

Cirugía Estética gingival: un aporte a la estética dental

Periodontal Plastic Surgery: a contribution to dental esthetics

Autor

Eduardo Braun Soffer

Profesor Asistente Clínica de Periodoncia II

Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay.

Fellow del ICD.

Entregado para revisión: 7 de mayo de 2012
Aceptado para publicación: 6 de julio de 2012

Resumen

A través de un caso clínico se busca mostrar el logro de resultados estéticos utilizando técnicas quirúrgicas periodontales previo a la intervención de la operatoria dental. El conocimiento de los tejidos involucrados es fundamental para obtener óptimos resultados entre ellos el reconocimiento del Ancho Biológico.

Palabras clave: Ancho biológico, estética, colgajos periodontales, ostectomía.

Abstract

Through a case report seeks to demonstrate how aesthetic results are achieved using periodontal techniques prior to the intervention of dental surgery. Knowledge of the biology of the tissues is essential for optimal results, including the Biological Width.

Key words: Biological Width, Aesthetic, Periodontal Flaps ,Ostectomy

INTRODUCCIÓN

Las tendencias actuales hacia una odontología más conservadora hacen que con mayor frecuencia el odontólogo restaurador precise de procedimientos periodontales más o menos complejos con el objetivo de dar a los dientes naturales mayor longevidad.

Por otro lado, vivimos en una sociedad donde la estética adquiere cada vez mayor relevancia. Esto obliga a la odontología moderna a ser cada día más exigente, donde con mucha frecuencia se realizan cirugías para lograr los resultados más exitosos.

La llamada técnica de alargamiento de corona clínica (alargamiento coronario), es un procedimiento quirúrgico, incluido dentro de la cirugía periodontal a colgajo, consistente en eliminar cantidades controladas de encía y hueso para crear una corona clínica más larga y desplazar el margen gingival en sentido apical.

El término cirugía plástica periodontal incluye la corrección de deformidades gingivales o de la mucosa alveolar. Implica procedimientos destinados a modificar el tamaño y forma del reborde alveolar edéntulos, atróficos, así como todos aquellos procedimientos quirúrgicos destinados a mejorar la estética de los tejidos blandos (Wennström 1996, Miller 1992, Camargo 2000, Sato 2002, Oates 2003, Lindhe 2005).

Debemos apoyarnos en un examen clínico, fotográfico, radiografías y modelos de estudio. (Davarpanah, 1998)

ALARGAMIENTO CORONARIO

Las indicaciones para el alargamiento coronario son: fracturas dentales, caries subgingivales, erupción pasiva retardada, restauraciones con el margen gingival a menos de 3 mm de la cresta alveolar y corrección de coronas clínicas cortas con la finalidad de aumentar la retención de las restauraciones y/o estética. (Goldberg 2001, Novaes 2001, Lindhe 2005).

Los objetivos de un alargamiento coronario son: corregir deformidades o Alteraciones gingivales, nivelar puntos cenit asimétricos y como cirugía preprotésica para establecer un adecuado ancho biológico. (Jorgensen, 2001, Linhe 2005).

El ancho biológico comprende las estructuras tisulares localizadas en una posición coronal a la cresta

ósea. Está constituido por el tejido conectivo supra-crestal y el epitelio de unión (Linhe 2005) a lo que se le debe sumar el surco gingival.

El espacio biológico mide en promedio a 2.73 mm que corresponde a la suma de los tres componentes. (Gargiulo, 19961)

Hay dientes que presentan situaciones clínicas que contraindican el alargamiento coronario, por ejemplo, dientes no restaurables, cuando los dientes adyacentes se ven comprometidos funcional y

estéticamente, cuando la importancia estratégica del diente no justifica este tratamiento adicional para mantenerlo. (Jorgensen 2001).

