

Medicent Electron. 2019 jul.-sep.;23(3)

COMUNICACIÓN

Complicaciones y cicatrización del injerto libre de encía y el colgajo de reposición coronal

Complications and healing of the free gingival graft and the coronally repositioned flap

Yaima González Valdés^{1*}
Lázaro Sarduy Bermúdez²
Eligio Eduardo Barreto Fiu²

¹Policlínico José Ramón León Acosta. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: lazarosb@infomed.sld.cu

RESUMEN

La recesión periodontal se define como un trastorno de instalación lenta, progresiva y destructiva, en la cual, la encía adherida de uno o varios dientes se encuentra apical a la unión cemento-esmalte. Se realizó un estudio descriptivo y transversal desde enero 2014 a diciembre 2016, en la Facultad de Estomatología de Villa Clara, con el objetivo de describir las principales complicaciones y la cicatrización del injerto libre de encía y el colgajo de reposición coronal asociado a

278

injerto de tejido conectivo subepitelial. La muestra fue de 45 pacientes y 54 zonas de injerto. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron: el dolor, seguido de la gingivorragia postoperatoria y el edema, en los casos donde se empleó el injerto libre de encía. La cicatrización de la zona donante y receptora, evaluada de buena, fue superior con el empleo del colgajo de reposición coronal asociado al tejido conectivo subepitelial.

DeCS: trasplantes; encía/cirugía.

ABSTRACT

Periodontal recession is defined as a destructive and slowly progressive disorder, in which the attached gingiva of one or several teeth is apical to the cement-enamel junction. A descriptive and cross-sectional study was carried out from January 2014 to December 2016, in the Faculty of Dentistry of Villa Clara, with the aim of describing the main complications and healing of the free gingival graft and the coronally repositioned flap associated with subepithelial connective tissue graft. The sample consisted of 45 patients and 54 graft areas. The most common postoperative complications were pain, followed by postoperative gingival bleeding and edema, in cases where free gingival graft was used. The healing of the donor and recipient area, evaluated as good, was superior with the use of the coronally repositioned flap associated with subepithelial connective tissue.

DeCS: transplants; gingiva/surgery.

Recibido: 1/11/2018

Aprobado: 17/04/2019

La recesión periodontal se ha definido como un trastorno de instalación lenta, progresiva y destructiva, en la cual, la encía adherida de uno o varios dientes se encuentra apical a la unión cemento-esmalte, que ocasionalmente involucra a la unión mucogingival y a la mucosa alveolar adyacente.^(1,2)

Varios aspectos de la recesión periodontal la hacen relevante en términos clínicos. Las raíces expuestas son susceptibles a las caries y el desgaste del cemento exhibido por la recesión deja una superficie dentinaria subyacente muy sensible, en especial al tacto, la hiperemia pulpar y los síntomas concomitantes pueden aparecer también por la exposición de la superficie radicular; la recesión interproximal crea espacios que pueden predisponer a la retención de la biopelícula, formación de cálculo o tártaro dental e inflamación, además de la afectación de la estética perceptible del paciente. Estas cuestiones motivan el desarrollo continuo de diversas técnicas quirúrgicas encaminadas a corregir esta clase de defectos.^(3,4)

Los diferentes procedimientos quirúrgicos encaminados a prevenir, corregir o eliminar deformidades anatómicas o traumáticas del desarrollo de la encía, o la mucosa alveolar, han sido denominados en la actualidad cirugía plástica periodontal.^(5,6)

Los procedimientos de cirugía mucogingival han sido clasificados en la actualidad como: injertos de tejido blando (que incluye los autógenos: gingival libre y de tejido conectivo subepitelial, y los alógenos: matriz dérmica acelular); así como los injertos pediculados, que abarcan los colgajos posicionados lateralmente, oblicuos, de papila doble, posicionado coronalmente, colgajo semilunar, además de las combinaciones de estas técnicas con los injertos de tejidos blandos y con la regeneración tisular guiada (RTG).^(6,7)

La especificidad en las indicaciones de muchas de estas técnicas de cirugía plástica periodontal, así como su complejidad, no limita su utilización, pero si conlleva a una predilección por algunas de ellas que constituyen estándares de oro en el logro de cobertura radicular y de aumento de encía queratinizada, entre ellas, se puede mencionar el injerto libre de encía (ILE) y el de tejido conectivo subepitelial asociado al colgajo de reposición coronal (CRC+ITCSE).⁽⁸⁾

Con el objetivo de describir las principales complicaciones y la cicatrización del injerto libre de encía y el colgajo de reposición coronal asociado al tejido conectivo subepitelial, se realizó un estudio descriptivo y transversal, desde enero de 2014 a diciembre de 2016, que incluyó a 45 pacientes y 54 zonas de injertos.

El dolor fue la complicación postoperatoria más frecuente (24 para un 44,44 %) que prevaleció en el ILE (18 para un 66,67 %), seguido de la gingivorragia postoperatoria (8 para un 14,81 %), y el edema (7 para un 12,96 %) que se destacó en ILE (5 para un 18,52 %). La mayor cantidad de técnicas sin complicaciones postoperatorias pertenecieron al CRC+ITCSE (20 para un 74,07 %).

