

Multimed 2017; 21 (1)

ENERO-FEBRERO

CASO CLÍNICO

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA**  
**CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ESTOMATOLÓGICAS MANUEL MUÑOZ**  
**CEDEÑO**

**Recubrimiento radicular con técnica de tejido conectivo subepitelial combinado con colgajo deslizado coronalmente**

**Radicular cover with subepithelial connective tissue technique combined with slipped coronally flap**

**Esp. Periodontol. Suyenni Laura Cabrera Zamora,<sup>I</sup> Delia María Jiménez Guevara,<sup>I</sup> Esp. Periodontol Graciela Esther Fernández Peña,<sup>I</sup> MsC. Urg. Estomatol. Lina Candelaria Pardías Milán.<sup>II</sup>**

<sup>I</sup> Clínica de Especialidades Estomatológicas Manuel de Jesús Cedeño. Bayamo. Granma, Cuba.

<sup>II</sup> Policlínico Bayamo Oeste. Bayamo. Granma, Cuba.

**RESUMEN**

Frecuentemente a nuestra consulta acuden pacientes con recesión gingival, estas constituyen una preocupación estética, esto provoca caries radicular, sensibilidad radicular e irritabilidad del margen gingival causado por la incapacidad del paciente de remover la placa, además, al estar afectada la estética puede provocar trastornos psicológicos al paciente. Existen diversas técnicas para contrarrestar estos defectos como injerto libres de encía, deslizante lateral, doble papila, tejido conectivo

subepitelial, semilunar, regeneración tisular guiada y la técnica de colgajo pediculado deslizado coronalmente. El caso que presentamos se trató de un paciente masculino de 25 años de edad, que acudió a nuestra consulta preocupado por su estética ya que a nivel del 23 la encía se encontraba retraída y poca encía insertada, al medir con la sonda periodontal nos dio una exposición radicular de 5 mm, nos dimos a la tarea de resolver el problema y decidimos realizar una amplia búsqueda que nos demostrara con cual técnica obtendríamos mejores resultados por lo que se decide aplicar la combinación de las técnicas de tejido conectivo subepitelial y deslizante coronal, cumpliéndose el objetivo del trabajo donde queda el 96 % cubierta la raíz y se aumenta la encía insertada y de esta forma también queda satisfecho el paciente al resolver su problema estético.

**Palabras clave:** recesión gingival, trasplante de tejidos, tejido conectivo.

#### **ABSTRACT**

Gingival recession is a very frequent patients' reasons for visiting our office, it constitutes an esthetic concern, they also bring about radicular caries, radicular tenderness and gingival margin irritability due to their incapacity to remove the dental bacterial plaque, as esthetics is affected it may therefore cause patients' psychological upsets. There are some techniques to treat these defects, such as free gingival grafting, lateral sliding, double papilla, sub-epithelial connective tissue, semilunar, tisular guided regeneration and pedicles flap with crown sliding. A 25 year old – male patient came to our clinic worried about his look. His gums were retracted in 23 level and a few gum was inserted. Five millimeters of root exposition was revealed at proving. After a careful study of the case it was decided to combine two techniques sub-epithelial connective tissue and crown sliding; 96 % of the root was covered and the inserted gingiva increased. The patient was pleased with his esthetic.

**Key words:** gingival recession, tissue transplantation, connective tissue.

#### **INTRODUCCIÓN**

La recesión gingival es el desplazamiento de los tejidos periodontales marginales a una posición apical a la línea amelocementaria.<sup>1, 2</sup>

Existen diversos factores asociados con la etiología de las recesiones, factores desencadenantes, tales como un cepillado traumático, lesiones inflamatorias localizadas inducidas por placa o cálculo,<sup>3</sup> relacionados con procedimientos restauradores y

---

periodontales o producidos tras la realización de un tratamiento ortodóncico y factores predisponentes como inserciones musculares altas y tracción de los frenillos y malposición dentaria. <sup>4</sup>

Las indicaciones más frecuentes de tratamiento quirúrgico de estas recesiones son el desarrollo de hipersensibilidad, un contorno gingival que dificulte la higiene, estética inadecuada <sup>5</sup> o el incremento de la posibilidad de desarrollar caries radiculares. <sup>4,6</sup> Para tratar las recesiones contamos con la cirugía mucogingival que comprende una serie de técnicas quirúrgicas destinadas a la corrección de defectos en la morfología, posición y dimensiones de la encía. <sup>7</sup>

