

CASO CLÍNICO

“Tratamiento de Recesiones Gingivales Clase III de Miller mediante técnica de túnel”

Meritxell Losada Martínez, Andrés Pascual La Rocca.

Universidad Internacional Catalunya, Facultad de Odontología, Departamento de Periodoncia

▪ **INTRODUCCIÓN**

Las recesiones gingivales constituyen un problema estético y/o de salud periodontal para el paciente (AAP 1996). Aunque no son un motivo de consulta muy frecuente para el odontólogo, su diagnóstico y tratamiento puede mejorar la estética de la sonrisa, disminuir o eliminar la sensibilidad dental y frenar la progresión de la migración del margen gingival, que puede poner en riesgo la supervivencia del diente.

La etiología de las recesiones gingivales se considera multifactorial, y su origen puede dividirse en dos grandes grupos: los factores predisponentes, que son de naturaleza endógena, inherentes al paciente, y los factores precipitantes o desencadenantes que contribuyen al desarrollo de la recesión (Hall 1977).

Entre los factores predisponentes, destacamos la presencia de un biotipo periodontal fino, la malposición dentaria y apiñamiento, las dehiscencias óseas y la inserción de frenillos que causan tracción del margen gingival, entre otros. En cambio, entre los factores precipitantes encontramos la inflamación gingival, un cepillado traumático, laceraciones gingivales, iatrogenia, etc.

El tratamiento de este tipo de patología consiste en una primera fase, o tratamiento conservador, que va dirigido a corregir los factores etiológicos que han causado la recesión. Si estos factores no son eliminados, la recesión puede recidivar a pesar del tratamiento. La segunda fase, o tratamiento quirúrgico, permite restaurar el tejido gingival que se había retraído, cubriendo la superficie de la raíz y aumentando la cantidad y calidad de encía que rodea al diente mediante una técnica de cirugía muy poco invasiva.

▪ **CASO CLÍNICO**

Anamnesis

Mujer de 43 años de edad.

No presenta antecedentes médicos de interés y nunca ha sido fumadora.

Alergias no conocidas.

Desconoce antecedentes familiares de enfermedad periodontal.



Antecedentes Dentales

Refiere la exodoncia de cordales, tratamientos de odontología conservadora y ortodoncia. No refiere tratamiento periodontal previo, únicamente tartrectomías anuales.

Motivo de consulta

Acude a la consulta para mejorar la estética de su sonrisa y refiere sensibilidad localizada en caninos.

Exploración extraoral

Ausencia de adenopatías palpables ni limitaciones anatómicas.
Sonrisa media con 2-3mm de exposición gingival

Exploración intraoral

Tras la exploración clínica se observa la presencia un biotipo fino con márgenes asimétricos y presencia de recesiones múltiples de entre 2mm y 4mm en el frente antero-superior. Se detectan abfracciones cervicales en 1.2, 1.3, 2.3, 2.4 y 4.4

**Exploración periodontal**

La encía tiene un aspecto edematoso y de color rojizo a nivel marginal sobre todo en las zonas posteriores.

