



Revista Científica Odontológica

ISSN: 1659-1992

comite_editorial@colegiodentistas.org

Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica
Costa Rica

Ramírez Chan, Karol Gabriela
COLGAJO POSICIONADO CORONAL CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO PARA EL
CUBRIMIENTO RADICULAR
Revista Científica Odontológica, vol. 4, núm. 1, -junio, 2008, pp. 30-32
Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324227908007>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

COLGAJO POSICIONADO CORONAL CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO PARA EL CUBRIMIENTO RADICULAR

DRA. KAROL GABRIELA RAMÍREZ CHAN

Especialista en Periodoncia, Pontificia Universidad Javeriana, Profesora Universidad de Costa Rica
Postgrado de Prostodoncia, Maestría de Operatoria, Estética y Clínicas Integrales de Pregrado

RESUMEN: Las recesiones gingivales rara vez resultan en la pérdida de los dientes; sin embargo, se asocian, por lo general, con sensibilidad dental, irritación del tejido marginal, causada por la inhabilidad del paciente para remover la placa. La cirugía correctiva para las recesiones es una de las metas de la terapia periodontal; por ello diferentes procedimientos quirúrgicos como el colgajo posicionado coronal, con injerto de tejido conectivo, ha sido descrito como un método efectivo para el cubrimiento de superficies radiculares denudadas.

PALABRAS CLAVES:

colgajo posicionado coronal, injerto de tejido conectivo

ABSTRACT: Gingival recession rarely result in loss of teeth, however generally they are associated with dental sensitivity, marginal tissue irritation (inability of the patient to remove plaque) and an aesthetic concern. One of the goals of periodontal therapy is corrective surgery; different surgical procedures, such as the coronally positioned flap with connective tissue graft has been described as an effective method for the coverage of denuded root surfaces .

KEY WORDS:

coronally positioned flap, connective tissue graft

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el Glosario de Términos Periodontales, la cirugía mucogingival es un “procedimiento quirúrgico plástico destinado a corregir los defectos en la morfología, la posición y el aumento de las encías que circundan los dientes”. En 1993, Miller ha sugerido que el término de cirugía plástica periodontal puede ser más apropiado, ya que la cirugía mucogingival ha ido más allá del tratamiento tradicional de los problemas asociados con la cantidad de encía y el tipo de recesión e incluye también, la corrección de la forma del reborde y la estética de los tejidos blandos. Por consiguiente, la cirugía plástica periodontal puede definirse como “los procedimientos quirúrgicos realizados para prevenir, corregir o eliminar deformidades anatómicas del desarrollo o traumáticas de la encía o de la mucosa alveolar (Miller 1988, Bruno 1994, Wennström 1996, Camargo 2000, American Academy of Periodontology 2000, Oates 2003, Lindhe 2005).

REVISIÓN DE LA LITERATURA

El cubrimiento de raíces expuestas es el principal objetivo de la cirugía plástica periodontal; los intentos tempranos de cubrimiento radicular mostraron poco éxito con injertos gingivales libres, ya que éstos demostraban más éxito en el aumento de encía. En los años 80, Miller 1982, Holbrook y Ochsenein 1983, Corn y Marks 1983, introdujeron técnicas de injerto de tejido conectivo y epitelio. Como resultado de estas técnicas, los procedimientos de cubrimiento radicular

han sido incrementados para ser utilizados en la práctica periodontal (Pasquinielli 1995).

Las recesiones gingivales pueden estar relacionadas con factores anatómicos, condiciones inflamatorias o trauma. Es importante tener en cuenta que existen dos factores causales principales del desarrollo de recesiones gingivales como son: la secuela de enfermedad, inflamación periodontal inducida por placa bacteriana y el cepillado traumático (Carranza 1993, Ferro 2000, Oates 2003, Chambrone 2006); si controlamos estos factores se prevendría, en la mayoría de los casos, el progreso de la recesión. Cuando la causa es mecánica, cepillado traumático, se muestran encías sanas y el defecto de la raíz expuesta tiene forma de cuña, es limpia, lisa y pulida. Las recesiones asociadas a lesiones inflamatorias inducidas por placa; por lo general, están asociadas a malposiciones dentales, a un biotipo periodontal delgado y se evidencia clínicamente la inflamación gingival.

