

298  
2ij

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

SEMINARIO DE TITULACION

COLGAJO REPOSICIONADO LATERAL



Presenta: Ortiz Benitez Domingo Lubin.

Acesor : Dra. Ma. de los Angeles  
Limonchi Gomez

10 de Marzo de 1989.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

1) Introducción	1
2) Encía Insertada	2
3) Recesión Gingival	7
4) Consideraciones para el empleo de Injertos Gingivales	13
5) Injertos Gingivales	21
6) Injerto Desplazado Lateral	24
7) Caso Clinico	31

## INTRODUCCION

Uno de los problemas a los cuales nos enfrentamos frecuentemente, durante la práctica periodontal es el problema mucogingival. Esto es; los dientes pueden estar predispuestos a la recesión debido a la falta de una banda adecuada de encía insertada y mala posición del diente, ya que las raíces son prominentes y puede haber dehiscencias óseas. La recesión puede ser precipitada por cepillado vigoroso (especialmente cepillo traumático), laceraciones, inflamaciones menores recurrentes y factores iatrogénicos. Aunque los dientes no se pierden directamente por problemas mucogingivales, estos problemas deben ser considerados como riesgosos. Cuando una banda de encía insertada esta presente sobre un diente, entonces, debe considerarse hacer un injerto gingival libre, o un injerto pediculado, aun profilacticamente o para cubrir recesiones gingivales.

El colgajo posicionado lateralmente es el procedimiento mucogingival más efectivo y estético para el tratamiento de superficies desnudas aisladas donde hay un sitio donante de tejido queratinizado (encía insertada) de espesor adecuado.

## ENCIA INSERTADA

La encía insertada es un tipo de mucosa masticatoria que se adhiere con firmeza al hueso alveolar y al cemento subyacente por medio de fibras de tejido conectivo y, por lo tanto, es compatiblemente inmovil en relación con el tejido a que se vincula. (I)

La encía insertada, esta limitada en sentido coronario, por la encía marginal, o por un plano horizontal ubicado a nivel del límite cementoadamantino. Se extiende en sentido apical hacia la línea mucogingival donde se continua con la mucosaalveolar. (I)

La encía insertada es de textura firme color rosado coral, y a menudo muestra un punteado superficial fino que le da un aspecto de cáscara de naranja. Este punteado, sin embargo, sólo está presente en un 40% de los adultos. (I)

La cantidad de encía insertada se determina midiendo la encía desde el márgen gingival a la unión mucogingival y restando la profundidad del surco o de la bolsa periodontal. Puesto que una sonda fina alcanza tejido conectivo, más que el aspecto más coronal del epitelio de unión, como se pensaba anteriormente, la cantidad de encía que puede ser consi

terada insertada en solamente hueso. (II, III)

Una banda de encía insertada funcionalmente adecuada es aquella que disipa afectivamente el empuje muscular y del frenillo y permanece sana sin que -- ocurra recesión bajo condiciones de función normal. En algunos casos, uno o dos milímetros de encía insertada pueden ser suficientes, sin embargo algunos conceptos preconiben acerca del número de milímetros de encía insertada que deben ser funcionalmente adecuados. (II, III)

La presencia de una dehiscencia en varios milímetros sobre una superficie radicular, predispondrá a un diente con encía insertada mínima a la recesión, mientras que un diente con soporte óseo normal requerirá de menos encía insertada para funcionar adecuadamente. Ocasionalmente, los molares sin encía insertada y hueso vestibular delgado se observan -- estables y sin que la recesión ocurra por años. (II)

La mayoría de los problemas de la encía insertada inadecuada parecen ocurrir al momento de que el -- diente comprometido erupciona. Cuando el diente permanente erupciona, idealmente, brotará a través de la encía cercana a la cresta del alveólo así que -- estara presente algo de encía sobre la superficie -

vestibular y algo sobre la superficie lingual. Así un diente inclinado hacia vestibular o lingual puede tener encía insertada inadecuada, desde el momento en que erupciona en la boca. Si en este momento existe encía insertada inadecuada, no hay publicación de algún caso documentado que indique la cantidad de encía insertada aumentará con el tiempo. (II)

El movimiento ortodoncico del diente, teóricamente daría como resultado un aumento del hueso sobre la superficie del diente pero no ha mostrado dar como resultado en la encía insertada. De hecho, Pearson ha mostrado recesión significativa, más que aumento de la encía insertada durante el movimiento ortodoncico. (II, III)

Existen estudios que sugieren que con la edad --- ocurre un aumento en la cantidad de encía; sin embargo, esta basado sobre estudios de la cantidad de encía insertada en grupos de población de diferentes edades más que sobre un estudio longitudinal. (II)

Kopczyk y Saxe citan dos estudios que indican que la encía insertada aumenta hasta la adolescencia; sin embargo, estos estudios deben haber sido epidemiológicos por naturaleza más que longitudinales, porque ellos dicen que nadie ha probado esto en un-

estudio longitudinal. ( II, III )

Baer y Benjamin presentan varios casos en los cuales sugieren un aumento en la cantidad de encía insertada, sin embargo, sus fotos no sostienen esta conclusión y no se da ningún dato. ( II )

Rose y App han mostrado que la banda de la encía insertada disminuye durante la erupción pero se estabiliza con la erupción total del diente permanente ( II ).

