

Molano PE, Yepes BI, Varela AM. Absceso gingival después de aumento de reborde alveolar con técnica en rollo modificada. Reporte de caso. Univ Odontol. 2017 Jul-Dic; 36(77). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.agar>

Sección: Práctica clínica

Titulillo: Absceso gingival por técnica de rollo

Absceso gingival después de aumento de reborde alveolar con técnica en rollo modificada. Reporte de caso

Gingival Abscess after Alveolar Ridge Increase with Modified Roll Technique: A Case Report

Pablo Emilio Molano Valencia

Odontólogo, especialista en Periodoncia, profesor asistente de pregrado y posgrado de periodoncia y rehabilitación oral, Universidad del Valle. Profesor adjunto de periodoncia, Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

Bibiana Inés Yepes

Odontóloga, Universidad Santiago de Cali. Especialista en Periodoncia, profesora adjunta del Posgrado de Periodoncia, Profesora adjunta de periodoncia y microbiología oral en el programa de Auxiliares e Higienistas Orales, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

Alix María Varela Peñaranda

Odontóloga, Colegio Odontológico Colombiano. Especialista en Administración en Salud, Pontificia Universidad Javeriana. Residente del posgrado de Periodoncia, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Molano PE, Yepes BI, Varela AM. Absceso gingival después de aumento de reborde alveolar con técnica en rollo modificada. Reporte de caso. Univ Odontol. 2017 Jul-Dic; 36(77). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.agar>

Recibido para publicación: 11/11/2016

Aceptado para publicación: 20/12/2017

Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

RESUMEN

Antecedentes: La técnica en rollo modificado se ha utilizado ampliamente para mejorar el aspecto estético de las deficiencias de rebordes alveolares durante el tratamiento de rehabilitación y disminuir dolor posoperatorio. **Objetivo:** Describir un caso clínico en el que se realizó un aumento del reborde alveolar por medio de técnica en rollo modificada y se presentó un absceso durante las primeras semanas posoperatorias. Se describe también manejo clínico del caso. **Resultados:**

Después del diagnóstico clínico y microbiológico, se realizó tratamiento antibiótico. En el control a los cuatro meses se observó resolución completa del absceso.

PALABRAS CLAVE

absceso gingival; etiología; reborde alveolar; signos y síntomas; técnica rollo modificada

ÁREAS TEMÁTICAS

cirugía oral; patología oral

ABSTRACT

Background: The modified roll technique has been widely used to improve the aesthetic appearance of alveolar ridge deficiencies during the oral rehabilitation treatments and to reduce postoperative pain. **Purpose:** To describe a case of alveolar ridge increase through modified roll technique and an abscess that occurred during the initial postoperative weeks. The clinical treatment of the case is also described. **Results:** After clinical and microbiological diagnosis, the patient underwent antibiotic therapy. Four-month follow-up showed complete resolution of the abscess.

KEYWORDS

abscess; alveolar ridge; etiology; signs and symptoms; modified roll technique

THEMATIC FIELDS

oral pathology; oral surgery

INTRODUCCIÓN

La pérdida de los dientes ocasionada por diversos factores como la enfermedad periodontal avanzada, trauma quirúrgico durante la extracción del diente, traumatismos por accidentes, extracciones simples, abscesos periodontales, fractura dental, anomalías del desarrollo, por accidente, tumores, prótesis mal adaptadas y fracaso de un implante producen una pérdida del volumen y de la altura del reborde alveolar (1,2). Una vez se ha producido la atrofia del reborde alveolar las alternativas de tratamiento consisten en soluciones protésicas y soluciones quirúrgicas que dependerán del plan de tratamiento de rehabilitación oral, de la estética y las posibilidades de realizar o no un procedimiento quirúrgico. Las alternativas protésicas consisten en realizar pñnticos inclinados hacia palatino, pñnticos largos o utilizar porcelana rosada en la prótesis fija o porcelana removible o flexible (3). Las alternativas quirúrgicas para aumentar el reborde alveolar consisten en técnicas en tejidos blandos o técnicas en tejidos duros. Las técnicas en tejidos blandos incluyen a la técnica en rollo y sus variantes clínicas (4-7), la técnica de bolsillo (8), la técnica inlay o interposicional descrita por Kaldhal y colaboradores en 1982 (9), la técnica onlay (1,10) y la técnica combinada (11). La técnica de rollo fue descrita por Abrams (4) para aumentar el reborde alveolar con el fin de corregir defectos vestibulolinguales pequeños de zonas estéticas que

requieran mejorar la interfase diente encía. En esta técnica se remueve la capa epitelial palatina y se eleva el tejido conectivo palatino y este es enrollado dentro de la mucosa vestibular. En este procedimiento queda un área cruenta, por lo que Scharf y Tarnow (5) propusieron una modificación de la técnica de Abrams en la que preservan el epitelio que recubre el sitio donante permitiendo aumentar la cantidad de tejido conectivo a enrollar, dejando cubierto la zona donante disminuyendo las molestias posoperatorias. La técnica descrita por Scharf y Tarnow ha sido ampliamente utilizada reportando pocos o ningún problema posoperatorio.

