

unicoc

Colegio Odontológico

**CUBRIMIENTO RADICULAR DE MÚLTIPLES
RECESIONES ADYACENTES DE MILLER
TIPO I Y II CON TÉCNICA DE TUNEL SIN
INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO**

**SERIE DE CASOS INTERVENIDA ESTUDIO
PILOTO**

Investigadores

Mauricio Echeverry A.

Od . Especialista en Periodoncia.
Director del posgrado de Periodoncia UNICOC.

Miguel Vargas Del C.

Od . Especialista en Periodoncia y epidemiología
Clínica.

Ángela Suarez C.

Od. Ms. Especialista en Epidemiología.

Andrés Cubides C.

Mv. Asesor Bioestadístico.

Diana Marcela Becerra G.

Od. Residente de Periodoncia.

Martha Bermúdez B.

Od. Residente de Periodoncia.

Mariarlen Siu Reyes M.

Od. Residente de Periodoncia.

Descripción del problema

La recesión gingival es definida por la Academia Americana de Periodoncia como la ubicación del margen gingival apical a la unión amelocementaria.

Existen diversos factores que pueden causar una recesión gingival; dentro de los cuales la literatura ha asociado el cepillado traumático, las mal posiciones dentales, el consumo de tabaco y la inflamación gingival.

Recesiones de tejido blando generalizadas o localizadas ocasionan problemas estéticos, hipersensibilidad dentinal y pequeñas áreas de pérdida de estructura radicular que tengan riesgo de caries



Pregunta de investigación

¿Cuáles son los resultados del cubrimiento de recesiones adyacentes Miller tipo I y II con técnica de túnel sin injerto de tejido conectivo?

Justificación

En la búsqueda de una técnica sencilla y predecible para el cubrimiento de múltiples recesiones adyacentes se diseñó esta investigación piloto para verificar si la técnica de túnel sin injerto de tejido conectivo la cual no ha sido reportada es tan efectiva como la convencional. Zucchelli y De Sanctis reportan cubrimiento de recesiones con biotipo periodontal grueso sin injerto de tejido conectivo con técnica de colgajo posicionado coronal con éxitos del 91%.

Guinard EA, Caffesse RG. Localized gingival recessions: I Etiology and prevalence. J Westem S Periodontol. 1977; 25:3-7.

Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. J Am Dent Assoc. 2003; 134(2):220-5.

Zucchelli y De Sanctis , Treatment of multiple recession type defects in patients with esthetic demands, Journal of periodontology periodontol, 2000, sep; vol. 71 2000, pp. 1506-14

Marco teórico

“La recesión gingival (RG) es el desplazamiento del tejido gingival marginal hacia la zona apical del límite amelocementario (UAC) con la consecuente exposición de la superficie radicular”



Lindhe J.

Generalmente compromete la estética y ocasiona hipersensibilidad dental.

Epidemiología

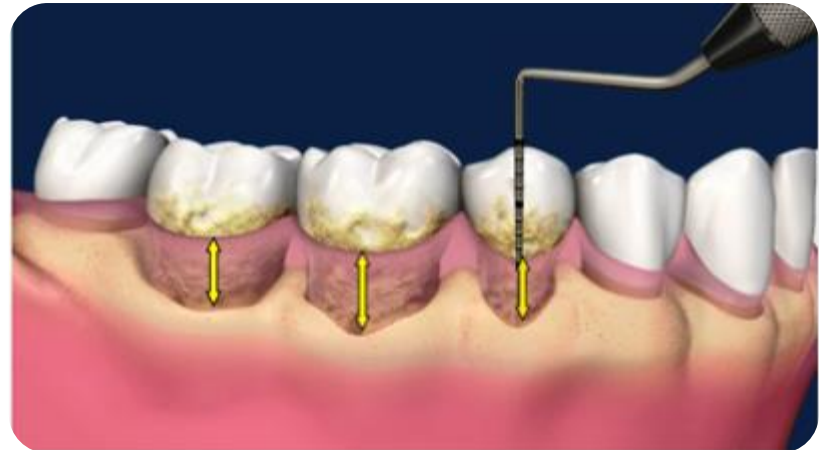
El ENSAB III, reporta que el **50,2%** de los individuos, presento perdida de inserción periodontal, siendo mayor en Hombres **52,6%** que en mujeres **47,6%**.

La perdida de inserción aumento con la edad, afectando al **32,8%** de las personas de 15 a 19 años y el **87%** en personas mayores de 55 años.

Diagnóstico

Según la clasificación de la AAP 1999, se incluyen en la categoría de deformidades mucogingivales alrededor del diente.

