



Dr. Luis Segura-Mori

Licenciado en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Doctor en Odontología por la Universidad de Oviedo.

Máster en Rehabilitación Oral por la Universidad de Oviedo.

Masterclass Program in Microsurgery, Periodontology and Implant Therapy, Hürzeler/Zuhr Dental Education Institute of Munich (Alemania).

Profesor de Implantología y Estética en el McGann

Postgraduate School of Dentistry, California (EEUU).

Profesor colaborador del Máster en Odontología Estética de la UCM.

Madrid.

Tratamiento perio-estético en paciente con periodontitis crónica y recesiones clase III de Miller: caso clínico

La pérdida de inserción en pacientes con periodontitis crónica puede conllevar una serie de secuelas estéticas, entre las que destacan la migración apical del margen gingival y de las papilas. Teniendo en cuenta que esta patología tiene una alta prevalencia^{1,2}, la presencia de recesiones y triángulos negros es un motivo de consulta relativamente frecuente.

En el presente artículo exponemos el caso clínico de una paciente de 37 años, fumadora, que acude a nuestra consulta para mejorar la apariencia estética de su sonrisa. En la primera visita, realizamos anamnesis, exploración clínica y radiográfica, toma de registros fotográficos y modelos de estudio. Observamos, entre otros hallazgos, depósitos de cálculo y placa, profundidades de sondaje > 4 mm, sangrado al sondaje, recesiones, pérdida ósea radiográfica, así como la presencia de restauraciones de composite antiguas.

El estudio periodontal reveló la presencia de enfermedad periodontal crónica generalizada moderada y localizada avanzada. Tras un tratamiento en fase causal mediante raspado y alisado radicular e instrucción en técnicas de higiene oral, realizamos reevaluación periodontal a las ocho semanas, en la que observamos una mejora generalizada de todos los parámetros clínicos (fig. 1), así como un adecuado control de placa y el abandono del tabaquismo por parte de la paciente. Como era previsible, la reducción del proceso inflamatorio, secundario al éxito del tratamiento, supuso un aumento de las recesiones gingivales, así

como la aparición de triángulos negros (fig. 2) empeorando la apariencia estética de la paciente, especialmente en el sector comprendido entre 21 y 25 (fig. 3).

Una vez controlada la periodontitis y establecidos un adecuado control de placa y un programa de mantenimiento, imprescindible para el control de la enfermedad³⁻⁵, acordamos realizar un tratamiento combinado mediante microcirugía plástica periodontal para recubrimiento radicular en 22, 23 y 24 y colocación de carillas de porcelana de 13 a 23 para cierre de triángulos negros y mejora estética de los dientes anterosuperiores. A pesar de la existencia de recesiones también en los dientes contralaterales, su profundidad considerablemente menor condujo a la paciente a rehusar el recubrimiento de dichas piezas, al considerar que no tendría un gran impacto en el resultado estético final.

