

# Mucosa de revestimiento y mucosa masticatoria

Horacio Cordero Soberanes\*

La cavidad bucal presenta problemas de origen múltiple: infecciones bucodentales (caries e infecciones periodontales), alteraciones del desarrollo, defectos anatómicos asociados al periodonto, tumoraciones, etcétera.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la caries y la enfermedad periodontal son las dos enfermedades infecciosas más prevalentes en los seres humanos,<sup>1</sup> por tanto, parece justificado que en la práctica diaria el odontólogo dedicado a la práctica general derive su esfuerzo de diagnóstico en estas dos formas de enfermedad. Es importante tomar en consideración que el complejo mucogingival con frecuencia está involucrado, por lo que debe tomar en cuenta para dar tratamiento o para establecer adecuadamente las necesidades del mismo y realizar la remisión del caso con un especialista.

El diagnóstico de los problemas que afectan los tejidos periodontales y de recubrimiento de los dientes involucra al menos, la evaluación clínica en combinación con la evaluación radiográfica.

Por lo anterior, la rutina de diagnóstico que debe realizar todo odontólogo, especialista o no, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Posterior a la elaboración de historia clínica y odontograma, se debe realizar la elaboración de un periodontograma.
- Contar con el instrumental de diagnóstico básico para definir la presencia de infecciones bucodentales o la presencia de enfermedades periodontales. Es importante incluir una sonda periodontal, Goldman-Fox/Williams, Hu-friedy, USA y un explorador de lesiones de furcación Periodontal explorer No. 3, Hu-friedy, USA (Figuras 1 y 2).
- Tener definidas teórica y clínicamente las patologías bucodentales más prevalentes en nuestra población (conocer tasas de prevalencia, bases patogénicas, características clínicas e histológicas y generalidades sobre su tratamiento); sobre todo, considerar de manera especial las que se hayan tomado como prioritarias en los rangos de competencia que se tomaron en cuenta en los programas de estudio establecidos por la universidad donde nos hayamos formado como profesionistas (rango de competencia teórico-práctico que podemos pretender dependiendo lo anterior).

• Incluir como complemento mínimo al diagnóstico clínico registros radiográficos dentoalveolares, tomando en consideración que los registros digitalizados son especialmente útiles.<sup>2</sup>

El diagnóstico periodontal es considerado como el hecho de etiquetar una condición o una enfermedad en el contexto bucodental y sistémico de una persona en particular.<sup>3</sup> En el caso de evaluar una condición mucogingival, la base teórica y la experiencia clínica servirán como guía para que a partir de signos y síntomas se logre una conclusión diagnóstica justificada y certera, la cual nos apoyará en la toma de una decisión terapéutica adecuada (Figura 3).

La aplicación correcta de los instrumentos de diagnóstico y la interpretación de datos adecuada permitirá al profesional y al paciente definir los siguientes cuestionamientos importantes, previamente a la toma de decisiones:

1. Según la conclusión diagnóstica, ¿es conveniente remitir al paciente a un especialista con un rango de competencia suficiente como para resolver el problema de manera adecuada?
2. ¿Qué puede suceder si el problema se deja sin resolver?
3. ¿Cuáles son las opciones de tratamiento?
4. ¿Cuál es la mejor opción de tratamiento?
5. ¿Qué se espera del tratamiento y cuál es el pronóstico?
6. Anticipadamente, ¿cuáles son los efectos colaterales esperados en el tratamiento?
7. ¿Es el tratamiento doloroso?
8. ¿Habrá defectos estéticos después del tratamiento?



Figura 1. Ausencia de encía insertada; puede estar asociada con lesiones de furcación.

Profesor titular de clínica integrada de periodoncia, Ciudad Universitaria, UNAM



Figura 2. Sonda Goldman-Fox, instrumento básico en el armamentario de diagnóstico de cualquier odontólogo. Se debe utilizar de manera rutinaria.



Figura 3. Datos que se obtienen regularmente en una evaluación clínica del complejo mucogingival.

