

## TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. REPORTE DE TRES CASOS

### CONSERVATIVE TREATMENT OF GINGIVAL RECESSION IN PEDIATRIC PATIENTS. REPORT OF THREE CASES.

#### **Autores**

Alejandra Badell, Aída Carolina Medina, Johanna Acosta Ibarra

Badell et al. Tratamiento de la recesión gingival en pacientes pediátricos. 2010 Ene-Jun;10(1): 19 – 23

#### **Resumen**

La recesión gingival (RG) es la migración apical del margen gingival. La prevalencia en pacientes pediátricos es baja, y se ubica más frecuente en la superficie vestibular de la encía de los incisivos inferiores permanentes. Puede estar asociada a irritantes locales, siendo en niños la etiología más común la presencia de maloclusiones, contacto oclusal inapropiado, inserción anormal de frenillos o hábitos. En pacientes jóvenes el tratamiento es conservador, produciéndose la corrección del defecto gingival al eliminar el factor etiológico. Se presentan 3 casos de pacientes pediátricos quienes fueron tratados en el Servicio de Ortodoncia Interceptiva del Postgrado de Odontología Infantil de la UCV. Estos pacientes presentaron RG en encía vestibular de incisivos inferiores, asociada a irritantes locales, apiñamiento, contacto oclusal inapropiado y mordida cruzada anterior. El tratamiento en estos casos fue conservador, incluyendo técnicas de higiene bucal, eliminación de contacto oclusal inapropiado, corrección ortodóncica de la mordida cruzada y del apiñamiento. Se produjo la corrección espontánea de la RG al eliminar los agentes causales. Se destaca la importancia del diagnóstico y tratamiento conservador temprano de la recesión gingival por parte de profesionales especializados que permite lograr el éxito terapéutico en pacientes jóvenes y conservar la integridad de los tejidos de soporte periodontal.

**Palabras clave:** Recesión gingival, maloclusión, paciente, pediátrico.

#### **Abstract**

Gingival Recession (GR) is the apical shift of the marginal gingiva. Prevalence in pediatric patients is low, and its most frequent location is the buccal aspect of mandibular incisors. The etiology of this condition is multifactorial, and includes malocclusion, traumatic occlusion, abnormal frennum insertion and oral habits. For young patients, treatment focuses on eliminating the causative factors. Three cases involving pediatric patients are presented, all were successfully treated at the Interceptive Orthodontics Clinic, Pediatric Dentistry Postgraduate Program, UCV. They presented with GR affecting the buccal aspect of mandibular incisors, associated with local irritants, crowding, inappropriate occlusal contacts and anterior crossbite. A conservative treatment approach was successful including oral hygiene techniques, and correction of occlusal contacts, crowding and crossbite. Clinical improvement was observed. The importance of early diagnosis and prompt conservative treatment are emphasized, in order to successfully manage GR and improve longterm prognosis.

**Key words:** Gingival recession, malocclusion, child.

#### **Enviar correspondencia a:**

Alejandra Badell  
Odontólogo. Especialista en  
odontología infantil UCV  
Torre Mega 3 Piso 8 oficina 8A Calle Los  
manguitos Las Acacias Caracas 1050.  
Correo electrónico:  
alejandrabadell@yahoo.com

Aída Carolina Medina: Odontólogo. Especialista en odontología infantil UCV  
Universidad central de Venezuela, Facultad de Odontología, Poso 4, Sala de  
Postgrado de Odontología Infantil. Ciudad Universitaria  
Correo electrónico: caromemo@hotmail.com

Johanna Acosta Ibarra: Odontólogo. Especialista en Odontología Infantil UCV,  
Profesor contratado Cátedra de Odontología Pediátrica. Facultad de  
odontología UCV,  
Avenida Principal de Macaracuay, Multicentro Macaracuay, Piso 1 oficina 6  
Macaracuay, Caracas  
Teléfono: 212-257-1401

## INTRODUCCIÓN

La Recesión Gingival (RG) es un trastorno de instalación lenta, progresivo y destructivo, localizada o generalizada, en el cual el margen gingival de uno o varios dientes, se encuentra apical a la unión cemento-esmalte, dando lugar a un aumento de la corona dentaria pudiendo dejar descubierta la zona de la raíz.<sup>1-5</sup>

