



International journal of interdisciplinary dentistry

ISSN: 2452-5588

ISSN: 2452-5596

Sociedad de Periodoncia de Chile Implantología
Rehabilitación Odontopediatría Ortodoncia

Baltazar-Ruiz, Alejandra; Mireles-García, Norma Lizeth; Rodríguez-Franco,
Norma Idalia; Rodríguez-Pulido, Jesús; Gutiérrez-Rivas, Delia Eunice

Tratamiento de recesiones gingivales tipo I y II de cairo: Reporte de caso.

International journal of interdisciplinary dentistry, vol. 15, núm. 2, 2022, pp. 154-156

Sociedad de Periodoncia de Chile Implantología Rehabilitación Odontopediatría Ortodoncia

DOI: <https://doi.org/10.4067/S2452-55882022000200154>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=610072516011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

REPORTE CLÍNICO



Tratamiento de recesiones gingivales tipo I y II de Cairo: Reporte de caso.

Treatment of Cairo type I and II gingival recessions: Case report.

Alejandra Baltazar-Ruiz^{1*}, Norma Lizeth Mireles-García¹, Norma Idalia Rodríguez-Franco¹, Jesús Rodríguez-Pulido¹, Delia Eunice Gutiérrez-Rivas¹

1. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Monterrey, Nuevo León, México.

* Correspondencia Autor: Alejandra Baltazar-Ruiz | Dirección: E. Aguirre Pequeño y Silao, Mitras Centro, Monterrey, N.L. México, CP 64460. | Teléfono: +52 81 83294000 Extensión: 3192. | E-mail: alebaltazar94@gmail.com
Trabajo recibido el 27/12/2020
Trabajo revisado 27/12/2020
Aprobado para su publicación el 01/02/2021

RESUMEN

Introducción: Las recesiones gingivales, son defectos mucogingivales que ocurren con mayor frecuencia en adultos y pueden aumentar con la edad. Existe una exposición parcial de la superficie radicular y puede causar problemas estéticos, funcionales y periodontales. **Reporte de caso:** Paciente femenino de 51 años de edad, sistémicamente sana, diagnosticada con recesiones tipo I y II de Cairo, las cuales se trataron con técnicas de colgajo posicionado coronal, túnel y con uso de biomateriales como matriz dérmica acelular y proteínas derivadas del esmalte. **Conclusión:** La importancia de tomar en cuenta el diagnóstico de la recesión, así como las características del defecto y tejidos adyacentes determinarán el éxito en el tratamiento.

PALABRAS CLAVE:

Recesión gingival; Cubrimiento radicular; Estética; Matriz dérmica acelular.

Int. J. Inter. Dent Vol. 15(2); 154-156, 2022.

ABSTRACT

Introduction: Gingival recessions are mucogingival defects that occur more often in adults and may increase with age. There is a partial exposure of the tooth root which can create aesthetic, functional and periodontal problems. **Case Report:** 51 year-old female patient, systematically healthy, was diagnosed with Cairo type I and II recessions, which were treated with techniques such as: coronally advanced flap, tunnel and with the use of biomaterials like acellular dermal matrix and enamel matrix derivatives. **Conclusion:** The importance of taking into account the diagnosis of the recession, as well as the characteristics of the defect and adjacent tissues, will determine the success of the treatment.

KEY WORDS:

Gingival recession; Root coverage; Aesthetics; Acellular dermal matrix.

Int. J. Inter. Dent Vol. 15(2); 154-156, 2022.

INTRODUCCIÓN

La cirugía plástica periodontal, no solo tiene como meta el buscar el cubrimiento radicular en defectos de recesiones con el objetivo de lograr una función, si no que actualmente también busca resultados estéticos donde el color y textura de los tejidos del defecto, sean lo más parecidos a los tejidos adyacentes⁽¹⁾.

La recesión gingival se define como la migración del margen gingival en dirección apical en relación a la unión cemento-esmalte (UCE), lo cual tiene como resultado una exposición parcial de la superficie radicular⁽²⁾. Es importante tratar estas recesiones gingivales, las cuales nos pueden causar problemas estéticos, funcionales y que pueden tener repercusiones en la salud periodontal⁽³⁾.

Es por ello que se han desarrollado diferentes técnicas para tratar recesiones gingivales, dependiendo de las características del defecto y tejidos adyacentes⁽⁴⁾. El objetivo del presente estudio es reportar un caso clínico de una paciente con defectos de recesiones gingivales múltiples, y demostrar la importancia de valorar el defecto de manera individual para poder crear un plan de tratamiento utilizando la técnica adecuada.

