

Injerto gingival libre en niños: Indicaciones y técnica quirúrgica

Sáez de la Fuente, I.; Mendoza Mendoza, A.; Solano Reina, E.; Martínez Garrido, R.

Resumen

El injerto libre de encía es una técnica de cirugía mucogingival, que tiene sus indicaciones en los pacientes odontopediátricos. Realizaremos dicha técnica para detener la progresión de una recesión gingival por inserción alta del frenillo y previo a un tratamiento de ortodoncia para prevenir posibles problemas mucogingivales. El injerto gingival libre es una técnica de fácil realización, bien tolerada por los pacientes y de resultados predecibles.

Palabras Clave: Recesión gingival; Injerto gingival libre.

Free gingival graft in children: Surgical indications and technique

Summary

The free gingival graft is a technique of mucogingival surgery that has its indications in the odonto-paediatrics patient. We will carry out this technique to stop the progression of a gingival recession for high insert of the frenum and it foresaw to an orthodontics treatment to prevent possible mucogingivals problems. The free gingival graft is a easy technique , very well tolerated by the patients and predictable results.

Key Words: Gingival recession; Free gingival graft.

INTRODUCCIÓN

La presencia de una banda estrecha de encía adherida es un hecho bastante habitual en numerosos pacientes y con frecuencia no es destacada por el odontólogo general. El injerto gingival libre autógeno para aumentar la encía queratinizada o adherida es un método sencillo y predecible, descrito por primera vez por Björn (1963) y sistematizado por Sullivan y Atkins en la década de los sesenta⁽¹⁾. En esta técnica quirúrgica, sustituimos la mucosa móvil no queratinizada por encía queratinizada, sujeta firmemente al diente y al hueso subyacente, y resistente a la movilización y a la apertura cuando el labio está distendido.

Los objetivos primarios del injerto gingival libre son^(1,2):

1. Prevención de una recesión gingival al incrementar la anchura y la calidad de la encía adherida.

2. La cobertura de superficies radiculares que se hallan desnudas (apiñamientos, técnicas incorrectas de cepillado,...).

ETIOLOGÍA

Definimos la recesión gingival como un retroceso de la encía y el hueso alveolar en la cara vestibular del diente, la etiología de dicha recesión⁽³⁾ y de los problemas mucogingivales acompañantes incluyen:

1. Posición dentaria. Los dientes en situación de apiñamiento que obliga a una posición de los mismos hacia vestibular, tienen zonas con poca encía adherida o sin ella.
2. Patrón de erupción. Un diente puede erupcionar con poca o sin encía adherida, o con un frenillo que tire del margen gingival libre.
3. Bolsas periodontales que se extienden apicalmente más allá de la línea mucogingival.



Figura 1. Paciente con resección gingival en incisivos centrales inferiores. Presenta 2 mm de encía insertada en el incisivo derecho, y 1 mm en el incisivo izquierdo.



Figura 2. Incisión horizontal a lo largo del límite mucogingival en el lecho receptor.

4. Inflamación gingival por restos de placa o restauraciones defectuosas.
5. Movimientos ortodóncicos en áreas de tejido blando inadecuado.
6. Traumatismos por procedimientos dentales, aparatos dentales o cepillado inadecuado.
7. Trauma oclusal.

En todos estos casos el injerto gingival libre autógeno es la técnica quirúrgica mucogingival más ampliamente utilizada y la más predecible de las que se utilizan hoy en día.

CLASIFICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL

Miller describió cuatro clases (4) de recesión gingival:

- Clase I: la recesión no llega a la unión mucogingival, se detiene en la unión amelocementaria. No hay pérdida de hueso interdental o de tejido blando. Este caso es frecuente en la dentición en erupción cuando existe un frenillo alto que tira y produce tensión en la papila y en el tejido marginal.

- Clase II: la recesión llega o va más allá de la unión mucogingival. No hay pérdida de hueso ni de tejido blando.

- Clase III: la recesión se extiende más allá de la unión mucogingival. Hay pérdida de hueso y de tejido blando en el área interdental.

- Clase IV: recesión de tejido marginal que se extiende o va más allá de la unión mucogingival. La pérdida de hueso o de tejido blando en el área interdental y/o malposición dentaria son importantes.

DISCUSIÓN

El injerto libre de encía puede realizarse en niños, siendo una técnica quirúrgica sencilla y predecible. Para nosotros las indicaciones del injerto gingival libre en niños son:

1. Detención de la progresión de la recesión gingival por inserción alta del frenillo. En este caso realizamos además una frenectomía y vestibuloplastia.
2. Previo a un tratamiento de ortodoncia para prevenir problemas mucogingivales, o para suplementar una encía adherida, delgada y delicada en superficies radiculares prominentes (injerto libre de encía profiláctico)^(3,5).
3. La no realización de esta técnica quirúrgica en los casos anteriores conllevaría el aumento de la recesión gingival y ósea con pérdida del soporte del diente, formación de bolsas periodontales, inflamación o infección de tejidos y en último caso la pérdida dentaria.

