



Tratamiento quirúrgico combinado de la asimetría gingival: presentación de un caso



Francesco Cairo, DDS¹
 Raffaele Sacerdoti, DDS²
 Giovan Paolo Pini Prato, MD, DDS³

El objetivo de este artículo es presentar el tratamiento de una sonrisa inestética de una mujer de 27 años de edad que presentaba recesión gingival, asimetría gingival y una erupción pasiva alterada de los dientes naturales. En primer lugar, se realizó colgajo con reposición apical con cirugía resectiva ósea para corregir la asimetría gingival en los incisivos derechos maxilares. La cantidad de resección ósea se determinó por medio de un sondaje óseo en los incisivos izquierdos maxilares. Al cabo de 6 semanas, se efectuó un procedimiento de colgajo avanzado en sentido coronal para el cubrimiento de la recesión gingival del canino derecho maxilar, junto con una ameloplastia y la restauración directa con composite. La paciente manifestó su satisfacción con el resultado final del tratamiento. (Rev Int Odontol Restaur Period 2010;14:256-263.)

¹Research Associate, Department of Periodontology, University of Florence, Florence, Italy; Private Practice in Periodontology and Implant Dentistry, Florence, Italy.

²Private Practice in Orthodontics, Florence, Italy.

³Head, Department of Periodontology, University of Florence, Florence, Italy.

Correspondencia: Dr Francesco Cairo, Department of Periodontology, University of Florence, Studio Odontoiatrico via Giotto 44, 50100 Florence, Italy; fax: 055 2638437; e-mail: cairofrancesco@virgilio.it.

En la sociedad moderna, una sonrisa seductora desde un punto de vista estético desempeña un importante papel en el atractivo físico. En condiciones ideales, una sonrisa estética está representada por unos dientes bien alineados y blancos. Por consiguiente, las alteraciones en la forma o la posición de los dientes, la presencia de espacios negros interdientales y las recesiones gingivales no suelen ser aceptadas por los pacientes. En un intento de estandarizar la sonrisa estética, Tjan y cols.¹ revisaron 454 fotografías faciales de estudiantes de odontología. Los resultados demostraron que una sonrisa normal exhibe aproximadamente todos los dientes anteriores maxilares, con una curva incisal de los dientes que es paralela a la curvatura interna del labio inferior. En general, esta «sonrisa normal» muestra los seis dientes anteriores maxilares y los premolares. Dunn y cols.² describieron resultados similares e intervinieron a 297 individuos sugiriendo que las sonrisas preferidas mostraban una línea labial elevada con una extensa exposición de los dientes y una simetría irradiada.



Figura 1 Fotografía clínica previa al tratamiento que muestra la asimetría gingival en los dientes anteriores.

Los parámetros básicos relacionados con la estética dental y gingival en los dientes anteriores maxilares están bien establecidos en los estudios publicados^{3,4}. Magne y Belser⁵ resumieron una serie de objetivos que deben alcanzarse cuando se restaura la estética dental y gingival en los dientes anteriores maxilares incluidas las dimensiones relativas de los dientes y su color, el eje de los dientes, la simetría de la sonrisa y la configuración del borde incisal. Entre estos objetivos, la posición del cenit gingival y el equilibrio de los niveles gingivales se consideraban los factores clave de una sonrisa estética⁵. El cenit gingival en los incisivos centrales y los caninos se describió como de la misma altura, mientras que en los incisivos laterales era ligeramente coronal⁵.

Las exigencias estéticas de los pacientes se han vuelto cada vez más estrictas, y la corrección de una sonrisa poco atractiva es una solicitud habitual en el ejercicio de la cirugía plástica periodontal. En situaciones clínicas diversas, puede estar indicado el uso de procedimientos restauradores como las coronas, prótesis parciales fijas o carillas de porcelana, junto con cirugía plástica periodontal para restaurar una sonrisa estética^{6,7}. Por otra parte, el tratamiento de una sonrisa poco atractiva en los dientes naturales

puede ser difícil. De hecho, en esta situación clínica, la presencia de recesión gingival, asimetría gingival, una sonrisa gingival, o una alteración de la erupción pasiva puede afectar a la armonía gingival y, con frecuencia, requiere un tratamiento difícil. En esta situación, puede usarse cirugía plástica periodontal para mejorar la silueta de las encías y de los dientes⁸.

