

Medicent Electrón 2024;28:e4194

ISSN 1029-3043

Informe de Caso

Injerto libre de encía en paciente masculino de 10 años

Free gingival graft in a 10-year-old male patient

Marysol Rodríguez Felipe^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-1751-4150>

Lázaro Sarduy Bermúdez¹ <https://orcid.org/0000-0002-8590-1216>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: felipemarysol31@gmail.com

RESUMEN

La recesión periodontal es un fenómeno que aumenta con la edad; sin embargo, en las últimas décadas se ha incrementado en edades tempranas. El injerto gingival libre es la técnica óptima para aumentar la extensión del vestíbulo y el ancho del tejido queratinizado, por su gran efectividad y predictibilidad clínica. Se presenta un paciente masculino de 10 años de edad que fue intervenido quirúrgicamente con injerto libre de encía; presentaba recesión periodontal en incisivos centrales inferiores, asociada a inserción frénica anormal y vestíbulo

poco profundo. Este procedimiento logró restituir la cobertura radicular con incremento del ancho y grosor de la encía queratinizada, y la eliminación del frenillo de inserción anormal.

DeCS: recesión gingival; trasplante; niño.

ABSTRACT

Periodontal recession is a phenomenon that increases with age. However, it has increased at early ages in recent decades. Free gingival grafting is the optimal technique to increase the extension of the vestibule and the width of the keratinized tissue due to its great effectiveness and clinical predictability. We present a 10-year-old male patient who underwent surgery with a free gingival graft because he had periodontal recession in the lower central incisors associated with abnormal frenulum insertion and a shallow vestibule. This procedure managed to restore root coverage with an increase in the width and thickness of the keratinized gingiva and the elimination of the abnormally inserted frenulum.

MeSH: gingival recession; transplantation; child.

Recibido: 7/05/2024

Aprobado: 8/07/2024

En el ámbito de la periodoncia, una de las afectaciones más preocupantes, tanto en los pacientes como en los profesionales de esta rama, es la recesión periodontal (RP).⁽¹⁾ Esta se ha definido como un trastorno de instauración lenta, progresiva y destructiva, en la cual la encía marginal, 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.^(2,3)

La prevalencia de la RP aumenta con la edad; sin embargo, en las últimas décadas, se ha incrementado en edades tempranas de la vida.⁽⁴⁾ En



investigaciones realizadas en Brasil, se refiere su incidencia en una edad promedio de 22,9 años (63,9 %).⁽⁵⁾ Amaro y colaboradores,⁽⁶⁾ en un estudio realizado en adolescentes, en Chile, reportan un 68,4 % de prevalencia del trastorno mucogingival. En Cuba, en la ciudad de Matanzas, se realizó un seguimiento de trastornos mucogingivales, el cual evidenció una afectación del 40,98 % en pacientes entre 15-60 años, sobre todo del sexo femenino.⁽⁷⁾

En un estudio realizado en Villa Clara, se reporta un incremento de la RP en niños entre 7-11 años, lo que orienta su tratamiento a partir de la infancia y la adolescencia, con el fin de evitar futuras complicaciones que puedan comprometer la permanencia del diente.⁽⁸⁾

El abordaje quirúrgico de esta afección ha devenido el tratamiento por excelencia para las raíces expuestas, conocido inicialmente, como cirugía mucogingival y en la actualidad, como cirugía plástica periodontal o estética. Estos procedimientos intentan restituir los tejidos, lo más aproximadamente posible a su ubicación inicial, con respecto al límite amelocementario (LAC), además del incremento de la encía insertada, la cual constituye un elemento de vital importancia en el progreso de estas lesiones.^(2,9,10) En esencia, la cobertura de la superficie radicular expuesta, el incremento de la encía insertada y un resultado estético favorable constituyen el objetivo fundamental de las diferentes técnicas de injertos.⁽⁹⁾

Los dientes anteriores inferiores, debido a sus factores anatómicos como el biotipo gingival con cantidades delgadas o inexistentes de encía queratinizada, poca profundidad del vestíbulo y la alta inserción del frenillo están más expuestos a mayores desafíos para su tratamiento. Por otro lado, la ausencia de una dimensión adecuada de tejido queratinizado cerca de la zona de defecto puede ser una limitación para el desplazamiento coronal o lateral de los colgajos.