Al analizar la cicatrización de las zonas donante y receptora, según la técnica quirúrgica, se pudo apreciar que la mayor cantidad de áreas donantes evaluadas con buena cicatrización pertenecieron al CRC+ITCSE (24 para un 88,89 %) y en la zona receptora, la misma técnica quirúrgica obtuvo una buena cicatrización para todos los casos donde se empleó (27 para un 100%). Al aplicar el *test* exacto de Fisher se evidenció que existen diferencias muy significativas entre la cicatrización evaluada de buena y regular en las zonas donante y receptora para ambos tipos de injerto ($p < 0,01$).

Todo procedimiento quirúrgico puede tener complicaciones postoperatorias. Es de criterio del investigador en el caso del CRC+ITCSE el hecho de garantizar una zona donante que cicatrice por primera intención. Esto evita el dolor postquirúrgico, independientemente de que la sección de fibras nerviosas tanto en el lecho donante como en el receptor es una fuente potencial de dolor. El propio traumatismo de los tejidos durante el acto quirúrgico, así como su manipulación puede ocasionar inflamación que cesa generalmente durante las primeras 24 horas. El sitio dador del injerto gingival libre, al quedar expuesto y pendiente a una cicatrización por segunda intención, puede comprometer este proceso; la granulación del tejido en este sitio puede verse afectada por el contacto con los alimentos, la lengua y la infección a la que está sujeta la cavidad bucal por ser considerada una incubadora bacteriológica. En este estudio no se encontró ningún caso con infección, esto se explica por los cuidados durante la cirugía y la indicación posterior de antimicrobianos, lo cual evita las infecciones, y la acción de las colagenasas de los tejidos periodontales y de las bacterias subgingivales. Se consideró que a pesar de que el área receptora de ambos procedimientos es protegida por el apósito periodontal, el cual mantiene el paciente por un período de

10 días, en el caso del CRC+ITCSE existe una protección adicional que garantiza un doble aporte sanguíneo al fragmento injertado, lo que favorece todo el proceso reparativo de los tejidos.

En el ILE la circulación es cortada y este sobrevive en un primer momento por la circulación plasmática, posteriormente es perforado por los vasos subyacentes los cuales comienzan a nutrirlo, y a su vez, sufren degeneración ulterior. Luego, solo quedan los vasos sanguíneos indispensables para nutrir el tejido, disminuye la proliferación inicial que garantizó la reparación e inclusión de este tejido al resto de los circundantes.^(9,10)

La mejor cicatrización de la zona donante del CRC+ITCSE se explica debido a la protección que ofrece el fragmento de la puerta trampa constituido por epitelio y una delgada lámina de tejido conectivo, que al ser suturado, garantiza una cicatrización por primera intención, a diferencia del área dadora del ILE, en la cual, queda expuesta una fracción del conectivo que debe repararse por segunda intención, lo que hace más tortuoso dicho proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weström JI, Zucchelli G, PiniPrato 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.
2. 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.
3. Bueno Rossy L, Ferrari R, Shibli J. Tratamiento de recesiones y defectos mucogingivales mediante injertos de tejido conjuntivo en piezas dentarias e implantes. Odontoestomatol [internet]. nov. 2015. [citado 29 jun. 2016];17(26):[aprox. 12 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392015000200005&script=sci_arttext&tlng=pt

4. 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 Periodoncia Implantol Rehabil Oral [internet]. dic. 2012 [citado 12 ene. 2014];5(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072012000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en

5. Díez-Pérez R, Costa-Berenguer X, Bascones Martínez A. Cirugía plástica periodontal en dientes del sector anterior. Av Periodoncia Implantol Oral [internet]. dic. 2016 [citado 2 jun. 2019];28(3):[aprox. 8 p.] Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852016000300005

6. Eley BM, Soory M, Manson JD. Problemas mucogingivales y su tratamiento. En: Periodoncia. 6.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 326-48.

7. Vijande Díaz de Corcuera F. Reto en la cirugía plástica periodontal. A propósito de un caso. Rev Vasca Odontostomatol [internet]. 2013. [citado 20 jun. 2016];23(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4626217>

8. Castillo Castillo A, Doncel Pérez C. Recubrimiento radicular. Rev Cubana Med Mil [internet]. jul.-sep. 2015 [citado 20 jun. 2016];44(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000300003

9. Basualdo J, Niño AY. Necrosis de injerto de tejido conectivo subepitelial asociado a incompetencia labial. Reporte de un caso clínico. Rev Clín Periodoncia Implantol Rehabil Oral [internet]. 2015 [citado 20 jun. 2016];8(1):[aprox. 8 p.].

Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S071853911400007X?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS071853911400007X%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>

10. Sculean A, Gruber R, Bosshardt DD. Cicatrización y regeneración periodontal. Periodoncia Osteointegración [internet]. 2014 [citado 2 jul. 2016];24(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5423874>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.