El injerto libre de encía, como toda técnica quirúrgica, presenta ventajas e inconveniente⁽⁶⁾:

Ventajas

- Puede efectuarse para un solo diente o para varios.
- Como técnica para aumentar o crear encía adherida es muy versátil y previsible.
- Existe una fuente relativamente grande de tejido donante.
- Puede preverse una “inserción reptante” durante el año siguiente a la cirugía, lo que da como resultado una cobertura adicional postoperatoria.

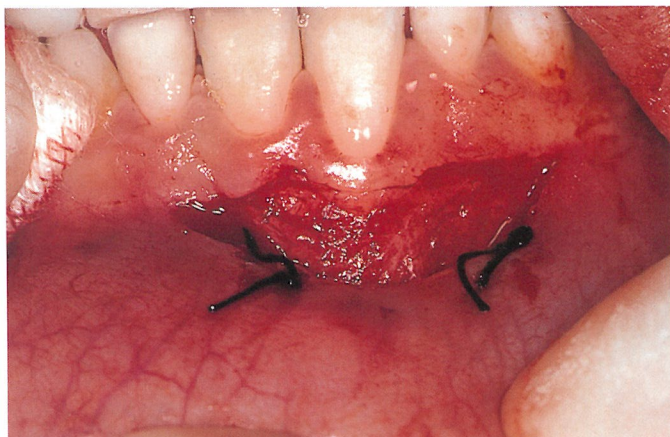


Figura 3. Fijación del colgajo al periostio.

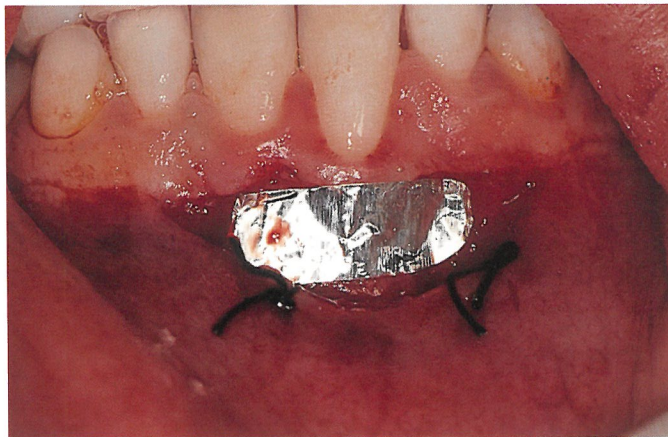


Figura 4. Adaptación del patrón de corte en el lecho receptor para determinar el tamaño del injerto.

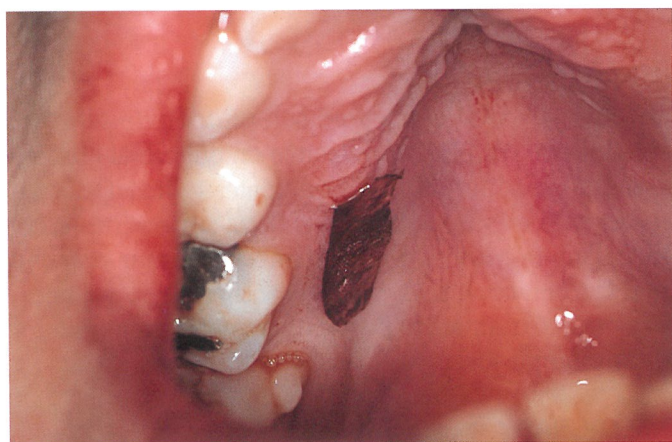


Figura 5. Adaptación del patrón de corte al paladar para despegamiento del injerto.



Figura 6. Placa de Bioplast utilizada en el postoperatorio para minimizar las molestias de la herida palatina.

Desventajas

- Hay dos zonas quirúrgicas involucradas.
- La herida en el paladar puede ser dolorosa.
- El color puede ser difícil de igualar en áreas de importancia estética.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Primera fase: Preparación del paciente y del lecho receptor

1. Instrucciones previas a la intervención: No inflamación gingival, control de placa, ...
2. Sedación ligera del paciente: midazolam 0,2-0,3 mg/kg vía oral (Fig.1).
3. Anestesia con vasoconstrictor para evitar sangrados importantes.
4. Preparación del lecho receptor apical a la recesión. Se practica una incisión horizontal a lo largo

del límite mucogingival terminando en forma de arco en mesial y en distal (Fig. 2)

5. Separar con cuidado el tejido conectivo y las fibras musculares del periostio.
6. Fijar el borde de la mucosa del colgajo movilizado al periostio, el lecho se debe configurar más ancho en dirección apical que el injerto planificado (Fig. 3).
7. Adaptar un patrón de corte realizado con papel metálico para determinar el tamaño del injerto (Fig. 4).

