

Caso Clínico:

Injerto de tejido conectivo para cubrimiento radicular en 4º cuadrante.

Dr. Andres Pascual La Rocca

INTRODUCCIÓN

El siguiente caso ilustra un cubrimiento radicular completo mediante una técnica de cirugía plástica periodontal consistente en la obtención de un injerto de tejido conectivo subepitelial del paladar y su posicionamiento mediante una técnica de túnel y reposición coronal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 42 años de edad que se presenta en la consulta refiriendo sensibilidad dental de mas de 2 años de evolución en zona media vestibular del 4º cuadrante.

Durante el cuestionario y anamnesis, la paciente comenta que no tiene antecedentes medico/sistémicos de interés, no esta medicada y no tiene alergias conocidas. No refiere hábitos tóxicos.

En referencia al problema de hipersensibilidad, ha probado diferentes dentífricos y colutorios desensibilizantes, que mejoran la condición pero no solucionan completamente el problema.

Previo al tratamiento quirúrgico, se dan instrucciones de higiene oral y se indica tratamiento tópico con dentífrico reparador con nano partículas Desensin Repair. La paciente comenta sentir mejoría, pero al tacto con el cepillo sigue notando sensibilidad.



Figura 1.

Imagen clínica de la zona a tratar 4.3, 4.4, 4.5.

Se observa ausencia de inflamación y de placa bacteriana. Tras evaluar el sondaje clínico, presenta surcos ≤ 2 mm.

El margen gingival se encuentra entre 1,5mm y 2mm con respecto la línea amelocementaria (LAC), sin perdida de soporte interproximal, sin alcanzar la línea mucogingival, por lo que puede clasificarse como recesiones tipo I de Miller.

Figura 2.



Tras anestesiarse con técnica infiltrativa el área de trabajo, se procede a preparar un túnel a espesor total desde distal del 4.2 hasta mesial del 4.6. La extensión apico coronal del túnel, sobrepasa la línea mucogingival, hasta alcanzar la liberación de los tejidos permitiendo el desplazamiento coronal sin tensión. Es importante considerar previamente la posición del agujero mentoniano para evitar posibles lesiones del nervio.

Una vez completado el túnel, y valoradas la longitud del área a cubrir, se obtuvo un injerto de tejido conectivo del paladar que comprende los dientes 4.3 y 4.4 con aproximadamente 8 mm de anchura y 2mm de grosor en toda su extensión.

Figura 3.



El injerto es introducido en el túnel y posicionado a nivel de la LAC sobre los dientes de tratados. Posteriormente se suturan el injerto y la encía en una posición coronal, mediante técnica suspensoria continua con monofilamento no reabsorbible. de 6/0 de grosor.

Las instrucciones postoperatorias incluyen enjuagues cada 12 horas con colutorio a base de clorhexidina 0'12% y cloruro de cetilpiridinio 0'05% (PerioAid tratamiento) tras 24 horas del tratamiento, analgésicos antiinflamatorios en caso de dolor y no cepillado del área tratada por 4 semanas.

Figura 4 A y B.



Post Operatorio tras 7 días.

Se observa cicatrización parcial del paladar.

En la zona injertada, se evidencian signos leves de inflamación y enrojecimiento de los tejidos blandos.

Figura 5.



Post Operatorio tras 3 semanas.

Se observa completa cicatrización del área intervenida con un color rosa coral. Es evidente la posición coronal del margen gingival y el cubrimiento radicular.

A partir de la cuarta semana se reinicia el cepillado del área intervenida mediante un cepillo de dureza media Vitis medio y con una técnica de barrido vertical.

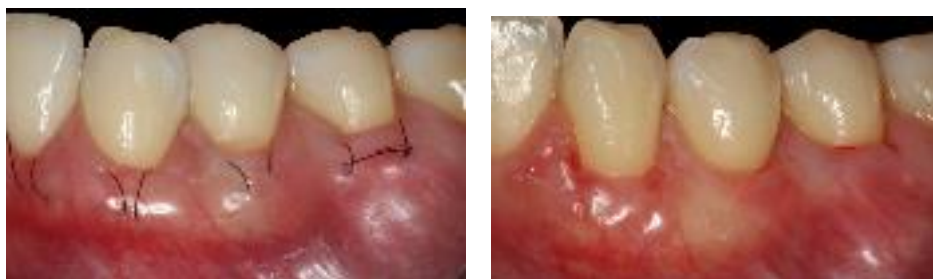


Figura 6 A y B.

Post Operatorio tras 8 semanas.

Se observa el cubrimiento radicular completo, así como la completa cicatrización junto con un evidente aumento del grosor gingival. Es importante mencionar que el material de sutura escogido permite mantener los puntos sin interferir con la correcta cicatrización ni causar inflamación.

Retirada de suturas.



Figura 7.

Post Operatorio tras 6 meses.

Puede observarse el completo cubrimiento radicular así como la estabilidad de los resultados. Así es evidente la queratinización de la zona injertada, con un aspecto más pálido.