



PRESENTACIÓN DE CASO

Cirugía plástica en recesión periodontal localizada tipo 1 de Cairo

Plastic surgery in localized periodontal recession type 1 of Cairo

Leyda Yenima Pérez-Hernández ¹, Miladys Martínez-Díaz ², Milenis Martínez-Pita³

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Clínica Estomatológica Docente "Antonio Briones Montoto". Pinar del Río, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Clínica Estomatológica Docente "José Martí", Consolación del Sur. Pinar del Río, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Comunitario 5 de septiembre, Consolación del Sur. Pinar del Río, Cuba.

Recibido: 17 de diciembre de 2022

Aceptado: 29 de enero de 2023

Publicado: 8 de junio de 2023

Citar como: Pérez-Hernández LY, Martínez-Díaz M, Martínez-Pita M. Cirugía plástica en recesión periodontal localizada tipo 1 de Cairo. Rev Ciencias Médicas [Internet]. Año [citado: fecha de acceso]; 27(2023): e5864. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5864>

RESUMEN

Introducción: la recesión periodontal es una afección frecuente del periodonto. Es la exposición de la superficie radicular por el desplazamiento apical de la encía. Su incidencia varía desde 8 % en niños hasta 100 % tras los 50 años de edad. Afecta la estética y función de los tejidos; en la actualidad es un motivo de visita de pacientes y profesionales. Como solución plausible se elige la cirugía plástica periodontal. Se atendió este caso en la Clínica Estomatológica Antonio Briones Montoto de Pinar del Río en 2018, con el objetivo de relatar el tratamiento y la evolución a largo plazo de una paciente con recesión periodontal localizada tipo 1 de Cairo y clase II de Miller.

Presentación de caso: paciente femenina, piel blanca, de 25 años de edad con antecedentes de buena salud que refirió denudación radicular del incisivo central inferior izquierdo, lo que afecta su estética y cepillado dental. Se detectó cepillado horizontal vigoroso con cepillo dental duro y pasta dental abrasiva, así como hábito deletéreo de lengua protráctil, migración de la encía hacia apical en el 31, que exponía la raíz dental 3 mm y papilas interproximales puntiagudas sin afectación. A los Rayos X no existía destrucción periodontal en la zona interdental. Se realizó corrección y control del cepillado dental y hábito deletéreo; se optó por cirugía plástica periodontal mediante injerto pediculado lateral.

Conclusiones: se logró eliminar la recesión periodontal, devolver la estética a la paciente y encía adherida funcional, resultado que ha permanecido a largo plazo.

Palabras clave: Periodontal Recesión; Tratamiento; Cirugía; Periodoncia; Odontología.

ABSTRACT

Introduction: periodontal recession is a frequent affection of the periodontium. It is the exposure of the root surface due to the apical displacement of the gum. Its incidence varies from 8 % in children to 100 % after 50 years of age. It affects the esthetics and function of the tissues; it is currently a reason for patients and professionals to visit the dentist. Periodontal plastic surgery is chosen as a plausible solution. This case was attended at the Antonio Briones Montoto Stomatological Clinic in Pinar del Río in 2018, with the aim of reporting the treatment and long-term evolution of a patient with localized periodontal recession type 1 of Cairo and Miller class II.

Case presentation: female patient, white skin, 25 years of age with a history of good health who referred root denudation of the lower left central incisor, which affects her esthetics and tooth brushing. Vigorous horizontal brushing with a hard toothbrush and abrasive toothpaste was detected, as well as a deleterious habit of protractile tongue, migration of the gum towards the apical in 31, which exposed the dental root 3 mm and pointed interproximal papillae with no affectation. X-rays showed no periodontal destruction in the interdental area. Correction and control of tooth brushing and deleterious habit was carried out; periodontal plastic surgery was chosen by means of lateral pedicled graft.

Conclusions: The periodontal recession was eliminated, the patient's esthetics was restored and the attached gingiva was functional, a result that has remained in the long term.

Keywords: Periodontal Recession; Treatment; Surgery; Periodontics; Dentistry.