INFORME DEL CASO

Paciente femenino de 51 años de edad acude al Posgrado de Periodoncia de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el motivo de consulta "tengo dos dientes que se mueven". Al realizar la historia

clínica, durante el interrogatorio, la paciente menciona no presentar ninguna enfermedad sistémica, alergia o estar bajo algún tratamiento médico, por lo cual se clasifica como ASA I⁽⁵⁾. Durante el examen clínico intraoral, se observó ausencia de órganos dentales (OD) 1.8, 2.8, 3.8, 4.8, 4.7 y 4.6; así como también obturaciones de amalgama en los OD 1.6, 1.5, 1.4, 3.6, 4.4 y 4.5 y una prótesis removible inferior. Se realizó el periodontograma, donde se registró el sondeo inicial, se encontraron bolsas periodontales de 4 y 5 mm, pérdida ósea leve en los OD 2.6, 3.2, 3.1, 4.1 así como pérdida ósea moderada en los OD 1.7, 1.6, 2.7, 3.7, 4.1, 4.2 y 4.5. El OD 1.7 presentaba movilidad grado 1. En el OD 4.5 se observó radiográficamente pérdida ósea moderada y clínicamente presentaba movilidad grado 2, dicho OD funcionaba como pilar de una prótesis removible, por lo cual se decidió realizar la extracción y posteriormente realizar una nueva prótesis removible. Se realizó tratamiento periodontal no quirúrgico: detartraje, raspados y alisados radiculares, y control de placa bacteriana. Pasado un mes, posterior al tratamiento, se realizó segunda evaluación periodontal; en la cual se realizó segundo sondeo y se optó por realizar un colgajo por debridación y cuña distal en el cuadrante 2. Terminando el tratamiento periodontal, se comenzó la planeación de la cirugía plástica periodontal, debido a que la paciente presentaba múltiples recesiones gingivales tipo I y II de Cairo⁽⁶⁾, las cuales se abordaron con diferentes técnicas de cubrimiento radicular y se trataron en 3 citas diferentes, donde se realizaron ambos cuadrantes inferiores en una misma cita.

Colgajo posicionado coronal (CPC)

Es una técnica con resultados muy efectivos para el tratamiento de recesiones gingivales. Es predecible cuando tenemos un grosor adecuado de encía queratinizada. Presenta buenos resultados de cubrimiento, color similar del tejido a los tejidos adyacentes y recupera la morfología del tejido marginal⁽⁷⁾.

CPC trapezoidal + Injerto de tejido conectivo (ITC) + Emdogain (EMD)

En el OD 2.4, se detectó una recesión de 3.5 mm sin pérdida de inserción interproximal, la cual se clasificó como Cairo tipo I (Fig.1a). El diseño del colgajo de forma trapezoidal se obtiene realizando dos incisiones oblicuas ligeramente divergentes, estas inician al final de las dos incisiones horizontales previamente realizadas y terminan en la mucosa alveolar. El colgajo se elevó con un espesor parcial-total-parcial⁽⁸⁾ y se colocó EMD (Fig.1b). El EMD ayuda a lograr una mejor adaptación de los tejidos en el lecho receptor y mayor estabilidad de los tejidos a largo plazo, de igual manera se ha demostrado ganancia de inserción al utilizarlo en cirugía plástica periodontal⁽⁹⁾. En este caso se optó por diseñar un CPC debido a que es una técnica predecible para cubrimiento radicular en recesiones unitarias. El elevar un colgajo permite mayor desplazamiento del tejido al momento del cubrimiento. Debido a que el grosor del tejido era <1 mm, se optó por la colocación de un ITC, el cual se tomó del área del paladar con la técnica de injerto gingival libre y posterior desepitelización⁽¹⁰⁾. Se colocó el injerto a la altura de la UCE y se suturó a la papila para su estabilización, por medio de puntos simples utilizando catgut, el cual es una sutura absorbible compuesta principalmente de colágeno con una fuerza tensil mayor a 28 días (Fig.1c). Finalmente se posicionó el colgajo a 2 mm coronal de la UCE y se suturó con prolene 5-0 y puntos simples, la elección se basa en que es una sutura tipo monofilamento no reabsorbible lo que ayudará a mayor tensión además de que no se adhiere con facilidad a la placa dentobacteriana (Fig.1d).

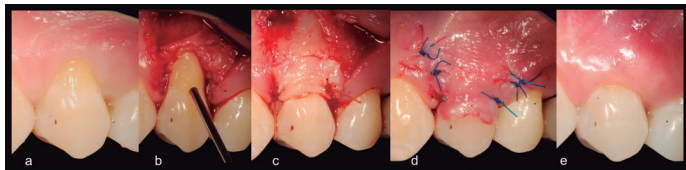


Figura 1. a) inicial, b) diseño del colgajo y colocación de proteínas derivadas del esmalte, c) posicionamiento del ITC con sutura catgut, d) posicionamiento coronal del colgajo con sutura prolene 5-0, e) cicatrización a los 3 meses postoperatorios.