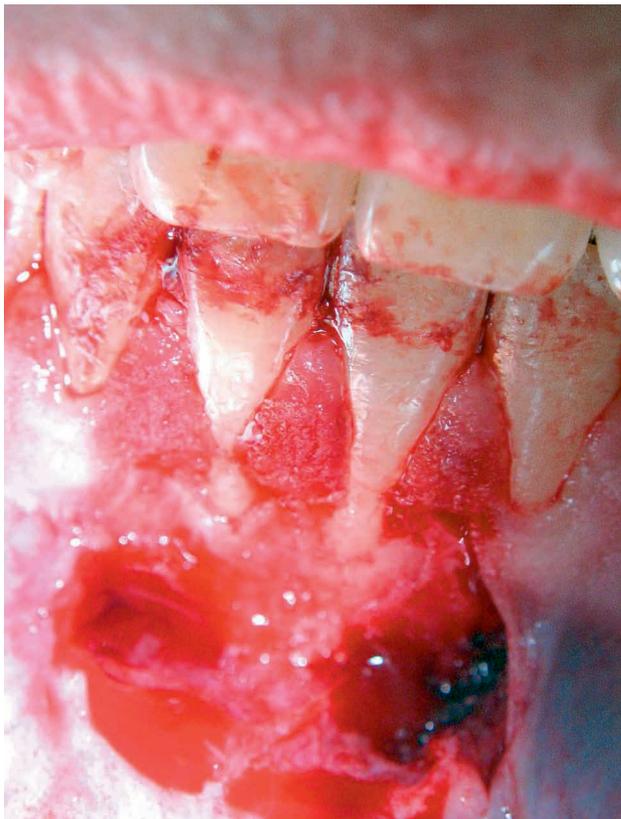


Figura 4. Levantamiento de colgajo en el vestibulo de los dientes 31 y 41. Este sitio presentó inflamación marginal con bolsas periodontales de 5mm de profundidad, recesión gingival y ausencia total de encía insertada.

## 9. ¿Cuál será el tiempo de tratamiento y el costo?<sup>4</sup>

Las alteraciones que afectan el complejo mucogingival involucran básicamente defectos anatómicos asociados con diferentes estructuras, ocasionalmente se asocian con procesos infecciosos como son las bolsas periodontales (véase la figura 4); por lo anterior, la corrección de los mismos es quirúrgica.

El registro de niveles de inserción es ineludible en esta situación.

Por ello, es conveniente mencionar definiciones relacionadas con los procedimientos quirúrgicos involucrados.

### Cirugía mucogingival

Son los procedimientos de cirugía plástica diseñados para corregir defectos en la morfología, posición y cantidad de encía alrededor de los dientes.<sup>5</sup>

### Cirugía plástica periodontal

Son los procedimientos quirúrgicos realizados para prevenir o corregir defectos anatómicos, de desarrollo, traumáticos, o inducidos por enfermedad que afecten la encía, la mucosa alveolar o los huesos.<sup>6</sup>

Los procedimientos relacionados con este tipo de cirugía se indican en las correcciones siguientes:

1. Aumento del reborde edéntulo.
2. Remoción de frenillo con inserción anómala.
3. Aumento del área del tejido queratinizado.
4. Cobertura radicular.
5. Corrección de defectos de la mucosa perimplantar.
6. Aumento estético de la corona clínica.
7. Correcciones en la coloración gingival.
8. Reconstrucción de la papila interdental.

El término terapia mucogingival, describe en general los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos para corregir defectos en la morfología, posición, y cantidad de tejido blando y soporte óseo de los dientes e implantes.<sup>6</sup>

Una de las unidades anatómicas importantes que se debe evaluar es el complejo mucogingival, el cual está constituido por las siguientes estructuras anatómicas:

1. Mucosa de recubrimiento en su totalidad.
2. Margen gingival y su posición relacionada desde un punto de vista vertical con la unión cemento-esmalte anatómica y el epitelio de unión.

