

Recesión única en el maxilar superior, tratamiento mediante Colgajo Desplazado Lateral Avanzado Coronalmente.

Reporte de casos.

[Isolated recession in the upper maxillary, treatment through coronally advanced flap laterally moved. Case series.]

Autores:

Od. De Nardo, Rodrigo [1]
Od. Rodríguez, Claudia [2]

Dirección de Contacto:

Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela de Odontología. Universidad Maimónides. Hidalgo 775. C.A.B.A.
E-mail: rodrigodenardo@hotmail.com

Fecha de recepción:

09/10/2013

Fecha de aprobación:

24/11/2013

[1] Especialista en Periodoncia.

JTP. Carrera de Especialización en Periodoncia. Universidad Maimónides. Jefe de Clínica. Carrera de Especialización en Periodoncia. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.

[2] Especialista en Periodoncia.

Ayudante de la Carrera de Especialización en Periodoncia. Universidad Maimónides. Profesor Adjunto. Cátedra de Periodoncia A. Universidad Nacional de La Plata. Profesor Adjunto. Periodoncia II. Universidad Católica de La Plata convenio Sociedad Odontológica de La Plata.

Sociedad Odontológica de La Plata
Biblioteca
"Dr. Anibal E. Inchausti"

RESUMEN

Objetivo: Describir el tratamiento quirúrgico realizado, como también evaluar la cicatrización y cobertura gingival obtenida en dos pacientes con recesiones gingivales únicas en vestibular del maxilar superior.

Casos clínicos: En los dos casos presentados en este reporte se trataron quirúrgicamente dos recesiones clase I y II de Miller, mediante Colgajo desplazado lateral avanzado coronalmente.

Conclusiones: Es de suma importancia preservar y/o recuperar los tejidos gingivales, no solamente desde el punto de vista estético sino también funcional. Debemos considerar los factores anatómicos locales que influyen en el resultado final y hacer un diagnóstico correcto del caso. Aprovechando las ventajas de esta técnica disminuirémos los fracasos.

PALABRAS CLAVE

Recesión gingival, Colgajo desplazado lateral avanzado coronal, Tratamiento quirúrgico.

SUMMARY

Aim: Describe the surgical treatment made as well as evaluate the healing and gingival coverage got in two patients with isolated gingival recessions in the upper maxillary vestibular.

Clinic cases: In the two cases showed in this report two recessions class I and II of Miller were treated surgically through coronally advanced flap laterally moved

Conclusions: It is very important to preserve and recover the gingival tissues, not only from the aesthetic point of view but also functional. It must be considered the local anatomical factors that influence on the final result and by doing the correct diagnosis of the case taking into account the advantages of this technique failures can be decreased.

KEY WORDS

Gingival recession, Coronally advanced flap laterally moved, Surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

Lograr recubrimiento radicular de recesiones gingivales ha sido y es un objetivo importante a alcanzar en la terapia quirúrgica periodontal, no solo por demanda estética sino también funcional. La AAP en el Workshop de Clasificación de Enfermedades Periodontales de 1999 incluyó las recesiones gingivales dentro de las malformaciones mucogingivales y lesiones alrededor de los dientes, definiéndolas como la migración apical del margen gingival en relación al límite amelocementario (LAC). [1]

Su etiología es multifactorial, existen factores predisponentes como: profundidad del vestibulo disminuida, inserción alta de frenillos, inserción muscular sobre línea mucogingival, piezas dentarias desalineadas, tabla ósea vestibular delgada como consecuencia de prominencias radiculares pronunciadas, biotipo periodontal fino y factores desencadenantes como: traumatismo gingival por cepillado, inflamación gingival marginal inducida por placa, movimientos ortodóncicos, hábitos lesivos. [2-3-4]

Las indicaciones principales para realizar procedimientos de recubrimiento son: exigencias estéticas, hipersensibilidad radicular, aumento de encía insertada, detención de la progresión de la recesión y modificación de la topografía del tejido marginal con el propósito de facilitar el control de placa. [5]

En la actualidad ha aumentado la exigencia estética de los pacientes, observándose un incremento en la demanda de procedimientos quirúrgicos destinados a tratar este inconveniente, especialmente cuando los dientes anteriores están involucrados. [6] Existen numerosos procedimientos para cubrir raíces denudadas. [2]

Los cuales pueden clasificarse en:

Injertos libres.