El objetivo del presente artículo fue describir el tratamiento de una sonrisa inestética que mostraba recesión gingival, asimetría gingival y alteración de la erupción pasiva en los dientes naturales.

Caso clínico

Una mujer de 27 años de edad fue derivada a una consulta privada por problemas estéticos. No fumaba y gozaba de buena salud sistémica. No presentaba signos clínicos de enfermedad periodontal y mostraba índices de placa y sangrado de toda la boca < 10 %.

Exploración clínica

La exploración clínica demostró una asimetría gingival en los dientes anteriores (figura 1). El canino derecho

maxilar mostraba una malposición moderada junto con 2 mm de recesión gingival. Los incisivos central y lateral derechos maxilares presentaban una alteración de la erupción pasiva con una exposición gingival excesiva apical a la corona clínica. Estos dientes estaban posicionados al mismo nivel incisal que los incisivos central y lateral izquierdos maxilares pero mostraban un margen gingival alrededor de 1,5-2 mm más coronal que el diente correspondiente. Los incisivos y caninos izquierdos maxilares eran sanos desde un punto de vista clínico, sin signos de alteración de la erupción pasiva o de recesión gingival. El cenit gingival del incisivo central y el canino se encontraba, a la misma altura y el del incisivo lateral era ligeramente coronal.

La sonrisa de la paciente mostraba recesión gingival y malposición de los dientes en el canino derecho maxilar y alteración de la erupción pasiva en los incisivos derechos (figura 1). El diagnóstico clínico fue una recesión gingival de clase I de Miller, de 2 mm en el canino derecho⁹, junto con una alteración de la erupción pasiva de tipo 1 en los incisivos derechos¹⁰. En el lado contralateral era evidente una cantidad mínima de exposición gingival (figura 1).



Figura 2 (superior) Para corregir la alteración de la erupción pasiva de los incisivos derechos, se planificó un colgajo de reposición apical. La posición de la incisión extrasulcular se correspondió con la longitud de las coronas anatómicas de los incisivos izquierdos.

Figura 3 (derecha) Medición de la longitud de la corona anatómica (LC), profundidad del sondaje (PD) y cantidad de tejido supraalveolar (ST) del incisivo lateral izquierdo.

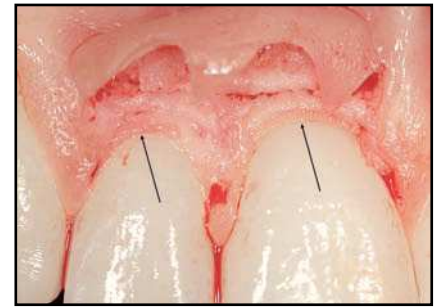
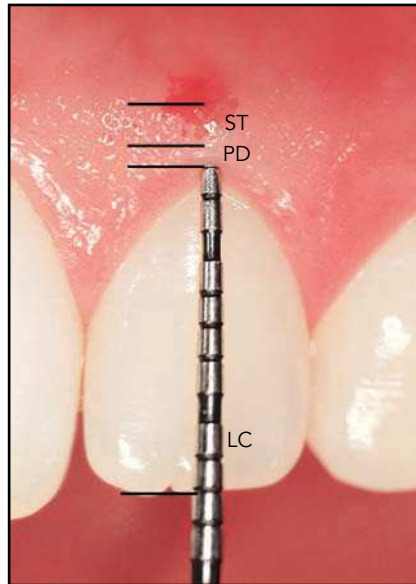


Figura 4 Medición intraquirúrgica de la distancia entre la cresta ósea y la unión amelocementaria de los incisivos derechos (< 1 mm).

La paciente consideraba que su sonrisa era atractiva en el lado izquierdo pero inestética en el derecho. Su solicitud era restaurar una sonrisa atractiva con una armonía estética pero la paciente no aceptaba tratamiento de ortodoncia para corregir la malposición del canino derecho.

