

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**Enfoque Integral en el Tratamiento de Recesiones Gingivales: De la
Terapia Básica al Uso de Biomateriales Innovadores**

Andrea Pillajo De La Cruz

**Germán Moreno, Espc. Periodoncia
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Periodoncia e implantología quirúrgica.

Quito, 10 de enero de 2025

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Enfoque Integral en el Tratamiento de Recesiones Gingivales: De la Terapia
Básica al Uso de Biomateriales Innovadores**

Andrea Pillajo De La Cruz

Nombre del Director del Programa:	Germán Moreno
Título académico:	Odontólogo. Esp. en Periodoncia
Director del programa de:	Periodoncia e implantología Quirúrgica.
Nombre del Decano del colegio Académico:	Paulina Aliaga
Título académico:	Odontóloga. Esp. en Cirugía Oral
Decano del Colegio:	Odontología
Nombre del Decano del Colegio de Posgrados:	Dario Nieblesklkwlat
Título académico:	físico PhD.

Quito, Enero 2025

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Educación Superior del Ecuador.

Nombre del estudiante: Lourdes Andrea Pillajo De La Cruz

Código de estudiante: 00329843

C.I.: 1720210044

Lugar y fecha: Quito, 10 de 01 de 2025.

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following graduation project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

Dedicatoria

Agradezco profundamente a todas las personas que han sido parte de este proceso académico, en especial a mi familia, cuyo apoyo constante y confianza han sido fundamentales. A mis profesores, por su dedicación, conocimiento y orientación, que han enriquecido mi formación. A mis compañeros de estudio, por compartir este camino de aprendizaje. Este trabajo es el reflejo del esfuerzo conjunto y de la pasión por la periodoncia e implantología que me ha impulsado a alcanzar esta meta.

RESUMEN

El tratamiento de las recesiones gingivales exige un enfoque terapéutico integral, que debe comenzar con una evaluación exhaustiva y un plan de tratamiento cuidadosamente diseñado. Este plan debe abordar, en primer lugar, las causas subyacentes de las recesiones, mediante una terapia básica orientada a resolver las etiologías que las originan. Posteriormente, se debe aplicar una intervención quirúrgica de plástica periodontal, que debe ser ajustada a las características particulares de cada caso.

En este contexto, los procedimientos quirúrgicos que emplean injertos de tejido conjuntivo, generalmente obtenidos del paladar, son considerados el estándar de oro en el tratamiento de las recesiones gingivales, debido a su alta tasa de éxito y la posibilidad de regenerar el tejido gingival perdido de manera efectiva.

En el presente estudio sobre el tratamiento de las recesiones gingivales, se utilizó un biomaterial denominado *Mucoderm*, un andamio de matriz dérmica que ha demostrado ser eficaz en la regeneración de tejido gingival. Este biomaterial, derivado de colágeno porcino, se caracteriza por su capacidad para inducir la regeneración de los tejidos blandos periodontales, favoreciendo la cobertura de las recesiones gingivales.

La utilización de *Mucoderm*, en combinación con técnicas quirúrgicas tradicionales, no solo mejora los resultados estéticos, sino que también optimiza el proceso de regeneración del tejido gingival, proporcionando una solución efectiva y menos invasiva en comparación con otros enfoques.

Este trabajo tiene como principal objetivo proporcionar una guía detallada, paso a paso, sobre el tratamiento de una recesión gingival que ocurre después de un tratamiento ortodóntico, así como su seguimiento y evaluación a largo plazo. La intención es ofrecer una comprensión profunda de las estrategias y técnicas utilizadas para restaurar la salud periodontal en estos casos, asegurando resultados satisfactorios y duraderos para los pacientes.

Palabras claves: recesión gingival, cirugía plástica periodontal, injerto de tejido conectivo.

Procedimientos quirúrgicos, mucoderm.