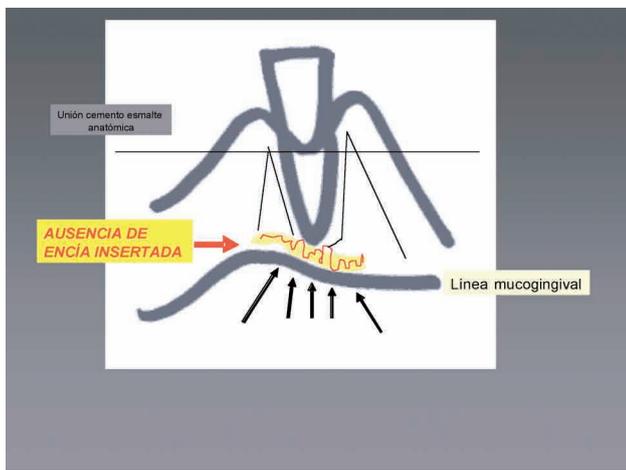


Figura 5. Estructuras anatómicas asociadas al complejo mucogingival. La línea mucogingival puede estar relacionada con una profundidad de vestibulo nula.

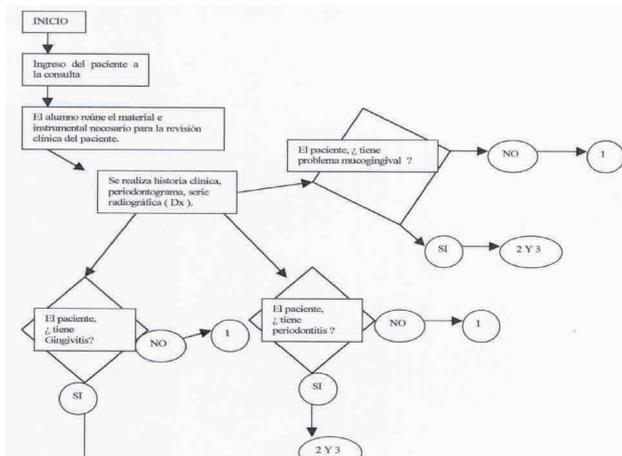


Figura 6. Ruta crítica que incluye decisiones de diagnóstico y tratamiento tomando en consideración los problemas infecciosos y las alteraciones mucogingivales.

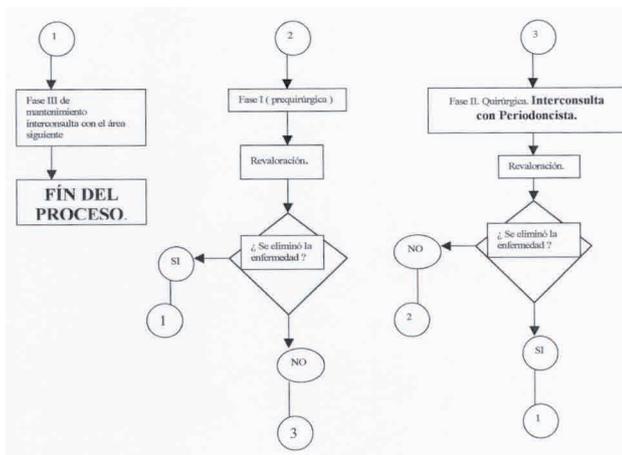


Figura 7. Ruta crítica que se aconseja seguir en la toma de decisiones de tratamiento.

3. Margen gingival y su relación con las estructuras anatómicas adyacentes: crestas óseas, encía insertada, frenillos, bolsas periodontales.
4. Margen gingival irritado, el cual puede estar relacionado con un proceso de recesión activa.
5. Grosos verticales de banda de encía insertada.
6. Profundidad de vestibulo reducido (Figura 5.)

Una vez que se logra llegar a una conclusión de diagnóstico es conveniente tomar en consideración la ruta crítica en la toma de decisiones diagnósticas y clínicas, considerando las tres fases de tratamiento periodontal:

Fase I. Prequirúrgica o higiénica.

Fase II. Correctiva o quirúrgica.

Fase III. Mantenimiento (Figuras 6 y 7).

Cuando hay problemas infecciosos combinados ocasionalmente se deben resolver de manera conjunta con las alteraciones mucogingivales en el mismo procedimiento quirúrgico.

Hay que tener presente que ocasionalmente pueden estar combinados aun cuando en apariencia sólo haya una alteración mucogingival.

En todos los pasos para tomar decisiones de tratamiento se debe tomar en consideración el grado de competencia personal, de manera importante en el paso número 3.

