



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES
MÚLTIPLES CON MATRIZ DÉRMICA ACELULAR.
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

AZALEA MARIBEL GÓMEZ KAISER

TUTORA: Esp. PAULINA MEDINA ORTIZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Con infinito agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México, mi máxima casa de estudios.

Quiero dedicar este trabajo a mis hermosos padres Guillermo y Maribel por ser mi gran ejemplo, por brindarme su apoyo e incontables consejos y por ser mis héroes siempre, los amo. A los mejores hermanos del mundo, Christopher y Adolfo por ser mis amigos y estar a mi lado siempre. Los amo con todo mi corazón.

A mi mejor amigo, por tantas aventuras que vivimos durante la carrera y por estar a mi lado desde primer año. El tiempo pasa, y ahí estas, haciéndome reír y ofreciéndome tanto, gracias por tu apoyo.

A mi tía Hortensia, gracias infinitas, no sé que hubiera hecho sin tu ayuda y tu paciencia. Gracias por todas las veces que fuiste a la Facultad para que pudiera realizar este trabajo.

A mi tutora la doctora Paulina Medina, que sin su ayuda y conocimientos no hubiese sido posible realizar este trabajo, mil gracias.

Gracias a todas las personas que me han apoyado y han confiado en mí, gracias por enseñarme que trabajar es importante, pero que hay algo que importa más: creer en ti mismo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVO.....	6
3. ANTECEDENTES	7
4. ETIOLOGÍA DE LA RECESIÓN GINGIVAL.....	8
5. CLASIFICACIÓN DE LAS RECESIONES GINGIVALES	9
6. TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES	11
6.1.TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA LA COBERTURA RADICULAR	13
6.2.INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO CON COLGAJO DESPLAZADO CORONAL	14
6.3.MATRIZ DÉRMICA ACELULAR CON COLGAJO DESPLAZADO CORONAL	17
7. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	18
7.1.FOTOGRAFÍAS INICIALES	18
7.2.SERIE RADIOGRÁFICA	19
7.3.PERIODONTOGRAMA	20
7.4.DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO	21
7.5.PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA EL INJERTO DE MATRIZ DÉRMICA ACELULAR CONCOLGAJO DESPLAZADO CORONAL	23
7.6.RESULTADOS	25
8. CONCLUSIÓN	29
9. BIBLIOGRAFIA	30

1. INTRODUCCIÓN

El glosario de la Academia Americana de Periodoncia, define a las recesiones gingivales cómo el desplazamiento del margen gingival en dirección apical a la unión cemento - esmalte con exposición de la superficie radicular. Se estima que el 20% de la población presenta una o más superficies dentales con recesiones, esta es una característica que Cortellini menciona, es más frecuente en población con mayor estándar de higiene oral, es por esto, que en la actualidad este tipo de defectos son uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica privada, ya sea por estética, hipersensibilidad o preocupación por parte del paciente por la posibilidad de pérdida de órganos dentales.

Etiológicamente las recesiones gingivales son de origen multifactorial y generalmente, se encuentran en superficies bucales y se relacionan con factores mecánicos (cepillado dental), factores anatómicos, fisiológicos o patológicos.

Actualmente existen varias técnicas de cirugía plástica periodontal para tratar recesiones gingivales, entre las cuales podemos mencionar a los colgajos pediculados, injertos libres o tratamiento de la superficie radicular con biomateriales. De todas estas técnicas, el estándar de oro es el colgajo desplazado coronal con injerto de tejido conectivo subepitelial, que se obtiene del paladar, con el cual se obtiene mayor cobertura radicular y aumenta las dimensiones del tejido queratinizado, sin embargo, la toma del injerto palatino puede llegar a ser un proceso lento y molesto para el paciente, ya que representa un segundo sitio quirúrgico para su obtención, lo que aumenta la morbilidad del procedimiento.

Por estas razones, existen biomateriales que han buscado igualar los

beneficios de los injertos autólogos. El único material, según Cardaropoli (2009), que se ha reportado con un beneficio significativo comparado con el injerto de tejido conectivo subepitelial es la matriz dérmica acelular.

Para la realización de este caso clínico, se decidió utilizar la matriz dérmica acelular, ya que es un biomaterial que se ha utilizado en diversas áreas de la medicina con el propósito de reconstruir una superficie o volumen de tejido que se ha perdido o que presenta alguna alteración en su morfología. Se trata de un aloinjerto congelado, libre de células, con una matriz extracelular de fibras de colágena que se obtiene de piel humana, que actúa como base para reforzar el tejido blando dañado o inadecuado en el área quirúrgica. Según Cardaropoli (2009), la matriz dérmica acelular actúa como andamiaje para la proliferación de células epiteliales, fibroblastos y vasos sanguíneos del sitio receptor para la reorganización de los tejidos periodontales, mejorando la comodidad del postoperatorio del paciente y los tiempos quirúrgicos.

2. OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es valorar clínicamente la efectividad del uso de la matriz dérmica acelular para cobertura radicular y aumento de tejido queratinizado en la arcada inferior, para así mejorar la estética y disminuir la hipersensibilidad referida por la paciente.