Este procedimiento es usado para el tratamiento de deformidades clase I pequeñas a moderadas a nivel de premolares superiores y en la zona anterior con excepción de la línea media por la presencia de la papila palatina (5). Las deformidades del reborde generalmente se pueden restaurar de manera previsible utilizando variaciones de injertos pediculados de tejido blando, injertos de interposición e injertos de tejido conectivo subepitelial (procedimientos de bolsa) para aumentar un reborde deformado de manera estética (4,12).

Para realizar estas técnicas quirúrgicas se requiere que el tejido conectivo del paladar tenga un espesor suficiente de tejido (5) conectivo para mantener un suministro de sangre dentro del colgajo (13). Si el colgajo se hace demasiado delgado, por lo general se desprende. Una limitación de esta técnica, y de otras que emplean injertos de tejido conectivo subepitelial, es la dificultad de corregir problemas mucogingivales adicionales en el mismo acto quirúrgico (3), por ejemplo, poca profundidad del vestíbulo y gran proximidad de la línea mucogingival a la cresta del reborde alveolar. El principal inconveniente reside en el hecho de que la ganancia en el volumen depende del tamaño del injerto, que por lo general es limitado. Al mismo tiempo, las técnicas que implican grandes injertos, tales como injertos de espesor completo onlay, son más propensas a causar necrosis (3,14-16).

El propósito de este artículo es describir un caso donde se utilizó la técnica de rollo modificada en la zona del primer y segundo premolar superior derecho para corregir una atrofia del reborde alveolar leve. Se presentó un absceso durante la primera fase de cicatrización. Se presentan tanto la técnica quirúrgica utilizada como el tratamiento que se proporcionó para el control del absceso.

CASO CLÍNICO

Se trató de una paciente de 54 años de edad sin antecedentes médicos de importancia, a quien 12 años atrás le realizaron extracción de los dientes 15 y 14 (primer y segundo premolares superiores derechos, según la clasificación dígito dos). Clínicamente se evidenció una atrofia alveolar tipo I moderada vestibular del 14 y 15 con un adecuado grosor palatino. El rehabilitador decidió, con el consentimiento de la paciente, realizar una prótesis fija con pilares (dientes soporte) en los dientes 16 y 13 y pónicos en 15 y 14. Antes de la cirugía, se prepararon los pilares y se colocaron protecciones provisionales (figura 1).

FIGURA 1
ATROFIA ALVEOLAR TIPO I MODERADA EN LOS DIENTES 14 Y 15 (CLASIFICACIÓN DÍGITO DOS)



Se realizó aumento del reborde alveolar por medio de la técnica de rollo modificada, pero sin incisiones verticales ni en vestibular ni en palatino. El procedimiento quirúrgico consistió en realizar incisiones intracreviculares en los dientes 16 y 13, una incisión paracrestal palatina desde mesial del 16 a distal del 13 superficial. A partir de esta incisión se levanta la tapa epitelial palatina y se procede a realizar las incisiones verticales mesial y distal y la horizontal apical internas del tejido conectivo el cual se eleva y se enrolla en vestibular donde previamente se realiza un colgajo mucoso (figura 2). El pedículo se enrolla hacia vestibular y se asegura con puntos de sutura a cada lado. Finalmente se realiza la sutura de la tapa epitelial palatina. El provisional se recorta en la parte cervical para evitar el contacto con el tejido blando y se dan las instrucciones posquirúrgicas por escrito. Se medicó con nimesulide 100 mg, una tableta cada 12 horas por 3 días; azitromicina 500 mg, una tableta diaria por 3 días; y enjuagues con clorhexidina dos veces al día por una semana. La salió sin problemas del consultorio.

FIGURA 2
TÉCNICA DE ROLLO SIN INCISIONES RELAJANTES



La paciente se citó a control clínico una semana después de la cirugía y se encontró un absceso gingival localizado desde el centro de la cara vestibular del 16 hasta mesial del 13 con edema, supuración al leve estímulo, dolor a la palpación y fiebre (figura 3).