Plan quirúrgico

Después del examen clínico, se propuso el plan de tratamiento siguiente: corrección quirúrgica de la alteración de la erupción pasiva de los incisivos derechos, seguida de un

procedimiento de cubrimiento radicular, enameloplastia y restauración directa con resina composite del canino derecho. La paciente aceptó este plan de tratamiento.

Tratamiento quirúrgico

El primer procedimiento quirúrgico fue un colgajo de reposición apical en los incisivos derechos para corregir la alteración de la erupción pasiva (figura 2). Se efectuó un cuidadoso plan de incisiones quirúrgicas usando como guía quirúrgica los incisivos izquierdos. En estos dientes se midió la longitud de la corona

anatómica y la profundidad del sondaje bucal medio (figura 3). Además, en el punto bucal medio, después de la administración de anestesia local, para valorar la cantidad de tejido supraalveolar en los incisivos izquierdos, se efectuó un sondaje óseo delicado (figura 3). La longitud de las coronas anatómicas (11 mm para el incisivo central y 9 mm para el lateral) se utilizó para posicionar una incisión extrasulcular en los incisivos derechos. Para aumentar la flexibilidad del colgajo se usaron dos descargas verticales. Acto seguido, se elevó un colgajo de espesor total y se despegó con cuidado un colgajo secundario. La determinación intra-



Figura 5 Grado de resección ósea en los incisivos derechos correspondiente a la cantidad de tejido supraalveolar y profundidad del sondaje bucal en los incisivos izquierdos (2 mm).



Figura 6 Recesión gingival basal del canino derecho.

quirúrgica de la distancia entre la cresta ósea y la unión amelocementaria en los incisivos derechos fue de menos de 1 mm (figura 4), lo que dio lugar a una subclasificación de un tipo I-B de la erupción pasiva alterada.

Tuvimos la precaución de preservar por completo y minimizar el traumatismo quirúrgico en la papila interdental entre los incisivos derechos. Acto seguido se efectuó una cuidadosa resección ósea para crear

un perfil óseo festoneado en estos dientes. La cantidad de resección ósea correspondió a la cantidad de tejido supraalveolar más la profundidad del sondaje bucal, evaluada por medio del sondaje óseo en los incisivos izquierdos (2 mm cada uno) (figura 5). Acto seguido se suturó el colgajo al nivel preestablecido.

La paciente recibió tratamiento analgésico apropiado y se le recomendó que evitara los traumatismos

o el cepillado de los dientes durante dos semanas en el lugar de la cirugía; se prescribió un colutorio de clorhexidina al 0,12 % y los puntos de sutura se retiraron después de 7 días, obteniéndose una curación sin incidentes.

Al cabo de 6 semanas del primer procedimiento quirúrgico, se efectuó un procedimiento de colgajo coronalmente avanzado para el recubrimiento de la recesión gingival en

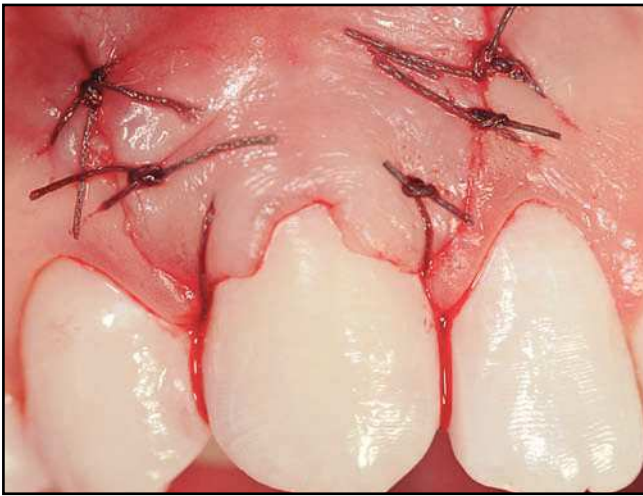


Figura 7 Se efectuó un procedimiento de colgajo avanzado coronalmente para corregir la recesión gingival.



Figura 8 Al cabo de 6 meses de la cirugía, se usó una ameloplastia y restauración directa con composite para modelar la forma del diente.



