

Tratamiento de recesiones gingivales múltiples en maxilar inferior mediante injerto de tejido conectivo subepitelial. Reporte clínico

The treatment of multiple recession type defects in the mandible by means of subepithelial connective tissue graft. Clinical Report

Resumen

El recubrimiento de las recesiones gingivales constituye una frecuente indicación debida principalmente a demandas estéticas o de hipersensibilidad dentinaria. Diferentes procedimientos quirúrgicos han sido propuestos en cirugía plástica periodontal para el tratamiento de las superficies radiculares expuestas, teniendo como objetivo conseguir el mayor porcentaje de recubrimiento radicular y a la vez lograr una óptima apariencia estética. Entre todos, el injerto de tejido conectivo asociado a un colgajo desplazado coronal es considerado el más efectivo y predecible; sin embargo, existe poca evidencia sobre el tratamiento de recesiones gingivales múltiples en maxilar inferior mediante esta técnica. El propósito de este reporte es evaluar los resultados clínicos obtenidos mediante injerto de tejido conectivo para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples en maxilar inferior.

PALABRAS CLAVE: *recesión gingival/cirugía, injerto tejido conectivo, recesión gingival/tratamiento periodontal.*

Summary

The coverage of gingival recessions is commonly indicated mainly due to aesthetic complaints and the dentine hypersensitivity suffered by patients. In periodontal plastic surgery, several surgical procedures have been proposed for the treatment of exposed root surfaces, with the aim of achieving the highest percentage of root coverage and at the same time, an optimal aesthetic appearance. Among all such procedures, the connective-tissue graft associated with a coronally displaced flap is considered to be the most effective and predictable one. However, there is little evidence regarding the effectiveness of this technique in the treatment of multiple gingival recessions in the lower jaw. The purpose of this report is to evaluate the clinical results obtained in the treatment of multiple gingival recessions in the mandible by means of connective-tissue grafts.

KEY WORDS: *gingival recession/surgery, connective tissue grafts, gingival recession/therapy.*

SCHININI,
GUILLERMO*

DE NARDO,
RODRIGO**

GÓMEZ,
MARIEL***

ROMANELLI,
HUGO****

* *Docente de la carrera de especialización en Periodoncia (Universidad Maimónides).
Dictante de posgrado (Círculo Odontológico de Rosario).*

** *Docente de la carrera de especialización en Periodoncia (Universidad Maimónides).
Docente de la carrera de especialización en Periodoncia (Universidad Nacional de Asunción, Paraguay).*

*** *Docente de la carrera de especialización en Periodoncia (Universidad Maimónides).*

**** *Director de la carrera de especialización en Periodoncia (Universidad Maimónides).*

Introducción

Las recesiones gingivales provocan la exposición de la superficie radicular al medio bucal, generando un deterioro en la armonía estética dentogingival y mayor riesgo para el desarrollo de caries radicular e hipersensibilidad dentinaria. Éstas suelen presentarse en pacientes de alto y bajo nivel de higiene bucal, y pueden manifestarse como recesiones gingivales únicas o múltiples.¹

Existe una gran variedad de procedimientos en cirugía plástica periodontal para el tratamiento de las retracciones gingivales localizadas, siendo el injerto de tejido conectivo subepitelial (ITCS) el más efectivo y predecible², y considerado hoy en día como el "gold standard" en la práctica clínica³; sin embargo, pocos reportes han abordado la problemática del tratamiento de las recesiones gingivales múltiples en la literatura.⁴ Para este propósito se han publicado varias técnicas: 1) Colgajo desplazado coronal modificado únicamente⁵, o asociado a 2) plasma rico en factores de crecimiento,⁶ 3) injerto dérmico acelular,^{7,8} 4) ITCS en sus dos

variantes: tunelizado⁹ o avanzado coronal.¹⁰ No obstante, existe escasa evidencia en el tratamiento de recesiones gingivales múltiples en el maxilar inferior mediante el uso de ITCS asociado a colgajo desplazado en sentido coronal.^{11,12} El objetivo de este artículo es evaluar los resultados clínicos obtenidos mediante injerto de tejido conectivo para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples en el maxilar inferior.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad, concurre a la consulta por hipersensibilidad dentinaria en el sector antero-inferior debida a la presencia de recesiones gingivales. Además, tiene mordida abierta anterior y buen estado de salud general. Debido a la sensibilidad incrementada, el control de placa bacteriana en dicho sector no era óptimo; por lo tanto, en una primera etapa de tratamiento se realizó enseñanza de técnicas de higiene (modificación del cepillado agresivo) y eliminación de placa y cálculo me-