FIGURA 3
FORMACIÓN DE ABSCESO POSOPERATORIO



Se realizó el drenaje del absceso por medio de una incisión a la altura coronal. En el mismo acto se tomó un cultivo en medio de transporte VMGAI. Se encontró, *Porphyromonas gingivalis* (1,66 %), *Prevotella intermedia/nigrescens* (8,88 %), *Tannerella forsythia* (0,5 %), *Campilobacter* spp (0,5 %), *Eubacterium* spp (0,5 %), *Fusobacterium* spp (6,66 %), *Parvimonas micra* (0,05 %) y *Eikenella corrodens* (6,11 %). De acuerdo con estos hallazgos se determinó administrar amoxicilina 500 mg 1 tableta cada 8 horas por 5 días más metronidazol 500 mg 1 tableta cada 8 horas por 5 días, lo cual estuvo determinado por dado por la prueba de sensibilidad antibiótica. La paciente regresó a control 1 y 4 semanas después, tiempo al cabo del cual se observó resolución completa del absceso (figura 4).

FIGURA 4
CONTROL CLÍNICO A LAS 4 SEMANAS POSQUIRÚRGICOS



DISCUSIÓN

Se presenta un caso de una paciente que se le realiza aumento del reborde alveolar del 13 al 16 con la técnica de rollo modificada desarrollando un absceso posoperatorio. En la literatura se ha reportado la formación de abscesos después cubrimientos radiculares con injerto de tejido conectivo (17), en donde uno de los casos fue clasificado como absceso gingival, de acuerdo con el taller internacional en 1999, en el que se clasificaron las condiciones y enfermedades periodontales, ya que la infección purulenta fue localizada entre el margen gingival y la papila interdental como respuesta inflamatoria a sustancias extrañas forzadas a la encía. Un absceso periodontal es una acumulación localizada de pus dentro de la pared gingival de una bolsa periodontal (18). Los otros dos casos resultaron con abscesos difusos en la zona correspondiente a los colgajos originales (incluyendo principalmente mucosa), los cuales no se ajustan a la definición clásica de absceso gingival. Los tres casos presentaban cosas en común tal como la técnica, el tratamiento radicular, y la conservación de banda epitelial en el injerto de tejido conectivo que se mantuvo superficialmente sin cubrirse con el colgajo (17).

En los tres casos, se usó sutura reabsorbible de ácido poliláctico (PLA) para asegurar el injerto de tejido conectivo al lecho receptor se posicionó el colgajo coronal a la UAC cubriendo el injerto con las respectivas suturas, no se administraron antibióticos después del procedimiento. Los abscesos no aparecieron clínicamente en la primera cita postoperatoria, pero si en un periodo de dos a siete semanas después de la cirugía. La incidencia de complicaciones es relativamente baja cuando se utilizan injertos de tejido conectivo para la cobertura radicular (18).

Otros autores han reportado el desarrollo de un “quiste quirúrgico gingival” secundario a un injerto de tejido conectivo subepitelial (19-20). La lesión quística que se presentó en la mucosa bucal varios meses después de colocar un injerto para cubrimiento radicular, tenía una consistencia firme y fue extirpado quirúrgicamente. Otros casos de quistes quirúrgicos orales se han reportado por otras especialidades (21). El epitelio se ha relacionado en la patogénesis de los quistes gingivales

y periapicales (22). Se ha sugerido que los quistes pueden desarrollarse a partir de remanentes de la lámina dental, el órgano del esmalte o de restos epiteliales de Malassez o por implantación traumática de superficie epitelial (23-24).

Se recomienda generalmente que el collar de tejido epitelial sea eliminado si el injerto va a cubrirse en su totalidad por un colgajo posicionado coronal. Las secciones histológicas, sin embargo, muestran que es difícil excluir completamente el epitelio (25), aún no está claro el efecto que tendrán los restos epiteliales del tejido donante en el tejido periodontal superpuesto. En un modelo animal, cuando el epitelio de la mucosa alveolar se implantó debajo de colgajos de espesor total, los injertos epiteliales se fueron rodeando por tejido conectivo al parecer sin poner en peligro la unión del tejido conectivo (26). La complicación que se ha reportado se presentó como un absceso agudo; cuando ésta remitió, no hubo indicación clínica de quiste gingival presente. No es posible establecer conclusiones del posible papel de los restos epiteliales ya que no se realizó biopsia alguna.