- Injerto Gingival Libre.
- Injerto de Tejido Conjuntivo Subepitelial.
- Injerto Alodérmico.

Injertos pediculados o colgajos desplazados.

- Colgajo Desplazado Lateral.
- Colgajo Desplazado Coronal.
- Colgajo Semilunar.
- Colgajo doble papila.

Técnicas Combinadas.

- Injerto Pediculado Injerto Libre.
- Injerto Tejido Libre.

La técnica seleccionada para la resolución de los casos clínicos fue Colgajo desplazado lateral avanzado hacia coronal propuesta por Zucchelli en 2004, que consiste en la combinación del Colgajo desplazado coronal (CDC) y el Colgajo desplazado lateral (CDL). [7]

El CDL o pediculado lateral fue descrito por primera vez por Grupe y Warren en 1956 y consistía en el levantamiento de un colgajo de espesor total en un área adyacente al defecto y el desplazamiento lateral para cubrir la zona radicular expuesta. [8] En 1966 Grupe modificó la técnica, no incluyendo la encía marginal en el colgajo con el objetivo de disminuir el riesgo de recesión en el sitio donante. [9] Staffileno 1964 [10] y Pfeifer & Hellereen 1971 [11] sugirieron el uso de colgajo de espesor parcial para reducir el riesgo de la recesión en el sitio donante.

Las limitaciones de esta técnica son la necesidad de contar con adecuada cantidad de encía insertada y suficiente hueso subyacente en el sitio donante adyacente al defecto y la posibilidad de recesión del sitio donante. [12]

El CDC, surge como alternativa de los CDL, Harvey lo propone en 1965, Summer en 1969, Bernimoulin en 1975, Allen en 1989, [2] como también Zucchelli et al. 2009. [13]

Consiste en reposicionar el tejido blando coronalmente.

Los resultados como técnica única de cobertura de recesiones no han sido satisfactorios, sin embargo con modificaciones que se han realizado, como la variación publicada por Zucchelli et al. 2004 han mejorado los parámetros clínicos. [7]

Su limitación es la imposibilidad de realizarlo en pacientes de biotipo gingival fino debido a que se necesita una encía suficientemente resistente para mantener la función en la zona cervical. [12]

Las ventajas de ambas técnicas son la presencia de un sólo sitio quirúrgico y la excelente vascularización del colgajo. [12]

El colgajo rotado lateral y desplazado coronalmente, combina las ventajas estéticas y la cobertura radicular que se logra con el colgajo desplazado coronal y el incremento de encía queratinizada de espesor considerable obtenida con el colgajo desplazado. [7]

CASO CLÍNICO 1

Paciente de sexo masculino de 27 años, concurrió a la consulta manifestando inconveniente de índole estético en sector antero superior debido a la ausencia de encía, refiriéndose a la pieza dentaria (pd) 22 rehabilitada con corona. (Fig. 1 y 2)

A la exploración se observó recesión clase II de Miller con los siguientes parámetros periodontales: Profundidad al Sondaje (PS) 2 mm, Nivel de Inserción Clínica (NIC) 14 mm, Recesión Gingival vertical (RGV) 12 mm, medida del LAC al margen gingival, ausencia de encía queratinizada (EQ) apical a la recesión, siendo la misma abundante lateral al defecto.

En conformidad con el paciente se realizó el tratamiento quirúrgico siguiendo los lineamientos de la técnica descrita por Zucchelli et al 2004. [7]

Previa anestesia y posterior al tratamiento mecánico de la superficie radicular, raspaje y alisado radicular sin acondicionamiento químico, se procedió a desepitelizar la zona adyacente a la recesión con bisturí hoja 15c. (Fig. 3)

Luego se realizó una incisión vertical en mesial de la pd 21 pasando la línea mucogingival (LMG) hasta 3 mm apical a la PS, se completó con una incisión semilunar respetando la forma del LAC hasta el borde del defecto. Conformando de esa manera dos papilas quirúrgicas. (Fig. 4)

A continuación de despegó un colgajo a espesor parcial pasando la LMG, se desplazó el colgajo lateralmente y se avanzó coronalmente, se realizaron puntos simples uniéndolo al borde del colgajo y el del tejido distal al defecto. Se suturó la zona dadora, aproximando los colgajos, tratando de minimizar la cicatrización por segunda intención. (Fig. 5 y 6)

Se indicó al paciente no cepillar la zona y aplicar gel de clorhexidina al 0,12% cada 12 hs. durante 10 días.