3. ANTECEDENTES

En 1996, Miller introdujo el término de cirugía plástica periodontal, que se define como: procedimientos quirúrgicos realizados para corregir y/o prevenir problemas anatómicos, del desarrollo, defectos traumáticos o inducidos por enfermedad en encía, mucosa alveolar o hueso. Dentro de estos procedimientos quirúrgicos se encuentra el alargamiento de corona, aumento de reborde, eliminación de frenillos aberrantes y cobertura de recesiones gingivales, por mencionar algunos.¹

La cirugía plástica periodontal, es un tratamiento que tiene como finalidad corregir defectos de posición, morfología y cantidad de tejidos blandos y duros que rodean y dan soporte a los dientes, esto nos permite devolver salud a los tejidos periodontales, así como satisfacer las necesidades estéticas del paciente. En 1926, Norberg propuso el uso del colgajo reposicionado coronal que actualmente, en combinación con el injerto de tejido conectivo subepitelial, es una técnica más predecible, que cumple con los requisitos y objetivos de la cirugía plástica periodontal. En los 70's, se centró en tratamiento de defectos mucogingivales (corrección de falta de espesor y altura de encía queratinizada).²

Los injertos de tejido blando, en especial los de tejido conectivo, permiten excelentes resultados estéticos y de predictibilidad, pero su principal inconveniente es la limitación en la cantidad de tejido donante, especialmente en los casos en que es necesario el recubrimiento de múltiples recesiones. Es por esto que se ha introducido el uso de injertos de matriz dérmica acelular en el campo de la cirugía mucogingival. Este tipo de injertos lleva varios años de uso en el tratamiento de pacientes con quemaduras corporales y en diferentes reconstrucciones de cirugía plástica.²

4. ETIOLOGÍA DE LA RECESIÓN GINGIVAL

Las recesiones gingivales pueden encontrarse principalmente en la superficie bucal. Su etiología está determinada por una serie de factores predisponentes y desencadenantes.³

Los factores predisponentes pueden ser anatómicos y asociados a trauma oclusal. Los anatómicos incluyen:

- Escasa encía adherida.
- Mal posición dentaria y apiñamiento.
- Prominencia radicular.
- Dehiscencias óseas.
- Inserción alta de frenillos que causan la tracción del margen gingival.

Los factores asociados a trauma oclusal abarcan anatomía del tejido óseo alveolar adyacente a la raíz del diente e intensidad y duración del trauma.

En cuanto a los factores desencadenantes, podemos mencionar:

- Inflamación.
- Cepillado traumático.
- Laceración gingival.
- Iatrogenia.
- Márgenes subgingivales.
- Diseño inadecuado de aparatología removible.
- Movimientos ortodóncicos no controlados.

El cepillado traumático es el factor etiológico principal de las recesiones clase I y II de Miller por lo que es de vital importancia corregir la técnica de cepillado antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico.⁴

5. CLASIFICACIÓN DE LAS RECESIONES GINGIVALES

Previo a la selección del tratamiento, debemos evaluar y clasificar el tipo de recesión. De esto depende el éxito de nuestro tratamiento. A través de los años se han desarrollado diferentes clasificaciones para las recesiones, tales como:

Sullivan y Atkins (1968) clasificaron la recesión gingival en cuatro categorías morfológicas: superficial-estrecho, superficial-amplio, profundo-estrecho y profundo-amplio. Esta clasificación no fue suficientemente clara para dar un pronóstico al tratamiento.⁵

Por otra parte, Miller en 1985 determinó la siguiente categorización de las recesiones gingivales, esta clasificación se divide en cuatro clases y toma en consideración la posición de la cresta en relación con el fondo de la recesión, la línea mucogingival (LMG) y la unión cemento-esmalte (UCE).¹

Clase I: recesión que no se extiende a la línea mucogingival. No hay pérdida de tejidos periodontales (hueso o tejido blando) en la zona interdental y la cobertura de la raíz es del 100%.

Clase II: recesión que se extiende hasta la línea mucogingival o la sobrepasa. No hay pérdida de tejido periodontal en la zona interdental, y se puede anticipar una cobertura de la raíz es del 100%.

Clase III: recesión que se extiende más allá de la línea mucogingival y existe una pérdida de hueso en la zona interdental, la cresta está apical a la UCE pero coronal al fondo de la recesión. También puede estar presente una mal posición de los dientes, lo que impide el intento de cobertura al 100%.

Clase IV: recesión que se extiende más allá de la línea mucogingival. La pérdida de tejido interproximal es apical al fondo de la recesión, la cobertura no se recomienda.

Recientemente en el marco de la nueva clasificación de enfermedades y condiciones periodontales del Workshop⁶ del 2017 “Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions.”, se propuso el uso de la clasificación dada por Cairo (2011),⁶ la cual consiste en tres categorías basadas en el nivel de inserción clínico:

Recesión Tipo 1 (RT1): recesión gingival sin pérdida de tejido interproximal.

Recesión Tipo 2 (RT2): recesión gingival asociada a pérdida de tejido interproximal menor o igual a la recesión gingival.

Recesión Tipo 3 (RT3): pérdida interproximal asociada a pérdida de tejido interproximal mayor que la recesión gingival.

Esta clasificación tiene algunas limitaciones si se compara con la clasificación de Miller, como la dificultad para identificar entre Clase I y Clase II, y la referencia que se tiene para diagnosticar la destrucción periodontal en el área interdental (hueso o tejido blando).

6. TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES

El tratamiento va encaminado a mejorar las condiciones mucogingivales para devolver la estética, resolver la sensibilidad dental y evitar la aparición de recesiones gingivales nuevas, así como evitar su progresión, aumentar la cantidad de encía queratinizada, corregir abrasiones o hendiduras de Stillman (que son indentaciones con forma de apóstrofo que se extiende hacia el margen gingival) y lo más importante, darle al paciente mejores condiciones para mantener un buen control de placa dentobacteriana.⁷

Existe un factor determinante para valorar el pronóstico de una técnica de cobertura radicular y esta es la posición del tejido interproximal, de forma que, si se observa pérdida de altura de las papilas interdentarias en el diente a tratar, nunca se podrá conseguir una cobertura radicular completa.⁸

Las principales indicaciones para cirugía de cobertura radicular son las siguientes:

- Hipersensibilidad dental
- Indicación estética (demandada por el paciente).
- Lesiones cervicales cariosas y no cariosas.
- Recesión progresiva (se ha constatado su evolución en el tiempo).

La demanda estética de los pacientes ha cambiado los objetivos de la cirugía plástica periodontal, ya que no es suficiente lograr una cobertura radicular o aumentar la cantidad de encía queratinizada, es importante lograr una armonía entre el color y textura de los tejidos.

Stefanini (2018)⁹ menciona que es muy importante seleccionar los casos candidatos a este tipo de procedimientos, esto es para poder cumplir con los objetivos anteriores y seleccionar la mejor técnica quirúrgica.⁸ Para esto es indispensable considerar:

- Presencia de lesiones cervicales no cariosas.
- Pérdida de tejido interproximal que se refiera a la cantidad de tejido duro y blando, esto determinará el éxito de la cobertura radicular.
- Mala posición dental dentro del arco.
- Cantidad de tejido queratinizado.

6.1 TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA LA COBERTURA RADICULAR

Como se mencionó anteriormente, la selección de la técnica quirúrgica debe realizarse considerando diferentes factores, como son la posición dental, profundidad y ancho de la recesión gingival, cantidad de encía queratinizada y las demandas estéticas por parte del paciente.¹⁰ por esta razón la técnica es particular para cada paciente.

Zuchelli (2015)¹⁰ hace referencia a la siguiente clasificación de técnicas para cobertura radicular:

6.1.1 Colgajos pediculados

Rotacionales

Colgajos desplazados lateralmente

Colgajos de doble papila

Avanzados

Colgajos posicionados coronales

Colgajos semilunares

6.1.2 Injertos libres

No sumergibles

Injertos libres en un solo paso

Injertos libres con un colgajo desplazado coronalmente (2 pasos)

Sumergibles

Injerto de tejido conectivo con posicionado lateral

Injerto de tejido conectivo con colgajo de doble papila

Injerto de tejido conectivo con un posicionado coronal

6.1.3 Tratamientos aditivos o biomateriales:

Agentes modificados de la raíz (ácido cítrico, tetraciclina)

Proteínas derivadas del esmalte

Regeneración tisular guiada

Aloinjertos (matriz dérmica acelular)

6.2 INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO CON COLGAJO DESPLAZADO CORONAL

Para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples, el estándar de oro es el uso del injerto de tejido conectivo subepitelial combinado con un colgajo desplazado coronal, este injerto es tomado principalmente de la bóveda palatina o zona retromolar. Estas técnicas son llamadas técnicas bilaminares ya que el aporte sanguíneo al injerto, proviene, por un lado del periostio subyacente y también del colgajo que cubre el injerto, es un procedimiento estético y ayuda a aumentar la cantidad de tejido queratinizado.¹¹

Tiene como desventaja que se requieren dos zonas quirúrgicas, lo que aumenta la morbilidad del procedimiento y la incomodidad para el paciente.

La técnica para la obtención de injerto de tejido conectivo subepitelial, consiste en realizar una incisión a 90 grados del hueso y a 2 mm del margen gingival. Posteriormente se cambia el ángulo de la incisión a 135 grados dirigiéndose a la línea media. La preparación se continúa del tamaño requerido del injerto, siempre llevando la incisión paralela al hueso y se remueve después con incisiones por mesial y distal. Finalmente se sutura con puntos suspensorios en forma de X.¹¹

Esta técnica a grandes rasgos se basa en levantar un colgajo de espesor parcial que se posiciona coronalmente hasta lograr que se cubra por completo la raíz más allá de la unión cemento-esmalte.

A través de los años se han puesto en práctica distintas técnicas para la cobertura radicular, los primeros intentos se realizaron mediante colgajos pediculados laterales, el inconveniente de esta técnica es que se requiere de suficiente cantidad de encía queratinizada. Más adelante, se desarrolló el uso de los injertos libres, lo cual tuvo éxito en la ganancia de encía queratinizada pero su mayor inconveniente fue una estética poco aceptable. Posteriormente aparecieron los injertos de tejido conectivo combinados con colgajos desplazados coronalmente, esta técnica como se mencionó anteriormente fue popularizada por Langer y Langer (1985).¹¹

El colgajo desplazado coronal se basa en el desplazamiento coronal de los tejidos blandos en la superficie expuesta de la raíz. Es la técnica de elección para el tratamiento de la recesión aislada. Es técnicamente sencilla y bien tolerada por el paciente (debido a que el área quirúrgica es limitada y no requiere de otros sitios quirúrgicos como el paladar) y proporciona óptimos resultados desde el punto de vista estético.

