

PRESENTACIÓN CASO ESTOMATOLÓGICO

Recubrimiento radicular

Root Coverage

MSc. Arturo Castillo Castillo^I MSc. Clara Doncel Pérez^{II}

^I Policlínico Universitario Vedado. La Habana, Cuba.

^{II} Hospital Militar Central "Dr. Luís Díaz Soto". Habana del Este, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: existen varias alternativas de tratamiento para el recubrimiento radicular provocado por la recesión periodontal, la cual se caracteriza por el desplazamiento en sentido apical del margen gingival, con ello queda expuesta la raíz dental al medio bucal, lo que puede provocar sensibilidad dentinaria, caries dental y afectación de la estética.

Objetivo: presentar un caso clínico donde se empleó una técnica quirúrgica para el recubrimiento radicular.

Presentación del caso: paciente masculino de 32 años, acudió a la consulta por molestias a los cambios térmicos en el 23 y preocupado por su estética ya que presenta la raíz expuesta al medio bucal. Al examen físico se observó alteración de la morfología gingival caracterizado solamente por cambio de la posición gingival en sentido apical en el 23, que no alcanza a la línea mucogingival. Se decidió en el plan de tratamiento correctivo no quirúrgico, tratar la hiperestesia dentinaria aplicar el desensibilizante dentinario (laca fluorada: Profilac), y en el tratamiento correctivo quirúrgico realizar un colgajo deslizante lateral para cubrir la raíz expuesta y tratar la afectación estética.

Conclusión: el procedimiento empleado tuvo los resultados previsibles y constituye una alternativa terapéutica cuando exista compromiso estético del paciente.

Palabras clave: Recesión gingival, recubrimiento radicular, colgajo deslizante lateral.

ABSTRACT

Introduction: there are several treatment options for root coverage caused by periodontal recession, which is characterized by displacement toward apically gingival margin, thereby dental root is exposed to the oral environment, which may cause dentine sensitivity, dental cavities, and aesthetic affectation.

Objective: present a clinical case where a surgical technique was used to root coverage.

Case report: a 32 year-old male patient came to consultation due to nuisance to thermal changes in tooth 23 and he was concerned about aesthetics since he had his root exposed to the oral environment. On physical examination, altered gingival morphology was observed. It was characterized only by changing the apical gingival position in tooth 23, which does not reach the mucogingival line. It was decided a corrective plan of nonsurgical treatment, treating dentin hyperesthesia by applying dentin desensitizing (fluoridated lacquer: Profilac), and corrective surgical treatment to make a lateral sliding flap to cover the exposed root, and treating aesthetic condition.

Conclusion: the used procedure had the expected results and it represents an alternative therapy when there is patient aesthetic compromise.

Keywords: gingival recession; root coverage, lateral sliding flap.

INTRODUCCIÓN

La recesión periodontal es una patología enmarcada entre los procesos distróficos que afectan el periodonto. En 1978 Guinard y Caffesse la definieron como el desplazamiento de la encía marginal hacia la zona apical del límite amelocementario, dando lugar a la exposición de la superficie radicular, sin la presencia de bolsa periodontal.^{1,2,3}

Las recesiones periodontales vestibulares son motivo frecuente en la consulta diaria, por la afectación de la estética, acompañado de dolor a los cambios térmicos, formación de caries dental radicular.⁴⁻⁶ Existen condiciones anatómicas y fisiológicas del individuo que pueden influir en su desarrollo, pero por sí solas no podrían ocasionarlas, tales como la edad, la malposición dentaria, escasa área de encía queratinizada, cepillado traumático, o el uso de prótesis fijas o removibles mal diseñadas.⁷⁻¹¹

La clasificación más utilizada fue realizada por Miller en 1985,¹²⁻¹⁵ la misma facilita la referencia para la previsibilidad en cuanto a cobertura radicular ya que tiene en cuenta no solo la recesión sino también a los tejidos que rodean el diente.

