

Las recesiones gingivales (RG) son un hallazgo frecuente en la consulta odontológica, son definidas como la migración apical del margen gingival respecto a la unión cemento-esmalte.

Las RG son consecuencia de una serie de factores que se pueden clasificar en predisponentes, que incluyen la inserción alta de frenillos, biótopo gingival delgado, vestíbulo corto, mal posición dental y precipitantes como placa dentobacteriana, enfermedad periodontal, factores oclusales, cepillado dental traumático, iatrogenias, aparatos protésicos y ortodoncia.

Existe evidencia que la ortodoncia por si sola no es responsable de aumentar significativamente la presencia de alteraciones gingivales, sin embargo si no se realiza un buen diagnóstico periodontal previo a la colocación de ortodoncia y se encuentran factores de riesgo preexistentes pueden dar como resultado que zonas con niveles críticos de tejido queratinizado puedan verse afectados.

No es necesario que todas las RG se cubran previo al tratamiento de ortodoncia, lo que decidirá el momento de atenderse (antes o después) será el tipo de recesión así como el biótopo periodontal. Recesiones en las cuales exista un biótopo delgado, así como poco o nulo tejido queratinizado (Tipo II de Miller) serán las indicadas para tratarse previo al tratamiento ortodóntico.

El siguiente caso es un paciente femenino de 35 años de edad que acude a la consulta por que le preocupa que sus encías están “retraídas” se evalúa radiográfica y clínicamente observándose que no existía enfermedad periodontal, en los hallazgos se encuentran recesiones gingivales, lesiones cervicales no cariosas, biótopo delgado, mal posición dental, y mal oclusión.

Por el tipo de recesiones y el biótopo en la arcada superior nos inclinamos a no hacer tratamiento quirúrgico periodontal previo a la ortodoncia, creo que sería mejor al final realizar la cobertura radicular (el tipo de técnica y la decisión de usar o no injerto la definiría al final del tratamiento) para no hacer doble procedimiento al paciente ya que posiblemente si se realiza ahora al finalizar el tratamiento el margen gingival pueda sufrir modificación.

En la arcada inferior el planteamiento fue diferente, ya que aparte de las recesiones, lo que más preocupaba era lo delgado de la mucosa masticatoria siendo esto factor de riesgo para incrementar el tamaño de las mismas, así que optamos por engrosar el biótipo colocando un injerto de tejido conectivo tomado del paladar fijándolo al lecho receptor con sutura reabsorbible (Vicryl 6 ceros), se realizó raspado y alisado radicular para retirar cualquier irritante

de la superficie, posteriormente se destoxifico con Prefgel la parte expuesta de las raíces y se irriego con solución salina.

Se decidió hacer un diseño de colgajo con incisiones oblicuas interdetales por el tipo de recesión y papila (recesiones clase I con banda de tejido queratinizado y papilas delgadas y altas) y aunque no era la finalidad el recubrimiento total de las recesiones, al momento de reposicionar el colgajo se realizo un desplazado coronal, fijándolo con sutura no reabsorbible (Nylon 6 ceros), logrando un recubrimiento total en la mayoría de ellas.

Las medidas postoperatorias de cuidado que se indicaron incluyeron el no cepillarse la zona afectada durante 7 días, analgésico (Ketorolaco 30 mg), desinflamatorio (Dexametasona) y enjuagues de clorhexidina al .12 %

Las suturas se retiraron a los 14 días, se reviso clínicamente y se tomaron fotografías, se evaluó a los 30 y 60 días. El paciente actualmente esta saneamiento básico para posteriormente iniciar el tratamiento de Ortodoncia.

## Bibliografía

1.-American Academy of Periodontology. Glossary of Periodontal Terms 4th edition. Chicago, IL;2001:44

2.-Miller PD. A Classification of Marginal Tissue Recession. Int J Periodontics Restorative Dent 1985;5(2):8-13

3.-Carvalho PFM, da Silva RC, Cury PR, Joly JC. Modified coronally advanced flap associated with a subepithelial connective tissue graft for the treatment of adjacent multiple gingival recessions. J Periodontol 2006;77:1901-6

4.-Cortellini P, Pini Prato G. Coronally advanced flap and combination therapy for root coverage. Clinical strategies based on scientific evidence and clinical experience. Periodontol 2000 2012;59:158-84

5.-Chambrone L, Sukekava F, Araujo MG, Pustiglioni FE, Chambrone L A, Lima LA. Root-coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: a Cochrane systematic review. J Periodontol 2010;81(4):452-78

6.- Cordaro L, di Torresanto VM, Torsello F. Split-mouth comparison of a coronally advanced flap with or without enamel matrix derivate for coverage

of multiple gingival recession defects: 6- and 24-month follow-up. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2012;32(1):e10-e20.

7.- Zucchelli G, Mele M, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M, Montebugnoli L, et al. Patient morbidity and root coverage outcome after subepithelial connective tissue and de-epithelialized grafts: A comparative randomized-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 2010;37:728-38

8.-Chambrone L, Chambrone D, Pustiglioni F, Chambrone LA, Lima A. Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller Class I and II recession type defects?. *J Dent* 2008;36(9):659-71

9.-Hofmänner P, Alessandri R, Laugisch O, Aroca S, Salvi GE, Stavropoulos A, et al. Predictability of surgical techniques used for coverage of multiple adjacent gingival recessions-A systematic review. *Quintessence Int* 2012;43(7):545-54.

Dr. Fco. Salvador García Valenzuela  
Periodoncia & Implantología Bucal  
México