

Tratamiento de la recesión gingival basado en evidencia

Marianela Garza*

Considerando la importancia del tratamiento periodontal contemporáneo basado en evidencia, hemos realizado las siguientes preguntas relacionadas con el tema de tratamiento de la recesión gingival:

Una o más respuestas pueden ser las correctas.

1. De acuerdo al metaanálisis de Rocuzzo y col., en la cirugía mucogingival convencional para lograr el cubrimiento radicular y ancho de encía queratinizada se encontró:
 - a) Que el procedimiento de regeneración tisular guiada fue más efectivo en lograr el cubrimiento radicular y la ganancia de ancho de encía queratinizada.
 - b) Que la regeneración tisular guiada más el hueso seco congelado es el ideal para ese propósito.
 - c) Que el injerto de tejido conectivo autógeno es el mejor para lograr dichos objetivos.
2. En el tratamiento de los defectos de recesión, clase I y II de Miller, para lograr el cubrimiento radicular con el colgajo coronalmente posicionado es determinante tomar en cuenta primordialmente:
 - a) Alineación de las piezas en el arco.
 - b) Técnica de cepillado.
 - c) Grosor del tejido mínimo de 0.8 a 1.2 mm.
3. De acuerdo a Chambrone y col. el procedimiento que se considera como el estándar dorado en el tratamiento de los defectos de recesión clase I y II de Miller es:
 - a) Injerto libre de encía.
 - b) Injerto de tejido conectivo.
 - c) Colgajo desplazado coronalmente.
 - d) Regeneración tisular guiada.
4. Tal H, Moses y col. en el estudio comparativo entre el procedimiento de injerto subepitelial con matriz dérmica acelular y el injerto subepitelial de tejido conectivo autógeno encontraron:
 - a) Que los resultados son idénticos en ambos casos.
 - b) Con la matriz dérmica acelular se obtiene mejor cubrimiento radicular, ancho de encía queratinizada y más predecible en sus resultados.
 - c) El resultado en cubrimiento radicular, ancho de encía queratinizada usando matriz dérmica acelular es menos predecible que usando el tejido conectivo autógeno.
5. Aun cuando la relevancia clínica del ancho de encía queratinizada es cuestionable, considerando un excelente control de placa la excepción sería:
 - a) Movimientos de ortodoncia.
 - b) Cero encía queratinizada.

* Directora de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/periodontologia>

- c) Poca profundidad de vestíbulo.
d) Frenillo aberrante.
6. Limitaciones y complicaciones de la matriz dérmica acelular:
- Color diferente al cicatrizar con respecto al tejido adyacente.
 - Contracción mayor al compararlo con el injerto de tejido conectivo autógeno.
 - Obtención insignificante de encía queratinizada.
 - Volumen notorio posterior.
7. ¿Cuál es la diferencia estructural en el tratamiento de las recesiones clase I y II de Miller entre la matriz dérmica acelular y el injerto subepitelial de tejido conectivo autógeno en el proceso de cicatrización especialmente en lo que concierne a la vascularización?
- La matriz dérmica acelular depende de las células y vasos sanguíneos del área receptora para lograr reorganización en el área.
 - En el injerto subepitelial de tejido conectivo la cicatrización y revascularización dependen de la anastomosis entre los vasos sanguíneos del tejido conectivo de la encía y de los preexistentes en el injerto.
 - En el injerto subepitelial de tejido conectivo la cicatrización depende casi totalmente de la revascularización y de células del área receptora.
 - En la matriz dérmica acelular la cicatrización depende de la anastomosis de vasos sanguíneos del tejido conectivo de la encía y los preexistentes en la MDA.
8. ¿Cuándo se utiliza el colgajo coronalmente posicionado (CCP) solo, o bien el colgajo coronalmente posicionado más Emdogain EMD (matriz derivada del esmalte) en el tratamiento de defectos de recesión clase I y II de Miller?
- Tiene más éxito cuando el CCP se combina con Emdogain (matriz derivada del esmalte EMD) en el porcentaje de cubrimiento radicular.
 - En ambos casos CCP solo y CCP más Emdogain el resultado es similar.
 - La única ventaja de agregar Emdogain al CCP es disminuir el dolor y molestias postoperatorias.
9. La primera publicación sobre el procedimiento de tunelización (Envelope Technique) con injerto de tejido conectivo para cubrimiento radicular en recesiones gingivales fue:
- Allen P.E.
 - Raetzke P.B.
 - Zabalegui y col.
10. La técnica de sutura utilizada en la tunelización con matriz dérmica acelular para cubrimiento de recesiones clase I y II de Miller, llamada sutura continua subpapilar, en donde se toma el injerto con el margen gingival del tejido gingival es descrita por:
- Raetzke P.B.
 - John B. Taylor y col.
 - Harris.
 - Allen P.E.