Se realizaron controles postoperatorios, a los 15 días, momento en el cual se retiró la sutura, a los 30 días, observándose una favorable cicatrización (Fig. 7 y 8), a los 3 meses y a 1 año evaluando, midiendo, registrando los parámetros periodontales postoperatorios y comparándolos con los preoperatorios (Fig. 9 y 10) (Cuadro 1)

Una vez alcanzado el tiempo de maduración del tejido blando se reemplazará la corona preexistente por una nueva que ofrezca correcta adaptación marginal.



Fig. 1: Imagen Preoperatoria.



Fig. 2: Rx.



Fig. 3: Área de la recesión desepitelizada.

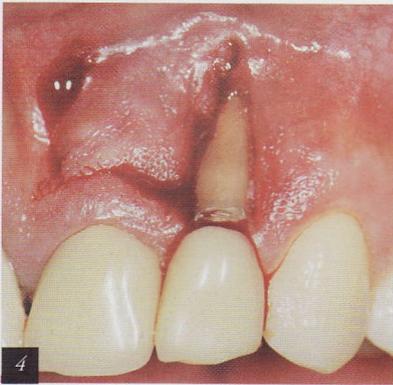


Fig. 4: Diseño del colgajo.

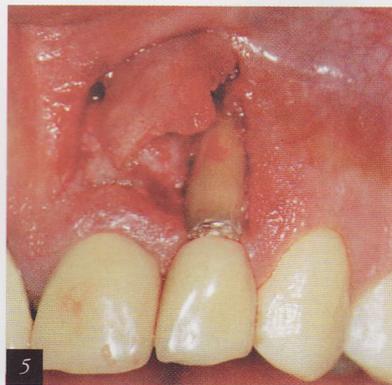


Fig. 5: Colgajo de espesor parcial.

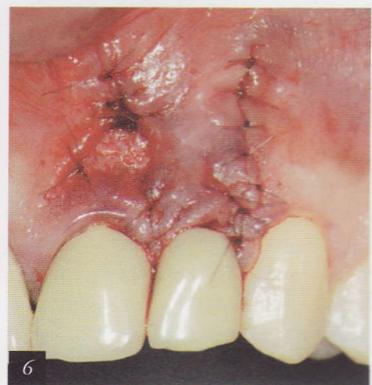


Fig. 6: Colgajo en posición y suturado.



Fig. 7: Postoperatorio 15 días.



Fig. 8: Postoperatorio 30 días.



Fig. 9: Postoperatorio 3 meses.



Fig. 10: Postoperatorio 1 año.

DIENTE 22	PRETRATAMIENTO	POSTRATAMIENTO	DIFERENCIA
PS	2	1	1
NIC	14	5	9
RGV	12	4	8
EQ	1	4	3

Cuadro 1.

PS: Profundidad al sondaje.
 NIC: Nivel clínico de inserción.
 RGV: Recesión gingival vertical.
 EQ: Encía queratinizada.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo femenino de 29 años, concurre a la consulta por derivación para tratar el problema estético en la pd 13. Al examen se diagnosticó recesión clase I de Miller con los siguientes parámetros periodontales: PS: 3 mm, NIC: 7 mm, RGV: 4 mm. EQ: 3mm apical a la recesión, siendo la misma abundante lateral al defecto. (Fig. 11, 12, 13, 14, 15)

Se utilizaron la misma técnica quirúrgica e indicaciones que el caso clínico nº 1. (Fig. 16, 17, 18, 19)