Amaino y Talai, en un estudio de tipo epidemiológico, sugieren que ocurre un aumento en la encía insertada con la edad; sin embargo, sus conceptos de que es encía insertada no es clínicamente satisfactorio, ya que ellos miden desde la unión cemento esmalte a la línea mucogingival sin importar el surco o profundidad de la bolsa. No ha sido presentado ningún caso concluyente que documente un aumento en la encía insertada de un diente que ha erupcionado totalmente con una banda inadecuada de encía insertada. ( II )

En un estudio hecho por Stetler y Bissada (1986), sobre la importancia del ancho de encía insertada en los dientes con restauraciones subgingivales, observaron que en presencia de restauraciones sub--



gingivales, el grado de inflamación gingival es mayor en asociación con zonas angostas de encía insertada, ( 2mm ), que con aquellas de mas de 2mm . (IV)

Erickson y Lindhe, observaron recesión gingival - al rededor de dientes con restauraciones subgingivales, asociadas con zonas angostas de encía insertada, pero no al rededor de zonas anchas de encía insertada. ( IV )

## RECESION GINGIVAL

Cuando existe un problema mucoringival, este puede ir seguido de la recesión con exposición de la superficie radicular. Ciertos factores predisponen a un diente a la recesión y otros precipitan la recesión.

( II, III )

### Factores predisponentes.

I.- Encía insertada inadecuada,

a) Inserción alta de frenillo.

b) Vestibulo poco profundo.

II.- Malposición dentaria.

III.-Dehiscencias óseas.

### Factores precipitantes.

I.- Cepillado vigoroso.

II.- Laceración recurrente.

III.-Inflamación recurrente

IV.- Factores iatrogénicos.

De los factores predisponentes, el más crítico es la ausencia de una banda adecuada de encía insertada. El diente puede estar en mal posición con raíces prominentes y consecuentes dehiscencias, pero es poco probable que ocurra la recesión, si la encía insertada es adecuada. ( II, III )

Las raíces prominentes no son factores etioclínicos primarios en el desarrollo de recessiones gingivales aisladas, sino formas aisladas anatómicas asociadas que juegan un papel en el desarrollo de la lesión, - Con un diente en una posición prominente hay un alveolo delgado asociado, el cual es casi completamente dependiente de un suministro sanguíneo periostial para su nutrición. Cualquier cambio inflamatorio que interfiera con su suministro sanguíneo periosteal para su nutrición de las estructuras óseas marginales con la pérdida resultante del aparato en esta área.

( V )

Una inserción alta del frenillo por sí misma no es un factor crítico, puesto que una inserción alta puede existir y solo ser dañina si existe encía insertada inadecuada. La ausencia de una banda adecuada de encía insertada es el factor que permite una inserción alta del frenillo ocurra con la posible recesión resultante. Si existe encía insertada adecuada, no existe problema de frenillo. ( II )

Aun cuando las inserciones normales de frenillo no pueden por sí solas presentar el desarrollo de una recesión, ellos pueden interferir con la cicatrización del defecto ó bien con la limpieza de la zona.

Anatómicamente e histológicamente los frenillos están anclados con la mucosa alveolar, mas que con la encía, y por esto no son fisiológicamente adecuados para su adherencia a la superficie del diente. ( V )

La mayoría de los dientes que muestran encía insertada inadecuada esta en mal posición en el arco. Puesto que el diente en mal posición causa a menudo un trauma de oclusión, algunos textos han sugerido erroneamente que el trauma oclusal causa recesión. Existe indudablemente una correlación entre el trauma oclusal y la recesión, sin embargo, la correlación no significa causa efecto. Tanto el trauma oclusal no causa recesión, como la recesión no causa trauma. ( II, III )

El diente en mal posición de este tipo tiene a menudo raíces prominentes, el hueso de tales raíces puede estar muy delgado o puede estar ausente (dehiscencia). Una dehiscencia ósea predispone al diente a una recesión. Si existe encía insertada inadecuada sobre la dehiscencia, una herida mínima puede conducir a una recesión dramática. Si la dehiscencia esta presente y hay una cantidad adecuada de encía insertada, la recesión es poco probable que ocurra y ocasionalmente ocurre solo con heridas drásticas. Si esta presente el hueso, pero hay una banda inadecuada de encía inser-

tada, la resorción ósea puede ocurrir antes de la re-  
cesión, sin embargo, el hueso muy delgado, el cual en  
tal momento presenta sobre raíces prominentes, es faci-  
lmente reabsorbido con una herida mínima o crítica.  
( II,III )

