

Medicent Electrón. 2015 oct.-dic.;19(4)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
«Dr. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ»
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

Utilización de la técnica bilaminar en el recubrimiento radicular

Use of the bilaminar technique for root coverage

MSc. Dr. Lázaro Sarduy Bermúdez¹, Dra. Mitdrey Corrales Álvarez², MSc. Dr. Magdiel Rodríguez Labrada³

1. Especialista de Segundo Grado en Periodontología y en Estomatología General Integral. *Master* en Urgencias Estomatológicas. Asistente. Investigador Agregado. 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 Periodontología y en Estomatología General Integral. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Otorrinolaringología. *Master* en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

DeCS: recesión gingival/cirugía, tejido conectivo/trasplante, colgajos quirúrgicos.

DeCS: gingival recession/surgery, connective tissue/transplant, surgical flaps.

El recubrimiento de la recesión periodontal se ha convertido en una parte integral de la práctica quirúrgica periodontal.¹ Las indicaciones para cubrir superficies radiculares expuestas incluyen la estética, la hiperestesia dentinaria, la caries radicular y la ausencia de encía queratinizada.² Muchos procedimientos quirúrgicos, como los injertos pediculados, los injertos gingivales libres, los de tejido conectivo y la regeneración tisular guiada han mostrado resultados efectivos en la cobertura de recesiones gingivales.^{3,4} Cada uno de ellos tiene sus ventajas y desventajas, indicaciones y contraindicaciones, y los resultados de éxito son variables. Cuando la necesidad de aumento del tejido queratinizado se conjuga con la oportunidad de recubrimiento radicular, las técnicas de elección pueden ser las bilaminares; estas consisten en un injerto de tejido conectivo subepitelial posicionado sobre la superficie radicular expuesta, que es entonces recubierto por el colgajo confeccionado en la región receptora.⁵

Actualmente, se ha sugerido la técnica del colgajo desplazado coronal más injerto de tejido conectivo como la más predecible en resultados sobre el tratamiento de las recesiones gingivales, pues ha demostrado alta efectividad en los porcentajes de cobertura, ganancia de inserción clínica y en el aumento del tejido queratinizado.

Este tipo de injerto ha sido propuesto como técnica de preferencia en los procedimientos para la cobertura radicular.⁶

Cuando de cubrir superficies radiculares y aumentar el ancho de la encía queratinizada se trata, el injerto con tejido conjuntivo subepitelial, combinado con un colgajo de reposición coronal, ofrece los mejores resultados.⁷ En este informe de caso, se muestran los resultados de este procedimiento quirúrgico.

Presentación del paciente

Paciente de 29 años de edad, masculino, con antecedentes de salud, económico de profesión, el cual acude a nuestra consulta y refiere su preocupación por presentar «exposición de la raíz de dos dientes». Al realizar el examen clínico, se observó alteración en la posición normal de la encía en el canino superior izquierdo (23) y en el primer premolar superior izquierdo (24) por la cara vestibular (recesión) (Figura 1), así como ausencia de bolsas periodontales y de inflamación. En el examen radiográfico no existía evidencia de pérdidas óseas.



Figura 1. Recesión periodontal antes del tratamiento.

Los exámenes complementarios realizados se encontraban dentro de los parámetros normales: Hemograma completo: Hb: 152 g/l; leucograma: $7,2 \times 10^9/l$; polimorfonucleares: 0,55; linfocitos: 0,43; coagulograma: tiempo de sangrado: 1 min; tiempo de coagulación: 7 min; plaquetas: $250 \times 10^9/l$.

Luego de concluida la fase inicial del plan de tratamiento periodontal, se procedió a la etapa quirúrgica. Se diseñó un colgajo deslizante coronario, de espesor parcial hasta la unión mucogingival y a continuación mucoperiostico, que permitió un desplazamiento pasivo del tejido en sentido coronal (Figura 2). Después, se prepararon las superficies radiculares con la realización de un raspado y alisado, y se aplicó tetraciclina, la cual fue bruñida sobre la raíz.



Figura 2. Colgajo deslizante coronario a nivel de 23 y 24.

En el paladar, a dos milímetros del límite amelocementario de los premolares superiores derechos, se trazó cuidadosamente una incisión de 1,5 cm y en ambos extremos se realizaron dos cortes de 1 cm, dirigidos hacia la línea media del paladar. Con posterioridad, se levantó una pequeña capa de epitelio, similar a una «puerta trampa», y debajo de este se cortó un fragmento de tejido conectivo (Figura 3). El injerto obtenido se depositó en suero fisiológico para evitar su deshidratación.

