

Medicent Electrón. 2022 oct.-dic.;26(4)

Informe de Caso

Colgajo con preservación de papilas en defecto óseo del sector anterior

Papilla-preserving flap in bone defect of the anterior sector

Lázaro Sarduy Bermúdez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8590-1216>

Felisa Veitia Cabarrocas¹ <https://orcid.org/0000-0002-6596-2580>

Marysol Rodríguez Felipe¹ <https://orcid.org/0000-0002-1751-4150>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Facultad de Estomatología. Cuba.

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

RESUMEN

La técnica de preservación de papilas en el tratamiento de las periodontitis ofrece ventajas en cuanto a la protección del sitio del defecto cuando en este se pretende realizar cirugía ósea aditiva. La combinación de este proceder con la regeneración tisular guiada garantiza mayor protección a la membrana colocada con este fin. Se presenta el caso de un paciente de 47 años de edad, masculino, cibernético de profesión, que recibió tratamiento periodontal pero no acudió a su fase de mantenimiento y en este momento lo hace por presentar movilidad y sangrado gingival manifestado fundamentalmente al realizar los procedimientos de higiene bucal. Se le realizó un colgajo con preservación de papilas, entre los incisivos centrales superiores, colocándole un injerto de Bio-Oss y una membrana de

985



colágeno, con lo que se obtuvo una mayor altura del hueso y una disminución de la profundidad de la bolsa.

DeCS: colgajo miocutáneo; regeneración tisular dirigida; papilas gustativas.

ABSTRACT

The papillae preservation technique in the treatment of periodontitis offers advantages in terms of protecting the defect site when additive bone surgery is intended to be performed on it. The combination of this procedure with guided tissue regeneration guarantees greater protection for the membrane placed for this purpose. We present a 47-year-old male patient, computer engineer as a profession, who received periodontal treatment but did not attend his maintenance phase; he does so due to mobility and gingival bleeding manifested mainly when performing oral hygiene procedures. A papilla-preserving flap was made between the upper central incisors, placing a Bio-Oss graft and a collagen membrane, which resulted in greater bone height and decreased pocket depth.

MeSH: myocutaneous flap; guided tissue regeneration; taste buds.

Recibido: 23/10/2021

Aprobado: 9/05/2022

Desde 1976, Melcher (citado por González Díaz y colaboradores⁽¹⁾) inició una serie de estudios en los que interpuso un filtro de miliporos entre el colgajo y los tejidos subyacentes en pacientes con periodontitis severa, al hacerlo, evidenció un llenado que no se había alcanzado con las técnicas quirúrgicas convencionales, lo que permitió establecer que era importante y posible seleccionar las células de los diferentes tejidos periodontales que colonizarán primero la superficie radicular denudada por la enfermedad, lo que garantizaría una nueva inserción en defectos óseos verticales.



Elementos celulares provenientes de cuatro tejidos diferentes invaden el área en cicatrización: el epitelio gingival, el tejido conectivo de la encía, el tejido óseo y el desmodonto o ligamento periodontal. El tipo de cicatrización que se establezca depende del origen de las células que ocupen el área. Solo cuando las células provenientes del desmodonto son las primeras en establecerse en la zona resultará una nueva inserción con regeneración ósea y del ligamento periodontal. Si el epitelio llega primero se producirá un epitelio de unión largo sin conexión de nuevas fibras al diente, que se conoce como adaptación epitelial. Si las células del tejido conectivo gingival son las primeras en llegar, se formarán fibras colágenas paralelas al diente sin conexión funcional. Si son las del tejido óseo las que invaden la zona inicialmente, se producirá una anquilosis. El procedimiento que permite guiar las células ligamentarias para obtener la verdadera regeneración, mediante el asilamiento de aquellas que pudieran ocasionar efectos no favorables para este fin se ha denominado “regeneración tisular guiada” (RTG).^(2,3)

Desde el punto de vista microscópico el defecto óseo tratado es llenado inicialmente por el coágulo sanguíneo, el cual es reemplazado por un tejido de granulación que eventualmente da origen a nuevas fibras colágenas, laminillas del cemento y trabéculas óseas. Por encima de este proceso el epitelio recubre el área y se adhiere al diente por medio de hemidesmosomas y una lámina basal. Todo esto ocurre en bolsas infraóseas sucedáneas a defectos óseos verticales, fundamentalmente aquellos de tres paredes, o hasta los de dos paredes que sean profundos, en los casos más favorables.^(4,5,6)

