
(adsbygoogle = window.adsbygoogle || []).push({});

- [Inicio](#)
- [Publicaciones](#)
 - [Años 2011 - 2017](#)
 - [Año 2017](#)
 - [Año 2016](#)
 - [Año 2015](#)
 - [Año 2014](#)
 - [Año 2013](#)
 - [Año 2012](#)
 - [Año 2011](#)
 - [Años 2001 - 2010](#)
 - [Año 2010](#)
 - [Año 2009](#)
 - [Año 2008](#)
 - [Año 2007](#)
 - [Año 2006](#)
 - [Año 2005](#)
 - [Año 2004](#)
 - [Año 2003](#)
 - [Año 2002](#)
 - [Año 2001](#)
- [Normas de publicación](#)
- [Arbitraje](#)
- [Nosotros](#)
- [Contacto](#)

[Inicio](#) [Publicaciones](#) [Año 2017](#)

Caso clínico

Reparación de defecto Gingival anteroinferior y frenillo aberrante en paciente con inicio de tratamiento de ortodoncia. Presentación de un caso

Luisa Teresa Juárez Valdivia¹; Luis Antonio Meléndez Fernández²; Karime Melquen³

Resumen

Una cantidad inadecuada de encía adherida dificulta y compromete el éxito del tratamiento ortodóncico, ante la presencia de futuras recesiones, así como la presencia de un frenillo que dificulta los movimientos ortodóncicos. Para el éxito en el tratamiento de la cobertura radicular, existen diversos procedimientos periodontales y técnicas quirúrgicas destinadas a cubrir superficies radiculares expuestas como: injerto gingival libre (o autoinjerto epitelizado) y el injerto de tejido conectivo subepitelial (ITCSE). Ambos procedimientos tienen sus ventajas y desventajas. El presente artículo muestra el resultado de un paciente que fue sometido a un injerto gingival libre profiláctico al momento de iniciar su tratamiento de ortodoncia, ya que presentaba un frenillo aberrante asociado a la cantidad insuficiente de encía insertada a nivel del órgano dentario 41 con una recesión gingival clase II de Miller.

Palabras clave: Injerto gingival. Recesión gingival. Frenillo aberrante. Ortodoncia. Periodoncia.

Case Report

Abstract

An inadequate amount of attached gingiva difficult and compromises the success of orthodontic treatment, in the presence of future recessions, as well as the presence of labial frenum to difficult the orthodontic movements. For successful treatment of root coverage, there are various periodontal procedures and surgical techniques to cover exposed root surfaces as free gingival graft and subepithelial connective tissue (ITCSE). Both methods have their advantages and disadvantages. This article shows the result of a patient who underwent free gingival graft when starting the orthodontic treatment, as it presented an aberrant frenum associated with insufficient attached gingiva level dental organ 41 with a recession gingival of Miller class II.

Key words: Gingival graft. Gingival recession. Aberrant frenum. Orthodontist. Periodontist.

1. Autor. Residente de la Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial en el Instituto Mexicano de Ortodoncia, León Gto. (IMO)

2. Autor. Residente de la Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial en el Instituto Mexicano de Ortodoncia, León Gto. (IMO)

3. Tutora. Especialista en Periodoncia e Implantología bucal. Docente del Instituto mexicano de

INTRODUCCIÓN

Los defectos en el área vestibular gingival de los incisivos inferiores a nivel de centrales, algunas veces unilateral y otras bilaterales, comprometen el tratamiento de ortodoncia. Muchos de estos defectos están asociados con una inserción alta del frenillo labial. La presencia de materia alba, cálculo y mala técnica de cepillado causan irritación en esta zona, ocasionando inflamación y sangrado. Este estado es una causa supuesta de la presencia de recesión gingival en la zona asociada al defecto. ¹

La etiología de la recesión gingival es multifactorial y se puede definir como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión esmalte-cemento. ²

Una cantidad inadecuada de encía adherida dificulta y compromete el éxito del tratamiento ortodóncico, ante la presencia de futuras recesiones, así como la presencia de un frenillo que dificulta los movimientos ortodóncicos.