Diferentes son los tratamientos quirúrgicos para realizar el recubrimiento radicular, ubicados en dos grandes grupos: los injertos libres y los colgajos pediculados.^{16,17} En este último se encuentra el colgajo reposicionado lateralmente o colgajo deslizante lateral. Esta técnica implica el levantamiento de un colgajo de espesor total en una zona donante adyacente al área de la recesión y el desplazamiento lateral de este para cubrir la superficie radicular expuesta.¹⁸

Este proceder ofrece como ventajas que se realiza en un solo sitio quirúrgico y se aporta una excelente vascularización al colgajo y como desventajas que el área donante adyacente requiere gran cantidad de encía insertada, que existe la posibilidad de recesión en el sitio donante y que solo pueden tratarse 1 ó 2 recesiones en un acto quirúrgico.¹⁹⁻²²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 32 años que acudió a la consulta de Periodoncia, perteneciente al Hospital Militar Central "Dr. Luís Díaz Soto", preocupado por su estética al tener la raíz expuesta. Durante el interrogatorio se conoció que sentía molestias en el diente 23, asociadas a los cambios térmicos y el roce de alimentos dulces, salados y ácidos, que desaparecían una vez que el estímulo cesaba, con un tiempo de evolución aproximadamente de 3 años, para lo cual no había recibido tratamiento. El paciente tenía antecedentes de buena salud general y bucal, sin antecedentes patológicos familiares, hemorrágicos, ni de reacción a medicamentos.

Al examen físico se observó cambio de la posición gingival en sentido apical en el 23, que no alcanza la línea mucogingival, sin bolsa periodontal, ni otra alteración de la morfología gingival, correspondiente con una Clase I de Miller.¹²⁻¹⁵ La longitud de la recesión periodontal, o sea, la distancia desde el límite amelocementario hasta el fondo del surco gingival por la cara vestibular, alcanzaba 6 mm. (Figura 1) En el estudio funcional se constató sobrecarga masticatoria, en la posición céntrica, del diente 23 con el 33 (23/33).



Fig. 1. Se observa la extensión de la recesión.

El valor de los exámenes complementarios se encontraban dentro de los límites normales ya que las cifras de hemoglobina eran de 13,2 g/L, el tiempo de sangramiento de 1 minuto, el tiempo de coagulación de 8 minutos y el conteo global de leucocitos: $7,8 \times 10^9 /L$.

Planteamiento diagnóstico:

1-Hiperestesia dentinaria.

2-Recesión periodontal localizada.

Se analizó con el paciente el plan de tratamiento, se le explicó en qué consistiría y los resultados esperados, una vez obtenido el consentimiento del mismo, la propuesta que se aprobó fue la siguiente:

Etapa I de preparación inicial. Consistente en educación para la salud y en la motivación, el control de placa dentobacteriana (CPDB), mediante el índice de higiene bucal de Love. En el primer control realizado resulta eficiente la técnica de cepillado dental ejecutada por el paciente ya que alcanzó 14,3 %, se insistió en que el cepillado no se realice de forma traumática para los tejidos periodontales. Como parte de esta etapa también se le realizó la eliminación de depósitos duros y blandos así como el pulido de las superficies dentales.

Etapa II de tratamiento correctivo. En el procedimiento correctivo no quirúrgico se realizó ajuste oclusal por desgaste selectivo en 23/33 y aplicación de laca fluorada (Profilac) en días alternos hasta completar las 5 sesiones, para el tratamiento de la hiperestesia dentinaria.

En el tratamiento correctivo quirúrgico se realizó el colgajo deslizante lateral.

Descripción de la técnica:

Paso 1.- Preparación de la zona receptora: previa antisepsia del campo operatorio se coloca anestesia infiltrativa con Lidocaína al 2% (con vaso constrictor) en el fondo del surco vestibular, a continuación se realizó una incisión con bisturí Bard-Parker # 15 en el margen gingival alrededor de la raíz expuesta en el área receptora. (Figura 2) Se siguió la recomendación de los autores de la técnica que aconsejan extenderse hasta el periostio, ya que el tejido gingival a retirar debe ser lo suficientemente grueso que permita una base de tejido conectivo a la cual pueda unirse el colgajo. Posteriormente se eliminó el tejido blando incidido sin afectar el periostio alrededor de la raíz, se raspó y alisó la superficie radicular.