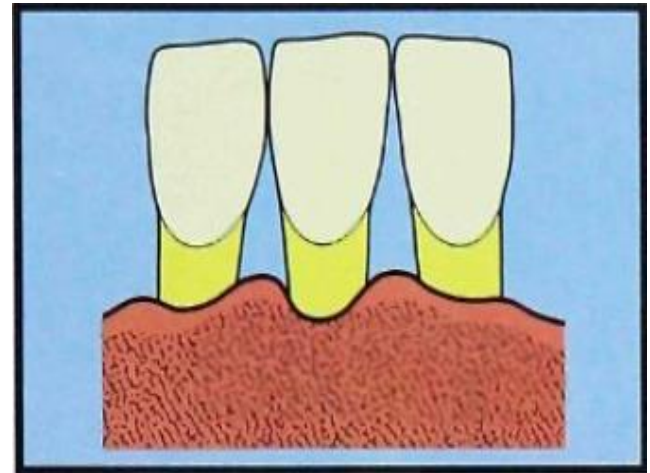
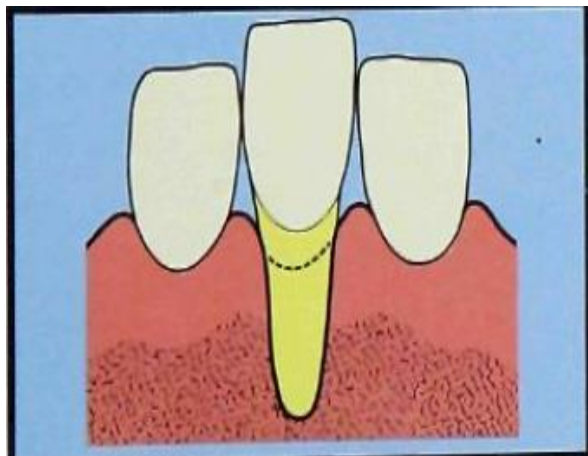
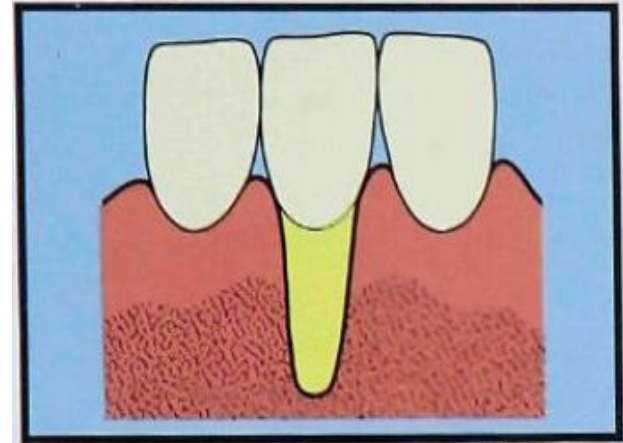
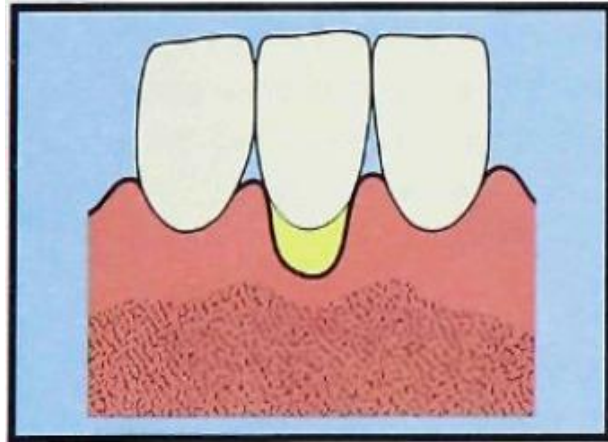
El diagnóstico se realiza mediante el examen clínico periodontal. Tomando como referencia la medida en mm desde la UAC hasta el margen gingival con una sonda milimetrada.



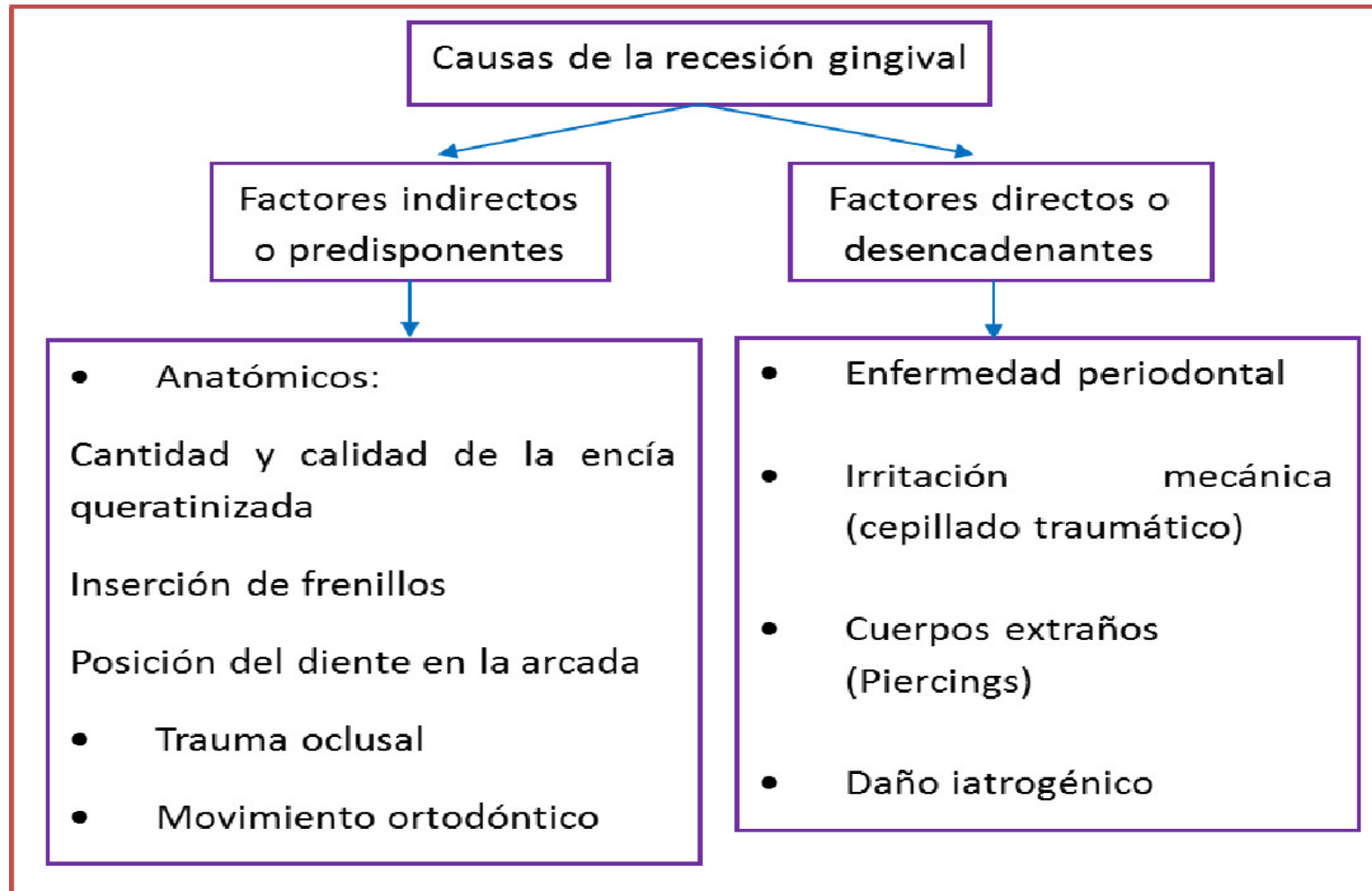
Clasificación

- 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 mas empleada por ser la más sencilla y porque nos da una idea del pronóstico del tratamiento.

Clasificación



Factores Etiológicos



Objetivo general

Identificar los resultados del cubrimiento radicular de recesiones gingivales adyacentes de Miller tipo I y II con la técnica de túnel sin injerto de tejido conectivo.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de inserción clínica antes y después del procedimiento quirúrgico.
- identificar la profundidad del surco al inicio y después del procedimiento quirúrgico.
- Identificar la posición del margen gingival antes y después del procedimiento.