INTRODUCCIÓN

La recesión periodontal sin la presencia de procesos inflamatorios se ha estudiado ampliamente y los diferentes investigadores difieren en cuanto a su etiología y clasificación.^(1,2,3)

Gottlieb, en 1921, planteó que la misma podía ser fisiológica, después se asoció a inserciones de frenillos en la encía marginal, presencia de una lámina ósea externa delgada, una altura inadecuada de encía insertada, cepillado dental horizontal traumático, mal posición dentaria y fuerzas oclusales lesivas con una acción lenta y prolongada sobre la lámina externa vestibular.⁽⁴⁾

El grosor de la encía es fino, delgado, de textura lisa, pálido, con papilas interdentes alargadas y puntiagudas. Si están comprometidas las caras proximales se crean espacios donde se acumula la placa dentobacteriana.⁽²⁾

Miller en 1993 la clasifica de acuerdo a su extensión en:

Clase I: retracción de los tejidos marginales que no se extiende hasta la unión mucogingival. No hay destrucción periodontal en la zona interdental.

Clase II: retracción de los tejidos marginales que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival. No hay destrucción periodontal en la zona interdental.

Clase III: retracción de los tejidos marginales que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival. Hay destrucción periodontal en la zona interdental o hay maloclusión dentaria.

Clase IV: retracción de los tejidos marginales que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival. La destrucción periodontal en la zona interdental o la maloclusión dentaria graves.

Cairo en el 2011 la clasifica en Tipo 1: Recesión gingival sin pérdida de unión interproximal. El límite amelocementario proximal no es visible.

Tipo 2: Recesión gingival con pérdida de unión interproximal. La cantidad de pérdida de inserción proximal es igual o menor que la pérdida de inserción vestibular.

Tipo 3: Recesión gingival con pérdida de unión interproximal. La cantidad de pérdida de inserción proximal es mayor que la pérdida de inserción vestibular.^(3,4)

En el origen de la recesión periodontal está el biofilm bacteriano dental y su consecuente inflamación gingival, la oclusión traumática, el trauma proveniente del cepillado o de la inserción anormal del frenillo labial y características anatómicas locales como posicionamiento dental, margen gingival, altura de la banda de mucosa queratinizada y tejido óseo subyacente.⁽⁵⁾

La corrección de estos trastornos en la mayoría de los casos requiere un tratamiento quirúrgico. Simplemente eliminar frenillos o usar autoinjertos libres hasta procedimientos más complejos basados en la Regeneración Tisular Guiada, o en el empleo de matrices alodérmicas.^(6,7)

El colgajo es uno de los tratamientos más actualizados y utilizados en periodoncia. Dependiendo de la posición del colgajo al final del procedimiento quirúrgico:

- a) El Colgajo no desplazado se coloca en la posición que tenía antes de la cirugía.
- b) El Colgajo desplazado puede colocarse apical, coronal o lateral con respecto a su posición original.⁽⁸⁾

El colgajo deslizante lateral conocido en la actualidad como injerto pediculado colocado lateralmente, es una técnica eficaz para cubrir retracciones aisladas de dientes y ensanchar la encía adherida, la zona donante debe estar periodontalmente sana y con un grosor anteroposterior adecuado. El vestíbulo debe ser normal o profundo, sin profundizaciones quirúrgicas previas, retracción de un solo diente que no exceda de 5 mm, el paciente no debe tener enfermedades sistémicas que comprometan la cicatrización, no hábito de fumar preferentemente. Contraindicado en encías finas y edematosas, si la zona donante está enferma, dientes en mal posición.^(9,10)

Informes recientes indican que hay un aumento substancial de la prevalencia de las recesiones en la población mundial.⁽¹¹⁾

Otros estudios realizados en diferentes partes del mundo reportan un amplio rango de valores; en individuos menores de 20 años la prevalencia se encuentra entre 1 y 19 %, en adultos mayores de 30 años se presenta entre un 20 % y un 75 %; y alcanza el 100 % en adultos mayores de 50 años.⁽¹²⁾

En Cuba, algunos estudios también lo constatan. Uno realizado en Mayabeque, reportó un aumento de la recesión periodontal en pacientes adultos entre 45 y 55 años de edad; en otro desarrollado en Matanzas, representó el 26,9 % de los trastornos mucogingivales.^(5,6)

En Pinar del Río no existen datos publicados acerca del tema lo cual, junto a los requisitos presentes en el caso clínico, fue la motivación para realizar esta cirugía plástica periodontal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, raza blanca de 25 años de edad, con antecedentes de buena salud general y periodontal, que acude a la consulta de periodoncia de la clínica estomatológica "Antonio Briones Montoto" preocupada por denudación radicular del incisivo central inferior izquierdo, que afecta su estética y cepillado dental.