Figura 9 Alineación final del margen gingival en los incisivos maxilares.



Figura 10 Sonrisa de la paciente a los 6 meses del último procedimiento quirúrgico.

el canino derecho (figura 6). Se elevó un colgajo trapezoidal de todo el espesor y se suturó coronalmente a la unión amelocementaria (figura 7). Los procedimientos posquirúrgicos fueron similares a los descritos para el primero. A las 4 semanas de la cirugía, se efectuó una ameloplastia para reducir la convexidad de la corona y la cúspide del diente. Además, para modelar la forma del diente se usó una restauración

directa con resina compuesta. La curación final se produjo sin incidentes (figura 8).

A los 6 meses del último procedimiento quirúrgico, se efectuó una valoración final. Los incisivos derechos mostraban una longitud anatómica de la corona similar a la de los izquierdos, con profundidades de sondaje mínimas (figura 9). En el canino derecho, la recesión gingival se había cubierto por completo (figu-

ra 8); el cenit del contorno gingival era similar al del canino izquierdo. Se habían corregido la recesión gingival, la asimetría gingival y la malposición dental. La paciente mostraba una sonrisa estéticamente atractiva y se mostró satisfecha con el resultado final del tratamiento (figura 10).

Discusión

Las preocupaciones estéticas originan peticiones habituales de tratamiento en la práctica diaria. En este artículo se describe el caso clínico de una erupción pasiva alterada y una recesión gingival que dieron lugar a asimetría gingival en los dientes naturales de una paciente exigente desde un punto de vista estético. Se aplicó un tratamiento quirúrgico combinado para restaurar una sonrisa estética. Primero se usó un colgajo de reposición apical con cirugía resectiva ósea para corregir la erupción pasiva alterada de los incisivos derechos, al mismo tiempo que se efectuaba un procedimiento de colgajo avanzado coronalmente para el cubrimiento de la recesión gingival en el canino derecho. Además, en el canino derecho se aplicó una ligera enameloplastia con restauración directa con resina composite para mimetizar mejor la forma del diente y la posición del izquierdo.

La exposición de más de 2 mm de tejido gingival apical a la unión amelocementaria en los dientes anteriores representa una preocupación estética y puede traducirse en un tratamiento quirúrgico¹¹. Este proceso se observa frecuentemente

junto con una erupción pasiva alterada del diente, que da lugar a una cantidad excesiva de corona anatómica cubierta por la encía¹⁰. Los casos más graves pueden asociarse con el crecimiento excesivo de la base ósea maxilar^{10,11}. En este caso clínico, la erupción pasiva alterada tratada en los incisivos derechos se clasificó como tipo I-B¹⁰. En este proceso, la distancia entre la unión amelocementaria y la cresta ósea es de menos de 1 mm, lo que, por tanto, reduce el espacio para la inserción de las fibras de tejido conectivo. El tratamiento sugerido es un colgajo de posición apical con resección ósea para restaurar tanto la silueta de la encía y los dientes como el espacio biológico¹¹. Por otra parte, los estudios clínicos^{12,13} mostraron que el espacio biológico puede variar ampliamente entre diferentes pacientes, con una cantidad de tejido supraalveolar que varía a partir de los 2,73 mm de referencia descritos por Gargiulo¹⁴. Además, la cantidad de tejido supraalveolar también puede diferir en el mismo paciente en diferentes lugares, originándose diferencias significativas cuando se comparan los tipos de dientes (anteriores comparados con posteriores) o las superficies dentales (vestibulares/linguales comparadas con interproximales)¹³. Por lo tanto, la valoración del tejido supraalveolar a través de un sondaje óseo del diente correspondiente puede ser una estrategia eficaz para determinar el grado de resección ósea, lo que permite la formación del espacio biológico y un margen gingival estable después de un pro-

cedimiento de alargamiento coronal¹⁵. Con este objetivo en mente, en el caso clínico presentado se usó la longitud anatómica de las coronas de los incisivos izquierdos para posicionar una incisión extrasulcular en la derecha. Además, se efectuó un delicado sondaje óseo en el punto bucal medio para valorar la cantidad de tejido supraalveolar de los incisivos izquierdos sin erupción pasiva alterada, ya que la paciente consideraba que estos dientes eran atractivos desde un punto de vista estético. Esta estrategia guió un procedimiento quirúrgico difícil en los dientes naturales anteriores. En realidad, una cantidad excesiva de resección ósea podría haber provocado una recesión gingival, al mismo tiempo que una resección ósea mínima sólo habría producido una resolución parcial de la erupción pasiva alterada. En ambos casos, la paciente habría considerado un fracaso el tratamiento.

