

Medicent Electrón. 2014 jul.-sep. ;18(3)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

INFORME DE CASO

Injerto libre de encía en el tratamiento de la recesión periodontal

Free gingival graft in the treatment of periodontal recession

MSc. Dr. Lázaro Sarduy Bermúdez¹, Dra. Mitdrey Corrales Álvarez²

1. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y en Periodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: lazarosber@ucm.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y en Periodoncia. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

DeCS: recesión gingival/cirugía, colgajos quirúrgicos.

DeCS: gingival recession/surgery, surgical flaps.

La recesión periodontal es el resultado del desplazamiento apical del margen gingival, con la consiguiente exposición de la superficie radicular, que conduce a la afectación de la estética, la sensibilidad radicular y el aumento de la susceptibilidad a la caries dental.^{1,2} Siempre que la recesión no esté progresando y se pueda mantener la salud del tejido gingival, la indicación de recubrimiento radicular es una decisión que debe considerar la reparación de las estructuras perdidas y las exigencias estéticas del paciente.³ El recubrimiento de las superficies radiculares expuestas se ha convertido en uno de los objetivos más importantes del tratamiento periodontal. Se han descrito una variedad de procedimientos quirúrgicos, como los colgajos posicionados lateral y coronalmente, injertos gingivales libres y de tejido conjuntivo, como medios efectivos para el recubrimiento de la recesión periodontal.^{4,5}

Los informes en la literatura periodontal referentes a las técnicas quirúrgicas desarrolladas para el recubrimiento de raíces expuestas, datan de comienzos del siglo pasado. En 1926, Norberg, citado por Paulo, propuso un colgajo pedicular posicionado coronalmente, con el propósito de recubrir las superficies radiculares.¹ En 1956, Grupe & Warren publicaron la primera técnica basada en el uso de injertos pediculares posicionados lateralmente, con el fin de tratar recesiones localizadas. Estas técnicas fueron perfeccionadas, lo mismo que las metodologías para el recubrimiento radicular por medio del uso del injerto gingival libre y las técnicas mixtas.⁶

Cuando de aumentar el ancho de la encía queratinizada y reposicionar inserciones musculares se trata, el injerto libre de encía es de elección.⁷ Por ello, se presenta el siguiente paciente, en el que se empleó este procedimiento quirúrgico.

Presentación del paciente

Paciente de 53 años de edad, femenina, con antecedentes de salud, gastronómica de profesión, la cual acude a nuestra consulta y refiere su preocupación por presentar «separación de la encía de

135

un diente». Al realizar el examen clínico, se observa recesión periodontal en 31 y 41 que concomitaban con un frenillo de inserción patológica en la zona. Los tejidos gingivales mostraban un ligero enrojecimiento por la dificultad de la técnica correcta de cepillado, con escasa encía insertada en la mencionada región. Se constató en la exploración clínica la ausencia de bolsas periodontales, y en el examen radiográfico, no existían evidencias de pérdidas óseas.

Los exámenes complementarios realizados se encontraban dentro de los parámetros normales: Hemograma completo: Hb: 126 g/l, leucocitos: $8,0 \times 10^9/l$, polimorfonucleares: 0,52, linfocitos: 0,48. Coagulograma: tiempo de sangrado: 1 min, tiempo de coagulación: 8 min, plaquetas: $287 \times 10^9/l$.

Luego del control exhaustivo de la fase higiénica, se procedió a la etapa quirúrgica: inicialmente, se eliminó el frenillo de inserción patológica a través de una frenotomía labial inferior. Seguidamente, se prepararon las superficies radiculares mediante su raspado y alisado cuidadoso y se diseñó un colgajo de espesor parcial de la zona en cuestión (Figura 1). Se confeccionó una plantilla quirúrgica de papel de estaño, con el objetivo de utilizarla para extraer el fragmento de tejido que se iba a injertar.



Figura 1. Colgajo de espesor parcial a nivel del 31 y 41.

En el paladar, a dos milímetros del límite amelocementario de los premolares superiores derechos, se trazó cuidadosamente, con apoyo de la plantilla quirúrgica, la muestra del tejido (Figura 2); esta fue rebajada y depositada en suero fisiológico para evitar su deshidratación. El injerto fue adaptado en la zona receptora (Figura 3) y sostenido con sutura suspensoria (Figura 4).



Figura 2. Obtención del injerto en la región del paladar.



Figura 3. Adaptación del injerto en la zona receptora.



Figura 4. Colocación de sutura suspensoria.

La región intervenida fue protegida con papel de estaño y cemento quirúrgico. Se indicó antibioticoterapia y mantener el apósito periodontal durante 10 a 14 días. Pasado el tiempo previsto, se retiraron el cemento y la sutura hasta que se logró la completa cicatrización (Figura 5).



Figura 5. Injerto que muestra la completa cicatrización.