La técnica fue descrita inicialmente por Norberg en 1926. A través de los años se han propuesto diferentes técnicas para la cobertura radicular, los primeros intentos se realizaron mediante colgajos pediculados laterales como los presentados por Grupe y Warren (1956). Posteriormente aparecieron los injertos de tejido conectivo combinados con colgajos desplazados coronalmente, esta técnica fue propuesta por Edel (1974) y fue popularizada por Langer y Langer (1985). La técnica descrita por Norberg, fue modificada por Zuchelli años después, usando un diseño de colgajo trapecoidal y un enfoque de elevación de colgajo de espesor combinado (parcial-total-parcial-total). Esta técnica resultó en una cobertura de raíz muy alta y completa en recesiones clase I y II de Miller.¹²

En términos generales la técnica quirúrgica se realiza de la siguiente manera (Zuchelli, 2014)¹²:

1. Se realizan incisiones oblicuas en la base de las papilas de los dientes a tratar, para crear una papila quirúrgica, la incisión de la papila quirúrgica se realizará a espesor parcial, situando la hoja del bisturí paralelamente a la superficie radicular. Esto facilitará la reposición coronal del colgajo y reduce la tensión muscular en el momento de suturar.
2. Posteriormente se hacen incisiones intrasurcales e incisiones liberatrices.
3. Se realiza la elevación del colgajo de espesor parcial para permitir el avance coronal del colgajo.
4. Se realiza la desinserción muscular del periostio, tras la desinserción muscular a nivel superficial y profundo, este se contrae apicalmente y permite el desplazamiento coronal del colgajo quirúrgico.
5. Tras la elevación del colgajo, el lecho receptor estará compuesto por: Dos áreas de tejido conectivo laterales a la exposición radicular correspondientes a las papilas quirúrgicas a espesor parcial, un área de exposición ósea correspondiente al colgajo a espesor total.

6. Se realiza raspado y alisado radicular hasta obtener una superficie limpia, suave y dura.
7. La desepitelización de las papilas anatómicas tiene como objetivo preparar el lecho de tejido conectivo para el anclaje de las papilas quirúrgicas. Por ello es importante eliminar todo el epitelio y dejar la mayor cantidad posible de tejido conectivo para facilitar el acoplamiento vascular.

Como regla general la secuencia de la sutura debe ser aquella que reduzca al mínimo la tensión que se ejerce sobre los puntos finales, considerando los más importantes para estabilizar el colgajo.¹²

6.3 MATRIZ DÉRMICA ACELULAR CON COLGAJO DESPLAZADO CORONAL

La matriz dérmica acelular es un biomaterial seco congelado que ha sido utilizado en diversas áreas de la medicina y la odontología con el propósito de reconstruir en superficie o volumen un tejido que ha sido afectado y que presenta alteraciones en su morfología. Originalmente fue desarrollado para cubrir quemaduras.¹³

Este material nos ayuda para aumentar el ancho y largo del tejido queratinizado alrededor de los dientes, para corregir deformidades del reborde alveolar y cobertura radicular y como membrana para la regeneración ósea y tisular. Como se mencionó anteriormente, Cardaropoli (2012) afirmó que la matriz dérmica acelular actúa como andamiaje para la proliferación de células epiteliales, fibroblastos y vasos sanguíneos del sitio receptor para la reorganización. Esta matriz está indicada para la reparación o el reemplazo del tejido dañado o deficiente, como en el tratamiento médico de quemaduras o bien el aumento de tejido gingival.¹⁴⁻¹⁶

El principal objetivo de utilizar este aloinjerto es minimizar las complicaciones postquirúrgicas relacionadas con la toma de Injerto de tejido conectivo subepitelial. Estudios han demostrado que un aloinjerto de matriz dérmica acelular proporciona un espesor uniforme y estético.

7. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presentó a la clínica paciente femenino de 54 años, con motivo de consulta, en palabras del paciente “Tengo sensibles mis dientes y no quiero que se vean las raíces”.

Al realizar la historia clínica no se encontró ningún dato de relevancia para el tratamiento periodontal, la paciente es aparentemente sana, en su historia dental cabe mencionar que ha llevado procedimientos de operatoria dental, endodoncia e implantología (FIG 1, 2 Y 3).^{FD}

7.1 FOTOGRAFÍAS INICIALES



FIG 1. A. Panorámica en oclusión., B. Lateral derecha., C. Lateral izquierda. FD.



FIG 2. A. Oclusal superior., B. Oclusal inferior. FD.

7.2. SERIE RADIOGRÁFICA^{FD}



FIG 3. Serie radiográfica. FD.

7.3 DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO PERIODONTAL: Periodontitis Estadio II Grado A localizada / Periodontitis crónica localizada leve y recesiones gingivales clase II (34 y 35) y clase III (33, 31, 41, 42, 43, 44 y 45) de Miller / recesión tipo 1 (RT1) de Cairo (34 y 35) y recesión tipo 3 (RT3) de Cairo (33, 31, 41, 42, 43, 44 y 45).

PLAN DE TRATAMIENTO:

Fase I:

- Control personal de placa (13%).
- Eliminación de cálculo.
- Raspado y alisado radicular (17, 16, 15, 26, 27, 38, 36, 35, 34, 32, 44, 46, 48) (FIG 4).^{FD}

Fase II:

- Cirugía plástica periodontal con desplazado coronal e injerto de matriz dérmica acelular para los dientes 36, 35, 34, 33, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46.

Fase III:

- Mantenimiento.