Entre las numerosas técnicas descritas para el cubrimiento radicular, incluyen el injerto gingival libre (IGL), colgajo posicionado lateralmente (CPL), la regeneración tisular guiada (RTG) y la técnica más frecuentemente utilizada, el colgajo posicionado coronalmente (CPC) asociado o no a un autoinjerto, aloinjerto o xenoinjerto. Estas técnicas, CPC y RTG, han demostrado ser altamente predecibles en términos de cubrimiento radicular. <sup>8,9</sup> Roccuzzo <sup>10</sup> demuestra cómo el colgajo posicionado coronalmente asociado a un injerto de tejido conectivo es el que mayor intervalo de cubrimiento tiene, en casos donde se quiera tanto cubrimiento radicular como aumento de encía queratinizada, el uso de injertos de tejido conectivo parece ser el más adecuado. <sup>7</sup>

La cobertura radicular no va a ser siempre posible. El pronóstico del tratamiento quirúrgico periodontal va a estar condicionado por el nivel de hueso interproximal. <sup>1</sup> Rasperini considera que se deben tener en cuenta varios parámetros al momento de elegir la técnica quirúrgica, <sup>7</sup> entre los que señala la clasificación de Miller, cantidad de tejido queratinizado, biotipo gingival y profundidad de vestíbulo.

El diagnóstico del tipo de recesión es la clave para selección del tratamiento idóneo. La mejor forma para orientar el caso es seguir la clasificación que elaboró Miller en 1985, donde estableció cuatro divisiones. <sup>11-13</sup>

Clase I: el margen de la recesión no llega a la línea mucogingival. No hay pérdida de hueso interproximal.

Clase II: el margen de la recesión llega o atraviesa la línea mucogingival. No hay pérdida de hueso interproximal.

Clase III: el margen de la recesión llega o atraviesa la línea mucogingival. Pérdida de hueso interproximal apical a la línea amelocementaria, pero coronal al margen apical de la recesión.

Clase IV: el margen de la recesión se extiende más allá de la línea mucogingival. Pérdida de hueso interproximal apical al margen de la recesión.

La primera técnica para usar un injerto de tejido conectivo subepitelial clínicamente fue descrita por Langer en 1982, el objetivo era aumentar el grosor de crestas edéntulas para mejorar la estética. Posteriormente, en 1985 Langer propuso una modificación de esta técnica para asegurar la cobertura radicular, <sup>5</sup> en esa publicación describió la técnica más versátil y usada en la actualidad que es la técnica del injerto conectivo subepitelial interposicionado. Esta técnica consiste en la creación de un lecho receptor en el sitio de la recesión gingival levantando un colgajo a espesor parcial y la interposición a manera de sándwich de un injerto de tejido conectivo subepitelial. La técnica de colgajo desplazado coronalmente, inicialmente descrita por Bernimoulin y cols. <sup>14</sup> y posteriormente modificada por Liu y Solt, <sup>15</sup> tiene como indicación el tratamiento de las recesiones gingivales localizadas cuando no existe área edéntula donante adyacente al área de la retracción.

La combinación de injertos de tejido conectivo y colgajos desplazados coronalmente se seleccionaron para tratar este caso.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de 25 años de edad masculino que presenta una recesión clase II de Miller (pérdida de tejido marginal que sobrepasa la línea mucogingival) a nivel de 23. Preparamos el área receptora a través de una incisión intrasucular hacia apical, extendiéndonos más allá de la conexión mucogingival, realizamos incisiones verticales a ambos lados del canino sin involucrar las papilas, se realizó decolado parcial del colgajo dejando periostio para que el injerto tenga doble irrigación sanguínea. Es decir, doble aporte sanguíneo al colgajo; por un lado, el periostio y, por otro, el colgajo que

---

cubre el injerto, lo cual aumenta la supervivencia del injerto. Luego preparamos la zona dadora para obtener el injerto de tejido conectivo.

