

T.O.
00761

**TECNICAS QUIRÚRGICAS PARA EL MANEJO
DE LAS RECESIONES GINGIVALES**

MONICA MONTILLA JURADO

CARLOS HUMBERTO OJEDA PESCADOR

JOHANNA AMPARO POLANCO RODRÍGUEZ

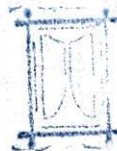
27-8-01-cuy

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA D.C.

1.999



COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE NORTE

**TECNICAS QUIRÚRGICAS PARA EL MANEJO
DE LAS RECESIONES GINGIVALES**

**MONICA MONTILLA JURADO
CARLOS HUMBERTO OJEDA PESCADOR
JOHANNA AMPARO POLANCO RODRÍGUEZ**

**Trabajo de Grado Presentado como requisito parcial para optar
El Título de Odontólogo**

Director

DR. GUSTAVO MORALES

Odontólogo Especialista en Periodoncia y Biología Oral

Asesor Metodológico

DRA. INES AMPARO REVELO MEJIA

Odontóloga, Maestría en Administración de Salud

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTÁ, D.C.

1.999

CONTENIDO

	Páginas
INTRODUCCIÓN	1
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2. JUSTIFICACION	2
1.3. PROPÓSITO	3
1.4. MARCO TEÓRICO	4
1.5. OBJETIVOS	12
1.5.1. General	12
1.5.2. Específicos	13
2. MÉTODO	14
2.1. TIPO DE ESTUDIO	14
2.2. POBLACION	14
2.3. UNIDADES TEMÁTICAS	14
3. RESULTADOS	15
4. DISCUSION	24
5. CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

La Recesión Gingival implica un compromiso estético y en ocasiones una marcada sensibilidad dental.

El tratamiento de la recesión gingival está encaminado hacia lograr la cobertura del tejido radicular expuesto y a controlar la progresión del defecto tisular.

Diferentes procedimientos quirúrgicos han sido utilizados con éxito, estos incluyen colgajos pediculados, injertos gingivales libres y regeneración tisular guiada.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Con frecuencia se encuentran áreas de superficies dentales descubiertas por recesiones de la encía marginal, presentando problemas tales como sensibilidad radicular, y molestias estéticas por parte de los pacientes.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Esta revisión es de gran importancia, debido a que muestra las diferentes alternativas de tratamiento que se pueden realizar para el cubrimiento de superficies radiculares descubiertas.

1.3. PROPÓSITO

Este estudio pretende mostrar de que forma se puede restituir la estética y la función de los tejidos periodontales que han sido afectados dando como resultado una superficie radicular denudada; y ofrecer a los pacientes posibilidades de tratamientos que se adapten a sus requerimientos.

1.4. MARCO TEÓRICO

La enfermedad periodontal comprende una serie de trastornos que pueden afectar el aparato de inserción periodontal y que pueden dar como resultado la pérdida de los dientes.

Clínicamente, la enfermedad periodontal se manifiesta mediante alteraciones inflamatorias de la encía, tales como enrojecimiento del margen gingival, ocasionado por la hipervascularidad de la zona afectada por la presencia de bacterias, tumefacción o edema el cual se presenta mediante el cambio del contorno gingival, y su textura, así como también se manifiesta con una marcada tendencia al incremento registrado del sondaje clínico periodontal exhibiendo a su vez presencia de sangrado, exudado y/o supuración. Otros signos importantes de la enfermedad periodontal incluyen cambios en la posición del margen gingival con respecto al límite amelocementario (L.A.C.) (recesión Gingival) y la migración dental. (Van Der Velden, 1.980).

Radiográficamente la enfermedad periodontal se manifiesta por la pérdida de hueso alveolar que puede ser de tipo horizontal o vertical de acuerdo al ritmo de la progresión de la enfermedad, al sitio y topografía del hueso alveolar.

Histológicamente por la presencia de infiltrados celulares inflamatorios en el tejido conectivo por debajo de la adherencia epitelial adyacente a la superficie dentaria que contiene placa bacteriana (Canton y Quiñones, 1.991).

