

Mucograft® como alternativa al injerto de tejido conectivo en el tratamiento de recesiones bilaterales



Dr. Francisco M. Rodríguez Escudero

Médico Odontólogo (UCM) (US)
 Doctor en Odontología(UCM)
 Magister en Periodoncia (UCM)
 Director Médico Me Encanta mi Dentista,SLP en Madrid

En la actualidad hay diferentes técnicas para el recubrimiento de las recesiones, como los colgajos de reposición coronal, técnica túnel, injertos de conectivo libre o subepitelial siendo el tejido conectivo autólogo con o sin recubrimiento la técnica de elección. El uso de los injertos de conectivo implican un segundo campo quirúrgico con las consiguientes molestias postoperatorias en la zona palatina. Con biomateriales, como las matrices colágenas tridimensionales, conseguimos resultados parecidos tanto en aumento de recubrimiento radicular como en encía insertada, permitiéndonos mejorar el biotipo gingival.

Esta matriz tiene dos capas, una capa densa que da más estabilidad y nos permite fijarla con sutura. La segunda capa es porosa y está en contacto con la raíz. Esta capa porosa se coloniza lateralmente por los vasos sanguíneos y va aumentando de volumen al rellenarse de sangre.

La matriz hay que manejarla en seco y debe asentar sobre el límite amelocementario. El colgajo debe cubrir

2 ó 3 milímetros más de la matriz. La sutura debe presionar sobre el esmalte y no sobre la matriz, dejando que la parte porosa permita que se acumule sangre. Para la viabilidad del biomaterial es fundamental la falta de movilidad del colgajo. El Mucograft® se reabsorbe entre los 15 y 20 días, apareciendo una ligera inflamación a los 30 días ya que es un tejido inmaduro y no debe cepillarse hasta las 6 semanas. A los 3 meses el tejido ya es maduro con la aparición de rete pegs.

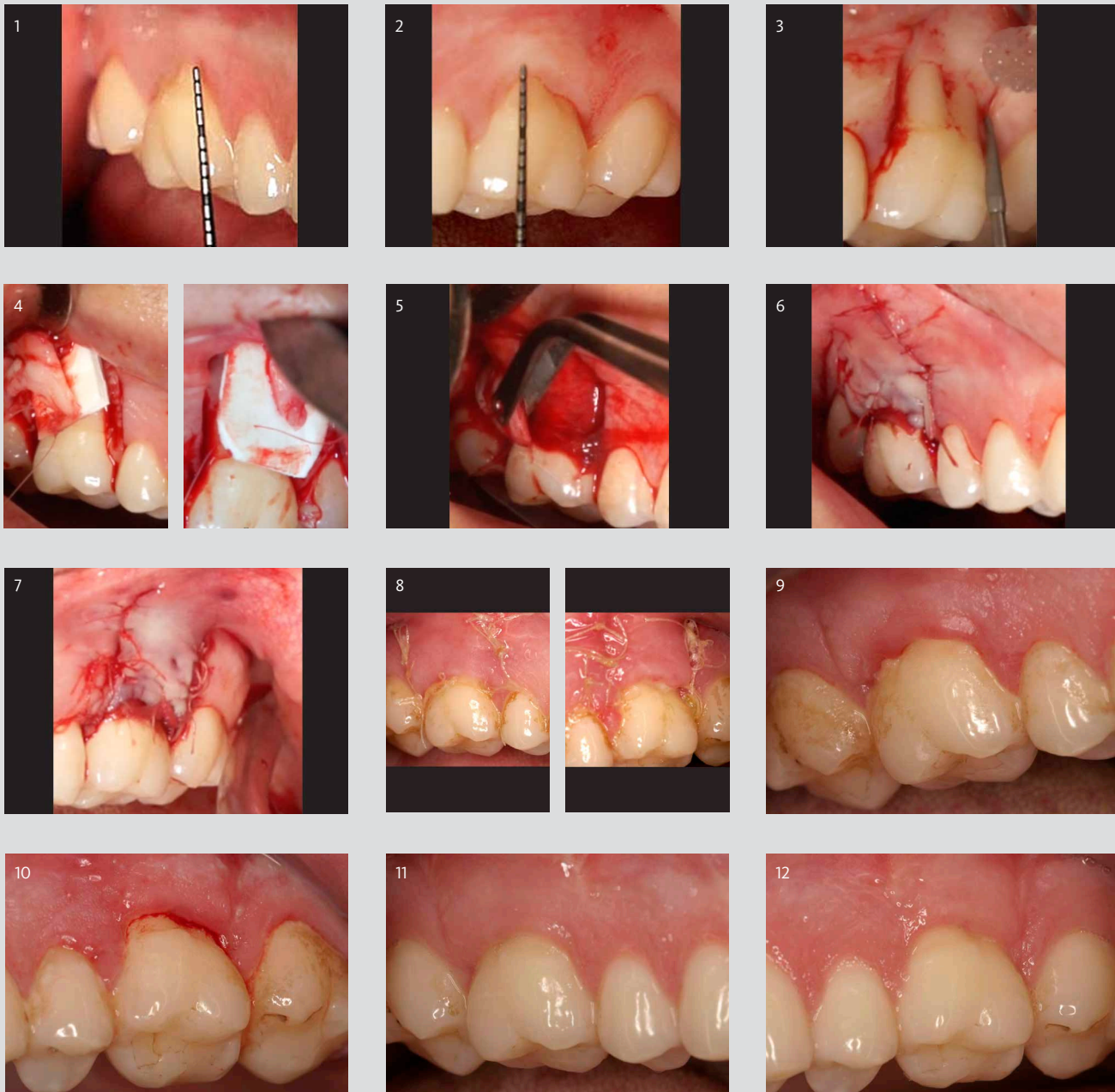
Este paciente nos consultó la posibilidad de cubrir sus recesiones sin injerto de conectivo y solucionaran su hipersensibilidad.