Las reacciones tisulares a los materiales de sutura en la cavidad oral se han estudiado con poca frecuencia y la información es poco objetiva e incompleta (27). La poliglactina 910 es un copolímero sintético a base de 90 % ácido glicólico y 10 % de L-lactida (PLA y PGA), se trenza para mejorar su calidad y manejo quirúrgico, y tiene un tiempo de absorción del 60 al 90 día (28). Selvig y colaboradores observaron que a los 14 días no se disuelve de forma apreciable (27). Por otro lado, se ha informado que tanto PLA y PGA producen soluciones tóxicas in vitro, probablemente como resultado de los productos de degradación de ácidos (29). Pero estas pruebas no reflejan necesariamente situaciones in vivo. En general, los copolímeros PLA-PGA se han considerado biocompatibles, no tóxicos y no inflamatorios, aunque se ha reportado una reducción en la proliferación celular (30).

La poliglactina 910 es un material de sutura utilizado principalmente en sitios sumergidos, no contaminados. Parece ser que las suturas trenzadas favorecen la migración bacteriana en mayor medida que las suturas de monofilamento. De hecho, las bacterias inmóviles son transportadas dentro de los materiales de sutura multifilamento, los cuales impiden que los mecanismos de defensa celular e inmunológico se lleven a cabo correctamente (31). Selvig y colaboradores en 1988 concluyeron que las suturas colocadas en la mucosa oral y gingival, producen una respuesta tisular prolongada en respuesta al flujo continuo de contaminación microbiana a lo largo del canal de sutura, lo cual puede ser un problema menor cuando las suturas se colocan en otros compartimentos quirúrgicos (27).

Puede considerarse la posibilidad de un absceso por un punto de sutura, ya que este es un problema comúnmente reportado, después de otros procedimientos quirúrgicos (32,33) especialmente si se usó sutura trenzada. Hasta ahora se ha informado como complicación luego de colocar un injerto subepitelial de tejido conectivo en tres casos clínicos (17). De ahí que se recomiende que si las suturas van a usarse en un entorno sumergido (cubiertos por un colgajo), es mejor seleccionar una sutura no trenzada (catgut). En cavidad oral, las suturas se contaminan inmediatamente que se utilizan, por ello deben usarse justo después de haberse abierto, ya que la carga microbiana será baja y probablemente no habrá transferencia de bacterias al entorno sumergido.

Los signos y síntomas de la complicación descrita fueron leves. Su tratamiento fue conservador y consistió en curetaje de la zona y administración de antibióticos.

Se ha realizado seguimiento clínico de la paciente sin observarse recurrencia del absceso o desarrollo de un quiste detectable. La evolución clínica del procedimiento fue favorable, y al parecer no se afectó negativamente por el desarrollo del absceso.

CONCLUSIÓN

Se presenta en este artículo un caso de absceso gingival que se produjo después de realizar la técnica de rollo modificada para aumentar reborde alveolar. El absceso gingival es una complicación poco frecuente en este tipo de situaciones y por eso se consideró interesante reportar su diagnóstico clínico y microbiológico y su manejo con antibióticos, que al final resultó exitoso y sin complicaciones.

REFERENCIAS

1. Seibert J. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part I. Technique and wound healing. *Compend Contin Educ Dent.* 1983 Sep-Oct; 4(5): 437-53.
2. Allen EP, Gainza CS, Farthing GG, Newbold DA. Improved technique for localized ridge augmentation. A report of 21 cases. *J Periodontol.* 1985; 56: 195-9.
3. Studer S, Naer F, Schärer P. Adjustment of localized alveolar ridge defects by soft tissue transplantation to improve mucogingival esthetics: a proposal for clinical classification and an evaluation of procedures. *Quintessence Int.* 1997; 28: 785-805.
4. Abrams L. Augmentation of the deformed residual edentulous ridge for fixed prosthesis. *Compend Contin Educ Gen Dent.* 1980; 1: 205-13.
5. Scharf D, Tarnow D. Modified roll technique for localized alveolar ridge augmentation. *Int J Periodont Res Dent.* 1992; 12: 415-25.
6. Barone R, Clauser C, Prato GP. Localized soft tissue ridge augmentation at phase two implant surgery: a case report. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1999; 19: 141-5.
7. Gasparini DO. Double-fold connective tissue pedicle graft: a novel approach for ridge augmentation. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2004; 24: 280-7.
8. Langer B, Calagna LJ. The subepithelial connective tissue graft. A new approach to the enhancement of anterior cosmetics. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1982; 22-33.
9. Kaldahl WB, Tussing GJ, Wents FM, Walker JA. Achieving an esthetic appearance with a fixed prosthesis by submucosal grafts. *J Am Dent Assoc.* 1982; (104): 449-52.
10. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part II. Prosthetic/periodontal interrelationships. *Compend Contin Educ Dent.* 1983; 4 (6): 549-62.
11. Seibert JS, Louis JV. Soft tissue ridge augmentation utilizing a combination onlay-interpositional graft procedure: a case report. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1996; 16(4): 310-21.
12. Smukler H, Chaibi M. Ridge augmentation in preparation for conventional and implant-supported restorations. *Compend Contin Educ Dent.* 1994; (Suppl 18): S706-S710.