Como factor etiológico primario de la enfermedad periodontal se encuentra una relación directa entre la placa bacteriana y la inflamación de los tejidos periodontales. (Løe, 1.995)

Como consecuencia del acumulo de placa bacteriana y/o algunos factores como trauma por el cepillado, inserciones altas de frenillos y o fibras musculares, la presencia de restauraciones con márgenes desbordantes, trauma directo y otros, se desarrollan las recesiones gingivales marginales (Guinard y Caffesse, 1.977).

Guinard y Caffesse en 1.977 definieron la recesión gingival como la denudación parcial de la superficie radicular debido a la migración apical del margen gingival.

La Academia Americana de Periodoncia, AAP, en 1.992, la definió como el desplazamiento del margen gingival apical al L.A.C.

Miller en 1.985 clasificó las recesiones gingivales de acuerdo a su extensión y tejidos de soporte interproximal de la siguiente manera:

Clase I: Recesión del tejido marginal que no se extiende hasta la unión mucogingival, no hay pérdida de hueso interdentario, ni de tejidos blandos y se puede esperar un cubrimiento radicular completo.

Clase II: Recesión del tejido marginal que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival, no hay pérdida de hueso interdentario, ni de tejido blando, y se puede predecir un cubrimiento entre el 80% y el 100%.

Clase III: Recesión del tejido marginal que se extiende hasta la unión mucogingival o más allá, hay pérdida de hueso interdental, tejido blando o mal posición de dientes y no se puede anticipar un cubrimiento radicular completo.

Clase IV: Recesión del tejido marginal que se extiende hasta la unión mucogingival o más allá, hay pérdida grave de hueso interdental y tejido blando, malposición dentaria y no se puede predecir cubrimiento radicular.

A través de los años se han desarrollado una serie de técnicas quirúrgicas tanto mucogingivales como de regeneración tisular periodontal guiada con el fin de corregir ese tipo de defectos según glosario de términos de la AAP de 1.992, la cirugía mucogingival hace referencia a los procedimientos diseñados para corregir defectos en la morfología, la posición y/o cantidad de encía que rodean los dientes.

Se han utilizado varios procedimientos mucogingivales para lograr el cubrimiento de una superficie radicular expuesta como son los injertos pediculados entre los que están los pediculados laterales (Grupey Warren, 1.965), colgajos posicionados coronalmente con injertos gingivales (Bernimoulin y col. , 1.975), autoinjertos gingivales (Miller, 1.980), colgajo semilunar reposicionado coronalmente (Tarnow, 1.986), injertos de tejido conectivo subepitelial (Langer y Langer, 1.985). Todos estos procedimientos logran un porcentaje de cubrimiento radicular, pero la cicatrización en casi toda la superficie radicular se da mediante un epitelio largo de unión, en otras palabras, mediante una reparación.

La Regeneración Tisular Guiada ha sido propuesta como un procedimiento capaz de favorecer la regeneración del tejido perdido. (Nyman y col., 1.982).

El concepto de regeneración de los tejidos perdidos está basado en el concepto de Melcher de 1.976, en el que postuló que las células que repueblan la superficie radicular después de una cirugía son las que determinan la calidad de la inserción. Estas células pueden derivarse del epitelio, tejido conectivo, células óseas y células del ligamento periodontal.

La aplicación de la regeneración tisular periodontal guiada (R.T.P.G.) en el tratamiento de recesiones fue primero evaluada en animales (Cortellini y col. , 1.991) y posteriormente en recesiones localizadas en humanos por el mismo investigador.

Posteriormente otros autores como Tinti y col. , 1.992, Pini Prato y col. , en 1.992, 1.995; Rocuzzo y col., 1.996 fueron perfeccionando las técnicas para lograr una mayor cobertura radicular.

Wilderman y Wentz (1.995) estudiaron la cicatrización (reparación histológica) de los colgajos pediculados en perros y la dividieron en etapas:

1. Etapa de Adaptación: (0 - 4 días)

Entre el colgajo y la superficie radicular se encuentra una capa delgada de fibrina. En el tejido conectivo observaron degeneración de los haces de colágeno y presencia de células inflamatorias alrededor de vasos. El epitelio comienza a proliferar a partir del margen epitelial del colgajo hasta contactar la superficie dental.