De los factores precipitantes que a menudo inician -  
la recesión del diente predispuesto, o cepillado in-  
correcto es uno de los más comunes. En la era del ce-  
pillado vigoroso con cepillos duros, utilizando téc-  
nicas como la de Stillman, Charter o la de A.D.A, re-  
cesiones severas múltiples eran más comunes que lo --  
que son ahora con las técnicas de cepillado que se em-  
plean. Las recesiones a menudo ocurren a temprana e-  
dad. La forma de las heridas parece ser repetidas lac-  
eraciones afínas de la banda aviosa de encía inser-  
tada. Cuando existe encía inadecuada, un paciente que  
ha llevado un cepillado pobre puede precipitar la re-  
cesión por cambiar a un cepillado mejor. De hecho, -  
los pacientes con cepillado más cuidadoso, tienen las  
mayores probabilidades de experimentar recesión si --  
tienen encía inadecuada. ( II,III )

La convicción del abuso de cepillado de dientes es-  
ta relacionado con la recesión gingival y las grietas  
coronales. Observaciones confirmaron que el método de  
cepillado, dirección, frecuencia y magnitud son fac-

tores importantes en la recesión. ( VI )

La observación, frecuente es necesaria para un control de la técnica de cepillado de paciente. ( VI )

La laceración, particularmente por alimentos duros, puede romper bandas anchas de encía insertada con recesión resultante. ( III )

Las áreas de encía insertada inadecuada están comúnmente inflamadas. Si un individuo experimenta dolor cuando cepilla la mucosa, evitará el área. La placa crecerá y se inflamará. Episodios repetidos de curación y recurrencia de la inflamación parecen acelerar la recesión cuando está presente encía inadecuada.

( II, III )

Los factores iatrogénicos también son responsables a menudo de la recesión. Cuando no es notada por el dentista una banda inadecuada de encía insertada, la preparación de una corona con márgenes subgingivales puede precipitar la recesión. La colocación de una grapa para restauración de V clase, puede hacer lo mismo. El bandado ortodóncico junto con un esfuerzo vigoroso del paciente para remover la placa adecuadamente alrededor de las bandas puede también precipitar la recesión. ( II )

Se ha establecido que restauraciones sobresalien-

tes de algún material producen mas inflamación y destrucción vertebral, que restauraciones similares -- presentando así un aumento en la inflamación local.

## CONSIDERACIONES PARA EL EMPLEO DE INJERTOS GINGIVALES

La ausencia de una banda adecuada de genciva insertada no necesariamente indica la necesidad de una intervención quirúrgica. Varios factores ó la combinación de estos pueden indicar que la cirugía es necesaria.

Estos factores son :

- 1) Que dientes están incluidos.
- 2) La edad del paciente.
- 3) La higiene oral que practica el paciente.
- 4) La existencia de una recesión con problemas estéticos ó de sensibilidad.
- 5) La necesidad dental del paciente.
- 6) Previo tratamiento dental. ( II-III )

En consideración a la necesidad para la corrección quirúrgica, la edad del paciente es un factor de peso importante. Si el problema se nota tempranamente, la corrección quirúrgica debe ser considerada una vez que el diente está totalmente erupcionado y antes que la recesión comience. Puesto que los injertos gingivales son casi siempre exitosos cuando no ha ocurrido la recesión y el injerto puede ser colocado sobre un lecho sanante mejor que sobre la superficie radicular, una decisión para hacer un injerto a tiempo pare



de ser preferible a una posibilidad de escapar y var,  
en tal caso, si la recesión ocurre, la raíz debe de-  
jarse expuesta y debe crear una banda más ancha de  
encfa apicalmente o un intento para cubrir la raíz de  
be hacerse con el pronostico de un logro exitoso que  
al final sera drásticamente reducido. Sin embargo,  
si, el paciente es mayor y ha tenido el diente por a-  
ños en la boca sin recesión, la necesidad de llevar  
a cabo un injerto para aumentar la encfa es discuti-  
ble. A menos que las necesidades restaurativas requie-  
ran la creación de una banda adecuada de encfa inser-  
tada. La corrección quirúrgica esta más a menudo indi-  
cada en pacientes jóvenes como una medida profilácti-  
ca; más que en pacientes mayores si la recesión no ha  
ocurrido. Los pacientes dentro del grupo de edades de  
los 20 a los 60 años, por lo tanto, son los más difi-  
ciles con los que uno decide si la cirugía debe lleva-  
rse a cabo ó no. ( II-III )

Si el paciente ha tenido un cepillado vigoroso con  
un cepillo perfiano o duro y la recesión no ha ocurri-  
do, el cambiar su cepillado a una técnica apropiada  
y con un cepilló suave debe ser considerado como el  
primer paso para prevenir la recesión. Si el paciente  
es joven y presenta un problema de recesión que sigue

adelante, tanto el injerto como el cambio en el cepillado deben considerarse. ( II-III )

