

# Cirugía plástica gingival

**Dr. Marcos Di Pascua D'Angelo**

*Doctor en Odontología*

*Especialista en Implantología Oral*

*Residente de Cirugía y Traumatología Buco Máxilo Facial*

*Universidad de la República.*

*Magister en Dirección de Empresas de Salud IEEM*

*Universidad de Montevideo. Uruguay.*

*Director de Clínica Di Pascua*



**Resumen.** En la actualidad, las especialidades odontológicas como la periodoncia y la cirugía oral, se encargan de los tratamientos quirúrgicos de defectos en la encía y la mucosa oral para corregir y armonizar estética y funcionalmente la boca y la sonrisa de los pacientes.

En este artículo se resumen todas las técnicas y herramientas quirúrgicas para la resolución de estos defectos mucogingivales.

**Abstract.** At present, dental specialties such as periodontics and oral surgery are responsible for the surgical treatment of defects in the gum and oral mucosa to correct and harmonize the mouth and smile of the patients aesthetically and functionally.

This article summarizes all surgical techniques and tools for the resolution of these mucogingival defects.

**Palabras clave:** cirugía plástica gingival, recesiones gingivales, frenectomía, sonrisa gingival.

**Key words:** gingival plasticsurgery, gingival recessions, frenectomy, gumsmile.

## Introducción

Las alteraciones de los tejidos periodontales: *encía, hueso alveolar y cemento radicular*, en distintas ocasiones se interponen y dificultan tratamientos rehabilitadores de la odontología como ortodoncia o prótesis, favoreciendo también el acumulo de placa y, por tanto, la inflamación de los tejidos gingivales. Adicionalmente, suponen un problema estético para la sonrisa del paciente.

La terapia quirúrgica periodontal o mucogingival consiste en tratamientos quirúrgicos destinados a la corrección de defectos morfológicos, de posición o de cantidad de tejidos blandos y hueso alveolar subyacente a las piezas dentarias e implantes osteointegrados.

En 1993 el Dr. Miller<sup>(1)</sup> los definió como "*procedimientos quirúrgicos realizados para prevenir o corregir los defectos anatómicos, del desarrollo, traumáticos o debido a otras enfermedades de la encía, la mucosa alveolar y el tejido óseo*".

Estos procedimientos quirúrgicos incluyen una variedad de tratamientos tales como:

- el aumento gingival,
- recubrimiento radicular,
- alargamiento coronario,

- preservación gingival en erupciones ectópicas,
- eliminación de frenillos linguales cortos,
- eliminación de frenillos labiales de inserción alta,
- corrección de los defectos mucosos vecinos a implantes dentales,
- prevención del colapso alveolar asociado a la extracción dentaria,
- aumento de tejido en un tramo edéntulo,
- tratamiento de la sonrisa gingival,
- exposición de un diente no erupcionado,
- correcciones en la coloración gingival,
- reconstrucción de la papila interdental y
- reposicionamiento labial superior.

## Conceptos generales de estética gingival

Referirse a la **estética en periodoncia**, es referirse a que por medio de procedimientos clínicos y quirúrgicos, la encía esté lo más saludable y armoniosa posible, puesto que es el "*marco*" de la estética dental, fundamental para lograr una "*sonrisa perfecta*".

Los tres componentes básicos de una sonrisa son:

- las piezas dentarias,
- los labios y
- el periodonto.

E-mail: [info@doctordipascua.com](mailto:info@doctordipascua.com)



Figura 1 Línea de la sonrisa.



Figura 2 Sonrisa alta.



Figura 3 Sonrisa media.



Figura 4 Sonrisa baja.

Las tres estructuras deben compartir y respetar diferentes patrones estéticos para un resultado armónico y agradable.

Como parámetros estéticos existe la **línea de la sonrisa** que se define como una línea hipotética trazada a lo largo de los bordes incisales de los dientes ántero superiores, que debe coincidir o correr paralela a la curvatura del borde interno del labio inferior<sup>(2)</sup> (ver figura 1).

