



Aumento del reborde alveolar por medio de injertos autólogos de tejido blando en la zona antero-superior. Caso clínico

Alveolar ridge increase with soft tissue autologous grafts in the anterior-superior area. Clinical case

Alán Sepúlveda Rodríguez,* Lizbeth Díaz Alfaro,[§] Armando César López Llamas,*
Karla Adriana Gaspar Ovalle*

RESUMEN

La pérdida del soporte óseo ocasionado por enfermedad periodontal es un factor que no sólo agudiza los problemas de movilidad dental, nos puede ocasionar que la extracción sea parte del tratamiento. Aunado a esto, la presencia de enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus incrementa significativamente la modalidad de los defectos óseos, provocando con esto, que el soporte y sus características carezcan de una funcionalidad y estética favorable para su rehabilitación protésica. Presentamos el reporte de un caso de un paciente masculino de 50 años de edad, en el cual se observó que en el incisivo central superior izquierdo presentaba recesión clase III de Miller y movilidad grado III, por lo que se indicó la extracción. Posteriormente, el tratamiento consistió en colocar tres injertos autólogos siendo dos injertos de tejido conectivo y uno gingival libre. Finalmente, meses posteriores a la recuperación del último injerto, se procedió a una gingivoplastia de dicha zona, brindándole así, la recuperación de la función y mejorando la estética.

Palabras clave: Cirugía plástica periodontal, injerto tejido conectivo, estética periodontal, aumento del reborde alveolar.

Key words: Periodontal plastic surgery, connective tissue graft, periodontal aesthetics, alveolar ridge increase.

ABSTRACT

Loss of supporting bone structure caused by periodontal disease is a factor that not only exacerbates problems related to tooth mobility it can lead to include tooth extraction as part of the treatment. Added to this fact, presence of systemic diseases such as diabetes mellitus significantly increases the shape of bone defects. This in turn causes that support and its characteristics to lack functionality and the favorable esthetics required to attain prosthetic rehabilitation. A case report is presented of a male, 50 year old patient, presenting in the upper central left incisor Miller class III recession as well as grade III mobility. The situation warranted extraction. After extraction, treatment consisted on placement of three autologous grafts: two grafts were made of connective tissue, the third was made of free gingival tissue. To complete treatment, months after last graft recovery, a gingivoplasty of the area was performed enabling thus recovery of function and improving aesthetics for later prosthetic rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Los defectos óseos por enfermedad periodontal son hallazgos clínicos muy constantes, lo que puede encausar a la pérdida de los órganos dentales. Esta probabilidad aumenta cuando existe una enfermedad sistémica como la diabetes y no se tiene un estricto control de la higiene bucal.¹ El conocimiento de estas manifestaciones puede alertar al estomatólogo de la existencia de un paciente diabético sin diagnóstico previo y ayudarlo en la realización de un adecuado diagnóstico y un plan de tratamiento bucal.²

En la práctica estomatológica, la estética ha tomado en la actualidad uno de los motivos de consulta más frecuente y la periodoncia no es ajena a esta demanda, puesto que en el año de 1988 Miller introdujo el concepto de «cirugía plástica periodontal» para re-

ferirse a la cirugía mucogingival, la cual es una terapia para mejorar el entorno periodontal y la estética.³

El aumento del reborde alveolar es una técnica valiosa de la cirugía plástica periodontal. Los defectos extremos del reborde alveolar tienen varias causas: la

* Médico Estomatólogo, estudiante de la Maestría en Ciencias Biomédicas, Área Rehabilitación Bucal. Universidad Autónoma de Aguascalientes.

[§] Maestría en Ciencias Odontológicas con Especialidad en Periodoncia. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Unidad Médico-Didáctica de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Estado de Aguascalientes, Ags. México.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam>

enfermedad periodontal avanzada, el traumatismo del proceso alveolar causado por la extracción torpe, la formación de un absceso periodontal, la fractura dentaria, el traumatismo por la dentadura mal ajustada o el fracaso implantológico, etc.⁴

La reabsorción extrema del reborde causa problemas estéticos, sobre todo en el sector anterior del maxilar. Varias técnicas protésicas restauradoras han sido desarrolladas para resolver este problema. Dependiendo del caso, se pueden usar varias técnicas quirúrgicas para aumentar el reborde alveolar. Langer y Calagna introdujeron una técnica mediante los injertos de tejido conectivo subepitelial.⁵ Garber y Rosenberg introdujeron las técnicas de injerto de tejido conectivo después de preparar un colgajo en forma de bolsa en el lecho receptor.⁶

El objetivo de este artículo es presentar un caso clínico mostrando las ventajas estéticas y funcionales de los injertos autólogos de tejido blando (conectivo) en un paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de cincuenta años de edad. Se presentó a la consulta estomatológica con el motivo de que se le realizase la rehabilitación bucal comple-

ta. En los antecedentes patológicos personales refiere presentar desde hace aproximadamente siete años diabetes mellitus tipo II, controlada con metformina y glibenclamida. En la experiencia protésica dental, el paciente ha sido portador de prótesis parcial removible flexible bilateral en la arcada inferior desde hace aproximadamente cuatro años. A la exploración intraoral se observó que en el órgano dental #21 presentaba migración patológica (extrusión), recesión clase III de Miller⁷ y movilidad grado III, afectando gravemente su función y estética (*Figura 1*). Se diagnosticó periodontitis crónica grave generalizada. Se tomó la radiografía periapical de dicha zona, observando una importante reabsorción ósea por el daño periodontal, al igual que una lesión periapical siendo un problema combinado de perio-endo (*Figura 2*). En la solución a este problema se indicó como tratamiento la extracción de dicho órgano dental, debido a las condiciones antes descritas, además de erradicar el foco infeccioso establecido para evitar posibles complicaciones posteriores.

Aproximadamente a los siete meses postextracción, los tejidos se observaron en completa cicatrización, (*Figuras 3 y 4*). Sin embargo, las condiciones del proceso alveolar no fueron las ideales para elaborar la rehabilitación, ya que se tuvo un clase III de Seibert⁸



Figura 1. Fotografía intraoral, muestra la recesión clase III de Miller y la extrusión del incisivo central superior izquierdo.

Figura 2. Radiografía periapical, observe la gran pérdida ósea y la lesión periapical.



www.medigraphic.org.mx



Figura 3. Fotografía intraoral, se muestra el defecto clase III.

Figura 4. Vista oclusal, observe la depresión vestíbulo-palatina.

(Cuadro I), por lo que se decidió restablecer la altura y anchura del proceso alveolar con la colocación de autoinjertos de tejido blando.

En el primer procedimiento se realizó un injerto autólogo de tejido conectivo, el cual es tomado de la zona del paladar⁹ (zona donadora) para posteriormente, colocarlo sobre el lecho quirúrgico (zona recep-

tora). Se elaboró un colgajo de espesor parcial para posteriormente, sujetar el injerto al periostio (Figuras 5 a 7). A los siete meses, se colocó el segundo injerto autólogo, el cual fue un gingival libre (Figuras 8 a 10)¹⁰ y a los cuatro meses después de este último, se realizó otro injerto de tejido conectivo con técnica de sobre para dar mayor volumen vestibular (Figuras 11 a

Cuadro I. Clasificación de las deformidades del reborde según Seibert.




| Tipo de defecto | Características morfológicas | |
|---|------------------------------|---|
|  | Clase I | Pérdida de tejido en grosor (vestíbulo-palatino) |
|  | Clase II | Pérdida de tejido en altura (ápico-coronal) y grosor normal |
|  | Clase III | Pérdida de tejido, tanto en altura como en grosor |



Figura 5. Fotografía intraoral, obtención del injerto de tejido conectivo.



Figura 6. Fotografía intraoral, fijación del injerto al lecho quirúrgico.



Figura 7. Fotografía intraoral, cierre y sutura del colgajo.

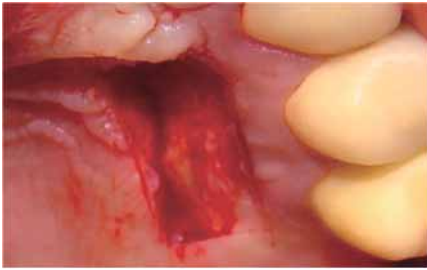


Figura 8. Fotografía intraoral, obtención del injerto gingival libre.



Figura 9. Fotografía intraoral, colocación y sutura del injerto.



Figura 10. Fotografía intraoral, observe la falta de tejido para cubrir el pónico ovoide.



Figura 11. Fotografía intraoral, incisión en sobre para el tercer injerto.



Figura 12. Fotografía, autoinjerto de tejido conectivo tomado del paladar.



Figura 13. Fotografía intraoral, colocación del injerto en el lecho quirúrgico.



Figura 14. Fotografía intraoral, muestra el aumento de tejido en sentido ápico-coronal.



Figura 15. Fotografía intraoral, observe el aumento vestibulo-palatino.

www.medigraphic.org.mx



Figura 16. Fotografía intraoral inicial, previo a los tratamientos periodontales y protésicos.



Figura 17. Fotografía intraoral, situación final, observe la gran mejoría de la estética.

13).¹¹ A los cinco meses de recuperación se procedió a una gingivoplastia de dicha zona, para eliminar las zonas irregulares a causa de la cicatrización por los procedimientos anteriores (*Figuras 14 a 16*), brindándole así, la recuperación de la función y mejorando la estética (*Figura 17*).

DISCUSIÓN

En este caso, el paciente presentaba varias complicaciones y, entre ellas, la afectación de la estética en la zona antero-superior. Estas anomalías se acentuaron por la enfermedad periodontal, aunque estuviera controlada la glucemia, presentaba una pobre higiene bucal, lo cual causó un mayor daño a las estructuras periodontales.¹² El tratamiento empleado para la rehabilitación periodontal fue descrito por Langer y Calagna en el año de 1980, empleando una técnica para corregir defectos del reborde mediante injertos de tejido conectivo supepitelial, con el propósito de mejorar la estética.⁵ Un año después, Garber y Rosenberg introdujeron las técnicas de injerto de tejido conectivo después de preparar un colgajo en forma de bolsa en el lecho receptor con el propósito de aumentar el reborde para la colocación de una prótesis fija.⁶ Miller, en el año 1988, introdujo el concepto de «cirugía plástica periodontal», refiriéndose a la cirugía periodontal dedicada a mejorar la estética.³ Entre los factores identificados en este paciente y que se asocian con recuperar la estética, está la aplicación de dichas técnicas, las cuales dieron un resultado sumamente satisfactorio.

CONCLUSIONES

Los defectos del reborde alveolar son frecuentes después de una extracción dental o por enfermedad

periodontal, por lo que afecta la función y estética. Actualmente, se cuenta con técnicas quirúrgicas periodontales para corregir dichos defectos obteniendo excelentes resultados.

REFERENCIAS

1. Arrieta J, Bartolomé B, Jiménez E, Saavedra P, Arrieta F. Problemas bucodentales en pacientes con diabetes mellitus. *Med Oral* 2003; 8: 97-109.
2. Rees, TD. *El paciente odontológico diabético. JS Clínicas Odontol. Norteamérica: Consideraciones prácticas en el cuidado de pacientes especiales*. Interamericana; 1994: 423-40.
3. Miller PD Jr. Regenerative and reconstructive periodontal plastic surgery. *Mucogingival surgery. Dent Clin North Am* 1988; 32: 287-306.
4. Henriques PG. *Estética en periodoncia y cirugía plástica periodontal*. Santos-Amolca; 2006.
5. Langer B, Calagna LJ. The subepithelial connective tissue graft. *J Prosthet Dent* 1980; 44: 363-67.
6. Garber DA, Rosenberg ES. The edentulous ridge in fixed prosthodontics. *Compend Cont Educ Dent* 1981; 2: 212-233.
7. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodont Restor Dent* 1985; 59: 9.
8. Seiber JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full-thickness only grafts: Part 1. Technique and wound healing. *Compend Cont Educ Dent* 1983; 4: 437-53.
9. Studer SE et al. The thickness of masticatory mucosa in the human hard palate and tuberosity as potential donor sites for ridge augmentation procedures. *J Periodontol* 1997; 28: 145-51.
10. Meltzer JA. Edentulous area tissue graft correction of an esthetic defect. A case report. *J Periodontol* 1979; 50: 320-22.
11. Siebert JS. Ridge augmentation to enhance esthetics in fixed prosthetic treatment. *Compend Cont Educ Dent* 1991; 12: 548-61.
12. William RC, Mahan CJ. Periodontal disease and diabetes in young adults. *JAMA* 1960; 172: 776-778.

Dirección para correspondencia:

Alán Sepúlveda Rodríguez

Calle Colima Núm. 110. Frac. Gómez

(no Gómez Portugal), 20060

Tel: 01(449) 9 181850

E-mail: medesto@hotmail.com