Si la resesión ha ocurrido seguida por problemas estéticos o problemas de sensibilidad, la posibilidad del injerto debe ser considerada. Hacer un colgajo re posicionado lateral es preferible cuando la finalidad es cubrir la raíz, porque el injerto tendrá su propio suministro sanguíneo. Si la resesión es mínima o no se dispone de un sitio donante para un injerto pedicu lado, un injerto libre debe de considerarse, sin embargo, si la encía del alfiler es de diferente matriz a la encía adyacente al diente que va a ser injertado la estética es la mayor contra indicación, un injerto libre puede dar como resultado una desigualdad oco estética entre el sitio injertado y la encía adyacente lo cual puede ser aún más desagradable que la reco sión. ( II-III )

Los problemas dentales del paciente pueden dictar la necesidad de hacer un injerto antes de la restauración. Las lesiones cariosas V clase ocurren a menudo en dientes con encía insertada inadecuada, probablemente en este porque la propia remoción de placa en el sitio es dolorosa y entonces el paciente la evita. Si se hace la restauración antes de que exista una banda plomada

da de encía insertada, esta restauración es frecuente  
provocada por una recesión gingival. Donde una corona  
es preparada, debe crearse antes una banda adecuada  
de encía insertada antes de que el diente se prepare.  
( II-III )

Los injertos gingivales han sido recomendados por  
los clínicos en áreas donde las restauraciones de por  
celanas subgingivales van a ser colocadas, si el ancho  
de encía queratinizada es menos de 5.00 mm. ( IV )

La aplicación exitosa de colgajos de pedículo reperi-  
sicionados y de injertos autólogos gingivales libres  
en la cirugía periodontal está confinada clínicamente  
a la conciencia y utilización de varios principios ba-  
sados biológicamente. Estos incluyen :

- a) La selección juiciosa del sitio receptor o sitio  
del huesped, después de la terminación de todas las  
facetas de terapia inicial.
- b) La transposición de un colgajo de pedículo mucoperi-  
osteal de espesor parcial o la combinación de esto  
incorporando una banda de encía marginal hacia el área  
receptora biológicamente preparada en el caso de los  
injertos gingivales libres, tanto la encía o un  
equivalente de encía, es empleado como tejido donante.
- c) La adaptación segura y fijación del injerto a fin

de disminuir o evitar su desplazamiento apical o lateral, lo que sus relaciones óptimas hacia la zona recuadrada.

d) la adaptación íntima de la oncia insertada (y mucosa en caso de injerto de pedículo) hacia el sitio receptor con el fin de disminuir la cantidad y mejorar la distribución del tejido reparativo requerido para su adherencia.

e) El diseño de la herida quirúrgica con el fin de enfrentarse al defecto con el tejido suave y la protección periosteal de área donante. Además el colgajo de pedículo debe ser restructurado con el fin de conservar la vascularización. ( VII )

En los procedimientos los cuales incluyen periostio como parte del pedículo conserva un tejido rico reparativo el cual tiene el potencial para mejorar la adherencia del injerto, vía de posición del cemento y tejido conectivo, hacia la superficie radicular.

( VII )

Los tejidos periodontales pueden ser separados dentro de dos amplias categorías sobre las bases de sus contribuciones no sólo para la propia conservación y protección sino también hacia la respuesta de cicatrización después de la cirugía periodontal, aquellos

que son comparablemente inactivos o dinámicos. La dinamicidad no está relacionada sólo a los procesos mitóticos, formativos y oclusionales, sino también a actividades reortivas. Existe alguna evidencia disponible la cual fuertemente sugiere que aquellas estructuras las cuales comprometen el aparato de adherencias en particular el ligamento periodontal, los compartimientos del endostio de la médula y canales vasculares y las capas internas del periostio, muestran un rápido remplazo de células y por lo tanto la correspondiente vitalidad celular sobre los niveles mitóticos y sistémicos. El período de cambio también implica resorción de sus constituyentes. (VII)

Fisiológicamente, el cuerpo expuesto de la papila después de la terminación de la erupción activa del diente, sustentación y formación son confiados al ligamento periodontal y adyacente y al corium gingival, el cual, suministra vía transudados de fluido tisular la hidratación requerida para conservar su estructura cristalina y los requerimientos nutritivos de sus células contiguas e incluidas. Existe también un cuerpo creciente de evidencia el cual indica que la naturaleza física del cemento, en particular el estado hidratado, mineralizado es un factor primario el cual es

tóxicamente inactivo para la cementogénesis después de la cirugía periodontal. ( VII )

Bajo la influencia del daño quirúrgico, el periostio, endostio y el ligamento periodontal se puede considerar en general, que actúan como sustitutos predecibles y entusiastas de tejido de reparación, no solamente para la propia renovación, sino también para la formación de tejidos de granulación los cuales son necesarios para la encía insertada y la mucosa al diente y al hueso. En el primero de 2 a 4 días posquirúrgicamente estos mismos tejidos, junto con el exudado inflamatorio son los responsables de remoción de matriz de tejido conectivo, resorción del hueso y del cemento. Con la decedente disminución del estado inflamatorio o la iniciación del desalojamiento del proceso inflamatorio crónico y reparación, estas áreas literalmente salen en acción como progenitores de la introducción del tejido de granulación para la colágena y sus sustratos de substancia fundamental, vasos sanguíneos linfáticos, nervios y hueso. En el caso de injerto de pedículo colocado lateralmente, las zonas del borde lineal del ligamento periodontal expuesto y periostio en el sitio receptor contienen las fuentes primarias de tejido reparativos los cuales surgen, crecen, y

