

Optimización del injerto conectivo subepitelial en la cobertura de recesiones gingivales múltiples contiguas. Presentación de un caso clínico

Optimization of the subepithelial connective tissue graft to treat adjacent multiple gingival recessions. Clinical case presentation

Presentado: 1 de diciembre de 2016
Aceptado: 15 de marzo de 2017

Jennifer Romina Alberichi, Nelson Carranza

Cátedra de Periodoncia, Posgrado de Especialidad de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Resumen

Objetivo: Describir, mediante un caso clínico, una técnica quirúrgica para la optimización del injerto conectivo libre subepitelial en la cobertura de recesiones gingivales contiguas múltiples.

Caso clínico: Una paciente de sexo femenino, de 57 años de edad, concurrió a la consulta con recesiones clase III de Miller, abfracciones, erosiones y malposición. El procedimiento quirúrgico elegido fue la técnica de desplazado coronal con incisiones oblicuas. Se realizó la toma de un injerto conectivo subepitelial y se lo optimizó en seis porciones trian-

gulares, de manera tal que cada una abarcara una recesión desde el 13 hasta el 23. Se efectuó el seguimiento de la cicatrización y de la estabilidad de la cobertura radicular a los 90 días.

Conclusión: Este nuevo abordaje quirúrgico es una alternativa válida para cubrir recesiones gingivales múltiples en un solo procedimiento, al poder aprovechar al máximo la utilización de un injerto conectivo libre subepitelial.

Palabras clave: Injerto conectivo subepitelial, optimización, recesión gingival, recubrimiento radicular.

Abstract

Aim: To present the surgical resolution of a clinical case of multiple gingival recessions treated with a novel approach.

Case report: A 57 year-old non-smoking female patient with Miller Class III gingival recessions abfractions, erosions and tooth malposition came to the consultation. The treatment that was chosen consisted in covering the gingival recessions with a coronal advanced flap with oblique incisions. A subepithelial gingival graft was harvested from the palate and an optimization in triangular portions was made, in order to

use one portion for each recession. Healing and stability were recorded for a 90 days follow-up period.

Conclusion: This new surgical approach could be an alternative for the treatment of multiple gingival recessions in a single procedure, as the use of the ILS could be maximized.

Key words: Gingival recession, optimization, root coverage, subepithelial connective tissue graft.

Introducción

Las recesiones gingivales consisten en una exposición de la superficie radicular, producida por la mi-

gración apical del margen gingival, a partir del límite amelocementario (LAC). Como consecuencia, el pa-

ciente puede presentar hipersensibilidad, alteraciones estéticas, pérdida progresiva del nivel de inserción y aumento del riesgo cariogénico.¹ La etiología de las recesiones gingivales es multifactorial, pero existen factores predisponentes, como el biotipo gingival, la presencia de dehiscencias o fenestraciones, frenillos aberrantes, o malposición dentaria; y factores desencadenantes, como el cepillado traumático, o la enfermedad periodontal.²⁻⁵

Frente a las recesiones gingivales, en primera instancia, el objetivo es la eliminación o el control de los factores etiológicos. Luego, cuando la recesión gingival ya está establecida, se recurre a la cirugía plástica periodontal,⁶ que tiene como propósito la cobertura de la recesión con una apariencia biomimética de los tejidos blandos y mínima profundidad al sondaje luego de la cicatrización.

Una de las técnicas quirúrgicas es la del colgajo desplazado coronal,⁷ que según revisiones sistemáticas recientes es un procedimiento seguro y predecible; y asociado a un injerto conectivo libre subepitelial (ILS), aumenta la probabilidad de conseguir una completa cobertura, así como también su estabilidad en el tiempo.⁸⁻⁹

Durante las últimas dos décadas, se han introducido diferentes modificaciones a la técnica bilaminar original de Raetzke¹⁰ y a la de Langer,¹¹ que resultaron en un incremento de cobertura radicular, la estética y la predictibilidad. Estas modificaciones están relacionadas con el tipo de injerto y el diseño del colgajo. Las diferentes técnicas incluyen colgajos reposicionados coronal¹²⁻¹³ o lateralmente,¹⁴ o en bolsillo.¹⁵ En todos estos abordajes quirúrgicos, el tamaño del injerto normalmente excede la dehiscencia ósea y está suturado a nivel del LAC.

Teniendo en cuenta que recientemente, en diferentes estudios prospectivos, se ha comparado la utilización de ILS de distintas dimensiones en cuanto a espesor y altura, y no se han encontrado diferencias significativas con respecto a la cobertura radicular y sí a nivel de los resultados estéticos y la morbilidad del paciente,¹⁶⁻¹⁸ es posible pensar que el empleo de pequeños injertos de tejido conectivo libre subepitelial puede resultar ventajoso a la hora de tratar recesiones gingivales múltiples, cuando el tamaño del injerto es una limitación para el área total a tratar en un solo procedimiento quirúrgico. El objetivo de este artículo es describir una técnica quirúrgica para la optimización del ILS en la cobertura de recesiones gingivales múltiples consecutivas, mediante la presentación de un caso clínico.

