



Técnica mucogingival mediante desplazado coronal en una paciente con recesión gingival mandibular.

Dr. Rafael Alberto Clavería Clark ¹
Dr. Dixan Gutiérrez Torres ²
Dra Clara Ortiz Moncada ³
Dra. Jacquelin Segúen Hernandez ⁴

¹.Clínica Estomatológica Provincial Docente “Mártires del Moncada” Santiago de Cuba. Cuba. Rafael.claveria@infomrd.sld.cu

².Clínica Estomatológica Provincial Docente “Mártires del Moncada” Santiago de Cuba. Cuba. dixangt@infomrd.sld.cu

³.Clínica Estomatológica Provincial Docente “Mártires del Moncada” Santiago de Cuba. Cuba. Clara.ortiz@infomrd.sld.cu

⁴.Clínica Estomatológica Provincial Docente “Mártires del Moncada” Santiago de Cuba. Cuba. jacquelin.seguen@infomed.sld.cu

Resumen:

Introducción: Las recesiones gingivales son afecciones de las encías, que son muy frecuentes y podrían provocar repercusiones estéticas, hipersensibilidad dentinaria y evolucionar hacia la formación de lesiones cervicales. Es necesario recubrir la superficie radicular mediante técnicas regenerativas periodontales. **Objetivo:** Describir la cantidad de recubrimiento radicular, la profundidad al sondaje y el nivel de inserción clínica, empleando la técnica de colgajo de reposición coronal en la paciente con recesión gingival clase II Miller. **Presentación del caso:** Se incluyó una paciente con recesión gingival clase II Miller, en una pieza dentaria inferior (41). Se confeccionó la histórica clínica de Periodoncia, como parte del plan de tratamiento se realizó la fase I en la que se hizo educación para la salud y motivación, indicación de la higiene bucal correcta y controles de placa mecánicos y químicos, utilizando enjuagatorios con clorhexidina al 0,02 % dos veces al día durante un minuto semanal. Se realizó ajuste oclusal por desgaste selectivo en el 41 por sobrecarga al estar ligeramente vestibularizado. En la fase II correctiva quirúrgica se utilizó la técnica de colgajo de reposición coronal con membrana reabsorbible. Las mediciones clínicas fueron comparadas al inicio y al mes del postoperatorio. En la fase III se mantuvo la evolución satisfactoria con evidencia fotográfica. Al mes post/cirugía los resultados del recubrimiento radicular y el nivel de inserción clínica para el colgajo de reposición coronal fue de 1,5mm. **Conclusiones:** La técnica de colgajo de reposición coronal empleada proporcionó ganancia en el nivel de inserción clínica en la recesión gingival clase II de Miller durante el primer mes de postoperatorio.

Palabras clave: recesión gingival, colgajos desplazados, cobertura.

I. INTRODUCCION

La recesión gingival (RG) es uno de los defectos más comunes de la cavidad bucal, reportándose una prevalencia mayor al 60 %. Se caracteriza por la exposición de la superficie de la raíz debido a un desplazamiento del margen gingival apical a la unión amelocementaria, que es causada por la pérdida de las fibras del tejido conectivo y se acompaña de la reabsorción de la cresta ósea alveolar. Además cuando la RG afecta los dientes anteriores puede producir problema estéticos al sonreír o hablar. Por otro lado, se refiere como síntoma principal la hipersensibilidad dentinaria, y pudiera estar asociada con caries radicular, abrasión y/o desgaste cervical⁽¹⁻³⁾

Así mismo, se han sugerido varios factores para la RG: técnicas traumáticas de cepillado, gingivitis inducida por placa, trauma oclusal, restauraciones subgingivales, movimientos ortodónticos incorrectos, el volumen de la raíz del diente y/o la posición de los dientes dentro de la estructura ósea alveolar inserciones frénicas y musculares anormales e ,incluso, el uso de *piercing*.^(4, 5)

Se han descrito varias clasificaciones de RG, la de Miller una de las más utilizadas.⁶⁾ Esta tiene en cuenta el margen gingival con respecto a la unión mucogingival y el hueso alveolar interproximal, y la divide en 4 clases: I, II, III y IV. En comparación, en el año 2011 se propone la clasificación de *Cairo* y otros adoptada recientemente en la nueva clasificación de condiciones mucogingivales en el consenso del año 2017. Es un método simplificado y rápido para categorizar la recesión gingival, sin embargo, aún su uso no se ha universalizado en la literatura científica.⁽⁶⁻⁸⁾