miran sobre el área de hueso y cemento radicular -  
contiguos. Donde el periostio está incluido en el in-  
jerto de pedículo, también puede participar en la for-  
mación de la unión. Existen experimentos limitados, -  
pero si existen evidencia clínica extensiva, para apo-  
yar una tesis de que la producción de cemento es una -  
función temporal retardada en los injertos de pedicu-  
lo con periostio, empiezan a activarse sintéticamente  
a los 12 o 14 días después de la cirugía. Melcher es -  
de la opinión, basada en sus estudios en monos y ratas,  
que la integridad de la capa cambiante del periostio -  
debe ser conservada en el levantamiento de un colgajo  
muconerosteal ofrece un concepto en el cual la edad y  
la prevalencia celular y la viabilidad del periostio -  
del joven puede mostrar capacidades osteogénicas y por  
inferencia cementogénesis, cuando los colgajos mucoperi-  
osteales son levantados y reposicionados al hueso. A -  
la inversa, el periostio levantado en animales adultos  
puede no mostrar potencial osteogénico significativo.-  
El periostio viable, intacto puede también ser requi-  
sito fundamental para la reparación efectiva y prede-  
cible del colgajo reposicionado lateral hacia la super-  
ficie radicular. ( VII )

Los colgajos muconerosteales completos y de espe-

son parcial colocados en o justo coronel a las crestas labial, bucal, lingual y del septum interdental reconocen que la formación del tejido regenerativo del ligamento periodontal y de la médula osea crestal, son fundamentales para la readherencia del colcajo hacia el diente y al hueso. La aplicación de un colcajo mucocincival de una material hacia la zona receptora periostal y periodontal toma ventaja reparativamente no solo de la face crestal del ligamento periodontal sino también del periostio remanente en el sitio en adición al hueso. En la mayoría de los tejidos conectivos reparativos se originan tanto de la face expuesta del periostio, y del periostio en el borde lineal como un crecimiento del colcajo levantado. En situaciones posteriores, hay un crecimiento interno de tejido de granulación hacia y sobre la face previamente expuesta del periostio. ( VII )



## INJERTOS GINGIVALES

Un gran número de técnicas han sido empleadas para corregir problemas de encía insertada inadecuada. Entre ellas tenemos :

- 1.- El colgajo reposicionado lateral o injerto pediculado.
- 2.- El injerto gingival libre.
- 3.- El injerto reposicionado oblicuamente.
- 4.- El injerto de doble papila.
- 5.- Denudación ( no se utiliza ).
- 6.- Retención periosteal.

De estos procedimientos los dos primeros son los que ofrecen el mejor pronóstico. El colgajo reposicionado lateralmente es útil para corregir recessionos localizadas donde poca o ninguna encía existen sobre la superficie vestibular o lingual de un diente individual.  
( III )

El injerto gingival libre es la técnica más versátil de la que se dispone para aumentar la banda de encía insertada. El cubrir raíces expuestas con un injerto gingival libre es un procedimiento inerradicable. Areas anchas y largas de recesión, así como la superficie vestibular de los maxilos superiores son las zonas

probables de poder ser cubiertos, no así las áreas de-  
costas la exposición radical. El objeto de usar un  
injerto libre, por lo tanto, es la creación de una ban-  
da adecuada de encía insertada primero y en algunos ca-  
sos cubrir la raíz donde el uso de un procedimiento in-  
justificado puede ser justificado. ( 11, 111 )

Ultimamente se han utilizado injertos libres para cu-  
brir recessiones gingivales y Miller hace una clasifica-  
ción de las recessiones en 4 planes:

1.- La recesión no se extiende hasta la unión mucorin-  
gival ( no hay pérdida osea ni tejido blando en el area  
interdental ). El 100 % de la raíz puede cubrirse anti-  
cipadamente.

2.- La recesión se puede extender mas alla de la uni-  
on mucoringival ( no hay pérdida osea ni tejido blando  
en el area interdental ). El 100 % de la raíz puede cu-  
brirse anticipadamente.

3.- La recesión se extiende mas alla de la unión mucor-  
ingival ( puede haber pérdida osea en el area inter-  
dental y puede estar el diente en malposición ). El  
100 % de la raíz puede cubrirse anticipadamente.

4.- La recesión se extiende mas alla de la unión mucor-  
ingival hay pérdida osea y tejido blando en el area  
interdental y hay malposición dentaria. Este es tan -

severa que no se puede cubrir anticipadamente.

