

STRAUMANN® EMDOGAIN – EN EL TRATAMIENTO DE RECESIÓN GINGIVAL

Tratamiento de una recesión con técnica de colgajo coronal avanzado y Straumann® Emdogain



Caso clínico: Dr. S. Hägewald
 Profesor adjunto de la Universidad de Berlín
 Clínica privada, Berlín
 stefan.haegewald@charite.de

Uno de los retos en el tratamiento de la recesión gingival es lograr una cobertura de la recesión estable, estéticamente atractiva y duradera con tejido queratinizado del grosor suficiente.

Para la cobertura de la raíz pueden utilizarse colgajos pediculados sin injertos de tejido, con diferentes modificaciones. En el pasado, la técnica de colgajo coronal avanzado (CAF) ha demostrado ser un método predecible para la cobertura de recesiones, con resultados reproducibles generalmente satisfactorios desde el punto de vista estético. Sin embargo, la eficacia a largo plazo y la altura del tejido queratinizado siguen siendo problemáticas.

La combinación de la técnica de colgajo coronal avanzado con el uso de Straumann® Emdogain aumenta el tejido queratinizado, mejora la cicatrización de los tejidos blandos y reduce la reaparición de la recesión, haciendo en muchos casos innecesario un injerto de tejido conjuntivo, más traumático.

Las complicaciones son menos frecuentes que con los métodos alternativos que utilizan membranas, y tanto las complicaciones como el dolor son menores que con las técnicas de injerto de tejido libre con una segunda herida quirúrgica en el paladar.

Sin embargo, para un resultado eficaz y estéticamente atractivo es necesario aplicar una técnica quirúrgica correcta.

Requisitos

Un requisito previo para la cobertura completa de la recesión es la presencia completa de las papilas interproximales (clases 1 y 2 de Miller). La altura del tejido queratinizado remanente debe ser de al menos 1 mm para garantizar un resultado altamente predecible (Fig. 1). Los resultados clínicos presentan una correlación positiva con un grosor del tejido queratinizado superior a 1 mm, especialmente en defectos de recesión profundos ¹.

Antes del tratamiento deben abordarse con el paciente factores negativos como el tabaquismo o una técnica inadecuada de cepillado.

El colgajo coronal avanzado no debe colocarse sobre coronas o restauraciones prostodóndicas, pero sí puede situarse sobre una superficie de dentina limpia anteriormente cubierta por un material restaurador. En este caso es esencial un procedimiento quirúrgico mínimamente traumático, con instrumentos quirúrgicos finos.

¹ Berlucchi et al. *J Periodontol.* 2005;76:899–907.



Fig. 1 – Recesión preoperatoria de 4 mm en el diente 13, cubierta por una obturación de composite. El tejido queratinizado parece ser mayor de 1 mm.
 *Altura mínima del tejido queratinizado ≥ 1 mm



Fig. 2 – Planificación preoperatoria de las incisiones en función de la altura de la recesión (línea verde).
 *Zona de material de relleno que debe reducirse



Fig. 3 – Incisión intracrevicular horizontal realizada junto a la recesión.



Fig. 4 – Las dos incisiones de descarga se extienden hasta la unión mucogingival, en correspondencia a los ángulos lineales.



Fig. 5 – El colgajo mucoperiostico se descarga por encima de la línea mucogingival. Se extirpa el epitelio de la región papilar exponiendo el tejido conjuntivo. Se ha resaltado la zona de desepitelización.



Fig. 6 – Incisión horizontal de descarga en el periostio, en la base del colgajo.

Abordaje quirúrgico

El uso de la técnica quirúrgica adecuada influye significativamente en el resultado clínico.

Durante la planificación preoperatoria se determinan las incisiones en función de la altura de la recesión. Inicialmente debe evitarse la inyección de anestésico local con vasoconstrictor en las papilas interdentarias o la encía marginal.