Metodos

Tipo de estudio

- Serie de casos intervenida. Estudio piloto.

Objeto de Estudio

- Pacientes adultos de UNICOC.

Unidad de Observación

- Margen gingival

Muestra:

- 10 pacientes.

Variables

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	MEDICION
Margen gingival	Parte mas coronal de la encia.	Dependiente Cuantitativa	mm	Examen oral. Sonda periodontal
Sondaje periodontal	Distancia que existe entre el margen gingival y el fondo del surco.	Independiente Cuantitativa	mm	Examen oral. Sonda periodontal
Nivel de inserción	Distancia entre la UAC y el fondo del surco	Independiente Cuantitativa	mm	Examen oral. Sonda periodontal

Metodos

Criterios de Inclusión

- Pacientes de género masculino y femenino en un rango de edad de 18 a 60 años.
- Pacientes aparentemente sanos sistémicamente (ASA I).
- Pacientes con evidencia de 2 o más recesiones adyacentes de Miller clase I y II.
- Pacientes con integridad de la unión amelocementaria.

• .

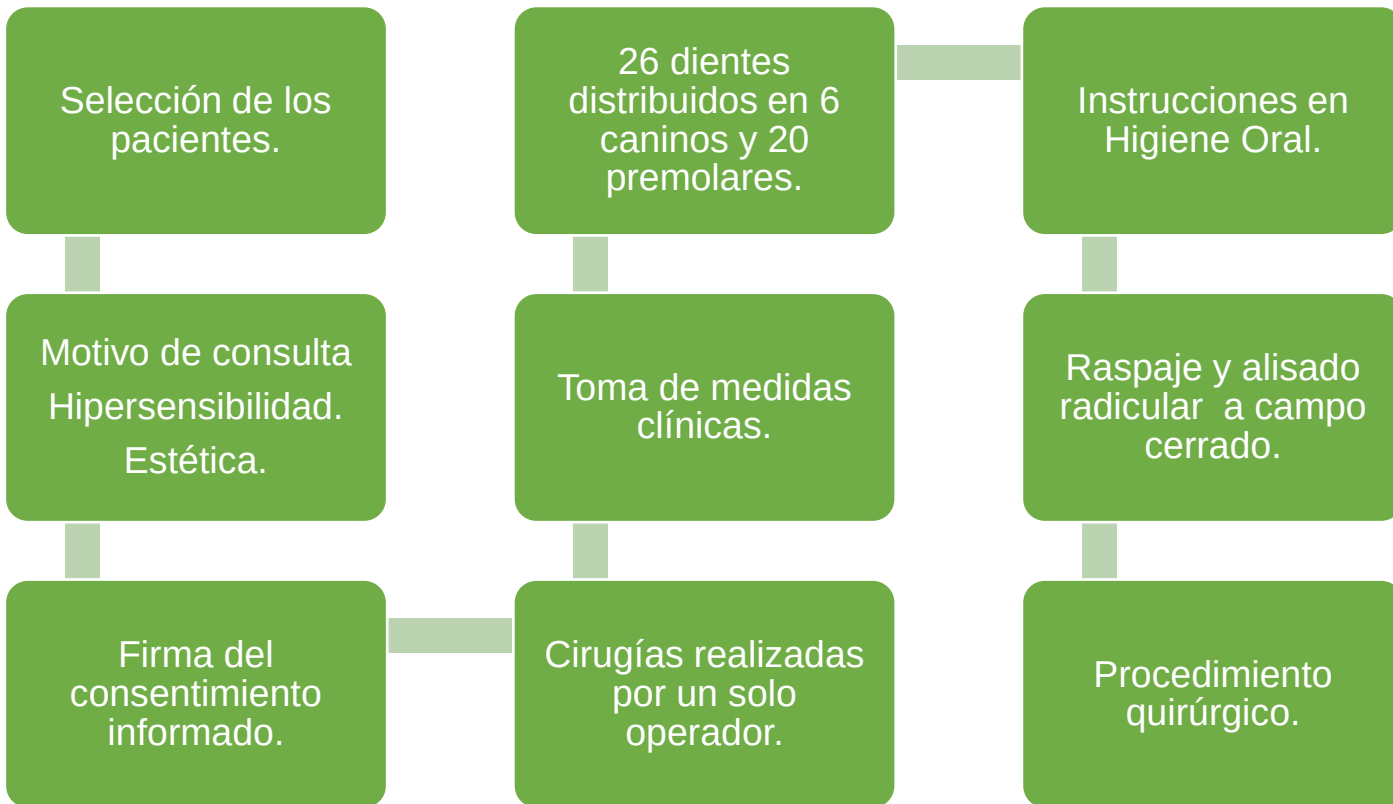
Metodos

Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnostico actual de periodontitis.
- Pacientes que presentan trauma oclusal.
- Pacientes que presentan movilidad dental.
- Pacientes en estado de gestación.
- Pacientes que refieran ingesta de antibióticos con tres meses de anterioridad.
- Pacientes que consuman sustancias psicoactivas
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes con antecedentes de cirugía mucogingival en zona de tratar.

•

Procedimiento



Procedimiento

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN EN PERIODONCIA UNICOC

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:

CUBRIMIENTO RADICULAR DE MÚLTIPLES RECESIONES
ADYACENTES DE MILLER TIPO I Y II CON TÉCNICA DE TUNEL
SERIE DE CASOS



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS			
 Institución Universitaria COLOMBIANA de Colombia UNICOC			
PACIENTE:		CC.:	
TÉCNICA QUIRÚRGICA:			
MEDIDAS INICIALES			
DIENTES	SONDAJE	MARGEN	NIVEL DE INSERCIÓN
MEDIDAS A LOS 8 DÍAS			
DIENTES	SONDAJE	MARGEN	NIVEL DE INSERCIÓN
MEDIDAS AL MES			
DIENTES	SONDAJE	MARGEN	NIVEL DE INSERCIÓN
MEDIDAS A LOS DOS MESES			
DIENTES	SONDAJE	MARGEN	NIVEL DE INSERCIÓN
MEDIDAS A LOS TRES MESES			
DIENTES	SONDAJE	MARGEN	NIVEL DE INSERCIÓN



Procedimiento



Procedimiento



Procedimiento



Fecha

Nombre:

Edad: C.I.:

Dirección:

Rp.:

1. gluconato de clorhexidina al 0.12 %, frasco de 180 ml dos veces al día, enjuague con 10 ml durante 30 segundos, después de 10 minutos del cepillado durante 14 días.
2. Acetaminofén tabletas de 500 miligramos cada 6 horas durante 3 días o según dolor.

