



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE RECESIONES GINGIVALES
RT1 Y RT2 CAIRO**

**CLINICAL PRACTICE GUIDE FOR THE MANAGEMENT OF GINGIVAL RECESSIONS
RT1 AND RT2 CAIRO**

**Carlos Cabrera Garcia¹
Nubia Amparo Poveda¹
Fabian Eduardo Melendez¹**

**Sergio Iván Losada Amaya²
Asesor Científico**

**Camilo Novoa Bolivar³
Asesor Metodológico**

1. Odontólogos, Residentes del Postgrado de Periodoncia, Bogotá. Institución Universitaria Colegios de Colombia UNICOC.
2. Odontólogo, Especialista en Periodoncia, Magister en epidemiologia, Docente Postgrado de Periodoncia, UNICOC
3. Odontólogo, Especialista en Periodoncia, Magister en epidemiologia clínica, Docente Postgrado de Periodoncia, UNICOC

fmelendez@unicoc.edu.co
ccabrera@unicoc.edu.co
napoveda@unicoc.edu.co

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE RECESIONES GINGIVALES RT1 Y RT2 CAIRO

RESUMEN

Objetivo: Diseñar una guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con recesiones gingivales en las clínicas odontológicas de la Institución Universitaria Colegios de Colombia (UNICOC). **Materiales y Métodos:** Para la realización de la guía de práctica clínica se establecieron 5 preguntas PICO, y para resolverlas se incluyeron las revisiones sistemáticas y metaanálisis encontrados en las bases de datos Pubmed, Scielo y Cochrane, que cumplieran con los criterios de elegibilidad e hicieran referencia al tratamiento de las recesiones gingivales RT1 y RT2 de Cairo. La revisión del riesgo del sesgo y de la calidad se realizó con la guía GRADE y la evaluación de la guía se realizó con la lista de chequeo AGREE. **Resultados:** La calidad de la evidencia fue moderada para la resolución de las preguntas PICO. Para el tratamiento de recesiones gingivales RT1 y RT2 son más efectivos los colgajos subepiteliales con injerto de tejido conectivo para el cubrimiento radicular en cuanto a parámetros clínicos como ancho de encía queratinizada, cobertura o reducción de la recesión y aumento de tejidos blandos. Factores como donde se realiza la desepitelialización del injerto, si se usa o no un agente modificador de la raíz, la cantidad de pérdida de tejido interdental, la condición de la raíz y el ancho de la encía queratinizada, el tipo y ubicación del diente y si el paciente es fumador o no influyen en la cobertura radicular a lograr y el resultado a largo plazo. **Conclusiones:** No se justifica el uso de modificadores de la superficie radicular para mejorar los resultados clínicos en las recesiones gingivales tratadas con tejido conectivo subepitelial (CTG). Comparando los injertos autógenos y los xenoinjertos se recomienda el uso de injertos autógenos ya que con estos se logra un aumento mayor y más predecible en el ancho de encía queratinizada y en los niveles de inserción clínica que con los xenoinjertos, para el tratamiento de recesiones RT1 y RT2 Cairo.

Palabras claves. Recesión gingival, colgajo libre, procedimientos quirúrgicos, recesión RT1, recesión RT2, colgajo gingival libre, colgajo desplazado, colgajo rotado, injerto de tejido conectivo, tratamiento.

CLINICAL PRACTICE GUIDE FOR THE MANAGEMENT OF GINGIVAL RECESSIONS RT1 AND RT2 CAIRO

ABSTRACT

Objective: To design a clinical practice guide for the management of patients with gingival recessions in the dental clinics of the Institución Universitaria Colegios de Colombia (UNICOC). **Materials and Methods:** To carry out the clinical practice guide, 5 PICO questions were established, and to solve them, the systematic reviews and meta-analyses found in the Pubmed, Scielo and Cochrane databases were included, which met the eligibility criteria and did reference to the treatment of gingival recessions RT1 and RT2 of Cairo. The review of the risk of bias and quality was carried out with the GRADE guide and the evaluation of the guide was carried out with the AGREE checklist. **Results:** For the treatment of RT1 and RT2 gingival recessions, subepithelial flaps with connective tissue graft are more effective for root coverage in terms of clinical parameters such as keratinized gingiva width, coverage or reduction of the recession and increase in soft tissues. Factors such as where the de-epithelialization of the graft is performed, whether or not a root modifying agent is used, the amount of interdental tissue loss, the condition of the root and width of the keratinized gingiva, the type and location of the tooth, and

Whether the patient is a smoker or not have an influence on the root coverage to be achieved and the long-term result. **Conclusions:** The use of root surface modifiers to improve clinical outcomes in gingival recessions treated with subepithelial connective tissue (CTG) is not justified. Comparing autogenous grafts and xenografts, the use of autogenous grafts is recommended, since with these a greater and more predictable increase in keratinized gingiva width and in clinical attachment levels is achieved than with xenografts, for the treatment of RT1 recessions. and RT2 Cairo.

Keywords. Gingival recession, flap free, surgical procedures, recession RT1, recession RT2, free gingival flap, displaced flap, rotated flap, connective tissue graft, treatment.

INTRODUCCION

Este documento de guía de práctica clínica (GPC) es un conjunto de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, con el objetivo de optimizar la atención odontológica a los pacientes y lograr un mejor manejo de esta, abordando únicamente la terapéutica para recesiones gingivales tipo Cairo I y II.

Las recomendaciones han sido desarrolladas y enfocadas para ser aplicadas en la Institución Universitaria Colegios de Colombia, sin embargo, los datos se pueden extrapolar y ser aplicados en cualquier comunidad odontológica.

