

# Alternativa para el tratamiento de la recesión periodontal

## Treatment alternative for gingival recession

Adriana María Ballesteros<sup>1</sup>, Carolina Gutiérrez-Gutiérrez<sup>1</sup>,  
Edison Andrés Cruz-Olivo<sup>2</sup>, Carlos Humberto Martínez-Cajas<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Conclusiones de los autores del estudio:** La matriz de colágeno xenogénico en combinación con la técnica de tunelización, obtuvo una eficacia similar a la técnica de tunelización con injerto de tejido conectivo, en términos de porcentaje promedio de cubrimiento radicular y un aumento dimensional del espesor (biotipo) del tejido queratinizado. Sin embargo, al comparar los resultados se evidenció menor porcentaje de cubrimiento radicular completo con el uso de la Matriz de Colágeno xenogénica.

**Comentario de los revisores:** Al analizar los dos tipos de injertos (tejido conectivo y matriz de colágeno xenogénico) se observó que el injerto de tejido conectivo sigue siendo el tratamiento de elección dado que obtuvo mayor porcentaje de éxito, en términos de cubrimiento radicular completo, una vez que la matriz de colágeno no obtuvo un porcentaje completo de la recesión.

**Palabras Claves:** recesión gingival, injerto de tejido conectivo, cirugía mucogingival.

### ABSTRACT

**Authors' conclusions:** The xenogenic collagen matrix in combination with the tunneling technique led to an average percentage of satisfactory root coverage and to the dimensional increase of keratinized tissue width as obtained with the connective tissue graft. However, after comparing the two techniques, there was a lower percentage of full recession coverage using the xenogenic collagen matrix.

**Reviewers' commentary:** The analysis/comparison of the two types of grafts (connective tissue and xenogenic collagen matrix) in terms of complete root coverage, showed that the connective tissue graft remains the treatment of choice over collagen matrix because the xenogenic collagen matrix did not obtain a complete percentage of root coverage.

**Keywords:** gingival recession; connective tissue graft; mucogingival surgery.

### ARTICULO ORIGINAL

Cieslik-Wegemund M, Wierucka-Mlynarczyk B, Tanasiewicz M, Gilowski L. Tunnel Technique With Collagen Matrix Compared With Connective Tissue Graft for Treatment of Periodontal Recession: A Randomized Clinical Trial. J Periodontol. 2016 Dec;87(12):1436-43.

---

#### Grupo de Investigación - Ciencias Odontológicas UNICOC

1. Odontóloga. Especialización en gerencia de servicios de salud.
2. Odontólogo, Maestría en Odontología, Especialización en Periodoncia.
3. Odontólogo. Maestría en Epidemiología. Especialización en Pedagogía y Docencia. Especialización en gerencia de servicios de salud.

Autor responsable de correspondencia: Adriana Maria Ballesteros Buitrago

Correo electrónico: aballesteros@unicoc.edu.co

**Citar como:** Ballesteros AM, Gutiérrez C, Cruz EA, Martínez-Cajas CH. Alternativa para el tratamiento de la recesión periodontal. Journal Odontol. 2016;9(18):42-44

Recibido: Diciembre 2016, aceptado: Diciembre 2016

---

## RESUMEN DE ARTICULO ORIGINAL

### OBJETIVO

Comparar de resultados clínicos en términos de nivel de inserción clínica, profundidad y ancho de la recesión después de la cobertura mediante técnica de tunelización utilizando un injerto de tejido conectivo (CTG) versus matriz de colágeno (CM) como tratamiento de múltiples recesiones clase I y II de Miller.

### TIPO DE ESTUDIO

Este es un ensayo clínico controlado con seguimiento a seis meses, que incluyó veintiocho pacientes sistemáticamente sanos y no fumadores quienes solicitaron atención por motivos estéticos o hipersensibilidad. Con recesiones múltiples Miller Clase I y II. Un total de 106 recesiones fueron identificadas por el Departamento de enfermedad periodontal y mucosas orales, de la Escuela de Medicina - División de Odontología en Zabrze, Universidad Médica de Silesia, Katowice, Polonia. Estos fueron divididos en 2 grupos: a) Grupo control con tratamiento de tunelización con CTG. Y b) Grupo prueba con tratamiento de tunelización mas CM.