Por muchos años, el colgajo posicionado coronal ha sido usado en periodoncia con algunas variaciones (Harland 1907, Harvey 1965, Tarnow 1986). Al ser la mucosa de recubrimiento elástica, puede estirarse un colgajo mucoso levantado desde más allá de la unión mucogingival, en dirección coronaria, para cubrir las superficies radiculares expuestas (Harvey 1960, Summer 1969, Brustein 1979, Allen y Miller 1989, Wennstrom y Zucchelli 1996). El colgajo puede ser empleado para el recubrimiento radicular de un solo diente, así como de varios, siempre que haya tejido donante apropiado (Lindhe 2005); en este procedimiento el desplazamiento es con un movimiento vertical en dirección coronal (Bouchard 2001). El posicionamiento de colgajos

permite el mantenimiento del aporte vascular al tejido, mientras que la remoción completa de un injerto de tejido blando autógeno con un aporte vascular intacto a una localización distinta, requiere la formación de un aporte vascular al tejido injertado (Oates 2003).

TÉCNICA COLGAJO POSICIONADO CORONAL

Se comienza con la realización de dos incisiones liberadoras verticales y divergentes hacia la zona apical, las cuales se extenderán desde un punto hacia la zona coronaria del límite amelocementario, por mesial y distal del diente. Se prepara un colgajo de espesor total, por la zona media y distal de la recesión, hacia la zona apical del margen de tejido blando retraído, por la cara vestibular del diente, y se levanta un colgajo de espesor parcial con el objetivo de mantener el máximo grosor en los tejidos que serán usados para cubrir la raíz. Aproximadamente, 3 milímetros hacia la zona apical de la dehiscencia ósea, se traza una incisión horizontal a través del periostio, seguida por disección roma en la mucosa de revestimiento vestibular para liberar cualquier tensión muscular. La disección roma se extiende en sentido apical y lateral en una dimensión tal que permita la fácil ubicación del injerto mucoso por la zona coronal del límite amelocementario (Bruno 1994, Sato 2000, Lindhe 2005).

Se levanta el colgajo en sentido coronal, se ajusta para que se acople de forma óptima sobre el lecho receptor preparado y se asegura al nivel de la unión amelocementaria mediante la sutura del colgajo al lecho de tejido conectivo en la región de las papilas. Inmediatamente, se coloca el injerto en el sitio receptor y se asegura en posición con suturas interrumpidas. Después, se sutura el colgajo mucoso de modo que cubra el injerto de tejido conectivo. Se colocan suturas interrumpidas en las regiones papilares, así como a lo largo de la herida de las incisiones verticales. (Bruno 1994, Sato 2000, Lindhe 2005).

Con la colocación de tejido conectivo completamente por debajo del colgajo posicionado coronal, el cirujano puede lograr un resultado más estético y funcional, si el tejido conectivo se extiende por debajo de la mucosa alveolar. Este tejido, en una cicatrización a largo plazo, se puede convertir en tejido queratinizado; el procedimiento quirúrgico es similar al injerto de tejido conectivo subepitelial presentado por Langer y Langer en 1985, con una sutil diferencia, en lugar de permitir que el tejido conectivo quede coronal al colgajo, el cirujano ubica el colgajo coronal, de esta forma cubre completamente el tejido conectivo injertado; por lo tanto, en la cicatrización inicial, el grosor y el color correspondientes al tejido son excelentes, ya que el propio tejido cubre el tejido conectivo (Miller 1994).



Foto 1. Recesiones gingivales a nivel de los dientes 2.4 y 2.5.



Foto 2. Técnica de colgajo posicionado coronal, en la cual se hacen dos incisiones verticales liberadoras.



Foto 3. Obtención del injerto de tejido conectivo de la zona palatina.



Foto 4. Postoperatorio a los 6 meses. Se logró cubrimiento radicular en los dientes 2.4 y 2.5.

CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años de edad, de sexo femenino, ingresa al servicio de periodoncia, cuya queja principal es "me duele al cepillarme, he perdido encía". Su historia dental fue en el área de restaurativa. No hay contraindicaciones sistémicas. Clínicamente, se observa recesión gingival Clase II de Miller (1985) a nivel de 2.4 y 2.5. **(Foto 1)** Se efectuó colgajo posicionado coronal con colocación de injerto de tejido conectivo obtenido de zona palatina. **(Foto 2 y 3)**. Se tomó foto postoperatoria a los 6 meses, y se mostró cobertura radicular en la zona tratada. **(Foto 4)**.

DISCUSIÓN

Cuando existen recesiones, se deben tomar ciertas consideraciones a la hora de escoger una técnica quirúrgica para corregir estos defectos. Estas consideraciones dependen de ciertos factores que son: expectativas estéticas del paciente, el ancho y el largo del tejido interdental, la profundidad del vestíbulo, la presencia de frenillos, la presencia o ausencia de tejido queratinizado adyacente al tejido y el tamaño de la recesión (Zuchelli 2000).