2. Etapa de proliferación: (4 - 21 días)

Hacia los 4 - 6 días observaron tejido conectivo joven que proliferaba desde el tejido perivascular hasta el coágulo de fibrina y estaba compuesto por capilares, fibroblastos, linfocitos y leucocitos polimorfonucleares. Después de seis días se encontraron una capa de fibroblastos en aposición con la superficie dentaria y a los diez días la cubría totalmente. La capa de células inflamatorias y exudado desaparecieron. El epitelio mostró una pequeña migración y aumentó en espesor. El coágulo de fibrina limitó la migración apical del epitelio y en la cresta alveolar se presentó reabsorción. Hacia el final de ésta etapa, el epitelio proliferó hacia apical, el tejido conectivo disminuyó en longitud, y la actividad osteoclástica disminuyó.

3. Etapa de inserción: (21 - 28 días).

En ésta etapa se presentó una formación de colágeno incrementada y las fibras colágenas proliferaron hacia el diente. En la porción más apical del defecto hubo presencia de cementoide y formación de cemento y hacia el día 28 se extendió a lo largo de la raíz limitado por la unión del epitelio al diente. La formación de cementoide ocurrió más fácilmente sobre dentina expuesta que sobre cemento no alisado. Las fibras colágenas ocasionalmente se insertaban en el cemento y otras en el área crestal del hueso en reparación con aposición ósea.

4. Etapa de Maduración: 28 días a 6 meses)

Hacia el día 90 se observó nuevo tejido conectivo entre el colgajo y el diente. La maduración del nuevo cemento fue evidente, así como una nueva capa de cementoide, indicando la formación continua del cemento. La superficie dentaria mostró una organización alternada de cementoblastos y fibras colágenas.

Algunos otros autores evaluaron respuestas cicatrizales de los tejidos involucrados. Nery y Davies (1.976) mencionaron a Sullivan y col. (1.971) quienes en estudios histológicos y clínicos en humanos acerca de la cicatrización de colgajos posicionados laterales

encontraron nuevo tejido blando cubriendo e insertándose sobre la superficie radicular, con formación de nuevo cemento. Observaron recesión marcada, a la vez que inserción trepadora (creeping attachment). Mencionaron también a Ebert y Ratclif (1.971), quienes concluyeron que el aporte sanguíneo principal de un injerto pediculado proviene de la base de éste, siendo de más fácil realización el de espesor total debido a que en el de espesor parcial se puede producir daño tisular durante la disección del periostio.

Pfeifer y Heller (1.971) en un estudio piloto en humanos demostraron que al utilizar un colgajo de espesor total se puede obtener una inserción de tejido conectivo con cementoide nuevo en la porción más apical del defecto y en el tercio coronal un epitelio largo de unión, mientras que cuando se utiliza un colgajo de espesor parcial solo muestra un epitelio largo de unión.

Wood et al. (1.972) evaluaron las diferentes respuestas del hueso alveolar ante procedimientos de colgajo de espesor parcial y espesor total, en humanos, encontrando pérdida de la cresta ósea alveolar en respuesta a ambos procedimientos, lo cual dependía del espesor preoperatorio de los tejidos de soporte. Entre más delgado el tejido, mayor era la reabsorción, a la vez que se hacía más difícil el procedimiento. Con base en los resultados, los autores concluyeron que un colgajo de espesor parcial está contraindicado en pacientes con tejido conectivo delgado.

Kon et al. (1984) estudiaron en monos los aspectos clínicos, histológicos y de microvascularización por medio de una técnica combinada de colgajo gingival y de espesor parcial, observando que los vasos periósticos remanentes y las estructuras adyacentes, proveen suficiente nutrición al colgajo gingival, la microvascularización se torna normal hacia el día 14 en los dos colgajos y el tejido conectivo expuesto permanecía escaso mostrando una disposición vascular irregular.