Los procedimientos que se llevan a cabo para resolver los problemas mucogingivales incluyen las siguientes opciones:

- Procedimientos para aumentar la banda de encía insertada.
- Colgajo reposicionado apicalmente de espesor parcial.
- Colgajos pediculados de espesor parcial y total: colgajo posicionado lateralmente, colgajo de doble papila, injerto de papilas múltiples, injerto pediculado de áreas edéntulas.
- Injertos gingivales libres.
- Injertos de tejido conjuntivo: injerto de tejido conjuntivo e injerto subepitelial de tejido conjuntivo.
- Cobertura radicular.
- Cirugía de frenillo.<sup>7</sup>

La terapia mucogingival se lleva a cabo quirúrgicamente. La necesidad de aumentar las bandas de encía insertada y la corrección de recesiones gingivales son las dos nece-

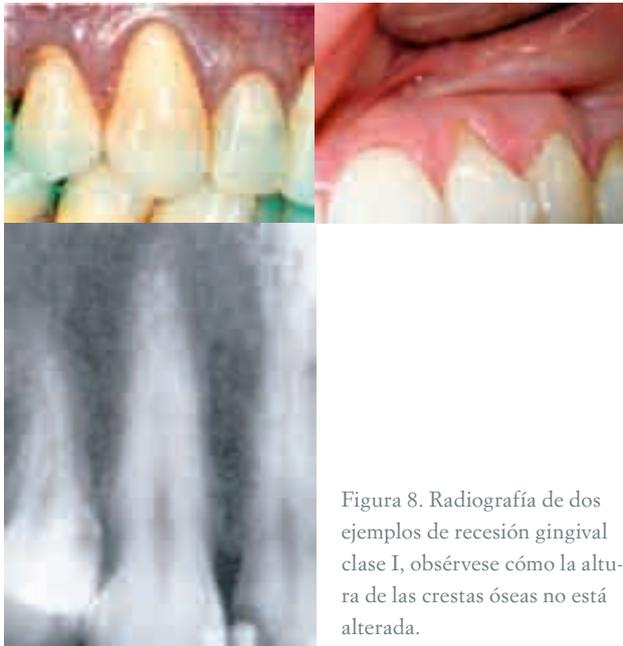


Figura 8. Radiografía de dos ejemplos de recesión gingival clase I, obsérvese cómo la altura de las crestas óseas no está alterada.

sidades de tratamiento que con frecuencia constituyen el objetivo primario basados en el diagnóstico cotidiano, sin embargo, la evaluación diagnóstica acuciosa y bien fundamentada es un requisito indispensable para decidir si se está en posibilidades de corregir el problema de manera personal o es necesario obtener apoyo de un especialista.

La fase de diagnóstico ineludiblemente involucra una base teórica extensa y sobre todo experiencia necesaria en el conocimiento teórico y clínico relacionado con las diferentes técnicas de tratamiento. Se han realizado múltiples evaluaciones clínicas relacionadas con las diferentes técnicas de cirugía mucogingival y se ha comprobado que efectivamente algunas ofrecen mejores resultados clínicos que otras, pero se menciona que hay una variación importante en los resultados, sobre todo cuando se toman en cuenta modificaciones clínicas que incluyen el grado de cobertura radicular, la ganancia en los rangos de inserción y los grosores de encía insertada.

Lo anterior parece estar relacionado tanto con el tipo de diagnóstico aplicado como con la elección adecuada de la técnica quirúrgica más efectiva tomando en cuenta el caso particular (hipersensibilidad dentinaria asociada con la recesión, estética y preferencias individuales del paciente relacionadas con cada uno de los procedimientos). Las variaciones en la efectividad de las técnicas no sólo están relacionadas con la realización de una buena técnica quirúrgica, los estudios clínicos tienen limitantes importantes si se comparan en un análisis estadístico general de los mismos.

Las técnicas que involucran autoinjertos han mostrado cierta superioridad con el resto de las mismas. Los autoinjertos gingivales libres y desplazados se pueden considerar las técnicas básicas en el desarrollo de toda la cirugía mucogingival, por ello es conveniente conocerlas a profundidad.<sup>8</sup>

La evaluación clínica de las bandas de encía insertada y la clasificación clínica de las recesiones gingivales son dos conceptos básicos en el diagnóstico.