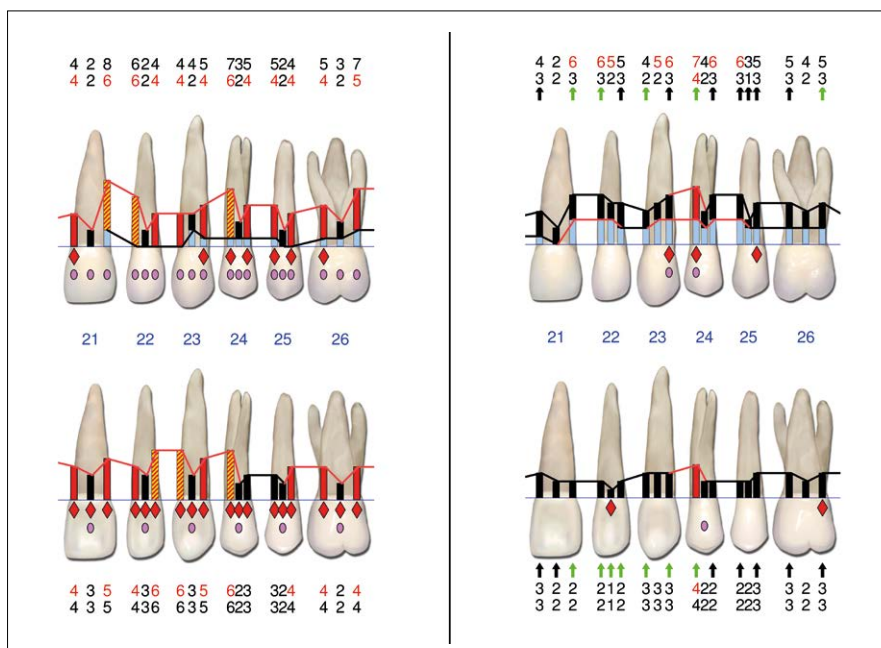


Fig. 1. Periodontogramma inicial (izquierda) y reevaluación a las ocho semanas tras la fase básica periodontal (derecha).



Fig. 2. Vista frontal de la situación a las ocho semanas, tras la fase básica periodontal.



Fig. 3. Vista lateral de la situación a las ocho semanas, tras la fase básica periodontal.

Para el recubrimiento radicular decidimos realizar un abordaje microquirúrgico de tunelización modificada⁴ con injerto de tejido conectivo autólogo. A nuestro modo de entender, la utilización de magnificación, iluminación accesoria, microinstrumentos y microsuturas proporciona una mayor precisión y facilita un manejo más cuidadoso de los tejidos, con el objetivo de minimizar el trauma quirúrgico, preservar la vascularización⁷⁻¹⁰, favorecer el cierre por primera intención y mejorar el resultado estético.

Comenzamos con incisión intrasulcular de 21 a 25 con hoja de microbisturí (fig. 4), para continuar con incisión a espesor parcial por debajo de las papilas (fig. 5). El objetivo de esta segunda incisión –factor diferenciador de la técnica– es producir la movilización de las papilas mediante microelevador (fig. 6), sin despegarlas, para el posterior avance coronal del colgajo. Con la utilización de microhojas de tunelizar angulables (fig. 7) podemos adaptar nuestro instrumento a la morfología del maxilar del paciente, reduciendo el riesgo de perforación que puede producirse con hojas rectas. Introduciendo la hoja a través de la incisión intrasulcular, tunelizamos a espesor parcial (fig. 8) de 21 a 25, extendiéndonos apicalmente a la línea mucogingival y tratando de que el túnel se mantenga en un mismo plano.



Fig. 4. Incisión intrasulcular de 21 a 25 con hojas de microbisturí.



Fig. 5. Incisión a espesor parcial bajo las papilas con hoja de microbisturí.



Fig. 6. Movilización de las papilas, sin despegarlas, con microelevador.



Fig. 7. Microhojas de tunelizar angulables para adaptarlas a la morfología del maxilar.



Fig. 8. Tunelización a espesor parcial de 21 a 25 con extensión apical a la línea mucogingival.



Fig. 9. Comprobación de la correcta tunelización y movilización del colgajo.

Tras comprobar la correcta tunelización y movilización del colgajo (fig. 9), obtenemos un injerto libre de encía del paladar contralateral (figs. 10 y 11), de unos 2 mm de grosor, para ser desepitelizado extraoralmente (fig. 12) y disponer así de un injerto de tejido conectivo de gran longitud (fig. 13).

Mediante dos suturas de PTFE posicionadas a través del túnel en los extremos del mismo (fig. 14), introducimos el injerto y lo colocamos en su posición ideal traccionando de las suturas hacia mesial o distal. Una vez posicionado, comprobamos de nuevo la movilización coronal del colgajo y el injerto (fig. 15) para terminar con dobles suturas cruzadas dentosuspendidas de monofilamento 6.0 para no sólo adaptar e inmovilizar el injerto, sino también para producir un avance coronal de todo el conjunto (fig. 16).