En un estudio realizado por Caffesse et al (1.984) evaluaron la revascularización del colgajo desplazado lateral en monos, observando un restablecimiento vascular definitivo del área a los 21 días, previa anastomosis de capilares del lecho, del hueso o del ligamento periodontal. La unión de los tejidos al diente es por medio de un epitelio largo de unión.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. GENERAL

Describir las Técnicas quirúrgicas para el manejo de las recesiones gingivales

1.5.2. ESPECÍFICOS

Identificar la clase de recesión gingival

Establecer las diferentes técnicas para cobertura radicular

2. MÉTODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Revisión Bibliográfica

2.2. POBLACIÓN

Está conformado aproximadamente por 34 artículos ubicados en las bibliotecas de la Escuela de Medicina, Universidad Nacional, Universidad Javeriana y Colegio Universitario Colombiano

2.3. UNIDADES TEMÁTICAS

Clasificación de la Recesión Gingival

Técnicas quirúrgicas

3. RESULTADOS

Desde la identificación de los problemas mucogingivales como son las recesiones gingivales, muchos abordajes quirúrgicos han sido descritos para su corrección. Estudios y reportes de los hallazgos clínicos e histológicos siguiendo éstas técnicas han establecido ciertos principios los cuales deben servir de parámetros para el tratamiento y pronóstico anticipado.

Se sabe que de acuerdo a la extensión y al soporte periodontal interproximal de las áreas afectadas, podemos establecer el pronóstico de cobertura de éstas alteraciones. (Miller, 1.985).

La Clasificación de acuerdo a Miller en 1.985 es la siguiente. Se nombrarán algunos procedimientos quirúrgicos periodontales que han demostrado cubrimiento radicular predecible tales como injertos pediculados posicionados lateralmente, autoinjertos de tejido blando y posicionado coronalmente, injerto de tejido blando sub - epitelial y posicionado coronalmente, regeneración tisular periodontal guiada y la utilización de matriz Dermal Acelular combinado con colgajos posicionados coroneles.

El procedimiento clásico de colgajo posicionado lateral fue descrito primero por Grupe y Warren (1.956) quienes realizaron una técnica para corregir defectos gingivales; realizaron dos incisiones paralelas a cada lado del defecto uniéndolas con una incisión horizontal a nivel de la base de las dos primeras, con el fin de retirar el margen gingival alterado y así obtener un lecho receptor adecuado. Posteriormente realizó una cuarta incisión en la papila distal del defecto que se extendió en dirección apical hasta la mucosa alveolar. La porción que involucra la encía adherida fue levantada mediante un colgajo de espesor total y la porción mucosa se tomó mediante un colgajo de espesor parcial. Este colgajo se deslizó lateralmente y fue suturado en la posición deseada sobre la superficie radicular desnuda.

Friedman y Levine (1.964) tomaría la misma técnica pero modificándola extendiéndose en el sitio donador a un diente de más, logrando así una cantidad suficiente de tejido.

Robinson en 1.964 tomó como zona donadora un área edéntula contigua al diente con defecto de recesión, con el fin de desplazar ésta zona con una suficiente zona de encía insertada y posicionándola sobre el área desnuda con un buen pronóstico.

Grupe en 1.966, sugirió la retención de encía marginal en el sitio donante para así evitar el desarrollo de una nueva recesión en el sitio donador. Él realizó una incisión horizontal

submarginal del sitio adyacente al defecto, realizando las mismas incisiones descritas por Grupe y Warren.

Cohen y Ross en 1.968 describieron la técnica de doble papila como una modificación del posicionado lateral. En ésta técnica se realizan incisiones laterales a lado y lado del defecto distal a las papilas adyacentes dirigiéndolas apicalmente y posteriormente se aproximan los bordes mesial y distal del defecto y son suturados sobre la zona denudada.

Pennel y col. , en 1.965, describieron una técnica para el tratamiento de recesiones gingivales en la que combinaron diferentes procedimientos mediante los cuales restablecían una banda de encía adherida y al mismo tiempo se realizaba una frenectomía para eliminar la inserción anormal del frenillo el cual interfería con la rotación del colgajo y su adecuada reposición sobre la zona del defecto.