Durante el período de transición en el desarrollo de la dentición surgen en la encía cambios relacionados con la erupción de los dientes permanentes. Hay una protuberancia previa a la erupción, y posteriormente la formación del margen gingival. En esta fase de la erupción dental la encía todavía se encuentra insertada a la corona y la unión epitelial migra fisiológicamente al erupcionar el diente.<sup>2,6</sup>

Los factores predisponentes incluyen: presencia de irritantes locales (placa bacteriana y cálculo dental); maloclusiones (apiñamiento, mordida cruzada anterior, protrusiones o retrusiones dentarias), factores anatómicos (inserción corta del frenillo, tabla vestibular delgada), factores traumáticos (contacto oclusal inapropiado, cepillado dental inadecuado, hábitos, piercing), factores iatrogénicos (restauraciones defectuosas y aditamentos ortodóncicos mal adaptados)<sup>1-3, 5-11</sup>

La prevalencia de la RG en incisivos inferiores de pacientes pediátricos es menor que en adultos. Ha sido reportada desde 3% en un grupo de niños Venezolanos 1 hasta 18%<sup>11</sup> en un grupo de niños de la India.

La reversión espontánea de la recesión gingival en incisivos inferiores ocurre relacionada a cambios del desarrollo de la dentición que favorecen su alineación.<sup>12</sup> En pacientes jóvenes el tratamiento consiste en eliminar factores etiológicos, con medidas conservadoras y como última opción, el uso de técnicas quirúrgicas de injertos gingivales para corregir defectos localizados o crear nueva zona de encía.<sup>1, 7, 12</sup>

En la adolescencia tardía, con las mismas condiciones predisponentes, pueden no mejorar de manera similar a niños en edades tempranas debido al cese del crecimiento y las corrientes dirigidas a un aumento del apiñamiento de los incisivos mandibulares.<sup>12</sup>

## REPORTE DE CASOS

### Caso 1

Paciente de 10 años de edad, género: Masculino quien presenta maloclusión Clase I esquelética y

Clase I tipo 3 y 4 dentaria, higiene oral deficiente, baja susceptibilidad a la caries y hábito de respiración bucal.

Se observa en la cara vestibular del 41 migración apical de la encía y defecto en el contorno gingival vestibular del 11, cambio de coloración hacia rosa intenso y acúmulo de placa en el tercio cervical de los incisivos. Movilidad grado II y 4 mm de profundidad del surco en encía vestibular de 41. Se observa mordida cruzada anterior y posterior derecha. Contacto oclusal inapropiado entre el 11 y 41 Producido por contacto prematuro y dirección inapropiada de la fuerza oclusal al estar en mordida cruzada.

El diagnóstico incluye gingivitis inducida por placa dental, recesión gingival localizada en la cara vestibular del 41 y 11, asociada a placa dental, apiñamiento y contacto oclusal inapropiado.

El tratamiento fue enseñanza de la técnica de cepillado, colocación de pistas de resina en los molares primarios superiores e inferiores, tartrectomía en la zona anteroinferior y exodoncias de 53, 63,73 y 83 para lograr alineación de los incisivos superiores e inferiores.

Se instaló Quad Helix el cual fue retirado, al descruzar la mordida. Los resultados obtenidos fueron el descruzamiento de la mordida anterior y posterior. Se observó alineación del sector antero superior e inferior. Se eliminaron los contactos prematuros y a su vez disminuyó la movilidad de los incisivos inferiores. Se logró un mejor contorno gingival. (Fig 1)



Figura 1. Fotografía intraoral, vista frontal de Caso 1. Inicial, de fase y final. Se destaca mejoría en contorno gingival de 11 y de 41.

### Caso 2

Paciente femenino de 10 años de edad quien presenta maloclusión Clase I esquelético y Clase I tipo 3 y 4 dentario, baja susceptibilidad a la caries y hábito de queilofagia.

A los 8 años de edad sufrió un traumatismo bucodentario, observándose fracturas coronarias no complicadas en 11 y 12 producto del traumatismo. Se observa migración apical de la encía del 41, con cambio de coloración hacia rosa intenso y acúmulo de placa en el tercio cervical del incisivo. Existe apiñamiento en la arcada superior e inferior.

El diagnóstico incluye Recesión Gingival localizada en encía vestibular del 41, asociada a placa dental, apiñamiento y contacto oclusal inapropiado. Producido por contacto prematuro y dirección inapropiada de la fuerza oclusal al estar en mordida cruzada.

