

Ficha Clínica

TRATAMIENTO DE LAS RECESIONES GINGIVALES

Colgajo trapecoidal de avance coronal (CAF) con injerto de matriz de colágena de origen equino.



Caso del Dr. Giacomo Tarquini
Profesional independiente en Roma, Italia
g_tarquini@libero.it

Por recesión gingival se entiende el proceso de migración del tejido periodontal en sentido apical respecto a la unión amelo-cementicia con la consiguiente exposición de la superficie radicular de los dientes.

Esta condición determina tanto un compromiso estético, con aparente alargamiento de la corona debido al descubrimiento de la raíz del diente, como el surgimiento de malestares como hipersensibilidad dental, caries y acumulación de placa.

El colgajo de avance coronal (CAF) se encuentra entre las técnicas quirúrgicas más predecibles en el tratamiento de las recesiones. Prevé despegar el margen gingival y su desplazamiento en dirección coronal para recubrir las superficies radiculares expuestas. Cuando por encima del defecto no hay tejido queratinizado suficientemente representado en amplitud y espesor, la técnica CAF se realiza posicionando debajo del colgajo gingival un injerto de tejido conectivo subcutáneo extraído del paladar del paciente¹

¹ Langer, B. & Langer, L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J. Periodontol.* 56, 715-720 (1985).

Materiales

En el caso descrito se ha utilizado la matriz de colágeno de origen equino Xenomatrix (BCG-XC50, Bioteck).

Se trata de un scaffold tridimensional de dimensiones 15 x 30 x 4 mm adecuado para intervenciones de regeneración de los tejidos blandos. Una vez injertado funciona en efecto como matriz biocompatible capaz de ser poblada por las

células conectivas del paciente.

Se presenta como un patch de aspecto esponjoso y de densidad homogénea en los dos lados. Se recomienda su uso en seco, sin hidratación con solución salina. En contacto con la sangre, manifiesta propiedades adhesivas que facilitan el posicionamiento y la estabilización.



Fig. 1 – El elemento 1.3 comprometido por una recesión gingival asociada a una lesión cervical no cariosa.



Fig. 2 – Aislamiento del campo con dique de goma.



Fig. 3 – El elemento 1.3 después de la restauración conservadora de la porción coronal de la lesión.



Fig. 4 – Incisión del colgajo trapecoidal.



Fig. 5 – Un pasaje del despegue del colgajo con espesor diferenciado (técnica "split-full-split").



Fig. 6 – Al elevar el colgajo se evidencia la presencia de un exostosis.

TRATAMIENTO DE LAS RECESIONES GINGIVALES

Colgajo trapezoidal de avance coronal (CAF) con injerto de matriz de colágena de origen equino.

Cirugía

El caso describe el tratamiento de un paciente con recesión gingival individual de clase I a cargo del elemento 1.3 asociada a erosión cervical no cariosa. El tratamiento ha previsto una restauración conservadora de la porción cervical de la lesión y la ejecución de un colgajo de avance coronal con injerto de matriz heteróloga.

La pérdida de sustancia a nivel de la corona del elemento comprometido ha sido corregida utilizando una resina compuesta fotopolimerizante. Luego, ha sido cortado y levantado un colgajo trapezoidal de espesor diferenciado "split-full-split".² La operación ha evidenciado la presencia de una exostosis que habría podido interferir con la perfecta fijación y el correcto posicionamiento del colgajo. Por lo tanto, se ha procedido a extraerla quirúrgicamente mediante instrumento piezoeléctrico.

Cubriendo la porción radicular expuesta se ha injertado la matriz de colágeno Xenomatrix. Esto

ha permitido evitar la extracción de conectivo subcutáneo del paladar del paciente y limitar su malestar post-operatorio. La superficie radicular ha sido sometida a desbridamiento mediante instrumentos mecánicos. La matriz de colágeno se ha recortado, se ha ubicado sobre el defecto y se ha fijado mediante suturas colchonero con un monofilamento no reabsorbible. Después de haber comprobado la buena pasividad del colgajo, éste ha sido desplazado coronalmente asegurando un posicionamiento de por lo menos 1 mm más allá de la unión amelo-cementicia y luego se ha fijado lateralmente con un monofilamento no reabsorbible. El seguimiento clínico muestra el mantenimiento del margen gingival después de 18 meses desde la fecha de la intervención.

²Zucchinelli G, et al. Bilaminar techniques for the treatment of recession-type defects. A comparative clinical study. J. Clin. Periodontol. 30, 862-870 (2003).



Fig. 7 - Eliminación de la exostosis con instrumento piezoeléctrico; el espesor reducido del instrumento permite osteotomías rápidas y precisas limitando la pérdida de tejido óseo.



Fig. 8 - La exostosis removida.



Fig. 9 - La matriz de colágeno Xenomatrix posicionada sobre la superficie radicular y fijada lateralmente con puntos de colchonero.



Fig. 10 - Avance coronal del colgajo más allá de la unión amelo-cementicia. Los extremos de la sutura se encuentran en el exterior del colgajo para permitir su eliminación.



Fig. 11 - Sutura del colgajo con suturas no reabsorbibles.



Fig. 12 - Seguimiento a los 18 meses. Se evidencia el mantenimiento de la cubierta radicular completa y el espesamiento de la banda de tejido queratinizado.