

Recubrimiento radicular de recesiones gingivales con matriz dérmica acelular. Reporte de un caso clínico

Root Coverage of Gingival Recession with Acellular Dermal Matrix. A Case Report

Jorge González Quesada DDS, MSc¹

1. Especialista y Máster en Periodoncia. Profesor Sección de Periodoncia, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Autor para correspondencia: Dr. Jorge González Quesada - jorge.gonzalezquesada@ucr.ac.cr

Recibido: 31-VIII-2016

Aceptado: 16-IX-2016

Publicado Online First: 19-IX-2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.26304>

RESUMEN

En la actualidad existen otras opciones para el tratamiento de las recesiones gingivales además del tejido conectivo subepitelial, una de ellas es el uso de matriz dérmica acelular. El presente artículo reporta el tratamiento de recesiones gingivales utilizando matriz dérmica acelular (Alloderm®) y la técnica quirúrgica de túnel posicionado coronalmente.

PALABRAS CLAVE

Recesión gingival; Matriz dérmica acelular; Alloderm®.

ABSTRACT

Actually there are other options for the treatment of gingival recessions in addition to the subepithelial connective tissue, one of which is the use of acellular dermal matrix. The present article reports the treatment of gingival recessions using the acellular dermal matrix (Alloderm®) and Flap Tunnel Technique.

KEYWORDS

Gingival recession; Acellular dermal matrix; Alloderm®.

INTRODUCCIÓN

La Academia Americana de Periodoncia define la recesión gingival como el desplazamiento de los tejidos periodontales marginales apical a la unión amelocementaria (1). Algunas consecuencias comunes de la recesión gingival son: hipersensibilidad dental, dolor, caries radicular y problemas estéticos (2). Para superar estas consecuencias adversas se han desarrollado diversos materiales dentales, así como técnicas quirúrgicas.

La cirugía plástica periodontal es definida como los procedimientos quirúrgicos que tienen el objetivo de prevenir, corregir o eliminar las deformidades del desarrollo o traumáticas de la gingiva o mucosa alveolar, entre las cuales se encuentra la morfología, posición, dimensión de la encía y tejido óseo que rodean al diente ó al implante dental (1). Gran cantidad de estudios epidemiológicos realizados globalmente muestran similares tendencias: i) las recesiones gingivales aumentan con la edad, ii) superficies vestibulares son las más afectadas, iii) los hombres son más susceptibles que las mujeres (3). La etiología de la recesión gingival puede ser clasificada en: a) factores anatómicos predisponentes como: presencia de una inadecuada encía adherida, frenillos aberrantes, mal posición dental, dehiscencias óseas, vestíbulo superficial, biotipo periodontal delgado y en b) factores patológicos precipitantes como: presencia de inflamación recurrente, patologías orales, factores iatrogénicos (4).

CLASIFICACIÓN

Miller en 1985 propuso una clasificación de los defectos recesivos de los tejidos blandos tomando en cuenta algunos parámetros clínicos. Esta clasificación es actualmente la más empleada tanto en los trabajos clínicos como en los trabajos de investigación, por ser sencilla y porque nos da una idea del pronóstico del tratamiento.

- Clase I: Recesión del tejido marginal que no se extiende a la unión mucogingival. No hay pérdida del tejido periodontal en el área interproximal y se puede anticipar un 100% del recubrimiento radicular.
- Clase II: Recesión del tejido marginal que se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival. No hay pérdida del tejido periodontal en el área interproximal y se puede anticipar un 100% del recubrimiento radicular.
- Clase III: Recesión del tejido marginal que se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival. Hay una ligera pérdida del tejido periodontal en el área interproximal o una malposición dentaria. Se puede anticipar un recubrimiento radicular parcial.
- Clase IV: Recesión del tejido marginal que se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival. Hay pérdida severa del tejido periodontal en el área interproximal o una malposición dentaria severa. No se puede anticipar un recubrimiento radicular (5).

Diferentes técnicas quirúrgicas han sido utilizadas para alcanzar el recubrimiento radicular, utilizando tejido gingival libre y el tejido conectivo subepitelial, las cuales han demostrado ser exitosas y predecibles. El aloinjerto de matriz dérmica acelular para ser utilizado en reemplazo del autoinjerto de tejido conectivo, fue introducido en la década de los 90 (6). La matriz dérmica acelular es obtenido de dermis de cadáveres humanos a la que se le remueven los componentes celulares quedando sólo la matriz extracelular con fibras colágenas clase I, fibras elásticas y red de vasos sanguíneos (7). Una de las técnicas utilizadas en combinación con la matriz dérmica acelular es el colgajo desplazado coronalmente tipo sobre o túnel supraparióstico (7, 8).

