

Tratamiento de recesiones gingivales de clase I y II de Miller

Una matriz de colágeno equino utilizada como sustituto de la toma de tejido conectivo donante en la técnica de colgajo coronal avanzado.



Caso del Dr. Giacomo Tarquini
Dentista independiente en Roma, Italia
g_tarquini@libero.it

Una recesión gingival es definida como el desplazamiento del margen gingival apical con respecto a la unión amelocementaria (GAC), con la consiguiente exposición de la superficie radicular. Los pacientes que la padecen a menudo se quejan del aspecto estético, especialmente cuando las recesiones afectan las piezas anteriores. Las recesiones gingivales con frecuencia se asocian con hipersensibilidad dentinaria, lesiones cariosas o no cariosas, erosión de la superficie radicular y favorecen una mayor acumulación de placa bacteriana. Existen muchas técnicas para tratar las recesiones, como el colgajo coronal avanzado (CAF, por sus siglas en inglés: coronal advanced flap). El enfoque CAF produce mejores resultados cuando se asocia con el uso de un injerto de tejido conectivo, generalmente tomado del paladar. Sin embargo, la toma de tejido conectivo expone al paciente a una cirugía adicional, con un aumento del tiempo quirúrgico, la probabilidad de aparición de complicaciones y dolor e incomodidad para el paciente, especialmente cuando, para tratar múltiples recesiones, es necesario tomar porciones importantes de tejido conectivo palatino. Es por ello que es recomendable el uso de sustitutos del tejido conectivo. El uso de matrices de colágeno es una solución excelente porque son injertos que, gracias a su conformación tridimensional, se comportan como perfectos andamios para la regeneración de los tejidos blandos. Esta ficha resume los resultados de un estudio retrospectivo comparativo sobre el uso de una matriz de colágeno tridimensional que se comercializa desde hace poco.

Materiales

El estudio fue realizado utilizando una matriz de colágeno de origen equino (Xenomatrix, BCGXC50, Bioteck, Italia). Es un andamio tridimensional homogéneo de 15 x 30 x 4 mm apto para la regeneración de los tejidos blandos. Se obtiene mediante un proceso de extracción del colágeno del tendón de Aquiles equino mediante digestión enzimática.

La posterior precipitación en un ambiente ácido produce un gel de colágeno que luego se liofiliza para obtener

una matriz de colágeno con una estructura esponjosa. Xenomatrix se esteriliza mediante rayos beta a 25 kGy. Una vez insertado, Xenomatrix actúa como una matriz tridimensional capaz de ser repoblada por las células conectivas del paciente. El uso típico no requiere hidratación con suero fisiológico.

Se puede estabilizar con simples suturas, sin tensar. Es hemostática y su adhesividad a los tejidos expuestos facilita mucho su colocación.