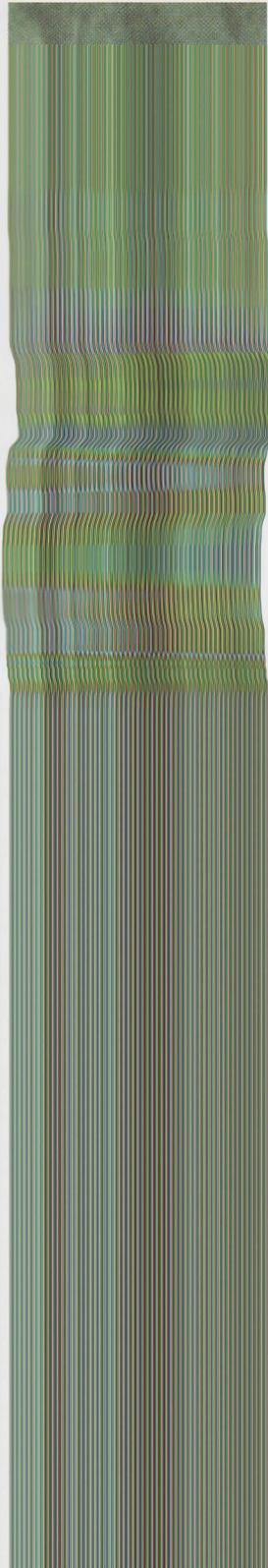
Controles a los 15 días y 6 meses, obsérvese la cicatrización favorable del tejido gingival. (Fig. 20, 21, 22, 23)

Comparándose los parámetros periodonta-



Fig. 11: Imagen Preoperatoria.

Fig. 12: Preoperatoria lateral.



CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo femenino de 29 años, concurre a la consulta por derivación para tratar el problema estético en la pd 13. Al examen se diagnosticó recesión clase I de Miller con los siguientes parámetros periodontales: PS: 3 mm, NIC: 7 mm, RGV: 4 mm. EQ: 3mm apical a la recesión, siendo la misma abundante lateral al defecto. (Fig. 11, 12, 13, 14, 15)

Se utilizaron la misma técnica quirúrgica e indicaciones que el caso clínico nº 1. (Fig. 16, 17, 18, 19)

Controles a los 15 días y 6 meses, obsérvese la cicatrización favorable del tejido gingival. (Fig. 20, 21, 22, 23)

Comparándose los parámetros periodontales pre y postoperatorios, se puede observar una evidente mejoría. (Cuadro 2)



Fig. 11: Imagen Preoperatoria.



Fig. 12: Preoperatoria lateral.



Fig. 13: Rx.

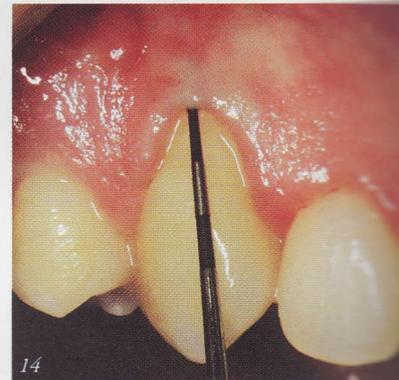


Fig. 14: Prof. al sondaje.

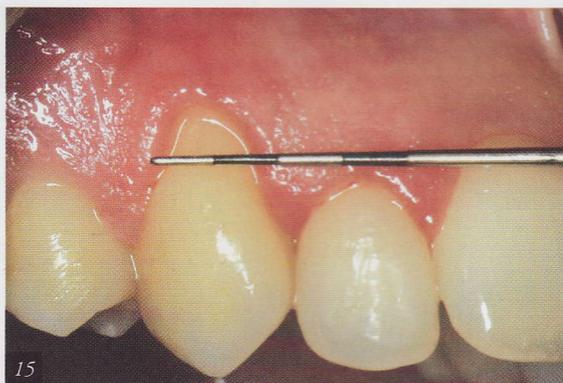


Fig. 15: Longitud del tejido lateral a la recesión.



Fig. 16: Desepitelización del área.



Fig. 17: Incisión y diseño del colgajo.



Fig. 18: Colgajo espesor parcial desplazado.

DISCUSIÓN

El éxito de la técnica seleccionada para el cubrimiento radicular ante la presencia de recesiones gingivales se mide con los siguientes resultados:

- Cantidad de recubrimiento radicular obtenido.
- Valor de profundidad de sondaje.
- Armonía de color gingival con el tejido adyacente.