Refiere realizar un cepillado horizontal vigoroso con cepillo dental duro y pasta dental abrasiva; se detecta hábito deletéreo de lengua protráctil. Se observa migración apical de la encía en el 31, exponiendo la raíz dental 3 mm y se extiende hasta la unión mucogingival, con papilas interproximales puntiagudas sin afectación. A los Rayos X se observa que no hay destrucción periodontal en la zona interdental. Todo lo expuesto se corresponde con una recesión periodontal localizada, Tipo 1 de Cairo y Clase II de Miller, (Fig. 1).



Fig 1. Recesión periodontal localizada. Clínica Estomatológica Antonio Briones Montoto de Pinar del Río en 2018.

En el tratamiento inicial se realizó la corrección y control del cepillado dental instruyéndole sobre este según Stillman modificado, con cepillo de celdas blandas, usando preferentemente gel dental. La lengua protráctil se trató con mioterapia por tres semanas. Se indicaron complementarios sanguíneos previo a la cirugía periodontal, todos en parámetros normales. Se optó por la cirugía plástica periodontal específicamente un injerto pediculado lateral. Se tomó tejido de la zona lateral izquierda a la recesión (zona dadora) y se rotó hacia la recesión, garantizando el aporte vascular del colgajo. Se realizaron suturas suspensorias, (Fig. 2).



Fig. 2. Injerto pediculado colocado lateralmente sobre el diente (31) de la recesión periodontal.

Para una mayor visualización, la fig. 3 representa el injerto pediculado colocado lateralmente según describe Glickman.⁽¹³⁾

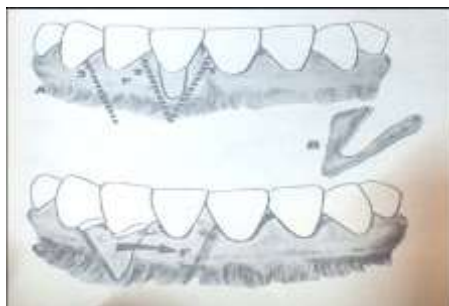


Fig. 3. Colgajo deslizante lateral.

Se cubrió la zona con cemento quirúrgico QUIRUCEM y se indicó no cepillarse la zona intervenida, fomentos fríos por fuera de la cara las primeras 24 horas, analgésico si dolor, dieta blanda y se retiró la sutura al cabo de los 10 días.



Fig. 4. Paciente después de tres años de evolución. La encía recubre toda la raíz.

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.^(4,5)

Para escoger la técnica quirúrgica hay que considerar factores como expectativas estéticas del paciente, el ancho y el largo del tejido interdental, la profundidad del vestíbulo, la presencia de frenillos, la presencia o ausencia de tejido queratinizado adyacente al tejido y el tamaño de la recesión.⁽¹⁰⁾

En el presente caso clínico los factores de riesgo que produjeron la recesión periodontal localizada fueron el cepillado incorrecto y la lengua protráctil. Estos factores junto a la presencia de cálculo fueron los preponderantes en el estudio de Díaz Fabregat.⁽⁸⁾

El injerto pediculado colocado lateralmente es una técnica eficaz para cubrir retracciones aisladas de dientes y obtener una zona de encía adherida funcionalmente satisfactoria en la zona de la recesión, garantizando cicatrización adecuada y la morfología de la zona dadora.⁽⁴⁾

En este caso clínico las características morfológicas del tejido trasplantado no cambiaron a lo largo de estos tres años de evolución. El colgajo se unió al tejido conectivo que bordeaba la raíz. Se adhirió con tal firmeza a la raíz que impidió la introducción de una sonda periodontal. En la zona dadora del colgajo se observó reparación y restauración de la salud y contorno gingival. Los mejores resultados se obtienen con defectos gingivales angostos y largos como en este caso clínico.

Resultados similares obtuvieron Romero,⁽⁷⁾ y Cruz,⁽⁹⁾ en las técnicas quirúrgicas realizadas. Se ha mantenido a la paciente en la terapia periodontal de soporte después del alta médica, realizando controles cada tres a seis meses. Con tres años de evolución satisfactoria, se observa el 100% de recubrimiento de la superficie radicular y la paciente refiere un alto grado de satisfacción. Similar resultado coincide con Sarduy,⁽¹⁰⁾ y Urtubia,⁽¹⁴⁾ donde ambos pacientes se mantuvieron con la superficie radicular cubierta a largo plazo manifestando alto grado de placer.