7.4 PERIODONTOGRAMA

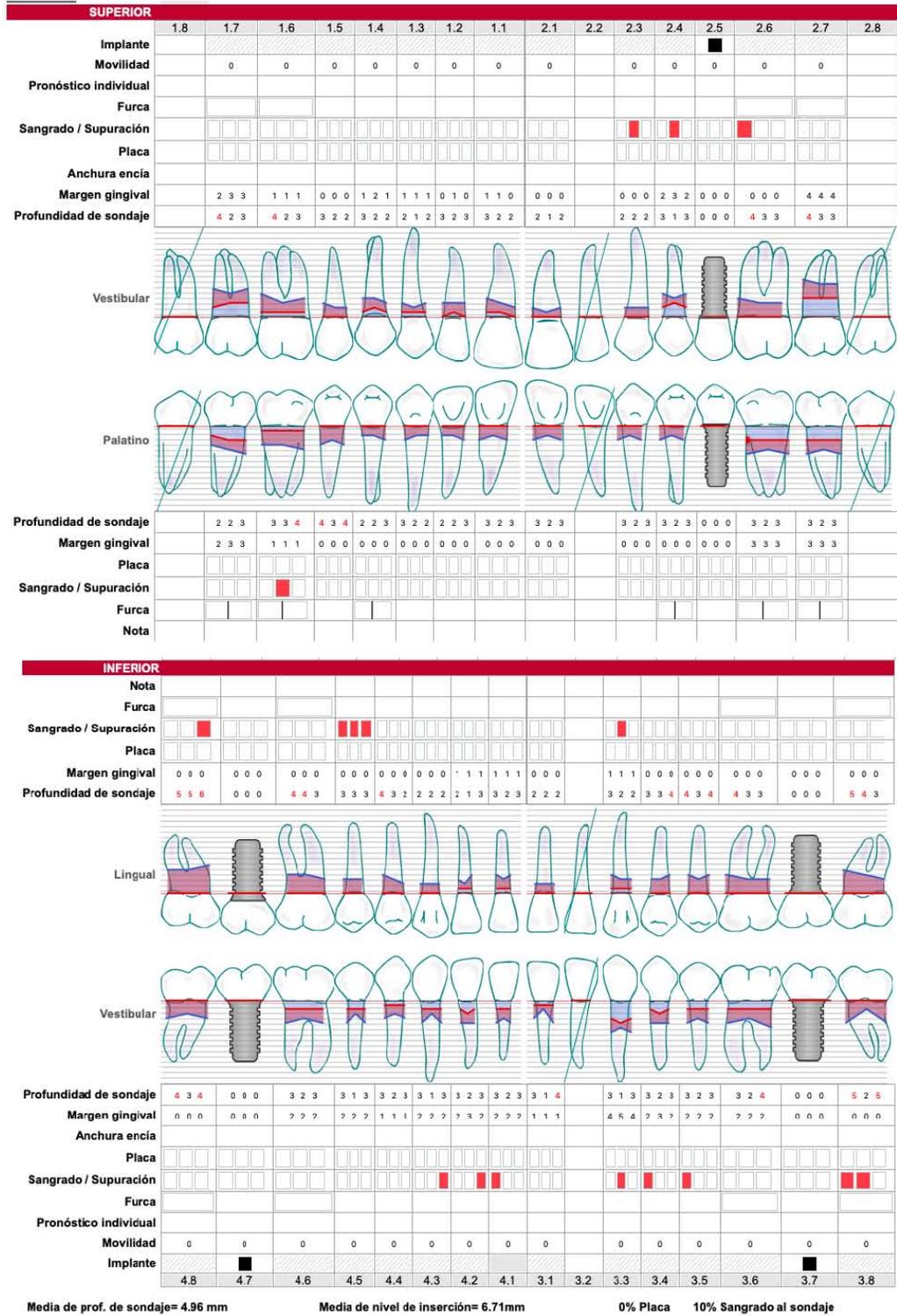


FIG 4. Periodontograma

7.5 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA EL INJERTO DE MATRIZ DÉRMICA ACELULAR CON COLGAJO DESPLAZADO CORONAL



FIG 5. A. Vista frontal., B. Se realizaron incisiones oblicuas en la base de las papilas interdetales en los dientes a tratar, después se realizaron incisiones intrasurcales hasta el fondo del surco, para la realización de este paso se utilizó una hoja de bisturí 15-C., C. Se levanta el colgajo de espesor parcial y se hace un raspado y alisado radicular. El colgajo se libera para poderlo desplazar coronalmente hasta lograr que se cubra por completo la raíz más allá de la unión cemento-esmalte. Posteriormente se desepitelizan las papilas con tijeras para encía Goldman Fox. FD.