Se denomina **sonrisa alta**, a aquella donde el paciente en sonrisa máxima muestra los dientes y el área gingival. Cuando es mayor de 3 mm, tenemos una "sonrisa gingival", que puede requerir corrección quirúrgica (ver figura 2).

En la **sonrisa media**, el paciente muestra en sonrisa máxima, parte de los dientes y la encía interproximal, prácticamente sin mostrar piezas dentales inferiores. Este tipo de sonrisa es la más estética (ver figura 3)

**Sonrisa baja** es donde el paciente en sonrisa máxima sólo muestra el tercio incisal de las piezas antero superiores<sup>(3)</sup> (ver figura 4).

Un parámetro estético gingival a estudiar en cada paciente es el **cénit**, que lo podemos definir como el punto más apical de la encía marginal libre en relación con el eje vertical del diente, donde en los incisivos centrales y los caninos superiores se encuentra más apical que en los incisivos laterales superiores (ver figura 5).

El **cénit** puede verse comprometido por restauraciones y prótesis iatrogénicas, pero puede y debe ser reintegrado por medio de una correcta odontología restauradora y principalmente por cirugía plástica periodontal<sup>(4)</sup>.



Figura 5 Cénit gingival.



Figura 6 Hiperplasia gingival generalizada.



Figuras 7 y 8 Hiperplasia gingival generalizada y su tratamiento.

### Agrandamientos gingivales

El aumento de volumen de tejido gingival es debido al aumento de estroma y no al número de células (ver figura 6). Puede ser generalizado, localizado, marginal o papilar y es provocado por diferentes factores como una gingivitis sostenida por mucho tiempo, toma de ciertos medicamentos como inmunosupresores, antihipertensivos y anticonvulsivantes, factores sistémicos como el embarazo y pacientes respiradores bucales (ver figuras 7 y 8).

Su tratamiento consiste en una cirugía resectiva que elimina el tejido sobrante<sup>(5)</sup> (ver figuras 9 y 10).

### Eliminación de frenillos y bridas con inserción alta

La existencia de frenillos anómalos puede provocar diastemas (*espacios*) entre los dientes anteriores y limitar la movilidad del labio o la lengua. Para estas situaciones, la liberación del frenillo está indicada a través de una frenectomía (ver figura 11).

La técnica quirúrgica a aplicar se relaciona a las características clínicas, por ejemplo el colgajo romboidal o en diamante, técnica de reposición apical del colgajo, zetaplastia del frenillo y la utilización del láser como elemento de corte y hemostasia (ver figura 12 a 16).

La **anquiloglosia** es una anomalía presente desde el nacimiento, en el que la membrana que une la lengua al piso de la boca (*frenillo lingual*) es demasiado corta, impidiendo que la lengua sobresalga y tenga movilidad normal.



Figuras 9 y 10 Hiperplasia gingival localizada.



Figura 11 Frenillo labial superior de inserción alta.



Figs. 12 a 16 Técnica quirúrgica de eliminación del frenillo labial superior.

Esta anomalía dificulta la succión al pecho materno del recién nacido, y es uno de los motivos que, si no se corrige precozmente, lleva al fracaso de la lactancia materna (ver figura 17 y 18). Puede generar dificultades en el habla, por problemas de articulación de los sonidos que requieren la elevación de la lengua (ver figuras 19 a 24). También puede interferir con una deglución normal evitando que la lengua entre en contacto con el techo de la boca<sup>(6)</sup>.

### Aumento del reborde edéntulo

El reborde alveolar puede estar deformado como resultado de extracciones dentales, enfermedad periodontal avanzada o formación de abscesos y quistes.

Los defectos pueden implicar pérdida de la dimensión vestibulolingual, apicocoronaria o ambas.

Los procedimientos que corrigen estas deformidades abarcan injertos de tejido blando (*libre o pediculado*) y tejido óseo.