ABSTRACT

Treatment of gingival recession requires a comprehensive therapeutic approach, which should begin with a thorough evaluation and a carefully designed treatment plan. This plan must address, first of all, the underlying causes of recessions, through basic therapy aimed at resolving the etiologies that cause them. Subsequently, a periodontal plastic surgical intervention must be applied, which must be adjusted to the particular characteristics of each case.

In this context, surgical procedures that use connective tissue grafts, generally obtained from the palate, are considered the gold standard in the treatment of gingival recessions, due to their high success rate and the possibility of regenerating lost gingival tissue. effective way.

In the present study on the treatment of gingival recessions, a biomaterial called Mucoderm was used, a dermal matrix scaffold that has been shown to be effective in the regeneration of gingival tissue. This biomaterial, derived from porcine collagen, is characterized by its ability to induce the regeneration of periodontal soft tissues, favoring the coverage of gingival recessions.

The use of Mucoderm, in combination with traditional surgical techniques, not only improves aesthetic results, but also optimizes the gingival tissue regeneration process, providing an effective and less invasive solution compared to other approaches.

The main objective of this work is to provide a detailed, step-by-step guide on the treatment of gingival recession that occurs after orthodontic treatment, as well as its long-term follow-up and evaluation. The intention is to offer a deep understanding of the strategies and techniques

used to restore periodontal health in these cases, ensuring satisfactory and long-lasting results for patients.

Key words: gingival recession, periodontal plastic surgery, connective tissue graft.
Surgical procedures, mucoderm.

.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract	8
Introducción.....	11
Revisión de la literatura.....	13
Metodología y diseño de la investigación.....	17
Reporte de Caso Clínico.....	17
Conclusiones	25
Referencias	26

INTRODUCCIÓN

La recesión gingival se caracteriza por el desplazamiento de la encía desde su posición normal hacia una ubicación apical a la unión cemento-esmalte, lo que provoca la exposición de la raíz dental al entorno bucal (Cortellini, 2018). Este fenómeno no solo compromete la estética de la sonrisa, sino que también está asociado con una serie de problemas de salud bucal, como un aumento en la acumulación de placa bacteriana, hipersensibilidad dentinaria, desgaste cervical, abrasión, erosión y caries radicular, todos los cuales pueden afectar negativamente la salud general del paciente. Es importante señalar que estos factores no siempre se presentan simultáneamente ni con la misma intensidad en cada caso (Tugnait, 2001).

Entre las principales causas de las recesiones gingivales, se encuentran la acumulación de placa dental y el cepillado agresivo, que, al actuar de manera constante, pueden ir desgastando paulatinamente el margen gingival. Además, diversos estudios han señalado que factores predisponentes como el tabaquismo, la maloclusión dental, antecedentes de traumatismos dentales, una inserción de frenillos labiales alta, o la presencia de un tejido queratinizado delgado o insuficiente, aumentan significativamente la probabilidad de desarrollar recesiones. Particularmente, las zonas más afectadas por recesiones son la cara bucal de los incisivos mandibulares y los molares maxilares, áreas de alta vulnerabilidad en la práctica clínica (Cairo, 2017).

Asimismo, se han identificado varios factores de riesgo para la aparición de recesiones gingivales, los cuales se pueden clasificar en seis grupos principales: factores relacionados con la edad, características poblacionales, localización anatómica, causas mecánicas, condiciones periodontales preexistentes y factores iatrogénicos, como los tratamientos ortodónticos (Joss-Vassalli, 2010).

En este contexto, el objetivo de esta revisión es explorar el tratamiento de las recesiones gingivales post-tratamiento ortodóntico a través de una estrategia terapéutica combinada que incluya injerto de tejido conectivo y el uso del biomaterial Mucoderm. Este enfoque busca proporcionar una solución eficaz para la regeneración del tejido gingival, promoviendo la cobertura radicular y mejorando tanto los resultados estéticos como funcionales del paciente. El propósito de este estudio es evaluar la efectividad de esta técnica combinada, con el fin de ofrecer una alternativa clínica sólida y científicamente respaldada para el manejo de las

recesiones gingivales en pacientes que han experimentado alteraciones periodontales como consecuencia del tratamiento ortodóntico.