Se estableció que el resultado primario fuese el nivel de inserción clínica (CAL) y los secundarios el ancho (RW) y profundidad (RD) de la recesión, así como el ancho de encía queratinizada (KTW), la cobertura completa de la recesión (CRC), distancia entre unión amelocementaria (CEJ) a línea mucogingival (MGJ) y el promedio de cobertura de recesión (ARC).

### INTERVENCIÓN

Bajo los efectos de anestesia local se realizó raspaje y alisado las superficies radiculares expuestas mediante el uso de curetas con el objetivo de eliminar cualquier cálculo y placa presentes y para eliminar la rugosidad de la superficie se utilizaron instrumental rotatorio (fresas).

En el grupo control, se realizaron incisiones sulculares con hoja de bisturí quirúrgico 15C para permitir la preparación supraperiosteal del tejido bucal.

La incisión se extendió hasta los dientes adyacentes a ambos lados de las recesiones y se extendió al tejido de la mucosa con instrumentos de tunelización, las incisiones laterales se unieron mediante profundización hasta alcanzar la incisión intrasulcular.

La disección de todo el componente vestibular se realizó como un colgajo de grosor parcial de acuerdo con el método descrito por Blanes y Allen.

Los registros clínicos se obtuvieron al inicio del estudio y después de 3 y 6 meses. Se evaluaron los porcentajes del promedio de cubrimiento radicular (ARC) y el porcentaje de pacientes con cubrimiento radicular completo (CRC) después de 3 y 6 meses de la cirugía.

### RESULTADOS PRINCIPALES

Se registró una disminución estadísticamente significativa en ambos grupos de acuerdo a los parámetros de la recesión en comparación con las medidas iniciales (CAL, RD, RW, RA, CEJ-MGJ), excepto en PD. A los seis meses, se encontró diferencias significativas entre grupos en el promedio de la profundidad de la recesión fue 0.21mm para el grupo control (CTG) frente a un promedio de 0.39 mm en el grupo intervención (CM); y el área de la recesión 0.31mm en CTG frente a 0.53mm en CM. Para ARC se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos a los seis meses pues el grupo control alcanzo en promedio el 95% mientras que el grupo intervención obtuvo un promedio de 91% (1,0 mm frente a 0,8 mm, respectivamente).

Para la variable KTW, se reportó diferencias significativas en cada grupo a los 3 y 6 meses, mientras que esta diferencia no fue estadísticamente significativa en los mismos periodos al comparar entre grupos. El porcentaje de pacientes con una cobertura completa de todas las recesiones fue 71,4% (10/14) en el grupo control de 14,3% (2/14) en el grupo de prueba ( $p < 0,05$ ).

### CONCLUSIÓN

La matriz de colágeno xenogénico en combinación con la técnica de tunelización condujo a una cobertura media de la recesión (ARC) satisfactoria y un aumento en la anchura del tejido queratinizado similar a un CTG, pero produjeron una inferior, insatisfactoria CRC.

### COMENTARIO CRÍTICO

#### VALIDEZ O RIGOR CIENTÍFICO

La asignación de tratamiento se realizó mediante aleatorización por bloques, lo que permite contrarrestar sesgos de selección y el balance de las ramas del ensayo. Las mediciones fueron realizadas por el mismo evaluador clínico bajo enmascaramiento de la intervención encaminado a evitar sesgos de información; sin embargo, la validez interna de los resultados se compromete al no establecer el nivel de acuerdo intraexaminador mediante el cálculo el coeficiente de correlación intraclase (CCI) ó coeficiente de concor-

dancia de Lin (CCC)<sup>1</sup> ya que se asume una variable numérica continua al aproximar al 0.5mm mas cercano y realizar la medición con sonda milimetrada, además, el establecer que el 95% de medidas concordantes con diferencias hasta  $\leq 1$ mm puede resultar en CCI o CCC muy bajos; es decir, la precisión o confiabilidad de la medición no es la adecuada para estas variables.