La matriz dérmica acelular humana ha sido recomendada para incrementar la zona de tejido queratinizado y resolver las recesiones gingivales alrededor de dientes e implantes, en especial

cuando se requiere injertos grandes o para piezas múltiples, sustituyendo al tejido del paladar como lecho donador (9).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, 50 años, sin antecedentes patológicos personales, se presenta a consulta por hipersensibilidad relacionadas a recesiones gingivales generalizadas principalmente en el Cuadrante II. La profundidad de sondaje y el nivel de inserción clínico pre quirúrgico se pueden ver en la Tabla 1. En la Figura 1 se puede apreciar la condición inicial del paciente.

Tabla 1. Profundidad de sondaje y Niveles de inserción clínico iniciales.

Diente	Profundidad de sondaje	Margen Gingival	Nivel Inserción Clínico
2.1	2 1 2	2 - 2 2	0 3 0
2.2	2 1 2	2 - 3 2	0 4 0
2.3	2 1 2	2- 5 2	0 6 0
2.4	2 1 2	2- 4 2	0 5 0
2.5	3 1 3	3- 5 3	0 6 0
2.6	2 1 3	2- 3 2	0 4 0

Dentro los procedimientos pre operatorios se realizaron las instrucciones de control de placa bacteriana, un raspado supra y sub gingival y eliminación de las restauraciones Clase V desajustadas. Se realizó una primera cirugía para recubrir las piezas 24, 25 y 26 (Figura 2) y luego 3 meses después ser procedió a realizar la cirugía para las piezas 21, 22, y 23 (Figura 3).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Siguiendo un estricto protocolo de control de infecciones, se anestesia al paciente con lidocaína al 2%, epinefrina 1:1000000, luego se procede a realizar el raspado y alisado radicular de las superficies radiculares expuestas con la

cureta Gracey 1/2. Con el bisturí con hoja 15c y el bisturí Orban se procede a realizar el decolado siguiendo la técnica de tunel manteniendo las papilas intactas, el colgajo se extendió desde de pieza 24 a 26 (Figura 2) y para la segunda cirugía desde la pieza 21 a la 23 (Figura 3). Se procede a adaptar el injerto AlloDerm® posterior a su hidratación durante 30 minutos con suero fisiológico. Se sutura el aloinjerto con suturas suspensorias con ácido poliglicólico 5.0, se posiciona el colgajo coronalmente procurando cubrir todo el injerto. El colgajo se asegura con suturas suspensorias e interrumpidas de ácido poliglicólico 5.0.

Se medica al paciente con Valdure® IM 1 ampolla Stat y Dexametasona IM 1 ampolla Stat, Valdyne® 200mg 1 cada 12 horas por 3 días, Augmentin® 1 cada 12 horas por 7 días.

El paciente en ambas cirugías evolucionó de manera satisfactoria, sin complicaciones post quirúrgicas. Como se observa en la Tabla 2 hubo ganancia de inserción en todas las piezas, además se obtuvo un recubrimiento radicular del 100% en las piezas 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5

Tabla 2. Niveles de inserción clínico iniciales y post quirúrgico.

Diente	Nivel Inserción Clínico Inicial	Nivel Inserción Clínico Post Qx
2.1	0 3 0	0 0 0
2.2	0 4 0	0 0 0
2.3	0 6 0	0 0 0
2.4	0 5 0	0 1 0
2.5	0 6 0	0 0 0
2.6	0 4 0	0 1 0

Se puede observar en la Figura 4 la comparación entre las condiciones clínicas iniciales del paciente y el resultado post quirúrgico 1 año después de realizada la cirugía de las piezas 2.1, 2.2 y 2.3



Figura 1. Recesiones gingivales Clase I de Miller en 21, 22, 23, 24, 25, 26.



Figura 2. Cirugía plástica periodontal para piezas 24, 25, 26.



Figura 3. Cirugía plástica periodontal para piezas 21, 22, 23.



Figura 4. A. Condición clínica pre quirúrgica. B. Condición post quirúrgica 1 año después.

DISCUSIÓN

Según el reporte de consenso de la Academia Americana de Periodoncia de 1996, dentro de las razones para realizar los procedimientos de terapia mucogingival están el facilitar un adecuado control de placa bacteriana, mejorar la comodidad y el confort del paciente y prevenir futuras recesiones gingivales (10).