El tratamiento realizado consistió en enseñanza de la técnica de cepillado, expansor triple con arco de Eschler, planos de levantamiento de mordida posterior y resorte en Z para el 11. La activación se realizó primero en el tornillo anterior y luego en los tornillos transversales. También se realizó la activación del resorte para alinear el 11. Los planos de levantamiento de mordida posterior se eliminaron cuando ya se había descruzado el 11. Como resultado de obtuvo que se descruzó la mordida en 11 y 41, eliminando el contacto oclusal inapropiado, mejoró el contorno gingival y se logró una mejor alineación y conformación de arcos. (Fig 2)



Figura 2. Fotografía intraoral, vista frontal de Caso 2. Inicial, de fase y final. Se destaca mejoría en contorno gingival de 41.

### CASO 3

Paciente masculino de 11 años de edad, quien presentó maloclusión Clase III esquelético y Clase III dentario, alta susceptibilidad a la caries y aftas recurrentes. Se observa migración apical de la encía vestibular del 32 y cambio de coloración hacia rosa intenso. Existe mordida cruzada del 21 en relación al 31 y 32.

El diagnóstico incluye Recesión Gingival Localizada en encía vestibular del 32, asociada a contacto oclusal inapropiado severo producido por contacto prematuro y orientación inadecuada de la fuerza oclusal

El tratamiento realizado fue Expansor superior transversal fijo, en conjunto con máscara de protracción, mantenedor de espacio Banda-asa en 85, pistas directas de resina en 36 y 46 y arco lingual con rejilla.

Los resultados obtenidos incluyen la corrección de la mordida cruzada eliminación del contacto oclusal inapropiado y se observa mejor contorno gingival. (Fig 3)



Figura 3. Fotografía intraoral, vista frontal de Caso 3. Inicial, de fase y final. Se destaca mejoría en contorno gingival de 32.

### DISCUSIÓN

La Recesión Gingival es una alteración frecuente en adultos a partir de los veinte años de edad.<sup>1</sup> Cuando se presenta en pacientes pediátricos, está comúnmente asociada a maloclusiones, particularmente apiñamiento o protrusión de incisivos inferiores, contacto oclusal inapropiado o frenillos mal insertados.<sup>1,11,12, 13</sup>

Con respecto a la etiología de esta lesión se corrobora que es de tipo multifactorial, así como lo expresan algunos autores,<sup>3-7, 11</sup> coincidiendo esto con los casos aquí presentados donde el contacto oclusal inapropiado, el apiñamiento y el acúmulo de placa dental originaron la recesión gingival en estos pacientes.

Las características clínicas halladas en los pacientes fueron migración apical del margen gingival, cambio de coloración, pérdida del puntillado característico y movilidad dentaria, similar a lo que se ha reportado previamente.<sup>4</sup> La única característica que no presentaron estos pacientes fue la exposición radicular, ya que esta es más frecuente en pacientes adultos <sup>4</sup> observándose alargamiento de la corona clínica al evaluar la posición relativa del margen gingival con respecto a los dientes vecinos.

Los objetivos de tratamiento fueron logrados satisfactoriamente por medio de terapias conservadoras. Estas incluyeron el uso de aparatos ortodóncicos en combinación con eliminación de irritantes locales y refuerzo de las técnicas de higiene bucal. La recesión gingival fue resuelta con normalización del contorno gingival.

Andlin- Sobocki y Persson <sup>12, 13</sup> abogan por el tratamiento conservador de la RG en niños. Sus conclusiones se basan sobre la evaluación clínica realizada de forma anual, por 3 años consecutivos, a un grupo de 28 niños con edades de 6 a 13 años, en los que observaron que la RG era reversible con la implementación de terapias conservadoras, en particular con la realización de control de placa. Evaluaron igualmente modelos de estudio y radiografías cefálicas laterales, con la finalidad de comparar las condiciones dentofaciales que pudieran asociarse con esta mejoría de la RG, en

16 de los sujetos del estudio, versus los 12 que no presentaron mejoría espontánea. Aquellos pacientes con maloclusiones no tratadas durante los 3 años del estudio, quienes presentaron discrepancia negativa, apiñamiento y protrusión de incisivos inferiores, no presentaron mejoría espontánea de la RG. Destacan estos autores que la corrección de la RG en pacientes en desarrollo está aparentemente asociada con los cambios en la dentición que permitan mejorar la alineación de los incisivos inferiores.