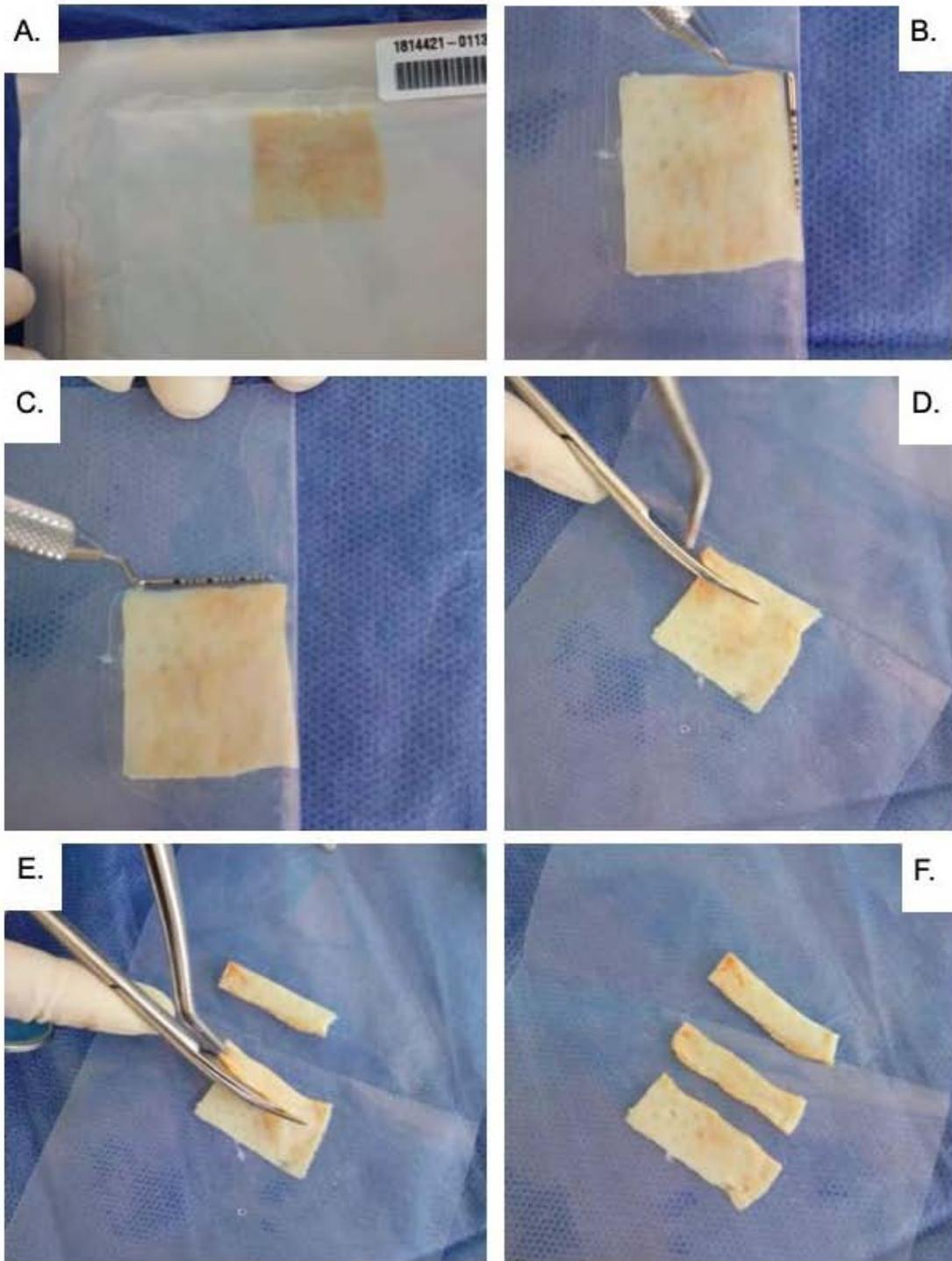


FIG 6. A. Se verifica que el empaque de la matriz dérmica este sellado., B. C. Medición de la matriz con sonda periodontal., D. E. F. Recorte de la matriz. FD.