CPC + Matriz Dérmica Acelular (MDA)

El OD 4.4 presenta una recesión de 5 mm con pérdida de inserción, clasificada como tipo II de Cairo (Fig.2a), se realizó CPC como en el procedimiento anterior (Fig.2b), con la diferencia de que en este caso se modificó la técnica mediante una incisión vertical en el reborde edéntulo en la zona distal, donde se desepiteliza para posicionar el colgajo y que este se pueda integrar, esto permite mayor desplazamiento de colgajo y visibilidad⁽¹¹⁾ (Fig.2c). Se optó por utilizar un biomaterial en lugar de un ITC, en este caso MDA de la marca OrACELL™, LifeNet Health, promueve la retención de factores de crecimiento nativos junto con colágeno y elastina. Por lo tanto, se considera potencialmente un sustituto excelente para su uso en el tratamiento de defectos mucogingivales como la falta de volumen gingival. El procedimiento quirúrgico es menos traumático para el paciente, y presenta mayor eficacia para el cirujano, la predictibilidad y el éxito a largo plazo del uso de matriz dérmica han sido bien documentados con el objetivo de aumento en los tejidos blandos no solo alrededor de dientes sino de implantes. El biomaterial es de alta calidad, su apariencia estética natural y la mayor aceptación de la terapia por parte de los pacientes hacen de este un procedimiento de reemplazo deseable para el injerto de tejido blando palatino (Fig.2d). Se dividió la MDA 15 X 20 mm con 1.25 mm de grosor a la mitad dejando 7.5 x 10 mm y se suturó junto con el colgajo con prolene 5-0 por medio de suturas suspensorias ya que esta técnica nos permite que la sutura permanezca estabilizada en forma coronal (Fig.2e). El objetivo más importante en este OD fue aumentar del grosor de la encía queratinizada, y no tanto el cubrir la recesión gingival, aunque se obtuvo una ganancia considerable a pesar del diagnóstico de la recesión.

Técnica de Bruno

Se optó por utilizar la técnica con el objetivo de cubrimiento radicular de los OD 3.4, 3.5 y 3.6, con recesiones de 2 mm, 3 mm y 2 mm respectivamente, las cuales se clasificaron como tipo II de Cairo (Fig.3a).

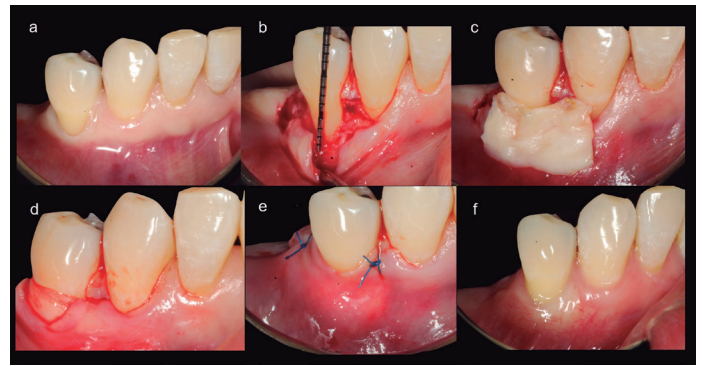


Figura 2. a) inicial, b) diseño de colgajo, c) presentación del injerto de MDA, d) colocación del injerto, e) suturas suspensorias con prolene 5-0, f) cicatrización a los 3 meses postoperatorios.

Se realizó una incisión horizontal recta en la papila interdental adyacente, ligeramente coronal a la UCE del diente con la recesión, extendiéndose en dirección mesio-distal para tener un mejor acceso. "Esta técnica nos permite evitar incisiones verticales que, en ocasiones, en colgajos que involucran más de dos piezas y, en zona mandibular, pueden llegar a presentar mayor molestia postoperatoria". Se crea un colgajo de espesor parcial y se refleja hasta la línea mucogingival⁽¹²⁾ (Fig.3b). Posteriormente se realiza una medición del ancho mesio-distal necesario para el injerto por medio de la sonda periodontal. En este caso se utilizó un biomaterial, el cual se seleccionó MDA igualmente de la marca OrACELL dividida en la cirugía descrita anteriormente de 7.5 x 10 mm, se retiraron los excedentes, se colocó a la altura de la UCE y se suturó con prolene 5-0 mediante puntos suspensorios (Fig.3c).