Los colgajos de reposición coronal se vienen desarrollando desde 1.926, cuando Norberg los utilizó para resolver problemas estéticos como resultado del tratamiento quirúrgico de enfermedad periodontal. Patur y Glickman en 1.958 mostraron que éstos procedimientos plásticos fueron un no efectivo método para obtener cubrimiento de las superficies radiculares denudadas causadas por enfermedad periodontal destructiva crónica.

Bernimoulin y col. En 1.975 introdujeron una nueva técnica combinando un injerto gingival libre y un colgajo posicionado coronalmente, por medio de la cual se aumentaba el ancho de la encía queratinizada colocando el injerto gingival libre tomado del área palatina como zona donadora para llevarlo a la zona receptora que sería el área apical a la recesión gingival.

Esta técnica es descrita como un procedimiento en dos etapas.

En 1.958 Langer y Langer reportaron la técnica de cubrimiento radicular utilizando un injerto de tejido conectivo subepitelial combinándolo con un colgajo posicionado coronal.

Esta técnica está diseñada para maximizar el suplemento sanguíneo de los tejidos injertados.

Los nutrientes y vascularización están derivados del lecho receptor, papila interdental y un colgajo sobrepuesto de espesor parcial.

La obtención del tejido del sitio donador necesita de un colgajo de espesor parcial en donde el paladar debe ser suficientemente denso para proveer un injerto de aproximadamente 1 a 1.5 mm. , y un colgajo primario de dimensiones adecuadas para asegurar la supervivencia.

La forma del paladar es un aspecto para determinar la aplicabilidad del injerto de tejido conectivo subepitelial.

Para el cubrimiento radicular se realiza una incisión horizontal levemente coronal al límite amelocementario que se extiende hasta las papilas interdetales adyacentes a la raíz denudada. Una incisión intrasurcular une o conecta las incisiones horizontales. Luego se realizan incisiones verticales que se extienden apicalmente hasta la mucosa alveolar. Se levanta el colgajo que inicialmente es de espesor total y se realiza en la zona apical un colgajo de espesor parcial para facilitar el desplazamiento del colgajo sin mantener ninguna clase de tensión y se sutura sobre el injerto de tejido conectivo para así maximizar el cubrimiento de la raíz denudada.

En primera instancia la zona insertada y recubierta por el colgajo presenta una apariencia más densa que el tejido adyacente. Sin embargo, a medida que progresa la maduración el tejido injertado toma una apariencia semejante a los demás tejidos, tanto en color como anatómicamente.

Tarnow en 1.986 reportó cobertura exitosa de raíces expuestas mediante un colgajo semilunar reposicionado coronalmente. Es un procedimiento simple y relativamente

atraumático. Está indicado cuando existe una zona adecuada de encía insertada apical al área de la recesión.

Este procedimiento puede ser usado para cubrir márgenes de coronas que han sido previamente cementadas y que se visualizan a causa de recesiones.

Se realiza una incisión en forma semilunar apical al área de la recesión extendiéndose hacia medial y distal en dirección coronal. Posteriormente se lleva la hoja de bisturí entrando por el surco gingival hasta comunicarse internamente con la incisión previamente realizada. Se desprende éste colgajo y se posiciona coronalmente y se fija mediante tensión digital para asegurar su posición cubriendo así la superficie denudada sin requerimiento de ninguna clase de sutura.

No hay estudios soportando la eficacia y predecibilidad de ésta técnica.

Tinti y Parma - Benfenati en 1.996 describieron un nuevo procedimiento utilizando un autoinjerto bilaminar mediante rotación libre de papila para el cubrimiento de recesiones gingivales múltiples presentando alta predecibilidad.

La técnica consiste en realizar una incisión horizontal a nivel del límite apical de las recesiones para elevar un colgajo de espesor parcial elaborando una disección de fibras musculares en sentido coronal apical para luego poder desplazar el colgajo coronalmente sin presentar ninguna clase de tensión. El aspecto bucal de las papilas es debridado con instrumentos rotatorios con irrigación copiosa de solución salina. La superficie radicular es aislada con el fin de eliminar la contaminación bacterial y reducir la vejez de la raíz.