Con el objetivo de minimizar el dolor posoperatorio, proteger la zona donante del paladar y favorecer un mejor control de la hemostasia, cubrimos con cianocrilato quirúrgico la zona cruenta y colocamos un essix de acetato (figs. 17 y 18). Concluida la cirugía, informamos a la paciente de las medidas posoperatorias que debe seguir y la citamos en una semana para revisión y retirada de las suturas.

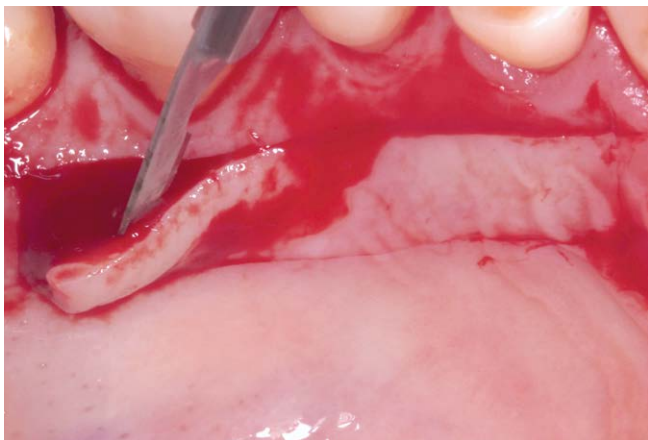


Fig. 10. Obtención del injerto libre de encía del paladar contralateral.

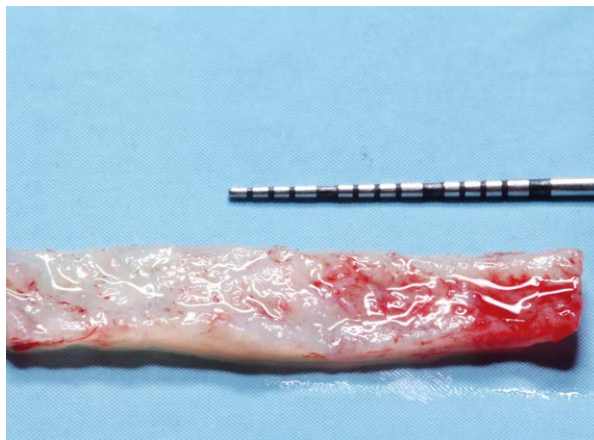


Fig. 11. Medición de las dimensiones del injerto.



Fig. 12. Deseptelización del injerto con hoja del 15.



Fig. 13. Comprobación de las dimensiones del injerto deseptelizado en la zona receptora.



Fig. 14. Suturas de PTFE para posicionar el injerto en el túnel.



Fig. 15. Adecuada movilización coronal del colgajo con el injerto ya posicionado en el túnel.

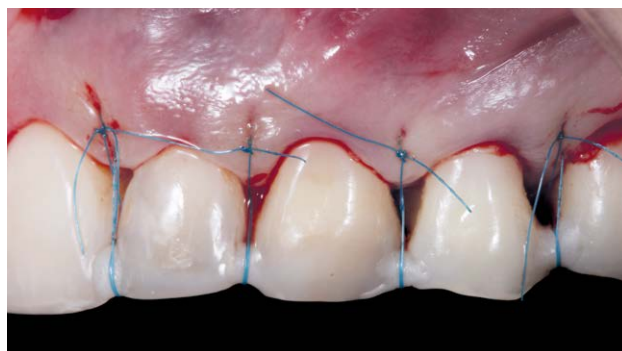


Fig. 16. Doble sutura cruzada dentosuspendida de avance coronal con monofilamento 6.0.



Fig. 17. Essix de paladar completo y recortado a nivel de la zona receptora.

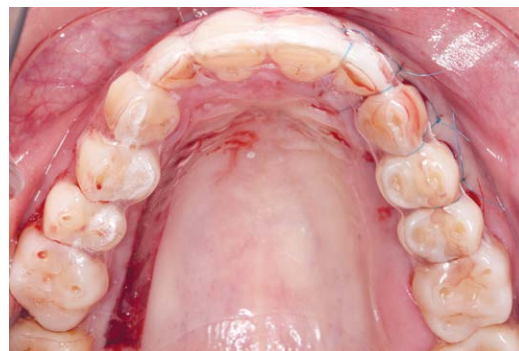


Fig. 18. Essix colocado para la protección de la zona donante.