Miller en 1985, estableció que el éxito se obtiene con 100% de cobertura radicular, margen gingival a nivel del límite ameloementario, surco gingival de 2 mm y ausencia de sangrado al sondaje. [14]

Es indispensable tener en cuenta los factores clínicos y anatómicos relacionados con las recesiones tales como: la pérdida de la papila, los dientes en mal posición o rotados, la extracción del diente, si presentan abrasión o desgaste oclusal, y el límite ameloementario (LAC) si es detectable o no., estos factores pueden limitar o modificar los resultados de la técnica. [15]

A la fecha no son muchos los estudios que comparan el porcentaje de recubrimiento radicular obtenido con distintas técnicas quirúrgicas. [4]

Caffesse en 1980 realizó un estudio comparativo a tres años entre el colgajo desplazado lateral y el de reubicación coronaria, encontrando resultados similares para ambos procedimientos (65 a 70%). [15]

Bouchard et al. [16] realizaron una recopilación de datos de la literatura, donde se observa la escasa diferencia en la efectividad de varias técnicas. (Tablas 1 y 2)

Los resultados fueron medidos en mm y en %, no ha sido evaluado sistemáticamente el resultado estético relacionado con el color final del tejido del área de cobertura con sus tejidos periféricos. [16] Los colgajos desplazados mantienen una conexión vascular con los tejidos adyacentes, aumentando las chances de supervivencia del colgajo sobre la superficie avascular radicular. [17]

El colgajo rotado lateralmente y avanzado coronalmente fue muy efectivo y predecible en la cobertura de la recesión gingival única Clase I y II de Miller. Logró resultados de 96% de cobertura radicular, estando el éxito asociado a ganancia de inserción, ausencia de bolsa y aumento en la cantidad de encía insertada. [18] No se apreciaron cambios en la altura del margen gingival del diente del sitio donante [18]

El éxito fue similar a otros procedimientos como técnica bilaminar y colgajo desplazado coronal, siendo superior al conseguido con colgajo desplazado lateral. [13]

DIENTE 13	PRETRAT.	POSTRAT.	DIFERENCIA
PS	3	1	2
NIC	7	2	5
RGV	4	1	3
EQ	3	4	1

Cuadro 2.

PS: Profundidad al sondaje.
NIC: Nivel clínico de inserción.
RGV: Recesión gingival vertical.
EQ: Encía queratinizada.

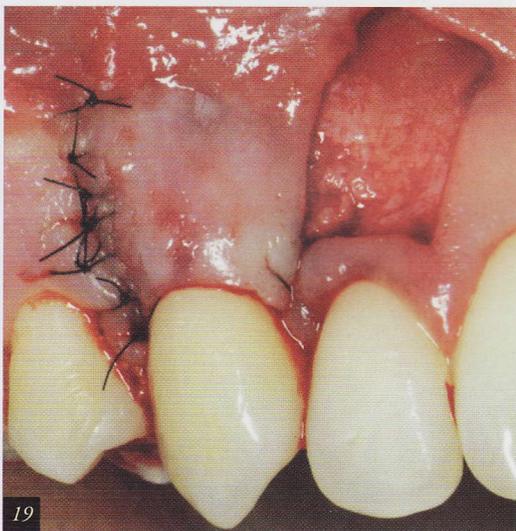


Fig. 19: Colgajo en posición y suturado.

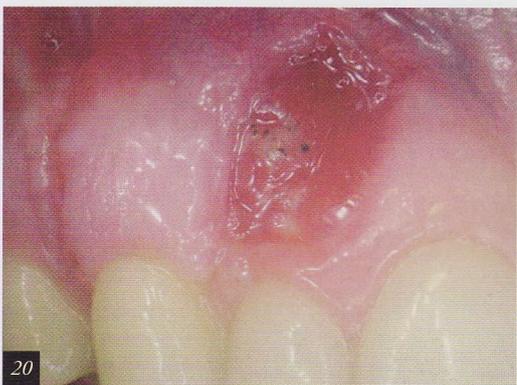


Fig. 20: Control a los 15 días.



Fig. 21: Imagen lateral.



Fig. 22: Postoperatorio 6 meses.



Fig. 23: Vista lateral del volumen gingival obtenido.

