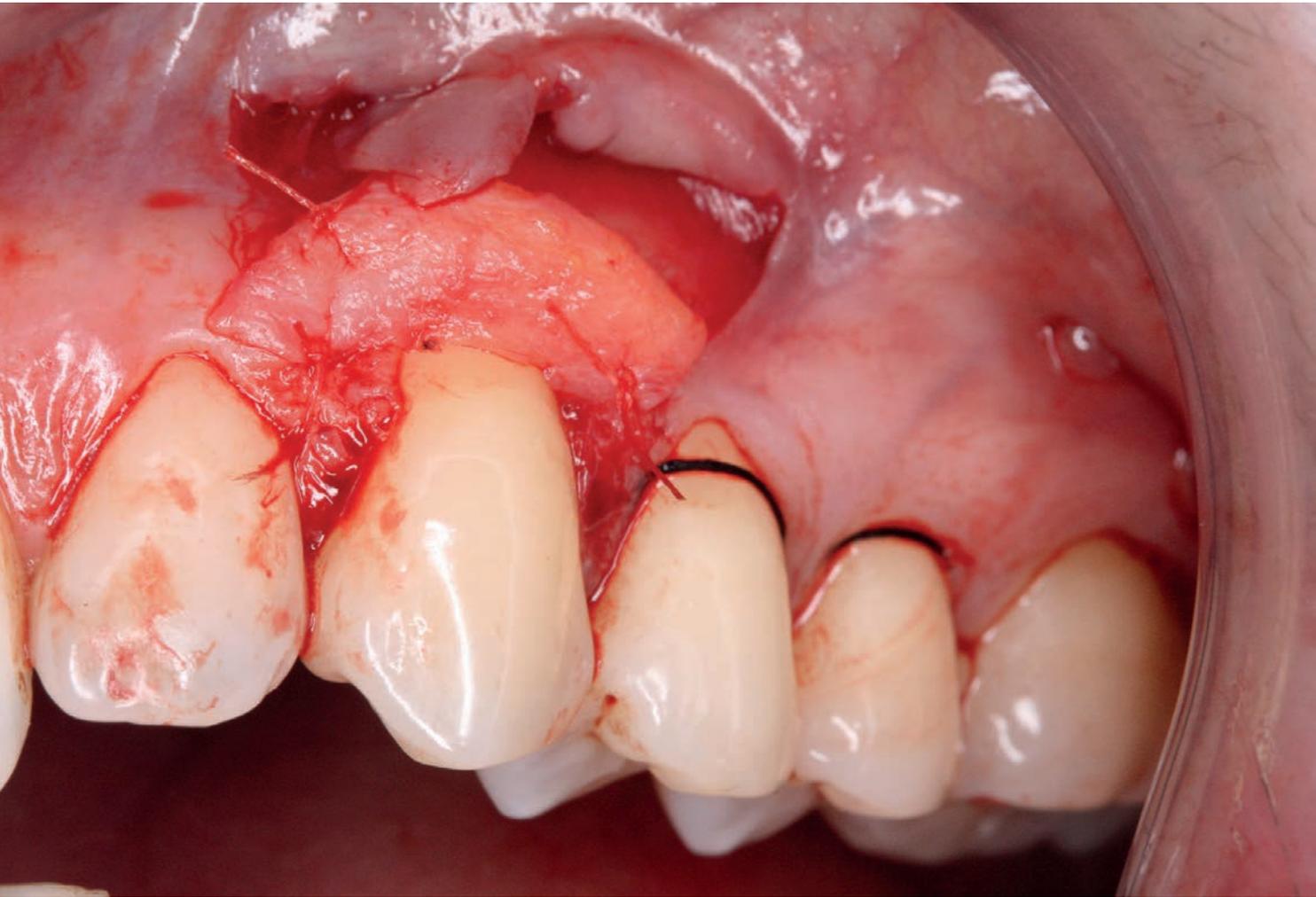


Injerto de recubrimiento radicular.
Cuándo realizarlo y claves para el éxito



Cuadernos de periodoncia y osteointegración



Dra. Gloria Calsina Gomis

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona
y especialista en Estomatología por la Universidad de Barcelona.