El raspado y alisado de la superficie radicular expuesta es esencial, y debe realizarse meticulosamente. Todas las obturaciones existentes, por ejemplo obturaciones de composite, deben eliminarse o reducirse de modo que el nuevo margen de la obturación llegue hasta la nueva longitud deseada del diente (Fig. 2). Si se considera adecuado pueden reducirse prominencias.

Se levanta un colgajo de grosor completo alrededor de la recesión. Debe prestarse atención a crear la forma de las nuevas papilas.

Se efectúa una incisión intracrevicular horizontal junto a la recesión (Fig. 3) y se extiende la misma con dos incisiones de descarga hasta la unión mucogingival correspondiente a los ángulos lineales (Fig. 4).

Se conservan todo lo posible las papilas interdentales. Su cara vestibular se desepiteliza para crear un lecho de tejido conjuntivo (Fig. 5). Se realiza una incisión de descarga horizontal en el periostio en la base del colgajo (Fig. 6). Es esencial eliminar cualquier tensión muscular para que no existan tensiones en el colgajo que cubre la recesión (Fig. 7). El colgajo debe

extenderse pasivamente hasta la unión amelo-cementaria o ligeramente más allá.

Se preparan Straumann® PrefGel, solución salina y Straumann® Emdogain para permitir su aplicación consecutiva de forma rápida. A continuación, la superficie radicular puede acondicionarse con EDTA al 24% (Straumann® PrefGel) durante 2 minutos y a continuación lavarse a fondo con solución salina estéril. Se aplica inmediatamente Straumann® Emdogain para cubrir totalmente la superficie radicular expuesta y acondicionada, cuidando de evitar una contaminación con saliva o sangre (Fig. 8). La cantidad sobrante de Straumann® Emdogain puede aplicarse a la zona de la herida, ya que algunos profesionales han referido que estimula la cicatrización².

El colgajo coronal avanzado se fija a la región papilar desepitelizada con suturas situadas al nivel de la unión amelo-cementaria. Se recomienda utilizar suturas monofilamento 5/0 o más finas. Son necesarias suturas de apoyo para estabilizar el colgajo (Fig. 9). Si las regiones papilares son muy delgadas y no puede garantizarse la estabilización del colgajo, es recomendable aplicar una técnica de sutura en lazo.

En la fase posoperatoria se recomienda al paciente no cepillarse en la zona operada y enjuagarse dos veces al día con clorhexidina (al 0,12%) durante dos semanas.

En función de la cicatrización, posteriormente deberá aplicarse clorhexidina tópica o efectuar un cepillado mecánico cuidadoso de los dientes. Los puntos pueden quitarse a los 7-10 días (Fig. 10).

² McGuire et al. *J Periodontol.* 2003;74:1110-1125.



Fig. 7 – Es imprescindible que el colgajo no presente tensiones y cubra la recesión.



Fig. 8 – Aplicación inmediata de Straumann® Emdogain tras el acondicionamiento radicular.



Fig. 9 – Son necesarias suturas de apoyo para estabilizar el colgajo.



Fig. 10 – Los puntos se quitan a los 9 días de la operación. El colgajo permanece en su sitio y presenta una buena vascularización.



Fig. 11 – Aspecto clínico a las cinco semanas de la operación. El colgajo está bien integrado y presenta un estado prácticamente definitivo.



Fig. 12 – A los tres años de la operación, la cobertura completa es evidente. Los premolares también han sido tratados y restaurados con nuevas coronas.

A la hora de considerar las técnicas quirúrgicas establecidas para la cobertura de recesiones, como el colgajo coronal avanzado (CAF), su combinación con Straumann® Emdogain ofrece una técnica fácil de aplicar en la práctica diaria, que permite mejorar el resultado clínico y estético con resultados a largo plazo altamente predecibles y fiables^{3, 4}.

³ Spahr et al. *J Periodontol.* 2005;76:1871-1880. ⁴ Moses et al. *J Periodontol.* 2006;77:195-202.