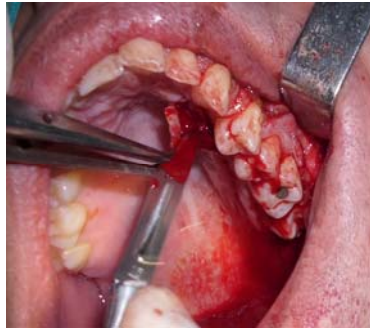


Figura 3. Obtención del injerto en el paladar.

A continuación, se adaptó el fragmento de tejido conjuntivo subepitelial en el lecho receptor y se suturó el colgajo de reposición coronal, de forma que cubriera la mayor parte del injerto (Figura 4).



Figura 4. Colgajo suturado.

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 completa cicatrización.

Comentario

Las técnicas bilaminares son los procedimientos de cirugía plástica periodontal que mejores resultados estéticos proporcionan en el recubrimiento de recesiones periodontales. Tiene como desventaja que se requieren dos zonas quirúrgicas, pero a diferencia del injerto libre, el fragmento colocado queda sumergido debajo de un colgajo deslizante coronario, que mantiene una circulación adecuada a través de su pedículo y garantiza, además, una excelente estética. Con relación al lecho donante, también esta técnica es superior, pues su cicatrización ocurre por primera intención y le garantiza al paciente un postoperatorio menos doloroso.⁸

Mediante el procedimiento empleado en el paciente de este informe, se logró una cobertura efectiva de las superficies radiculares desnudas.

Los resultados de esta presentación son similares a los obtenidos por Ardila Medina y Guzmán Zuluaga,⁹ quienes prefieren utilizar siempre esta técnica en el recubrimiento de retracciones periodontales. Harris, citado por Carvajal y Bilbao,¹⁰ al comparar el injerto de tejido conectivo subepitelial con las matrices dérmicas acelulares, plantea que no existe una diferencia considerable entre los dos tipos de tratamientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro Reyes RA, Vargas Casillas AP. Tratamiento de recesiones gingivales mediante colgajo desplazado coronal modificado más injerto de tejido conectivo subepitelial. Serie de casos. Rev Mex Periodontol [internet]. 2012 ene.-abr. [citado 18 oct. 2014];3(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2012/mp121e.pdf>
2. 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.
3. Arellano Salas KA, Dávila de Molina L, Catillo L, Perdomo B. Combinación de plasma rico en plaquetas con injertos gingivales libres en el tratamiento de recesiones. Revista Odontológica de los Andes [internet]. 2013 jul.-dic. [citado 18 oct. 2014];8(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/38087/1/articulo3.pdf>
4. Juárez Membreño IA. Comparación de dos técnicas en el manejo quirúrgico de la recesión radicular utilizando matriz dérmica acelular. Reporte de un caso. Av. Odontostomatol [internet]. 2014 jul.-ago. [citado 18 oct. 2014];30(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
5. 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.
6. Vijande Díaz de Corcuera F. Reto en la cirugía plástica periodontal. A propósito de un caso. Rev Vasca Odonto-Estomatol [internet]. 2013 [citado 18 oct. 2014];23(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4626217>
7. García MG. Cirugía plástica periodontal: tratamiento de las retracciones gingivales. Claves Odontol [internet]. 2013 nov. [citado 18 oct. 2014];20(71):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=719600&indexSearch=ID>
8. Fickl S, Thalmair T. Materiales de sustitución de los tejidos blandos en la cirugía plástica periodontal e implantológica. Quintessence [internet]. 2013 [citado 18 oct. 2014];1(9):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4601226>

9. Ardila Medina CM, Guzmán Zuluaga IC. Cirugía plástica periodontal a través de la técnica bilaminar y matrices alodérmicas. Rev Arch Méd Camagüey [internet]. 2010 nov.-dic. [citado 28 abr. 2014];14(6):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Carvajal Romero AL, Bilbao López MG. Aplicación de matriz dérmica acelular para recesiones gingivales (Amda). Rev Act Clín Med [internet]. 2013 ene. [citado 11 mar. 2015];28:[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000100009&script=sci_arttext

Recibido: 21 de octubre de 2014

Aprobado: 20 de febrero de 2015

MSc. Dr. Lázaro Sarduy Bermúdez. Especialista de Segundo Grado en Periodontología y en Estomatología General Integral. *Master* en Urgencias Estomatológicas. Asistente. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: lazarosber@ucm.vcl.sld.cu