Ngan y Cols 14 realizaron un estudio retrospectivo en el que compararon los cambios en la altura gingival de pacientes pediátricos que recibieron terapia ortodóncica, midiendo la RG pre tratamiento y post tratamiento. El grupo de estudio estuvo compuesto por 10 pacientes a los que se les realizó colocación de injerto gingival autógeno previa a la terapia ortodóncica, y el grupo control estuvo conformado por 10 pacientes en los cuales no se realizó el procedimiento quirúrgico. Los dientes fueron tratados ortodóncicamente, corrigiendo la protrusión. Se observó que la higiene oral de los pacientes fue pobre y que persistía inflamación gingival en la evaluación post-ortodóncica. Los autores no hallaron diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, señalando que la RG disminuye con la retrusión de los incisivos, independientemente de la realización de injertos y a pesar de la presencia de inflamación e higiene bucal inadecuada.

La resolución exitosa de los casos presentados aquí, corrobora lo establecido por Bimsteins y cols,<sup>4</sup> Seehra y cols,<sup>5</sup> Harrison y cols,<sup>6</sup> quienes sostienen que la capacidad remodelativa del periodonto en niños es suficiente para lograr mejoría de la recesión gingival al eliminar los factores etiológicos, por medio de terapias periodontales y ortodóncicas, permitiendo el correcto desarrollo de los tejidos,<sup>12, 13</sup> sin necesidad de tratamiento quirúrgico en ésta etapa de la dentición.<sup>14</sup>

## CONCLUSIONES

La recesión gingival puede presentarse en pacientes pediátricos asociada con irritantes locales, apiñamiento y contacto oclusal inapropiado. La terapia conservadora que incluye eliminación de irritantes locales y contacto oclusal inapropiado y la alineación dental, promueve la corrección de la recesión gingival en pacientes pediátricos

## REFERENCIAS

1. Bracho R, Hernández N, Elejalde L, Zambrano O, Paz M, Contreras J. Recesión Gingival de incisivos inferiores en adolescentes, su asociación con factores de riesgo. *Acta Odontológica Venezolana*. 2003; 41 (3): 211-214
2. Martorano T. Enfermedades Periodontales en niños. En: *Conceptos básicos en Odontología Pediátrica*. Caracas 1996. Edit. Disilimed. P 445-446
3. Moawia M, Kassab D, Robert E, Cohen. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc* 2003; 134
4. Bimstein E, Needleman H, Karibux N, Van Dyke T. Periodontal and Gingival health and Diseases. *Children and Adolescents and Young Adults*. 2001.p 50-70.
5. Seehra J, Fleming PS, DiBiase AT. Orthodontic treatment of localised gingival recession associated with traumatic anterior crossbite. *Aust Orthod J*. 2009;25:76-81
6. Harrison R, Kennedy D, Leggott P. Anterior dental crossbite: Relationship between incisor crown length and incisor irregularity before and after orthodontic treatment. *Pediatr* 1993; 15: 394-97.
7. Saturno L. Ortodoncia en dentición Mixta. Capítulo XIII. Edición 2007. Edit. AMOLCA. Caracas-Venezuela. p. 378
8. Ainamo J. Relationship between malalignment of the teeth and periodontal disease. *Scand J. Dent. Res.* 1972; 80: 104-10
9. Medina AC, Sogbe R, Gómez-Rey AM, Mata M. Fictitious oral lesions in an autistic paediatric patient. *Int J Paediatr Dent*. 2003;13:130-7.
10. Agell A, Acosta J, Longobardi P, Sogbe R. Piercing Labial: Factor Etiológico de Recesión Gingival. *Ortodoncia. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2007 [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/piercing\\_labial\\_recesion\\_gingival.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/piercing_labial_recesion_gingival.asp)
11. Mathur A, Jain M, Jain K, Samar M, Goutham B, Swamy PD, Kulkarni S. Gingival recession in school kids aged 10-15 years in Udaipur, India. *J Indian Soc Periodontol*. 2009; 13: 16–20
12. Andlin-Sobocki A, Marcusson A, Persson M. 3-year observations on gingival recession in mandibular incisors in children. *J Clin Periodontol*. 1991;18:155-9.
13. Andlin- Sobocki A, Persson M. The association between spontaneous reversal of gingival recession in mandibular incisors and dentofacial changes in

children. A 3 year longitudinal study. *Eu J. Ortho.* 1994. 131: 221-239

14. Ngan PW, Burch JG, Wei SH. Grafted and ungrafted labial gingival recession in pediatric orthodontic patients: effects of retraction and inflammation. *Quintessence Int.* 1991 Feb;22:103-11.