Un colgajo de doble papila esta indicado donde ambas papilas adyacentes al defecto son de suficiente grosor para cubrir el defecto. En este caso, hay un doble suministro a los colgajos. Hay tambien menos oportunidad de exponer la tabla vestibular y lingual, las cuales son relativamente delgadas cuando se comparan con el septum interdental. Puesto que los colgajos para cubrir la raiz estan siendo posicionados de dos direcciones, hay menos tensión en el tejido donador que con un colgajo reposicionado lateralmente y dará como resultado una mejor union de los colgajos. El injerto de doble papila esta limitado, sin embargo a un defecto proximal en el cual hay un septum interdental relativamente amplio con grandes papilas asociadas, las cuales pueden actuar como tejido donante. ( V )

## COLGAJO REPOSICIONADO LATERAL

El colgajo posicionado lateralmente es el procedimiento quirúrgico mucosgingival más efectivo y estético para el tratamiento de superficies denudadas aisladas donde hay un sitio de tejido queratinizado de espesor adecuado. ( V )

En 1956 Grube y Warren introdujeron la operación de colgajos laterales que logra la unión de la encía y cubrió áreas con recesiones gingivales. Ellos reportaron que los colgajos laterales proporcionan una solución satisfactoria al problema de raíces denudadas. Sin embargo el futuro de la técnica es la de levantar las capas para introducir completamente a la encía. Consecuentemente denudación del hueso del sitio donador, esto puede causar una pérdida permanente del hueso y por lo tanto una recesión gingival. ( IX )

Goldman ha observado clínicamente que los colgajos de espesor total se readhieren mejor a las superficies radiculares expuestas que los colgajos de espesor parcial. Un refinamiento más amplio de la técnica indicó que el sitio receptor debe ser cuidadosamente alisado antes de la colocación del colgajo. El alisado de la superficie radicular expuesta remove

el cemento alterado y la remoción de este tejido el cado puede ayudar en la readherencia del tejido transpuesto y como el nuevo cemento puede ser mejor depositado sobre la superficies microirregulares de la dentina prepara a o el cemento. ( V )

Una modificación del diseño del colgajo reposiciona do de Grube fué sugerido por Staffelino cuando el describió el uso de una disección de espesor parcial por el tejido donante externo. Utilizando una disección de espesor parcial, el pericortio es retenido en el tejido donante para proteger el tejido óseo parcial. Esta modificación hace a saber que la protección del tejido óseo donante era más importante que tomar alguna ventaja del potencial reparativo del pericortio incluido con el tejido donador. ( V )

Friedman y Levine describieron aproximadamente la misma técnica de Staffelino, pero arrandaban el tejido donante de manera que incluía el ancho de los dentes adyacentes más que el diente aislado concionado por Grube. Arrandando el tejido donante, un septum interdental era dejado expuesto más que el márgen oseo vestibular o lingual. Puesto que el septum interdental es relativamente más grueso que la tabla vestibular o lingual es más capaz de soportar el trauma

la cirugía. Además el agrandamiento del tejido ionante proporciona un colgajo más ancho, menos frías y de más fácil manejo. ( V )

Una modificación más amplia de la disección recordada por Staffelino fué sugerida por Corn incluyendo un corte en la dirección hacia la cual el colgajo se iba a reubicar a la incisión era de suficiente tamaño para permitir la movilidad lateral del colgajo, pero sin ser de tal anchura que comprometiera la integridad del pedículo. Aún cuando el pedículo puede traer una porción de su suministro sanguíneo, es más dependiente del perostio y del sitio receptor para su nutrición sanguínea intrínseca, y más dependiente del perostio en el sitio receptor para su nutrición vascular así como de drenaje linfático. Tanto Corn como Robinson también defendieron la utilización de un sitio receptor en el hueso. Utilizando un sitio receptor dentado, no había potencial de exponer el margen óseo. ( V )

Una variación del colgajo reposicionado lateral fué presentado por Pennel, en áreas donde fisuras profundas daban como resultado exposición radicular. Los colgajos de espesor parcial fueron rotados oblicuamente de la papila adyacente a un sitio receptor preparado con -

espesor parcial. ( V )

Todas las descripciones previas del colgajo reposicionado lateral han sido tratadas con una incisión en forma de "V" en el sitio receptor. Krauer y Kohn han modificado esta preparación removiendo las capas del epitelio y tejido conectivo en el sitio receptor dando como resultado la adaptación de dos superficies de tejido conectivo. ( V )

#### Indicaciones y Contraindicaciones.

En algunos casos el colgajo reposicionado puede ser usado profilácticamente para crear una banda más ancha de encía sobre un solo diente. Para que se pueda utilizar la técnica de colgajo desplazado debe existir un sitio donador adecuado, tal sitio debe tener encía lo suficientemente ancha (aproximadamente uno y medio dientes), lo suficientemente larga (varios milímetros apico-oclusalmente) y de suficiente espesor (más de un milímetro y medio), para que pueda cubrir correctamente el sitio receptor. ( III )

El colgajo reposicionado lateral está indicado cuando se necesita aumentar la encía insertada a lo largo de una superficie radicular denudada en un diente aislado. ( V )