Segunda fase: Obtención del injerto del paladar

1. El patrón de corte se coloca en el paladar a una distancia de 2-3 mm del borde gingival. Se realiza una incisión de 1 mm de profundidad alrededor del patrón (Fig. 5).

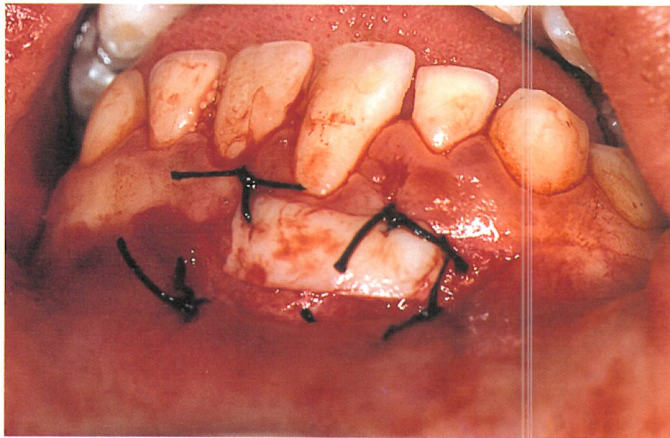


Figura 7. Injerto colocado sobre periostio del lecho receptor y fijado por sus extremos.



Figura 8. Paciente una vez completado el tratamiento de ortodoncia con injerto libre previo, para aumentar la cantidad y calidad de encía insertada.

2. Despegamiento del injerto mediante pinzas y bisturí. Sobre la cara interna del injerto es visible tejido graso amarillento que se debe eliminar sobre una placa de cristal.
3. La herida palatina se presiona con una gasa durante unos minutos y se coloca una placa de Bioplast. La epitelización de la herida comienza a partir de los bordes y en 10-14 días estará completamente cerrada (Fig. 6).
4. Se coloca el injerto sobre el periostio del lecho receptor y se fija por sus extremos distal y mesial con puntos de sutura (Fig. 7).
5. Se comprime el injerto con una gasa humedecida durante 2-3 minutos sobre el periostio, esto previene la formación de un coágulo bajo el injerto. No se coloca apósito alguno. La limpieza mecánica se suprime totalmente en la zona de la operación durante 8 días.
6. Cuidados postoperatorios: dieta, colutorios o geles antisépticos, ...

Durante la cicatrización el epitelio del injerto será rechazado casi por completo, pero el tejido conectivo es aceptado, la nueva epitelización tiene lugar a partir del epitelio que lo rodea (Fig. 8).

CONCLUSIONES

Los injertos de encía libre son un método sencillo, probado, de resultado predecible en cuanto al aumento de encía adherida. Sus principales indicaciones en el paciente odontopediátrico son las situaciones en el sector anterior, en las que queramos aumentar el ancho de encía adherida, pudiéndose asociar cuando sea necesario a un tratamiento de frenillos mal posicionados y a vestibuloplastias.

BIBLIOGRAFÍA

1. KOERNER, TILT, JOHNSON. Atlas en color de cirugía oral menor. Barcelona: Espax; 1994. p. 21-51.
2. ITO, JOHNSON. Atlas en color de cirugía periodontal. Barcelona: Espax; 1994. p. 239-253.
3. RATEITSCHAK, WOLF. Atlas de periodoncia. Barcelona: Masson-Salvat; 1951. p. 291-310.
4. DORDICK B, COSLET JG, SEIBERT JS. Clinical evaluation of free autogenous gingival grafts placed on alveolar bone. J Periodontol 1976; 47:10.
5. FLEMMING. Compendio de periodoncia. Barcelona: Masson; 1995. p. 110-117.
6. CAMBRA. Manual de cirugía periodontal, periapical y de colocación de implantes. Mosby-Doyma; 1996. p. 52-59.

Sáez de la Fuente, I.: Prof. del Master de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de Sevilla; *Mendoza Mendoza, A.*; Prof. Titular de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de Sevilla; *Solano Reina, E.*: Prof Titular de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de Sevilla; *Martínez Garrido, R.*: Médico Adjunto del Servicio ORL Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Correspondencia: Isabel Sáez de la Fuente. Canalejas 6,6º B. 41001 Sevilla.