



# Colgajo Semilunar Reposicionado Coronalmente. Técnica de Tarnow



DR. JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ

## AUTOR

**Dr. Javier García Fernández**

Médico estomatólogo.

Doctor en Medicina y Cirugía

Cirujano oral y maxilofacial.

Periodoncia e Implantología

exclusivas.

Director de la Clinicae Gingiva.

Madrid

## Presentación del caso

Para explicar esta técnica presentamos varios tipos de recesiones de distintos pacientes. Los dos primeros son casos de recesiones aisladas de dos o tres milímetros y las otras dos son recesiones múltiples causadas por hábitos traumáticos en el cepillado.

Este colgajo consiste en desplazar la encía adherida queratinizada por encima de recesiones en sentido coronal con una forma de semiluna.

## Resolución del caso. Comentarios a la técnica

Esta técnica sencilla es una modificación del colgajo de reposición coronal, está indicada en casos de recesiones gingivales poco profundas, que mantienen una banda de encía adherida apical a la lesión de más de 3 mm. Entre sus ventajas se encuentran su simplicidad y rapidez en su ejecución, evitando la reducción de la profundidad del vestíbulo; y entre sus desventajas, su limitación a recesiones pequeñas y la aparición frecuente de recidivas.





Recesión pequeña a nivel del canino superior izquierdo. No deben existir bolsas periodontales y la encía estará libre de inflamación.



Levantamos de forma cuidadosa un colgajo bipediculado con la ayuda de un periosteótomo fino (instrumento Hourigan).



En el límite de la mucosa alveolar, a nivel de la línea mucogingival, se realiza una incisión con forma semilunar de forma paralela a la recesión. Esta incisión llegará hasta 2-3 mm del margen gingival de las papilas interdientarias que limitan la recesión.



Con un periosteótomo mayor nos aseguramos de la plena movilidad del colgajo...



A continuación, se realiza en la lesión una incisión intrasulcular, iniciándose una disección a espesor parcial de la banda de encía queratinizada, para conectar la incisión intrasulcular con la incisión semilunar.



...confirmando la posibilidad de su desplazamiento. El colgajo deberá tener al menos tres milímetros en sus uniones mesial y distal para asegurar el aporte vascular al colgajo.





Con la ayuda de una gasa húmeda, mantendremos presionado el colgajo en esta nueva posición durante cuatro o cinco minutos. Podemos asegurar esta posición con una sutura suspensoria alrededor del diente.

Imagen de la cicatrización a los treinta días de haber realizado el procedimiento.



Al concluir el procedimiento, observamos una herida semilunar en el fondo del vestíbulo, que cicatrizará por segunda intención.

Imagen a los seis meses.



Esta zona cruenta será protegida con un ungüento con terramicina, y toda la zona quirúrgica se protegerá con un apósito periodontal tipo Coe-Pack.

Imagen a los tres años.





Recesión del canino superior derecho. Si es necesario, se realizará el raspado y alisado radicular dos semanas antes de realizar el colgajo semilunar.

...y volviendo por palatino a anudar el punto. Debemos anudarlo con la tensión necesaria para mantener el colgajo en posición más coronal, pero evitando la isquemia del mismo.



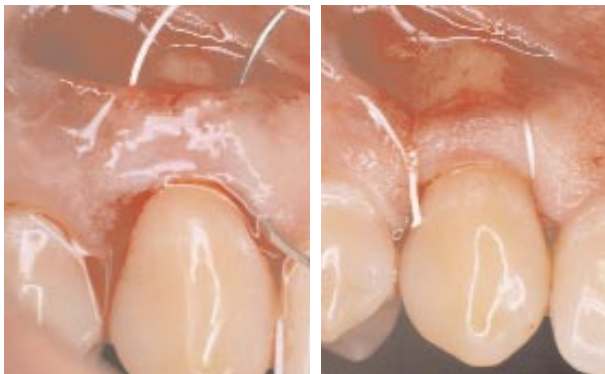
Para estabilizar el colgajo, podemos realizar una modificación de la sutura suspensoria, introduciendo la aguja por la incisión semilunar...

Imagen a los quince días.