Caso clínico

Una paciente de 57 años de edad se presentó en la Cátedra de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires. Relató padecer “sangrado en las encías”, y también refirió tener hipersensibilidad. El diagnóstico fue periodontitis crónica moderada generalizada y recesiones múltiples. El sector anterosuperior presentaba recesiones tipo III según la clasificación de Miller,¹⁹ y anchas y profundas según Sullivan *et al.*,²⁰ abfracciones,⁵ erosiones y malposición dentaria (fig. 1).

La etiología fue considerada multifactorial, asociada con parafunción y trauma. El tratamiento propuesto consistió en terapia básica periodontal y una terapia quirúrgica complementaria para las recesiones gingivales. Previamente al consentimiento informado, se efectuó una placa “orgánica” para la parafunción. La preparación prequirúrgica consistió en administración de antibióticos y de analgésicos por vía oral.²¹ Inmediatamente antes de la cirugía, la paciente realizó enjuagues de clorhexidina al 0,12%, con los que se le indicó continuar durante las 2 semanas posteriores.

Se aplicó anestesia local infiltrativa en la zona a tratar. Con una hoja de bisturí # 15C, se efectuaron incisiones oblicuas e intracreviculares desde las piezas 1.3 a 2.3 (fig. 2), para elevar un colgajo de espesor parcial-total-parcial en dirección coronoapical, según la descripción de Zucchelli (fig. 3).²² La porción expuesta de las raíces fue tratada mecánicamente con curetas y acondicionada con EDTA al 24% en



Figura 1. Imagen clínica preoperatoria.



Figura 2. Incisiones oblicuas e intracreviculares.



Figura 3. Colgajo espesor parcial-total-parcial.

gel durante 2 minutos para eliminar el barro dentinario. El tejido remanente de la papila interdental anatómica fue desepitelizado para generar un lecho de tejido conectivo donde se suturarían las papilas quirúrgicamente creadas (fig. 4).

El sitio dador del ILS fue el paladar, y para la toma se optó por la técnica de incisión única.²³ Se obtuvo un injerto de aproximadamente 30 mm de ancho por 11 mm de alto (fig. 5). Una vez acondicionado, se lo dividió en seis porciones triangulares (una para cada recesión gingival) (fig. 6), que se suturaron a la



Figura 4. Desepitelización de las papilas.



Figura 5. Injerto conectivo subepitelial, tomado con técnica de incisión única. Medidas de largo.



Figura 6. División del injerto en porciones triangulares (optimización).

cara interna del colgajo en las posiciones correspondientes a cada recesión (figs. 7 y 8).

A continuación el colgajo fue suturado 1 mm coronal al LAC con suturas suspensorias y simples en la base de las papilas anatómicas desepitelizadas (polipropileno 6-0 y aguja 3/8 de 11 mm) (figs. 9 y 10). El área dadora se suturó con colchoneros suspensorios (nylon 5-0 y aguja 3/8 de 19 mm). Se realizó compresión leve con una gasa humedecida en solución salina.

Finalmente, la paciente recibió las indicaciones posoperatorias, y se efectuaron controles a los 7, 14 (fig. 11), 21, 30 y 90 días (fig. 12).

Discusión

Harris describió que la técnica ideal para cubrir recesiones debería cumplir con las siguientes carac-



Figura 7. Presentación de los injertos en el lecho.



Figura 8. Sutura de las porciones de ILS al colgajo.



Figura 9. Sutura final suspensoria.



Figura 10. Sutura final suspensoria (vista oclusal).



Figura 11. Cicatrización a los 15 días.



Figura 12. Cicatrización a los 90 días.

terísticas: lograr una cobertura radicular hasta el LAC; tejido gingival firmemente adherido al diente, con una profundidad al sondaje igual o menor a 2 mm; adecuada banda de encía, de un color aceptable, en correlación con los tejidos adyacentes; ausencia de sangrado al sondaje; contorno gingival estético; ausencia o disminución de la sensibilidad dentaria. Además, los resultados obtenidos deberían ser estables a lo largo del tiempo.¹³

El porcentaje de cobertura en el caso clínico presentado fue aproximadamente del 85%, ya que estuvo limitado por la pérdida ósea interproximal, es decir, por ser clase III en la clasificación de Miller, por lo que no era esperable cubrir el 100% de cada una de las recesiones. Esto coincide con lo hallado en estudios como el de Medina *et al.*²⁴ y el de Nart *et al.*,²⁵ que obtuvieron respectivamente el 47% y el 42,85% de cobertura total en tratamiento de recesiones clase III de Miller.

Según Cairo *et al.* y Salhi *et al.*, en el marco de la biomimética gingival, el éxito de la cobertura de recesiones gingivales no solo reside en los milímetros y los porcentajes de cobertura radicular, sino también en variables estéticas como el nivel del margen gingival, el contorno marginal, las características de la superficie, la posición de la línea mucogingival y el color.^{26,27} En la figura 12 se pueden apreciar los resultados a los 90 días.