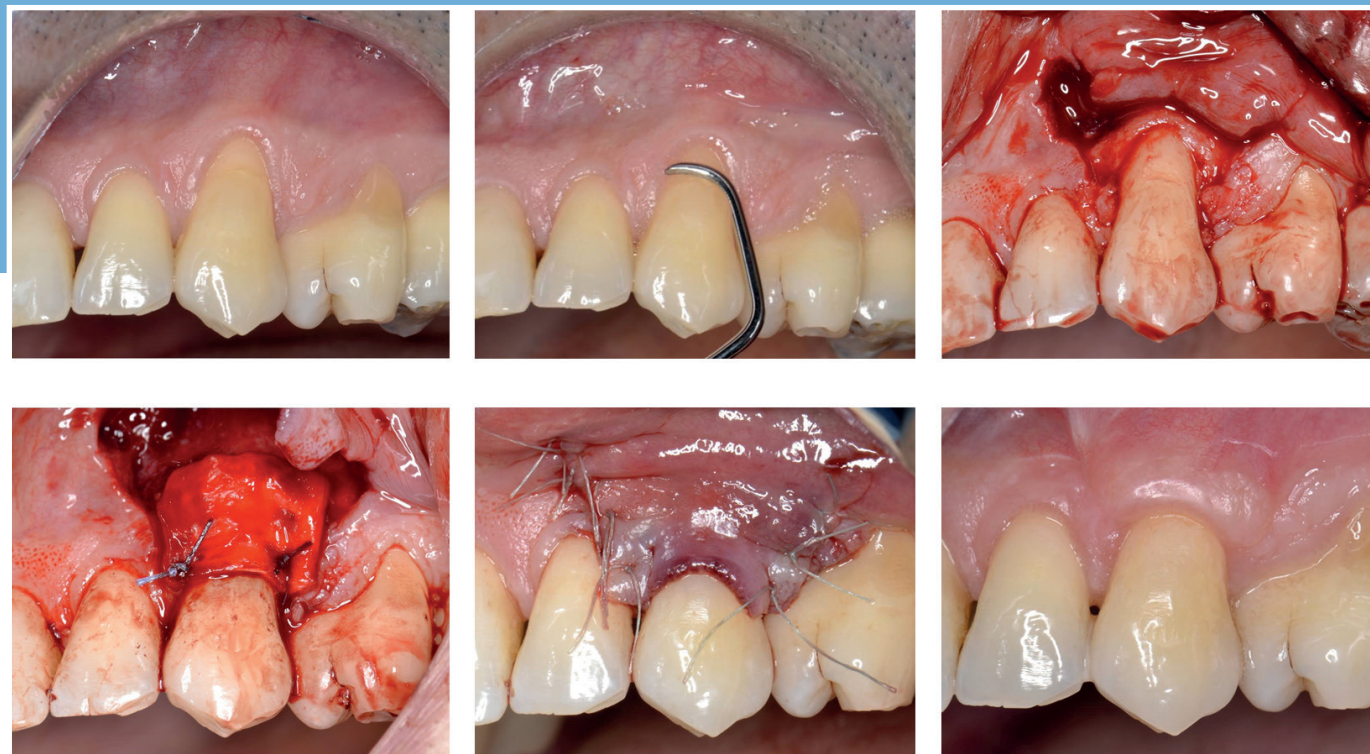


Fig. 1 - Una recesión de clase II de Miller tratada con la técnica CAF combinada con Xenomatrix. La raíz es sometida a lijado. Se levanta un colgajo de grosor variable, Xenomatrix se coloca en línea con la unión amelocementaria (GAC) y se sutura con suturas reabsorbibles con punto de colchonero horizontal y puntos sueltos. El colgajo se posiciona al menos a 1 mm más coronalmente al GAC y se sutura con una sutura suspendida y puntos sueltos. La última imagen muestra el control a un año.

Tratamiento de recesiones gingivales de clase I y II de Miller

Una matriz de colágeno equino utilizada como sustituto de la toma de tejido conectivo donante en la técnica de colgajo coronal avanzado.

Resultados

Esta ficha resume los resultados de un estudio retrospectivo¹ referido a 50 pacientes consecutivos, 27 mujeres y 23 hombres, con edades comprendidas entre 29 y 64 años (media: 44,2 años) que fueron tratados de acuerdo con la técnica CAF combinando, alternativamente, Xenomatrix o una toma de tejido conectivo del paladar. Los pacientes presentaban recesiones de Miller clase I o II, simples o múltiples, sin sangrado al sondaje y con una profundidad ≥ 2 mm. El índice de placa bacteriana total siempre fue $<15\%$. Los parámetros estudiados fueron la profundidad de la recesión (RD), la profundidad de sondaje (PD) y el grosor del tejido queratinizado (KTW). Después de calcular el valor medio de cada parámetro tanto antes del tratamiento (línea base) como en la última visita de control, un año más tarde, se compararon los valores a la línea base (baseline) para verificar que los dos grupos fueran homogéneos y aquellos a un año para evaluar posibles diferencias entre los resultados obtenidos con

los dos injertos. Las comparaciones, tanto relativas a la homogeneidad de los grupos como a los resultados obtenidos en el seguimiento, también se realizaron considerando solo las recesiones de clase I o II. También se compararon el porcentaje de cubrición radicular (RC%, por sus siglas en inglés Root Coverage) y el número de recesiones de las cuales se obtuvo la Cubrición radicular completa. Los dos grupos fueron homogéneos tanto en lo referente a la distribución del tipo de recesión como a los parámetros clínicos examinados. En el control a un año, ninguno de los parámetros clínicos considerados era significativamente diferente entre los dos grupos, incluso considerando por separado las recesiones de clase I y II. Xenomatrix permitió obtener un RC% medio equivalente a $94,2\% \pm 14,7\%$ y cubrición radicular completa en $84,6\%$ de las recesiones. El autor concluye que los resultados obtenibles con Xenomatrix, para estas clases de recesiones, son similares a los obtenidos mediante la toma de tejido conectivo donante.