Uno de los principales aspectos a tener en cuenta es transmitir el conocimiento teórico de las recomendaciones de la GPC, previamente obtenidos mediante búsquedas en artículos a docentes, especialistas y estudiantes de posgrado.

La presente guía beneficia la atención de pacientes adultos mayores de 18 años que presenten recesiones gingivales tipo Cairo I y II. Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed, sobre tratamiento para este tipo de recesiones, incluyendo este término Mesh gingival recessions y las siguientes palabras claves Cairo recession I y II, gingival recession/therapy, gingival recession/surgery, gingiva-transplantation, gingiva transplant, periodontal surgery.

Esta guía requiere de una revisión periódica, posterior a su implementación, acorde con los avances y/o cambios epidemiológicos, científicos, y normativos. Se recomienda en una primera fase evaluar su efectividad en diferentes espacios de atención y en los diferentes grupos de edad y 3 años después de su evaluación inicial, realizar una reevaluación de la misma para introducir los ajustes pertinentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización del presente documento se realizó la identificación, evaluación y diagnóstico metodológico y de contenidos de las guías de práctica clínica (G.P.C) relevantes.

Con el fin de identificar artículos de alta calidad para ser utilizados como fuente de evidencia en los procesos de formulación de recomendaciones de la G.P.C, se realizó una búsqueda de literatura en la base de datos PubMed, Scielo y Cochrane

Adicionalmente, para el desarrollo de la G.P.C de recesiones gingivales se tomó como documento la guía de guías del Ministerio de salud y protección social. No se encontraron GPC basadas en la evidencia acerca del tema en cuestión.

El proceso de búsqueda de artículos se efectuó inicialmente de forma general teniendo en cuenta la condición de interés. En el caso en que no se identificó artículos apropiados para responder una pregunta clínica específica, ésta se modificó o excluyó. Se buscaron términos de materia odontológica (MeSH en base de datos PubMed).

Selección de la evidencia

Antes de la ejecución de la búsqueda, se definieron los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1). Una vez ejecutada la búsqueda definitiva en la fuente de datos elegida, se seleccionó la literatura relevante por medio de la revisión de títulos y posteriormente resúmenes por parte de los evaluadores para cada una de las preguntas PICO.

Síntesis de la evidencia

Se extrajo información relevante de los estudios incluidos. En aquellos casos en los que fue adecuado para cada pregunta, se analizó y se utilizó dicha información para resolver y dar la adecuada recomendación a cada pregunta planteada.

Tabla 1. Criterios inclusión y exclusión

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
• Revisiones sistemáticas • Meta-análisis. • Estudios para el manejo clínico de recesiones gingivales RT1 y RT2 de Cairo	• Estudios que no evalúen parámetros clínicos. • Estudios que no tengan tiempo de seguimiento mínimo de 6 meses. • Estudios no indexados.

Evaluación de la calidad del conjunto de la evidencia

Se realizó una matriz de extracción de datos de cada uno de los artículos incluidos, y para el análisis del nivel de evidencia de los mismos se usó la guía GRADE (Tabla 2) que evalúa los parámetros de riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia directa e imprecisión, a cada uno de estos se le asignó un 1 o un -1, según si cumplía o no. Cuando cumplía los 4 parámetros se consideró la calidad de la evidencia alta, cuando cumplía 3 moderada,

2 baja y 1 muy baja. Al final para dar la calidad de la evidencia global se sumaron los puntajes y se dividieron por el total que debían dar si cumplían todos los parámetros, luego se sacó el porcentaje y según eso si presentaban de 0 y 25%: se consideraba evidencia muy baja, 26 y 50%: Baja, 51 y 75% moderada y 76 a 100%: Alta. Luego para realizar la evaluación de la guía de práctica clínica se usó la lista de verificación AGREE (Tabla 3). Las calificaciones de la evidencia con su significado e interpretación gráfica se presentan en la tabla 2.

Generación de recomendaciones

Una vez evaluada la calidad de la evidencia, se procedió a la redacción de las recomendaciones, haciendo explícito solo para pacientes que presenten recesiones gingivales.

RESULTADOS

PREGUNTA PICO 1

En pacientes con recesiones gingivales RT1, RT2 ¿Qué tan efectivo son los colgajos subepiteliales comparado con los injertos gingivales libres para el cubrimiento radicular en cuanto los parámetros clínicos?

El metaanálisis de Augusto et al (1)., sugirió que el túnel (89,4%) y el colgajo posicionado lateralmente (91,2%), ambos en combinación con el injerto de tejido conectivo, proporcionaron la mayor cobertura radicular media en el tratamiento de las recesiones anteriores mandibulares.

Cairo et al (2)., evidenciaron que el colgajo desplazado coronal junto con injerto de tejido conectivo logró los mejores resultados clínicos en recesiones gingivales únicas con o sin pérdida de inserción clínica.

En la revision sistematica de Dileep Deo et al (3)., el injerto gingival libre ha mostrado resultados significativos (85,2%) en todos los estudios en la profundidad de recesión, profundidad de sondaje, nivel de inserción clínica y ancho de la encía queratinizada excepto en uno. Sin embargo, depende en gran medida de la selección del caso, de la habilidad y experiencia del operador.

Roccuzzo M et al (4)., evidenciaron como la cirugía plástica periodontal fue eficaz para reducir las recesiones gingivales con una mejora en los niveles de inserción. Aunque ningún tratamiento puede considerarse superior a todos los demás, el injerto de tejido conectivo (CTG) fue estadísticamente significativamente más eficaz que la regeneración tisular guiada en la reducción de la recesión.

