

Tratamiento de recesión única de clase III con injerto libre subepitelial mediante técnica de colgajo de doble papila reposicionado. Informe de un caso clínico

Treatment of single class III recession combining free subepithelial connective tissue graft and a double papilla repositioned flap. Clinical case report

Presentado: 4 de abril de 2016
Aceptado: 9 de mayo de 2016

Francisco Fernández Sobrino, Hernán Bontá, Federico Galli, Facundo Caride, Nelson Carranza
Cátedra de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Resumen

Objetivo: Mostrar y evaluar los resultados clínicos de un procedimiento de cirugía plástica periodontal efectuado para cubrir una recesión radicular de clase III de Miller con una técnica bilaminar. Además, analizar el aumento de la banda de encía y el cambio de biotipo gingival de la pieza dentaria.

Caso clínico: Paciente femenino de 30 años de edad, con una recesión gingival de clase III de Miller por vestibular de la pieza 43 que no sobrepasa la línea mucogingival, con pérdida interproximal de tejidos duros y blandos. El tratamiento con-

siste en un colgajo de doble papila a espesor parcial con injerto libre subepitelial tomado del paladar, con seguimiento a 1 año.

Conclusiones: La técnica bilaminar es una solución viable en casos de recubrimiento radicular poco predecibles, como la recesión de clase III de Miller. El biotipo gingival se vio engrosado, y la encía queratinizada no sufrió variaciones.

Palabras clave: Biotipo gingival, colgajo doble papila, cubrimiento radicular, encía insertada, espesor parcial, injerto libre subepitelial, recesión gingival.

Abstract

Aim: To show and evaluate the clinical results in terms of root coverage after performing periodontal plastic surgery of a Miller class III recession with a bilaminar technique. Changes in width of keratinized tissue and gingival biotype where also assessed as secondary objectives.

Case report: Female patient, 30 years old, with Miller class III gingival recession affecting mandibular right cuspid which did not extend beyond the mucogingival junction with interdental bone and soft tissue loss. The treatment consisted on a split thickness double papillae flap combined with a

subepithelial connective tissue graft harvest from the palate with a one year follow-up.

Conclusions: This bilaminar technique demonstrates to be a viable solution in the root coverage of this type of recessions. There was a noticeable increase in the gingival biotype and the keratinized gingiva did not undergo any variations with this technique.

Key words: Double papilla flap, gingival biotype, gingival recession, gingival width, root coverage, split thickness, subepithelial connective tissue graft.

Introducción

El glosario de términos periodontales define “recesión” como la localización del margen gingival apical al límite amelocementario. Se considera que la etiología de las recesiones gingivales es multi-

factorial; abarca conceptos como la posición de la pieza en la arcada, raíces prominentes, cepillado traumático, enfermedad periodontal, frenillos aberrantes, factores iatrogénicos y dehiscencias óseas,

entre otros factores predisponentes y desencadenantes.¹⁻⁴

El tratamiento quirúrgico de este caso se denomina “cirugía mucogingival” o “cirugía plástica periodontal”. Puede definirse como un procedimiento quirúrgico destinado a corregir o eliminar deformidades anatómicas, del desarrollo o traumáticas, en la encía o en la mucosa alveolar.⁵ Las técnicas pueden clasificarse en dos grupos: colgajos desplazados (en sentido lateral, coronal, rotados o en forma pediculada) y colgajos no desplazados o reposicionados (como la técnica de bolsillo⁶ o la técnica de túnel^{7,8}). Asimismo, estos colgajos pueden convertirse en técnicas bilaminares al agregar un injerto libre subepitelial (ILS), tomado del paladar o de la tuberosidad. Otra alternativa es la utilización de materiales aloplásticos, como la matriz dérmica acelular.

La evaluación de las características de las recesiones gingivales es esencial para la elección de la técnica quirúrgica, el éxito del tratamiento y el pronóstico de la pieza (o las piezas) a largo plazo. La clasificación de Miller descrita en 1985 menciona cuatro clases de recesiones gingivales. En las clases I y II, al no haber pérdida del tejido interproximal, la predictibilidad de cobertura es del 100%; mientras que en la clase III –con pérdida del tejido interproximal y/o malposición dentaria– la predictibilidad de cobertura es parcial. Por último, la clase IV es considerada muy severa y, por esto, no es tratable.⁹

Para elegir la técnica quirúrgica adecuada deben considerarse varios factores, como la cantidad de encía insertada, la presencia de frenillos, el biotipo gingival del paciente, la posición de la pieza en la arcada, el tamaño de las recesiones y su morfología. Sullivan y Atkins¹⁰ clasifican las recesiones gingivales en anchas o estrechas y playas o profundas. Esta observación nos permite ser precisos en la elección de la técnica quirúrgica por realizar.