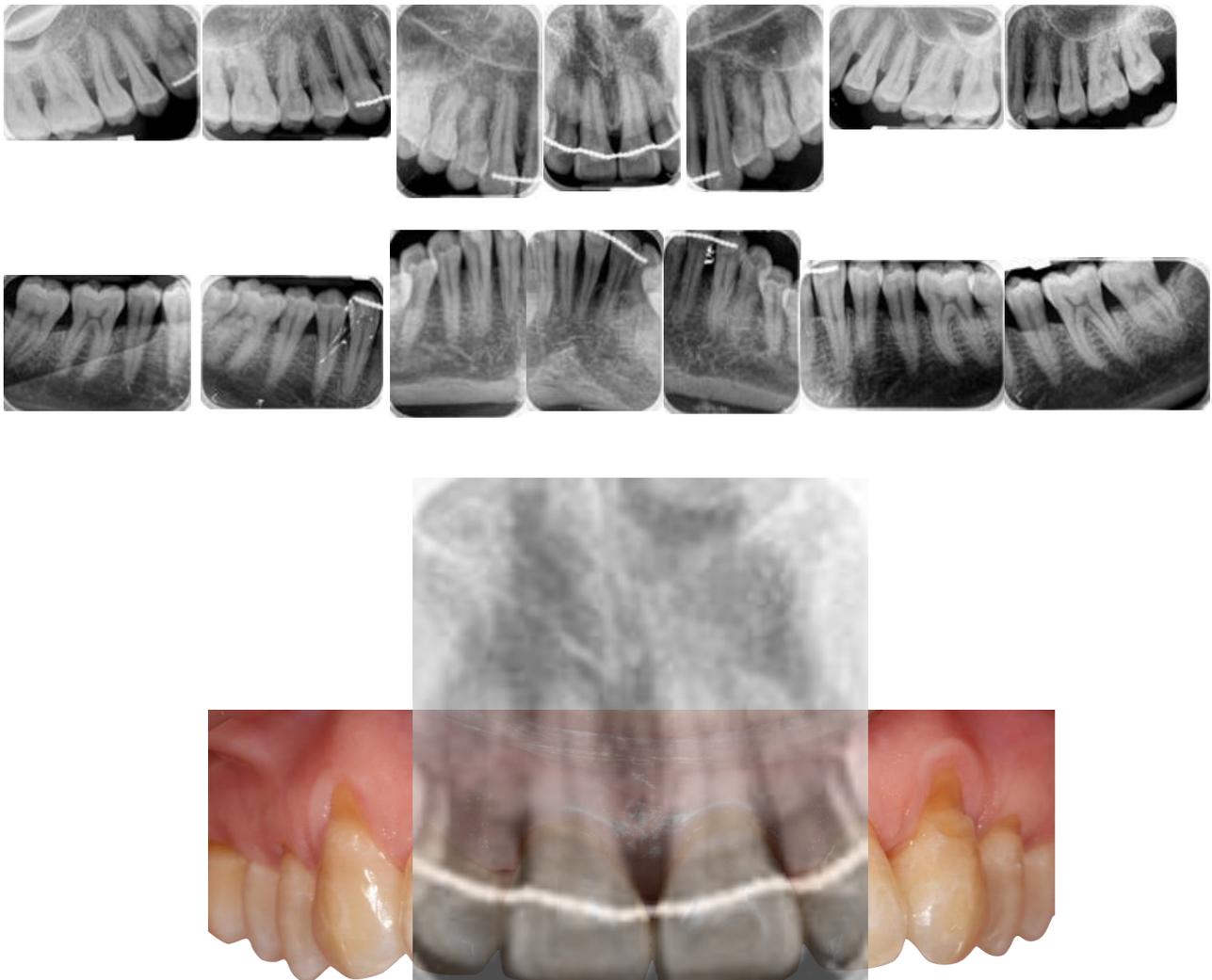
Ausencia de cálculo supragingival y el cálculo subgingival es leve localizado.

La exploración del periodonto reflejó la presencia de bolsas moderadas localizadas de 4-5mm en sextantes posteriores y sangrado al sondaje.



Exploración radiográfica

Radiográficamente, observamos pérdida ósea horizontal moderada generalizada.



▪ **DIAGNÓSTICO**

Diagnosticamos a la paciente de periodontitis crónica moderada generalizada de acuerdo con la clasificación de Armitage GC. (WWP 1999).

Recesiones tipo III de Miller en frente antero-superior (Miller 1985).

Bruxismo céntrico.

▪ PLAN DE TRATAMIENTO

Fase I (Fase higiénica)

- La paciente recibe instrucciones de higiene oral adaptadas a su situación. Se modifica su técnica de cepillado dental, que era demasiado agresiva, por una técnica de Stillman y el uso de interdetales de diámetro adecuado.
- Se realiza raspado y alisado radicular por cuadrantes

Fase II (Fase quirúrgica)

- Tras la reevaluación de fase higiénica, y tras comprobar la ausencia de actividad periodontal se procede al tratamiento de las recesiones múltiples del frente antero-superior.
- Las recesiones se clasifican como recesiones tipo III de Miller, ya que hay pérdida de inserción interproximal. Al tratarse de una zona estética y debido a la pérdida de inserción, se decide seguir una técnica quirúrgica menos invasiva mediante la realización de un túnel con injerto de tejido conectivo y avance coronal y la restauración de la abfracción del 2.3 mediante composite.

Fase III (Fase rehabilitadora)

- Obturación clase V en 2.3

Fase IV (Fase de mantenimiento)

- Mantenimiento periodontal, control y evaluación de la técnica de cepillado cada 4 meses

Técnica quirúrgica

Se realizan incisiones intrasulculares a nivel cervical hasta la línea ángulo de todos los dientes del frente antero-superior, desinsertando la base de la papila sin seccionarla con la ayuda de instrumentos de tunelización.



Progresivamente, se obtiene la comunicación de todas las papilas y asegurando la completa liberación del colgajo en sentido apico-coronal.



A continuación, se obtiene un injerto subepitelial de tejido conectivo del paladar. Éste se divide en dos porciones para ser adaptadas únicamente en las recesiones correspondientes a 1.3 y 2.3, siendo las que presentan abfracción y ausencia de encía adherida. El injerto es introducido con la ayuda de un punto de sutura que permite su manipulación y estabilidad dentro del lecho receptor.



Finalmente, se procede a la sutura mediante monofilamento de 6/0 con puntos de avance coronal suspendidos y anclados en la retención ortodóncica palatina.



La paciente recibe instrucciones de cuidados postquirúrgicos y se le dispensa una pauta analgésica y antiinflamatoria y el uso de colutorio de Clorhexidina al 0.12% y Cloruro de Cetilpiridinio al 0.05% (Perio-Aid® tratamiento) durante 30 segundos, dos veces al día durante 15 días. Tras la remoción de la sutura a las 2 semanas, se le indica que prosiga dos días más

con el enjuague de Clorhexidina e inicie el cepillado de la zona quirúrgica con un cepillo manual quirúrgico (VITIS® cirugía). Se realizan controles al mes, 3 meses, 6 meses y un año postquirúrgicos.

Se presenta el seguimiento tras 18 meses, donde puede apreciarse la estabilidad de los tejidos, el cubrimiento total de las recesiones y la mejoría en la estética de la sonrisa.



Finalmente, se muestra el inicio y el control 18 meses después de la cirugía.



▪ **DISCUSIÓN**

El cubrimiento de recesiones gingivales mediante injerto de conectivo y colgajo avanzado coronalmente, es un tratamiento predecible en recesiones clase I y II de Miller donde no se ha perdido inserción, llegando a considerar esta técnica quirúrgica como "gold standard" (Rocuzzo 2002, Cairo 2008, Chambrone 2008, 2010). En cambio, situaciones donde ya existe una pérdida de inserción interproximal, clases III de Miller, la predictibilidad de obtener un cubrimiento radicular completo se reduce.

Las principales dificultades para obtener un cubrimiento completo en recesiones clases III de Miller se deben a la pérdida ósea y de tejido blando interproximal, a un aumento de la superficie avascular radicular, la presencia de una mayor prominencia radicular y la obtención de una menor superficie de lecho perióstico.

Ante esta situación, han sido varios autores los que han propuesto diferentes técnicas para incrementar el éxito en el tratamiento de este tipo de recesiones. La técnica de Tunnel, descrita por Allen (Allen 1994) y modificada por Zabalegui (Zabalegui 1999), fue propuesta para el tratamiento de recesiones múltiples clases I y II de Miller. Esta técnica menos invasiva, ofrece diversas ventajas respecto a técnicas convencionales con injertos pediculados o técnicas bilaminares. Entre las ventajas que aporta destacamos un mínimo trauma quirúrgico en la zona receptora, una mayor nutrición del injerto por la vascularización lateral y de las papilas, mayor estética por el mantenimiento de la integridad de las papilas y la ausencia de incisiones, mejor postoperatorio y una mayor aceptación del tratamiento por parte del paciente.

Más recientemente, se ha propuesto una técnica para el tratamiento de recesiones múltiples clase III de Miller mediante la técnica de túnel modificada + injerto de tejido conectivo y el uso de proteínas derivadas de la matriz del esmalte (EMD-Emdogain®). Aunque se demostró que el uso de EMD no aporta beneficios al cubrimiento radicular, se mostró que la técnica de túnel junto con injerto de tejido conectivo y una sutura de avance coronal anclada en los puntos de contacto ofrece mayor estabilidad, siendo una técnica predecible para el cubrimiento de recesiones clases III de Miller (Aroca 2010).

En conclusión, las lesiones cervicales exigen en ocasiones un tratamiento combinado tanto quirúrgico como restaurador. La selección de la técnica estará determinada por las características anatómicas de cada caso.

Aunque las recesiones clases III de Miller presentan una menor predicción en el cubrimiento radicular completo, parece ser que la técnica de túnel combinada con injerto de conectivo y sutura de avance coronal, puedan ofrecer mayor estabilidad y estética al resultado final.

▪ **BIBLIOGRAFÍA**

Allen AL. (1994) Use of the suprapariosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. *Int J Periodontics Restorative Dent*, 14 (3): 216-27

Allen E, Winter R. (2011) Interdisciplinary treatment of cervical lesions. *Compendium*, vol 32; special issue 5

Caso clínico: "Tratamiento de Recesiones Gingivales Clase III de Miller mediante técnica de túnel"

Armitage GC. (1999) Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of Periodontology*, 4(1):1-6.

Aroca S, Keglevich T, Nikolidakis D, Gera I, Nagy K, Azzi R, Etienne D. (2010) Treatment of class III multiple gingival recessions: a randomized-clinical trial. *J Clin Periodontol*, 37:88-97.

Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. (2008) Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review. *J Clin Periodontol*; 35 (Suppl. 8): 136-162.

Chambrone L, Chambrone D, Pustigliani FE, Chambrone LA, Lima LA. (2008) Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller class I and II recession-type defects? *Journal of Dentistry* 36: 659-671.

Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustigliani FE, Chambrone LA, Lima LA. (2010). Root-Coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: a Cochrane systematic review. *J Periodontol*; 81: 452-478.

Hall WB. Present status of tissue grafting (1977). *J Periodontol*; 48: 587-92.

Miller PD Jr. (1985) A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Rest Dent*, 5(2):8-13.

Roccuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. (2002). Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J Clin Periodontol*; 29 (Suppl. 3): 178-194.

Zabalegui I, Sicilia A, Cambra J, Gil J, Sanz M. (1999) Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel subepithelial connective tissue graft: a clinical report. *The International journal of periodontics & restorative dentistry* Apr;19(2):199-206.