El alisado de la raíz expuesta, para remover cemento

previamente expuesto puede ayudar a la readherencia del tejido donador, permitiendo a las nuevas células del tejido conectivo movilizarse dentro del área para depositar nuevo cemento sobre la raíz. Las células del tejido conectivo son más capaces de depositar cementoide sobre las superficies radiculares y regulares libres de alteraciones inflamatorias. Además, una superficie radicular mineralizada libre de placas y restos, favorecen la deposición de cementoide. La respuesta inflamatoria que sigue al alisado inicial puede ser benéfica en el momento del procedimiento quirúrgico. Las células de tejido conectivo pueden ser movilizadas en el momento de la respuesta inflamatoria y puede ayudar en la adherencia del tejido donador al sitio receptor. La reacción inflamatoria a la cirugía puede ser aumentada por la respuesta inflamatoria del alisado, ayudando una respuesta doble la cual puede mejorar la obtención de la nueva unión. Los polirronucleares con sus enzimas lisosomales asociadas llegan al área de la respuesta inflamatoria la cual romperá los restos acumulados permitiendo por lo tanto subsecuentemente a las células del tejido conectivo y el tejido de granulación llegar y comenzar la readherencia del tejido blando a la superficie ra-



dicular. ( V )

Si el diente está vestibularizado o lingualizado el éxito del colgajo reposicionado lateral está comprometido debido a la falta de soporte de tejido conectivo.

( V )

En la evaluación del sitio donador, debe tenerse cuidado de que el tejido sea de suficiente espesor que su remoción no dé como resultado la creación de un defecto similar en el área donante. Debe hacerse un examen cuidadoso para asegurarse que no existan una dehiscencia en la zona donante. ( V )

Una ventaja pronosticable del colgajo reposicionado lateral sobre otros procedimientos mucogingivales es la posibilidad de obtener una cobertura estética pronosticable de la raíz. ( V )

Wilderman y Wentz fueron capaces también de mostrar adherencia del colgajo a la superficie radicular expuesta con adherencia del epitelio y tejido conectivo.

( V )

La principal desventaja potencial del colgajo reposicionado es el crear un defecto similar en el sitio donador, si está presente una tabla alveolar delgada.

( V )

En un estudio hecho por Smaukler en relación a la

efectividad de los colgajos reposicionados lateralmente, observó que sobre un promedio de saneamiento del 20% de tejido injertado se perdió, esto debido a rotura, error, ó depresión postoperatoria. ( X )

Guinard y Caffesse en su estudio obtuvieron un aumento significativo en el ancho de la encía insertada con el uso del colgajo reposicionado lateral. ( IX )

Cambios significativos ocurrieron en el diente donador después del funcionamiento de colgajos laterales (colgajo de espesor total) una recesión gingival promedio de 2mm y 1.10mm fué producida sobre el diente donador en 10, 10 días postoperatorios respectivamente. ( IX )

El presente estudio encontró que la recesión inicial gingival presentada sobre el diente recipiente fué reducida significativamente ( 60% ) 6 meses después de la operación. ( IX )

Los resultados coinciden con lo que se encontró clínicamente por Albano quien encontró 61% de reducción de la recesión. Bruckler en un estudio reportó 72% de raíz promedio. Esos resultados biométricos están de acuerdo con los histológicos encontrados por Wilderman y Fontzen en perros, ellos encontraron un 50% de reducción de recesión. ( IX )

## CASO CLINICO

Datos del paciente.

Nombre: C. C. A. E.

Edad: 26 años.

Fecha y Lugar de nacimiento: 21/4/62 (Suamuchil, Sin.)

Estado Civil: Casado.

Domicilio: Cerrada de Terpetua # 14-5 Col. Sn. José  
Insurgentes.

Teléfono: 6-11-41-50

Escolaridad: Profesional. 9

Ocupación: Ama de casa.

El paciente se presentó a la clínica de parodontología el 6/10/68 por la presencia de un problema bucodental. Se le realizó su historia clínica, ficha periodontal y serie radiográfica (exodiente).

Dentro de su plan de tratamiento se instaló técnica de cepillado (stillman), C.T.F., eliminación de sarro pulido y alisado.

Se utilizó un cepillo oral E #75. En su primer C.T.F. no obtuvo un porcentaje del 45% de placa (7/10/68), al segundo C.T.F. hubo un 19.7% de placa, en esa misma cita se realizó la eliminación de sarro y pulido--

(30/10/88). En su tercer C.L.I. su porcentaje bajó -- hasta 7.2%. Posteriormente se revaloró la zona por -- tratar (incisivos centrales inferiores) en donde des- -- púes de realizar la fase I la inflamación del margen -- gingival disminuyó de 353 a 221 en el central inferior -- derecho y de 112 a 111 en el central inferior izquier- -- do sin embargo la placa insertada estaba ausente en -- esta zona y las medidas de las recession es era las -- siguientes; para el central inferior derecho 6mm y -- 4mm para el izquierdo de 5mm y 3.5mm apicooclusalmen- -- te y mesiodistalmente respectivamente. Estas medidas -- fueron lo más en la siguiente manera. Para evaluar -- apicooclusalmente se midió del margen gingival hasta -- la unión cemento esmalte en la parte media vestibular -- del diente y para evaluar la recesión mesiodistalmen- -- te se midió a nivel de la unión cemento esmalte (aquí -- es la zona más ancha de la recesión).