Esta técnica fue desarrollada en 1968 por Cohen y Ross.¹¹ Consiste en dos incisiones verticales sobrepasando la línea mucogingival y, finalmente, incisiones anguladas hacia adentro (*cut back*) adyacentes a la recesión, generando dos colgajos pediculados a espesor parcial, suturados luego entre sí para cubrir la recesión.

En 1986, Nelson¹² propuso combinar la técnica de doble papila a espesor total con un injerto de tejido conectivo subepitelial. Más tarde, en 1992, Harris¹³⁻¹⁵ combinó el diseño del colgajo doble papila a espesor parcial con un ILS tomado del paladar.

El caso clínico descrito a continuación presenta una recesión ancha y profunda, tratada mediante una técnica bilaminar al combinar un ILS con un colgajo reposicionado de doble papila.

Caso clínico

Una paciente de 30 años de edad se presentó en la Cátedra de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires con dolor circunstancial y preocupación por el impacto estético de una recesión gingival en la pieza 43. En la inspección clínica la lesión fue clasificada como recesión de clase III según Miller, de 4 mm de profundidad y 4 mm de ancho sin sobrepasar la línea mucogingival. Presentaba pérdida de tejido interproximal, con 1 mm de encía insertada y 2 mm de profundidad de sondaje por vestibular con un biotipo fino.¹⁶ No se observaba contacto por distal con la pieza 44. La profundidad de sondaje por mesial y distal era de 3 mm, con una pérdida de inserción de 5 mm por distal y 6 mm por mesial. Las imágenes radiográficas periapicales evidenciaban pérdida ósea interproximal (fig. 1).

Se diagnosticó periodontitis crónica moderada generalizada. La pieza 43 mostraba una recesión, cuyos factores a corregir eran: la posición de la pieza dentaria en la arcada, la prominencia de su raíz, la técnica de cepillado de la paciente y un biotipo gingival delgado.

Se realizó la terapia básica periodontal y –en programa de mantenimiento– se planteó la fase quirúrgica o correctiva. Se utilizó la técnica de colgajo de doble papila con un ILS tomado del paladar, junto con la técnica de incisión única de Hürzteler.¹⁷ El diastema existente por distal de la pieza 4.3 permitió



Figura 1. Radiografía periapical de pieza 33.

tener acceso a un pedículo de mayor dimensión para poder cubrir una recesión de estas características, ya que la técnica original es indicada para recesiones estrechas y profundas (fig. 2).

Se efectuaron incisiones verticales oblicuas y convergentes hacia coronal por vestibular a reparo óseo, sobrepasando la línea mucogingival. Luego se continuó con incisiones horizontales para conectar el límite amelocementario (LAC) con las primeras in-

cisiones. Por último, se incidió intracrevicularmente sobre la pieza por tratar y se continuó hacia apical en forma de V, a bisel interno alrededor de la recesión. La superficie radicular expuesta se aplanó ligeramente para facilitar el asentamiento de los tejidos blandos en la zona (fig. 3). Se desepitelizaron las papilas y, posteriormente, se levantó, a espesor parcial, uno de los pedículos y se lo suturó al otro (sutura monofilamento Prolene 6-0 P1; Ethicon, São José dos Campos, Brasil). Finalmente, se levantó el otro pedículo



Figura 2. Foto inicial.



Figura 3. Incisiones verticales, horizontales e intracreviculares.

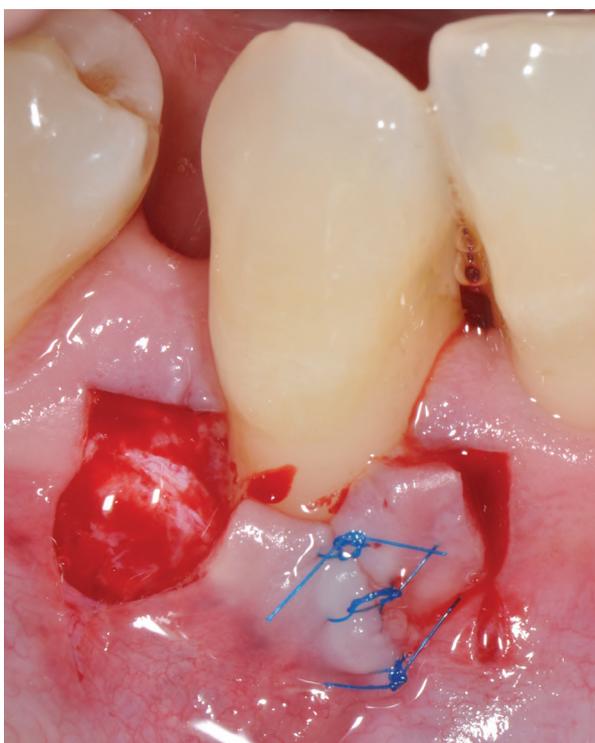


Figura 4. Unión de pedículos mediante la sutura.

