



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

“INJERTO SUBGINGIVAL”

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA E IMPLANTES**

AUTOR

SILVA MEDINA, FREDY BERNARDO

ASESOR

Esp. LUIS SUELDO GALVEZ

CHIMBOTE – PERÚ

2012

INTRODUCCION

Las recesiones gingivales es una de las alteraciones gingivales más comunes, debido a diferentes factores, entre ellas tenemos las que son producidas por placa bacteriana. Esta alteración genera gran malestar en los pacientes, ya sea por sensibilidad a los cambios térmicos o estéticos, diversas técnicas han sido propuestas para la obtención del recubrimiento radicular entre ellas tenemos la del injerto subgingival, conocida también como una de las cirugías plástica más realizada por los Periodoncias. El Termino fue derivado en el Word Workshop in Periodontics en 1989 ⁽¹⁾ englobando aquellas técnicas quirúrgicas destinadas a solucionar problemas relacionados con la encía, mucosa y hueso alveolar. Este acto quirúrgico forma parte de la terapia periodontal, cuyos objetivos son devolver al periodonto un estado de salud equilibrado, controlando los factores etiológicos de la enfermedad periodontal devolviendole la estética y funcionalidad provocadas por la enfermedad.

PRESENTACION

El presente caso clínico es un procedimiento quirúrgico del injerto Subgingival y su aplicación para recubrir la recesión gingival del caso en desarrollo, existen múltiples procedimientos de cirugía plástica periodontal como el injerto gingival libre el cual vamos a describir en este caso clínico y la técnica quirúrgica empleada, siendo el de nuestra elección la técnica del Dr. Bruno descrita en 1994.

Esta técnica consiste en realizar una incisión surcular a mitad de los dientes vecinos en forma de bolsillo modificando, la técnica del Dr. Langer y Langer que utiliza incisiones verticales relajantes el cual produce discomfort al paciente en el post operatorio. ⁽⁵⁾.

RESUMEN

El injerto Subgingival, esta intervención consiste en aumentar el ancho de encía y también es aplicado en las recesiones gingivales, reemplazándolas por encía queratinizada “verdadera” normalmente de mucosa palatina. (10)

El injerto Subgingival es la traslación de epitelio de encía queratinizada con su tejido conectivo adyacente desde el área dadora al área receptora. El área dadora se encuentra generalmente en el paladar (6).

Según la AAP en 1992 se define a la recesión gingival como la ubicación del margen gingival apical al límite amelo cementario. Según algunos autores el origen de las recesiones se debe a dos grandes grupos de causas:

- las derivadas de la enfermedad periodontal, sus secuelas y tratamiento.
- Las de origen traumático, por ejemplo: Lesiones, trauma por cepillado etc. (7)

La cirugía periodontal no solo es eliminar los factores inflamatorios si no también la creación de un entorno periodontal fácilmente de mantener, para prevenir la recurrencia de la enfermedad. Es por ello que existe la cirugía plástica periodontal con sus diferentes técnicas que contribuyen en el mejoramiento de la estética al paciente (8).

La cirugía mucogingival consiste en corregir la morfología, posición o anchura defectuosa de la encía. La cirugía mucogingival comprende procedimientos plásticos y quirúrgicos, con los que se ensancha la zona de encía insertada y queratinizada y/o se cubren las raíces expuestas. La cirugía mucogingival se puede realizar de manera aislada o en combinación con las intervenciones de colgajo (9).

Palabras claves: recesión gingival, cirugía plástica periodontal, colgajo periodontal, cirugía mucogingival, injerto gingival.