La optimización del ILS está indicada en casos con adecuada banda de encía queratinizada, ya que Zuchelli¹⁸ observó que esta aumenta en menor medida cuando se utilizan técnicas bilaminares con ILS pequeños, en comparación con otros de mayor tamaño. Dos aspectos de relevancia: esta técnica requiere la utilización de colgajos bilaminares para asegurar la revascularización de las porciones; y, con este enfoque, la cirugía necesitará más tiempo de trabajo, al tener que suturar cada una de las porciones del ILS con las desventajas que esta situación representa.

Conclusión

Este nuevo abordaje quirúrgico es una alternativa válida para cubrir recesiones gingivales múltiples en un solo procedimiento, al poder aprovechar al máximo la utilización de un ILS.

Cabe destacar que este artículo presenta apenas un caso clínico. Serán necesarios trabajos de investigación a largo plazo para lograr evidencia sólida sobre esta técnica quirúrgica.

Agradecimientos: A la Dra. María Emilia Iglesias y al Od. Emilio Azar, por su apoyo y valiosa colaboración.

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

Referencias

1. Løe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J Periodontol* 1992;63:489-95.

2. Gorman W. Prevalence and etiology of gingival recession. *J Periodontol* 1967;38:316-22.
3. Wennström J. Lack of association between width of attached gingival and development of gingival recessions. A 5-year longitudinal study. *J Clin Periodontol* 1987;14:181-4.
4. Dorfman H, Kennedy J, Bird W. Longitudinal evaluation of free autogenous gingival grafts. *J Clin Periodontol* 1982;53:349-52.
5. Miller N, Penaud J, Ambrosini P, Bisson-Boutelliez C, Briancon S. Analysis of etiologic factors and periodontal conditions involved with 309 abfractions. *J Clin Periodontol* 2003;30:828-32.
6. Miller PD Jr. Periodontal plastic surgery. *Curr Opin Periodontol* 1993:136-43.
7. Harris R, Harris A. The coronally positioned pedicle graft with inlaid margins: a predictable method of obtaining root coverage of shallow defects. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994;14:229-41.
8. Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2008;35:136-62.
9. Chambrone L, Sukekava F, Araujo MG, Pustigliani FE, Chambrone LA, Lima LA. Root coverage procedures for the treatment of localised recession-type defects. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;2:1-46.
10. Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope" technique. *Journal of Periodontology* 1985;56:397-401.
11. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985;56:715-20.
12. Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *Journal of Periodontology* 1987;58:95-102.
13. Wennstrom JL, Zucchelli G. Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures? A 2-year prospective clinical study. *Journal of Clinical Periodontology* 1996;23:770-7.
14. Harris R. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. *Journal of Periodontology* 1992;63:477-86.
15. Allen AL. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. II. Clinical results. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* 1994;14:303-15.
16. Zucchelli G, Amore C, Sforza NM, Montebugnoli L, De Sanctis M. Bilaminar techniques for the treatment of recession-type defects. A comparative clinical study. *Journal of Clinical Periodontology* 2003;30:862-70.
17. Zucchelli G, Mele M, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M, Montebugnoli L, et al. Patient morbidity and root coverage outcome after subepithelial connective tissue and de-epithelialized grafts: a comparative randomized-controlled clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology* 2010;37:728-38.
18. Zucchelli G, Mounssif I, Mazzotti C, et al. Does the dimension of the graft influence patient morbidity and root coverage outcomes? A randomized controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 2014;41:708-16.
19. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics and Restorative Dent* 1985;5:8-13.
20. Sullivan H, Atkins J. Free autogenous gingival grafts. III. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics* 1968;6:152-60.
21. Ariaudo AA. The efficacy of antibiotics in periodontal surgery: a controlled study with Lincomycin and placebo in 68 patients. *J Periodontol* 1969;40:150-4.
22. Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of multiple recession type defects in patients with aesthetic demands. *Journal of Periodontology* 2000;71:1506-14.
23. Hürzeler M, Weng D. Técnica de una sola incisión para recoger injertos de tejido conectivo subepitelial del paladar. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1999;19:279-87.
24. 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.
25. 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.
26. Cairo F, Nieri M, Cattabriga M, Cortellini P, De Paoli S, De Sanctis M, et al. Root coverage esthetic score after treatment of gingival recession: an interrater agreement multicenter study. *J Periodontol* 2010;81:1752-8.
27. Salhi L, Lecloux G, Seidel L, Rompen E, Lambert F. Coronally advanced flap versus the pouch technique combined with a connective tissue graft to treat Miller's class I gingival recession: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol* 2014;41:387-95.

Contacto:

JENNIFER ROMINA ALBERICHI
jennyalb_712@hotmail.com

Cátedra de Periodoncia, Facultad de Odontología,
Universidad de Buenos Aires
Marcelo T. de Alvear 2142,
piso 17, sector "A" (C1122AAH)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina