

CIRUGIA ESTETICA PERIODONTAL

Lucana Nina Maroley Rocío¹
Colaboración: Machaca Mamani Paola²

RESUMEN

La estética facial es muy importante en la valoración individual de las personas así como el área bucodental, por lo que la estética bucodental no solo considera a las piezas dentarias sino también a la región periodontal, de tal manera que si hay alteraciones a este nivel se produce un desequilibrio y falta de armonía en la sonrisa.

La cirugía estética periodontal es un procedimiento quirúrgico que tiene como finalidad corregir las imperfecciones a nivel de la encía libre o insertada, las cuales pueden ser resultado de alteraciones anatómicas o del desarrollo, traumas, recesiones producidas por la presencia de irritantes locales, aumento de volumen de la encía producida por la ingesta de fármacos, embarazo y en la pubertad. Para su corrección, existen técnicas que se basan en la eliminación de tejido gingival excesivo, entre las que se destacan la despigmentación de manchas gingivales, la gingivoplastia que suele ser exclusivamente estética y la gingivectomía. Por otro lado, están las técnicas que se basan en la reposición de tejido gingival perdido, para lo cual se requiere la obtención de autoinjertos y la realización de colgajos.

PALABRAS CLAVE

Estética periodontal. Recesión. Colgajo. Irritantes locales. Resección.

ABSTRACT

Facial aesthetics are very important in the individual self assessment of people. The oral area become an important region, so oral aesthetics considers not only the teeth but also the periodontal region, if there are changes at this level creates an imbalance and disharmony in the smile.

Periodontal plastic surgery is a surgical

procedure that aims to correct the imperfections at free or attached gums, which may result from anatomical or developmental abnormalities, trauma, recessions caused by the presence of local irritants, increased volume gum produced by the ingestion of drugs, pregnancy and puberty. For correction, there are techniques that are based on the elimination of excessive gingival tissue, including stand gingival depigmentation spots, which is usually only gingivoplasty aesthetic gingivectomy. Furthermore, the techniques are based on the replacement of lost gingiva for thus obtaining performing autografts and flaps are required.

KEYWORDS

Periodontal aesthetics. Recession. Flap. Local irritants. Resection.

INTRODUCCION

La cirugía estética periodontal es un conjunto de actos quirúrgicos encaminados para corregir y eliminar las alteraciones de la encía, producidas a causa de alteraciones anatómicas propias del paciente, alteraciones del desarrollo, aquellas que tienen origen traumático, las producidas por la presencia de irritantes locales y por tratamientos farmacológicos que alteran el aspecto natural de la encía.

Para la corrección de esta alteración existen técnicas de cirugía estética periodontal que se basan en :

- a) *eliminar tejido gingival*: donde se encuentran la despigmentación de manchas gingivales, la gingivoplastia que es una técnica quirúrgica netamente estética y la gingivectomía que consiste en eliminar tejido gingival dañado.
- b) *reponer tejido gingival perdido*, mejorando de esta manera el aspecto estético y funcional de los pacientes, requiriéndose la realización de injertos y colgajos, reposición que puede ser apical a la recesión o coronal a la misma.

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA.
² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA.

INDICACIONES

La cirugía estética periodontal está indicada en casos de imperfecciones propias de la persona como ser asimetrías gingivales, manchas gingivales, tratamientos periodontales deficientes, alargamiento o exposición de la corona, reconstrucción de la papila interdental, realización de tratamiento o eliminación de los frenillos anómalos, siendo también indicada en las alteraciones producidas por la presencia de irritantes locales que producen aumento en el volumen de la encía o en algunos casos recesión gingival y en las hiperplasias gingivales que se presentan en pacientes que reciben tratamiento en base a anticonvulsivantes u otros medicamentos que provoquen hiperplasia gingival como sucede con la ciclosporina, carbamazepina, amlodipino, verapamilo, etc.¹⁻³

ELIMINACION O REDUCCION DE TEJIDO GINGIVAL

En estas técnicas se realiza la eliminación de tejido gingival ya sea mediante el raspaje o abrasión en una despigmentación por manchas gingivales o mediante la resección de tejido gingival dañado a consecuencia de un acúmulo de irritantes locales como en el agrandamiento gingival del embarazo o la pubertad y en pacientes que presentan tratamiento farmacológico ya mencionado.

De esta forma las técnicas para este procedimiento son:¹⁻³

1. *Despigmentación de manchas gingivales*: Las manchas de la mucosa gingival se pueden presentar por varios factores etiológicos exógenos o endógenos, principalmente las manchas melánicas que son de origen racial o hereditario donde se presentan manchas de color pardo, o la elevada cantidad de queratina que da un color blanquecino, el predominio de caroteno que le da a la encía un tono anaranjado y la presencia de tatuajes por la existencia de restauraciones metálicas que pueden ser únicas o múltiples, localizadas o generalizadas.

Existen diversas técnicas para realizar la despigmentación gingival mencionándose la aplicación de injertos gingivales en el sector pigmentado, desgaste con instrumentos manuales con bisturí o curetas, instrumentos de rotación, o la utilización de láser siendo esta última la más eficaz por la gran capacidad de remoción que presenta.⁴

2. *Gingivoplastia*: Es una técnica quirúrgica que presenta una finalidad distinta a la gingivectomía, y tiene el objetivo de realizar un remodelado de la encía, devolviéndole la forma y contorno fisiológico, eliminando la inflamación y bolsas periodontales durante el procedimiento en el que se realiza un adelgazamiento a nivel interproximal.^{1,5,6}

En la *gingivoplastia* se realiza la resección de tejido gingival excedente mediante bisturíes periodontales, aplicando el bisturí de Kirkland para las regiones vestibular y lingual y el bisturí de Orban para las regiones proximales, utilizándose de igual forma piedras de diamante que presenten grano grueso o electrodos, en dicho caso, la técnica que se efectúa es muy similar al festoneado que se realiza en las prótesis, realizando un afinado y contorno del margen gingival y una disminución de volumen de la encía libre y la insertada.^{1,5,6}

3. *Gingivectomía*: que es una técnica quirúrgica en la que se elimina todo el tejido gingival dañado ya sea a nivel de la encía libre o la insertada; y se la realiza en agrandamientos gingivales, en bolsas falsas producidas por inflamación gingival y eliminación de bolsas periodontales que no presentan compromiso óseo.^{1,2}

La incisión comienza a nivel apical o el sector demarcado por la extensión de la bolsa, posterior a ello se dirige hacia la región coronal entre la base de la bolsa o el sector con mayor volumen y la cresta ósea, buscando eliminar la mayor cantidad de tejido blando

delimitado entre estas zonas, con la precaución de no dejar tejido óseo expuesto, el cual debe presentar recubrimiento perióstico que disminuye la presencia de problemas en el proceso de cicatrización que se realiza por segunda intención.^{1,2,5,6}

Existen dos técnicas de incisión, la *continua* y la *discontinua* con biselamiento a 45° con relación a la superficie dentaria en ambos casos. El bisel puede ser *externo* cuando la gingivectomía se encuentra asociada con la gingivoplastia como en la cirugía de una hipertrofia gingival que se encuentra inducida por fármacos, estas técnicas tienen como objetivo delimitar y reproducir la forma festoneada que presenta la encía.^{1,5}

REPOSICIÓN DE TEJIDO GINGIVAL PERDIDO

Este procedimiento se encuentra indicado en recesiones gingivales, y recubrimientos radiculares, utilizando diversas técnicas que se encuentran divididas en dos grandes grupos:

1. *Aumento gingival hacia región apical* de la zona o sector de la recesión, que se puede realizar con un injerto pediculado o libre, en un lecho que se encuentre hacia apical del margen gingival. Esta técnica no recubre la superficie radicular que presenta recesión gingival.¹

En este grupo se encuentran:

- Los autoinjertos gingivales libres: que tienen el objetivo de ensanchar la encía insertada y aumentar de volumen la encía, las técnicas son:
 - Tradicional: Comienza con la preparación de un sitio receptor denominado lecho, el cual se lo obtiene realizando una incisión a nivel de la unión mucogingival. El lecho se encuentra formado por tejido conectivo el cual se encargará de recibir el injerto.

- Incisión vertical : Otra técnica es la que realiza dos incisiones verticales que comienzan en el margen gingival y terminan en la mucosa alveolar, el injerto que debe presentar epitelio y una porción delgada de tejido conectivo que generalmente es extraída del paladar, de donde se obtiene una porción de injerto entre 1.0 y 1.5 mm. Para su aplicación, se debe comprimir con una gasa el sitio receptor evitando el sangrado y la formación de un coágulo que interfiera con el procedimiento, luego de lo cual se lleva el injerto al sitio receptor y se finaliza realizando la sutura respectiva.^{1,7,9}

- Autoinjertos libres de tejido conectivo: Se realizaron estudios que se basaron en la idea de que el tejido conectivo es el portador del mensaje genético que tiene como objetivo realizar la queratinización del epitelio que lo recubre, en esta técnica el injerto se obtiene del colgajo palatino.^{1,3,8,9}

2. *Aumento gingival hacia coronal* de la zona o sector de la recesión, utilizando un injerto pediculado o libre, encargándose del recubrimiento de la superficie radicular.¹

- Aumento gingival coronal a la recesión (cobertura radicular): La recesión gingival puede presentar distintas etapas en relación a la gravedad y la extensión, así existen lesiones superficiales estrechas y anchas, profundas estrechas y anchas. En este sentido, Miller realizó una clasificación que mejoró la predicción de la cobertura radicular por medio de un examen prequirúrgico, presentando cuatro clases.^{1,8,9}

- Clase I: Existe recesión de tejido marginal que no alcanza la unión mucogingival, no existe pérdida de tejido blando ni óseo a nivel interdental y puede ser estrecha o ancha.^{1,7}
- Clase II: La recesión de tejido marginal alcanza la unión mucogingival o la supera, no existe

pérdida de tejido blando ni óseo a nivel interdental y puede ser estrecha o ancha.^{1,7}

- Clase III: La recesión de tejido marginal alcanza la unión mucogingival o la supera, existe pérdida de tejido blando y óseo a nivel interdental o una alteración en la posición dentaria.^{1,7}
- Clase IV: La recesión de tejido marginal alcanza la unión mucogingival o la supera, existe pérdida intensa de tejido blando y óseo, una grave alteración en la posición dentaria, o puede existir la combinación de ambas.^{1,7}

El pronóstico que presenta la clase I y II se encuentra catalogado entre bueno y excelente, en la clase III solo se puede realizar una cobertura parcial y la clase IV presenta un pronóstico desfavorable.¹

Las técnicas mencionadas para ensanchar la encía insertada apical a la zona de recesión se las pueden realizar también en este procedimiento. De igual forma existen otras técnicas que se mencionan a continuación:

- *Autoinjerto pediculado*, que puede ser:
 - a. Desplazado lateralmente: Se realiza en piezas que presentan raíces sin cobertura radicular de forma aislada y que presenten a los costados un tejido donador. Se realiza una incisión a nivel del margen gingival eliminando el tejido deficiente de la raíz expuesta, el sector donador debe presentar un ancho aceptable, sin la presencia de dehiscencia y fenestraciones, inmediatamente después, se realiza un colgajo en el sitio donador que se recomienda sea parcial, con incisión vertical desde el margen gingival hasta la base del sitio receptor, el colgajo es trasladado lateralmente hacia la raíz expuesta, finalizando con la sutura correspondiente.¹
 - b. Colgajo desplazado en sentido coronario: La finalidad de crear un colgajo que presente un desplazamiento hacia coronal, es

formar colgajo parcial en el sector apical, mediante dos técnicas:

- i. En la primera, se realizan dos incisiones que deben rebasar la unión mucogingival de forma vertical para obtener el colgajo, finalizando con la sutura a nivel coronal.¹
- ii. La segunda técnica se relaciona a la formación de un colgajo semilunar, tomando la forma del margen gingival que presenta recesión y termina a 2mm de la punta de la papila interdental, para luego ser acoplada al sector de recesión.¹

- *Técnica de regeneración tisular guiada para cobertura radicular*: Tiene como objetivo realizar una reconstrucción del tejido de inserción acompañado de un recubrimiento de la superficie radicular expuesta, que en un primer paso obtiene un colgajo que presente un espesor total hasta la unión mucogingival y se prosigue con un colgajo de espesor parcial hacia apical de la unión mucogingival, aplicando una membrana con poros microscópicos en el sector expuesto de la raíz, recubriendo hasta 2mm del periostio a nivel marginal, luego de lo cual se realiza una sutura de la membrana quedando de esta forma un espacio debajo de la membrana para el crecimiento de un nuevo tejido. Para finalizar se aplica el colgajo en sentido coronal y se lo sutura.^{1,3}

- *Técnica de bolsillo y túnel*: Presenta como finalidad reducir las incisiones y los colgajos, esta técnica se caracteriza por realizar el injerto “en bolsillo” por debajo de los túneles papilares, para que de esta forma exista un contacto directo del injerto con el sitio receptor. El primer paso es una incisión sulcular en torno a los dientes vecinos a la recesión, para luego crear un túnel por debajo de la papila vestibular contigua en la cual se ubica al tejido conectivo, posterior a ello se forma un *bolsillo apical* a la papila, el cual puede extenderse entre 10 y 12mm del

margen gingival que presenta recesión y de 6 a 8 mm en mesial y distal. Por medio de suturas se coloca el tejido conectivo por debajo del bolsillo y el túnel recubriendo con una porción el sector de la raíz expuesta, luego de lo cual se aseguran los extremos mesial y distal con sutura de catgut y la porción marginal del colgajo es aplicada a nivel coronario asegurándolo con suturas en forma de almohadilla.^{1, 10}

- *Técnicas para eliminar el frenillo:* El frenillo labial se convierte en un problema estético cuando se encuentra insertado cerca de la encía marginal, la solución de este inconveniente plantea dos técnicas, una es la frenectomía o eliminación completa del frenillo, realizada a nivel de los incisivos centrales superiores y la segunda es la frenotomía que se encarga de relocalizar la inserción del frenillo.^{1,2}

BIBLIOGRAFIA

1. Herry H. Takei y Fermín A. Carranza Fase quirúrgica de tratamiento periodontal. En Carranza N. Periodontología clínica. 9^{na} edición. Buenos Aires; Argentina. McGraw-Hill Interamericana. 2002: 792- 925.
2. Tumenas I. Katchburian E. Integración entre cirugía estética periodontal y odontología restauradora estética. En: Henostroza G. Estética en Odontología Restauradora. Lima-Perú. UPCH. 283-411.
3. Ureña H. Legido B. Balda I. Cirugía Periodontal. En: Chiapasco M. Cirugía oral. 2^{da} edición. Milan. Masson. 51-70
4. Soto M. Faría H. Pérez L. Despigmentación gingival. [Revista en internet]. 2005; 2(2): 127-132. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2052/205217265007.pdf> Accedido en fecha 17 de ulio de 2014.
5. Beltrán R. Técnicas de Gingivoplastia/ Gingivectomía, Aplicaciones. [Revista en internet]. 2011:2(1): 21-30. URL disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbiografica/ANDREAXIMENACABALLER>

ORIVASPLATA.pdf Accedido en fecha 19 de Julio de 2014

6. Gutiérrez F. Alargamiento de corona y Gingivoplastia. [Revista en internet]. 2009 6(1): 57-63. URL disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/kiru/v6n1/a10v6n1.pdf> Accedido en fecha 17 de Julio de 2014.
7. Fabregues S. Fuenmayor V. Tratamientos para mejorar la estética de la encía. [Revista en internet]. 2011:1(2): 233-240. Disponible en: http://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/224_DOSSIER_Tratamiento_mejorar_estetica_encia.pdf Accedido en fecha 19 de julio de 2014.
8. Vacario M. Rocca A. Santos A. Técnicas de cirugía mucogingival para el recubrimiento radicular. [Revista en internet]. 2006: 11(1):61-73. URL disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n1/clinico1.pdf> Accedido en fecha 17 de julio de 2014.
9. Carranza N. Cirugía estética periodontal. [Revista en internet]. 2001:6(15): 290-388. URL disponible en: http://www.fundacioncarraro.org/revista-2001-n15=id_cirugia_plastica_periodontal.php Accedido en fecha 19 de julio de 2014.
10. Morante S. Cirugía estética periodontal: Técnica del sobre y del túnel en el tratamiento de las recesiones gingivales. [Revista en internet]. 2006:3(2): 203-245. URL disponible en: <http://www.periocentrum.com/wp-content/uploads/2013/12/Cirug%C3%ADa-PI%C3%A1stica-Periodontal.T%C3%A9cnica-del-Sobre-Y-T%C3%A9cnica-del-T%C3%BAnel-En-El-Tratamiento-De-Las-Recesiones-Gingivales.pdf> Accedido en fecha 17 de julio de 2014.