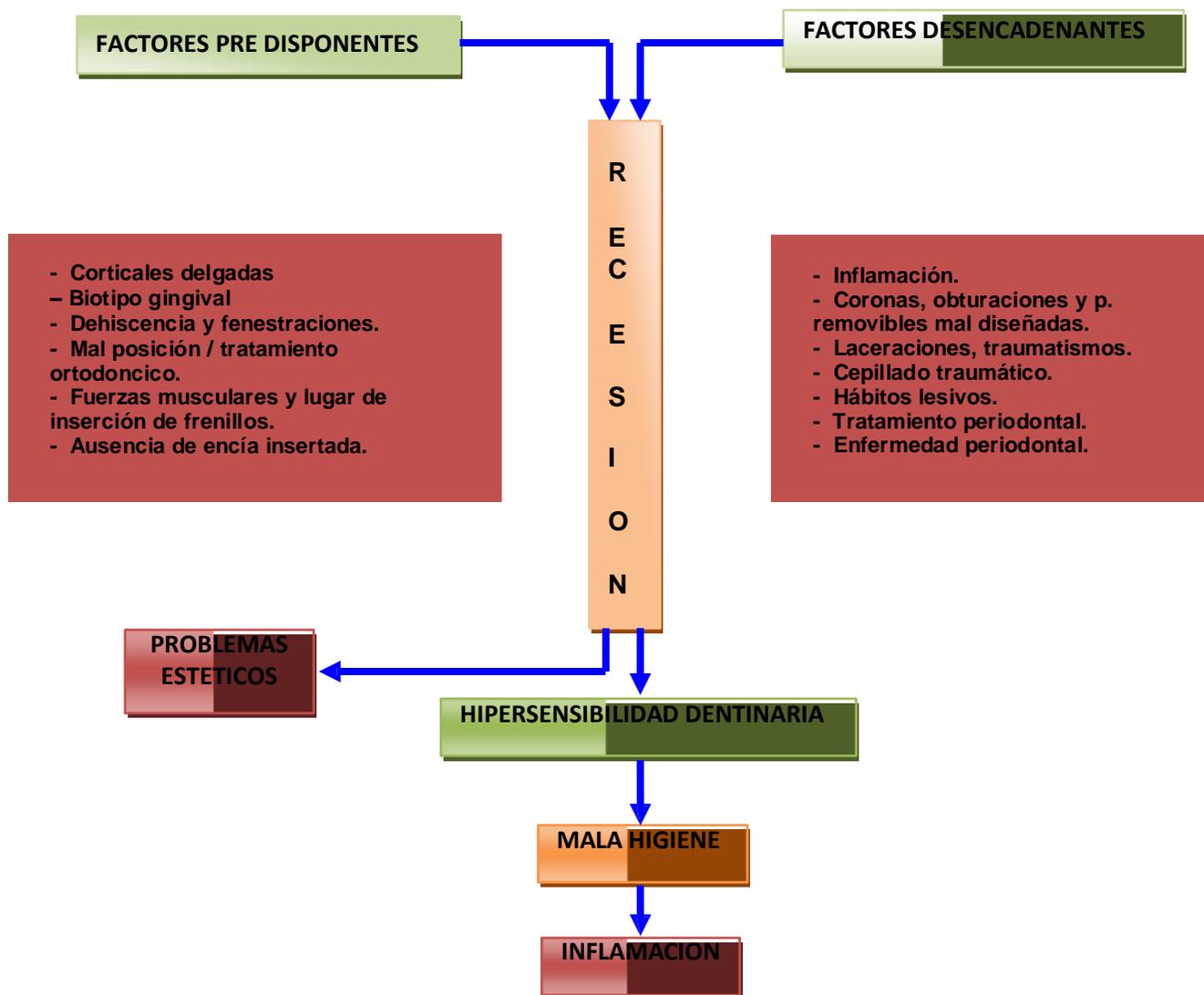


Fig.1 (7)

I.- ANTECEDENTES

Sebastián Barranco-Piedra * Ramón Rodríguez-Martos * Maribel González-Martín * Manuel García-Calderón * Daniel Torres-Lagares ** José-Luis Gutiérrez-Pérez ***
En su trabajo: Cirugía plástica periodontal como solución a una recesión gingival localizada (13)

Los injertos de tejido conectivo asociados a la técnica en túnel modificada por Zabalegui et al. es una de las mejores opciones terapéuticas en el tratamiento de recesiones gingivales asociadas a defectos estéticos o hipersensibilidad, ya que, en nuestra opinión, es la técnica menos traumática y más estética para el paciente.