.....
Firma

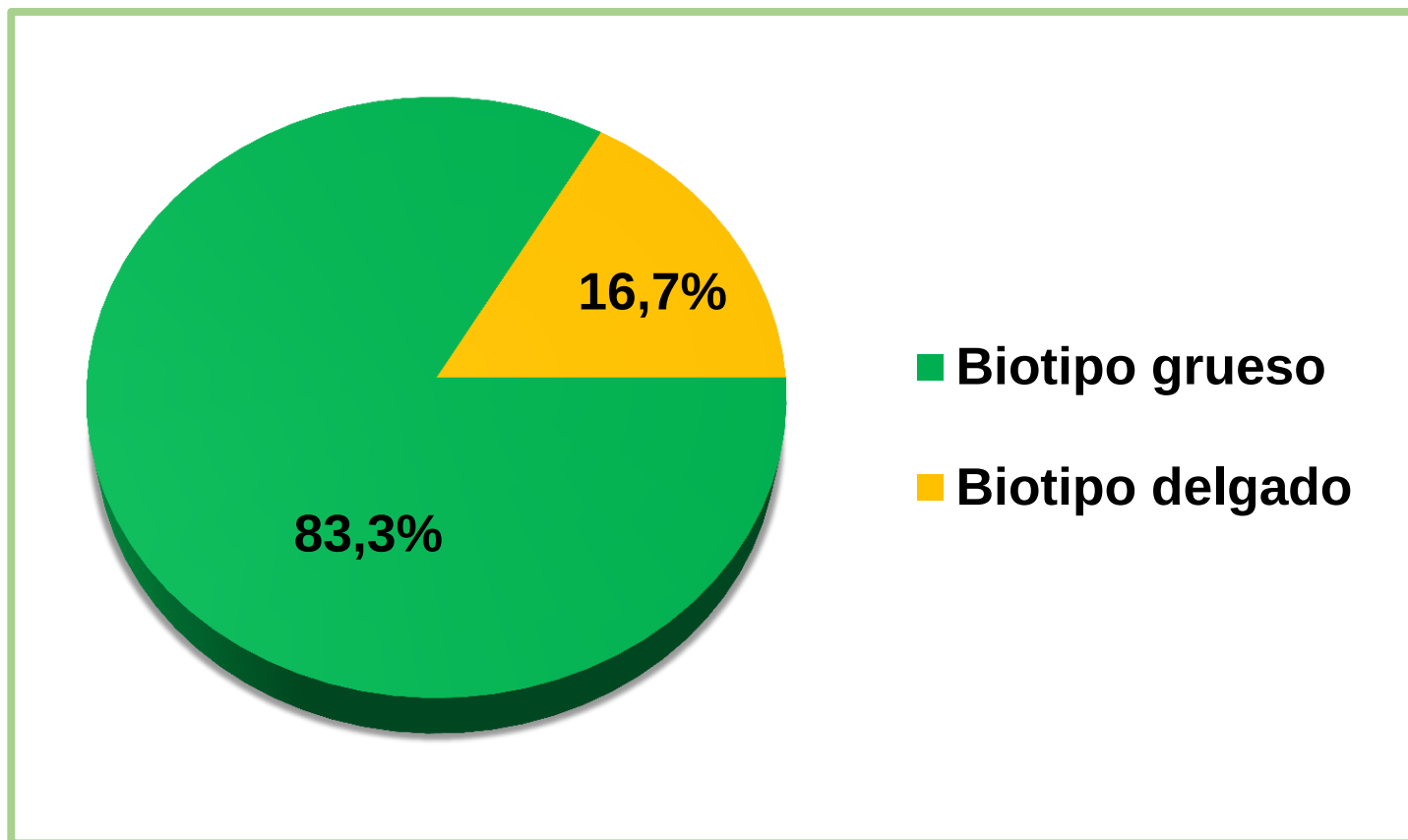


Procedimiento



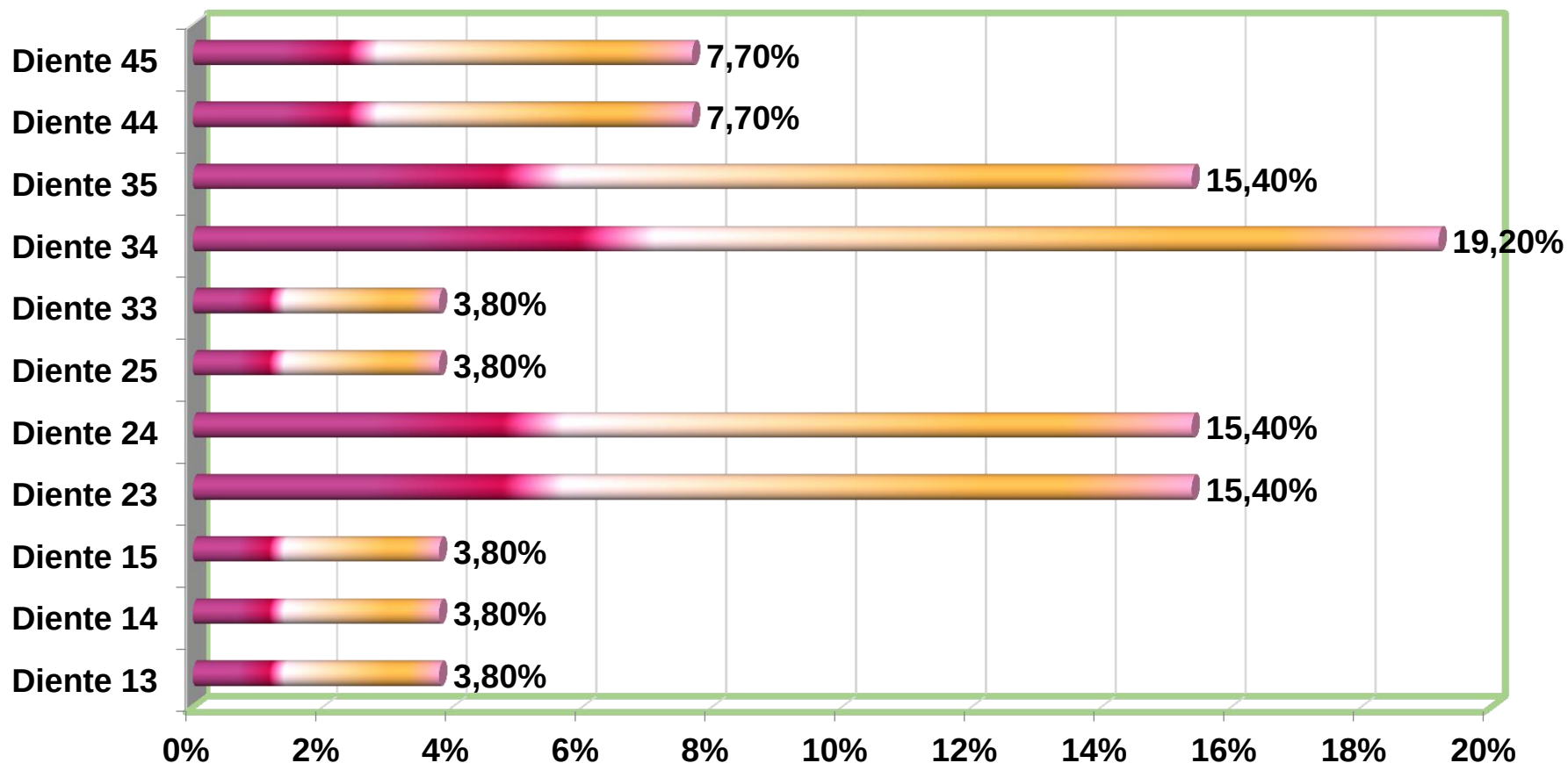
Resultados

Figura 1. Biotipo de la encía de los pacientes



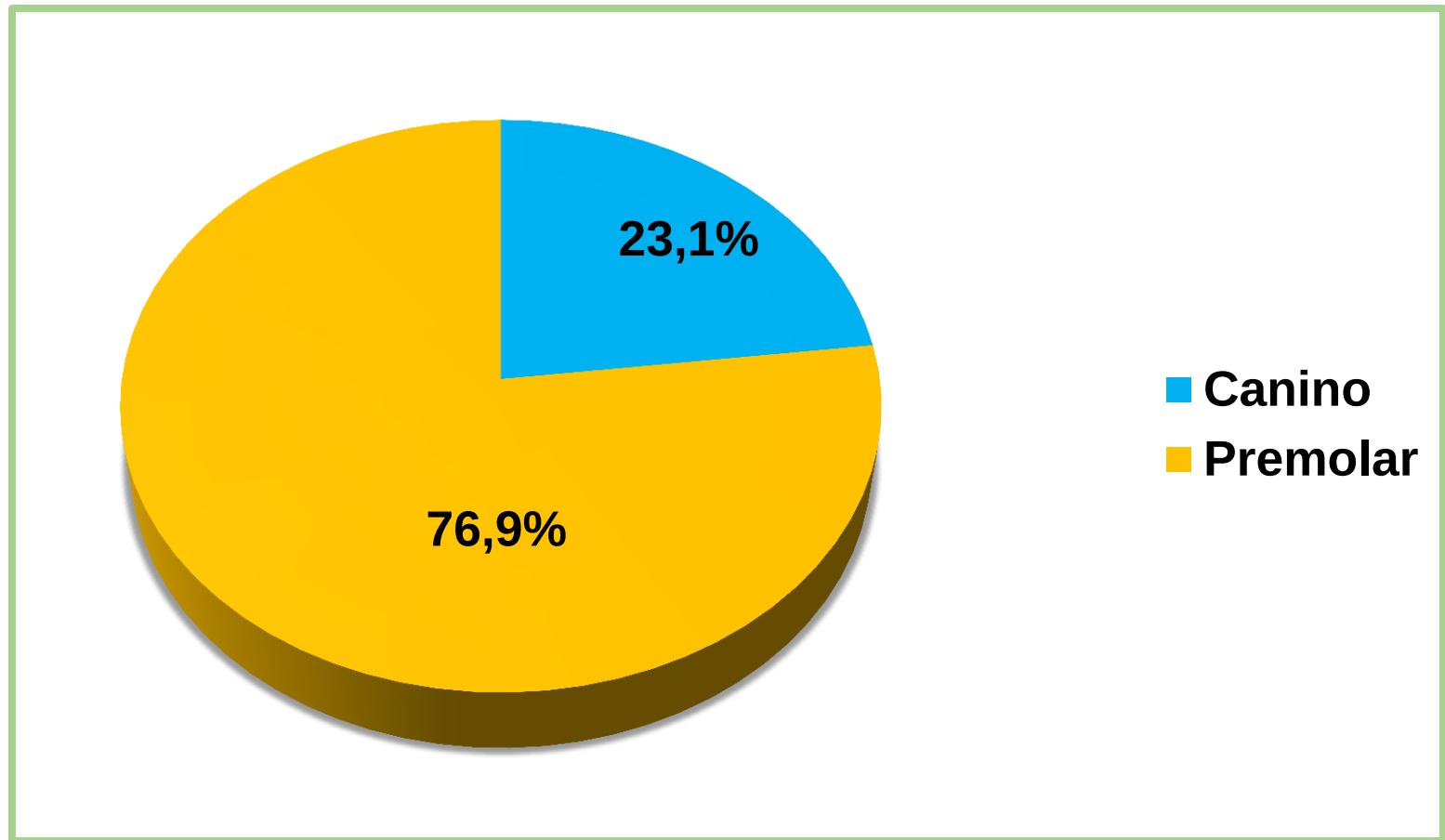
Resultados

Figura 2. Dientes operados en la prueba