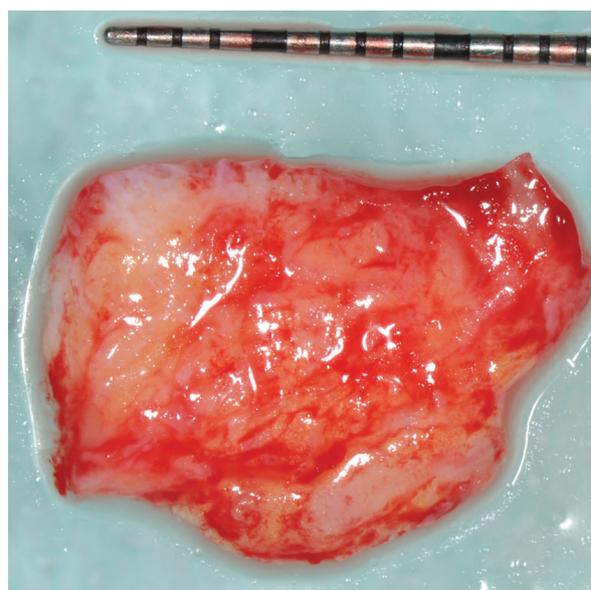


Figura 5. Injerto libre subepitelial.

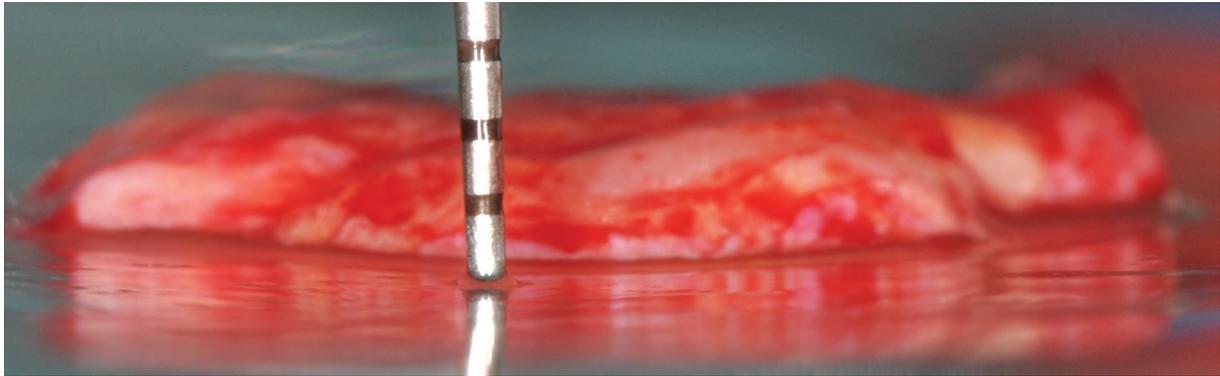


Figura 6. Espesor del injerto libre subepitelial (ILS).

y se desplazaron en conjunto hacia el centro (fig. 4). Para permitir un mejor desplazamiento del colgajo, se efectuó su liberación con incisiones en plano muscular.

Una vez seleccionada el área dadora del paladar, se tomó un ILS con la técnica de incisión única, de 1,5 mm de espesor.^{18,19} Para darle el tamaño ideal, se recortó con una tijera para tejidos blandos (figs. 5 y 6). El ILS se posicionó y se suturó con un punto suspensorio, pasando por las papilas linguales, mesial y distal, a fin de lograr un contacto íntimo con el lecho receptor (fig. 7). Luego, se procedió a fijar el colgajo de doble papila con un punto suspensorio a la pieza dentaria, cubriendo totalmente el injerto. Las incisiones verticales fueron suturadas con puntos simples (fig. 8).



Figura 7. Presentación del ILS en el lecho receptor.

Posteriormente, se realizó compresión leve con una gasa húmeda durante unos minutos. La incisión efectuada en el paladar para obtener el ILS se suturó con puntos suspensorios (sutura monofilamento Mononylon 5-0 SC20; Ethicon, São José dos Campos, Brasil) (fig. 9).