Tomando en cuenta las posibilidades de cobertura que se pueden lograr, Miller en 1985 publicó la siguiente clasificación de las recesiones gingivales:<sup>9</sup>

### Clase I

El tejido marginal no llega a la línea mucogingival y no hay deterioro de las crestas óseas interdetales ni de el tejido interdental, por tanto, se puede esperar un 100% en la cobertura radicular (Figura 8).

### Clase II

El margen de la recesión gingival llega a la línea mucogingival o la puede rebasar, no hay deterioro de las crestas óseas y del margen interdental por lo que se puede esperar 100 % en la cobertura radicular (Figura 9).



Figura 9. Ejemplo de recesión gingival clase II. Obsérvese cómo aunque la extensión apical de la recesión rebasa la línea mucogingival, la altura de las crestas óseas permanece inalterada.

### Clase III

El margen de la recesión gingival llega a la línea mucogingival o la puede rebasar, hay deterioro de las crestas óseas y el límite coronal de las papilas interdentes se encuentra en una posición apical en relación con la unión cemento-esmalte anatómica. La cobertura radicular se puede ver limitada (Figura 10).

### Clase IV

El margen de la recesión gingival llega a la línea mucogingival o la puede rebasar, hay deterioro de las crestas óseas y el límite coronal de las papilas interdentes se encuentra en una posición apical en relación con la unión cemento-esmalte anatómica, incluso el deterioro de los tejidos interdentes puede ser apical a la extensión de la recesión. No es posible esperar una cobertura radicular (Figura 11). 

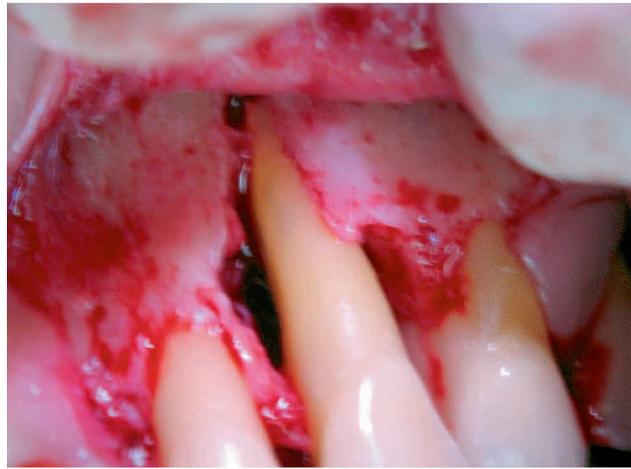


Figura 11.



Figura 10. Ejemplo de recesión gingival clase III. En la radiografía se puede observar la alteración en la altura de la cresta ósea mesial. La cobertura radicular coronaria se ve limitada por este detalle.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, 1986.
2. N. Sato, *Periodontal surgery, a clinical atlas*. In: *Chapter 2: Increasing the attached gingiva*, Quintessence Publishing Co, Inc., p.p. 81-125, 2000.
3. P.G. Henriques, "Estética en Periodoncia y cirugía plástica periodontal", en Henrique PG, Magalhaes Carvalho V., cap. 1, "Conceptos generales de estética en periodoncia", p.p. 3-7, *Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica CA (AMOLCA. C.A.)*, 2006.
4. G.C. Armitage, "Periodontal diagnosis and classification of periodontal Diseases", *Periodontology*, vol. 34, 2004, 2009-20021.
5. G.C. Armitage, "Periodontal diagnosis and classification of periodontal diseases", *Periodontology*, vol. 34, 2004, 2009-20021.
6. *Glossary of Periodontal Terms*, 1992.
7. *Proceedings of the World Workshop*, 1996
8. Wennström y cols., en Lindhe y cols. 1998, Libro de texto.
9. N. Sato, *op. cit.*
10. T.W. Oates, Robinson M. y J.C. Gunsolley, "Surgical therapies for the treatment of gingival recession. A Systematic Review", *Periodontol*, núm. 8, 2003, pp. 303-320.
11. P.A. Miller Jr., "Classification of marginal Tissue Recession", *Int. J. Periodont Rest. Dent.*, vol., núm. 5. p.p. 8-15, 1985.