Para lograr una adecuada estabilidad y maduración de los tejidos, esperamos cuatro meses desde la cirugía antes de iniciar la fase restauradora. En este punto, observamos un recubrimiento radicular completo sin cicatrices, así como la presencia de un tejido sano y de características favorables (fig. 19). En base al encerado (fig. 20), realizamos un *mock-up* aditivo de resina autopolimerizable, que nos permitió

acordar con la paciente la forma, el tamaño y la posición aproximadas de las restauraciones definitivas. Una vez efectuadas las modificaciones pertinentes, realizamos las preparaciones dentarias de 13 a 23 para la colocación de carillas de porcelana feldespática (figs. 21 a 24), concluyendo así la fase activa del tratamiento y continuando con el programa de mantenimientos y revaluaciones periódicas.



Fig. 19. Situación clínica a los cuatro meses tras la microcirugía de recubrimiento radicular con injerto de tejido conectivo desepitelizado tunelizado en 22, 23 y 24.



Fig. 20. Encerado de trabajo.



Fig. 21. Carillas de porcelana feldespática (Javier Pérez, técnico de OralDesign).



Fig. 22. Vista lateral de la situación a los cinco días tras el cementado de las carillas.



Figs. 23 y 24. Vistas frontales de la situación a los cinco días tras el cementado de las carillas.

Conclusiones

Las secuelas estéticas de la pérdida de inserción secundaria a las enfermedades periodontales requieren en ocasiones tratamientos combinados para obtener resultados estéticos satisfactorios una vez controlada y mantenida la enfermedad. En este sentido, la combinación de microcirugía de injerto de tejido conectivo tunelizado para recubrimiento radicular con la colocación de carillas de porcelana parece ser una opción adecuada y predecible para casos de pacientes periodontales con recesiones de clase III de Miller.

Agradecimiento:

A Javier Pérez, técnico de laboratorio en Oraldesign, por su excelente trabajo.

Bibliografía

1. Sheiham A, Netuveli GS. *Periodontal diseases in Europe*. Periodontology 2000. 2002; 29: 104-121.
2. Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M, Cortes Martinicorena FJ. *Encuesta de Salud Oral en España (2000)*. RCOE 2002; 7: 19-63.
3. Renvert S, Persson R. *Supportive periodontal therapy*. Periodontology 2000. 2004; 36: 179-195.
4. Axelsson P, Lindhe J. *The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease*. J Clin Periodontol 1981; 8: 281-294.
5. Lindhe J, Nyman S. *Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease*. J Clin Periodontol 1984; 11: 504-514.
6. Zuhr O, Fickl S, Wachtel H, Bolz W, Hürzeler MB. *Covering of gingival recessions with a modified microsurgical tunnel technique: case report*. Int J Periodontics Restorative Dent. 2007; 27: 457-63.
7. Belcher JM. *A perspective on periodontal microsurgery*. Int J Periodontics Restorative Dent 2001; 21: 191-6.
8. Burkhardt R, Lang NP. *Coverage of localized gingival recessions. Comparison of micro and macrosurgical techniques*. J Clin Periodontol. 2005; 32: 287-293.
9. Francetti L, Del Fabro M, Calace S, Testori T, Weinstein RL. *Microsurgical treatment of gingival recession: a controlled clinical study*. Int J Periodontics Restorative Dent 2005; 25: 181-8.
10. Andrade PF, Grisi MF, Maracaccini AM, Fernandes PG, Reino DM, Souza SL. *Comparison between micro- and macrosurgical techniques for the treatment of localized gingival recessions using coronally repositioned flaps and enamel matrix derivative*. J Periodontol 2010; 81: 1572-9.