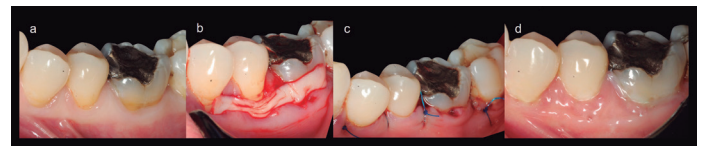


Figura 3. a) inicial, b) diseño de colgajo, c) presentación del injerto de MDA, d) colocación del injerto, e) suturas suspensorias con prolene 5-0, f) cicatrización a los 3 meses postoperatorios.

Túnel modificado + EMD

En los OD 1.5 y 1.6, la paciente presentaba recesiones de 2 mm y 3 mm respectivamente, las cuales se clasificaron como tipo I de Cairo en el OD 1.5 y tipo II de Cairo en el OD 1.6 (Fig.4a). En este caso se optó por realizar un túnel modificado donde se realizó una incisión horizontal recta en base de papila, se tunelizó en el área distal pasando la línea mucogingival utilizando los tunelizadores de Schumacher⁽¹³⁾. Esto permite que exista menos tensión y se pueda desplazar mejor el tejido, y por lo tanto, aumenta la visibilidad para el desprendimiento de fibras y la colocación correcta del biomaterial (Fig.4b). En este caso se optó por utilizar EMD con el propósito de mayor adhesión del colgajo y obtener ganancia de inserción. Se suturó con vicryl 5-0 por medio de puntos directos y suspensorios, el uso de vicryl se ha utilizado por muchos años como la sutura absorbible de primera elección para tejidos blandos por ser monofilamento y de origen sintético (Fig.4c). Cabe resaltar que en todos los tratamientos quirúrgicos se realizó alisado radicular previo utilizando Cureta Gracey Hu-Friedry Mini Five 13/14.

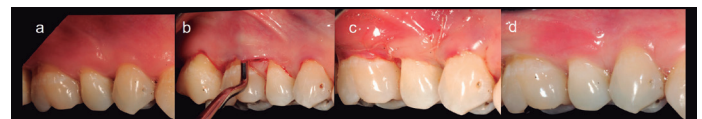


Figura 4. a) inicial, b) diseño del colgajo y tunelización, c) sutura por medio de puntos directos y suspensorios con vicryl 5-0, d) cicatrización a los 3 meses.

RESULTADOS

Todas las cirugías tuvieron un seguimiento de 3 meses postoperatorios. En el OD 2.4 se obtuvo un cubrimiento radicular del 100% a los 3 meses, demostrando que las recesiones tipo I de Cairo tienen resultados de cubrimiento predecibles y el CPC es una técnica eficaz (Fig.1e). En el

OD 4.4 se obtuvo una ganancia de cubrimiento radicular parcial, ya que a los 3 meses se observó una recesión de 1 mm. Se obtuvo un aumento en el grosor de la encía queratinizada al utilizar MDA (Fig.2f). En los OD 3.4, 3.5 y 3.6 se observó un cubrimiento del 100% a los 3 meses postoperatorios (Fig.3d) y en el cuadrante 1, se observó cubrimiento del 100% en el OD 1.5 y mesial del OD 1.6, pero en distal del OD 1.6 se obtuvo un cubrimiento parcial, por lo que no habría un cubrimiento debido a pérdida ósea interproximal (Fig.4d).

Cuidados Postoperatorios

Después de cada cirugía se recetó Dorixina (clonixinato de lisina) 250mg / 8 horas por 5 días como analgésico. En las cirugías de los cuadrantes superiores, se indicó realizar enjuagues de clorhexidina por la mañana y por la noche durante 14 días; en las cirugías de los cuadrantes inferiores se recetó amoxicilina de 500 mg / 12 horas durante 7 días y aplicación de gel de clorhexidina 3 veces al día hasta el retiro de suturas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El uso de EMD en recesiones, puede lograr una mejor adaptación del ITC a la raíz, además de ganar inserción clínica y encía queratinizada(14), lo cual se comprobó en el cuadrante 2 al realizar un CPC + ITC + EMD logrando obtener un cubrimiento radicular del 100%. El EMD, también se puede utilizar en lugar de colocar un ITC, el cual ha mostrado ganancia de inserción clínica y así evitar la toma del injerto en una segunda área quirúrgica(13), como en el caso donde se realizó la técnica de túnel + EMD obteniendo cubrimiento radicular completo. La MDA puede lograr