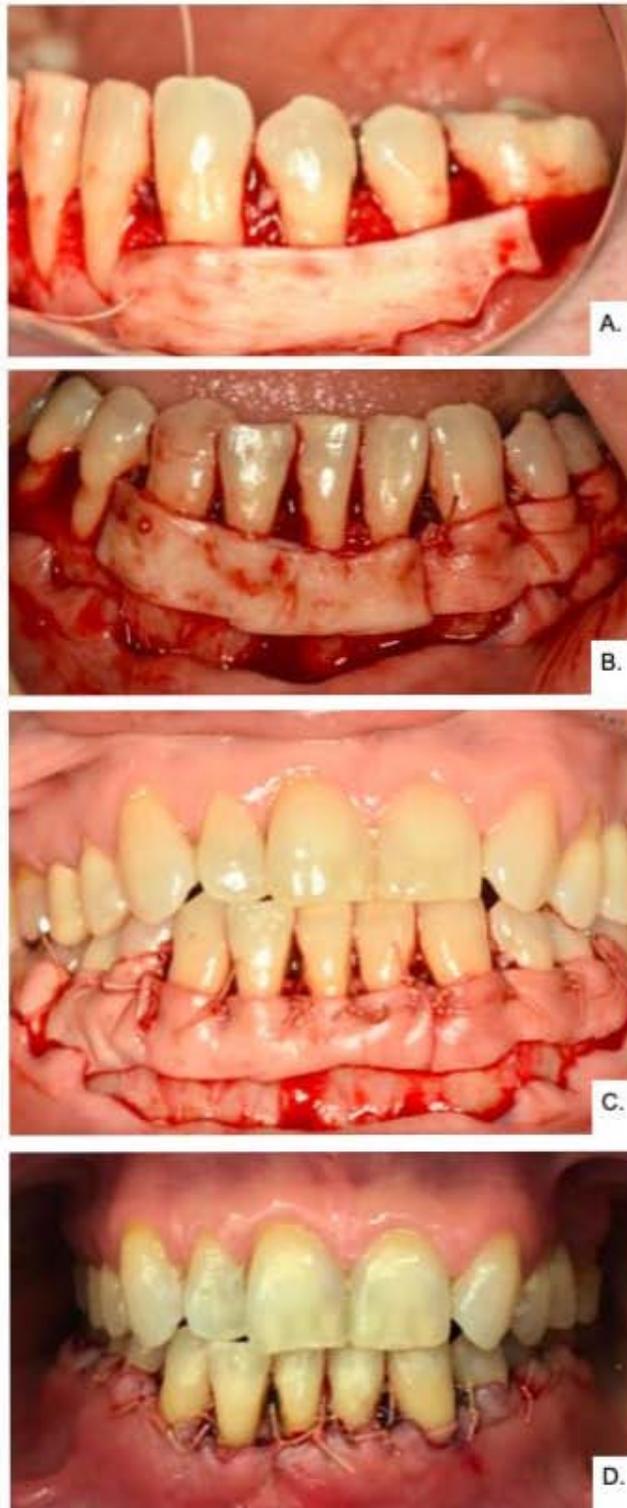


FIG 7. A. Colocación y sutura de matriz en zona de molares y premolares inferiores izquierdos., B. Colocación y sutura de matriz en zona anterior inferior., C. Colocación y sutura de matriz en zona de molares y premolares inferiores derechos., D. Desplazado coronal. FD.

7.6 RESULTADOS

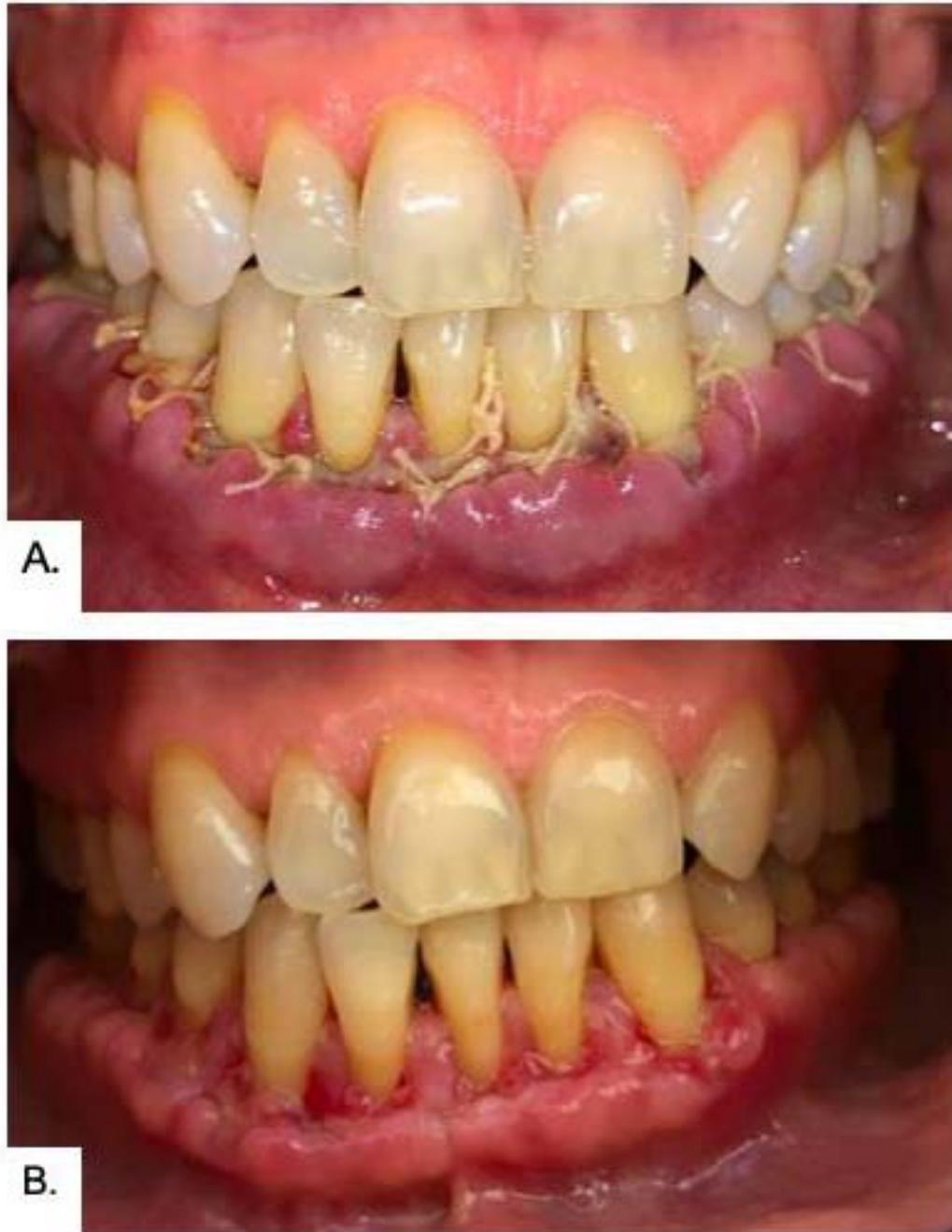


FIG 8. A. Cicatrización a los 8 días en la cual se observa exposición de la matriz dérmica acelular por el desgarro de algunos puntos. B. Cicatrización a los 15 días en la cual se observa la ganancia de encía queratinizada e inflamación en los tejidos. FD

Después de la cicatrización se decidió realizar un colgajo desplazado coronal de toda la zona tratada, ya que al desgarrarse algunos puntos de sutura en el primer procedimiento quirúrgico, no se obtuvo el porcentaje de cobertura radicular esperado. (FIG 8, 9, 10 y 11). ^{FD}



FIG 9. A. Colgajo desplazado coronal de la zona inferior lado derecho., B. Colgajo desplazado coronal de la zona inferior lado izquierdo., C. Sutura del colgajo reposicionado coronalmente lado derecho inferior., D. Sutura del colgajo reposicionado coronalmente lado izquierdo inferior. FD.