RECOMENDACIÓN 1

Para el tratamiento de recesiones gingivales RT1 y RT2 son más efectivos los colgajos subepiteliales con injerto de tejido conectivo para el cubrimiento radicular en cuanto a parámetros clínicos como ancho de encía queratinizada, cobertura o reducción de la recesión y aumento de tejidos blandos.

El injerto gingival libre puede ser una mejor opción en zonas donde la recesión gingival se presenta con un ancho inadecuado de la encía adherida y profundidad del fondo de surco vestibular.

Recomendación fuerte a favor de la intervención colgajos subepiteliales con injerto de tejido conectivo

Calidad de la evidencia: MODERADA

PREGUNTA PICO 2

En pacientes con recesiones gingivales RT1 y RT2 ¿Los tratamientos con injertos subepiteliales comparados con la aplicación complementaria de proteínas derivadas del esmalte o factores de crecimiento plaquetarios son superiores en cuanto a los parámetros clínicos evaluados?

Amine K et al (5)., mostraron que el colgajo avanzado coronal junto con matriz dérmica acelular, matriz de colágeno xenogénico y derivado de matriz de esmalte mostraron mejores resultados que CAF solo.

En la revisión sistemática de Meza J et al (6)., se encontraron que la aplicación complementaria del derivado de la matriz del esmalte en el proporcionó evidencia a favor de su uso para la reducción de recesiones gingivales

y ganancia de inserción clínica a los 6 y 12 meses. Sin embargo, su efecto sobre el aumento de tejido queratinizado mostró una evidencia muy baja para su uso.

Karam et al (7)., mostraron que ninguno de los productos evaluados (ácido cítrico, EDTA, plasma rico en plaquetas (PRP), láseres y matriz derivada del esmalte (EMD)) mostró beneficios evidentes en los resultados clínicos.

En la revision sistematica y metaanálisis realizados por Rong Li et al (8)., no se pudo encontrar ningún efecto significativo del plasma rico en plaquetas (PRP) en ningún parámetro clínico cuando se combinó con colgajos desplazados coronalmente.

El derivado proteico de la matriz del esmalte combinado con la matriz dérmica acelular utilizada para el tratamiento de los defectos de recesión gingival no tuvo ningún efecto beneficioso clínicamente que la matriz dérmica acelular solamente, esto reportado por Muhammad et al.

Dimitris N et al (9)., concluyeron que para los defectos de recesión de un solo diente Miller Clase I y II, los procedimientos de tejido conectivo subepitelial proporcionan los mejores resultados, mientras que matriz dérmica acelular o el derivado de la matriz del esmalte junto con colgajo desplazado coronal se pueden utilizar como alternativa.

RECOMENDACIÓN 2

Con base en las revisiones sistemáticas y metaanálisis, no se justifica el uso de modificadores de la superficie radicular para mejorar los resultados clínicos en las recesiones gingivales tratadas con tejido conectivo subepitelial (CTG).

Recomendación fuerte a favor de la intervención sin uso de modificadores de la superficie radicular.

Calidad de la evidencia: MODERADA

PREGUNTA PICO 3

En pacientes con recesiones gingivales RT1 y RT2 ¿Cuáles son las diferencias en los parámetros clínicos periodontales entre injertos autólogos y xenoinjertos?

Alsarhan M et al (10)., Aunque la profundidad de la recesión, la cobertura completa de la raíz y la cobertura media de la raíz fueron significativamente menores la matriz de colageno xenogénica (CMX) ($p = .017$ y $p = .001$, $p = .001$, respectivamente), no hubo diferencia estadísticamente significativa en el ancho de la recesión entre CMX y CTG ($p = .203$). CMX mostró una profundidad de sondaje significativamente menor que CTG ($p = .023$); sin embargo, no se observaron diferencias significativas en el nivel de inserción clínica ($p = .060$) y el ancho del tejido queratinizado ($p = .052$) entre los grupos.

Bertl K et al (11)., evidenciaron que los injertos gingivales libres (FGG) produjeron un aumento significativamente mayor ($p < .001$) en el ancho de encía queratinizada (KT), en comparación con la matriz acelular o un sustituto de tejido blando.

Huang JP et al (12)., revelaron un mayor porcentaje de cobertura radicular media y una mayor reducción de recesión con la combinación de colgajo coronalmente avanzado (CAF) con matriz de colageno (XCM) en

comparación con CAF solo ($p = 0,002$). Al comparar XCM con injerto de tejido conectivo (CTG), no se detectaron diferencias significativas.

Cairo et al (13)., en su revisión encontraron que el colgajo desplazado coronal (CAF) se asoció con reducción media de la recesión y cobertura radicular completa. La adición de injerto de tejido conectivo o matriz derivada del esmalte mejoró los resultados clínicos de CAF en términos de cobertura radicular completa, mientras que las membranas de barrera no lo hicieron.

Para la cobertura radicular (RC) Moraschini V et al., (14) encontraron que con el uso de matriz de colágeno (XCM), en comparación con los injertos de tejido conectivo (CTG) y el derivado de la matriz del esmalte (EMD), no hubo diferencia significativa; sin embargo, la XCM produjo una RC más baja que la CTG en el tratamiento de las recesiones gingivales de clase I o II de Miller.

RECOMENDACIÓN 3

Para el tratamiento de recesiones gingivales RT1, RT2 comparando los injertos autógenos y los xenoinjertos se recomienda el uso de injertos autógenos ya que con estos se logra un aumento mayor y más predecible en el ancho de encía queratinizada y en los niveles de inserción clínica que con los xenoinjertos. Aunque estadísticamente las diferencias no son significativas, clínicamente si se pueden observar mejores resultados. En cuanto la cobertura radicular los dos muestran resultados favorables por lo cual los xenoinjertos podrían ser una alternativa válida tanto en recesiones únicas como múltiples. Además, estos pueden disminuir la morbilidad posoperatoria y el tiempo de operación.