Los objetivos de la terapia mucogingival son:

- Estética aceptada por el paciente.
- Aumento de altura y grosor de la dimensión gingival.
- Reducción de la exposición radicular.
- Reducción de profundidad de sondaje.
- Ganancia de inserción.
- Mejorar el contorno de la cresta.
- Eliminación de frenillos aberrantes.
- Conservación de procesos y crestas alveolares posextracción.
- Aumento de corona anatómica y clínica.
- Conservación y mejoría de la papila. ³

En un estudio, realizado por Soehren y Seibert ⁴, se seleccionaron a pacientes que tuvieran una inadecuada cantidad de encía adherida y uno o más de los siguientes factores que predisponen a una mayor pérdida de encía insertada a largo plazo:

1. Una escasa zona de encía insertada, en el que la encía restante era el tejido marginal y no insertado.
2. Biotipos periodontales muy finos y con raíces dentales prominentes.
3. Casos en los cuales los patrones de recesión de la encía son el resultado de trauma de cepillado dental.

Indicaciones de la terapia mucogingival:

- Cuando el movimiento dental se produzca en la erupción del diente natural o por ortodoncia se produzca una dehiscencia.

-
- Para retener la recesión marginal.
 - Para mejorar la formología de la encía.
 - Facilitar la higiene dental.
 - Aumento de dimensión de la encía.
 - Cuando los conectores mayores o menores infringen la mucosa marginal.³

Para el éxito en el tratamiento de la cobertura radicular, existen diversos procedimientos periodontales y técnicas quirúrgicas destinadas a cubrir superficies radiculares expuestas como: injerto gingival libre y el injerto de tejido conectivo subepitelial (ITCSE). Ambos procedimientos tienen sus ventajas y desventajas.

El ITCSE, fue introducido como una alternativa terapéutica mucogingival, aumentando así la predictibilidad para cubrir grandes recesiones gingivales localizadas, debido a que esta técnica está diseñada para maximizar el suministro sanguíneo al injerto, por un lado el periostio y por otro el colgajo que cubre el injerto.⁵

El postoperatorio, bajo la técnica de injerto gingival libre, es más incómodo que el ITCSE, ya que el ITCSE permite una cicatrización por primera intención en la región donante y el resultado es más estético debido a una mayor uniformidad en cuanto al color con relación a los tejidos adyacentes al área receptora.⁶

Sin embargo, el injerto gingival libre permite una cicatrización por segunda intención en la región donante.

La regeneración tisular guiada es otra técnica alterna que se pudiera utilizar para la corrección de estos defectos.

El presente artículo muestra el resultado de un paciente que fue sometido a un injerto gingival libre al momento de iniciar su tratamiento de ortodoncia, ya que presentaba un frenillo aberrante asociado a la cantidad insuficiente de encía insertada a nivel del órgano dentario 41 con una recesión gingival clase II de Miller.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 18 años de edad residente de la ciudad de León Guanajuato. En antecedentes heredofamiliares presenta padre y madre hipertensos controlados. Su estado nutricional es bueno, sin datos de toxicomanías, alcoholismo y tabaquismo. En los antecedentes personales patológicos refiere el diagnóstico de espasticidad muscular y paraplejía al nacer de 7 meses. Refiere haber sido operada 6 veces para alargamiento de tendones para resolver el problema de espasticidad. La paciente refiere cicatrización queloide. Acude al Instituto Mexicano de Ortodoncia con el motivo de consulta “tengo muy salidos mis dientes”.

Al examen intraoral se observó ortodóncicamente, una mordida abierta anterior esquelética y dental creada por un hábito lingual, apiñamiento anteroinferior, rotaciones, proinclinación anterosuperior, clase I molar y clase I canina bilateral. Clase II esquelética de Ricketts.

Periodontalmente, se observa presencia de cálculo localizado en la zona anteroinferior, placa dentobacteriana generalizada, presencia de frenillo patológico y una recesión gingival a nivel vestibular del órgano dentario 41 (FIGURA 1). Se instruye a la paciente con técnica de control de placa y raspado y alisado radicular.

Se midió la recesión desde la unión amelocementaria hasta el margen gingival, dando 3 mm de longitud y 1 mm de fondo del surco. A lo ancho se registró una medida de 3 mm. La clasificación de la recesión fue clase II de Miller. 7 (FIGURA 2)

Figura 2a. Medidas de la recesión Figura 2b. Medidas de la recesión

Procedimiento quirúrgico

Se decide realizar un autoinjerto epitelizado profiláctico en conjunto con la frenilectomía antes de iniciar los movimientos ortodóncicos, ya que el grosor de encía insertada era muy delgado, además de presentar la recesión gingival, para así trabajar en una encía insertada segura y sin riesgos de aumentar la recesión.

1. PREPARACIÓN DEL LECHO RECEPTOR:

- a. Se anestesia el sitio con articaína al 2% con la técnica infiltrativa en el sitio del defecto y en el sitio donante (zona palatina izquierda tomando en cuenta zonas anatómicas de importancia)
- b. Se realizó un colgajo de espesor parcial que se extiende en sentido mesio- distal, un diente más a cada lado a la zona a tratar, y en sentido apical, aproximadamente un mínimo de 5 mm. Antes de realizar la incisión, se tracciona el labio para poder diseccionar las fibras de tejido conectivo y separarlas del periostio subyacente hasta el nivel deseado. (FIGURA 3)

2. OBTENCIÓN DEL TEJIDO DONANTE

- a. Se midió la altura y anchura del lecho receptor y se trasladaron las mediciones a la zona donante por medio de un patrón. (FIGURA 4)
- b. Se trazan los límites periféricos con hoja de bisturí del tejido donante, y se disecciona en sentido apicocoronal y anteroposterior, consiguiendo un tejido de grosor uniforme
- c. Después de inspeccionar los bordes del injerto se ubica rápidamente sobre el lecho receptor y se suturó para su fijación con Ac. Poliláctico 5-0. (FIGURA 5)

Posterior, se colocó un apósito en la zona de paladar duro. Se dieron las indicaciones postoperatorias, antiinflamatorio y enjuagues de clorhexidina al 2%, se dio cita de revisión a los 8, 15 y 21 días.

Figura 3. Disección de las fibras de tejido Figura 4. Injerto de tejido conectivo Figura 5. Injerto en sitio receptor

A los 8 días se observó que el injerto empezaba a tener su propia irrigación, con nuevos vasos sanguíneos, como se muestra en la FIGURA 6. A los 15 días, se observa un adecuado progreso del área del injerto con un color rosa en el injerto (FIGURA 7). A los 21 días, después de la cirugía, se retiraron los puntos de sutura restantes, observándose una buena cicatrización con adecuada calidad de tejidos formados. FIGURA 8

Figura 6. Progreso a los 8 días Figura 7. Progreso a los 15 días Figura 8. Progreso a los 21 días

Es importante aclarar que el objetivo de la cirugía no fue cobertura radicular, sin embargo, se consiguió un nivel de cobertura adecuada. Al mes, observamos una zona totalmente epitelizada con una adecuada cantidad de encía insertada para poder reanudar los movimientos ortodóncicos.

Figura 9. Resultado final

DISCUSIÓN

Los efectos que trae el tratamiento ortodóntico al periodonto son de vital importancia, por lo tanto, se debe de realizar una rigurosa exploración clínica antes de iniciar con la terapia ortodóntica.

Harold et al., menciona que para este tipo de procedimientos es vital el suministro de sangre. Al finalizar la cirugía, se puede apreciar como si el injerto no tuviera la vascularidad necesaria, sin embargo, a los ocho días observamos la creación de nuevos vasos en el injerto.

Al tomar el injerto de paladar duro, se tuvo la precaución de manipularlo con cautela; razón importante ante el aporte de Soehren et al., donde mencionan que los lechos receptores pueden ser preparados para dejar pequeñas cantidades de tejido conectivo para así proporcionar vascularidad y nutrición al injerto.

De acuerdo a la clasificación de las recesiones gingivales de Miller, en 1985, independientemente de la técnica utilizada, en las clases I y II se puede lograr el cubrimiento radicular completo, pero sólo se puede esperar un cubrimiento parcial en la clase III; en cuanto a los defectos en la clase IV no es posible hacer recubrimiento radicular. Dentro de los resultados de nuestro caso clínico se logró una cobertura radicular significativa de la zona, aunque esta no se esperaba; al igual que el estudio de Wennestrom et al., donde el objetivo del injerto utilizado era la de evitar el avance de la recesión y no de la cobertura radicular.

CONCLUSIÓN

El injerto gingival libre nos ofrece un adecuado aumento de encía queratinizada con un adecuado aporte sanguíneo. Las zonas donantes del paladar, nos dan la seguridad de conseguir mayor cantidad de tejidos donante en caso de que el defecto presente sea de una dimensión mayor.

En un futuro se podrá realizar la cobertura total de la recesión con mucho éxito por medio de desplazamiento del colgajo, gracias a la gran cantidad de encía insertada que se obtuvo.

Los movimientos ortodónticos se podrán realizar con la seguridad de estar realizándolos en un periodonto saludable, sin riesgos de recesiones gingivales.

Referencias bibliográficas

1. Grupe H., Warren R. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. The Journal of Periodontology. April 1956, Vol. 27, No. 2, Pages 92-95
2. Vasconcelos G., Kristian K., Hans P., Björk F., Vaska V. Prevalence and severity of vestibular recession in mandibular incisors after orthodontic treatment: A retrospective study. Angle orthodontist. 2012. Vol 82 (1).
3. Consensus report: mucogingival therapy. Ann Periodontol. 1996 Nov;1(1):702-6.
4. Soehren S., Allen A., Cutright D., Seibert J. Clinical and Histologic Studies of Donor Tissues Utilized Free Grafts of Masticatory Mucosa. J Periodontol. 1973 Dec;44(12):727-41.
5. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue grafttechnique for root coverage. J Clin

Periodontol 1985 Dec; 56:715-20.

6. Wennstrom JL, Zucchelli G. Increased gingival dimensions A significant factor for successful outcome of root coverage? A 2-year prospective clinical study. J Clin Periodontol 1996 Aug;23:770-7.
7. Miller PD Jr. A clasification of marginal tissue recession. Int J Periodontics Restorative Dent. 1985 Feb;5: 8-13.

[Inicio Publicaciones Año 2017](#)

(adsbygoogle = window.adsbygoogle || []).push({});

(adsbygoogle = window.adsbygoogle || []).push({});

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría

Depósito Legal Nº: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5

Calle El Recreo Edif. Farallón, piso 9 Ofic. 191, Sabana Grande, Caracas, Venezuela

Teléfonos: (+58-212) 762.3892 - 763.3028

E-mail: publicacion@ortodoncia.ws

Desarrollado por

```
(function(i,s,o,g,r,a,m){i['GoogleAnalyticsObject']=r;i[r]=i[r]||function(){
(i[r].q=i[r].q||[]).push(arguments)},i[r].l=1*new Date();a=s.createElement(o),
m=s.getElementsByTagName(o)[0];a.async=1;a.src=g;m.parentNode.insertBefore(a,m)
})(window,document,'script','/js/analytics.js','ga'); ga('create', 'UA-2926531-15', 'auto'); ga('send',
'pageview');
```