Dentro de los resultados obtenidos en este caso clínico, ha habido una resolución de la hipersensibilidad que presentaba el paciente, además de mejorar el control de placa bacteriana.

En este caso se ha utilizado la matriz dérmica acelular (Alloderm) la cual es una alternativa para los procedimientos de cirugía plástica periodontal.

La matriz dérmica acelular presenta dos superficies, una membrana basal y un tejido conectivo de colágena y fibras elásticas, a esta característica se le denomina polaridad. Un lado del tejido tiene una lámina basal que permite la migración celular y el otro lado una matriz porosa que permite el crecimiento de fibroblastos y la angiogénesis (11).

Diferentes estudios que han analizado el uso de la matriz acelular dérmica no han encontrado diferencias estadísticamente significativas, a corto plazo, en cuanto a recubrimiento radicular, cuando la comparan con el injerto de tejido conectivo subepitelial (12, 13, 14), sin embargo hay reportes que si encuentran diferencias en cuanto a ganancia de tejido queratinizado donde el tejido conectivo muestra superioridad (15).

En este reporte de caso se pudo observar como el uso de matriz dérmica acelular es una adecuada opción para el tratamiento de recesiones gingivales, obteniendo recubrimientos radiculares en la mayoría de las piezas intervenidas y ganancia en el nivel de inserción clínico (Tabla 2).

CONCLUSIONES

La matriz dérmica acelular es una adecuada opción para el recubrimiento radicular de recesiones gingivales Miller Clase I y Clase II, donde se mejora la comodidad y el confort del paciente, además de lograr un adecuado control de placa bacteriana. Se recomienda más estudios a largo plazo para ver la estabilidad de los resultados obtenidos con la matriz dérmica acelular.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Periodontology (AAP). Glossary of periodontal terms. Chicago IL: The American Academy of Periodontology, 2001.
2. Albandar J. M., Kingman A. Gingival recession, gingival bleeding, and calculus in adults 30 years of age or older in the United States, 1988-1994. *J. Periodontol* 1999; 70: 30-43.
3. Hom-Lay Wang, Marmar Modarressi, Jia-Hui Fu. Utilizing collagen membranes for guided tissue regeneration-based root coverage. *Periodontology* 2000, 2012;59: 140-157.
4. Hall W. Pure mucogingival problems: etiology, treatment and prevention, Chicago, IL: Quintessence Publishing Co, 1984.
5. Miller P. D. Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5: 8-13.
6. Hal T. Subgingival acellular matrix allograft for the treatment of gingival recession: a case report. *J Periodontol* 1999: 1118-1124.
7. Allen A. L. Use of supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage I. Rationale and technique. *Int J periodontics Restorative Dent*. 1994a; 14: 216-227.
8. Allen A. L. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage II. Clinical results. *Int J periodontics Restorative Dent*. 1994b; 14: 302-315.
9. Rivera Chú R. K., Castillo Monzón R., Málaga Figueroa. Tratamiento de recesiones gingivales

- con Matriz dérmica acelular(Alloderm): Resultados a corto plazo en zona estética. Revista clínica de Periodoncia, implantología y rehabilitación oral. 2009: 2:3: 182-186.
10. Consensus Report Mucogingival Therapy Annals of periodontology 1996: 1 (1): 702-706.
 11. Cummings L. C., Kaldahl W. B., Allen E. P. Histologic evaluation of autogenous connective tissuean acelular dermal matrix grafts in humans. J. Periodontol 2005: 76 (2): 178- 86.
 12. Aichemann-Ready M. E., Yunka R. A., Evans GH, et al. Clinical evaluation of acelular allograft dermis for the treatment of human gingival recession. J. Periodontol. 2001:72: 998-1005.
 13. Barros R. M., Novaes A. B. Jr, Grisi MFM, et al. A 6 month comparative clinical study of a conventional and a new surgical approach for root coverage with acelular dermal matrix. J. Periodontol. 2004: 75: 1350-1356.
 14. Harris R. J. Clinical evaluation for 3 techniques to augment keratinized tissue without root coverage. J. Periodontol. 2001: 72: 932-938.
 15. Haim T., Ofer M., et al. Root coverage of advance gingival recession: A comparative study between acelular dermal matriz Allograf and subepitelial connective tissue grafts. J. Periodontol. 2002: 73:1405-1411.



Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.