Recomendación fuerte a favor de la intervención con uso de injertos autógenos.

Calidad de la evidencia: MODERADA

PREGUNTA PICO 4

En pacientes con recesiones gingivales RT1 y RT2 ¿Qué factores influyen en la predecibilidad y éxito del injerto gingival libre y el colgajo desplazado coronal con injerto de tejido conectivo?

Zucchelli G et al (15)., encontraron que la adición de un injerto de tejido conectivo (CTG) con o sin derivado de matriz de esmalte (EMD) mejora los resultados en comparación con CAF solo ($p < 0,05$).

Entre los estudios incluidos en la revision sistematica de Konflanz et al (16)., ninguno ha obtenido injertos de tejido conectivo de la tuberosidad por lo cual esa pregunta no pudo responderse. En cuanto las técnicas de desepitelización no hubo diferencias para el porcentaje de cobertura radicular y el ancho del tejido queratinizado.

Tafur M et al (17)., concluyeron que el uso de ácido etilendiaminotetraacético (EDTA) ($p < 0,0001$), la presencia de tejido queratinizado adjunto ≥ 2 mm ($p = 0,019$), una profundidad de recesión gingival inicial > 3 mm ($p = 0,020$) y pacientes que fumaban más de 10 cigarrillos diarios ($p < 0,05$) intervienen en el recubrimiento total de recesiones gingivales.

RECOMENDACIÓN 4

Para pacientes con recesiones gingivales RT1 y RT2, se deben tener en cuenta los siguientes factores, los cuales influyen en la predecibilidad y éxito del injerto gingival libre y el colgajo desplazado coronal con injerto de tejido conectivo.

Uno, si la cobertura completa de la raíz es el principal objetivo clínico, se puede preferir la desepitelización extraoral a las técnicas de desepitelización intraoral.

Dos, el uso de agentes de desmineralización de la superficie de la raíz, como el etilendiaminotetraacético (EDTA) se puede usar mostrando un beneficio adicional en los parámetros clínicos.

Tres, la cantidad de pérdida de tejido interdental, la condición de la raíz y el ancho de la encía queratinizada influyen en cuanto la cobertura radicular a lograr y el resultado a largo plazo.

Cuatro, el tipo y ubicación del diente debido a que los incisivos y caninos muestran mejores resultados de parámetros clínicos en comparación con los premolares y molares.

Cinco, los pacientes fumadores ya que en estos se ve afectada la revascularización durante la cicatrización de heridas en tejidos blandos y duros, por lo cual se verá afectada la cobertura radicular completa.

Calidad de la evidencia: MODERADA

PREGUNTA PICO 5

En pacientes con recesiones gingivales RT1 y RT2 ¿Como influye el fenotipo periodontal en la elección de la técnica quirúrgica teniendo en cuenta los parámetros clínicos periodontales?

Barootchi et al (18)., en su revisión no dio resultados concluyentes con respecto a si el fenotipo periodontal incidía o no en la técnica quirúrgica a usar. Lo que encontraron fue que todos los grupos de tratamiento investigados (matriz dérmica acelular, matriz de colágeno, injerto gingival libre, construcciones de células vivas, en combinación con un colgajo posicionado apicalmente, dieron como resultado más tejido queratinizado que el tratamiento con colgajo posicionado apicalmente solo.

RECOMENDACIÓN 5

Para el tratamiento de recesiones gingivales RT1 y RT2, no hay evidencia concluyente que indique si el fenotipo periodontal incide o no en la elección de la técnica quirúrgica teniendo en cuenta los parámetros clínicos periodontales. En cuanto al tipo de injerto se ha demostrado que cualquier material de injerto fue capaz de mejorar significativamente el grosor gingival.

Calidad de la evidencia: MODERADA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Augusto M, Salman A. Root Coverage Predictability in the Treatment of Gingival Recessions on Mandibular Anterior Teeth. 2021;XX(X):1–10.
2. Cairo F, Nieri M, Pagliaro U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions . A systematic review. 2014;41(October 2013):44–62.
3. Deo SD, Shetty SK, Kulloli A, Chavan R. Efficacy of free gingival graft in the treatment of Miller Class I and Class II localized gingival recessions : A systematic review. 2019;93–9.
4. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions : a systematic review. 2002;29:178–94.
5. Amine K, Amrani Y El, Chemlali S, Kissa J. ScienceDirect Alternatives to connective tissue graft in the treatment of localized gingival recessions : A systematic review. J Stomatol Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2017; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jormas.2017.09.005>
6. Mauricio JM, Furquim CP, Bustillos-torrez W, Soto-peñaloza D, Peñarrocha-oltra D, Retamal-valdes B, et al. Does enamel matrix derivative application provide additional clinical benefits in the treatment of maxillary Miller class I and II gingival recession ? A systematic review and meta-analysis. 2021;1613–26.
7. Psbh K, Acp SA, Mlr DR, Sla G, Ca D. Root surface modifiers and subepithelial connective tissue graft for treatment of gingival recessions : a systematic review. 2016;(6):175–85.
8. Li R, Liu Y, Xu T, Zhao H, Hou J, Wu Y, et al. The Additional Effect of Autologous Platelet Concentrates to Coronally Advanced Flap in the Treatment of Gingival Recessions : A Systematic Review and Meta-Analysis. 2019;2019.
9. 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. 2015;5(2).
10. Alsarhan MA, Alhuzaimi AI, Jasser R AI. Xenogeneic collagen matrix versus connective tissue graft for the treatment of multiple gingival recessions : A systematic review and meta - analysis. 2019;(April).
11. Bertl K, Melchard M, Pandis N, Müller-kern M, Stavropoulos A. Soft tissue substitutes in non-root coverage procedures : a systematic review and meta-analysis. 2017;505–18.
12. Huang J, Liu J, Wu Y, Chen L, Ding P. Efficacy of xenogeneic collagen matrix in the treatment of gingival recessions : a systematic review and meta-analysis. :0–2.
13. Cairo F, Pagliaro U, Treatment NM, Nieri M. Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures : a systematic review. 2008;35:136–62.
14. Moraschini V, Costa D, Almeida F De, Sartoretto S, Guimarães HB, Cavalcante IC, et al. Clinical efficacy of xenogeneic collagen matrix in the treatment of gingival recession : a systematic review and