Se realiza la disección de las papilas previamente desepitelizadas y son rotadas de tal forma que la base de la papila quede a nivel del límite amelocementario y el vértice hacia apical. Se coloca una sutura que pase por encima de las papilas y así obtener fijación para luego posicionar el colgajo coronalmente.

Harris en noviembre de 1.998 publicó en el J. Periodontol una técnica para el cubrimiento de superficies radiculares expuestas múltiples utilizando una matrix dermal acelular (ALLODERM^R) cubriéndola con un colgajo de espesor parcial posicionado coronalmente.

La Matrix Dermal Acelular es un aloinjerto utilizado en cirugía plástica en los pabellones de quemados a nivel hospitalario. Esta matrix está desprovista de epitelio, y contiene solo membrana basal y tejido conectivo. Este procedimiento sustituye el doble procedimiento quirúrgico en el que se obtenía tejido conectivo del área del paladar.

Procedimientos regenerativos han venido incorporándose en las técnicas de cubrimiento radicular en la última década.

No existen razones biológicas para no utilizar los principios de la regeneración tisular en el tratamiento de recesiones gingivales. La cirugía mucogingival convencional no realiza beneficios clínicos en la inserción tisular que se ha perdido, con la regeneración tisular guiada se pueden obtener resultados de mucho beneficio para el paciente en su salud periodontal incluyendo el hueso alveolar periodontal.

La posibilidad de tratamientos de la recesión gingival utilizando RTG comenzó inicialmente en modelos animales (Cortellini y col. , 1.991). Posteriormente fue aplicada en humanos por el mismo Cortellini en 1.991, obteniendo un cubrimiento radicular mínimo y en el que identificaron problemas importantes tales como la obtención de un suficiente espacio para la regeneración entre la superficie radicular prominente y la membrana y la otra dificultad era mantener una adecuada cobertura biológica de la membrana con el colgajo.

En ensayos clínicos controlados los factores técnicos fueron mejorados para crear un espacio suficiente entre la superficie radicular y la membrana y el diseño del colgajo para poder ser posicionado pasivamente sin ninguna tensión sobre la totalidad de la membrana.

Pini Prato y col. , en 1.992 elaboró una técnica para proporcionar espacio entre la membrana y la superficie radicular en la que atravesando la membrana con una sutura en la parte apical de la misma y al anudar proporciona una convejidad de la membrana.

4. DISCUSION

El cubrimiento de raíces denudadas con tejido queratinizado es un objetivo quirúrgico predecible y una alternativa terapéutica deseable para la restauración de superficies radiculares expuestas en el manejo de la sensibilidad radicular, erosión radicular y recesión progresiva. El manejo de recesiones por procedimiento de cubrimiento radicular antes del tratamiento protésico, restablecerá la armonía gingival y la simetría de la corona clínica en regiones visibles de la boca.

Los principios y procedimientos quirúrgicos aplicados para obtener cubrimiento radicular han sido evaluados por múltiples estudios.

El promedio de porcentaje de cubrimiento radicular con injertos pediculados posicionados lateralmente reportados por más de 10 estudios fue del 62.5% con un rango entre 34 y 82%. Este procedimiento es predecible para el cubrimiento radicular de las zonas receptoras, pero puede dejar secuelas en las áreas donadoras, como son recesiones residuales de los dientes adyacentes y la posible reabsorción en la zona donadora. (Smuckler, 1.986; Guinard y Caffesse, 1.978; Caffesse y Guinard, 1.980; Espinel y Caffesse, 1.981; Oles y col. , 1.985)

El promedio de porcentaje para cubrimiento radicular utilizando un colgajo posicionado coronalmente reportado por algunos autores equivale a un 82.7% con un rango entre 70 y 99% (Wennstrom y Zucchelli, 1.986; Romanos y col. ,1.993; Harris y Harris, 1.994; Allen y Miller, 1.989, Marggraf, 1.985)