Certificado en Periodoncia por Universidad del Sur de California,
Los Angeles (EEUU).

Dr. Eduardo Vichino Samper

Licenciado en Odontología por la Universidad de Barcelona.
Residencia de Periodoncia en el Hospital General de Cataluña.

Barcelona.

Dra. Gloria Calsina Gomis

Antes de realizar un injerto, debemos conseguir un correcto diagnóstico preoperatorio del tipo de recesión radicular que tenemos, para predecir su posible recubrimiento radicular total o parcial (clasificación de Miller,

1985 –ver tabla 1–) con resultados estéticos y valorar las condiciones generales del paciente. Asimismo, se han de averiguar las causas que han producido la recesión para controlarlas.

Tabla 1
Clasificación
de Miller

- Clase I: Inserción interproximal conservada. La recesión no sobrepasa la línea mucogingival. Cubrimiento del 100% posible.
- Clase II: Inserción interproximal conservada. La recesión sobrepasa la línea mucogingival. Cubrimiento del 100% posible.
- Clase III: Inserción interproximal no conservada. La recesión sobrepasa o no la línea mucogingival. Cubrimiento posible, pero no del 100%.
- Clase IV: Inserción interproximal no conservada y a la misma altura de la recesión. No es posible el cubrimiento.

Recubrimiento radicular

Este procedimiento se lleva a cabo cuando nos enfrentamos a las siguientes situaciones: demanda estética, hipersensibilidad radicular y abrasiones cervicales.

Existen diferentes técnicas de cubrimiento radicular de las recesiones:

- Injerto libre epitelizado.
- Colgajo desplazado.
- Técnica bilaminar (injerto conectivo + colgajo desplazado). Existen variaciones de esta técnica según el tipo de desplazamiento del colgajo que recubra el injerto conectivo, en función de si es de espesor parcial o total y de las diferentes maneras de obtener el injerto de la fibromucosa palatina.
- Técnicas quirúrgicas basadas en regeneración tisular guiada (RTG) con membranas.
- Injerto dérmico acelular.

Técnica bilaminar: explicación de la técnica paso a paso

En todo injerto hay una zona dadora y una receptora. Así, primero se prepara la zona receptora y, una vez lista, se

obtiene el injerto de la zona dadora, teniendo en cuenta las características de la primera.

Zona receptora

Pasos para la preparación del lecho receptor:

1. Incisiones en la zona receptora. Antes de llevarlas a cabo, (fig. 1) se ha de valorar el tamaño de la recesión, la convexidad de la raíz, la dimensión de las papilas, el área de tejido queratinizado adyacente, el tipo de periodonto, la línea mucogingival, la profundidad del vestíbulo y el número de superficies dentales que se han de recubrir. Con todo ello, se decide el diseño de la incisión.
 - a) Se realizan dos incisiones horizontales en las papilas a ambos lados de la recesión que se ha de cubrir (preservar las encías de los dientes vecinos).
 - b) Posteriormente, se realizan dos incisiones verticales liberadoras, que salen de ambos lados de las incisiones horizontales, y que deben ser paralelas o divergentes entre sí e ir más allá de la línea mucogingival (fig. 2).
 - c) Finalmente, se realiza una incisión intrasulcular conectando con las incisiones horizontales.



Figura 1.



Figura 2.

Mediante un bisturí, se eleva un colgajo de espesor parcial (el periostio queda en el hueso) entre las incisiones y que vaya más allá de la línea mucogingival, liberando inserciones musculares que darán movilidad al colgajo (fig. 3). Si el periodonto vestibular es fino, podemos optar por realizar un colgajo a espesor total para ganar más grosor en la zona a cubrir. La parte apical del colgajo sería nuevamente a espesor parcial, para poder movilizar coronalmente el mismo. Se ha de conseguir un desplazamiento coronal del colgajo que permita tapar completamente el injerto sin tensión (fig. 4).

2. Se elimina el epitelio de las papilas que han quedado intactas mediante bisturí o fresa diamante.
3. Se lleva a cabo el tratamiento mecánico de la superficie radicular mediante el raspado y el alisado radicular, o a través de fresas de diamante para pulir la superficie radicular (fig. 5).
4. Se coloca el tejido conectivo en el lecho receptor y se fija mediante puntos de sutura monofilamento reabsorbibles de 5 o 6 ceros (fig. 6).
5. Sutura no reabsorbible de 5 o 6 ceros para inmovilizar los tejidos de una manera pasiva, sin tensión (fig. 7).
 - a) Técnica de sutura (adaptación del injerto al lecho receptor). Cuando se realiza un colgajo mucoperiostico con incisiones verticales liberadoras, primero hay

que realizar una sutura suspensoria alrededor del diente, en la zona más coronal, y luego suturar las incisiones liberadoras en la zona lateral mediante puntos simples. Todas las suturas y el colgajo deben estar sin tensión.

- b) Material de sutura: Suturas reabsorbibles y no reabsorbibles, con monofilamentos de pequeño diámetro, de 5 o 6 ceros.
 - c) Eliminación de las suturas en un plazo de entre 10 y 14 días (fig. 8).
6. Colocación de un apósito periodontal optativo, tanto en la zona dadora como en la receptora.
 7. Instrucciones posoperatorias:
 - a) Aplicación de frío local durante 15 minutos. Se trata de un paso que se puede repetir a lo largo de unas horas después de la intervención.
 - b) Medicación: analgésica y antiinflamatoria.
 - c) Alimentación: evitar alimentos calientes (durante 24-48 horas) y duros (una semana).
 - d) Evitar el cepillado en las 2-3 primeras semanas posquirúrgicas. A cambio, recurrir a un gel o un spray de clorhexidina.
 - e) A partir de las 2-3 primeras semanas, utilizar un cepillo ultrasuave un par de semanas y luego un cepillo suave una semana más. Tras este tiempo, se usará finalmente el cepillo habitual.
 - f) No fumar y no realizar movimientos en la zona.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.

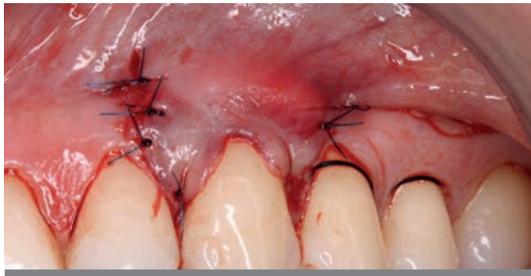


Figura 7.



Figura 8.

Zona dadora

Pasos que debemos seguir:

1. Medir el tamaño del lecho receptor con una sonda milimetrada o una plantilla, para marcarlo en la zona dadora del paladar.
2. Hay que tener en cuenta unas consideraciones anatómicas de la zona dadora, como son el grosor de la fibromucosa palatina y la altura de la bóveda palatina (en bóvedas planas hay riesgo de seccionar la arteria palatina).
3. El injerto de tejido conectivo se obtiene de la fibromucosa palatina (zona del 13 al 16 y con un espesor mínimo de 4 mm –se mide sondando y anestesiado–) y, en ocasiones, de la zona de tuberosidad. El espesor del injerto suele ser de entre 1 y 1,5 mm y el del colgajo del paladar, como mínimo, de 1,5 mm (para evitar su necrosis). Hay que tener cuidado con el paquete vasculonervioso palatino.

Técnicas para la obtención del tejido conectivo del paladar:

- a) La técnica de la ventana. Consiste en una incisión horizontal (a 2-2,5 mm como mínimo del margen gingival) y dos incisiones verticales liberadoras, más cortas que la horizontal, y a ambos lados de la misma (fig. 9).
- b) La técnica de la L invertida. Se realiza una incisión horizontal y en la parte más anterior, de la que sale una incisión vertical perpendicular a ésta.



Figura 9.

- c) La técnica de ángulo recto y no viselada. Se realiza una sola incisión horizontal (la explicamos a continuación).
- d) Técnica consistente en el marcado del tamaño del injerto con el bisturí. Con la fresa de diamante de grano grueso se elimina el epitelio y, posteriormente, se saca el injerto conectivo. Se necesita menos grosor de paladar, pero deja una herida en el mismo que tarda en cicatrizar y es molesta para el paciente.

Incisiones en ángulo recto y no biseladas

Se trata de una técnica con una sola incisión horizontal, hasta el hueso, paralela a los dientes y alejada del margen gingival unos 2 mm. Su longitud estará en función de la recepción a cubrir (fig. 10).

Con el bisturí paralelo al eje largo del diente, se va diseccionando hasta visualizar el tejido conectivo. El tejido donante se obtiene mediante bisturí y pinzas (fig. 11).

Se extrae el tejido conectivo del grosor uniforme deseado, bien despegando con periosteótomo hasta el hueso o bien con el bisturí, sin llegar a la zona ósea (fig. 12).



Figura 10.

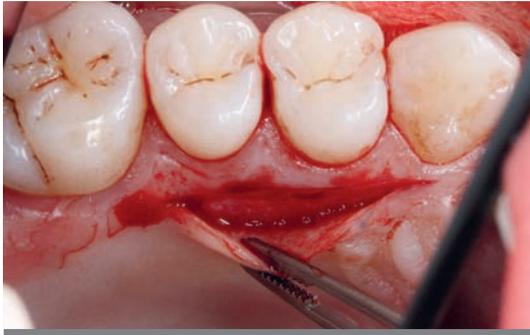


Figura 11.



Figura 12.



Figura 13.



Figura 14.

Finalmente, se realiza la sutura de la ventana. Se coloca la esponja hemostática en el paladar con sutura en aspa. Se consigue el cierre primario de la herida palatina (fig. 13) y una semana después, se extraen los puntos del paladar.

Esta técnica se realiza cuando queremos conseguir cubrimiento radicular con un color parecido a la encía vecina o cuando exista un vestíbulo y paladar suficientemente profundos.

Las ventajas de esta técnica serían:

- Resultado predecible y estético.
- Zona dadora: cicatriza por primera intención, por lo que es una técnica poco molesta para el paciente.
- Zona receptora: el injerto recibe doble vascularización (por el periostio de la zona receptora y por el colgajo pediculado que lo cubre).

Las claves para el éxito de esta técnica son:

- Vestíbulo y paladar suficientemente profundos
- La fibromucosa del paladar ha de tener un espesor mínimo de 4 mm.
- El colgajo desplazado coronalmente debe estar sin tensión.

- Evitar fumar durante el periodo de cicatrización.
- La zona receptora, tras la colocación del injerto, debe permanecer quieta y sin movimientos. Evitar alimentos duros y golpes en la zona del injerto (evitar determinados alimentos, deportes e instrumentos musicales).

Mantenimiento a lo largo del tiempo

- Control de las causas que hayan producido la recesión, para evitar que pueda reaparecer (cepillado, trauma...)
- Mantenimiento periodontal para evaluar los hábitos de cepillado en el tiempo y eliminar la nueva aparición de placa y cálculo, si fuese necesario.
- Disminuir o suprimir el hábito tabáquico que puede influenciar negativamente la estabilidad del injerto.

Por lo general, el tejido gingival ganado y el cubrimiento radicular obtenido con esta técnica quirúrgica son estables en el tiempo. Como hemos referido, un inadecuado hábito de cepillado, la acumulación de placa bacteriana o el hábito tabáquico son los principales factores negativos a largo plazo. ■