meta-analysis. *Acta Odontol Scand* [Internet]. 2019;0(0):1–11. Available from:
<https://doi.org/10.1080/00016357.2019.1588372>

15. Zucchelli G, Tavelli L, Ravidà A. Influence of tooth location on coronally advanced flap procedures for root coverage.
16. Konflanz W, Orth CC, Keller R, Wilker F, Gomes M. Influence of Donor Site and Harvesting Technique of Connective Tissue Graft on Root Coverage Outcomes of Single Gingival Recessions : Systematic Review and Meta-analyses. 2021;(January).
17. Tafur Villa ME, Castro-Ruiz CT, Mendoza Azpur G. Factores asociados al recubrimiento total de recesiones gingivales clase I y II de Miller. *Rev Cuba Estomatol*. 2021;58(2).
18. Barootchi S, Tavelli L, Zucchelli G, Giannobile W, Wang H-L. Gingival phenotype modification therapies on natural teeth: a network meta-analysis Shayan.

Tabla 2. Evaluación de la evidencia con la guía GRADE

PREGUNTA 1											
En pacientes con recesiones gingivales RT1, RT2 ¿Qué tan efectivo son los colgajos subepiteliales comparado con los injertos gingival libre para el cubrimiento radicular en términos de niveles de inserción clínica y ganancia de encía queratinizada?											
Estudio	Primer Autor	Año	Evaluación de la evidencia								
			Nº de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia directa	Impresión	Calidad	Puntaje	
Systematic review assessing soft tissue augmentation techniques	Thoma D	2009	28	Revision sistematica	-1	1	1	1	1	⊕⊕⊕⊖	3
Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions: A systematic review	Cairo F	2014	53	Revision sistematica	-1	-1	1	1	1	⊕⊕⊕⊖	2
Root Coverage Predictability in the Treatment of Gingival Recessions on Mandibular Anterior Teeth	Agusto M	2021	16	Revision sistematica	1	1	1	1	1	⊕⊕⊕⊕	4
Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review	Roccuzzo M	2002	20	Revision sistematica	-1	1	1	1	1	⊕⊕⊕⊖	3
Efficacy of free gingival graft in the treatment of Miller Class I and Class II localized gingival recessions: A systematic review	Deo Dileep S	2018	7	Revision sistematica	-1	1	1	1	1	⊕⊕⊕⊖	3
CALIDAD DE LA EVIDENCIA PARA LA PREGUNTA 1									⊕⊕⊕⊖	75%	
PREGUNTA 2											
Los resultados del tratamiento en recesiones RT1 y RT2 con aplicación complementaria de proteínas derivadas del esmalte o factores de crecimiento plaquetarios son superiores en cuanto a cicatrización?											
Estudio	Primer Autor	Año	Evaluación de la evidencia								
			Nº de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia directa	Impresión	Calidad	Puntaje	
Root surface modifiers and subepithelial connective tissue graft for treatment of gingival recessions: a systematic review	Karam P	2016	6	Revision sistematica	1	1	1	1	1	⊕⊕⊕⊕	4
Periodontal soft tissue root coverage procedures: a consensus report from the AAP Regeneration Workshop	Tatakis D	2015	123	Revision sistematica	-1	1	1	-1	1	⊕⊕⊕⊖	2
Does enamel matrix derivative application provide additional clinical benefits in the treatment of maxillary Miller class I and II gingival recession? A systematic review and meta-analysis	Meza M	2021	9	Revision sistematica y metaanálisis	-1	1	1	1	1	⊕⊕⊕⊖	3
Regenerative Potential of Enamel Matrix Protein Derivative and Acellular Dermal Matrix for Gingival Recession: A Systematic Review and Meta-Analysis	Muhammad S	2021	4	Revision sistematica y metaanálisis	-1	1	1	1	1	⊕⊕⊕⊖	3
The Additional Effect of Autologous Platelet Concentrates to Coronally Advanced Flap in the Treatment of Gingival Recessions: A Systematic Review and Meta-Analysis	Rong L	2019	8	Revision sistematica y metaanálisis	1	1	1	1	1	⊕⊕⊕⊕	4
Alternatives to connective tissue graft in the treatment of localized gingival recessions: A systematic review	Amine K	2017	18	Revision sistematica	-1	1	1	-1	1	⊕⊕⊕⊖	2
CALIDAD DE LA EVIDENCIA PARA LA PREGUNTA 2									⊕⊕⊕⊖	75%	
PREGUNTA 3											
En pacientes con recesiones gingivales RT1 y RT2 ¿Existen diferencias entre los injertos autólogos y los xenoinjertos en cuanto el margen gingival y la ganancia de encía queratinizada?											
Estudio	Primer Autor	Año	Evaluación de la evidencia								
			Nº de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia directa	Impresión	Calidad	Puntaje	
Soft tissue substitutes in non-root coverage procedures: a systematic review and meta-analysis	Bertl K	2017	8	Revision sistematica y metaanálisis	-1	1	1	-1	1	⊕⊕⊕⊖	2
Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review	Cairo F	2008	27	Revision sistematica	-1	-1	1	1	1	⊕⊕⊕⊖	2
Clinical efficacy of xenogeneic collagen matrix in the treatment of gingival recession: a systematic review and meta-analysis	Moraschini, V	2019	9	Revision sistematica y metaanálisis	1	-1	1	1	1	⊕⊕⊕⊖	3
Xenogeneic collagen matrix versus connective tissue graft for the treatment of multiple gingival recessions: A systematic review and meta-analysis	AlSarhan M	2019	4	Revision sistematica y metaanálisis	-1	-1	1	1	1	⊕⊕⊕⊖	2
Efficacy of xenogeneic collagen matrix in the treatment of gingival recessions: A systematic review and meta-analysis	Huang J	2018	9	Revision sistematica y metaanálisis	1	1	1	1	1	⊕⊕⊕⊕	4
CALIDAD DE LA EVIDENCIA PARA LA PREGUNTA 3									⊕⊕⊕⊖	65%	
PREGUNTA 4											
En pacientes con recesiones gingivales RT1 y RT2 ¿Qué factores influyen en la predecibilidad y éxito de los injertos gingivales?											
Estudio	Primer Autor	Año	Evaluación de la evidencia								
			Nº de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia directa	Impresión	Calidad	Puntaje	
Factores asociados al recubrimiento total de recesiones gingivales clases I y II de Miller	Tafur M	2021	7	Revision sistematica y metaanálisis	1	-1	1	1	1	⊕⊕⊕⊖	3
Influence of tooth location on coronally advanced flap procedures for root coverage	Zucchelli G	2018	12	Revision sistematica	1	.1	1	-1	1	⊕⊕⊕⊖	2
Influence of Donor Site and Harvesting Technique of Connective Tissue Graft on Root Coverage Outcomes of Single Gingival Recessions: Systematic Review and Meta-analyses	Konflanz W	2021	56	Revision sistematica y metaanálisis	-1	-1	1	1	1	⊕⊕⊕⊖	2
CALIDAD DE LA EVIDENCIA PARA LA PREGUNTA 4									⊕⊕⊕⊖	58%	
PREGUNTA 5											
En pacientes con recesiones gingivales RT1 y RT2. ¿Cómo Influye el fenotipo periodontal en la elección de la técnica quirúrgica teniendo en cuenta los parametros clínicos periodontales?											
Estudio	Primer Autor	Año	Evaluación de la evidencia								
			Nº de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia directa	Impresión	Calidad	Puntaje	
Gingival phenotype modification therapies on natural teeth: a network meta-analysis	Barootchi S	2020	105	Metaanálisis	1	-1	1	1	1	⊕⊕⊕⊖	3
CALIDAD DE LA EVIDENCIA PARA LA PREGUNTA 5									⊕⊕⊕⊖	75%	