TABLE 1. MEAN PERCENTAGE OF ROOT COVERAGE IN CLASS I AND CLASS II DEFECTS: SUMMARY OF DATA FROM COMPARATIVE AND NON-CONTROLLED CASE STUDIES. SELECTION CRITERIA: 6-MONTH MINIMUM FOLLOW-UP, AT LEAST 10 PATIENTS PER GROUP, INITIAL RECESION DEPTH DATA AVAILABLE.

Procedure	Number of selected studies	Number of study groups	Number of patients	Number of teeth	Maximum length of studies in months	Mean initial recession depth in mm (range)	Mean % of root coverage (range)
Rotational flaps ^a	6	8	121	127	36	3.9 (3.1-5.0)	66 (41-82)
Advanced flaps ^b	6	7	119	244	96	3.7 (3.3-4.1)	77 (55-98)
Submerged grafts							
+ rotational flaps ^c	5	5	137	170	18	3.9 (3.3-4.9)	83 (70-97)
+ coronally positioned flap ^d	11	13	246	281	60	4.0 (3.0-5.6)	82 (52-99)
Envelope ^e	4	4	50	64	48	2.9 (2.5-3.4)	83 (80-87)
Guided tissue regeneration techniques							
Nonresorbable membrane ^f	10	10	201	201	48	5.0 (3.3-6.3)	76 (54-87)
Resorbable membrane ^g	7	8	98	104	12	4.25 (3.1-5.8)	74 (48-92)

Selected studies:
^a 24, 25, 33, 40, 98, 123.
^b 2, 64, 67, 91, 113, 118.
^c 15, 16, 46, 48, 88.
^d 16, 17, 19, 20, 49, 61, 78, 93, 116, 118, 125.
^e 4, 58, 72, 86.
^f 58, 83, 89, 90, 107, 108, 109, 111, 112, 125.
^g 17, 48, 49, 63, 89, 116, 125.

TABLE 2. MEAN PERCENTAGE OF TEETH WITH COMPLETE ROOT COVERAGE IN CLASS I AND CLASS II DEFECTS: SUMMARY OF DATA FROM COMPARATIVE AND NON-CONTROLLED CASE STUDIES. SELECTION CRITERIA: 6-MONTH MINIMUM FOLLOW-UP, AT LEAST 10 PATIENTS PER GROUP, INITIAL RECESION DEPTH DATA AVAILABLE.

Procedure	Number of selected studies *	Number of study groups	Number of patients	Number of teeth	Maximum length of studies in months	% teeth with complete root coverage (range)
Rotational flaps	-	-	-	-	-	-
Advanced flaps ^a	6	7	119	244	96	45 (9-84)
Submerged grafts						
+ rotational flaps ^b	2	2	84	110	6	89.5 (89-90) **
+ coronally positioned flap ^c	8	8	205	223	60	56 (50-88)
Envelope ^d	4	4	50	64	48	53 (42-62)
Guided tissue regeneration techniques						
Nonresorbable membrane ^e	6	6	84	84	48	33 (0-47)
Resorbable membrane ^f	5	5	64	70	12	44 (8-72)

* The numbers of studies in this table are reduced compared to Table 1, since the percentage of defects with complete coverage has not always been reported.

** One operator performed all procedures.

Selected studies:

- ^a 2, 64, 67, 91, 113, 118.
- ^b 46, 48.
- ^c 19, 20, 49, 61, 78, 116, 118.
- ^d 4, 58, 72, 86.
- ^e 58, 89, 90, 107, 111, 125.
- ^f 48, 49, 89, 116, 125.

CONCLUSIONES

Existen numerosas técnicas quirúrgicas de recubrimiento radicular, que ofrecen buenos resultados estéticos y funcionales.

La técnica seleccionada para estos casos clínicos es una opción adecuada para el tratamiento de recesiones gingivales maxilares Clase I y II de Miller.

Para tratar los casos clínicos presentados se priorizó las ventajas que proporciona el CDC, como el alto grado de cobertura radicular y el CDL, que otorga aumento de encía insertada en el área tratada.

Además de tener un solo sitio quirúrgico y de presentar la particularidad de cubrir la recesión con tejidos cromáticamente armónicos con los de los dientes adyacentes.