Cuando la altura radicular sumergida en tejido óseo es igual o menor que la corona clínica contraindicamos el procedimiento de alargamiento coronario con osteotomía o por extrusión, ya que se reduciría aun más, el pobre soporte periodontal de esa pieza. En pacientes jóvenes, donde esperamos una sobrevida larga de las piezas dentales, es conveniente recurrir a recursos que no disminuyan la altura del periodonto profundo.

Las posibles técnicas a emplear para recuperar el ancho biológico son:

- ◆ cirugía de colgajo posicionado apical con remodelado óseo,
- ◆ gingivectomía y/o givivoplastia
- ◆ la extrusión ortodóntica (Pontoriero, 1987, Bräger 1992, Jorgensen 2001, Lindhe 2005)

"El término cirugía plástica periodontal incluye la corrección de deformidades gingivales o de la mucosa alveolar. Implica procedimientos destinados a modificar el tamaño y forma del reborde alveolar edéntulos, atróficos, así como todos aquellos procedimientos quirúrgicos destinados a mejorar la estética de los tejidos "

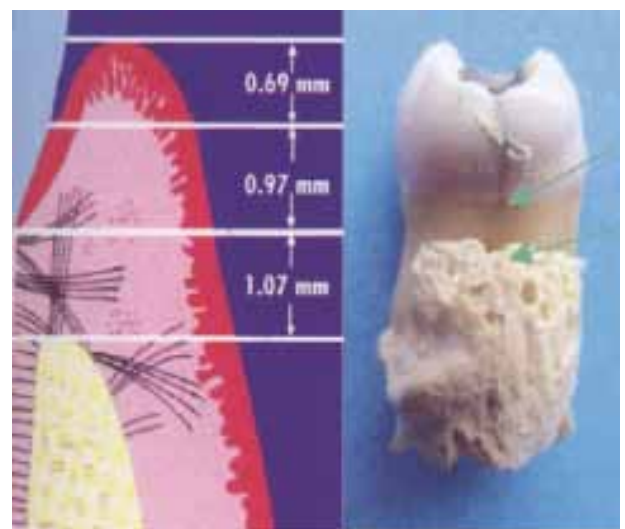


Figura 1 Espacio biológico (Fundamentos de Cirugía Periodontal del Dr.Hugo Romanelli, 2004)

Se deben considerar varios factores a la hora de hacer un alargamiento coronario.

Ellos son:

1. estudio de condiciones generales del paciente.
2. salud gingival. Paciente en etapa de Mantenimiento de la salud periodontal.
3. relación corono –raíz positiva, la cual se determina por medición periodontal y radiográficamente.
4. localización de furcaciones para prevenir su exposición en boca, lo que sería generar en esa pieza un serio problema periodontal,
5. el soporte periodontal que podrían perder los dientes adyacentes, al elevar un colgajo mucoperiostico. También se debe considerar el remodelado óseo compensador en las crestas óseas contiguas si se realizara osteotomía
6. los requerimientos restauradores posteriores,
7. las consideraciones estéticas y fonéticas,
8. la oclusión del diente,
9. que el paciente pueda remover la biopelícula microbiana correctamente en el sitio, luego de la restauración,
10. presencia de encía queratinizada suficiente. (Fombedilla 1999, Lindhe 2005)

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 27 años de edad consulta en mi consultorio particular por: "problemas Estéticos". No presenta antecedentes sistémicos a considerar, y desde el punto de vista periodontal no presenta bolsas periodontales pero sí presencia de gingivitis por acúmulo de placa microbiana y retenedores yatrógenos de placa microbiana.

Se pudo observar que presentaba una asimetría en sus márgenes gingivales tanto en el sector anterior como posterior. (Figura 2a, 2b, 2c)

Se estudió clínicamente y radiográficamente (2d), en donde se observa la longitud corono radicular y la integridad de las corticales de las crestas alveolares, y se resolvió realizar una recuperación del ancho biológico de todo el maxilar superior a los efectos de nivelar los márgenes gingivales para posteriormente poder rehabilitarlos de una manera estéticamente adecuada.