resultados predecibles si se utiliza en pacientes con fenotipo delgado, como en el presente caso clínico, con recesiones tipo I de Cairo y tejido queratinizado de por los menos 1mm⁽¹²⁾. La MDA refuerza el grosor del tejido y da estabilidad al cubrimiento radicular. Por estas características y por la presencia de recesiones múltiples, se decidió utilizar MDA en los cuadrantes inferiores. Esta matriz, debe de estar cubierta al 100% por el colgajo para que exista una correcta vascularización y es la primera opción de biomaterial como sustituto del ITC. Se puede utilizar en colgajos con incisiones o sin incisiones verticales⁽¹⁵⁾, en este caso se realizaron de ambas maneras, cuadrante 3 sin incisiones y cuadrante 4 con incisiones. La ventaja de un colgajo sin incisiones verticales, es que se pueden obtener mejores resultados estéticos, también está asociado con una probabilidad mayor de conseguir un cubrimiento radicular completo⁽¹⁶⁾. En conclusión, en el presente caso clínico tratado con diferentes técnicas quirúrgicas de cirugía plástica periodontal se obtuvieron resultados de cubrimiento radicular estéticos y funcionales. El diagnóstico de la recesión gingival, la evaluación de las características del defecto y los tejidos adyacentes predicen los resultados del tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a CONACYT por la beca otorgada.

CONFLICTO DE INTERES

No hay conflicto de intereses entre los autores, ni con ninguna empresa.

Bibliografía

1. Stefanini M, Marzadori M, Aroca S, Felice P, Sangiorgi M, Zucchelli G. Decision making in root-coverage procedures for the esthetic outcome. *Periodontol* 2000. 2018;77(1):54-64.
2. Merijohn GK. Management and prevention of gingival recession. *Periodontol* 2000. 2016;71(1):228-42.
3. Chambrone L, Avila-Ortiz G. An evidence-based system for the classification and clinical management of non-proximal gingival recession defects. *J Periodontol*. 2021;92(3):327-335.
4. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontol* 2000. 2015;68(1):333-68.
5. Maloney WJ, Weinberg MA. Implementation of the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System in Periodontal Practice. *J Periodontol*. 2008;79(7):1124-6.
6. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study: Interproximal CAL for gingival recessions. *J Clin Periodontol*. 2011;38(7):661-6.
7. Cortellini P, Pini Prato G. Coronally advanced flap and combination therapy for root coverage. Clinical strategies based on scientific evidence and clinical experience. *Periodontol* 2000. 2012;59(1):158-84.
8. de Sanctis M, Zucchelli G. Coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects: three-year results. *J Clin Periodontol*. 2007;34(3):262-8.
9. Miron RJ, Sculean A, Cochran DL, Froum S, Zucchelli G, Nemcovsky C, et al. Twenty years of enamel matrix derivative: the past, the present and the future. *J Clin Periodontol*. 2016;43(8):668-83.
10. 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: Patient morbidity and root coverage outcome after grafts. *J Clin Periodontol*. 2010;37(8):728-38.
11. Zucchelli G, Mazzotti C, Bentivogli V, Mounssif I, Marzadori M, Monaco C. The connective tissue platform technique for soft tissue augmentation. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2012;32(6):665-75.
12. Ahmedbeyli C, Dirikan Ipçi S, Cakar G, Yılmaz S, Chambrone L. Coronally advanced flap and envelope type of flap plus acellular dermal matrix graft for the treatment of thin phenotype multiple recession defects. A randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2019;46(10):1024-9.
13. Vincent-Bugnas S, Charbit Y, Lamure J, Mahler P, Dard MM. Modified tunnel technique combined with enamel matrix derivative: a minimally invasive treatment for single or multiple class I recession defects: tunnel technique plus emdogain. *J Esthet Restor Dent*. 2015;27(3):145-54.
14. Berlucchi I, Francetti L, Del Fabbro M, Testori T, Weinstein RL. Enamel matrix proteins (Emdogain) in combination with coronally advanced flap or subepithelial connective tissue graft in the treatment of shallow gingival recessions. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2002;22(6):583-93.
15. Ahmedbeyli C, Ipçi ŞD, Cakar G, Kuru BE, Yılmaz S. Clinical evaluation of coronally advanced flap with or without acellular dermal matrix graft on complete defect coverage for the treatment of multiple gingival recessions with thin tissue biotype. *J Clin Periodontol*. 2014;41(3):303-10.
16. Zucchelli G, Mele M, Mazzotti C, Marzadori M, Montebugnoli L, De Sanctis M. Coronally advanced flap with and without vertical releasing incisions for the treatment of multiple gingival recessions: a comparative controlled randomized clinical trial. *J Periodontol*. 2009;80(7):1083-94.