El cubrimiento radicular del canino derecho maxilar se obtuvo satisfactoriamente por medio de un procedimiento de colgajo avanzado coronalmente. En una revisión sistemática reciente se confirmó la seguridad de este procedimiento y su fiabilidad en la cirugía plástica periodontal asociándose con una disminución media significativa de recesión y, con frecuencia, con un cubrimiento radicular completo¹⁶. En la práctica actual, el patrón oro se considera el cubrimiento radicular completo, junto con la integración del tejido blando con el tejido adyacente¹⁷. En este caso, se obtuvo un cubrimiento completo del defecto de recesión con una integración cro-

mática entre el tejido blando adyacente y una profundidad de sonda mínima (fig. 8).

Conclusión

El caso clínico presentado demuestra que en los dientes naturales puede restaurarse por completo una sonrisa atractiva desde un punto de vista estético usando un tratamiento quirúrgico combinado con cirugía resectiva ósea y un procedimiento de colgajo avanzado coronalmente.

Bibliografía

1. Tjan AH, Miller GD, The JG. Some esthetic factors in a smile. *J Prosthet Dent* 1984; 51:24–28.
2. Dunn WJ, Murchison DF, Broome JC. Esthetics: Patients' perceptions of dental attractiveness. *J Prosthodont* 1996;5: 166–171.
3. Belser UC. Esthetic checklist for the fixed prosthesis. Part II. Biscuit-bake try-in. In: Schärer P, Rinn LA, Kopp FR (eds). *Esthetic Guidelines for Restorative Dentistry*. Chicago: Quintessence, 1982:188–192.
4. Magne P, Magne M, Belser U. Natural and restorative oral esthetics. Part I: Rationale and basic strategies for successful esthetic rehabilitations. *J Esthet Dent* 1993;5: 161–173.
5. Magne P, Belser U. Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition: A Biomimetic Approach. Chicago: Quintessence, 2002.
6. Kois JC. The restorative-periodontal interface: Biological parameters. *Periodontol* 2000 1996;11:29–38.
7. Silvestri M, Silvestri E, Passaler L. Periodontal and prosthetic restoration of the anterior maxilla: A case report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2006;26: 233–237.
8. Prato GP, Clauser C, Cortellini P. Periodontal plastic and mucogingival surgery. *Periodontol* 2000 1995;9:90–105.
9. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985;5:8–13.
10. Coslet JG, Vanarsdall R, Weisgold A. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *Alpha Omegan* 1977;70: 24–28.
11. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: Diagnosis and treatment. *Periodontol* 2000 1996;11:18–28.
12. Vacek JS, Gher ME, Assad DA, Richardson AC, Giambarelli LI. The dimensions of the human dentogingival junction. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994;14: 154–165.
13. Perez JR, Smukler H, Nunn ME. Clinical dimensions of the supraosseous gingivae in healthy periodontium. *J Periodontol* 2008;79:2267–2272.
14. Gargiulo AW. Dimensions and relations of the dentogingival junctions in humans. *J Periodontol* 1961;32:261–267.
15. Perez JR, Smukler H, Nunn ME. Clinical evaluation of the supraosseous gingivae before and after crown lengthening. *J Periodontol* 2007;78:1023–1030.
16. Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: A systematic review. *J Clin Periodontol* 2008;35(8 suppl): 136–162.
17. Cairo F, Rotundo R, Miller PD, Pini Prato GP. Root coverage esthetic score: A system to evaluate the esthetic outcome of the treatment of gingival recession through evaluation of clinical cases. *J Periodontol* 2009;80:705–710.