Es crucial realizar un diagnóstico preciso y exhaustivo en el tratamiento de las recesiones gingivales, ya que esto permitirá determinar la intervención más adecuada para cada caso específico. El diagnóstico debe contemplar una evaluación detallada de la extensión de la recesión, la etiología subyacente, las condiciones clínicas del paciente y la localización de la lesión. Solo con un diagnóstico completo será posible seleccionar el tratamiento más apropiado, que puede incluir desde terapias no quirúrgicas, como la modificación de hábitos de higiene, hasta procedimientos quirúrgicos más complejos, como injertos de tejido conectivo o el uso de biomateriales. Un diagnóstico certero asegura un tratamiento personalizado, aumentando las probabilidades de éxito y mejorando tanto los resultados estéticos como funcionales del paciente (Jean-Claude Imber, 2021).

Un diagnóstico detallado y un enfoque terapéutico adecuado son elementos clave para garantizar el éxito del tratamiento de las recesiones gingivales, especialmente cuando se asocian a alteraciones post-ortodoncia, permitiendo recuperar la salud periodontal y mejorar la calidad de vida del paciente.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La recesión gingival, también conocida como recesión de tejidos blandos, se define como el desplazamiento del margen gingival en dirección apical hacia la unión cemento-esmalte (UCE) de un diente o la plataforma de un implante dental. Esta afección está relacionada con la pérdida de tejidos periodontales, incluyendo la encía, el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso en las áreas dentales, así como la pérdida de mucosa y hueso alrededor de los implantes. Aunque el término "recesión periodontal" podría ser más preciso en dientes, ambos términos, "recesión gingival" y "recesión periodontal", se emplean de forma intercambiable en la práctica clínica.

La exposición de la superficie radicular debido a la recesión gingival conlleva varias complicaciones, como hipersensibilidad dentinaria, caries radicular, lesiones cervicales no cariosas (NCCL), dificultades en el control de la placa bacteriana y un aspecto estético comprometido. Si no se trata, la recesión tiende a avanzar, con un mayor desplazamiento apical con el tiempo, incluso en pacientes con una adecuada higiene bucal. Sin embargo, no todos los pacientes con recesión gingival están dispuestos a someterse a intervenciones quirúrgicas para obtener cobertura radicular mediante injertos de tejido blando, por lo que el tratamiento debe ser cuidadosamente seleccionado en función de las características del paciente y el diente afectado.

Clasificación y Etiología de la Recesión Gingival

Para un diagnóstico adecuado y un tratamiento eficaz, es fundamental clasificar las afecciones mucogingivales. Según el nuevo esquema de clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias, la recesión gingival se clasifica como "deformidad y afección mucogingival alrededor de los dientes". A lo largo de los años, el sistema de clasificación de Miller ha sido ampliamente utilizado, aunque ha presentado ciertas limitaciones. Este sistema se basa en la relación con la unión mucogingival (MGJ), la presencia o ausencia de tejido queratinizado (KT) y la pérdida de tejido blando o hueso interdental. Sin embargo, algunas recesiones no encajan bien en esta clasificación, especialmente aquellas que no superan la MGJ, pero sí presentan pérdida de tejido blando o hueso interdental. Además, la MGJ no siempre es fácil de identificar y, en muchos casos, los dientes presentan una pequeña cantidad de KT, aunque no sea

clínicamente visible. También, la posición del margen gingival de dientes adyacentes puede complicar el diagnóstico cuando esta referencia está ausente.

Recientemente, se ha propuesto una clasificación más orientada al tratamiento, que evalúa el fenotipo gingival, la gravedad de la recesión y la presencia de lesiones cervicales asociadas. En este modelo, la encía se clasifica en tres fenotipos o biotipos: festoneado delgado, plano grueso y festoneado grueso. Los fenotipos festoneados delgados están asociados con dientes de forma triangular, un contorno cervical sutil y una zona estrecha de KT, mientras que los fenotipos planos gruesos se caracterizan por coronas más cuadradas, un contorno cervical más pronunciado y una zona amplia de KT. Los fenotipos festoneados gruesos presentan dientes delgados, un festón gingival alto y una zona estrecha de KT. Estos fenotipos son cruciales para la planificación del tratamiento, ya que influyen en la posibilidad de lograr una cobertura radicular completa (CRC).

