

Caso Clínico:

Injerto Gingival Libre. A propósito de un caso.

Dr. Xavier Calvo

Medical Advisor Dentaid

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de la cirugía mucogingival reconstructiva es corregir los defectos de la morfología, posición y/o cantidad de encía queratinizada.

En algunos pacientes que llevan ortodoncia, pueden originarse compromisos mucogingivales a lo largo del tratamiento ortodóntico que deben evaluarse y si es necesario tratarse.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El caso que nos ocupa a continuación es el de una paciente joven y sana, portadora de ortodoncia invisible durante un año.

La paciente refiere molestias y dolor al cepillado de los incisivos inferiores, y en la exploración clínica se detecta un defecto mucogingival con ausencia de encía queratinizada a nivel de 41,31 y 32 (Fig.1)



Fig.1

Se propone a la paciente realizar un injerto gingival de encía libre de paladar según la técnica clásica descrita por Sullivan y Atkins en 1968 (1).

Primero se prepara el lecho receptor mediante una incisión en la línea mucogingival, realizando así una vestibuloplastia, y exponiendo el tejido conectivo subyacente. Se diseccionan las inserciones musculares adyacentes para que el injerto no esté sujeto a tensiones durante la cicatrización. Finalmente se comprime una gasa empapada en suero fisiológico para controlar el sangrado.

El siguiente paso es ir a buscar el injerto a la zona donante que suele ser el paladar en la zona más posterior y teniendo muy presentes las estructuras vasculares de la zona. Se marca el contorno con el bisturí y según el tamaño deseado y se retira un injerto gingival fino y a espesor parcial. Se sutura la zona y se aplica algún tipo de cemento quirúrgico para cubrir la herida. Con ello mejora ostensiblemente el postoperatorio.

Por último el injerto se inmoviliza en el lecho donante mediante puntos de sutura simples y suspensorios. Es muy importante que el injerto quede libre de tensiones para que pueda vascularizarse lo antes posible y no se necrose.

Las instrucciones postoperatorias consistieron en control de dolor y la inflamación con analgésicos y antiinflamatorios, y antisepsia de la zona mediante enjuagues con Clorhexidina al 0'12% y CPC al 0'05% (Perio-Aid® 0'12 Tratamiento Colutorio, Dentaid). Es importante no cepillar la zona intervenida durante la cicatrización y que la paciente no realice movimientos bruscos con los labios para evitar desplazar el injerto. Del mismo modo la dieta debe ser blanda y no deben usarse los incisivos para cortar. A la semana se retiran los puntos del paladar y se aconseja a la paciente comenzar a cepillar la zona injertada con un cepillo de cirugía (Cepillo Vitis® Cirugía) y de forma suave. A las dos semanas se retiran las suturas del injerto y se empieza a normalizar la dieta y los hábitos higiénicos de la zona.

A las seis semanas de cicatrización el injerto presenta un buen aspecto y la paciente está satisfecha con el resultado (Fig.2)



Fig. 2

Esta técnica de injerto ofrece algunas ventajas como son una buena predictibilidad, se puede aplicar a varios dientes a la vez, técnica simple y la posibilidad de eliminar la inserción de frenillos altos. Las desventajas son el hecho de tener dos zonas quirúrgicas, dejar una herida cruenta en el paladar y el color distinto del injerto ya que la encía del paladar está más queratinizada y por lo tanto se aprecia más blanca en el resultado final.

CONCLUSIÓN

Es importante que antes de realizar cualquier tratamiento ortodóntico se realice un examen periodontal para prevenir posibles complicaciones del mismo. El objetivo de este caso ha sido lograr una altura y anchura correctas de encía queratinizada y adherida, y aumentar la profundidad del vestíbulo para permitir una higiene correcta por parte de la paciente y así prevenir la aparición de complicaciones en un futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. Principles of successful grafting. *Periodontics*. 1968 Feb; 6(1):5-13