Carmen Castro Ruiz. En su trabajo injerto libre de tejido conjuntivo subepitelial palatino de Bosco Díaz. (14)

Considerando los buenos resultados obtenidos en esta técnica, se concluye que permite una obtención de injerto segura y fácil en paladares de mucosa no ideal con aplicación en diversos tratamientos.

Claudia Bravo Flores, María del Carmen López Buendía, Juan Carlos Silva Bravo en su trabajo: Injerto subepitelial de tejido conjuntivo usando la técnica de Langer y Langer para el tratamiento de recesiones gingivales.

Reporte de un caso clínico (Reporte a 1 año). (15)

La técnica de Langer y Langer¹¹ busca la cobertura radicular de las recesiones gingivales por medio de un injerto de tejido conjuntivo. En el caso clínico que se reporta, esta técnica fue efectiva para la corrección de recesiones gingivales tipo II. Los resultados obtenidos indican una cobertura radicular del 90% y la reducción total de la hipersensibilidad dental.

Blanco Carrión J, Villaverde Ramírez G, Ramos Barbosa 1, Bascones Ilundain J, Bascones Martínez A. en trabajo: Tratamiento de las recesiones gingivales mediante injertos de tejido conectivo (Técnica del injerto de tejido conectivo subepitelial). Resultados tras cinco años de evolución. (16)

Las recesiones gingivales son un hallazgo clínico muy frecuente que a menudo ocasionan problemas estéticos para nuestros pacientes o no les permiten mantener un buen control de placa en estas zonas, lo cual puede derivar en sensibilidades o incluso en caries.

Para su tratamiento se han diseñado diversas técnicas de cirugía mucogingival, siendo el injerto libre de tejido conectivo una de las técnicas que hoy por hoy ofrece mayor porcentaje de éxitos y mayor predictibilidad. Si bien se han descrito diversas formas de trasplantar el injerto conectivo al lecho receptor, centraremos nuestro trabajo en la técnica descrita por Langer y Langer en 1985 que, pese a sufrir diversas modificaciones propuestas por diferentes autores, sigue constituyendo la base fundamental en la

utilización de este tipo de injertos. Presentamos resultados tras cinco años de evolución.

Rocha Abramovich A.* , Ferrus Cruz J. en su trabajo: Tratamiento de recesiones múltiples localizadas: a propósito de un caso. (17)

Este caso clínico demuestra, que utilizando técnicas de cirugía mucogingival que emplean injertos de tejido conectivo del paladar, es posible tratar varias recesiones de clase II de Miller. Obteniendo unos resultados satisfactorios en cuanto a las expectativas estéticas del paciente y reducción de la sensibilidad dentinaria.

Blanco Carrión J, Villaverde Ramírez G, Ramos Barbosa I, Bascones Ilundain J, Bascones Martínez A en su trabajo: Tratamiento de las recesiones gingivales mediante injertos de tejido conectivo (Técnica del injerto de tejido conectivo subepitelial). Resultados tras cinco años de evolución. (18)

Las recesiones gingivales son un hallazgo clínico muy frecuente que a menudo ocasionan problemas estéticos para nuestros pacientes o no les permiten mantener un buen control de placa en estas zonas, lo cual puede derivar en sensibilidades o incluso en caries.

Para su tratamiento se han diseñado diversas técnicas de cirugía mucogingival, siendo el injerto libre de tejido conectivo una de las técnicas que hoy por hoy ofrece mayor porcentaje de éxitos y mayor predictibilidad. Si bien se han descrito diversas formas de trasplantar el injerto conectivo al lecho receptor, centraremos nuestro trabajo en la técnica descrita por Langer y Langer en 1985 que, pese a sufrir diversas modificaciones propuestas por diferentes autores, sigue constituyendo la base fundamental en la utilización de este tipo de injertos. Presentamos resultados tras cinco años de evolución.

INJERTO DE TEJIDO CONJUNTIVO PARA EL TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES.