Además de clasificar el fenotipo gingival, es esencial evaluar la profundidad de la recesión y el grosor de la encía. El grosor del tejido se puede evaluar mediante la visibilidad de la sonda periodontal en el surco gingival: si la sonda es visible a través de la encía, se considera un fenotipo fino, mientras que si no lo es, se clasifica como grueso. Estas mediciones son importantes, ya que la probabilidad de obtener una cobertura radicular completa disminuye a medida que aumenta la profundidad de la recesión. Además, los fenotipos delgados (<1,1 mm) presentan menores probabilidades de éxito en los procedimientos de cobertura radicular.

Otro aspecto clave es la integridad de la inserción interdental. Según las mediciones del nivel de inserción clínica interdental, las recesiones gingivales se dividen en tres tipos. Este factor, junto con la evaluación de la superficie dental afectada por la recesión, ayuda a identificar los factores etiológicos. Aunque la etiología exacta de la recesión gingival no está completamente definida, se considera que los defectos de recesión son multifactoriales, siendo la inflamación periodontal inducida por la placa y el traumatismo mecánico por un cepillado inadecuado los factores más relevantes. Otros factores de susceptibilidad incluyen el tejido gingival fino, la ausencia de una banda de KT adecuada, sondajes que superan la MGJ y antecedentes de recesión progresiva o enfermedad periodontal inflamatoria. Además, condiciones modificables como la acumulación de placa, enfermedades periodontales inflamatorias, malos hábitos de

higiene bucal, el tabaquismo y condiciones sistémicas como la diabetes deben ser gestionadas adecuadamente (Jean-Claude Imber a, 2021) .

Tratamientos Quirúrgicos y Técnicas

Una opción de tratamiento es la técnica de colgajo desplazado apical (CAF), que se utiliza en combinación con injertos de tejido conectivo subepitelial (CTG). Esta técnica se indica cuando la altura del tejido queratinizado (KT) apical a la recesión radicular es superior a 2 mm y el grosor del tejido blando es mayor a 0,84 mm. Si se diagnostica una pérdida significativa de inserción clínica interdental o una cantidad mínima de KT apical, se recomienda el uso de un CTG junto con el CAF.

La recolección de tejido conectivo del paladar, mediante la técnica de trampilla (TDT), es una opción válida para obtener injertos. Este procedimiento incluye varios pasos, como la realización de una incisión horizontal de aproximadamente 15 mm, incisiones de liberación vertical y el reflejo parcial del colgajo, garantizando que el injerto tenga el grosor adecuado para su posterior uso. La TDT permite obtener injertos de alta calidad con un mínimo daño a los tejidos circundantes (Tavelli, 2020).

Técnica de Zucchelli

La técnica modificada de Zucchelli se emplea en el tratamiento de recesiones gingivales múltiples, especialmente en áreas estéticas. Este enfoque quirúrgico busca mejorar tanto la cobertura radicular como el resultado estético. Se inicia con una incisión horizontal y submarginal oblicua en las zonas interdenciales, seguida de un abordaje de colgajo dividido-completo-dividido para proporcionar mayor espesor y facilitar la cobertura radicular. El colgajo se moviliza coronalmente y se sutura cuidadosamente utilizando suturas de cabestrillo y colchón horizontal para reducir la tensión en los márgenes y asegurar una adecuada adaptación del tejido.

Esta técnica ha demostrado una alta tasa de éxito, con un 88% de cobertura radicular completa en un año. Además, permite tratar múltiples recesiones en dientes adyacentes en una sola

intervención, lo que optimiza tanto los resultados funcionales como estéticos, al tiempo que reduce el número de procedimientos quirúrgicos necesarios.

