

Publicación científica de la EFP  
Septiembre 2017



Traductora: Ana Molina  
Estudiante de doctorado e instructora clínica del  
Máster de Periodoncia, Facultad de Odontología,  
Universidad Complutense de Madrid

Editor: Phoebus Madianos  
Chairman, EFP Scientific Affairs Committee

**Relatores:**  
Ece Deniz Yarimoglu, Kybra Burcu,  
con Bahar Kuru.

**Enlace al artículo original de JCP:**  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12590/full>  
Acceso a través de la página web para miembros de la EFP:  
<http://www.efp.org/members/jcp.php>

**Afiliación:**  
Preparado por los estudiantes del  
Programa Graduado en Periodoncia,  
Departamento de Periodoncia,  
Universidad Yeditepe, Facultad de  
Odontología, Estambul, Turquía.

Estudio:



## Eficacia clínica del colgajo de avance coronal con o sin injerto de tejido conectivo para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples adyacentes en el área estética: un ensayo clínico aleatorizado controlado

Francesco Cairo, Pierpaolo Cortellini, Andrea Pilloni, Michele Nieri, Sandro Cincinelli, Franco Amunni, Gabriella Pagavino, Maurizio S. Tonetti.

*J Clin Periodontol* 2016; 43 (10): 849-56.

Resumen del artículo original con el amable permiso de Wiley Online Library  
Copyright © 1999-2014 John Wiley & Sons, Inc. Todos los derechos reservados

**Antecedentes:**

La recesión gingival es un problema común que se manifiesta en formas clínicas localizadas o múltiples. Los pacientes habitualmente demandan el tratamiento de las recesiones gingivales - especialmente en el área maxilar anterior - por motivos estéticos. Las diferentes técnicas de cirugía plástica periodontal disponibles han logrado diferentes grados de cubrimiento radicular en el tratamiento de recesiones gingivales localizadas.

Entre ellas, el colgajo de avance coronal (CAC) en combinación con un injerto de tejido conectivo (ITC) se ha asociado con la mayor probabilidad de obtener cubrimiento radicular completo (CRC). Por otro lado, la evidencia disponible sobre el tratamiento de recesiones gingivales múltiples es relativamente limitada.

**Objetivos:**

Evaluar la eficacia clínica del CAC, con o sin colocación de un ITC, para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples adyacentes (RGMA) en el área anterior del maxilar (incisivos, caninos, primeros y segundos premolares, primeros molares).

Continúa . . .

*Publicación científica de la EFP*  
*Septiembre 2017*

**Métodos:**

En este estudio clínico paralelo, aleatorizado, de un sólo centro se incluyeron un total de 32 pacientes con edades entre 26-48 años, que presentaban al menos dos recesiones vestibulares RT1 de  $\geq 2$  mm. Todos los procedimientos clínicos en un total de 74 recesiones gingivales fueron llevados a cabo por el mismo operador. Los pacientes recibieron instrucciones de higiene oral (técnica de roll) con un cepillo de cerdas suaves para corregir aquellos hábitos incorrectos relacionados con la etiología de la recesión por lo menos dos meses antes de la cirugía. En el grupo test se trataron 16 pacientes con CAC+ITC, mientras que en el grupo control se trataron 16 pacientes sólo con CAC.

Las variables registradas incluyeron CRC, reducción de la recesión (RecRed, recession reduction), puntuación estética del cubrimiento radicular (RES, root-coverage aesthetic score), ganancia de encía queratinizada (KT, keratinized tissue), y ganancia de grosor gingival (GT, gingival thickness). Las mediciones clínicas fueron recogidas en basal, a los tres y a los seis meses, y las variables relacionadas con la satisfacción del paciente (dolor post-operatorio, hipersensibilidad, satisfacción estética) fueron evaluadas por un examinador ciego empleando la Escala Analógica Visual (VAS, visual analogue scale) a los tres, seis y doce meses tras la cirugía.

**Resultados:**

Se encontró que el CAC+ITC era más efectivo para el tratamiento de RGMA en al área estética con un biotipo periodontal fino (grosor  $\leq 0.8$  mm), que el CAC solo. El ITC bajo el CAC promovió la estabilidad del margen gingival, y también presentó mayor CRC, RecRed, ganancia de KT, y aumento de GT que el CAC solo. Sin embargo, el uso de un ITC bajo el CAC incrementó el tiempo quirúrgico y aumentó el consumo de fármacos antiinflamatorios

por parte de los pacientes, así como el disconfort postoperatorio y la morbilidad. El análisis multinivel reveló que el CAC solo fue igual de eficaz que el CAC+ITC en las localizaciones con biotipo periodontal grueso (grosor  $\geq 0.8$  mm) y también obtuvo mejor resultado estético final. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en términos de satisfacción del paciente y valores RES.

**Limitaciones,  
conclusiones  
e impacto:****Limitaciones:**

La distribución de los tipos de diente en los grupos de estudio puede afectar la duración, resultado, éxito y facilidad de la cirugía periodontal, dado que sólo se incluyeron cuatro incisivos en el grupo test mientras que en el grupo control hubo once incisivos. En cuanto al grosor gingival (GT), los valores medios y la desviación estándar de los defectos tratados fueron  $0.76 \pm 0.09$  y  $0.73 \pm 0.08$  para ambos grupos. No está claramente especificado cuántos defectos con el biotipo más grueso - p.ej.  $\geq 0.8$  mm de grosor inicial - fueron incluidos para ser capaces de extraer conclusiones sobre la relación entre el GT y los resultados del tratamiento.

**Conclusiones e impacto:**

El CAC+ITC es un enfoque más eficaz en términos de CRC que el CAC solo para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples con un biotipo gingival fino como punto de partida. En los casos de biotipo gingival grueso de base, el CAC solo obtuvo resultados clínicos similares y una mejor estética que el CAC+ITC.