La medicación y los cuidados posquirúrgicos consistieron en: amoxicilina con ácido clavulánico (500 mg cada 8 horas durante 7 días), ibuprofeno 600 mg (cada 6 horas) y colutorios con clorhexidina al 0,12% (2 veces por día) para la higiene del área quirúrgica. Tras una semana de la cirugía se retiraron las suturas del paladar, y a las 2 semanas, las de la zona tratada. Se indicó un cepillo extrasuave quirúrgico para higienizar el área durante 3 semanas, y al mes la paciente volvió a su técnica habitual de higiene. El seguimiento posquirúrgico fue registrado fotográficamente a los 7 y a los 14 días (figs. 10 y 11), a los 21, 28, 60 y 90 días (fig. 12), a los 6 meses, y finalmente al año (fig. 13).

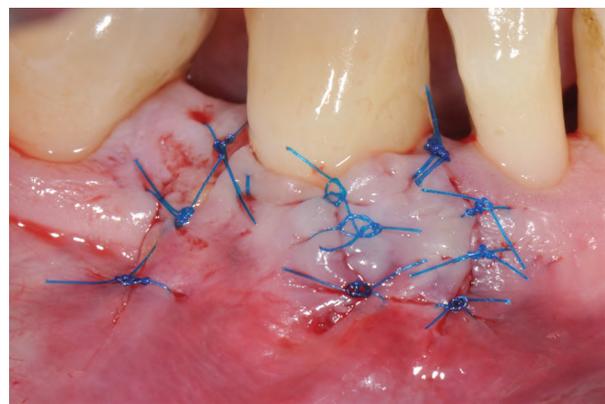


Figura 8. Foto final.

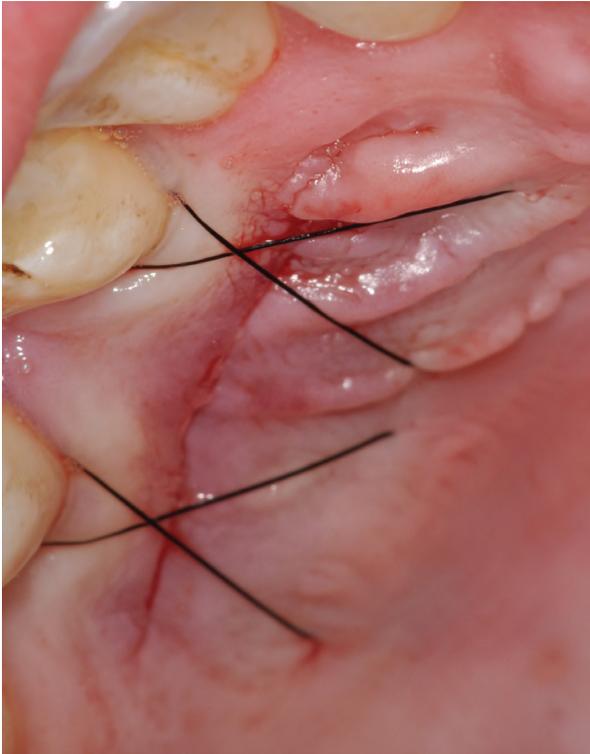


Figura 9. Paladar suturado.



Figura 10. 14 días posoperatorio del paladar.

Resultados

Se obtuvo un cubrimiento radicular del 75%, pasando de una recesión de 4 mm a 1 mm. El biotipo se vio engrosado, y la encía queratinizada no sufrió variaciones dimensionales. Los resultados a nivel estético fueron más que satisfactorios para la paciente.

Discusión

Los resultados muestran concordancia con lo descrito en la literatura.^{7-9,15,20} En gran cantidad de estudios de recesiones de clase I y II de Miller, los resultados y la predictibilidad de las técnicas presentadas se asocian fundamentalmente a este tipo de lesiones. El abordaje de un caso como el presentado implica un riesgo en cuanto a predictibilidad, por lo tanto los resultados serán distintos a los mostrados en los estudios publicados.

Como antecedentes de tratamientos de recesiones de clase III de Miller, encontramos un estudio realizado en 2011 por Medina,²¹ en el que se obtuvo un 47% de cubrimiento radicular completo, teniendo en cuenta que sus recesiones de clase III de Miller comprendían casos de no más de 3 mm de ancho de recesión y no más de 3 mm de pérdida ósea interproximal. En 2012, Nart *et al.*²² obtuvo un 42,85% de



Figura 11. 14 días posoperatorio.