En conclusión, el tratamiento de las recesiones gingivales debe ser personalizado, tomando en cuenta diversos factores como el fenotipo gingival, la profundidad de la recesión, la integridad de la inserción interdental y las condiciones específicas de cada paciente. Las técnicas quirúrgicas disponibles, como el CAF combinado con CTG y los abordajes modificados como el de Zucchelli, han mostrado ser eficaces para la cobertura radicular y la mejora estética, logrando resultados satisfactorios en la mayoría de los casos (Zucchelli, 2014).

La matriz de colágeno ha sido considerada como una alternativa al injerto de tejido conectivo (CTG) en los procedimientos de cobertura radicular, y varios estudios han explorado su uso en este contexto. Se ha sugerido que la aplicación de una matriz de colágeno podría disminuir tanto el tiempo quirúrgico como el dolor experimentado por los pacientes durante y después de la intervención. No obstante, los resultados sobre la efectividad de la matriz de colágeno en cuanto a la cobertura radicular muestran cierta variabilidad. En estudios previos, el porcentaje de cobertura radicular obtenido con matrices de colágeno ha oscilado entre el 64% y el 96%.

Una de las matrices de colágeno más utilizadas es Mucoderm®, una matriz xenogénica derivado porcino. Después de pasar por un proceso de purificación, se obtiene una estructura tridimensional compuesta por colágeno tipo I y tipo III, que imita la estructura del tejido conectivo. Aunque algunos estudios han evaluado su efectividad en cirugía plástica periodontal como sustituto del CTG, todavía son limitados los trabajos que comparan directamente Mucoderm® con el CTG. Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio es analizar la eficacia de Mucoderm® en la cobertura radicular y su desempeño en relación con el CTG (Fathiazar, 2022).

METODOLOGIA

El presente trabajo se basó en un abordaje de caso clínico, el cual permitió describir cualitativamente la evidencia científica disponible y relatar un caso clínico sin aplicar técnicas estadísticas.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 41 años que acude a la consulta odontológica en el área de periodoncia debido a la queja de sensibilidad dental. El paciente refiere haber experimentado dicha sensibilidad tras haber finalizado un tratamiento de ortodoncia que duró 2 años y 6 meses.

Durante el examen clínico, se observa que el paciente tiene un buen índice de higiene oral, con un porcentaje del 82%, y se encuentra en buen estado general de salud, sin profundidades de sondaje, sin antecedentes patológicos relevantes, el paciente no es fumador y no está bajo tratamiento médico alguno.

Se identifican múltiples recesiones gingivales con sensibilidad, localizadas en los cuadrantes II y III, así como en el sexte inferior. Al realizar el periodontograma, se observa que las recesiones están clasificadas como tipo RT1 en el cuadrante II y III, según la clasificación de recesiones gingivales presenta recesión gingival en la zona vestibular, y RT2 en el sextante inferior, lo que

nos indica, lo que sugiere una recesión gingival interproximal de menor o igual medida que la recesión vestibular (Zucchelli G, 2014).



Fig.1. Foto al examen intraoral que presenta las recesiones del paciente presentan recesiones gingivales en el cuadrante II y III

Diseño del Estudio

Una vez realizado el diagnóstico y el periodontograma, se procedió con la remoción de placa subgingival como parte del tratamiento inicial, con el objetivo de reducir la acumulación bacteriana y mejorar las condiciones periodontales del paciente. Este procedimiento se llevó a cabo antes de considerar cualquier intervención quirúrgica adicional, para asegurar que las recesiones se trataran en un entorno de salud periodontal óptima.

Definición de técnicas

En el cuadrante II se realiza la técnica de zuchelli se diseñó un colgajo de sobre modificado. La incisión horizontal del colgajo de sobre consistió en realizar incisiones submarginales oblicuas en las áreas interdentes, que continuaron con la incisión intrasulcular en los defectos de recesión. Cada papila quirúrgica fue desplazada respecto a la papila anatómica mediante las incisiones interdentes submarginales oblicuas. En particular, la papila quirúrgica mesial a la línea media fue desplazada más apical y distalmente, mientras que la papila distal a la línea media se desplazó más apical y mesial.