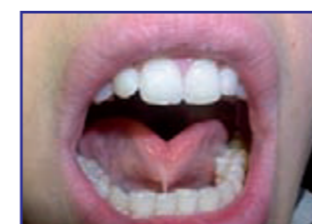


Figura 17 Frenillo lingual corto en niño.

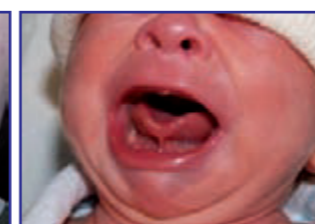
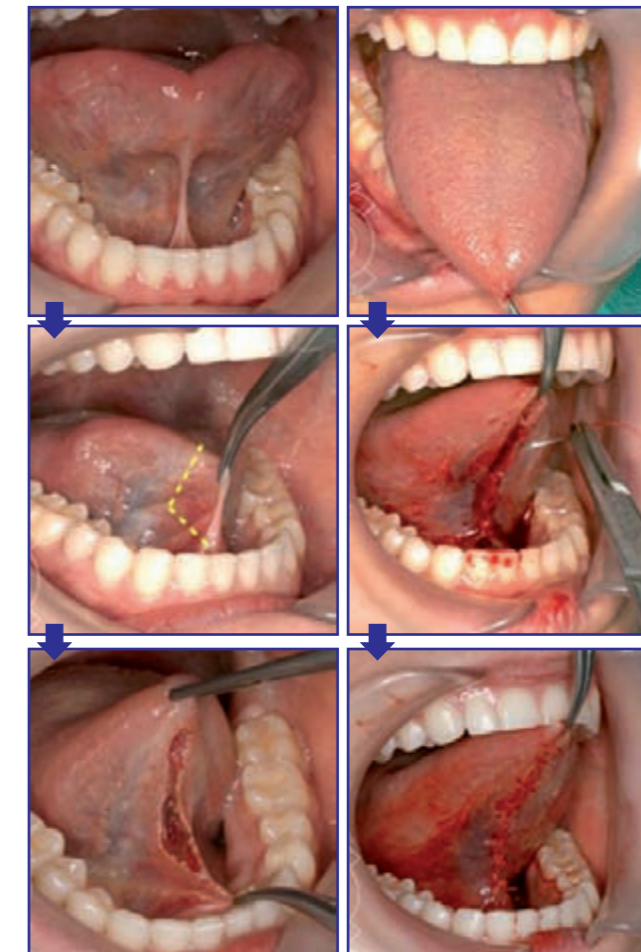


Figura 18 Frenillo lingual corto en el recién nacido.



Figs. 19 a 24 Técnica quirúrgica de eliminación del frenillo lingual corto.

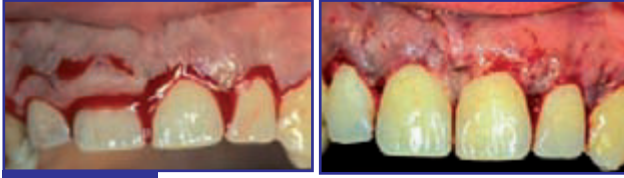
### Alargamiento coronario, gingivectomía y gingivoplastia

El aumento de la corona clínica en cirugía plástica periodontal está fundamentalmente indicado para corregir anomalías estéticas en las piezas dentarias del sector anterior que no han erupcionado completamente y se ven cortas o tienen márgenes irregulares.

También recurrimos a la cirugía plástica para exponer tejido dentario sano en piezas dentarias que están muy dañadas y deben ser reconstruidas (ver figuras 25 y 26). La técnica reduce la cantidad de encía expuesta alterando de manera favorable, la configuración y forma de los dientes anteriores.



Figs. 25 y 26 Gingivoplastia antes y después del tratamiento.