Figura 2a Vista frontal donde se observan las desarmonías dentales y gingivales



Figura 2b Vista lateral derecha.- Coronas cortas, márgenes gingivales estéticamente inadecuados



Figura 2c Vista lateral izquierda Idem



Con una hoja de bisturí n° 15 (sector anterior) y n° 12 (sector posterior) se realizaron incisiones vestibulares en todo el maxilar superior con una angulación de 15° a bisel interno hasta una posición estéticamente adecuada, se elevaron los colgajos mucoperiosticos, y se realizó osteotomía con fresa redonda de la superficie ósea vestibular, sin afectar el hueso proximal, siempre bajo irrigación salina teniendo en cuenta que entre el margen gingival y la cresta ósea debía existir una distancia de 3 mm aprox (espacio biológico) (fig 3, 4a, 4b.). Se irrigó con suero fisiológico y se comprimieron los colgajos.



Figura 3 Vista anterior del recorte gingival



Figura 2d Radiografías periapicales del maxilar superior



Figura 4 a Vista lateral derecha del recorte gingival

Es importante que los procedimientos protésico periodontales sean planeados minuciosamente para lograr un resultado óptimo incorporando salud, función, estética y estabilidad en el tiempo



Figura 4 b Vista lateral izquierda del recorte gingival

Figura 5 (sutura del colgajo a puntos separados)
Se indicó hielo por 24 horas cada 20 minutos, alimentación blanda e higiene con hisopos de gluconato de clorhexidina al 0.12% 2 veces al día en el maxilar superior y analgésicos.



Figura 5. Se suturaron los colgajos con puntos separados.

Se cementaron las coronas "In ceram", eliminando perfectamente los excedentes de cemento.(figura 8a,8b,8c)



Figura 8a.- Post-operatorio y restauración en sector antero-superior

A la semana se retiraron las suturas(figura 6)
Figura 6. (retiro de las suturas a los 7 días)



Figura 6.- Retiro de suturas a la semana



Figura 8 b. Post-operatorio y restauración es sector superior derecho

Se esperaron 45 días hasta la cicatrización definitiva de los tejidos, se realizaron los tallados correspondientes para recibir provisionales y luego jackets individualaes en "in ceram"(figura 7)

Figura 7. (Tallados supragingivales de los hombros). El tallado de los "hombros" se realizaron a la altura del margen gingival. En ningún caso subgingivalmente.



Figura 7.- Tallado de los dientes a nivel del margen gingival



Figura 8 c. Post-operatorio y restauración en sector superior izquierdo.

CONCLUSIONES

El plan de tratamiento debe ir enfocado a darle satisfacción al paciente para poder cumplir con las expectativas sus paciente. Muchas veces se requiere establecer diferentes opciones de tratamiento a la hora de rehabilitarlo de manera óptima.

Es importante que los procedimientos protésico periodontales sean planeados minuciosamente para lograr un resultado óptimo incorporando salud, función, estética y estabilidad en el tiempo.

Los objetivos del tratamiento periodontal logrados fueron:

Salud y estética periodontal

Estética dental.