La obtención de tejido conectivo se realizó mediante la técnica descrita por Hurzeler.<sup>15</sup> Debido al tamaño de la zona receptora se procedió a tomar un injerto de tejido conectivo del paladar mediante una única incisión a espesor parcial en el área palatina de los premolares. Esta primera incisión fue conectada por 2 incisiones verticales internas en ambos extremos y con otra incisión horizontal interna en la base, de modo que el injerto se libera en el interior de la mucosa palatina. La altura y la anchura del injerto se midió para que fuera coherente con la zona receptora para obtener así la máxima adaptación del injerto en su lecho.

Una vez se extrajo el injerto se procedió a suturar la herida palatina con puntos simples mediante sutura de 4 ceros y se presionó con una gasa durante unos minutos hasta conseguir una hemostasia estable.

Luego, situamos el tejido conectivo por dentro del colgajo creado con anterioridad, cubrimos la zona de raíz expuesta, y lo suturamos para asegurar la estabilidad de éste en el lecho. Una vez posicionado y suturado, ejercimos una presión sobre el injerto con una gasa durante cinco minutos con objeto de asegurar las condiciones óptimas para la curación del injerto, eliminamos todo coágulo que interfiriera entre el injerto y el lecho receptor y evitamos, de esta forma, un defecto en la circulación del injerto y una necrosis posterior.

## **DISCUSIÓN**

La recesión periodontal se trata mediante una amplia variedad de técnicas quirúrgicas, con la pretensión de ganar encía queratinizada primero y posteriormente tratar de conseguir recubrimiento radicular.

Los injertos de tejido conjuntivo subepitelial son la "regla de oro" en cirugía plástica periodontal. <sup>16</sup> La toma de injertos mínimamente invasivas nos permite tomar injertos de diferentes dimensiones con mínimo trauma en la zona palatina. <sup>14</sup>

El injerto subepitelial de tejido conectivo es un procedimiento diseñado para maximizar el suministro sanguíneo al injerto. Presenta algunas ventajas en relación con los

injertos gingivales libres, ya que el resultado es más estético, debido a una mayor uniformidad en cuanto al color, en relación con los tejidos adyacentes al área receptora. <sup>11, 17</sup>

La ciencia y la tecnología avanzan en cultivos celulares con el objetivo de poder reemplazar el injerto de tejido conjuntivo. Por otra parte han surgido biomateriales, homoinjertos (Alloderm®) y heteroinjertos (Mucograft®) con resultados promisorios pero todavía no tan interesantes como los logrados con el uso de injertos de tejido conjuntivo. <sup>18</sup>

## CONCLUSIÓN

Al examen clínico los resultados obtenidos tres meses después del tratamiento quirúrgico de la recesión periodontal mostraron un significativo resultado de cobertura de raíz de 96 %.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz Morales R, Brito Pérez K, Caballero López D. Comportamiento de los trastornos mucogingivales y su tratamiento. Matanzas, 2008-2010. Rev Med Electrón [Internet]. 2013 Jun [citado 28 May 2016]; 35(3): 253-262. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242013000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000300005).
2. Duque A, Macrini M, Raigoza JP, Álvarez LG. Prevalencia de pérdida de inserción periodontal en una muestra de adolescentes de 15-19 años en Medellín, Colombia. CES Odontol [Internet]. 2015 [citado 28 May 2016]; 28(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-971X2015000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2015000200004).
3. Sigüero Muñoz A, Pérez Dorao B, Recio Lora C. Cobertura radicular mediante un injerto de conectivo subepitelial mediante tunelización. A propósito de un caso clínico. Soc Esp Cir Bucal [Internet]. 2012 Jun [citado 18 May 2016]; 1: 1-10. Disponible en: <http://docplayer.es/16152160-Cobertura-radicular-mediante-un-injerto-de-conectivo-subepitelial-mediante-tunelizacion-a-proposito-de-un-caso-clinico.html> .
4. Lorenzo Vignau R, Oteo Pérez A, Rodrigo Gómez D, Morante Mudarra. S, Vignolleti F. Injerto de tejido conectivo para recubrimiento radicular. A propósito de tres técnicas

---

quirúrgicas. Gaceta dental [Internet]. 2013 [citado 18 May 2016]; 243. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2013/01/injerto-de-tejido-conectivo-para-recubrimiento-radicular-a-proposito-de-tres-tecnicas-quirurgicas-24161/#>.