Dadas las condiciones de la zona se decidió primeramente colocar un injerto gingival libre en un primer -- paso quirúrgico para aumentar la cantidad de placa in- -- sertada, abarcando de mesial del lateral derecho a me- -- sial del lateral izquierdo sin involucrar el margen -- gingival de ningún diente. Un mes y medio después de -- la primera cirugía y habiéndose aumentado considera-

blemente la banda de goma insertada, se procedió a realizar el segundo paso quirúrgico, en el cual se le pidió realizar los injertos reconstruyendo lateralmente.

La técnica empleada fue la de injertos de banda de espesor parcial y total.

Después de haber colocado puntos locales de anestesia con éterest, se procedió a realizar la incisión a bisel interno en forma de "U", rodeando el margen gingival aproximadamente a un milímetro de este, esto fue realizado con el bisturí Bard Parker #7 y una hoja #15, el tejido incidido fue eliminado con una cureta de Gracey, habiendo eliminado perfectamente el tejido incidido se efectuó el alisado radicular con el Golman-Dox #21 hasta que la superficie radicular quedó libre de cemento radicular y placa bacteriana al mismo tiempo se eliminó el ligamento periodontal con la punta del instrumento.

En la zona donadora se realizó una incisión para localizar el tejido, ésta se hizo desde la punta de la naveta, y se dirigió el corte en forma oblicua hacia la línea mucogingival dejando la base del pedículo lo más amplia en su porción apical. Esta incisión en la parte más coronal fue de espesor parcial y en su parte apical de espesor total. Se levantó el colgajo --

(combinado) con una lezna de nokins. Antes de descolazar el colgajo al sitio receptor, se decidió desepitelizar el área interdigital de los centrales inferiores con un bisturí de Kirkland, para evitar que en caso de una mala adaptación de epitelio no hubiera una buena adaptación de el injerto.

Se descolazó el injerto al sitio receptor se checked que no se traccionara, para asegurarse de que el injerto tuviera la mejor estabilidad y con esto asegurarse un mejor pronóstico, se colocó a la altura prevista y checked todo se le paró en estado de reposo en la línea de la punta de la lezna y se le cubrió con un apósito de la zona interdigital de los dos centrales. En el injerto colgado sobre el central inferior derecho hubo la necesidad de colocar otro punto de sutura para darle una mejor estabilidad. Se lavó perfectamente con suero fisiológico, se realizó una presión sobre el injerto de 3 minutos, esto para evitar movimiento en el injerto mientras se formaba la red de fibrina.

Se colocó el apósito quirúrgico en la zona tratada a los 15 días se eliminó el apósito y los puntos de sutura.

La parte de la herida cubierta, se observó engrosada, muy irregular y curvada. En el central infe-

rior izquierdo se cubrió casi la totalidad de la recesión la encía se observó lobulada, en el central inferior derecho se encontró una fisura en la parte mesial de la superficie radicular.

Los resultados del tratamiento fueron satisfactorios, esperando una mejoría de las condiciones de la encía, contando con la colaboración del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- I) Linche Jan  
Periodontología Clínica  
Primer edición  
Año: 1976  
Editorial Panamericana
  
- II) Hall W.B.  
Present Status Of Soft Tissue Grafting  
J. Of Periodontology  
Vol. 46 no. 3 (557-577)
  
- III) Hall W.B.  
Pure Mucogingival Problems  
Quintessence Books 1985
  
- IV) Stetler E.J. & Bissada N.M.  
Significance Of The Width Of Keratinized Gingiva  
On The Periodontal Status Of Teeth With Submucosal Restorations  
J. Periodontol  
Vol. 58 no. 10 1987 (690-696)
  
- V) Shasiro L. & Cohen I.  
El Colgajo Reapositionado Lateral  
Capítulo 9  
Periodontal Surgery (Sicoma Sthal) 1979



VI) Smukler H. & Landsberg J.

The Toothbrush And Gingival Traumatic Injury

J. Periodontol

Vol. 55 No. 12 1984 (717-719)

VII) Ruben E.L., Coltan A.M. & Janson W.

Consideraciones Biológicas Fundamentales Para el

Empleo Exitoso de Coltrajes de Tejido Revasculari-

nado Lateral y de injertos Autógenos Gingivales

Libres en la Seréncia Periodental.

J. Periodontol January (Siguin Bhal) 1979

VIII) Miller L.D.

Root Coverage With The Free Gingival Graft

J. Periodontol

Vol. 55 No. 10 1977 (674-681)

IX) Guizaró E.A. & Caffesse R.C.

Treatment of Localized Gingival Recessions

Part. I Lateral Sliding Flap

J. Periodontol

Vol. 49 No. 7 1978

X) Smukler H.

Laterally Positioned Alveoperiosteal Pedicle Grafts

in The Treatment Of Covered Roots

J. Periodontol

Vol. 47 No. 10 1976 (500-505)