La posibilidad de combinar este procedimiento con diferentes modalidades de colgajos periodontales regenerativos, garantiza una reparación superior, tal es el caso del colgajo con preservación de papilas. Esta técnica se realiza siempre que existan espacios interdentarios amplios o diastemas, lo cual garantiza el pasaje de la papila conservada y la misma quede incluida en el colgajo diseñado. Cuando a los defectos óseos se adicionan biomateriales en asociación con la cirugía antes mencionada se ofrece una protección adicional tanto al injerto como a la



membrana de colágeno si la misma es adicionada para lograr una regeneración superior.^(7,8)

Presentación del paciente

Paciente de 47 años de edad, masculino, cibernético de profesión, que recibió tratamiento periodontal, pero no acudió a su fase de mantenimiento y en este momento lo hace por presentar movilidad dentaria y sangramiento gingival manifestado fundamentalmente al realizar los procedimientos de higiene bucal. Al interrogatorio se constató que no padece de enfermedades generales y presenta antecedentes hereditarios maternos de periodontopatías. Al examen físico se observaron bolsas periodontales activas en algunas zonas de la boca, particularmente en mesial al 21 de 6 milímetros de profundidad, con movilidad de grado II y que concommitaba con sobrecarga grosera en posición protrusiva en dicho diente y frenillo labial superior que tiraba de la papila entre 11 y 21, la cual estaba inflamada y sangrante a la palpación y sondeo.

Los exámenes complementarios realizados se encontraban dentro de los parámetros normales:

Hemograma completo: Hb: 146 g/l, leucocitos: $7,9 \times 10^9/l$, polimorfonucleares: 0,54, linfocitos: 0,43. Coagulograma: tiempo de sangrado: 1 minuto, tiempo de coagulación: 9 minutos, plaquetas: $297 \times 10^9/l$., la serología fue no reactiva y VIH negativo.

En la radiografía periapical (Figura 1) se observó pérdida ósea angular moderada y aumento del espacio desmodontal en mesial del 21. Al conjugar todos los elementos disponibles se estableció el diagnóstico de Periodontitis Crónica, con un pronóstico total reservado y en particular para dicho diente.





Figura 1. Radiografía periapical que muestra la pérdida ósea entre 11 y 21.

Conducta Terapéutica.

Una vez concluida la Fase Higiénica del tratamiento, en la que se enfatizó en la motivación y educación sanitaria del paciente, se procedió a corregir la sobrecarga grosera en protrusiva, por desgaste selectivo y la eliminación del frenillo labial superior, como factores de influyentes que podrían afectar la regeneración periodontal post quirúrgica. Una vez alcanzada la completa cicatrización de la frenectomía realizada al paciente, se procedió a elevar un colgajo de espesor total con el empleo de la técnica de preservación de papilas, considerando el diastema entre 11 y 21 y lo conveniente que resulta esta técnica para brindar protección a los tejidos subyacentes a la membrana a colocar y mejores resultados estéticos en un sector tan importante. (Figura 2).



Figura 2. Levantamiento del colgajo con preservación de papilas.

Se expuso el defecto óseo y se comprobó su topografía (2 paredes y media) (Figura 3). Se rellenó el defecto óseo angular expuesto, con *Geistlich Bio-Oss Pen*[®], Suiza; material de hueso natural de origen bovino, altamente purificado, de acción osteoconductora.



Figura 3. Defecto óseo de dos paredes y media visualizado una vez levantado el colgajo.

Se recortó y adaptó al defecto óseo una vez rellenado, una membrana de colágeno reabsorbible, *Hypro-Sorb*[®], República Checa. (Figura 4). Se reposicionó

el colgajo desplazado, se realizaron las suturas correspondientes y se protegió el área intervenida con cemento quirúrgico, Quirurcem de producción nacional.

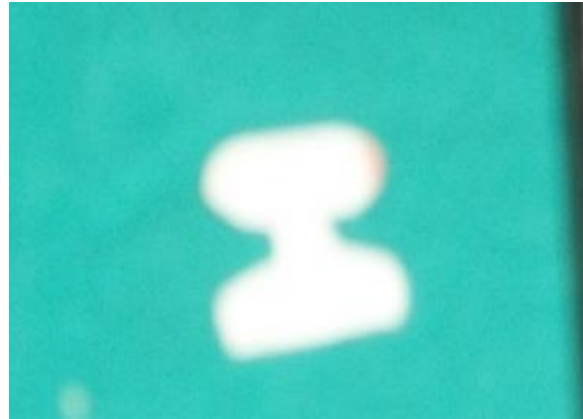


Figura 4. Membrana de colágeno recortada acorde a las exigencias del sitio.

Se realizan las indicaciones post-quirúrgicas donde se encontraban las medidas higiénico-dietéticas, uso de analgésicos para el dolor y la prescripción de amoxicilina (500 mg cada 8 horas) por vía oral.