FIG 10. A. Cicatrización panorámica en oclusión, en la cual se observa una gran ganancia de encía queratinizada y una cobertura radicular buena., B. Cicatrización lateral derecha, se observa la cobertura radicular de las recesiones y el tejido ocupa una buena parte de la abfracción., C. Cicatrización lateral izquierda, observamos la cobertura de las recesiones en un alto porcentaje. FD.



FIG 11. A. Fotografía panorámica antes del abordaje quirúrgico., B. Fotografía panorámica después del abordaje quirúrgico.

8. CONCLUSIÓN

El procedimiento de cobertura radicular con colgajo desplazado coronal e injerto de matriz dérmica acelular cumplió con el objetivo de aumentar la cantidad de encía queratinizada y cubrir recesiones múltiples logrando mejorar el aspecto estético y disminuir la hipersensibilidad, las cuales son las principales exigencias de los procedimientos quirúrgicos de cobertura radicular. Los resultados clínicos se deben a la capacidad de la matriz dérmica acelular de integrarse a los tejidos adyacentes y de servir de andamiaje para la migración de las células adyacentes.

Si bien esta técnica presenta sus desventajas, como es el costo de la matriz dérmica acelular, su uso es una buena opción en casos donde el paciente por algún motivo, no sea candidato o se rehúse a la toma del injerto palatino.

Con este biomaterial se da la posibilidad de cambiar el biotipo periodontal y ofrece un margen aceptable de cobertura radicular comparada con otras técnicas que no incluyan un colgajo desplazado coronalmente.

Es importante tener en mente que el grado de cobertura radicular dependerá del tipo de recesión, por lo que es indispensable diagnosticarlas certeramente, de acuerdo a la clasificación de Miller las recesiones gingivales clase III presentarán un porcentaje de cobertura del 70% aproximadamente, por lo que es importante mencionarle al paciente los resultados estéticos que puede esperar con los diferentes procedimientos.

Se puede concluir que el aloinjerto de matriz dérmica acelular en conjunto con el colgajo desplazado coronal es una técnica predecible para cubrir recesiones gingivales; elimina la morbilidad producida por el sitio donante, ofrece una cantidad considerable de tejido disponible y reduce la necesidad de cirugías múltiples para cubrir recesiones gingivales. El manejo clínico del injerto de

matriz dérmica acelular, la adaptación sobre el lecho quirúrgico y su sutura son muy similares a las de los autoinjertos de tejido conectivo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5: 9-13.
2. Newman MG., Carranza FA. *Peridontología clínica*. México. McGraw Hill. 116, 138, 160-170.
3. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol*. 2018;45(Suppl 20):S190–S198.
4. Seritm G. Wennstrom J. Lindhe J and Eneroth L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. *J Cttn Peri- odontol* 1994; 21: 57-63. Munksgaard, 1994.
5. Sullivan, H. C., & Atkins, J. H. (1968). Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. *Periodontics*, 6 (3), 121-129.
6. Jepsen S, Caton JG, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018;45(Suppl 20):S219–S229.
7. García-Rubio A, Bujaldón-Daza AL, Rodríguez-Archilla A. Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. *Av Periodon Implantol*. 2015; 27, 1: 19-24.
8. Pini-Prato G. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. *J Clin Periodontol*, 38, 243-245.
9. Stefanini. Decision making in root coverage procedures for esthetic outcome. *Periodontology* 2000, 77, 54-64.
10. Zucchelli G., Amore C., Sforza N., Montebugnoli L., De Sanctis. Bilaminar techniques for the treatment of recession type defects. A comparative clinical study. *J Clin Periodontol*. 30, 862-870.
11. Langer B. (1985). Subepithelial connective tissue graft technique for root

- coverage. *J Periodontol.* 12, 715-20.
12. Zuchelli, G., De Sanctia M. (2000). Treatment of Multiple Recession-Type Defects in Patients With Esthetic Demands. *J Periodontol.* 2000; 71:1506-1514.
 13. Sullivan, H. C., & Atkins, J. H. (1968). Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. *Periodontics*,6(3), 121-129.
 14. Cardaropoli D. Treatment of Gingival Recession Defects Using Coronally Advanced Flap with a Porcine Collagen Matrix Compared to Coronally Advanced Flap with Connective Tissue Graft: A Randomized Controlled Clinical Trial. *JPeriodontol.* 83. 321-328.
 15. Andrade PF, Felipe MEMC, Novaes Jr. AB, Souza SLS, Taba Jr. M, Palioto DB, Grisi MFM. Comparison between two surgical techniques for root coverage with an acellular dermal matrix graft. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 263–269. doi: 10.1111/j.1600- 051X.2007.01193.x.
 16. Ayub LG, Ramos UD, Reino DM, Grisi MFM, Taba Jr M, Souza SLS, Palioto DB, Novaes Jr AB. A Randomized comparative clinical study of two surgical procedures to improve root coverage with the acellular dermal matrix graft. *J Clin Periodontol* 2012; 39: 871–878. doi: 10.1111/j.1600-051X.2012.01915.x.
 17. F.D. (Fuente Directa).