FOTOGRAFÍAS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO



Figura 9. Vista frontal, pre y post tratamiento



Figura 10. Vista lateral derecha pre y postratamiento



Figura 11. Vista lateral izquierda pre y postratamiento

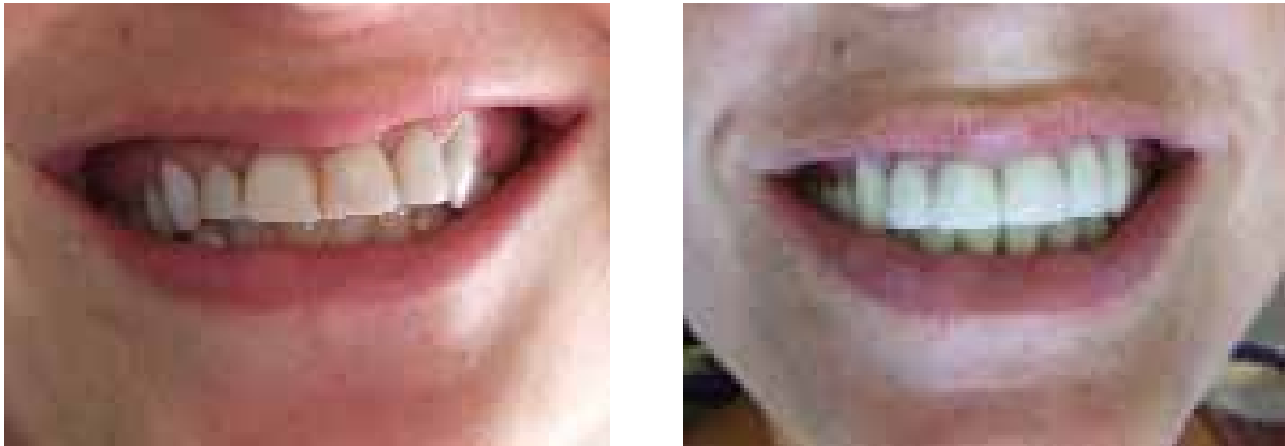


Figura 12. Sonrisa pre y postratamiento

REFERENCIAS

- Beczker W, Becker BE, Caffese R.** (1994) A comparison of demineralized freeze-dried bone and autologous bone to induce bone formation in human extraction sockets. *J Periodontol*; 65:1128-1133.
- Braggër U, Lauchenaver D, Laud NP.** (1992) Surgical lengthening of the clinical crown. *J Periodontol*; 19:58-63
- Camargo P, Melnick P, Kenney B.** (2001) The use of free gingival grafts for aesthetic purpose. *Periodontology* 2000; 27: 72-96
- Gargiulo A.** (1961) Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. *J Periodontol*; 32: 261-267.
- Goldberg P, Higginbottom F, Wilson T.** (2001) Periodontal considerations in restorative and implant therapy. *Periodontology* 2000;25: 100-109.
- Fombedilla F.** (1999) La elongación coronaria para el práctico general. Barcelona: Gutenberg SA.
- Jorgesen MG, Nowsari H.** (2001) Aesthetic Crown Lengthening. *Periodontology* 2000; 27:45-58.
- Lindhe J, Lang NP, Karring T. *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica* 5ª edición. Editorial Médica Panamericana.
- Novaes AB Junior, Novaes AB.** (2001) *Cirugía Periodontal con Finalidad Protésica*. 1ª edición. Colombia: Amolca
- Oates T, Robinson, M Gunsolley. J.** (2003) Surgical therapies for the treatment of gingival recession. A systematic review. *Ann Periodontol*;8(1):303-320
- Pontoriero R, Celenza F, Ricci G, Carnevale G.** (1987) Rapid extrusion with fiber resection. A combined orthodontic-periodontic treatment modality. *Int J Periodontics Restorative Dent*;7(5):30-43
- Romanelli JH, Adams Perez EJ.** (2004) *Fundamentos de Cirugía Periodontal*. Caracas: Amolca.
- Sato N.** (2002) *Cirugía Periodontal. Atlas Clínico*. Barcelona: Quintessence.
- Smukler H, Chaibi M.** (1997) Periodontal and dental consideration in clinical crown extension: a rational basis for treatment. *Int J Periodontics Restorative Dentistry*;17(5):464-77
- Wennstöm JL.** (1996) Mucogingival therapy. *Proceedings of the World Workshop on Periodontics*. *Ann Periodontol*;1: 671-701.

Dr. Eduardo Braun Soffer

Vázquez Ledesma 2865 / 504
ebraunsoffer@gmail.com