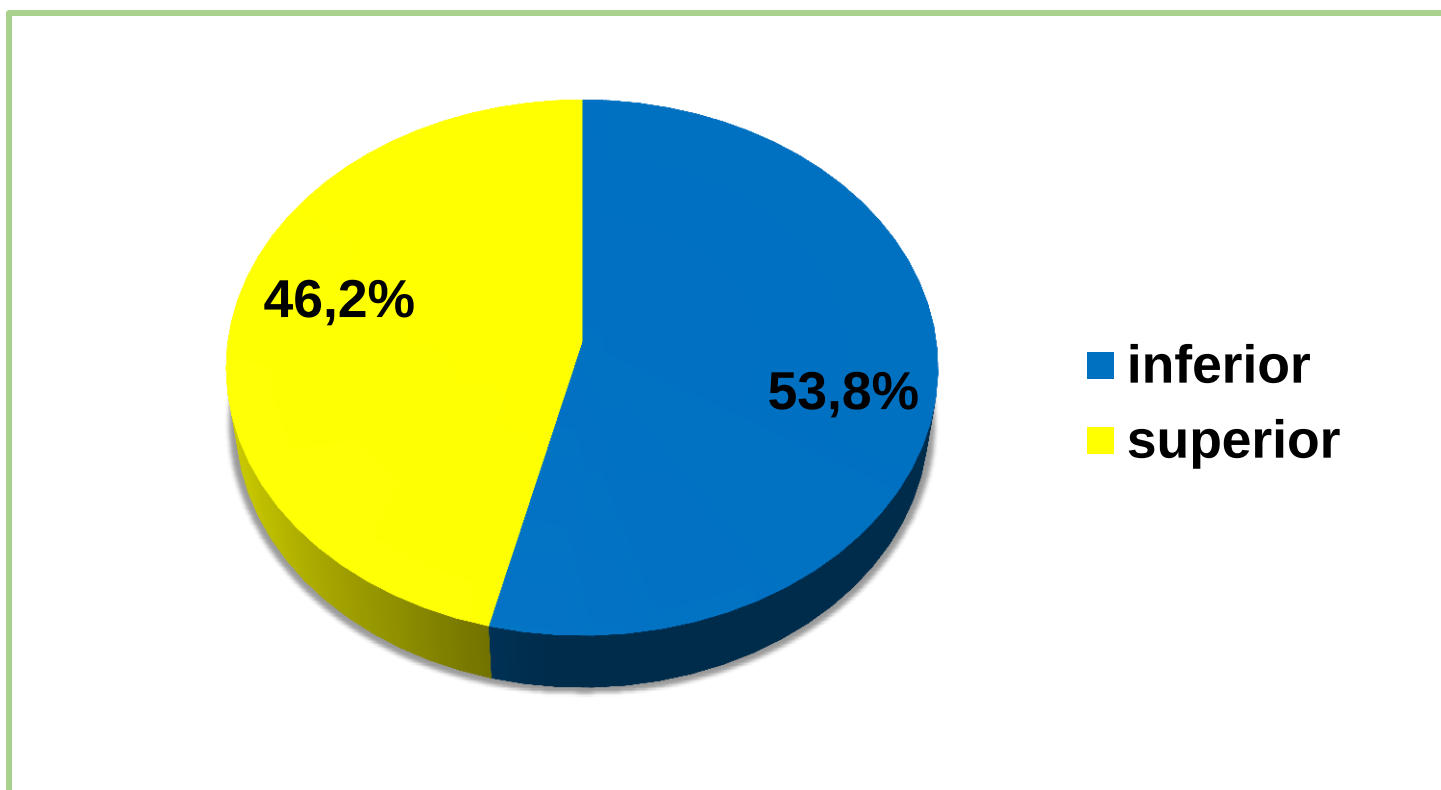
Resultados

Figura 3. Clasificación según los grupos de dientes



Resultados

Figura 4. Cubrimiento según la ubicación de los dientes



Resultados

Tabla 1. Comparación de los niveles de inserción tras 3 meses de prueba

Variables	Iniciales Prom $\pm$ D.E.	Finales Prom $\pm$ D.E.	Diferencia (mm) valor absoluto	Valor p
Nivel de inserción medial	4,23 $\pm$ 1,07	2,65 $\pm$ 1,23	1,58	0,166
Surco medial	1,77 $\pm$ 0,65	1,58 $\pm$ 0,58	0,19	0,000
Margen medial	- 2,46 $\pm$ 0,90	- 1,12 $\pm$ 0,94	1,34	0,000