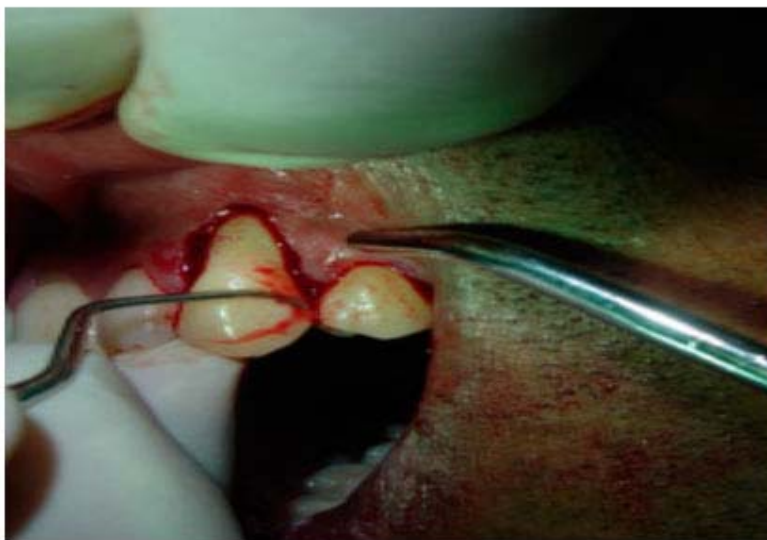


Fig. 2. Preparación de la zona receptora.

Paso 2.- Preparación del colgajo: en la zona donante correspondiente al área vestibular del 24 se realizó un colgajo de espesor total, haciendo una incisión vertical hasta el periostio, delimitando el colgajo adyacente a la zona receptora, extendiéndose hasta el nivel de la base de la zona receptora. Es necesario que su ancho sea mayor que esta para cubrir la raíz y proporcionar un margen amplio para la inserción del tejido conectivo alrededor de la raíz, incluyéndose la papila distal del colgajo. Se continuó con una incisión surcal en toda la extensión del colgajo, después se decoló cuidadosamente para evitar desgarro del mismo. Se comprobó la correcta adaptación en la superficie radicular, sin que haya tensiones; para evitar dicha tensión, se realizó una incisión al periostio.

Posteriormente se procedió al desplazamiento lateral del colgajo sobre la raíz, asegurando que quedara bien adaptado, sin tensión sobre la base. Después se fijó el colgajo tanto en el área receptora como en las papilas adyacentes, con una sutura interrumpida de seda 3-0. (Figura 3). Para proteger el colgajo y la zona donante se colocó el apósito periodontal Quirucem.



Fig. 3. Adaptación correcta del colgajo después de la incisión vertical y surcal. Sutura en la zona receptora y a nivel de las papilas.

Las indicaciones postquirúrgicas se encaminaron a proteger el área intervenida, evitar el dolor, disminuir el edema y favorecer la cicatrización. Se indicó dieta blanda, bolsas frías las primeras 24 hrs, 1 tableta de Dipirona 300 mg cada 6 hrs durante siete días, evitar la actividad física intensa, y acudir a la consulta si ocurría algún contratiempo durante la primera etapa postquirúrgica.

A los siete días se evaluó el caso, constatando una buena evolución, sin referir dolor, ni sangramiento. Durante el período postoperatorio el paciente pudo realizar su actividad laboral y su alimentación sin ninguna dificultad. En esa consulta se retiró el apósito periodontal y la sutura, se observó el estado de la cicatrización y se recolocó el apósito periodontal.

El apósito periodontal se colocó dos veces más con una periodicidad quincenal ya que era necesario mantener la correcta adaptación del colgajo al área receptora mientras transcurren los procesos normales de fijación del colgajo. Se realizaron varias consultas evolutivas con una periodicidad quincenal, hasta dar el alta administrativa al paciente, a los cuatro meses de comenzado el tratamiento periodontal. Se pudo observar que el recubrimiento radicular fue total, o sea, de un 100 %.