Fecha de recepción:
Abril 2010

Fecha de aceptación y versión final:
Abril 2010

diente raspaje y alisado radicular. Una vez conseguido un control aceptable de placa y sin presencia de sangrado al sondaje, se registraron los parámetros clínicos preoperatorios utilizando una sonda periodontal manual (UNC-15, Hu-Friedy) y para visualizar la línea mucogingival se usó una solución acuosa de yodo al 3% (Schiller Iodine Solution). Posteriormente se decidió realizar el recubrimiento radicular mediante un ITCS asociado a un colgajo avanzado coronal (Fig. 1) (Cuadro I).

Técnica quirúrgica

Luego de anestesiar en forma infiltrativa el sector anteroinferior, las superficies radica-

res del 4.3 al 3.3 fueron raspadas y alisadas mediante instrumental manual y ultrasónico. Se realizaron incisiones intrasulculares por vestibular de cada pieza dentaria, conectadas entre sí mediante incisiones horizontales sobre las papilas a nivel del límite amelocementario (Fig. 2). Se elevó un colgajo mucoperiostico sobrepasando la línea mucogingival y, para permitir el desplazamiento del colgajo en sentido coronal libre de tensión, se incidieron las fibras musculares y el periostio a nivel de la mucosa alveolar.¹² Las papilas anatómicas fueron desepitelizadas con bisturí (hoja nº 15C) y no se realizó acondicionamiento químico de la superficie radicular (Fig. 3). Inmediatamente, luego de anestesiar la fibromucosa palatina derecha e izquierda, se abordó mediante una única incisión horizontal en ambos lados, desde incisivo lateral hasta primer molar, sin incisiones verticales, separado unos 3 mm del margen gingival palatino. Una segunda incisión separó el conjuntivo de la mucosa masticatoria del paladar y del periostio subyacente y se extrajeron los injertos de tejido conectivo, cerrando la zona dadora con puntos colchonero horizontal cruzado utilizando seda 4.0¹³ (Figs. 4, 5 y 6). Finalmente se colocó una placa de acrílico transparente que comprimía la zona palatina previamente suturada permaneciendo in situ durante tres días. Los injertos fueron suturados al lecho receptor mediante sutura suspensoria con catgut crómico 5-0 (ACE Surgi-

CUADRO I. PARÁMETROS PERIODONTALES PREOPERATORIOS (EN MM).

Dte N°	CM	RGV	RGA	PS	NIC	EQ
43	II	3	4	1	4	1
42	II	3	2	1	4	1
41	II	3	3	2	5	1
31	II	3	3	0,5	3,5	1
32	II	3	2	1	4	1
33	II	2	3,5	1	3	1
X ± (DS)		2,8±0,4	2,9±0,6	1,0±0,4	3,9±0,6	1±0

CM: Clasificación de Miller, RGV: Recesión gingival vertical, RGA: Recesión gingival ancho, PS: Profundidad al sondaje, NIC: Nivel de inserción clínico, EQ: Altura de encía queratinizada, X ± (DS): Media ± desviación estándar.



Fig. 1. Preoperatorio. Recesiones gingivales de 4.3 a 3.3, nótese mínima cantidad de encía queratinizada.



Fig. 2. Diseño de las incisiones del colgajo. Las superficies radicales fueron previamente raspadas.

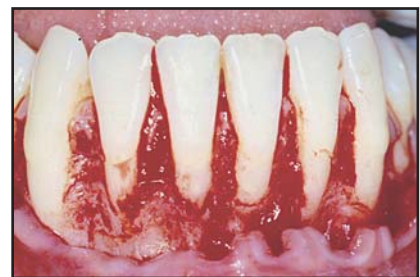


Fig. 3. Colgajo mucoperiostico elevado y desepitelización de papilas.



Fig. 4. Toma del injerto de tejido conectivo subepitelial del lado izquierdo.



Fig. 5. Toma del injerto de tejido conectivo subepitelial del lado derecho.



Fig. 6. Sutura colchonero cruzada en ambos lados del paladar.

cal Supply) y finalmente se desplazó el colgajo sobre los injertos, el cual se suturó dejando expuestos 1 o 2 mm de la porción coronal del tejido conectivo (Figs. 7 y 8).