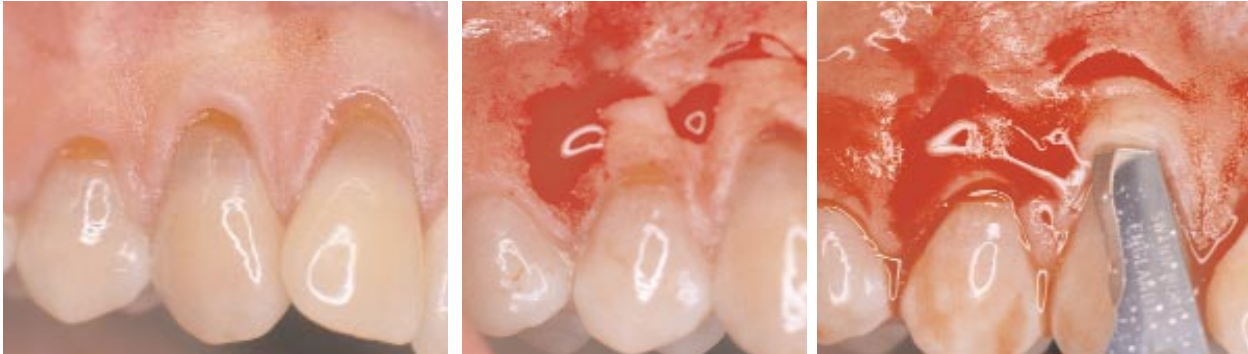
...damos la vuelta por palatino alrededor del cuello del diente, para volver a introducir la aguja por la incisión semilunar, en su zona mesial...

Imagen a los treinta días.





El tercer caso corresponde a una paciente con sonrisa gingival amplia, recesiones múltiples, que hacen mostrar unas raíces muy amarillentas de dientes que presentan tinciones, secuelas de un tratamiento en la infancia con tetraciclinas. Siempre y cuando exista una adecuada banda de encía queratinizada por encima de las recesiones, podremos llevar a cabo múltiples semilunas.



Entre incisiones semilunares dejamos un istmo de tejido de unos dos milímetros. Realizaremos un despegamiento cuidadoso de la encía adherida y de los triángulos papilares, para así poder desplazar los colgajos semilunares en una posición más coronal. Con una gasa humedecida con suero fisiológico, mantendremos los colgajos presionados en su nueva posición, no precisando suturas suspensorias si existe estabilidad del colgajo. El paciente tendrá un apósito periodontal durante un periodo de entre siete y diez días y no realizará el cepillado dental de la zona operada hasta haber transcurrido al menos quince días de la operación. Imagen al finalizar el procedimiento, a los siete días y a los veinte días.



Imagen al año, donde se aprecia el cubrimiento radicular, a los dos años y a los ocho años de realizar el colgajo múltiple semilunar.





Una variación del colgajo múltiple semilunar es la extensión vestibular mediante fenestración y desplazamiento coronal de la encía queratinizada, técnica que nos posibilita tratar múltiples recesiones pequeñas con un objetivo principalmente estético. Se realiza una incisión a lo largo de la línea mucogingival para levantar un colgajo de espesor parcial que extienda el fondo del vestíbulo en dirección apical, dejando el hueso cubierto por periostio. Al igual que realizamos en el colgajo de reposición coronal (ver ficha correspondiente), desepitelizamos las zonas papilares interdentarias, creándose así una zona cruenta que recibirá el colgajo en su desplazamiento coronal. Con un periosteotomo desinsertamos toda la banda de encía queratinizada adherida y la forzamos en una nueva posición más coronal.



Para estabilizar este colgajo bipediculado, realizamos un sutura suspensoria continua. En el fondo del vestíbulo quedará un herida cruenta con exposición del hueso, en el que podremos labrar, a modo de foso, un canal con fresas de tungsteno a baja velocidad y otra zona cubierta por periostio. Esta herida quedará protegida con un ungüento de terramicina y cemento quirúrgico. Imagen a los siete días y al mes de realizar la técnica.



Imagen al año, a los tres años y a los cinco años. Obsérvese cierto grado de recidiva a nivel del 22 y 23 tras pasar estos cinco años. Hay autores, entre ellos Tarnow, que para prevenir esta recidiva proponen realizar en la zona cruenta un injerto gingival libre. Pensamos que si necesitamos la obtención de un injerto de paladar es preferible usar la técnica de Langer, por sus mejores resultados estéticos y por la mayor estabilidad de los resultados en el tiempo.