Con respecto al tratamiento de las RG, las técnicas para la cobertura de la raíz varían de acuerdo con las características anatómicas locales y los requisitos estéticos de los pacientes. Se han propuesto muchas técnicas quirúrgicas, entre ellas los colgajos posicionados coronalmente, técnicas de doble papila, colgajos semilunares, el uso de injertos de encía libre, injerto de tejido conectivo subepitelial, regeneración tisular guiada, aplicación de proteínas del esmalte y matriz acelular dérmica⁽⁹⁻¹¹⁾

Entre las técnicas, una de las más descritas es el procedimiento de colgajo con reposición coronal (CRC), también conocido como colgajo de avance coronal (CAC), que se basa en el desplazamiento coronal de los tejidos blandos en la superficie de la raíz expuesta. Se reporta que el CRC podría ocasionar menos dolor y/o molestias posoperatorias al paciente, pues la cicatrización es por primera intención, lo que asegura así una buena vascularización del tejido, lo que podría indicar que requiere menos tiempo y, probablemente, menos habilidad quirúrgica (simplicidad técnica). De la variedad de técnicas quirúrgicas reportadas, el procedimiento de CRC es uno de los que presentan mayores ventajas en recesiones gingivales clases I y II de Miller, llegando a cubrir las raíces hasta el 80 %.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Por otro lado. Se han descrito varios factores o parámetros que podrían influir en el recubrimiento total de la RG al realizar esta técnica: la pérdida de inserción interproximal, el tamaño del defecto de la recesión, el ancho de la encía queratinizada, el espesor gingival, el tipo y ubicación del diente y los hábitos del paciente (tabaquismo). Sin embargo, la influencia de estos factores no ha sido comprobada.⁽¹⁵⁾ de ahí que el objetivo de este artículo es socializar la experiencia de la terapia mucogingival con esta técnica en el tratamiento de la recesión gingival.

II. PRESENTACION DE CASO

Paciente femenina de 34 años de edad con antecedentes de buena salud, que acudió a la consulta de Periodoncia, remitida de Conservadora por presentar cambio de posición de la encía a nivel de 41 de 4mm

de pérdida de inserción que se acompañaba de movilidad grado I. Se realizó interrogatorio y presenta esta situación hace más de 2 años, además no había sido tratada anteriormente. La paciente firmo un consentimiento informado en señal de conformidad con la aceptación de su tratamiento y se siguieron los lineamientos de la Declaración de Helsinki.

A. Examen físico y diagnóstico

Presencia de recesión gingival a nivel de 41 clases II de Miller con pérdida de inserción de 4 mm (figura 1), movilidad grado I, escasa encía insertada con inserciones frénicas y musculares próximas al margen gingival en dicho diente, así como sobrecarga en céntrica de 41 con 11 y 21.



Fig. 1. Recesión gingival clase II de Miller

Exámenes complementarios

De laboratorio clínico: hemograma completo. (Hemoglobina 12,5 g/l, hematocrito 0,40 mm/h, leucocitos $(7,6 \times 10^9/L)$, tiempo de coagulación 7 min, tiempo de sangramiento 2 min. Serología no reactiva.

Fig. 2. Modelo de estudio



Impresión diagnóstica: recesión gingival a nivel del diente 41

Diagnóstico diferencial: basado en las diferentes clases de recesión Miller.

B. Tratamiento aplicado

El tratamiento consistió inicialmente con la educación para la salud y motivación, indicación de la higiene bucal correcta y controles de placa mecánicos y químicos, utilizando enjuagatorios con clorhexidina al 0,02 % dos veces al día durante 7 días por un minuto. Se realizó ajuste oclusal por desgaste selectivo en el 41 por sobrecarga al estar ligeramente vestibularizado, causa de la discreta movilidad. Posteriormente se pasó a la fase correctiva quirúrgica después del planeamiento

pre/operatorio sobre la técnica a utilizar, se decidió realizar un colgajo desplazado coronal con la utilización de tetraciclina como acondicionador radicular y membrana reabsorbible de bobino. El paciente se mantuvo en fase de soporte periodontal durante los dos primeros posoperatorios y durante el primero se aplicó laserterapia por 5 días para posteriormente realizar una vestibuloplastía para liberar las tensiones de las inserciones y aumentar el ancho de encía insertada con evaluaciones y fotos frecuentes (figuras 3-5)

Fig. 3



Fig. 4 10 días

Fig. 5 20 días

C. Discusión

El tratamiento quirúrgico de la recesión gingival es uno de los procedimientos más comunes en la Periodoncia, debido al creciente incremento de tratamientos estéticos, donde el tratamiento de estas recesiones adquiere relevancia. Más aún, en pacientes con sonrisas medias o altas. Con la finalidad de corregir estas circunstancias se han propuesto diversos procedimientos quirúrgicos mucogingivales que proporcionan un alto porcentaje de cobertura completa de la raíz expuesta⁽¹⁵⁾