Tabla 3. Lista de verificación de informes AGREE



Lista de verificación de informes AGREE
2016

Esta lista de verificación está destinada a guiar el informe de las guías de práctica clínica.

ELEMENTO DE LISTA DE VERIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE NOTIFICACIÓN	Página #
DOMINIO 1: ALCANCE Y FINALIDAD		
1. OBJETIVOS <i>Informar de los objetivos generales de la directriz. Los beneficios esperados para la salud de la guía deben ser específicos para el problema clínico o el tema de salud.</i>	☒ Intención(es) de salud (es decir, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, etc.) ☒ Beneficio(s) esperado(s) o resultado(s) ☒ Objetivo(s) (por ejemplo, población de pacientes, sociedad)	12
2. PREGUNTAS <i>Informe la(s) pregunta(s) de salud cubierta(s) por la guía, en particular para las recomendaciones clave.</i>	☒ Población objetivo ☒ Intervención(es) o exposición(es) ☒ Comparaciones (si procede) ☒ Resultado(s) ☐ Entorno o contexto de atención médica	14,25, 29,34, 37 y 40
3. POBLACIÓN <i>Describe la población (es decir, pacientes, público, etc.) a la que se pretende aplicar la guía.</i>	☒ Población objetivo, sexo y edad ☒ Condición clínica (si es relevante) ☒ Gravedad/estadio de la enfermedad (si procede) ☐ Comorbilidades (si procede) ☐ Poblaciones excluidas (si procede)	9
DOMINIO 2: PARTICIPACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS		
4. PERTENENCIA A GRUPOS <i>Informar a todas las personas que participaron en el proceso de desarrollo. Esto puede incluir miembros del grupo directivo, el equipo de investigación involucrado en la selección y revisión / calificación de la evidencia y las personas involucradas en la formulación de las recomendaciones finales.</i>	☒ Nombre del participante ☐ Experiencia en disciplina/contenido (por ejemplo, neurocirujano, metodólogo) ☒ Institución (por ejemplo, hospital de San Pedro) ☒ Ubicación geográfica (por ejemplo, Seattle, WA) ☐ Una descripción del papel del miembro en el grupo de desarrollo de directrices	8
5. PREFERENCIAS Y PUNTOS DE VISTA DE LA POBLACIÓN OBJETIVO <i>Informar cómo se buscaron/consideraron las opiniones y preferencias de la población objetivo y cuáles fueron los resultados resultantes.</i>	☐ Declaración del tipo de estrategia utilizada para capturar las opiniones y preferencias de los pacientes / públicos (por ejemplo, participación en el grupo de desarrollo de directrices, revisión de la literatura de valores y preferencias) ☒ Métodos mediante los cuales se buscaron preferencias y puntos de vista (por ejemplo, evidencia de literatura, encuestas, grupos focales)	22,23, 25 - 42