Para los procedimientos de injertos gingivales libres junto con colgajos de avance coronalmente en dos procedimientos el promedio de cobertura radicular en porcentaje fue del 62.5% con un rango entre 54 y 74%. Reportado por algunos autores (Bernimoulin y col. , 1.975; Guinard y Caffesse, 1.978; Matter, 1.979; Caffesse y Guinard, 1.980; Laney y col. , 1.992; Pini Prato y col. , 1.992)

En el cubrimiento de raíces denudadas mediante el procedimiento de injerto de tejido conectivo subepitelial más un colgajo de espesor parcial en donde el promedio en milímetros de recesión preoperatoria era de 3.8 mm se logró un 89.3% en promedio de cobertura con un rango entre 70 y 98% (Raetzke, 1.985; Nelson, 1.987; Harris, 1.992; Allen, 1.994)

En los estudios clínicos en donde se utilizó la Regeneración Tisular Guiada para lograr cubrimiento radicular en donde el promedio de recesión preoperatoria fue de 5.3 mm se obtuvo un 74.1% de promedio con un rango entre 54 y 83% (Pini Prato y col. , 1.992; Tinti

y col. , 1.992; Tinti y col. , 1.993; Trombelli y col. , 1.995; Pini Prato y col. , 1.995; Roccuzzo y col. , 1.996)

En el estudio clínico de Tinti y Parmabenfenati en 1.996 utilizando un autoinjerto libre de papila rotada con colgajo posicionado coronal para el cubrimiento de recesiones gingivales entre 2 y 4 mm se logró un cubrimiento del 91.87% 3n los que se logró una cobertura total en un alto porcentaje de los casos tratados.

El procedimiento realizado por Harris en 1.998 utilizando una matrix Dermal Acelular en tres defectos localizados con recesión gingival entre 3.0 a 4.5 mm logró una cobertura total en dos defectos y un 75% en el tercer defecto aumentando el ancho de la encía queratinizada en 1.5 mm.

5. CONCLUSIONES

Muchas de las recesiones gingivales exponen a los pacientes a sensibilidad térmica y táctil crónica, aumentan el riesgo de caries radiculares y problemas de estética, siendo éstos puntos relevantes como indicaciones del tratamiento de cirugía estética mucogingival para el cubrimiento de superficies radiculares denudadas.

El pronóstico para el cubrimiento radicular está en una estrecha relación directa con los tejidos de soporte tanto blandos como óseos de las áreas adyacentes al defecto.

El injerto de tejido conectivo subepitelial con colgajo posicionado coronal es el procedimiento con mayor predecibilidad para cubrimiento radicular.

Reportes de los últimos años sugieren que la Regeneración Tisular Guiada puede proporcionar cubrimiento radicular y al mismo tiempo restablecer una inserción de tejido conectivo a la superficie radicular expuesta.

Algunas otras técnicas entre las que está la utilización de matrix dermal acelular parece ser altamente predecible para el cubrimiento de superficies radiculares denudadas. Se esperan investigaciones futuras para clarificar la predecibilidad de éste procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

Allen, Al. Use of the supraperiostal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I Rationale and Technique. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 1.994; 14: 217 - 227.

Allen EP, Miller PD. Coronal positioned of existing gingiva: short - term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. *J. Periodontol* 1.989; 60: 316 - 319.

American Academe of Periodontology: Glosary of periodontal terms. *J. Periodontol* 1.992; 63.

Bernimoulin JP, Luscher, B, Muhlemann HR. Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after one year. *J. Clin Periodontol* 1.975; 2: 1 - 13.

Caffesse RG, Guinard E.A. treatment of localized gingival recessions. II Coronally repositioned flap with a free gingival graft. *J. Periodontol* 1.978; 49: 357 - 361.

Caton JG, Quiñones CR. Etiology of periodontal disease. *Curr Opin Dent.* 1.991; 1: 17 - 28.

Cohen DW, Ross SE. The double papilla repositioned flap in periodontal therapy. J. Periodontol 1.968; 38: 65 - 70.