Ante la escasa encía insertada, el injerto gingival libre es el procedimiento de elección, pues se requiere una reposición que implique una movilización mínima de la unión mucogingival y que no se encuentre influenciada por las tensiones musculares o movimiento de la mucosa adyacente.



El injerto gingival libre se considera la técnica óptima para aumentar la extensión del vestíbulo y el ancho del tejido queratinizado, por sus altas tasas de éxito y predictibilidad clínica.⁽³⁾

Es de vital importancia, que los profesionales de la salud comprendan la necesidad del diagnóstico oportuno de la recesión periodontal, la remisión al periodontólogo y el manejo del infante durante el tratamiento quirúrgico. La concientización de que en los menores de 19 años resultan factibles los procedimientos que requieran cierta complejidad y sutileza, como el presentado en este estudio, eliminará tabúes respecto al tratamiento quirúrgico; sobre todo, ante su escasa implementación en ese grupo etario. Sin embargo, los trastornos dentarios que este logra revertir, constituyen un riesgo para la permanencia del diente en la edad previa a la adultez.

Presentación del paciente

Se presenta un paciente masculino de 10 años de edad, con antecedentes de salud, que acude a consulta con sus padres ante la separación de un diente de la encía. Al realizar el examen clínico, se observa recesión periodontal en 31 y 41, concomitante con frenillo de inserción anormal e inadecuada cantidad de encía insertada. Se constató la ausencia de bolsas periodontales; al examen radiográfico, no existían pérdidas óseas. (Figura 1)



Figura 1. Recesión periodontal en incisivos centrales inferiores.

Los exámenes complementarios revelaron parámetros normales:

Hemograma completo: Hb: 128g/l; leucocitos $8,0 \times 10^9$; polimorfonucleares: 0,52; linfocitos: 0,48.

Coagulograma: tiempo de coagulación: 7 min; tiempo de sangramiento: 1 min; plaquetas: 290×10^9 .

Luego de la fase inicial, con el control de la placa dentobacteriana y demás irritantes locales, se procedió a la fase quirúrgica. Se eliminó el frenillo de inserción anormal mediante una frenotomía labial inferior. Se prepararon las superficies radiculares mediante minucioso raspado y alisado. Luego, se diseñó un colgajo de espesor parcial de la zona en cuestión. Se confeccionó una plantilla quirúrgica de papel de estaño, con el fin de utilizarla para extraer el fragmento de tejido que se iba a injertar.

En el paladar, a 2 mm del límite amelocementario de los premolares superiores izquierdos, se trazó, mediante la guía de la plantilla quirúrgica, la muestra donante, la cual se rebajó y colocó en suero fisiológico para su hidratación. El injerto se adaptó a la zona receptora y se sostuvo con sutura suspensoria. (Figuras 2 y 3)



Figura 2. Adaptación del injerto a zona receptora.



Figura 3. Sutura suspensoria sosteniendo el injerto.

La región intervenida fue protegida con papel de estaño y cemento quirúrgico. Se indicó antibioticoterapia y mantener el apósito periodontal durante 14 días. Pasado el tiempo previsto, se retiraron el cemento y la sutura hasta lograrse la completa cicatrización. (Figuras 4 y 5)



Figura 4. Retirada de sutura a los 14 días.



Figura 5. Evolución al mes del injerto libre de encía.

Comentarios

El objetivo de todo tratamiento periodontal es devolver al paciente su salud dañada y conjuntamente, una apariencia aceptable desde el punto de vista estético, la recuperación de la función y el mantenimiento de estos resultados a través del tiempo.

El continuo recambio celular y la maduración de los injertos, así como la acción de la microbiota bucal, los efectos del cepillado y la masticación, entre otros elementos, pueden variar los resultados logrados con los diferentes procedimientos de injertos, que a lo largo del tiempo pueden influir, en diversos grados, en el logro exitoso de estas técnicas plásticas periodontales.