El colgajo de sobre se elevó mediante un enfoque split-full-split en dirección coronal-apical. Las incisiones interdientales oblicuas fueron realizadas manteniendo la hoja paralela al eje largo de los dientes, permitiendo disecar en espesor parcial la papila quirúrgica y el tejido gingival apical a la raíz.

Las superficies radiculares fueron tratadas mecánicamente mediante el uso de curetas. Es importante señalar que solo se instrumentó la porción de la exposición radicular que presentaba pérdida de inserción clínica, es decir, las áreas con recesión gingival acompañada de surco o bolsa gingival explorables. Las superficies radiculares expuestas en las zonas de dehiscencia ósea anatómica no fueron instrumentadas, especialmente hacia los extremos del colgajo, y finalmente se ubicaron en el centro del área interproximal.

La movilización del colgajo se consideró adecuada cuando la porción marginal del mismo pudo alcanzar pasivamente un nivel coronal a la unión cemento-esmalte (UCE) de cada diente en el sitio quirúrgico.

El tejido remanente de la papila interdental anatómica fue desepitelizado para crear lechos de tejido conectivo, a los cuales se suturó la papila quirúrgica.



Fig.2. técnica de Zucchelli en el cuadrante II

Obtención del injerto de tejido conectivo se obtiene un injerto de tejido conectivo, generalmente de la zona palatina del mismo paciente. Este injerto se prepara para su colocación.



Fig.3. Zona donante del paladar

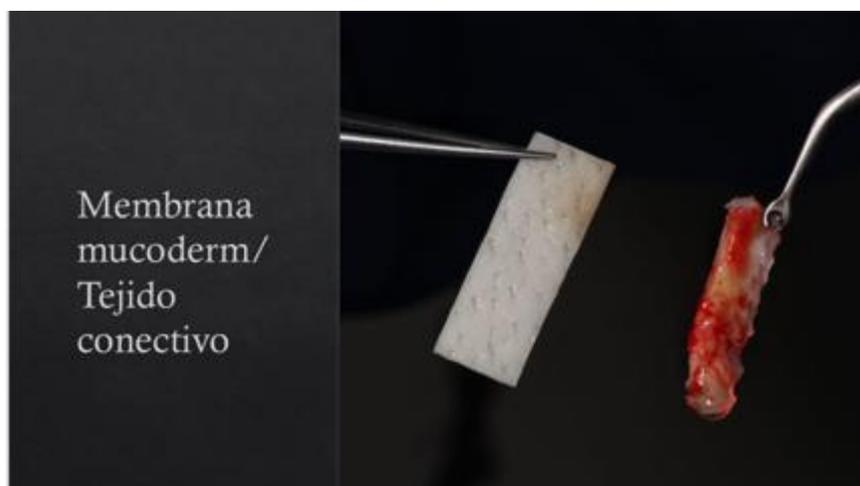


Fig. 4, presentación de Mucoderm en la izquierda y tejido conectivo del paladar a la derecha.

Posteriormente, se realizó una disección aguda en la mucosa del revestimiento vestibular con el objetivo de eliminar la tensión muscular. Es relevante señalar que el adecuado desplazamiento coronal del colgajo se logra a través de la eliminación de las tensiones labiales y musculares en la porción apical (Chanchal Bherwani, 2014)

Colocación de injerto de tejido conectivo y fijación del injerto, desplazamiento del colgajo y sutura.



Fig.5. pos operatorio, suturas de la técnica de zucchelli en el cuadrante II.

En el cuadrante III se decide usar un biomaterial en este caso es mucoderm y la técnica a usar es la técnica de colgajo avanzado coronal (CAF), el colgajo debe poder moverse con facilidad hacia coronal se procede a la colocación de biomaterial en el lecho preparado , fijación del mismo y sutura (Zucchelli, 2014).