Los grupos son comparables al visualizar el comportamiento de las variables de interés, pero no se muestra la distribución por edad que puede ser una variable confusora.<sup>2</sup> Además, se omite la identificación del biotipo gingival que, según la evidencia disponible, puede influenciar los resultados estéticos a razón del diferencial en la respuesta inflamatoria generada por el abordaje quirúrgico.<sup>3,4</sup>

En coherencia con el consenso de la Asociación Americana de Periodoncia acerca de procedimientos de cobertura radicular con tejidos blandos, se incluyeron variables de resultados referidos por el paciente (Paciente-Reported Outcomes) dolor e inflamación y se complementó con la evaluación independiente de color y contorno gingival.<sup>5</sup> Dichas mediciones obtenidas bajo el enmascaramiento del observador.

### IMPORTANCIA CLÍNICA

Los resultados permiten evidenciar que existe un 20% mas de riesgo de no cobertura completa de la raíz al utilizar CM en lugar de CTG (RR=1.2; IC95%: [0.809-1.780]). El uso de CTG en 7 pacientes permite la cobertura completa de recesiones en un paciente más en comparación con la CM (NNT=7; IC95%: [2.261(daño)-6.391(Beneficio)]). Sin embargo, estas cifras no son significativas, pues los intervalos de confianza se traslapan con los valores nulos.<sup>6</sup>

### APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

En Colombia, el cuarto estudio nacional de salud bucal (ENSAB IV) menciona que, aproximadamente, 1 por cada 4 personas mayores de 35 años sufre de caries radicular (27,58%), por tanto la proporción de recesión gingival es, al menos cercana e incluso mayor a esta cifra.<sup>7</sup> Como opción de tratamiento para el cubrimiento de recesiones miller tipo I y II la técnica periodontal de tunelización con injerto de tejido conectivo tiene mejor desempeño, teniendo en cuenta la desventaja de realizar dos lechos quirúrgicos para la obtención del injerto y el área receptora. Para la elección de esta técnica quirúrgica, es necesario considerar el ancho de la banda de encía queratinizada, la cual, idealmente, debe ser  $\geq 3$ mm, así como contar

con un biotipo periodontal medio o grueso. En casos de biotipo periodontal delgado, no es recomendable la relajación del colgajo mucoperióstico en la porción coronal. Una estrategia en estos casos sugiere elevar el colgajo a espesor total, relajándolo solo en la base del mismo para cortar las inserciones musculares y liberarlo de la tensión en el momento de posicionarlo coronalmente.<sup>8</sup>

### CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES DEL COMENTARIO

No existe.

### REFERENCIAS

1. Lluís Carrasco J, Jover L. Métodos estadísticos para evaluar la concordancia. *Medicina Clínica*. 2004;122:28-34.
2. Alghamdi H, Babay N, Sukumaran A. Surgical management of gingival recession: A clinical update. *Saudi Dent J*. 2009;21(2):83-94.
3. Abraham S, Deepak KT, Ambili R, Preeja C, Archana V. Gingival biotype and its clinical significance – A review. *The Saudi Journal for Dental Research*. 2014;5(1):3-7.
4. Kim SM, Choi YH, Kim YG, Park JW, Lee JM, Suh JY. Analysis of the esthetic outcome after root coverage procedures using a comprehensive approach. *J Esthet Restor Dent*. 2014;26(2):107-18.
5. Tatakis DN, Chambrone L, Allen EP, Langer B, McGuire MK, Richardson CR, et al. Periodontal Soft Tissue Root Coverage Procedures: A Consensus Report From the AAP Regeneration Workshop. *Journal of Periodontology*. 2014;86(2-s):S52-S55.
6. Mendes D, Alves C, Batel-Marques F. Number needed to treat (NNT) in clinical literature: an appraisal. *BMC Med*. 2017;15(1):112.
7. Ministerio de Salud y Protección Social, editor. IV Estudio Nacional de Salud bucal - ENSAB IV - Situación en salud bucal. Bogotá: Republica de Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
8. Erpenstein H, Borchard R. Criteria for the Selection of Root Coverage Procedures. Part 2: Patient Factors, Defect Factors, Predictability of Coverage, Nature of Post-Operative Attachment. *Periodontal Practice Today*. 2006;3(3):177-94.