13. Broome WC, Taggart EJ Jr. Free autogenous connective tissue grafting. Report of two cases. *J Periodontol.* 1976; 47: 580-5.
14. Seibert JS, Lindhe J. Esthetics in periodontal therapy. In: Lindhe J, Karring T, Lang N (editors). *Clinical periodontology and implant dentistry* (pp. 647-81). Third edition. Copenhagen, Denmark: Munksgaard; 1997.
15. Seibert JS, Salama H. Alveolar ridge preservation and reconstruction. *Periodontology* 2000 1996; 11: 69-84.
16. El-askary AS. Use of connective tissue graft to enhance the esthetic outcome of implant treatment. A clinical report of two patients. *J Prosthet Dent.* 2002; 87: 129-32.
17. Vastardis S, Yukna RA. Gingival/soft tissue abscess following a subepithelial connective tissue graft for root coverage. Report of three cases. *J Periodontol.* 2003; 74: 1676-81.
18. Meng HX. Periodontal abscess. *Ann Periodontol.* 1999; 4: 79-82.
19. Harris RJ. Formation of a cyst-like area after a connective tissue graft for root coverage. *J Periodontol.* 2002; 73: 340-5.
20. Breault LG, Billman MA, Lewis DM. Report of a gingival "surgical cyst" developing secondarily to a subepithelial connective tissue graft. *J Periodontol.* 1997; 68: 392-5.
21. Koutlas IG, Gillum RB, Harris MW, Brown BA. Surgical (implantation) cyst of the mandible with ciliated respiratory epithelial lining. A case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 60: 324-5.
22. Spouge JD. The rests of Malassez and chronic marginal periodontitis. *J Clin Periodontol.* 1984; 11: 340-7.
23. Nxumalo TN, Shear M. Gingival cyst in adults. *J Oral Pathol Med.* 1992; 21: 309-13.
24. Newman MG, Takei HH, Carranza FA (editors). *Clinical periodontology.* Ninth edition. Philadelphia, PA, USA: Saunders; 2002.
25. Ohayoun JP, Khattab R, Serfary R, Feghaly-Assaly M, Sawaf MH. Chemically separated connective tissue grafts. Clinical application and histological evaluation. *J Periodontol.* 1993; 64: 734-8.
26. Bahn IT, Roxson AW, Yukna RA. Evaluation of the purposeful implantation of epithelium on root surfaces under periodontal flaps. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1987; 7(2): 68-76.
27. Selvig KA, Biagiotti GR, Leknes KN, Wikesjö UM. Oral tissue reactions to suture materials. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1998; 18: 474-87.
28. Mayer RD, Antonini CJ. A Review of suture materials. Part I. *Compendium.* 1989; 10: 260-4.
29. Taylor MS, Daniels AU, Andriano KP, Heller J. Six bioabsorbable polymers. In vitro acute toxicity of accumulated degradation products. *J Appl Biomater.* 1994; 5: 151-7.
30. Athanasiou KA, Niederauer GG, Agrawal CM. Sterilization, toxicity, biocompatibility and clinical applications of polylactic acid/polyglycolic acid copolymers. *Biomaterials* 1996; 17: 93-102.
31. Blomstedt B, Osterberg B, Bergstrand A. Suture material and bacterial transport. An experimental study. *Acta Chir Scand.* 1977; 143(2): 71-3.
32. Hsu TC, Wang CL, Wang TG, Shieh FJ. Sonographic detection of a stitch abscess. *J Clin Ultrasound.* 1998; 26: 225-7.
33. Canady JW, Zeitler DP, Thompson SA, Nicholas CD. Suitability of the iliac crest as a site for harvest of autogenous bone grafts. *Cleft Palate Craniofac J.* 1993; 30: 579-81.

CORRESPONDENCIA

Pablo Emilio Molano Valencia
pablomol42@hotmail.com

Bibiana Yepes Ramírez
bibyepes@hotmail.com

Alix María Varela Peñaranda
alix.varela@correounivalle.edu.co