Con posterioridad se realizó un ajuste oclusal de refinamiento, para completar el tratamiento de la disfunción iniciado previo a la intervención quirúrgica.

El postoperatorio transcurrió sin contratiempos, la evolución se realizó con chequeos mensuales, un nuevo sondeo y estudio radiográfico a los 3 meses de intervenido. (Figura 5)



Figura 5. Radiografía a los tres meses de la intervención que muestra la ganancia ósea.

Comentario

El colgajo con preservación de papila constituye uno de los procedimientos para cirugía regenerativa que garantiza la protección de los injertos colocados en los defectos óseos periodontales. La asociación con regeneración tisular guiada garantiza una protección adicional tanto al biomaterial como a la membrana colocada y le proporciona un doble efecto en la reparación de las reabsorciones del hueso alveolar como consecuencia de los procesos inflamatorios destructivos crónicos. Es de gran utilidad cuando se desea mantener parámetros estéticos.^(4,7,8,9)

La regeneración tisular guiada, lograda a través de la colocación de la membrana, permitió junto al resto de los procedimientos realizados, asegurar un puente de unión entre el tejido conectivo periodontal y el diente, con neoformación ósea y desaparición de la bolsa periodontal a los tres meses de evolución. Por su parte el relleno de Bio-Oss colocado debajo de la membrana de colágeno ayudó a mantener el espacio para la regeneración, así como la acción osteoconductor.

Resultados similares son los reportados por Martínez y Pacheco⁽¹⁰⁾ en el caso publicado de un paciente diabético donde mediante este proceder regenerativo

reportaron un relleno del defecto óseo con la reducción de la profundidad al sondeo y la eliminación del sangramiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Díaz ME, Toledo Pimentel B, Corrales Álvarez M, Veitia Cabarrocas F. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica. En: González Díaz ME, Toledo Pimentel B, Sarduy Bermúdez L, Morales Aguiar DR, de la Rosa Samper H, Veitia Cabarrocas F, *et al.* Compendio de periodoncia. 2ª ed [internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. p.183-265 [citado 30 mar. 2022]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/compendio_periodoncia/cap04.pdf
2. Francesena Bacallao Z, Bosch Pons MM. Regeneración Tisular guiada en pacientes portadores de periodontitis crónica del adulto. Medisur [internet]. oct. 2017 [citado 30 mar. 2022];15(5):[aprox. 7. p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77582>
3. Eley BM, Soory M, Manson JD. Tratamiento de los defectos óseos y afectación de la furcación. En: Periodoncia. 6ª ed. España, Barcelona: Elsevier; 2012. p. 295-325.
4. Kao RT, Takei HH, Carranza FA, Cochran DL, Nevis ML. Periodontal regeneration and reconstructive surgery. In: Newman MG, Klokkevold PR, Takei HH, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 12th ed. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2015. p. 593-603.
5. Takei HH, Nevis ML, Cochran DL, Carranza FA, Reynolds MA. Reconstructive periodontal Surgery. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 11th ed. St. Louis Missouri: Elsevier Saunders; 2012. p. 577-88.
6. Mora López CP, Téllez Jiménez H, Oliver Parra R. Estudio comparativo de técnicas quirúrgicas periodontales: Técnica convencional vs técnica de colgajo



simple de mínima invasión. Rev Tamé [internet]. 2018 [citado 30 mar. 2022];6(18):[aprox. 3. p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92899>

7. Takei HH, Carranza FA, Shin K. The flap technique for pocket therapy. In: Newman MG, Klokkevold PR, Takei HH, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 12th ed. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2015. p. 593-603.

8. Discepoli N, Costa Berenguer X, Bascones Martínez A. Regeneración de defectos periodontales intraóseos: combinación de membranas barrera y material de relleno: evidencia preclínica y clínica. Av Periodon Implantol [internet]. 2012 [citado 30 mar. 2022];24(3):[aprox. 6. p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852012000300005&lng=es

9. Murúa MJ, Ghirardi F. Técnicas de preservación papilar modificada y simplificada como alternativas al diseño de incisión intrasulcular para colgajos de acceso en el tratamiento de bolsas supraóseas. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNCuyo [internet]. 2016 [citado 30 mar. 2022];10(2):[aprox. 9. p.]. Disponible en: <https://bdigital.uncu.edu.ar/11172>

10. Martínez Gutiérrez D, Pacheco Paredes YT. Regeneración tisular guiada en paciente diabético. Reporte de caso. CCM [internet]. dic. 2017 [citado 30 mar. 2022];21(4):[aprox. 7. p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812017000400022&script=sci_arttext&tlng=pt

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