A partir de los resultados **Subepitelial** clínicos observados, podemos concluir que la técnica de injerto de tejido conjuntivo subepitelial provee buenos resultados para el tratamiento de recesiones gingivales cuando se identifica y elimina el factor etiológico. La motivación y el control de la placa es fundamental para el mantenimiento de los resultados obtenidos con los procedimientos quirúrgicos. (3)

II.- PRESENTACION DEL “CASO CLINICO” (Citado en <https://scielo.isciii.es>)

“Paciente” (Citado en <https://scielo.isciii.es>) sexo masculino “de” (Citado en <https://scielo.isciii.es>) 44 “años de edad” (Citado en <https://scielo.isciii.es>), con presencia de gingivitis leve localizada asociada a placa bacteriana. Al examen clínico se observa recesiones gingivales en las piezas 13, 14, 15, 23, 24, 25 tipo I según clasificación de Miller, en cuanto a su Biotipo gingival Hall lo clasifica como un tipo II, presenta ligero apiñamiento dental en el maxilar superior como también el inferior, hay presencia de sensibilidad por causa de la migración gingival hacia apical de las piezas dentales nombradas anteriormente, en especial la pieza 23, No presenta bolsas periodontales.

El plan de tratamiento se da inicio, con una terapia periodontal fase I, para posteriormente proceder con la técnica quirúrgica del injerto gingival, en este procedimiento vamos a tener dos zonas de referencia, cómo son la zona dadora que es el lugar donde se va a retirar el injerto teniendo como referencia el paladar. Y la zona receptora que es el lugar afectado por la migración marginal hacia apical, siendo este el lugar donde se va a alojar el injerto retirado de la zona dadora, teniendo como referencia la pieza 23.



III.- MANEJO DEL CASO CLINICO

Una vez controlada la enfermedad periodontal se procede al acto quirúrgico, donde realizamos la cirugía mucogingival en dos procedimientos para el mismo tiempo operatorio.

Primero se procede al retiro del injerto de la zona dadora en el paladar, ubicado a nivel mesial de primera premolar y distal de la segunda molar, esto va a depender si estamos frente a un paladar bajo, mediano o alto.



A continuación, procedemos con la aplicación de la solución anestésica en la zona dadora y con el empleo de un bisturí n° 15 procedemos a realizar la incisión con las dimensiones requeridas previos a la cirugía, realizando un colgajo epitelial con poco tejido conectivo.



El lecho dejado por el retiro del tejido epitelial, lo recubrimos con un enmarañado realizado con el hilo de Sutura n° 5/0 seda negra, para formar el coagulo y permitir así una cicatrización por segunda intención en la zona mencionada.

El tejido retirado lo llevamos a un recipiente estéril con cloruro de sodio para su conservación ideal evitando su deshidratación y necrosis, mientras se prepara la zona receptora en la que va a alojar el injerto.



Anestesiarnos la zona donde va a alojarse el tejido epitelial extraido del paladar realizando la tecnica de Bruno, quien no realiza incisión vertical, sino una incisión surcular en la mitad de los dientes vecinos a espesor parcial en forma de bolsillo, evitando de esta manera incomodidad al paciente.



Presentamos el injerto en el lecho receptor, previo a ello se desepitealiza los extremos y procedemos a su adaptación en la zona receptora, para luego fijar el injerto con la sutura en cruz y terminamos con una suspensoria para una mayor estabilidad.

IV.- RESULTADOS CLINICOS

Los puntos realizados fueron retirados despues de dos semanas del acto quirurgico, previos a esto se realizaron controles a los cuatro dias para garantizar la estabilidad e integridad del injerto; a los 7 dias se retira los puntos de la zona dadora, durante este periodo se incidio el uso de enjuagatorios bucales con clorexidina al 0.12% y una tecnica de hiene bucal minuciosa y cuidadosa que no pueda comprometer la integridad del injerto.

A los 32 dias de la cirugia podemos observar que el injerto se inserto provocando el engrosamiento del tejido gingival recubriendose gran parte de la zona denudada con una encía queratinizada mas ancha y gruesa.