El presente informe de caso examinó los factores asociados al recubrimiento total de recesiones gingivales clase II de Miller en dientes tratados con CRC teniendo en cuenta la probabilidad de factores de riesgo o parámetros preclínicos: la presencia de tejido interdental, la condición de la raíz y el tejido queratinizado adjunto ≥ 2 mm. Así como la probabilidad de riesgo para el tipo o posición de diente.^(15,16)

Se asoció el logro de la cobertura completa de la raíz al primer mes después del tratamiento CRC, a que no presentaron pérdida de tejido interdental. Por otro lado, *Zucchelli* y otros⁽¹⁷⁾ demostraron que los caninos e incisivos, en comparación con los premolares y molares, estuvieron relacionados con una mayor media de recubrimiento de raíz y recubrimiento total. Igualmente, reportaron que las RG presentes en el lado derecho mostraron mayor recubrimiento total que las RG del lado izquierdo.⁽¹⁸⁾

Buggapati L y otros.⁽¹⁹⁾ En un estudio en el que comparó los efectos del ácido etilendiaminotetraacético (EDTA), tetraciclina o ningún agente (grupo control), determinaron que el porcentaje promedio de cobertura de raíz para el grupo EDTA y tetraciclina tuvo diferencia significativa ($p < 0,05$) en todos los parámetros clínicos. Demostró así que existía un beneficio adicional en la aplicación de ambos. Por otro lado, Santos F y otros⁽²⁰⁾ describieron que hubo un mayor logro de recubrimiento total de RG cuando se eliminaron las suturas a los 10 días o más, en comparación con aquellos en los que estas se eliminaron antes de los 10 días.

Por lo tanto, como se ha podido corroborar en la literatura la técnica logra cubrir la recesión gingival, esto es posible debido a que el éxito total en esta intervención quirúrgica ocurre cuando se tiene una posición coronal del margen gingival y profundidad al sondaje con respecto a la línea mucogingival. Adicionalmente, la elección del uso de la técnica se realizará según la necesidad de mejorar las condiciones de contornos gingivales y de encía queratinizada.⁽²¹⁻²³⁾

A pesar de que la técnica de CRC sigue siendo muy utilizada y reportada, es imprescindible la elección de la técnica teniendo en cuenta las características de la recesión en toda su magnitud así como la cooperación del paciente.

III. CONCLUSIONES

La técnica de colgajo de reposición coronal empleada proporcionó ganancia en el nivel de inserción clínica en la recesión gingival clase II de Miller durante el primer mes de postoperatorio.

REFERENCIAS

1. Seong J, Bartlett D, Newcombe R, Claydon N, Hellin N, West N. Prevalence of gingival recession and study of associated related factors in young UK adults. *J Dent.* 2018; 5712(18):30163-5. DOI: 10.1016/j.jdent.2018.06.005
2. Ha DH, John Spencer A, Ju X, Do LG. Periodontal diseases in the Australian adult population. *Aust Dent J.* 2020; 65(Suppl 1):S52-S58. DOI: 10.1111/adj.12765
3. Teixeira D, Zeola L, Machado A, Gomes R, Souza P, Mendes D, *et al.* Relationship between noncarious cervical lesions, cervical dentin hypersensitivity, gingival recession, and associated risk factors: a cross-sectional study. *J Dent.* 2018; 5712(18): 30180-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300571218301805>
4. Bhat M, AlQahtani N, Khader M, Javali M, AlQahtani A. Knowledge and Interest in Treating Gingival Recession among Dental Practitioners in Saudi Arabia. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019; 7(1):139-42. DOI: 10.3889/oamjms.2019.033
5. Covello F, Salerno C, Giovannini V, Corridore D, Ottolenghi L, Vozza I. Piercing and Oral Health: A Study on the Knowledge of Risks and Complications. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(2):613. DOI: 10.3390/ijerph17020613
6. César Neto JB, Cavalcanti MC, Sekiguchi RT, Pannuti CM, Romito GA, Tatakis DN. Root Coverage for Single Deep Gingival Recessions: Outcomes Based on a Decision-Making Algorithm. *Int J Dent.* 2019;2019:1830765. DOI: 10.1155/2019/1830765
7. Cairo F, Barootchi S, Tavelli L, Barbato L, Wang HL, Rasperini G, *et al.* Esthetic- and patient-related outcomes following root coverage procedures: A systematic review and network meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2020; 47(11):1403-15. DOI: 10.1111/jcpe.13346
8. Jepsen S, Caton J, Albandar J, Bissada N, Bouchard P, Cortellini P, *et al.* Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions: Classification and case definitions for periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions. *J Clin Periodontol.* 2018; 45: 219-29. DOI: 10.1002/jper.17-0733