CONCLUSIONES

En este caso clínico el cepillado traumático y el hábito de lengua protráctil fueron las causas de la recesión periodontal, por lo que fue necesario dar una instrucción de higiene bucal en primera instancia y corrección del hábito. Post cirugía se logró obtener un recubrimiento radicular del 100 % y a largo plazo permanece lo logrado con ganancia de encía queratinizada. Se restableció estética y función adecuada. El resultado favorable en una cirugía periodontal de este tipo no solo dependió del éxito de la cirugía si no del manejo postoperatorio que la paciente ha llevado a cabo.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los Autores

LYPH: Concepción y diseño del artículo. Redacción del manuscrito. Revisión de la versión final del artículo.

MMD y MMP: Concepción y diseño del artículo. Revisión crítica del manuscrito.

Financiación

Para la realización de este estudio no se recibió financiación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huertas Campos MC, Coronado López SL, Tovar Zevallos MA, Morzán Valderrama EJ, Noriega Castañeda JR. Manejo interdisciplinario: ortodoncia osteogénica periodontalmente acelerada en paciente con recesión gingival. Reporte de caso. Odontol sanmarquina [Internet]. 2019 [citado 24/11/2022]; 22(2): 148-58. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/16228/14050>
2. Jach Ravelo M, Acosta Acosta N, Jach Ravelo M, Hernández Núñez A. La recesión periodontal en el municipio Güines del año 2015 al 2018. Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque. I Jornada Científica Virtual CaliMay 2020 [Internet]; 2020 [citado 24/11/2022]. [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.calimay2020.sld.cu/index.php/calimay/2020/paper/view/125/112>

3. Hernández Luna JM, Alonso Domínguez L, Frías Velázquez JF. Comparación de la clasificación de recesiones periodontales de miller y cairo. Ventajas y limitaciones. La Habana: Congreso Internacional Estomatología 2020 [Internet]; 2020 [citado 24/11/2022]. [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/335/356>
4. Colectivo de autores. Compendio de Periodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. p. 13, 282-99.
5. Cabrera Zamora SL, Jiménez Guevara DM, Fernández Peña GE, Pardías Milán LC. Recubrimiento radicular con técnica de tejido conectivo subepitelial combinado con colgajo deslizado coronalmente. Multimed [Internet]. 2017 [citado 24/11/2022]; 21(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/468/770>
6. Brito Pérez K, Cruz Morales R, Caballero López D. Trastornos mucogingivales y su tratamiento, cinco años de seguimiento en pacientes matanceros. Rev Med Electrón [Internet]. 2017 [citado 24/11/2022]; 39(2): 269-79. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72444>
7. Romero Pérez YY. Reporte de un caso clínico diagnóstico y tratamiento de cirugía plástica periodontal atendido en la clínica docente asistencial. [Tesis en Internet]. Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2020 [citado 24/11/2022]. [aprox. 41 p.]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1616>
8. Díaz Fabregat B, Brito González AL, Gountán Quintana N. Recesión periodontal en pacientes del municipio Rodas. Cienfuegos, 2016-2017. MediSur [Internet]. 2018 [citado 24/11/2022]; 16(3): 392-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n3/ms07316.pdf>
9. Cruz Morales R, Caballero López D. Injerto de tejido conectivo subepitelial y colgajo reposicionado coronal modificado para tratamiento de recesiones periodontales. Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2019 [citado 24/11/2022]; 45(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v56n4/1561-297X-est-56-04-e2137.pdf>
10. Sarduy Bermúdez L, González Valdés Y, Barreto Fiu EE, Corrales Álvarez M. Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. Medcent Electrón [Internet]. 2018 [citado 24/11/2022]; 22(3): 218-27. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2018/cmc183d.pdf>
11. Cuesta Benavides JS. Prevalencia de recesión gingival y su asociación con el biotipo periodontal en adolescentes de la Unidad Educativa "Cardenal Carlos María de la Torre" del Quinche año 2017. [Tesis en Internet]. Ecuador: Universidad Central de Ecuador. Facultad de Odontología; 2017 [citado 24/11/2022]. [aprox. 130 p.]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/13750>
12. Navarrete Burgos DI, Torres Vargas AV. Factores de riesgo de la recesión gingival en adultos y su tratamiento. [Tesis en Internet]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Odontología; 2018 [citado 24/11/2022]. [aprox. 136 p.]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/33783>

13. Carranza FA. Cirugía mucogingival. En: Carranza FA. Periodontología clínica de Glickman. 5a. Ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1983. p. 923.

14. Urtubia Manríquez C, García Izquierdo C, Alarcón Azócar C. Manejo ortodóncico-periodontal de recesión gingival. ROB [Internet]. 2020 [citado 24/11/2022]; 4(2): 38-44. Disponible en: <http://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rob/article/view/961>