosa M, Garza M, Munne-Travers A, Mondragon J, Weltman R. Citric Acid Demineralization and Subepithelial Connective Tissue Grafts. *J Periodontol*. 2000;71:568-72.
13. Allen A. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994; 14:216-27.
14. Miller P Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5:8-13.
15. Bernimoulin J, Luscher B, Muhlemann H. Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after one year. *Journal of Clinical Periodontology*: 1973; 2; 1-13
16. Sullivan H, Atkins J. Free Autogenous Gingival Grafts. I. Principles of Successful Grafting. *Periodontics*. 1968;6:121-9
17. Haeri A, Serio F. Mucogingival surgical procedures: A review of the literature. *Quintessence Int*. 1999;30:475-83.
18. Vicario-Juan M, Pascual-La Rocca A, Vives-Bonet M, Santos-Aleman A. Técnicas de cirugía mucogingival para el cubrimiento radicular. *RCOE* [revista en la Internet]. 2006 Feb [citado 2013 Sep 08]; 11(1): 61-73.
19. Borgheti A, Monnet-Cort V, Dejou J. Comparative clinical study of a bioabsorbable membrane and subepithelial connective tissue graft in the treatment of human gingival recession. *J Periodontol* (1999); 70(2): 123-130.
20. Cabral A, Baquero E, Sartori R, Pilatti G, Santos F. Recubrimiento de las recesiones gingivales con la técnica de injerto conjuntivo subepitelial asociado al deslizamiento coronario del colgajo: relato de caso clínico. *Acta Odontol Venez* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2013 Jul 02]; 46(3): 337-341.
21. Bittencourt S, Ribeiro E, Sallum E, Sallum A, Nociti Jr. F, Casati M. Comparative 6-month clinical study of a semilunar coronally positioned flap and subepithelial connective tissue graft for the treatment of gingival recession. *J Periodontol*. 2006; 77(2): 174-181.
22. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5:8-13.