Etapa III Fase de mantenimiento. Esta etapa comenzó a partir de la anterior, se realizaron consultas evolutivas trimestrales durante el primer año. En este período se realizó CPDB, se insistió acerca de la importancia de mantener la buena higiene bucal para mantener los resultados obtenidos, se comprobó la ausencia de sobrecargas masticatorias, el paciente no refirió síntomas de hiperestesia dentinaria. El proceso de cicatrización del colgajo se mantuvo satisfactoriamente, así como el 100 % de recubrimiento radicular (Figura 4).



Fig. 4. Evolución al año con un 100% de recubrimiento radicular.

COMENTARIO

En el caso que se presentó se realizó un colgajo de espesor total, aplicando los pasos de la técnica descritos por los autores sin introducir otras variantes; sin embargo, en la literatura revisada algunos autores combinan la técnica quirúrgica con la aplicación de factor de crecimiento plaquetario²¹⁻²⁵ y con acondicionadores radiculares como el ácido cítrico 24 % en la raíz expuesta para favorecer el proceso de adaptación y fijación del injerto. *Leo Guimarães*²⁵ colocó un injerto de tejido conectivo antes deslizar el colgajo, permitiendo cubrir el mismo. *Dilsiz*²⁶ ha utilizado esta técnica combinado injerto gingival libre y láser. El empleo de compuestos derivados de la matriz del esmalte junto al colgajo deslizando lateral también ha tenido resultados favorables.²⁷

CONCLUSIÓN

El colgajo deslizando lateral es una técnica quirúrgica para tratar la recesión periodontal localizada (Clase I de Miller), con resultados satisfactorios, con demostrada previsibilidad y confiabilidad, por el alto porcentaje de recubrimiento radicular que se obtiene, siempre que se haga un correcto interrogatorio y un detallado examen físico. La minuciosidad con que se realice la técnica quirúrgica es importante para alcanzar el mayor recubrimiento del área radicular expuesta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guinard E A, Caffesse R A. Treatment of Localized Gingival Recessions: Part I. Lateral Sliding Flap. *Journal of Periodontology*. 1978; 49(7): 351-6.
2. Singh J, Bharti V. The effect of laterally positioned flap-revised technique and 24 % ethylenediaminetetraacetic acid root conditioning on root coverage: A case report. *Saudi Dent J*. 2014; 26(3): 132-8.
3. Yilmaz E, Ozcelik O, Comert M, Ozturan S, Seydaoglu G, Teughels W, Haytac MC. Laser-assisted laterally positioned flap operation: a randomized controlled clinical trial.
4. Eren Kuru B. Tratamiento de las recesiones gingivales localizadas empleando derivado de matriz del esmalte como ayuda a un colgajo de desplazamiento lateral: presentación de dos casos. *Quintessence Int*. 2009; 40(6): 461-9.
5. Ardila Medina C M, Guzmán Zuluaga I C. Cirugía plástica periodontal a través de la técnica Bilaminar y matrices alodérmicas. *AMC [Internet]*. [citado 08 Sep 2015] 2010, 14(6): 1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600014&lng=es
6. Cruz Morales R, Brito Pérez K, Caballero López D. Comportamiento de los trastornos mucogingivales y su tratamiento. Matanzas, 2008-2010. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2013 May-Jun [citado: 3 de Nov 2014]; 35(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol3%202013/tema05.htm>
7. Sarfati A, Bourgeois D, Katsahian S, Mora F, Philippe Bouchard Ph. Risk Assessment for Buccal Gingival Recession Defects in an Adult Population. *Journal of Periodontology*. 2010; 81(10): 1419-25
8. Bascones Martínez A, Ibero Sagastibelza I, Castro Lara G, Lázaro Calvo P. Revisión de los estudios comparativos entre regeneración tisular guiada y cirugía mucogingival en el tratamiento de recesiones gingivales. *Avances en Periodoncia [Internet]*. 2000 [citado: 3 de Nov 2014]; 12(1): 1-17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852000000100002&lng=es
9. Sarfati A, Bourgeois D, Katsahian S, Mora F, Philippe Bouchard Ph. Risk Assessment for Buccal Gingival Recession Defects in an Adult Population. *Journal of Periodontology*. 2010; 81(10): 1419-25.
10. Rios FS, Costa RS, Moura MS, Jardim JJ, Maltz M, Haas AN. Find all citations by this author (default). Estimates and multivariable risk assessment of gingival recession in the population of adults from Porto Alegre, Brazil. Find all citations by this author (default). *J Clin Periodontol* 2014; 41(11): 1098-1107.