**Figs. 27 y 28** Tratamiento quirúrgico de la gingivectomía.

Para la correcta planificación de la cirugía de alargamiento coronario debemos realizar un minucioso estudio individualizado las relaciones entre la corona clínica, la corona dentaria, la raíz, el hueso alveolar y el biotipo periodontal.

La *gingivectomía* es la eliminación de tejido gingival con el propósito de eliminar o reducir la bolsa periodontal.

La *gingivoplastia* es la remodelación de la encía para conseguir un contorno más fisiológico y eliminar defectos gingivales<sup>(7)</sup> (ver figuras 27 y 28).

### Cubrimiento de raíces expuestas e implantes con injertos libres

Corresponde a la exposición oral de la superficie radicular, provocada por el dislocamiento del margen

gingival en sentido apical a la unión amelocementaria. Frecuentemente está relacionado con un detrimento de la estética dental y gingival, así como hipersensibilidad dentinaria (ver figura 29).

El diente se vuelve más sensible al frío y corre riesgo de tener caries radicular. Es frecuente que con el tiempo aumenten de tamaño y comprometan a dientes vecinos.

Entre las causas más frecuentes tenemos:

- cepillado traumático,
- inflamación gingival sostenida,
- alteración de la oclusión,
- bruxismo y
- movimientos ortodónticos iatrogénicos.

Estos factores se asocian a un tipo de encía muy delgada.

### Recesiones. Clasificación

**Clase I:** equivaldría a una recesión de tejido marginal que no se extiende hasta la línea mucogingival, y en la que no existe pérdida ósea ni tejido blando interdental (ver figura 30).

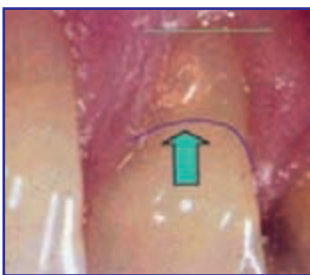
**Clase II:** corresponde a las recesiones de tejido marginal que sí se extienden o exceden de la línea mucogingival, y en la que no existe pérdida ósea ni tejido blando interdental (ver figura 31).

**Clase III:** recesión de tejido marginal que alcanza o sobrepasa la línea mucogingival, existiendo afectación del hueso interproximal o de la papila (ver figura 32).

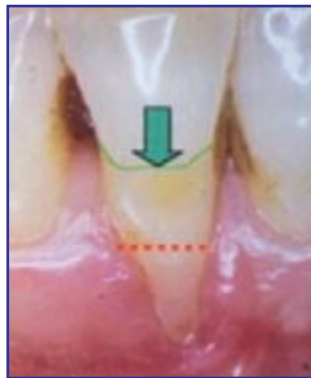
**Clase IV:** recesión de tejido marginal que alcanza o sobrepasa la línea mucogingival, existiendo afectación del hueso interproximal y de la papila<sup>(8)</sup> (ver figura 33).



**Figura 29** Recesiones gingivales generalizadas.



**Figura 30** Clase I de Miller.



**Figura 32** Clase III de Miller.



**Figura 31** Clase II de Miller.



**Figura 33** Clase IV de Miller.

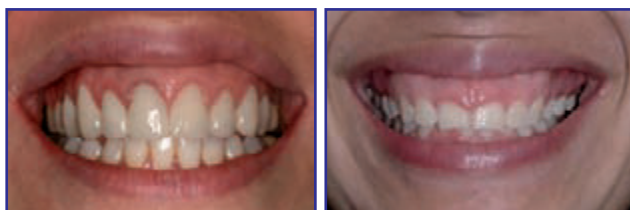


**Figs. 34 a 39**

Toma de injerto conjunto de paladar para recubrimiento radicular en zona de sensibilidad.<sup>10</sup>



**Figs. 40 y 41** Sonrisas gingivales extremadamente altas.



**Figs. 42 y 43** Tratamiento de gingivectomía, reposicionamiento labial superior y ácido hialurónico en labios.

El tratamiento consiste en eliminar el factor causal y realizar una cirugía plástica que consiste en la toma un injerto de encía (*habitualmente del paladar del paciente*) y su colocación en la superficie radicular. Con ello se recupera el tejido perdido en un alto porcentaje y aumenta el espesor de la encía<sup>(9)</sup> (*ver figuras 34 a 39*).