Resultados

Figura 5. Posición del margen gingival pre y posquirúrgico (mm) según medial

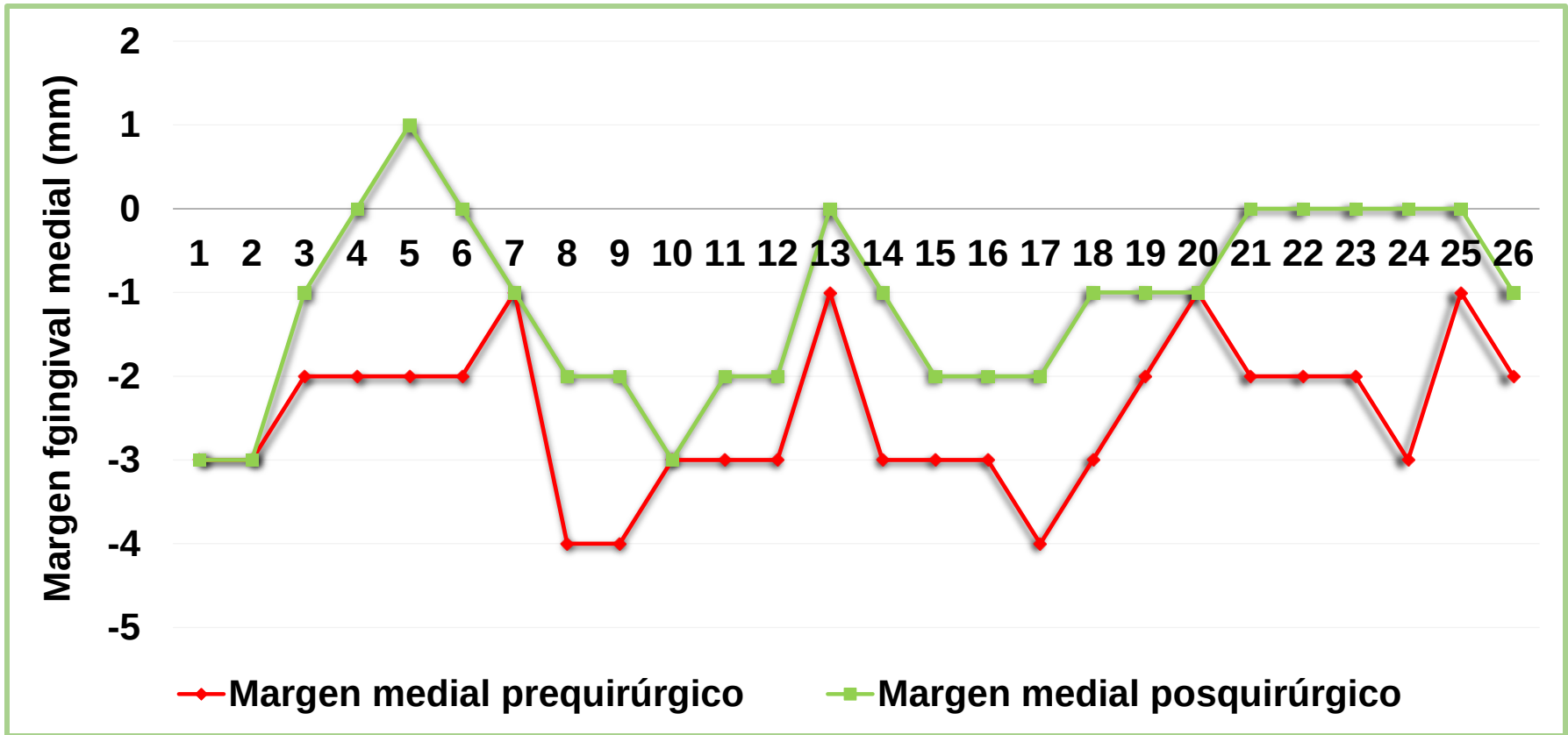


Tabla 2
Cubrimiento por diente seguimiento a 3 meses.

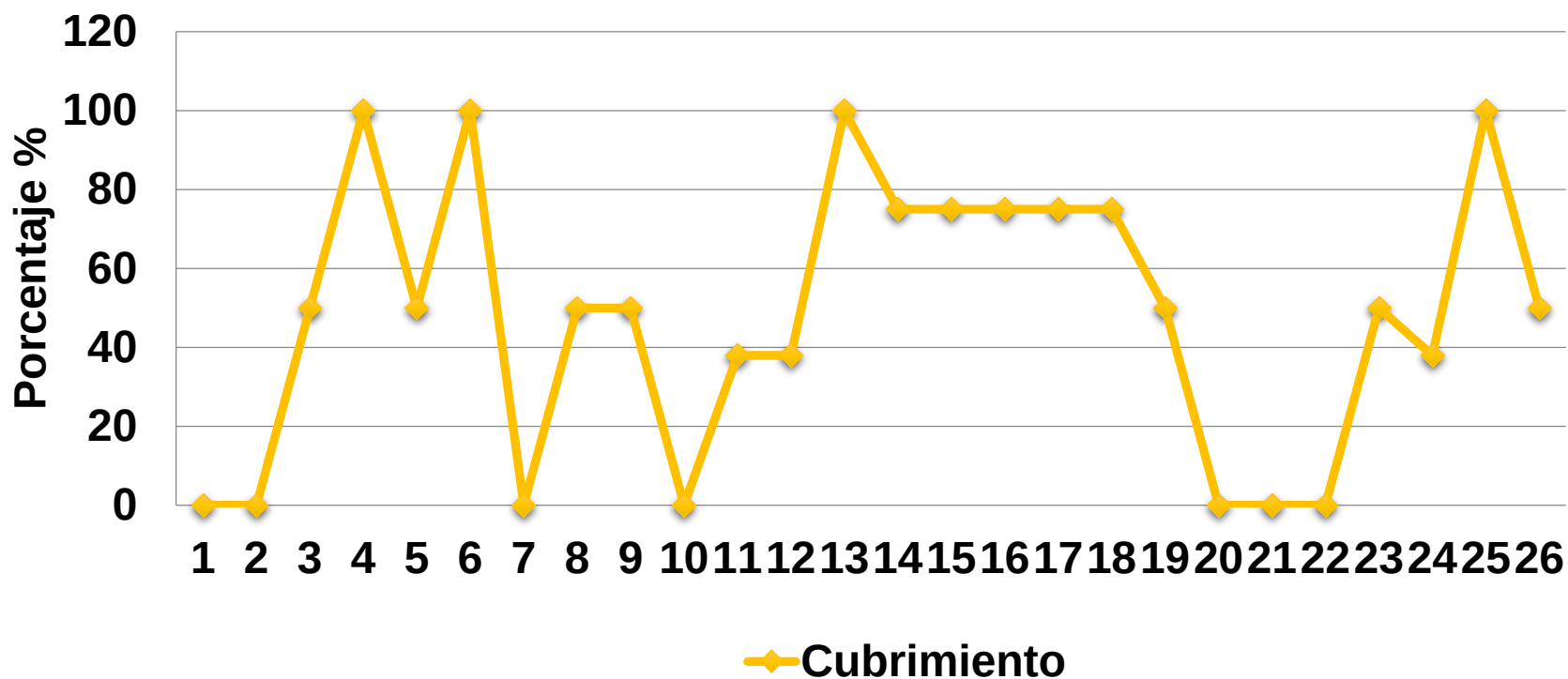
PACIENTE	DIENTES	BASE LINEA*	1 MES*	2 MESES*	3 MESES*	REDUCCIÓN*	% CUBRIMIENTO
1	44	-3	-3	-3	-3	0	0
	45	-3	-3	-3	-3	0	0
	23	-2	0	-1	-1	1	50
	24	-2	1	1	0	2	100
	25	-2	1	1	1	3	50
2	34	-2	1	0	0	2	100
	35	-1	-1	-1	-1	0	0
3	13	-4	-2	-2	-2	2	50
	14	-4	-2	-2	-2	2	50
	15	-3	-3	-3	-3	0	0
4	23	-3	-1	-2	-2	1	38
	24	-3	-2	-2	-2	1	38
	33	-1	1	0	0	1	100
	34	-3	0	-1	-1	2	75
5	34	-3	-2	-2	-2	1	75
	35	-3	-1	-1	-2	1	75
6	34	-4	-2	-2	-3	3	75
	35	-3	-1	-1	-1	2	75
7	34	-2	-1	-1	-1	1	50
	35	-1	0	-1	-1	0	0
8	44	-2	0	-1	-2	0	0
	45	-2	0	-1	-2	0	0
9	23	-2	1	1	-1	1	50
	24	-3	0	0	-2	1	38
10	23	-1	0	0	0	1	100
	24	-2	-1	-1	-1	1	50
PROMEDIO	26	-2.46	0.76	0.96	-1.42	1.11	47.6%

* Valores tomados en mm.