9. Guldener K, Lanzrein C, Eliezer M, Katsaros C, Stähli A, Sculean A. Treatment of single mandibular recessions with the modified coronally advanced tunnel or laterally closed tunnel, hyaluronic acid, and subepithelial connective tissue graft: a report of 12 cases. *Quintessence Int.* 2020; 51(6):456-63. DOI: 10.3290/j.qi.a44492
10. Falabella M, Alvarenga F, Segalla K, Adão S, Silva-Boghossian CM. Treatment of gingival recession in 2 surgical stages: free gingival graft plus coronally positioned flap. *Gen Dent.* 2018; 66(1):58-6. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/29303764>
11. Hussain S, Khan F. Five-year follow-up of a coronally advanced flap over grafted bone and restorative composite in maxillary recession defect. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2017; 27(6):370-2. Disponible en: https://ecommons.aku.edu/pakistan_fhs_mc_surg_dent_oral_maxillofac/48/
12. Jepsen K, Stefanini M, Sanz M, Zucchelli G, Jepsen S. Long-term stability of root coverage by coronally advanced flap procedures. *J Periodontol.* 2017; 88(7):626-33. DOI: 10.1902/jop.2017.160767
13. Tavelli L, Barootchi S, Ravidà A, Suárez-López Del Amo F, Rasperini G, Wang HL. Influence of suturing technique on marginal flap stability following coronally advanced flap: a cadaver study. *Clin Oral Investig.* 2019; 23(4):1641-51. DOI: 10.1007/s00784-018-2597-5
14. Debnath K, Chatterjee A. Evaluation of periosteum eversion and coronally advanced flap techniques in the treatment of isolated Miller's Class I/II gingival recession: A comparative clinical study. *J Indian Soc Periodontol.* 2018; 22(2):140-9. DOI: 10.4103/jisp.jisp_5_18
15. Pini Prato G, Magnani C, Chambrone L. Long-term evaluation (20 years) of the outcomes of coronally advanced flap in the treatment of single recession-type defects. *J Periodontol.* 2018; 89(3):265-74. DOI: 10.1002/JPER.17-0379
16. George SG, Kanakamedala AK, Mahendra J, Kareem N, Mahendra L, Jerry JJ. Treatment of gingival recession using a coronally-advanced flap procedure with or without placental membrane. *J Investig Clin Dent.* 2018; 9(3):e12340. DOI: 10.1111/jicd.12340
17. Zucchelli G, Tavelli L, Ravidà A, Stefanini M, Suarez F, Wang H. Influence of tooth location on coronally advanced flap procedures for root coverage. *J Periodontol.* 2018; 89(12):1428-41. DOI: 10.1002/jper.18-0201
18. Krishnakumar D, Mahendra J, Ari G, Perumalsamy R. A clinical and histological evaluation of platelet-rich fibrin and CGF for root coverage procedure using coronally advanced flap: A split-mouth design. *Indian J Dent Res.* 2019; 30(6):970-4. DOI: 10.4103/ijdr.IJDR_16_18
19. Buggapati L, Chava V. Effect of combination of ethylenediaminetetraacetic acid + tetracycline with coronally positioned flap in the treatment of gingival recession: a clinical study. *J Indian Soc Periodontol.* 2016; 20(1):57-62. DOI: 10.4103/0972-124x.168488
20. Santos F, Storrer C, Cunha E, Ulbrich L, Lopez C, Deliberador T. Comparison of conventional and semilunar coronally positioned flap techniques for root coverage in teeth with cervical abrasion restored with pink resin. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2017; 9(9):7-11. DOI: 10.2147/CCIDE.S119040
21. Jiménez F, Fernández M. Cobertura radicular con el procedimiento de colgajo de avance coronal en combinación con injerto de tejido conectivo autólogo: revisión bibliográfica y reporte de caso. *Odovtos.* 2017; 19(2):25-32. DOI: 10.15517/ijds.v0i0.28745
22. Zuhr O, Rebele SF, Vach K, Petsos H, Hürzeler MB ; Research Group for Oral Soft Tissue Biology & Wound Healing. Tunnel technique with connective tissue graft versus coronally advanced flap with enamel matrix derivate for root coverage: 2-year results of an RCT using 3D

- digital measuring for volumetric comparison of gingival dimensions. *J Clin Periodontol* . 2020; 2020. DOI: 10.1111/jcpe.13328
23. Guldener K, Lanzrein C, Eliezer M, Katsaros C, Stähli A, Sculean A. Treatment of single mandibular recessions with the modified coronally advanced tunnel or laterally closed tunnel, hyaluronic acid, and subepithelial connective tissue graft: a report of 12 cases. *Quintessence Int*. 2020; 51(6):456-63. DOI: 10.3290/j.qi.a44492