### Reposicionamiento labial superior

La exposición excesiva de la encía puede abordarse mediante varias modalidades terapéuticas, dependiendo del diagnóstico concreto.

El reposicionamiento labial superior se lleva a cabo mediante la eliminación de una cinta de mucosa del vestíbulo superior, y realizando la sutura posterior de la mucosa labial a la línea mucogingival<sup>(11)</sup> (*ver figuras 40 y 41*).

Esto da lugar a un vestíbulo más estrecho y a una restricción de la tracción muscular, lo que reduce la exposición gingival al sonreír (*ver figura 42 y 43*).

### Conclusiones

En 1993, Miller afirmó que la cirugía plástica periodontal era el término más apropiado para definir a la cirugía mucogingival descrita por Friedman en 1957, debido a que es un procedimiento quirúrgico que va más allá del tratamiento tradicional de los problemas relacionados con la cantidad de encía y recesiones gingivales. En este procedimiento se incluyen la corrección de la forma del reborde alveolar y la estética de los tejidos blandos.

Algunas de las consecuencias de las recesiones gingivales son la hipersensibilidad radicular, caries en el ámbito cervical, y el problema estético a causa de la exposición radicular.

Las técnicas utilizadas en cobertura radicular tienen como objetivo no solo cubrir la superficie radicular, sino también modificar el biotipo periodontal de la zona generando un aumento en grosor y altura de los tejidos blandos.

Gran parte de estas técnicas están condicionadas por la habilidad del operador y de los cuidados postoperatorios por parte del paciente.

Estos dos aspectos, así como un buen diagnóstico de la etiología, posibilidades quirúrgicas y pronóstico son esenciales para obtener un buen resultado funcional y estético, satisfaciendo la demanda del paciente a largo plazo.

**Recibido:** 27/01/2018  
**Aprobado:** 26/04/2018

### Bibliografía

1. Miller PD. Root cover age grafting for regeneration and aesthetics. *Periodontol* 2000. 1993 Feb;1:118-27.
2. Ker, A.J. et al., 2008. Esthetics and smile characteristics from the layperson's perspective: a computer-based survey study. *Journal of the American Dental Association*. 1939.
3. Blanco O. Solorzano A., 1999. Estética en Odontología, parte II Papel de los principios estéticos de la Odontología. *Acta Odontológica Venezolana*.
4. Hatjós J. A Beleza Natural dos Dentes Anteriores. São Paulo: Santos, 2008.
5. Atlas de las enfermedades de la mucosa oral (4.a ed). Barcelona: Salvat, 1986.
6. Cuestas Giselle, Demarchi Victoria, Martínez Corvalán María Pía, Razetti Juan, Boccio Carlos. Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños. *Arch. argent. pediatr.* 2013
7. Carranza F, Newman, Takei H. Principios generales de la cirugía periodontal. En: Carranza FA. *Periodontología clínica*. 9ª edición. México D.F.: McGraw Hill; 2003.
8. Lindhe J, Lang NP, Karring T. *Terapia mucogingival*. En: *Periodontología clínica e implantología odontológica*, 3.a ed. Editorial Panamericana.
9. The American Academy of Periodontology (US). Parameter on Mucogingival Conditions. *J Periodontol* 2000.
10. Zuchelli G, De Sanctus M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *J Periodontol*. 2000.
11. Chacón Martínez H., Castro Govea Y., Pérez Porras S., Vázquez Costilla O., González Cárdenas H.R., Mendoza Adam G. Simplificando el tratamiento quirúrgico de la sonrisa gingival. *Cir. plást. iberolatinoam*. 2011.