Se puede desplazar un colgajo mucoso levantado desde más allá de la unión mucogingival, en dirección coronal, para cubrir las raíces expuestas; ya que la mucosa de recubrimiento es elástica. Actualmente, las técnicas de colgajo están en constante cambio, los investigadores buscan lograr suficiente ganancia en la liberación del colgajo para obtener adecuado posicionamiento coronal y completa unión del colgajo, sin tensión, a la hora de confrontarlo. La tensión en el colgajo durante la cicatrización, con frecuencia resulta en su retracción o incluso, en la abertura del margen de la herida.

Los colgajos de posicionado coronal son predecibles, para corregir las recesiones de un solo diente o de varios, siempre y cuando el paciente tenga tejido disponible para la reposición (Lindhe 2005) y no tenga pérdida del septo interalveolar ni pérdida del tejido blando interdental (Sato 2000). Tomando en cuenta la clasificación de las recesiones gingivales de Miller, en 1985, independientemente de la técnica utilizada, en las clases I y II se puede lograr el cubrimiento radicular completo, pero sólo se puede esperar un cubrimiento parcial en la clase III; en cuanto a los defectos en la clase IV no es posible hacer recubrimiento radicular.

CONCLUSIONES

La terapia periodontal no solamente trata de eliminar la enfermedad de los tejidos de soporte de los dientes, también se enfoca a la parte estética y funcional de la dentición en general. En la literatura se han reportado

múltiples procedimientos, para el tratamiento de recesiones gingivales, y es el colgajo posicionado coronal con injerto de tejido conectivo, una técnica efectiva y predecible. En este artículo se presentó un caso tratado con esta técnica; se obtuvo cobertura radicular y ganancia de inserción en los dientes 2.4 y 2.5. En el postoperatorio, la paciente manifestó estar satisfecha con el tratamiento realizado, ya que se le eliminó por completo la sensibilidad dental que manifestaba como queja principal.

BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Parameter on mucogingival conditions. *Journal of Periodontology*. Vol. 71, No. 5 (May 2000): 861-862.
2. BRUNO, J. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*. Vol. 14 (1994): 127-137.
3. BOUCHARD et al. Decision-making in aesthetics: root coverage revisited. *Periodontology 2000*. Vol. 27 (2001): 97-120.
4. CAMARGO et al. The use of free gingival grafts for aesthetic purposes. *Periodontology 2000*. Vol. 27(2001): 72-96.
5. CARRANZA. Periodontología clínica de Glickman. 7ed. Mexico D.F.: Interamericana McGraw-Hill. 1993.
6. CHAMBRONE. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of multiple recession-type defects. *Journal of Periodontology*. Vol. 77(2006): 909-916.
7. FERRO. Fundamentos de la Odontología. Editorial Javegraf. 1ed. Colombia. 2000.
8. LINDHE et al. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 4ed. Madrid: Médica Panamericana. 2005.
9. MILLER, P. A classification of marginal tissue recession. *The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*. Vol. 5 No. 1 (Feb. 1985): 9.
10. MILLER, P. Regenerative and reconstructive periodontal plastic surgery. *Dental Clinics North America*. Vol. 32 No. 2 (1988): 287-306.
11. MILLER P. Periodontal Plastic Surgical Techniques for Regeneration. *Periodontal Regeneration: current status and directions*. POLSON A.M. Quintessence Publishing. 1994.
12. OATES et al. Surgical therapies for the treatment of gingival recession. A systematic review. *Annals of Periodontology*. Vol. 8 (2003): 303-320.
13. PASQUINELLI. The histology of new attachment utilizing a thick autogenous soft tissue graft in an area of deep recession. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*. Vol. 15 (1995): 248-257.
14. SATO, N. Cirugía periodontal. Atlas Clínico. Barcelona: Ed. Quintessence. 2002.
15. SOUZA et al. Root coverage: Comparison of coronally positioned flap with and without titanium-reinforced membrane. *Journal of Periodontology*. Vol. 74 (2003): 168.
16. TROMBELL. Periodontal regeneration in gingival recession defects. *Periodontology 2000*. Vol. 19 (1998): 138.
17. WENNSTRÖM. Mucogingival therapy. *Proceedings of the World Workshop on Periodontics*. *Annals of Periodontology* 1. (1996): 671-701.
18. ZUCHELLI. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *Journal of Periodontology*. Vol. 71, No. 9 (2000).