Cuidados posoperatorios

Se indicó no cepillar la zona por 3 semanas, realizar enjuagues con clorhexidina al 0,12% dos veces por día hasta reiniciar las técnicas de higiene, y se prescribieron analgésicos por una semana. Durante el posoperatorio inmediato no se produjeron efectos adversos significativos, solamente ligero hematoma y edema en el área mentoniana (Fig. 9). La sutura fue removida a los 15 días. Se realizaron controles semanales durante el primer mes y trimestrales durante el período de seguimiento a 2 años, donde se registraron los parámetros periodontales finales (Cuadro II) (Figs. 10, 11 y 12).

Discusión

La elección de un procedimiento de cirugía plástica periodontal sobre otro depende de una gran cantidad de factores, tales como: tamaño de la recesión (altura y ancho), número de piezas a ser tratadas, cantidad de encía queratinizada adyacente al defecto, profundidad del fondo de surco vestibular, biotipo periodontal y disponibilidad de tejido conectivo en el sitio donante. Las técnica bilaminares generan un contorno, color y textura gingivales similares a los de los tejidos blandos adyacentes, consi-

guiendo así una armonía estética que satisface al paciente y al profesional.³ Es un procedimiento predecible en el maxilar superior, pero existen algunas consideraciones referidas al maxilar inferior: 1) Dificultad en el manejo del colgajo de espesores extremadamente finos, con menor capacidad nutricia sobre los injertos de tejido conectivo; 2) Presencia de fondo de surco corto que compromete la inmovilidad del injerto en las etapas iniciales de cicatrización y 3) Escasa o nula cantidad de encía queratinizada que dificulta la técnica de sutura del colgajo.

Los resultados del siguiente reporte clínico indican que hubo una ganancia de inserción clí-

CUADRO II. PARÁMETROS PERIODONTALES POSTOPERATORIOS A 24 MESES (EN MM).						
Dte nº	CM	RGV	RGA	PS	NIC	EQ
43	0	0	0	1	1	2
42	0	0	0	1	1	5
41	0	0	0	1	1	4
31	I	1	2	1	2	3
32	I	1	2	1	2	3
33	0	0	0	1	1	2
X ± (DS)		0,3±0,5	0,6±1,0	1±0	1,3±0,5	3,1±1,1

CM: Clasificación de Miller, RGV: Recesión gingival vertical, RGA: Recesión gingival ancho, PS: Profundidad al sondaje, NIC: Nivel de inserción clínico, EQ: Altura de encía queratinizada, X ± (DS): Media ± desviación estándar.



Fig. 7. Sutura de los injertos de tejido conectivo a nivel del límite amelocementario.



Fig. 8. Colgajo suturado dejando expuesta una porción del injerto de tejido conectivo.



Fig. 9. Posoperatorio a las 72 hs. Nótese hematoma y ligero edema en los tejidos blandos.



Fig. 10. Posoperatorio a los 6 meses.



Fig. 11. Tinción de la mucosa alveolar mediante solución de yodo al 3%.



Fig. 12. Posoperatorio a los 24 meses.

CUADRO III. MEDIA \pm (DS) DE LA DIFERENCIA ENTRE LAS MEDICIONES ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

Parámetros	(r)RGV	(r)RGA	(v)PS	(g)NIC	(g)EQ
Intervalo (X \pm DS)	2,5 \pm 0,5	2,2 \pm 1,5	0,08 \pm 0,4	2,5 \pm 0,9	2,1 \pm 1,1

(r)RGV: Reducción recesión gingival vertical, (r)RGA: Reducción recesión gingival ancho, (v)PS: Variación de la profundidad al sondaje, (g)NIC: Ganancia de inserción clínica, (g)EQ: Ganancia de encía queratinizada, X \pm DS: Media \pm desviación estándar.

nica promedio de 2,5 \pm 0,9 mm manteniendo sin alteraciones los niveles de profundidad al sondaje. Se registró un aumento de encía queratinizada mayor a 2 mm, y se consiguió una reducción vertical promedio de las recesiones gingivales en 2,5 \pm 0,5 mm (Cuadro III).