Fig. 6. Posoperatorio técnica de reposicionamiento coronario en el cuadrante III.

Cuidados posquirúrgicos

Se indicó a los pacientes para que evitaran cepillar los dientes en la zona tratada, se recomienda en su lugar enjuagarse con una solución de clorhexidina (0,12 %) dos veces al día durante un minuto. A los catorce días después de la intervención quirúrgica, se procedió a retirar los puntos de sutura. La zona tratada continuó siendo enjuagada con clorhexidina durante dos semanas adicionales. Posteriormente, se volvió a proporcionar a las pacientes instrucciones sobre la limpieza dental mecánica de los dientes tratados.

Se programaron citas de seguimiento para profilaxis, refuerzo de la motivación e instrucciones sobre la técnica adecuada de cepillado dental para evitar el trauma, 2 y 4 semanas después de la extracción de las suturas. Luego, los pacientes fueron citados una vez al mes durante los tres meses siguientes y de manera periódica posteriormente.

Se administro antibióticos y analgésicos, antiinflamatorios.

Controles a los 15 días



Fig., 7 Control de los sitios tratados a los 15 días

Control a los 3 meses



Fig.8. Contral a los tres meses

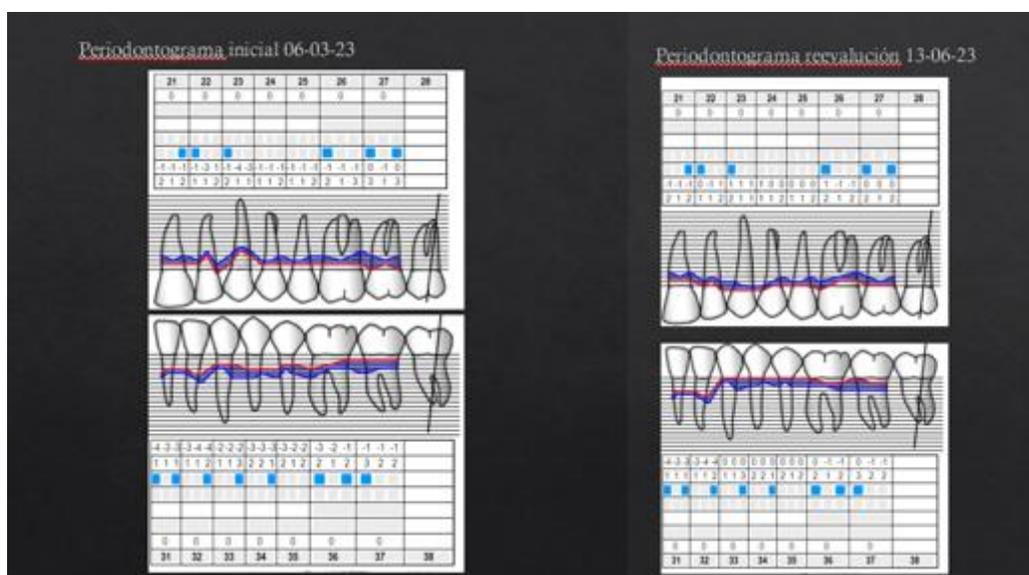


Fig. 9. Periodontograma inicial y reevaluación a los 3 meses

CONCLUSIONES

La terapia periodontal básica juega un papel fundamental en el tratamiento de las recesiones gingivales. El empleo de injertos de tejido conectivo subepitelial se considera el estándar de oro en la cirugía plástica periodontal, ya que favorece el aumento del grosor tisular, la expansión de la encía queratinizada y la cobertura radicular. El mantenimiento periodontal es esencial para prevenir la aparición de eventos inflamatorios que puedan predisponer a la recidiva de la recesión.

Según la percepción de los pacientes, no se observó diferencia significativa en cuanto a dolor o incomodidad entre las dos técnicas quirúrgicas evaluadas. Esto sugiere que ambas opciones podrían ofrecer una experiencia postoperatoria similar en términos de malestar, lo que permite a los profesionales de la salud dental seleccionar la técnica más adecuada en función de otros factores clínicos y específicos del paciente, sin que el dolor sea un factor decisivo.