RESPUESTAS

1. La respuesta es la c: El injerto de tejido conectivo tiene mayor cubrimiento radicular y ganancia de ancho de encía queratinizada.

— Roccuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recession: A systematic review. *J Clin Periodontal* 2002; 29 (suppl 3): 178-194.
2. Respuesta c: Grosor mínimo de tejido 0.8 a 1.2 mm.

— Allen EP, Miller PD Jr. Coronal positioning of existing gingival. Short term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. *J Periodontol* 1989; 60: 316-319.
3. Respuesta b: Injerto de tejido conectivo.

— Chambrone L, Chambrone D, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima A. Can subepithelial connective tissue grafts can be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller class 1 and 11 recession type defects? *J Dent* 2008, 36: 659-671.
4. Respuesta c: El resultado en cubrimiento radicular, ancho de encía queratinizada usando matriz dérmica acelular es menos predecible que con el tejido conectivo autógeno.

— Tal H, Moses O, Zohar R, Meirit, Nemcovsky C. Root coverage in advanced gingival recession: A comparative study between acellular dermal matrix allograft and subepitelial connective tissue grafts. *J Periodontol* 2002; 73: 1405-1411.
5. Respuesta a: Movimientos de ortodoncia.

— Maynard JG Jr, Ochsenbein C. Mucogingival problems, prevalence and therapy-in children. *J Periodontol* 1975; 46: 543-552.

— Maynard JG. The rationale for mucogingival therapy in child and adolescent. *Int J Periodontics & Restorative Dent* 1987; 7: 36-51.
6. Respuesta c: Obtención de insignificante cantidad de encía queratinizada.

— Barros RR, Novaes AB, Grisi MF, Souza SL, Taba M Jr, Palioto DB. New surgical approach for root coverage of localized of Gingival recession with acellular dermal matrix. A 12 months comparative clinical study. *J Esthet Restor Dent* 2005; 17: 156-164.
7. Respuesta a: La matriz dérmica acelular depende de las células y vasos sanguíneos del área receptora para lograr reorganización del área y b: En el injerto subepitelial de tejido conectivo autógeno la cicatrización y revascularización depende de la anastomosis entre vasos sanguíneos del tejido conectivo de la encía y de los preexistentes en el injerto.

— Barros RR, Novaes AB, Grisi MF, Souza SL, Taba M, Palioto DB. New surgical approach for root coverage of localizes gingival recession with acellular dermal matrix a 12 months comparative clinical study. *J Esthet Dent* 2005; 17: 156-164.
8. Respuesta b: En ambos casos el resultado es similar con colgajo coronalmente posicionado con y sin Emdogain (matriz derivada del esmalte) y c: La única ventaja de agregar Emdogain (Matriz derivada del esmalte) al Colgajo coronalmente posicionado es disminuir el dolor y las molestias postoperatorias.

— Castellanos A, de la Rosa M, Garza M, Caffesse RG. Enamel matrix derivative and coronal flaps to cover marginal tissue recessions. *J Periodontol* 2006; 77: 7-14.
9. Respuesta b: Raetzke PB.

— Covering localized areas of root exposure employing the «envelope technique». *J Periodontol* 1985; 56: 397-402.
10. Respuesta d: Edward P. Allen.

— Subepithelial continuous sling suture method for soft tissue grafting with the tunneling technique. Allen EP. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 5 (30): 479-486.