

Retratamiento quirúrgico de recesión única mandibular. A propósito de un caso clínico

Autores: Dra. Adriana Carbone*, Dr. Emilio Azar, Dr. Luis Urzúa
Carrera de Especialización en Periodoncia. UCA

Introducción: Las recesiones gingivales son un hallazgo clínico frecuente. La identificación de los factores predisponentes y desencadenantes que las produjeron son fundamentales para lograr un tratamiento exitoso en la corrección de estos defectos. El objetivo en su tratamiento es lograr una cobertura radicular completa, estable y duradera, estéticamente aceptable y con tejido queratinizado adecuado.

Caso clínico

Paciente mujer de 38 años con recesiones múltiples. Se trató pieza 3.2



Fig.1

- Clase II Miller
 - Angosta y profunda según Sullivan y Atkins
 - RT1 de Cairo.
- Técnica de túnel "laterally closed tunnel" de Sculean (2018)



Fig.2

Se realizó una incisión intracrevicular biselada y luego túnel mucoperióstico a ambos lados de la recesión extendiéndolo hacia las papilas interdental y más allá de la línea mucogingival. A continuación se hizo liberación muscular. Se tomó injerto con la técnica de Hurzeler y se obtuvo un injerto irregular que luego se posicionó en el lecho con sutura colchonero vertical a ambos lados de la recesión con sutura reabsorbible. Finalmente se aproximaron los márgenes del bolsillo con puntos simples en sentido apicocoronal.



Fig.3



Fig.4



Fig.5



Fig.6



Fig.7



Fig.8

Post 6 días. Se perdieron 2 puntos de sutura (fig.8)
A los 120 días se logró 30% de cubrimiento (fig.8)



Fig.9

Se realizó un segundo abordaje quirúrgico con técnica de CAF. Se realizaron incisiones horizontales de 3 mm en mesial y distal igual a la profundidad de la recesión más 1 mm. Luego se realizaron incisiones verticales ligeramente divergentes a cada lado sobrepasando la línea mucogingival. Posteriormente se elevó un colgajo parcial, total, parcial y se hizo liberación profunda y superficial. A continuación se trató la superficie radicular. Luego se desepitelizaron las papilas quirúrgicas. Se decidió tomar un injerto gingival libre de paladar y se desepitelizó fuera de boca para luego suturarlo al lecho con puntos simples. Finalmente se reposicionaron las papilas con puntos suspensorios y se suturaron las incisiones verticales con puntos simples en sentido apicocoronal.



Fig.10



Fig.11



Fig.12



Fig.13



Fig.14



Pre



Post 6 meses

Fig. 15

Conclusión

La técnica de Sculean pareció la más adecuada para tratar el tipo de recesión que presentaba la paciente: estrecha y profunda y sin tejido queratinizado apical. El injerto obtenido fue irregular y se colocó hacia apical del límite amelocementario, lo que hizo que se generara mucha tensión al cerrar el colgajo y se perdieran puntos de sutura durante la cicatrización inicial. Si bien se logró sólo un 30% de cobertura con la primera cirugía, se aumentó el volumen de tejido queratinizado permitiendo una segunda cirugía de avance coronal interponiendo un injerto de regularidad y espesor adecuados y así logrando un cubrimiento del 100%.

Referencias

Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodont Rest Dent* 1985;5:9-13. Sullivan HC, Atkins JH. Free Autogenous Gingival Graft. III. Utilization of Grafts in the Treatment of Gingival Recession. *Periodontics* 1968 Aug;6(3):152-160. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol*. 2011 Jul;38(7):661-6. Sculean A, Allen EP. (2018) The laterally closed tunnel for the treatment of deep isolated mandibular recessions: Surgical technique and a report of 24 cases. *The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* 38, 479-487. De Sanctis M, Zucchelli G. Coronally Advanced Flap: A modified surgical approach for isolated recession-type defects. Three-year results. *J Clin Periodontol* 2007;34:262-268