1. Tarquini G. Coronally advanced flap technique to treat Class I and II gingival recession in combination with connective tissue graft or equine collagen matrix: A retrospective study. *Int J Periodontics Restorative Dent*, 37(4), e217-e223 (2017).

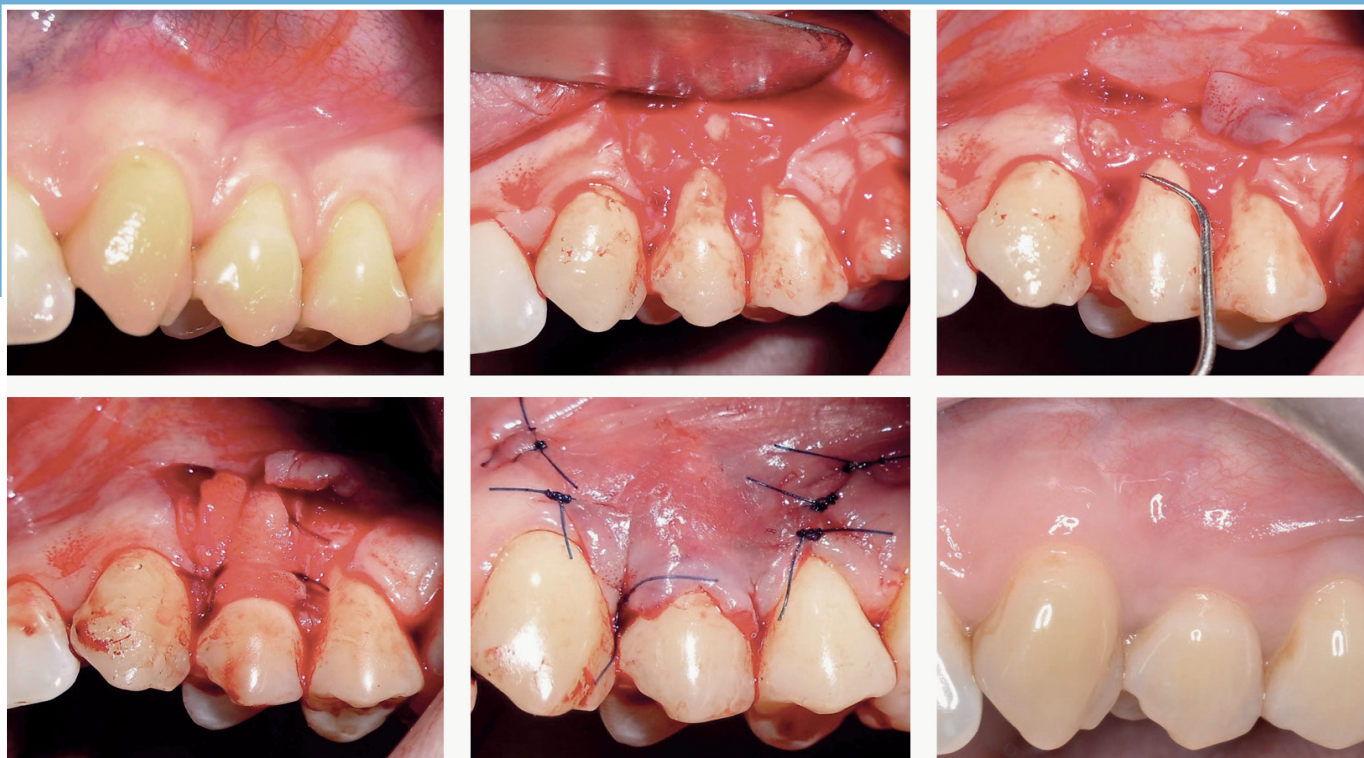


Fig. 2 - Una recesión de clase II de Miller tratada con la técnica CAF combinada con injerto de tejido conectivo del paladar. La técnica quirúrgica es la misma que muestra la figura 1.