11. Ustun K, Sari Z, Orucoglu H, Duran I, Hakki SS. Severe Gingival Recession Caused by Traumatic Occlusion and Mucogingival Stress: A Case Report. *Eur J Dent*. 2008;2:127-133.
12. López-Pinedo M, Li-Wong J. Cubrimiento radicular. *Rev Estomatol Herediana*. 2011;21(3):226-230.
13. Zucchelli G, de Sanctis M. Modified two-stage procedures for the treatment of gingival recession. *Eur J Esthet Dent*. 2013;8(1):24-42.
14. Günay H, Geurtsen W, Lühns AK. Conservative treatment of periodontal recessions with class V-defects using gingiva-shaded composite--A systematic treatment concept. *Dent Update*. 2011; 38(2):124-6.
15. Kochar D, Narula S, Kumar Sharma R, Tewari S, Chopra D. Creeping Attachment in Miller Class III Recessions: A Report of Five Cases. *Clinical Advances in Periodontics*. 2012;2(4):217-222.
16. Kassab MM, Badawi H, Dentino AR. Treatment of gingival recession. *Dent Clin North Am*. 2010;54(1):129-40.
17. Bains VK, Gupta V, Singh GP, Bains R. Mucogingival surgery: where we stand today. *J Calif Dent Assoc*. 2011;39(8):573-83.
18. Isler MS, Kolhatkar S, Bholia M. Treatment of isolated recession defects using the lateral sliding flap: a case series. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2008;20(7):437-43.
19. Beckman BW. Lateral sliding pedicle flap for gingival cleft at the maxillary canine tooth. *J Vet Dent*. 2005;22(4):282-5.
20. Gomes Henriques PS, Magalhaes Carvalho V. Terapia de Recubrimiento Radicular. En: Gomes Henriques PS. *Estética en Periodoncia y Cirugía Plástica Periodontal*. Amolca. C.A. Venezuela; 2006. p. 69-135.
21. Takei HH, Azzi Ra. Periodontal Plastic and Esthetic Surgery. En: Newman MG, Takei HH, Carranza FA. *Clinical Periodontology*, Ninth Edition; USA, W. B. Saunders Co.; 2002. p. 851-71.
22. Rajkarnikar J. Efficacy of Lateral Pedicle Graft in the Treatment of Isolated Gingival Recession Defects. *International Journal of Pharmaceutical Science Invention*. 2014,3(1):46-50.
23. Romanelli HJ, Adams Pérez EJ. Cirugía Plástica Periodontal. En: Romanelli HJ, Adams Pérez EJ. *Fundamentos de Cirugía Periodontal*. Amolca C. A. Venezuela; 2004. p. 257-87.
24. Singh J, Bharti V. Laterally positioned flap-revised technique along with platelet rich fibrin in the management of Miller class II gingival recession. *Dent Res J (Isfahan)*. 2013;10(2):268-73.
25. Soares LG, Castagna L, Resende CRS, Silva DG, Tinoco EMB, Falabella MEV. Root coverage with laterally positioned flap. *Dental Press Implantol*. 2012;6(4):86-92.

26. Dilsiz A, Aydin T, Selim Yavuz M. Root Surface Biomodification with an Er:YAG Laser for the Treatment of Gingival Recession with Subepithelial Connective Tissue Grafts. *Photomed Laser Surg.* 2010;28(4):511–17.

27. Eren Kuru B. Tratamiento de las recesiones gingivales localizadas empleando derivado de matriz del esmalte como ayuda a un colgajo de desplazamiento lateral: presentación de dos casos. *Quintessence Int.* 2009;40,(6):461-9).

Recibido: 12 de julio de 2015.

Aprobado: 1 de agosto de 2015.

MSc. Arturo Castillo Castilla. Policlínico Universitario Vedado. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: revistamil@infomed.sld.cu