	☒ Resultados/información recopilada sobre el paciente/información pública ☒ Cómo se utilizó la información recopilada para informar el proceso de desarrollo de directrices y/o la formación de las recomendaciones	
6. USUARIOS OBJETIVO <i>Informar a los usuarios objetivo (o previstos) de la guía.</i>	☐ La audiencia de la guía prevista (por ejemplo, especialistas, médicos de familia, pacientes, líderes / administradores clínicos o institucionales) ☒ Cómo la guía puede ser utilizada por su público objetivo (por ejemplo, para informar las decisiones clínicas, para informar las políticas, para informar los estándares de atención)	10,11
DOMINIO 3: RIGOR DEL DESARROLLO		
7. MÉTODOS DE BÚSQUEDA <i>Informar detalles de la estrategia utilizada para buscar evidencia.</i>	☒ Bases de datos electrónicas nombradas o fuentes de evidencia donde se realizó la búsqueda (por ejemplo, MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL) ☒ Períodos de tiempo buscados (por ejemplo, 1 de enero de 2004 hasta 31 de marzo de 2008) ☒ Términos de búsqueda utilizados (por ejemplo, palabras de texto, términos de indexación, subtítulos) ☒ Estrategia de búsqueda completa incluida (por ejemplo, posiblemente ubicada en el apéndice)	25,26,29,30,34,37,38,40,41
8. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PRUEBAS <i>Informar los criterios utilizados para seleccionar (es decir, incluir y excluir) la evidencia. Proporcionar una justificación, cuando sea apropiado.</i>	☒ Características de la población objetivo (paciente, público, etc.) ☒ Diseño del estudio ☐ Comparaciones (si procede) ☐ Resultados ☐ Idioma (si procede) ☐ Contexto (si procede)	14
9. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA EVIDENCIA <i>Describa las fortalezas y limitaciones de la evidencia. Considere desde la perspectiva de los estudios individuales y el cuerpo de evidencia agregada en todos los estudios. Existen herramientas que pueden facilitar la presentación de informes sobre este concepto.</i>	☒ Diseño(s) del estudio(s) incluido(s) en el conjunto de pruebas ☐ Limitaciones de la metodología del estudio (muestreo, cegamiento, ocultación de la asignación, métodos analíticos) ☒ Idoneidad/pertinencia de los resultados primarios y secundarios considerados ☒ Consistencia de los resultados entre los estudios ☐ Dirección de los resultados entre los estudios ☒ Magnitud del beneficio versus magnitud del daño ☐ Aplicabilidad al contexto de la práctica	43,44
10. FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES <i>Describa los métodos utilizados para formular las recomendaciones y cómo se tomaron las decisiones finales. Especifique las áreas de</i>	☐ Proceso de desarrollo de recomendaciones (por ejemplo, pasos utilizados en la técnica Delphi modificada, procedimientos de votación que se consideraron) ☒ Resultados del proceso de desarrollo de recomendaciones (por ejemplo, la medida en	25 a 41

<i>desacuerdo y los métodos utilizados para resolverlas.</i>	que se llegó a un consenso utilizando la técnica Delphi modificada, el resultado de los procedimientos de votación) ☐ Cómo influyó el proceso en las recomendaciones (por ejemplo, los resultados de la técnica Delphi influyen en la recomendación final, la alineación con las recomendaciones y la votación final)	
11. CONSIDERACIÓN DE LOS BENEFICIOS Y DAÑOS <i>Informe los beneficios para la salud, los efectos secundarios y los riesgos que se consideraron al formular las recomendaciones.</i>	☒ Datos de apoyo e informe de beneficios ☐ Datos de apoyo e informe de daños/efectos secundarios/riesgos ☐ Notificación de la balanza/compensación entre beneficios y daños/efectos secundarios/riesgos ☐ Las recomendaciones reflejan consideraciones tanto de beneficios como de daños/efectos secundarios/riesgos	25 a 41
12. VÍNCULO ENTRE LAS RECOMENDACIONES Y LA EVIDENCIA <i>Describe el vínculo explícito entre las recomendaciones y la evidencia en la que se basan.</i>	☒ Cómo el grupo de desarrollo de directrices vinculó y utilizó la evidencia para informar las recomendaciones ☒ Enlace entre cada recomendación y la evidencia clave (descripción del texto y/o lista de referencias) ☐ Vínculo entre las recomendaciones y los resúmenes de evidencia y/o las tablas de evidencia en la sección de resultados de la guía	25 a 41
13. REVISIÓN EXTERNA <i>Informar la metodología utilizada para llevar a cabo la revisión externa.</i>	☐ Propósito e intención de la revisión externa (por ejemplo, mejorar la calidad, recopilar comentarios sobre los proyectos de recomendaciones, evaluar la aplicabilidad y viabilidad, difundir pruebas) ☐ Métodos adoptados para llevar a cabo la revisión externa (por ejemplo, escala de calificación, preguntas abiertas) ☐ Descripción de los revisores externos (por ejemplo, número, tipo de revisores, afiliaciones) ☐ Resultados/información recopilada de la revisión externa (por ejemplo, resumen de los hallazgos clave) ☐ Cómo se utilizó la información recopilada para informar el proceso de desarrollo de las directrices y/o la formación de las recomendaciones (por ejemplo, el panel de directrices consideró los resultados de la revisión al formar las recomendaciones finales)	NO SE HA REALIZADO REVISIÓN EXTERNA
14. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN <i>Describe el procedimiento para actualizar la directriz.</i>	☐ Una declaración de que la directriz se actualizará ☐ Intervalo de tiempo explícito o criterios explícitos para guiar las decisiones sobre cuándo se producirá una actualización ☐ Metodología para el procedimiento de actualización	NO SE HA REALIZADO ACTUALIZACIÓN
DOMINIO 4: CLARIDAD DE LA PRESENTACIÓN		

15. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS E INEQUÍVOCAS <i>Describe qué opciones son apropiadas en qué situaciones y en qué grupos de población, según lo informado por el cuerpo de evidencia.</i>	☒ Una declaración de la acción recomendada ☒ Intención o propósito de la acción recomendada (por ejemplo, mejorar la calidad de vida, disminuir los efectos secundarios) ☒ Población relevante (por ejemplo, pacientes, público) ☒ Advertencias o declaraciones de calificación, si es relevante (por ejemplo, pacientes o condiciones para las que no se aplicarían las recomendaciones) ☐ Si hay incertidumbre sobre la(s) mejor(es) opción(es) de atención, la incertidumbre debe indicarse en la guía.	25 a 41
16. OPCIONES DE GESTIÓN <i>Describe las diferentes opciones para controlar la afección o el problema de salud.</i>	☐ Descripción de las opciones de gestión ☒ Población o situación clínica más adecuada a cada opción	25 a 41
17. RECOMENDACIONES CLAVE IDENTIFICABLES <i>Presente las recomendaciones clave para que sean fáciles de identificar.</i>	☐ Recomendaciones en un cuadro resumido, escrito en negrita, subrayado o presentado como diagramas de flujo o algoritmos ☐ Recomendaciones específicas agrupadas en una sección	NP
DOMINIO 5: APLICABILIDAD		
18. FACILITADORES Y BARRERAS A LA APLICACIÓN <i>Describe los facilitadores y las barreras para la aplicación de la guía.</i>	☐ Tipos de facilitadores y barreras que se consideraron ☐ Métodos mediante los cuales se buscó información sobre los facilitadores y los obstáculos para la implementación de las recomendaciones (por ejemplo, retroalimentación de las partes interesadas clave, pruebas piloto de las directrices antes de la implementación generalizada) ☐ Información/descripción de los tipos de facilitadores y barreras que surgieron de la investigación (por ejemplo, los profesionales tienen las habilidades para brindar la atención recomendada, no hay suficiente equipo disponible para garantizar que todos los miembros elegibles de la población reciban mamografía) ☐ Cómo influyó la información en el proceso de desarrollo de las directrices y/o en la formación de las recomendaciones	NP
19. CONSEJOS/HERRAMIENTAS DE IMPLEMENTACIÓN <i>Proporcionar asesoramiento y/o herramientas sobre cómo se pueden aplicar las recomendaciones en la práctica.</i>	☐ Materiales adicionales para apoyar la implementación de la directriz en la práctica. Por ejemplo: ○ Documentos resumidos de las directrices ○ Enlaces a listas de verificación, algoritmos ○ Enlaces a manuales de instrucciones ○ Soluciones vinculadas al análisis de barreras (véase el punto 18) ○ Herramientas para capitalizar a los facilitadores de directrices (véase el punto 18)	NP

	○ Resultados de la prueba piloto y lecciones aprendidas	
20. IMPLICACIONES EN LOS RECURSOS <i>Describe las posibles implicaciones para los recursos de la aplicación de las recomendaciones.</i>	☐ Tipos de información de costos que se consideraron (por ejemplo, evaluaciones económicas, costos de adquisición de medicamentos) ☐ Métodos mediante los cuales se buscó la información de costos (por ejemplo, un economista de la salud formó parte del panel de desarrollo de directrices, el uso de evaluaciones de tecnologías sanitarias para medicamentos específicos, etc.) ☐ Información/descripción de la información de costos que surgió de la investigación (por ejemplo, costos específicos de adquisición de medicamentos por curso de tratamiento) ☒ Cómo se utilizó la información recopilada para informar el proceso de desarrollo de directrices y/o la formación de las recomendaciones	24
21. CRITERIOS DE SEGUIMIENTO/AUDITORÍA <i>Proporcionar criterios de monitoreo y/o auditoría para medir la aplicación de las recomendaciones de las directrices.</i>	☐ Criterios para evaluar la aplicación de las directrices o el cumplimiento de las recomendaciones ☐ Criterios para evaluar el impacto de la aplicación de las recomendaciones ☐ Asesoramiento sobre la frecuencia y el intervalo de medición ☐ Definiciones operativas de cómo deben medirse los criterios	NP
DOMINIO 6: INDEPENDENCIA EDITORIAL		
22. ORGANISMO DE FINANCIACIÓN <i>Informar de la influencia del organismo financiador en el contenido de la directriz.</i>	☒ El nombre del organismo de financiación o la fuente de financiación (o declaración explícita de no financiación) ☒ Una declaración de que el organismo de financiación no influyó en el contenido de la directriz	3
23. INTERESES CONTRAPUESTOS <i>Proporcione una declaración explícita de que todos los miembros del grupo han declarado si tienen intereses contrapuestos.</i>	☒ Tipos de intereses concurrentes considerados ☐ Métodos mediante los cuales se buscaban posibles intereses contrapuestos ☐ Una descripción de los intereses contrapuestos ☐ Cómo influyeron los intereses contrapuestos en el proceso de directrices y en la elaboración de recomendaciones	3

De:

Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, en nombre del Consorcio AGREE Next Steps. La lista de verificación de informes AGREE: una herramienta para mejorar la notificación de las guías de práctica clínica. *BMJ* 2016; 352:i1152. doi: 10.1136/bmj.i1152.

Para obtener más información sobre la lista de verificación de informes AGREE, visite el sitio web de AGREE Enterprise en <http://www.agreetrust.org>.