Cortellini P, De Sunctics M, Pini Prato G, Baldi, C, Clauser C. Guided tissue regeneration procedured in the treatment of a bone dehiscence associated with a gingival recession: a case report. Int. J. Periodontics Restorative Dent 1.991; 11: 472 - 479.

Cortellini P, De Sunctics M, Pini Prato G, Baldi C, Clauser C. Guided Tissue Regeneration procedure using a fibrino - fibronectin system in surgically induced recessions in dogs. Int. J Periodontics Restorative Dent. 1.991; 11: 151 - 163.

Espinel MC, Caffesse RG. Comparison of the results obtained with the laterally positioned pedicle sliding flap. - Revised Technique and the lateral sliding flap with a free gingival flap technique in treatment of localized gingival recessions. Int. J. Periodontics Restorative Dent 1.981; 1 (5): 43 - 51.

Friedman N, Levine HL. Mucogingival Surgery. J. Periodontol 1.964; 35: 68 - 77

Grupe H, Warren R. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. J. Periodontol 1.965; 27: 92 - 95

Harris LJ, Harris AW. The Coronally positioned pedicle graft with inlaid margins: A predictable method of obtaining root coverage of shallow defects. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1994; 14: 229 - 241.

Harris RJ. Root coverage with a connective tissue with partial thickness double pedicle graft and an Acellular Dermal Matrix graft. *J. Periodontol* 1998; 69: 1305 - 1311.

Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J. Periodontol* 1985; 56: 715 - 720.

Löe HE, Theilade E, and Jensen S. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965; 36: 177.

Melcher AH. On the repair potential of periodontal tissue. *J Periodontol* 1976; 47: 256.

Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J. Periodontics Restorative Dent* 1985; 5: 9 - 13.

Morggraf E. A direct technique with a double lateral bridging flap for coverage of denuded root surface and gingiva extension. Clinical evaluation after 2 years. *J. Clin Periodontol.* 1.985; 12: 69 - 76.

Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J. Periodontol* 1.987; 58: 95 - 102.

Nyman S, Lindhe J, Karring T, Rylander H. New attachment following surgical treatment of human periodontal disease. *J. Clin Periodontol* 1.982; 4: 290 - 296.

Oles RD, Ibbott CG, Lavery WH. Effects of citric acid treatment on pedicle flap coverage of localized recession. *J. Periodontol* 1.985; 56: 259 - 261.

Pennel BM, Higgason JD, Towner JD, et al. Oblique rotated flap. *J Periodontol* 1.965; 36: 305 - 309.

Pini Prato GP, Tinti C, Vicenzi G, Magnani L, Cortellini P, Clauser C. Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal recession. *J Periodontol* 1.992; 63: 919 - 928.

Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope" technique. J. Periodontol 1.987; 56: 397 - 402.

Robinson R. Utilizing an edentulous area as a donor site in the lateral reposition flap. Periodontics 1.964; 2: 79.

Romanos GE, Bernimoulin JP, Marggraf E. The double lateral bridging flap for coverage of denuded root surface. Longitudinal study and Clinical evaluation after 5 to 8 year. J. Periodontol 1.993; 64: 683 - 688.

Smuckler H. Laterally positioned mucoperiosteal pedicle graft in the treatment of denuded roots. A clinical and statistical study. J. Periodontol 1.976; 47: 590 - 595.

Tarnow DP. Semilunar coronally repositioned flap. J. Clin Periodontol. 1.986; 13: 182 - 185.

Tinti C, Parma - Benfenati S. The free rotated papilla autograft: A new bilaminar grafting procedure for the coverage of multiple shallow gingival recessions. J. Periodontol 1.996; 67: 1016 - 1024.

Van der Volden. Influence of periodontal health on probing depth and bleeding tendency.
J. Clin Periodontol 1986; 7: 129.

Wennstrom JL, Zucchelli G. Increased gingival dimension a significant factor for
successful outcome of root coverage procedures? A 2 - year prospective clinical study.
J. Clin Periodontol 1996; 23: in press.