Comentario

Hoy en día, los injertos libres son los procedimientos de cirugía mucogingival más utilizados en el mundo, ya que tienen una gran versatilidad y son muy predecibles. Es, sin lugar a dudas, la técnica de elección, si lo que queremos es aumentar la encía queratinizada, previo a la realización de una restauración.

Tienen como desventaja que se requieren dos zonas quirúrgicas: la donante y la receptora, por lo que el postoperatorio es peor, pues se produce en la zona receptora un aspecto colagenizado que empeora el resultado estético.⁷

Mediante esta técnica, empleada en la paciente de este informe, se logró eliminar el frenillo de inserción patológica, crear una banda de encía queratinizada adecuada desde el punto de vista anatómico y funcional, y cobertura de manera efectiva de las superficies radiculares denudadas. El Injerto gingival libre es, en la actualidad, una técnica de probada efectividad a escala mundial, que no requiere recursos excesivamente caros, como las matrices dérmicas acelulares, que al final pueden conducir al rechazo, debido a una respuesta indeseable del organismo; el autoinjerto gingival proporciona abundante tejido donante autólogo, cosechado en el paladar, en espacios edentes, retromolares, entre otros.⁸ Los resultados de esta presentación son comparables con los obtenidos por Cruz Morales y colaboradores,⁹ quienes consideran este procedimiento como el idóneo, cuando se trabaja en zona de incisivos inferiores, donde no existe suficiente profundidad vestibular, ni tejido remanente para cubrir el injerto. Los autores de este estudio discrepan con Ardila Medina y Guzmán Zuluaga,¹⁰ que prefieren usar siempre el tejido conectivo subepitelial, aun cuando las condiciones del entorno periodontal no sean las óptimas para emplear este procedimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Joly JC, Martorelli de Lima AF, Souza Lins LH. Recubrimiento radicular con regeneración tisular guiada. En: Gomes Henriquez PS. Estética en Periodoncia y Cirugía Plástica Periodontal. México: Edición Amolca; 2006. p.139-43.
2. Grados Pomarino S, Salas Martínez M, Maetahara Rubio DM, Flores Calderón SG, Guzmán Vera YS, Tello Barbarán J, *et al.* Recubrimiento de la superficie radicular expuesta I. Definición de recesión gingival, epidemiología, etiopatogenia, clasificación y opciones de tratamiento. *Gac Dental* [internet]. 2011[citado 5 nov. 2013];221:[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3427098>
3. Ardila Medina CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Av Periodoncia* [internet]. 2009 abr. [citado 5 nov. 2013];21(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852009000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Fábregues S, Fuenmayor V. Tratamientos para mejorar la estética de la encía. *Gac Dental* [internet]. 2011 [citado 8 nov. 2013];224:[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2011/09/tratamientos-para-mejorar-la-esttica-de-la-enca-25537/>
5. Weström JI, Zucchelli G, Pini Prato GP. Mucogingival Therapy- Periodontal Plastic Surgery. En: Lindhe J, Lang NP, Karring T. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 5th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008. p. 955-1028.
6. Henry H, Takei E, Todd S, Robert R, Azzi EP, Edgard PA, *et al.* Periodontal Plastic and Esthetic Surgery. En: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. *Carranza's Clinical Periodontology*. 11th ed. Estados Unidos: Elsevier Saunders; 2012. p. 595-600.
7. Gómez Meda R. Injerto epitelial libre. Control de la estabilidad a largo plazo y creeping attachment en Clase III de Miller. *Rev Maxillaris*. [internet]. 2010 abr. [citado 5 nov. 2013];XII(131):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.maxillaris.com/hemeroteca/201004/ciencia.pdf>
8. Durán Yaneth JC, Alarcón C, Velásquez D. Aplicación de biomateriales de base biológica, moléculas bioactivas e ingeniería de tejidos en cirugía plástica periodontal. Una revisión. *Rev*

- Clín Periodontol Implantol Rehabil Oral [internet]. 2012 [citado 5 nov. 2013];5(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v5n3/art09.pdf>
9. Cruz Morales R, Caballero López D, Betancourt González MM. Autoinjerto libre de tejido conectivo y epitelio como coadyuvante del tratamiento ortodóntico. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón. [internet]. 2010 [citado 28 abr. 2014];32(6):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol6%202010/tema15.htm>
 10. Ardila Medina CM, Guzmán Zuluaga IC. Cirugía plástica periodontal a través de la técnica Bilaminar y matrices alodérmicas. Rev Arch Méd Camagüey [internet]. 2010 [citado 28 abr. 2014];14(6):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S1025-02552010000600014&lang=es>

Recibido: 10 de diciembre de 2013

Aprobado: 21 de febrero de 2014

MSc. Dr. Lázaro Sarduy Bermúdez. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y en Periodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: lazarosber@ucm.vcl.sld.cu