Se ha sugerido que el injerto de tejido conectivo subepitelial no debería ser completamente cubierto por el colgajo cuando el ancho inicial de encía queratinizada es limitado (1 mm), de manera de conseguir el mayor grado de recubrimiento radicular y al mismo tiempo aumentar la cantidad de encía queratinizada.¹⁴⁻¹⁶ Los resultados de este reporte confirmarían el concepto previamente descrito. Finalmente, el porcentaje de recubrimiento radicular promedio fue de 86%, obteniéndose el recubrimiento radicular completo en 4 de 6 sitios tratados (66%).

Conclusión

Cuando se presentan múltiples recesiones gingivales, es importante intentar conseguir el máximo de recubrimiento en una sola sesión quirúrgica. Teniendo en cuenta las limitaciones inherentes al reporte de un solo caso clínico, los resultados obtenidos en este estudio demuestran que con la utilización de injertos de tejido conectivo subepitelial asociado a un colgajo desplazado coronal en múltiples recesiones gingivales en maxilar inferior es posible obtener un aumento del nivel de inserción clínico conservando sin alteraciones los niveles de profundidad de sondaje, incrementando el ancho y grosor de la encía queratinizada, y a la vez consiguiendo un recubrimiento radicular estable a largo plazo.

Bibliografía

1. Serino G, Wennström J, Lindhe J, Eneroth L. *The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene*. *J Clin Periodontol* 1994;21:57-63.
2. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. *Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: A systematic review*. *J Clin Periodontol* 2002;29(suppl.3):178-194.

3. Cortellini P et al. *Does placement of a connective tissue graft improve the outcomes of coronally advanced flap for coverage of single gingival recessions in upper anterior teeth? A multi-centre, randomized, double-blind clinical trial*. *J Clin Periodontol* 2009;36:68-79.
4. Chambrone L, Lima L, Pustiglione F, Chambrone LA. *Systematic review of periodontal plastic surgery in the treatment of multiple recession-type defects*. *J Can Dent Assoc* 2009;75:203.
5. Zucchelli G, De Sanctis M. *Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands*. *J Periodontol* 2000;71:1506-1514.
6. Aroca S, Keglevich T, Barbieri B, Gera I, Etienne D. *Clinical evaluation of a modified coronally advanced flap alone or in combination with a platelet-rich fibrin membrane for the treatment of adjacent multiple gingival recessions: A 6-month study*. *J Periodontol* 2009;80:244-52.
7. Henderson R, Greenwell H, Drisko C, Regennitter T, Lamb J, Mehlbauer M, Goldsmith L, Rebitski G. *Predictable multiple site root coverage using an acellular dermal matrix allograft*. *J Periodontol* 2001;72:571-82.
8. Modarressi M, Wang HL. *Tunneling procedure for root coverage using Acellular Dermal Matrix: A case series*. *Int J Periodontics & Rest Dent* 2009;29:395-403.
9. Tozüm T, Dini F. *Treatment of adjacent gingival recessions with subepithelial connective tissue grafts and the modified tunnel technique*. *Quintessence Int* 2003;34:7-13.
10. Carvalho P, Da Silva R, Cury P, Joly J. *Modified coronally advanced flap associated with a subepithelial connective tissue graft for the treatment of adjacent multiple gingival recessions*. *J Periodontol* 2006;77:1901-1906.
11. McLeod D, Reyes E, Branch-Mays G. *Treatment of multiple areas of gingival recession using a simple harvesting technique for autogenous connective tissue graft*. *J Periodontol* 2009;80:1680-7.
12. Chambrone LA, Chambrone L. *Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of multiple recession-type defects*. *J Periodontol* 2006;77:909-16.
13. Hürzeler MB, Weng D. *A single incision technique to harvest subepithelial connective tissue grafts from the palate*. *Int J Periodontic & Restorative Dent* 1999;279-87.
14. Han J, John V, Blanchard S, Kowolik M, Eckert G. *Changes in gingival dimensions following connective tissue grafts for root coverage: Comparison of two procedures*. *J Periodontol* 2008;79:1346-54.
15. Cetiner D, Bodur A, Uraz A. *Expanded mesh connective tissue graft for the treatment of multiple gingival recessions*. *J Periodontol* 2004;75:1167-72.
16. Bouchard P, Etienne D, Ouhayoun JP, Nilvéus R. *Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of gingival recessions. A comparative study of 2 procedures*. *J Periodontol* 1994;65:929-36.

Dirección del autor

Salta 1499, 5º "A"
(2000) Rosario, Santa Fe
e-mail: guillermoschinini@hotmail.com

Nota: artículo original publicado en: <https://raoa.aoa.org.ar>