El injerto gingival libre es uno de los más utilizados universalmente por su predictibilidad y versatilidad, siempre que se pretenda un recubrimiento radicular con aumento de encía queratinizada. Para el equipo de investigación, la importancia de esta técnica quirúrgica en edades pediátricas está dada en la prevalencia de recesiones en incisivos inferiores, asociadas a inserciones frénicas y periodontos delgados (tipo IV).

Mediante la aplicación de esta técnica en el paciente presentado se logró eliminar el frenillo de inserción anormal, crear una banda de encía queratinizada adecuada desde el punto de vista anatómico y funcional, y la cobertura efectiva de las superficies radiculares denudadas. Los resultados obtenidos concuerdan con los de Carreño y colaboradores.⁽³⁾

En el paciente menor de 19 años, la integración social es de vital importancia. Estos individuos se hallan en un proceso continuo de crecimiento y desarrollo, donde es frecuente la presencia de periodontos finos, inserciones frénicas anormales y escasa encía insertada, que afectan gravemente la apariencia estética al originar recesiones periodontales. Cuando se trata de aumentar el ancho de la encía queratinizada, la cobertura radicular y reposicionar inserciones musculares, el injerto libre de encía constituye el tratamiento de elección.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Orozco CV, Espinosa Arreola M, Hernández Romero C. Cubrimiento radicular con colgajo posicionado coronal y matriz dérmica acelular en recesiones clase II y III de Miller en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Reporte de caso. Rev Mex Periodontol [Internet]. 2019 [citado 2024 abr. 21];10(3):[cerca de 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92122>
2. Takei HH, Scheyer ET, Azzi RR, Allen EP, Han TJ. Periodontal plastic aesthetic surgery. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Newman and Carranza's Clinical Periodontology. 13th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2019. p. 3621-708.
3. Carreño Pérez L, Castro-Rodríguez Y. Técnica de doble injerto gingival libre para incremento de encía queratinizada. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2021 [citado 2024 mzo. 05];40(1):[cerca de 10 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000100020
4. Sarduy Bermúdez L, González Valdés Y, Barreto Fiu E, Corrales Álvarez M. Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. Medicent Electrón [Internet]. 2018 [citado 2024 abr. 20];22(3):[cerca de 10 pantallas]. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v22n3/mdc04318.pdf>
5. Gama Machado JS, Vieira Falabella ME. Prevalence of gingival recession in dental students from the Federal University of Juiz de Fora - Brazil. Int J Odontostomat [Internet]. 2019 [citado 2024 Abr. 20];13(3):[cerca de 6 pantallas]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2019000300299&script=sci_abstract&tlng=en



6. Amaro Rivera Y, Alvarado Negrón G, Manqui Jara N. Prevalencia e indicadores de riesgo de recesiones gingivales en adolescentes de Valdivia en el año 2018. Int J Interdiscip Dent [Internet]. 2020 [citado 2024 abr. 20];13(1):[cerca de 6 pantallas]. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882020000100021

7. Brito Pérez K, Cruz Morales R, Caballero López D. Trastornos mucogingivales y su tratamiento, cinco años de seguimiento en pacientes matanceros. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 [citado 2024 abr. 20];39(2):[cerca de 11 pantallas]. Disponible en:

https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200012

8. Takei HH, Todd Scheyer E, Azzi RR, Allen EP, Han TJ. Periodontal plastic and esthetic surgery. In: Newman MG, Klokkevold PR, Takei HH, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 12th ed. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2015. p. 628-37.

9. Tafur Villa ME, Castro Ruiz CT, Mendoza Azpur G. Factores asociados al recubrimiento total de recesiones gingivales clases I y II de Miller. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2021 [citado 2022 sept.];58(2):[cerca de 8 pantallas]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072021000200013

10. Pineda Bombino L, Sarduy Bermúdez L, Rodríguez Felipe M. Modificación del injerto en sobre para recesión periodontal asociada a insuficiente profundidad vestibular. Informe de caso. Medicent Electrón [Internet]. 2024 [citado 2024 abr. 20];23(3):[cerca de 5 pantallas]. Disponible en:

<https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3883>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