Valor: (p= 0.000)

Resultados

Figura 6. Porcentaje (%) de cubrimiento tras el tratamiento (según medial)



Resultados

Tabla 3. Porcentaje de cubrimiento (promedio) según los grupos de dientes y la ubicación

Grupo de dientes		Ubicación de los dientes	
Caninos Prom $\pm$ D.E.	Premolares Prom $\pm$ D.E.	Inferior Prom $\pm$ D.E.	Superior Prom $\pm$ D.E.
70,83 $\pm$ 30,61	44,44 $\pm$ 34,02	50,0 $\pm$ 34,36	68,33 $\pm$ 33,54
p = 0,4644		p = 0,4811	

Discusión

La presente investigación evalúa el cubrimiento de recesiones tipo I y II de Miller adyacentes, combinando la técnica descrita por Zabalegui y col en 1999 , con la técnica de *colgajo avanzado en dirección coronal para recesiones múltiples adyacentes* descrita por Zuccheli y De Sanctis en el 2000

Zabalegui y col 1999 y Saadon A en el 2006 reportan como ventajas

- La temprana cicatrización en el extremo del sitio quirúrgico,
- Conservación de las papilas de manera intacta
- Ausencia de incisiones verticales para favorecer la vascularización y la estética
- El incremento de la encía queratinizada, la armonía del color
 - La textura de la encía

Trataron 27 dientes, logrando cobertura radicular total en el **66,7%** de las recesiones tratadas y con un promedio de cobertura radicular del **91,6%**.

En la presente investigación se obtuvo un cubrimiento radicular total del 30.67% y con un promedio de cobertura parcial de 47.6%.

Oates y col en 2003

Reportan que el posicionamiento del colgajo hacia coronal mantiene la vascularización del tejido, mientras que la remoción completa de un injerto de tejido conectivo con un aporte vascular intacto a una localización distinta, requiere la formación vascular entre el tejido injertado y el lecho receptor.

Saadon A en el 2006

Reporta que como limitaciones al tomar un injerto de tejido conectivo

- Una cirugía traumática para el paciente,
- Requiere dos zonas quirúrgicas,
- Es difícil la estabilización del injerto,
- Se pueden encontrar limitantes anatómicas con respecto a la toma del injerto en el paladar por su extensión la larga duración de la cirugía afectando la cicatrización y la supervivencia del injerto

Saadoun AP. Current trends in gingival recession coverage Part 1: The tunnel connective tissue graft. Pract proced Aesthet Dent 2006;18(7):433-438

Oates TW, Robinson M, Gunsolley J. Surgical therapies for the treatment of gingival recession. A systematic review. Ann Periodontol. 2003; 8(1):303-320.

Zuccheli y De Sanctis en el 2000 describieron una técnica de colgajo avanzado coronal para cubrimiento de recesiones múltiples adyacentes

Elevar un colgajo que se adapta óptimamente después de su avance coronal sin aplicación de incisiones verticales liberadoras y sin injerto de tejido conectivo

22 sujetos sanos
con al menos 2 recesiones adyacentes.
Miller Clase I o II,
la reevaluación clínica al 1 año
73 recesiones fueron tratadas
promedio de cubrimiento del 97%
64 defectos (88%) mostraron una
cobertura completa de la raíz, se logró
el cubrimiento del 73%, en 16 de los 22
pacientes.

En la presente investigación
se trataron en total 26
dientes donde hubo un
promedio de cubrimiento
radicular del 47.6%, con una
cobertura total en 8 dientes
que representan el 30.7%

Aroca S. y col en el 2013 publicaron un estudio con 22 pacientes con un total de 156 recesiones de Miller clase I y II las cuales fueron tratadas aleatoriamente en un diseño de boca dividida en un grupo prueba con matriz de colágeno y un grupo control con injerto de tejido conectivo

El cubrimiento radicular completo fue encontrado en el 42% del grupo tratado con la matriz de colágeno y en el 82 % en el grupo tratado con el injerto de tejido conectivo.

En el presente estudio sin utilizar un injerto de tejido conectivo encontramos un promedio de cubrimiento del 47,6%

Los anteriores resultados indican que el uso de una matriz de colágeno y solo desplazar coronalmente el colgajo en la técnica de túnel pueden representar una alternativa en el tratamiento de recesiones al reducir el tiempo quirúrgico y la morbilidad del paciente, pero el cubrimiento radicular completo es mayor clínicamente cuando se utiliza un injerto de tejido conectivo.

El promedio de cobertura radicular en el presente estudio fue del 47.6%, observando cubrimiento radicular entre el **30 % al 50 %** en **11** dientes, del **55% al 75%** en **5** dientes, y un cubrimiento del **100% en 8 dientes**, y en solo **2** de los dientes no presentaron cubrimiento radicular observando un aumento de la recesión inicial.

El promedio de cobertura radicular en el presente estudio fue del 47.6%, observando cubrimiento radicular entre el **30 % al 50 %** en **11** dientes, del **55% al 75%** en **5** dientes, y un cubrimiento del **100% en 8 dientes**, y en solo **2** de los dientes no presentaron cubrimiento radicular observando un aumento de la recesión inicial.

Paciente No.1 presentaba frenillos sobreinsertados en el área quirúrgica, los cuales en el momento de la cirugía fue eliminada su inserción y durante los diferentes tiempos de seguimiento se observó una reinserción de el mismo.

Si este paciente, dadas las condiciones, se tratara como una exclusión, el promedio de cobertura radicales estaría por encima del 55%, además porque al considerar la ubicación del margen gingival tras las cirugías se obtuvieron diferencias estadísticas significativas ($p=0,000$), como también ocurrió con el surco gingival ($p=0,000$); sólo en el caso del nivel de inserción las diferencias estadísticas no presentaron el mismo comportamiento ($p=0,705$).



Conclusiones

El cubrimiento radicular de múltiples recesiones adyacentes de Miller tipo I y II con la técnica de túnel sin injerto de tejido fue de 47.6%.a los 90 días de seguimiento.

Conclusiones

Además del cubrimiento radicular de las recesiones gingivales, tras los tres meses de seguimiento, no se observó cambios de color entre la zona tratada y el área adyacente.

Conclusiones

Esta técnica sin la utilización del injerto de tejido conectivo proporciono un cubrimiento radicular parcial de los dientes observados durante los tres meses siguientes al procedimiento.

Recomendación

Se sugiere realizar estudios longitudinales con tiempos de control adicionales que permitan evidenciar los cambios tisulares generados por el procedimiento

GRACIAS