Figura 12. 90 días posoperatorio.

cubrimiento radicular completo con colgajos desplazados apicalmente e ILS.

Harris¹⁵ determinó que el ideal en este tipo de tratamiento es un cubrimiento del LAC a la altura de las papilas del defecto, una buena inserción del tejido al diente con $PS \leq 2$ mm, ausencia de sangrado al sondaje, banda adecuada de encía insertada, color y contorno gingival aceptables, dolor posquirúrgico mínimo, sensibilidad reducida y estabilidad de resultados a largo plazo. Ajustándonos a estas expectativas –y teniendo en cuenta el caso seleccionado, por demás complejo–, consideramos los resultados más que satisfactorios.

Conclusión

El conocimiento de las diversas clasificaciones para un correcto diagnóstico y la elección de la técnica por utilizar son primordiales para el éxito del tratamiento. El procedimiento aquí presentado puede ser considerado una técnica de elección en el tratamiento de este tipo de lesiones. El biotipo gingival se vio engrosado, y la encía queratinizada no sufrió variaciones con la utilización de esta técnica.

Es importante destacar que éste es un informe de caso. Serán necesarios más trabajos clínicos longitudinales para lograr una evidencia sólida sobre la predictibilidad de esta técnica quirúrgica.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.



Figura 13. 1 año posoperatorio.

Referencias

1. Wennstrom JL, Lindhe J, Sinclair F, Thilander B. Some periodontal tissue reactions to orthodontic tooth movement in monkeys. *J Clin Pedodontol* 1987;14:121-9.
2. Serim 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.
3. Maynard JG, Wilson RD. Diagnosis and management of mucogingival problems in children. *Dent Clin North Am* 1980;24:683.
4. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *JADA* 2003;134.
5. Miller PD, Jr. Regenerative and reconstructive periodontal plastic surgery. *Dent Clin North Am* 1988;32:287-306.
6. Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the envelope technique. *J Periodontol* 1985;56:397-402.
7. Allen AL. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. *Int J Period Rest Dent* 1994;14:217-27.
8. Allen AL. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. II. Clinical results. *Int J Period Rest Dent* 1994;14:302-15.
9. Miller PD, Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985;5:8-13.
10. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. *Periodontics* 1968;6:152.

11. Cohen W, Ross, S. The double papillae repositioned flap in periodontal therapy. *J Periodontol* 1968;39:65-70.
12. Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. *J Periodontol* 1987;58:94-102.
13. Harris RJ. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: A predictable method of obtaining root coverage. *J Periodontol* 1992;63:477-86.
14. Harris RJ. The connective tissue with partial thickness double pedicle graft: the result of 100 consecutively-treated defects. *J Periodontol* 1994;65:448-61.
15. Harris RJ. Double pedicle flap-predictability and aesthetics using connective tissue. *Periodontology* 2000 1996;11:39-48.
16. De Rouck T, Eghbali R, Collys K, De Bruyn H, Cosyn J. The gingival biotype revisited: transparency of the periodontal probe through the gingival margin as a method to discriminate thin from thick gingiva. *J Clin Periodontol* 2009;36:428-33.
17. Hürzeler MB, Dietmar W. A single-incision technique to harvest subepithelial connective tissue grafts from the palate. *Int J Period Rest Dent* 1997;19:279-87.
18. Song JE, Um YJ, Kim CS, Choi SH, Cho KS, Kim CK, et al. Thickness of posterior palatal masticatory mucosa: The use of computerized tomography. *J Periodontol* 2008;79:406-12.
19. Wara-aswapati N, Pitiphat W, Chandrapho N, Rattanayatikul C, Karimbux N. Thickness of palatal masticatory mucosa associated with age. *J Periodontol* 2001;72:1407-12.
20. Lindhe J. *Clinical periodontology & implant dentistry*. 5ª ed. Munksgaard, 2008, vol. 2, p. 1020.
21. Esteibar JR, Zorzano LA, Cundín EE, Blanco JD, Medina JR. Complete root coverage of Miller Class III recessions. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2011;31:1-7.
22. Nart J, Valles C, Mareque S, Santos A, Sanz-Moliner J, Pascual A. Subepithelial connective tissue graft in combination with a coronally advanced flap for the treatment of Miller Class II and III gingival recessions in mandibular incisors: a case series. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2012;32:647-54.

Contacto:

FRANCISCO FERNÁNDEZ SOBRINO
franciscofernandezsobrino@hotmail.com

Las Heras 2251 (B1640AHS)
Martínez, provincia de Buenos Aires, Argentina