V.- DISCUSION

Como se puede observar, la técnica de injerto subgingival resulta ser una técnica relativamente sencilla y fiable para conseguir el aumento de encía insertada alrededor del diente. Permitiéndonos ganar encía queratinizada, garantizando un buen tipo de mucosa masticatoria

Es así que el problema de recesiones gingivales “se trata mediante una amplia variedad de técnicas quirúrgicas pretendiendo ganar encía queratinizada y” (Citado en <https://scielo.isciii.es>) a la vez “conseguir recubrimiento radicular”. (Citado en <https://scielo.isciii.es>).

“Tomando en cuenta la clasificación de las recesiones gingivales de Miller, en 1985, independientemente de la técnica utilizada, en las clases I y II se puede lograr el cubrimiento radicular completo, pero sólo se puede esperar un cubrimiento parcial en la clase III; en cuanto a los defectos en la clase IV no es posible hacer recubrimiento radicular”. (Citado en <https://scielo.isciii.es>).

“Al examen clínico los resultados obtenidos” (Citado en <https://scielo.isciii.es>) en un mes después del tratamiento quirúrgico mostraron un significativo resultado de cobertura de la porción radicular expuesta por la recesión tipo I.

“De Sanctis y Zucchelli (2007) plantearon que a pesar de la amplia utilización de los diferentes enfoques quirúrgicos mucogingivales, es aún poco predecible la calidad de los resultados, en especial cuando se refiere a la cobertura radicular. Por ello mencionan que independientemente de la técnica a utilizar, es preferible realizar una modificación de la nueva papila, para que se obtengan satisfactorios resultados clínicos en las técnicas quirúrgicas para la cobertura de recesiones”. (Citado en <https://scielo.isciii.es>) (11).

- ¿Por qué es tan relevante el caso clínico?

Por qué mediante esta técnica podemos conseguir resultados óptimos como el aporte de encía queratinizada.

- ¿Cuáles son las claves del éxito del caso clínico?

Habilidad, conocimiento y destreza del operador y la colaboración puntual del paciente.

- ¿Cuáles son las limitaciones del caso clínico?

Dentro de las limitaciones podemos considerar:

- El post operatorio de la zona dadora del paladar.
- No se cubrió en su totalidad por el injerto la zona radicular denudada.

VII. – AGRADECIMIENTO

De Corazón agradezco a Dios y a mi familia por ser los principales pilares de mi formación profesional, a mi esposa y mis hijos por ser mi motor, motivo y la razón de seguir surgiendo todos los días de mi vida,

VIII. - BIBLIOGRAFIA:

- 1.-World Workshop in Periodontics 1989
2. - http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=238&Itemid=1
3. - <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/art12.asp>
4. - Constance L. Sedon.The subepithelial connective tissue graft: Part 1 Patient selection and surgical techniques. The journal of contemporary dental practice.Vol 6 N1. Febrero. 2005.
5. - Autores: Arthur Belém Novaes Júnior & Arthur Belém Novaes. Cirugía Periodontal con Finalidad Protésica. AMOLCA. 2001. p 41.
- 6.- Manual de cirugía periodontal, periapical y de colocación de implantes: J.J Cambra.
- 7.- Fundamentos de cirugía periodontal: Hugo Jorge Romanelli – Evelyn Julia Adams Pérez.
- 8.-Cirugia periodontal Atlas clínico: Naoshi Sato DDS.
- 9.- Compendio de Periodoncia: Thomas F. Flemmig.
10. - Periodoncia: hervert F. Wolf – Edith M. y Klaus H. Rateitschak.
11. - De Sanctis M, Zuchelli G. Coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects: three-year result.J Clin Periodontol 2007 Mar; 34:262-8.
12. - Goldstein M, Brayer L, Schwartz Z. A Critical Evaluation of Methods for root coverage. Crit Rev Oral Biol Med 1996 Jul; 7:87-98.

13.-http://www.gacetadental.com/pdf/212_CASO_CLINICO_Cirugia_plastica_periodontal.pdf

GACETA DENTAL 212. MARZO DEL 2010.

14.- http://usmp-lug.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2005_v2n2/kiru2005v2n2art6.pdf

15.- <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2009/uo093g.pdf>

16.- <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v12n1/original3.pdf>

17.- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852007000200003&script=sci_arttext

18.- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852000000100004