Pero lo más importante es que el colgajo en todo momento presenta buena irrigación proveniente del pedículo, con lo que se disminuye la posibilidad de necrosis.

Sociedad Odontológica de La Plata
Biblioteca
"Dr. Anibal E. Inchausti" ■

Bibliografía

- [1] American Academy of Periodontology. (2001) *Glossary of periodontal terms. 4rd ed. Chicago: American Academy of Periodontology.*
- [2] Wennström JL. (1996) *Mucogingival Therapy. Ann of Periodontol;* 1(1): 671-701.
- [3] Hall WB. (1984) *Pure mucogingival problems: etiology, treatment and prevention. Chicago: Quintessence.*
- [4] Woofter C. (1969) The prevalence and etiology of gingival recession. *Periodont Abstr;* 17: 45.
- [5] Lindhe J., Karring T., Lang N. (2003) *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 4ta edición, Buenos Aires: Editorial Panamericana.* 619.
- [6] Harris R. (1992) The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: A predictable method of obtaining root coverage. *J Periodontol.* 63:477-486.
- [7] Zucchelli G, Cesari C, Amore C, Montebugnoli L, De Sanctis M. (2004) Laterally moved, coronally advanced flap: A modified surgical approach for isolated recession type-defects. *J Clin Periodontol.* 75:1734- 1741.
- [8] Grupe HE, Warren RF. (1956) Repair of gingival defects by a sliding flap operation. *J Clin Periodontol.* 27: 92-5.
- [9] Grupe HE. (1966) Modified technique for sliding flap operation. *J Clin Periodontol.* 37: 491-5.
- [10] Staffileno H. (1964) Management of gingival recession and root exposure problems associated with periodontal disease. *Dent Clin North Am.* 111-120.
- [11] Pfeifer J, Heller R. (1971) Histologic evaluation of full and partial thickness lateral repositioned flaps: A pilot study. *J Periodont.* 42: 331-333.
- [12] Romanelli H; Adams E.; Schinini G. (2012) 1001 Tips en Periodoncia. *Del fundamento biológico a la práctica clínica: Paso a paso.* Caracas: Editorial Amolca. p. 225.
- [13] Zucchelli G., Mele M., Mazzotti C., Marzadori M., Montebgnoli L., De Sanctis M. (2009) Coronally advanced flap with and without vertical releasing incisions for the treatment of multiple gingival recessions: A comparative controlled randomized clinical trial. *J Periodontol.* 80(7):1083-1094.
- [14] Miller PD. (1985) A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 5: 8-13.
- [15] Zucchelli G, Testori T, De Sanctis M. (2006) Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recession: A new method to predetermine the line of root coverage. *J Periodontol.* 77: 714-721.
- [16] Caffesse R., Guinard E.. (1980), Treatment of localized gingival recessions. Part IV. Results after three years. *J Periodontol.* 51: 167-170.
- [17] Bouchard P., Malet J., Borghetti A. (2001) Decision-Making in aesthetics: coverage revisited. *Periodontol 2000.* 27(1): 97-120.
- [18] Santana R., Furtado M., Mattos L., de Mello Fonseca E.; Dibart S. (2010) Clinical evaluation of single stage advanced versus rotated flaps in the treatment of gingival recessions. *J Periodontol.* 81: 485-492.

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis I Médica Odontológica

Más de 1000 odontólogos gozan de nuestros beneficios.

Nuestro valor

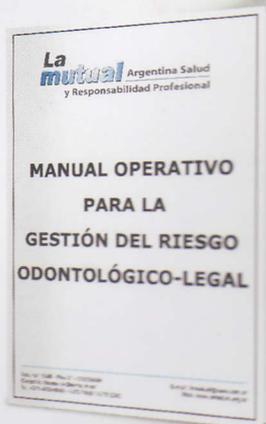
- La prevención y gestión del riesgo médico legal.
- El asesoramiento especializado ante el conflicto.
- La cobertura económica de una aseguradora.

Nuestras publicaciones

Manual Operativo para la Gestión del Riesgo Odontológico-Legal

Contiene:

- Normas de Procedimiento
- Modelos de Consentimientos informados
- Guía de evaluación



Tucumán 1668, 3° piso (C1050AAH) - C.A.B.A. - Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar