

# Tratamiento de múltiples recesiones gingivales con diferentes técnicas quirúrgicas: descripción de un caso clínico

## Treatment of multiple gingival recessions with different surgical techniques: description of a clinical case

### Autores

---

#### Diego Sales

Docente de la carrera de Especialización en Periodoncia, Universidad Maimónides, Buenos Aires (Argentina).

Asistente Titular de la Cátedra de Prótesis Fija, Universidad Maimónides, Buenos Aires (Argentina).

#### Elisa Rettori

Docente de la carrera de Especialización en Periodoncia, Universidad Maimónides, Buenos Aires (Argentina).

#### Hugo Romanelli

Docente de la carrera de Especialización en Periodoncia, Universidad Maimónides, Buenos Aires (Argentina).

Director de la carrera de Especialización en Periodoncia. Universidad Maimónides, Buenos Aires (Argentina).

#### Guillermo Schinini

Docente de la carrera de Especialización en Periodoncia, Universidad Maimónides, Buenos Aires (Argentina).

#### Evelyn Adams

Docente de la carrera de Especialización en Periodoncia, Universidad Maimónides, Buenos Aires (Argentina).

---

Entregado para revisión: 28 de octubre de 2009  
Aceptado para publicación: 30 de noviembre de 2009

### Resumen

Las recesiones gingivales constituyen una alteración del periodonto con alta prevalencia, siendo un motivo de consulta recurrente de los pacientes, tanto por su implicancia estética como por la hipersensibilidad dentinaria.

Tan importante como su prevención, es el diagnóstico precoz y la evaluación de las posibilidades terapéuticas. El objetivo principal de la cirugía plástica periodontal es conseguir el recubrimiento radicular y conjuntamente lograr una óptima apariencia estética.

En este reporte de un caso clínico, se describirá el tratamiento de recesiones múltiples mediante diferentes procedimientos quirúrgicos mucogingivales.

**Palabras clave:** recesión gingival/cirugía; colgajos; injertos.

### Abstract

Gingival recessions are a high-prevalence periodontium condition; they are a common presenting complaint, both due to their aesthetic implications and the dentine hypersensitivity suffered by patients.

Gingival recession early diagnosis and the assessment of the different therapeutic possibilities are as important as prevention. The main goal of periodontal plastic surgery is to achieve root coverage and an optimal aesthetic appearance.

This report of a clinical case describes the treatment of multiple gingival recessions with different mucogingival surgical procedures.

**Key words:** gingival recession/surgery; surgical flaps; grafts.

*Las recesiones gingivales fueron definidas por la Academia Americana de Periodontología (A.A.P 2001), como la ubicación del margen gingival apical al límite amelocementario.*

*Las dos principales causas de las recesiones gingivales están relacionadas al trauma provocado por un cepillado muy intenso o por inflamación inducida por placa bacteriana, aunque también se puede asociar a dehiscencias óseas con un biotipo periodontal delgado. (Löst 1984; Loe et al,1992; Khocht et al,1993)*

*La progresión de las recesiones, además de los defectos estéticos o la hipersensibilidad, genera una alteración en el contorno de la encía marginal, que puede favorecer el acumulo de placa bacteriana, aumentando la inflamación y pudiendo llegar incluso, a la pérdida de la encía insertada.*

### **ETIOPATOGENIA DE LAS RECESIONES GINGIVALES**

Para que se produzca una recesión gingival, debe existir una dehiscencia de la tabla ósea vestibular, pero su sola presencia no inicia el desarrollo de la misma, sino que además se debe sumar una causa o factores desencadenantes que lleve a la migración apical del margen gingival. Esta puede ser traumática, como un cepillado agresivo en la zona, o inflamatoria por acumulo de placa bacteriana. (Guinard & Caffesse 1978)

El espesor del periodonto, es decir el biotipo periodontal es un factor influyente, ya que frente a estas agresiones bacterianas o mecánicas, la resistencia sería mayor en presencia de un biotipo periodontal grueso. En un biotipo periodontal fino, estas agresiones llevan a una unión del epitelio del surco gingival con el epitelio gingival externo, con la consecuente desaparición del tejido conjuntivo interpuesto, creando una zona de debilidad. (Agudio et al, 1987; Novaes et al, 1976)

### **RELACIÓN ENTRE LA RECESIÓN GINGIVAL Y LA AUSENCIA DE ENCÍA INSERTADA**

Por mucho tiempo se aceptó que una superficie radicular con poca altura de encía insertada, iba a favorecer la aparición de una recesión gingival. Si bien, en muchos casos, la presencia de ambas coincide, estudios longitudinales demuestran que

la recesión puede ser la causa de la pérdida de encía insertada y no su consecuencia. Como así también, encuentran casos con poca o nula encía insertada, en ausencia de recesiones. (Kennedy et al, 1985; Wennström,1987)

### **INDICACIONES**

Para evaluar la necesidad de tratamiento de las recesiones gingivales, se debe determinar si estas son progresivas. Para ello nos debemos valer de la información que brinda el paciente, de registros fotográficos y de modelos de estudio y del registro de las mismas, midiéndolas desde el límite amelocementario hasta el margen gingival.

Está indicado su tratamiento si se constata que son recesiones progresivas, con signos de inflamación y dificultad para eliminar la placa bacteriana o bien si el paciente desea mejorar su aspecto estético.

### **POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS POR MEDIO DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS**

En 1985, Miller clasificó las recesiones gingivales en función de los tejidos remanentes alrededor de la recesión:

- Clase I, cuando la recesión no llega a la línea mucogingival y no hay pérdida de tejidos duros y blandos interproximales
- Clase II, cuando la recesión llega o pasa la línea mucogingival, sin pérdida de tejidos duros y blandos interproximales
- Clase III, cuando la recesión llega o pasa la línea mucogingival con pérdida de inserción interproximal, retracción de papilas dejando el límite amelocementario expuesto en proximal, aunque se encuentra más coronal que la porción apical de la recesión.
- Clase IV, cuando la recesión llega o pasa la línea mucogingival, con mayor pérdida de inserción proximal, encontrándose las papilas al mismo nivel del margen gingival vestibular.

Se puede esperar un recubrimiento total de las recesiones en las Clase I y II, y un recubrimiento parcial en las Clase III. No se indican técnicas de recubrimiento en las Clase IV.

Las técnicas de cirugía plástica periodontal para lograr recubrimiento radicular se pueden dividir en colgajos desplazados y en injertos libres. (Wennstrom 1996)

Los colgajos desplazados, dependiendo en la dirección que toman, pueden ser desplazados lateral (Grupe & Warren, 1956), doble papila (Cohen & Ross, 1968), oblicuos (Pennel et al, 1965), o desplazados coronal que pueden ser reposicionado coronal (Allen & Miller 89) o reposicionado semilunar (Tarnow, 1986)

Los injertos libres pueden ser epitelializados (Sullivan & Atkins, 1968) o de tejido conjuntivo subepitelial (Langer & Langer, 1985)

Se presentará un caso clínico en el cual se utilizaron varias de estas técnicas.

### CASO CLÍNICO

**Paciente de 29 años que consulta por recesión gingival en la pieza 2.1 que le afectaba la estética.**

**Antecedentes médicos:** paciente de buena salud general. No se detectaron alteraciones en aparatos y sistemas.

**Antecedentes odontológicos:** la paciente recibió atención odontológica rehabilitadora y ortodoncia.

Al examen clínico hay ausencia de caries y enfermedad periodontal, pero se observan múltiples restauraciones. Se observan recesiones gingivales en las piezas 1.3, 2.1, 2.3 y 2.4. Según la clasificación de Miller, todas ellas pertenecen al Tipo I, puesto que abarcan solo la cara vestibular, no hay pérdida de papilas interdentes, ni de las crestas óseas y no sobrepasan la línea mucogingival.



Figura 1.

**Tratamiento de la pieza 2.1:** Se realizó un colgajo desplazado coronal, aprovechando el grosor y ancho de la encía existente y que el desplazamiento permitía cubrir el defecto.

Esta técnica permite tratar varias recesiones simultáneamente, con buen porcentaje de éxito, buena estética y con un solo sitio quirúrgico. (Cairo 2008 JCP) Además permite su combinación con

el uso de injertos. Para su realización es necesaria la presencia de un vestíbulo profundo, con una cantidad mínima de 3 mm de tejido queratinizado. (Allen & Miller 1989).

### Descripción de la técnica

Luego de la antisepsia y anestesia de la zona se realizaron 2 incisiones verticales en mesial y distal de la pieza, respetando las papilas, hasta pasar la línea muco-gingival, y finalmente se unen mediante una incisión intrasural. Se decoló el colgajo de espesor parcial y se verificó que al desplazarlo cubriera el defecto y se mantuviera en posición de manera de que cuando esté suturado quede sin tensión. (Pini Prato et al, 2000).



Figura 2.

Se realizó un raspaje meticuloso de la superficie radicular expuesta. Se realizaron suturas simples y sutura de Cornick para dar más estabilidad al colgajo, comprimiendo los tejidos a nivel de la línea mucogingival, evitando de esa manera que se forme un hematoma. Se indicó sustituir el cepillado en la zona por enjuagatorios con clorhexidina al 0.12% cada 12 horas y analgésicos (Ibuprofeno 400mg cada 6-8 horas).

Se realizó el retiro de las suturas a los 10 días y una limpieza muy cuidadosa de la zona, con el objetivo de remover la placa supragingival. Este procedimiento se repitió semanalmente durante un mes o hasta que los tejidos presenten características que permitían retomar la higiene, con un cepillo de cerdas suaves.

Dada las buenas condiciones de salud general de la paciente, no se medicó con antibióticos, para ninguna de las cirugías.

Para el **tratamiento de la pieza 1.3** se realizó un injerto de tejido conjuntivo en sobre utilizando una técnica en bolsillo (Raetzke, 1985).

El uso de tejido conectivo asociado a un colgajo presenta la ventaja de que el injerto tiene una doble vascularización, pudiendo tratar defectos anchos y profundos, y como el injerto es recubierto parcialmente por el colgajo, el color se mimetiza correctamente.

Pero por otra parte, son más laboriosos que los colgajos desplazados, requieren de 2 áreas quirúrgicas y pueden necesitar una gingivoplastia posterior.

Luego de la antisepsia y anestesia de la zona, se realizó una incisión intrasurcal que abarcó a las piezas vecinas, pasando por la base de la papila mesial y distal de la pieza 1.3 y se decoló un colgajo de espesor parcial en forma de bolsillo. Se realizó raspaje y alisado de la zona radicular donde se colocaría el injerto de tejido conectivo subepitelial.

La zona dadora fue el paladar, en una zona delimitada entre mesial del 1° premolar y distal del 1° molar, realizando una incisión recta paralela a los cuellos de los dientes a 3 mm del borde de la encía marginal.



Figura 3.

Con una hoja de bisturí 15c se separó el conjuntivo de la mucosa masticatoria del paladar y del periostio subyacente y se extrajo el injerto, cerrando la zona dadora con un punto colchonero horizontal cruzado utilizando seda 4.0. (Reiser & Bruno, 1996; Hürzeler & Weng, 1999)

Se posicionó el injerto en el bolsillo mucoso y se suturaron ambos tejidos a las papilas palatinas, con puntos simples. No se desplazó el colgajo hacia coronal, dejando una zona expuesta del injerto de

tejido conjuntivo. (Langer & Langer, 1985; Bruno, 1994).



Figura 4.

Se reiteraron las indicaciones post-operatorias, tanto de antisepsia de la zona, como medicación analgésica y retiro de suturas.

**Tratamiento de las piezas 2.3 y 2.4.** Se realizó injerto de tejido conjuntivo asociado a un colgajo desplazado coronal. (Técnica bilaminar) La pieza 2.4 presentaba una abfracción a nivel cervical, con pérdida de sustancia dentaria y por lo tanto el límite amelocementario fue más difícil de identificar.

#### Descripción de la técnica

Luego de la antisepsia y anestesia, se realizaron incisiones intrasurcales en 2.3 y 2.4, conectadas con una incisión horizontal sobre la base de la papila.

Posteriormente dos incisiones horizontales en mesial del 23 y distal del 24 sin afectar el margen gingival de las piezas vecinas, se unían a dos incisiones verticales oblicuas sobrepasando la línea mucogingival. Se decoló un colgajo trapezoidal a espesor parcial a nivel de las papilas interdentes continuando luego mucoperióstico, finalizando mucoso pasando la línea mucogingival. (Zucchelli et al, 2003). El tratamiento de la superficie radicular y la toma del injerto no variaron (varió solo el tamaño del injerto, que fue mayor).



Figura 5.

Las papilas se desepitelizaron, dejando un lecho cruento de tejido conectivo, a las que se sutura el colgajo, cubriendo totalmente el injerto. El injerto fue estabilizado por medio de suturas suspensorias 5.0 reabsorbible (Vicryl) y el colgajo fue suturado mediante sutura suspensoria y puntos simples de Nylon 6.0 sobre las incisiones verticales.



Figura 6.

Se reiteraron las indicaciones para el cuidado post-operatorio, además se suspendieron las técnicas de higiene habitual del paciente con cepillo manual e hilo dental durante 3 semanas. Se Indicó topicar suavemente mediante un hisopo embebido en clorhexidina en el área marginal y aplicación de CHX en gel en la zona 2 veces al día.



Figura 7. Control y evaluación de las cirugías.

Se observa un recubrimiento total de las superficies radiculares expuestas de las piezas 1.3 y 2.3, y un recubrimiento parcial en las piezas 2.1 y 2.4. Si bien el resultado obtenido en la pieza 2.1 se puede considerar satisfactorio, no colmaba las expectativas de la paciente, por lo que se decidió re-intervenirla.

**Segunda cirugía de la pieza 2.1.**

Debido al tamaño de la recesión gingival residual, se decide la realización de un colgajo semilunar, desplazando todo el festón gingival hacia coronal.

Esta técnica está indicada en recesiones de no más de 3mm y con suficiente encía queratinizada apical a la recesión.

Su principal ventaja es que es una técnica poco cruenta, pero además no altera la profundidad del vestibulo, se puede usar en varias piezas a la vez, no necesita suturas y se obtienen resultados bastante predecibles.

Para valorar la posibilidad de realizar esta técnica, se debe establecer la localización de la cresta ósea, puesto que la porción apical del colgajo deberá apoyarse sobre periostio y no sobre tejido dentario.

Para esta técnica se realiza una incisión desde mesial a distal, bordeando el festón gingival, aproximadamente a unos 5 mm del margen de la encía libre, mediante hoja de bisturí nº15C. La segunda incisión se comienza intracrevicular, para luego ir separando el festón gingival, a espesor parcial y unir ambas incisiones.



Figuras 8 y 9.

La zona cruenta expuesta, dejada por el desplazamiento del colgajo, se recubrió con cianoacrilato quirúrgico (Tisuacryl). Se reiteraron las indicaciones post-operatorias, tanto de antisepsia de la zona, como medicación analgésica y retiro de suturas.



Figura 10.

## EVALUACIÓN FINAL



Figura 11.

Cuadro 1

Parámetros periodontales pre y posoperatorio a 24 meses.  
(PS) profundidad de sondaje, (NIC) nivel de inserción clínico, (REC) altura recesión, (EQ) Encía queratinizada.

Diente	PS pre	NIC pre	REC pre	PS post	NIC post	EQ post	REC post	Cobertura radicular (%)
21	1	4	3	1	1	5	0	100%
13	1	3	2	1,5	1,5	4	0	100%
23	1	3	2	1,5	2	2	0,5	75%
24	1	4	3	1,5	2,5	4	1	66%

## Discusión

Las piezas dentarias con raíces prominentes o muy vestibularizadas pueden presentar dehiscencias óseas, situación frecuente luego de tratamientos de ortodoncia, sobretodo si la raíz se desplaza más allá del perímetro del hueso alveolar. Es muy importante que se valore la amplitud y dirección de los movimientos a realizar, como así también el biotipo periodontal, puesto que se pueden estar creando las condiciones para una futura recesión.

Los resultados de este caso clínico, para todas las variables analizadas, (PS, NIC, EQ, REC y % de Recubrimiento Radicular) concuerdan con varios estudios clínicos controlados, utilizando diferentes colgajos desplazados coronales o injertos de tejido conectivo subepitelial. (Da Silva 2004; Moses et al, 2006; Bittencourt et al, 2009), donde el porcentaje promedio de recubrimiento radicular oscilaba desde 69% hasta 96%.

Es importante localizar precisamente el límite amelocementario al momento de realizar una cirugía plástica periodontal de recubrimiento radicular, ya que en ciertas situaciones clínicas, como abrasiones o Abfracciones, (pieza 2.4) dicho límite puede perderse o erróneamente ser localizado en una posición más coronal al límite anatómico, y por ende no lograr el recubrimiento radicular completo esperado. (Zucchelli et al, 2006)

No todas las recesiones gingivales requieren tratamiento. Cuando a ellas se suma la presencia de inflamación gingival y poca o nula encía insertada, estamos frente a un *problema mucogingival*, que compromete el pronóstico de la pieza afectada. La recesión se considera un hallazgo, mientras que el problema mucogingival es un diagnóstico.

Con respecto a la inflamación, si se logra controlar la placa bacteriana, no aumentará la recesión, aunque la altura de encía insertada sea limitada.

Se pueden obtener resultados predecibles y además armonía y estética con los tejidos gingivales vecinos combinando diferentes procedimientos de cirugía plástica periodontal, siempre y cuando se respeten rigurosamente las indicaciones.

**Dr. Diego Sales**

Juan Paullier 1020, CP 11200  
Montevideo, Uruguay  
diegosales.sales3@gmail.com

## REFERENCIAS

- Agudio G, Pini-Prato GP, Cortellini P, Parma Benfenatti S.** (1987) Gingival lesions caused by improper oral hygiene measures. *Int J Perio & Rest Dent*;1:53-65.
- Allen EP, Miller PD.** (1989) Coronal positioning of existing gingival. Short term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. *J Periodontol*;60:316-319.
- Bittencourt S, Del Peloso E, Sallum E, Sallum A, Nociti F, Casati M.** (2009) Semilunar coronally positioned flap or subepithelial connective tissue graft for the treatment of gingival recession. A 30-month follow up study. *J Periodontol*;80:1076-1082.
- Bruno JF.** (1994) Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *Int J Perio & Rest Dent*;14(2):126-137.
- 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.
- Carvalho da Silva R, Joly JC, Martorelli de lima A, Tatakis D.** (2004) Root coverage using the coronally positioned flap with or without a subepithelial connective tissue graft. *J Periodontol*;75:413-419.
- Cohen D, Ross S.** (1968) The double papillae flap in periodontal therapy. *J Periodontol*;39:65-70.
- Freedman A, Salkin I, Stein M, Green K.** (1992) A 10-year longitudinal study of untreated mucogingival defects. *J Periodontol*;63:71-72.
- Glossary of periodontal terms.** (2001) American Academy of Periodontology, 4<sup>th</sup> edition :44.
- Grupe J, Warren R.** (1956) Repair of gingival defects by a sliding flap operation. *J. Periodontol*;27:290-295.
- Guinard EA, Caffesse RG.** (1978) Treatment of localized gingival recessions. III. Comparison on results obtained with lateral sliding and coronally repositioned flaps. *J Periodontol*;49:457-461.
- Hürzeler MB, Weng D.** (1999) A single incision technique to harvest subepithelial connective tissue grafts from the palate. *Int J Perio & Rest Dent*;19 (3):279-287.
- Kennedy J, Bird W, Palcanis K, Dorfman H.** (1985) A Longitudinal evaluation of varying widths of attached gingival. *J Clin Periodontol*;12:667-675.
- Khoht A, Simon G, Person P, Denepitiya JL.** (1993) Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J Periodontol*;64:900-905
- Kirsch J, Badersten A, Egelberg J.** (1986) Longitudinal observation of unattached mobile gingival areas. *J Clin Periodontol*;13:131-134.
- Langer B, Langer L.** (1985) Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol*;56:715-720.
- Löe H, Anerud A, Boysen H.** (1992) The natural history of periodontal disease in man: Prevalence, severity, extent of gingival recession. *J Periodontol*;63:489-495.
- Löst C.** (1984) Depth of alveolar bone dehiscences in relation to gingival recessions. *J Clin Periodontol*;11:583-589.
- Moses O, Artzi Z, Sculean A, Tal H, Kozlovsky A, Romanos G, Nemcovsky C.** (2006) Comparative study of two root coverage procedures: A 24-month follow up multicenter study. *J Periodontol*;77:195-202.
- Novaes AB, Ruben MP, Kon S, Goldman HM, Novaes AB jr.** (1975) The development of the periodontal cleft. A Clinical and histopathological study. *J Periodontol*;46:701-709.
- Miller PD.** (1985) A classification of marginal tissue recession. *Int J Perio & Rest Dent*;5:9-13.
- Pennel BM, Higgison JD, Towner TD, King KO, Fritz BD, Salder JF.** (1965) Oblique rotated flap. *J Periodontol*;36:305-309.
- Pini-Prato GP, Pagliaro U, Baldi C, Nieri M, Saletta D, Cairo F, Cortellini P.** (2000) Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with tension versus flap without tension: A randomized controlled clinical study. *J Periodontol*;71:188-201.
- Raetzke PB.** (1985) Covering localized areas of root exposure employing the envelope technique. *J Periodontol*;56:397-402.
- Reiser GM, Bruno JF.** (1996) The subepithelial connective tissue graft palatal donor site: Anatomical considerations for surgeons. *Int J Perio & Rest Dent*;16:130-137.
- Sullivan HC, Atkins JH.** (1968) Free autogenous gingival grafts. III. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics*;6:152-160.
- Tarnow DP.** (1986) Semilunar coronally repositioned flap. *J Clin Periodontol*;13:182-185.
- Wennström J.** (1987) Lack of association between width of attached gingival and development of soft tissue recession. A 5-year longitudinal study. *J Clin Periodontol*;14:181-184.
- Wennström J.** (1996) Mucogingival therapy. Proceedings of the world workshop on periodontics. *Annals of Periodontology*;1:671-701.
- Zucchelli G, Amore C, Montebugnoli L, De Sanctis M.** (2003) Bilaminar techniques for the treatment of recession type defects. A comparative clinical study. *J Clin Periodontol*;30:862-870.
- Zucchelli G, Testori T, De Sanctis M.** (2006) Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recession: A new method to predetermine the line of root coverage. *J Periodontol*;77:714-721.