El uso de la placa protectora de acetato para el lecho donante en el paladar generó una notable molestia para los pacientes. Este malestar podría ser un factor limitante en la comodidad postoperatoria, lo que sugiere la necesidad de considerar alternativas o modificaciones en el diseño de la placa para mejorar la experiencia del paciente durante el proceso de recuperación.

Se observó una mayor efectividad en el aumento del grosor de la encía al utilizar injertos de tejido conectivo (CTG), considerado el estándar de oro, en comparación con el uso de Mucoderm®. Aunque Mucoderm® mostró un buen porcentaje de recubrimiento radicular, no se evidenció un aumento significativo en el grosor de la encía, lo que limita su aplicación en casos donde este aspecto es crucial para el éxito a largo plazo del tratamiento periodontal.

REFERENCIAS

- Cairo F. (2017). Periodontal plastic surgery of gingival recessions at single and multiple teeth. *Periodontology 2000*, 75(1), 296–316. <https://doi.org/10.1111/prd.12186>
- Bherwani, C., Kulloli, A., Kathariya, R., Shetty, S., Agrawal, P., Gujar, D., & Desai, A. (2014). Zucchelli's technique or tunnel technique with subepithelial connective tissue graft for treatment of multiple gingival recessions. *Journal of the International Academy of Periodontology*, 16(2), 34–42.
- Cortellini, P., & Bissada, N. F. (2018). Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *Journal of periodontology*, 89 Suppl 1, S204–S213. <https://doi.org/10.1002/JPER.16-0671>
- Imber, J. C., & Kasaj, A. (2021). Treatment of Gingival Recession: When and How?. *International dental journal*, 71(3), 178–187. <https://doi.org/10.1111/idj.12617>
- Joss-Vassalli, I., Grebenstein, C., Topouzelis, N., Sculean, A., & Katsaros, C. (2010). Orthodontic therapy and gingival recession: a systematic review. *Orthodontics & craniofacial research*, 13(3), 127–141. <https://doi.org/10.1111/j.1601-6343.2010.01491.x>
- Fathiazar, A., Shariatmadar Ahmadi, R., & Sayar, F. (2022). A Comparison between Mucoderm® and Connective Tissue Graft for Root Coverage. *Journal of dentistry (Shiraz, Iran)*, 23(2 Suppl), 402–409. <https://doi.org/10.30476/DENTJODS.2021.90830.1535>
- Tavelli, L., Barootchi, S., Namazi, S. S., Chan, H. L., Brzezinski, D., Danciu, T., & Wang, H. L. (2020). The influence of palatal harvesting technique on the donor site vascular injury: A split-mouth comparative cadaver study. *Journal of periodontology*, 91(1), 83–92. <https://doi.org/10.1002/JPER.19-0073>
- Tugnait, A., & Clerehugh, V. (2001). Gingival recession-its significance and management. *Journal of dentistry*, 29(6), 381–394. [https://doi.org/10.1016/s0300-5712\(01\)00035-5](https://doi.org/10.1016/s0300-5712(01)00035-5)
- Zucchelli, G., Mounssif, I., Mazzotti, C., Stefanini, M., Marzadori, M., Petracci, E., & Montebugnoli, L. (2014). Coronally advanced flap with and without connective tissue graft for the treatment of multiple gingival recessions: a comparative short- and long-term controlled randomized clinical trial. *Journal of clinical periodontology*, 41(4), 396–403. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12224>
- Zucchelli, G., Mounssif, I., Mazzotti, C., Stefanini, M., Marzadori, M., Petracci, E., & Montebugnoli, L. (2014). Coronally advanced flap with and without connective tissue graft for the treatment of multiple gingival recessions: a comparative short- and long-term controlled randomized clinical trial. *Journal of clinical periodontology*, 41(4), 396–403. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12224>