En este caso, presentamos a un paciente joven con recesiones bilaterales en primeros molares superiores producidos por traumatismo de cepillado y con gran sensibilidad dental.

Una vez corregida su técnica de cepillado se plantea al paciente técnicas de recubrimiento radicular, una con injerto de conectivo y otra con el uso de matrices colágenas Mucograft®. Una

vez explicado al paciente los pros y los contras de ambas técnicas, el paciente se decidió por el uso de matrices colágenas. Se realizan colgajos de Langer y Langer modificados en 1.6 y 2.6. En la secuencia fotográfica se ve el procedimiento quirúrgico y el seguimiento del caso a los diez días, al mes y al año, comprobando la estabilidad y aumento del volumen de tejido.

CASO



1. Situación inicial con medida de la recesión en 1.6 y con 2 mm de encía insertada.
2. Situación inicial con medida de la recesión en 2.6 más acusada en mesiovestibular.
3. Eliminación del cemento contaminado con medios mecánicos en 1.6 y 2.6.
4. Fijación del Mucograft® a 1.6 y 2.6 cubriendo completamente la recesión. Siempre la parte esponjosa hacia la raíz.
5. Vemos la membrana embebida de sangre y con aumento de volumen.
6. Reposición coronal del colgajo con desepitelización de las papilas en 1.6.
7. Reposición coronal del colgajo con cobertura total de la membrana, que tiene que estar sobre el límite amelocementario 2.6.
8. Cicatrización del colgajo a los 10 días y con control químico de placa.
9. Cicatrización al mes de la cirugía mucogingival de 1.6, con control químico de placa.
10. Cicatrización al mes donde observamos una ligera inflamación por la falta de madurez del tejido. Comienza el control mecánico de placa a las 6 semanas.
11. Resultado a los 12 meses de la cirugía en 1.6. Perfecta integración y recubrimiento de la recesión.
12. Resultado a los 12 meses de la cirugía en 2.6. Perfecta integración, aumento de volumen del tejido y recesión residual de 1mm.