5. Chambrone L, Chambrone D, Shibli J. Aplicación de cirugía plástica periodontal en implantología: cirugía plástica peri-implantar. En: Implantología clínica basada en evidencia científica. ABROSS; 2012.p. 227-43.

6. De Carvalho S, Ribeiro L, Coelho M. Solución estética para prótesis sobre implante. Prop Dental [Internet]. 2012 [citado 18 May 2016]; 4(13): 112-5. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/estetica-dental/soluciones-esteticas-de-las-protesis-en-implantes/>.

7. Castro Rodríguez Y, Bravo Castagnola F, Grados Pomarino S. Diagnóstico y planificación del tratamiento de la recesión gingival. Visión Dental [Internet]. 2013 [citado 18 May 2016]; 59. Disponible en: [http://www.visiondental.pe/hemeroteca/ed59\\_01\\_p1.htm](http://www.visiondental.pe/hemeroteca/ed59_01_p1.htm).

8. Bueno Rossy L, Ferrari R, Shibli J. Tratamiento de recesiones y defectos mucogingivales mediante injertos de tejido conjuntivo en piezas dentarias e implantes. Odontoestomatología [Internet]. 2015 Nov [citado 18 May 2016]; XVII (26): 35-46. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v17n26/v17n26a05.pdf>.

9. Fang Mercado L, Sierra Barrios CC, Herrera Herrera A, Leal Acosta C, Díaz Caballero AJ. Injerto de tejido conectivo en recesión gingival de incisivo mandibular. Rev Fac Cien Salud [Internet]. 2011 [citado 18 May 2016]; 8(2): 206-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3903233.pdf>.

10. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. J Clin Periodontol [Internet]. 2002 [citado 18 May 2016]; 29(Suppl 3): 178-94. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-051X.29.s3.11.x/full>.

11. Fontaine Machado O, García Jiménez A, Fontaine Uliver M. La cirugía mucogingival en el tratamiento de la recesión periodontal. Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello

Vidaurreta [Internet]. 2015 [citado 18 May 2016]; 40(10). Disponible en:

[http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/342/html\\_106](http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/342/html_106).

12. Marchena Rodríguez L, Fernández Ortega CM, Moreno Martínez M. Recesión gingival diagnosticada en la consulta de odontología. RDOE [Internet]. 2015 [citado 22 enero 2016]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=166>.

13. Barrella GM, Kolbe MF, Vieira Ribeiro F, Zaffalon Casati M, Corrêa R, Casarin V, Cirano FR, Peres Pimentel S. Colgajo coronalmente avanzado con dos técnicas diferentes para el tratamiento de las recesiones gingivales múltiples. Casuística comparativa prospectiva piloto. Quintessence [Internet]. 2016 [citado 18 May 2016]; 4(3): 202-13. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5456166>.

14. Bernimoulin JP, Luscher B, Muhlemann HR. Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after 1 year. J Clin Períodontol [Internet]. 1975 [citado 18 May 2016]; 2(1): 1-13. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-051X.1975.tb01721.x/full>.

15. Liu WJ, Solt, CN. A surgical procedure for the treatment of localized gingival recession in conjunction with root surface citric acid conditioning. J. Periodontol Online [Internet]. 1980 [citado 18 May 2016]; 51(9): 500-9. Disponible en:

<http://www.joonline.org/doi/abs/10.1902/jop.1980.51.9.505>

16. Hurzeler A. Single-incision technique to harvest subepithelial connective tissue grafts from the palate. Int J Periodontics Restorative Dent. 1999; 19(3): 279-87.

17. Castillo Castillo A, Doncel Pérez C. Recubrimiento radicular. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2015 Sep [citado 18 May 2016]; 44(3): 359-368. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572015000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000300003).

18. Durán Y, Alarcón C, Velásquez D. Application of biological based biomaterials, bioactive molecules and tissue engineering in periodontal plastic surgery. A review. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2012 [citado 18 May 2016]; 5(3): 144-51. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v5n3/art09.pdf>.

Recibido: 12 de octubre de 2016.

Aprobado: 20 de diciembre de 2016.

*Suyenni Laura Cabrera Zamora*. Clínica de Especialidades Estomatológicas Manuel de Jesús Cedeño. Bayamo. Granma. Cuba. Email: [sczamora@infomed.sld.cu](mailto:sczamora@infomed.sld.cu)