

RELADORES

Oded Heyman, Adi Eden, Sharon Shany Kdoshim,
y Sagy Talmor, con Prof Moshe Goldstein

AFILIACIÓN

Residentes del primer año de posgrado en periodoncia, Centro médico
universitario de Hadassah-Hebrew, Jerusalén, Israel

estudio

Recubrimiento de recesiones: injerto de tejido conectivo versus matriz de colágeno

Małgorzata Pietruska, Anna Skurska, Łukasz Podlewski, Robert Milewski, Jan Pietruski
J Clin Periodontol. 2019; 46:86–95

*Resumen del artículo original "Evaluation of peri-implant marginal tissues around tissue-level and bone-level implants in patients with a history of chronic periodontitis," con el amable permiso de Wiley Online Library
Copyright © 1999-2019 John Wiley & Sons, Inc. Todos los derechos reservados.
JCP Digest 01 es publicado por la EFP en julio de 2019.*

ANTECEDENTES

El tratamiento quirúrgico de las recesiones gingivales se realiza cuando se requiere recubrir raíces expuestas, así como también para ganar volumen de tejidos blandos. El túnel modificado con avance coronal (MCAT) es una de las numerosas técnicas desarrolladas para este fin. La ausencia de descargas verticales con esta técnica (MCAT) asegura una vascularización y nutrición buenas, y una más rápida cicatrización en los primeros estadios.

Si bien el uso de injerto de tejido conectivo subepitelial (SCTG) se ha defendido como la mejor opción para el recubrimiento radicular y el aumento de grosor del tejido blando, este presenta ciertos inconvenientes: la necesidad de una segunda herida quirúrgica (zona donante), la limitación en la cantidad de tejido que se puede obtener, el aumento en el tiempo quirúrgico y el riesgo de posibles complicaciones postquirúrgicas. Por ello se siguen investigando en biomateriales sustitutivos del tejido conectivo autólogo.

La matriz colágena xenogénica (CM) es una nueva membrana de fibras de colágeno firmemente comprimidas en una gruesa malla porosa. Esto facilita la formación del coágulo y el crecimiento de los tejidos adyacentes sin las molestias postquirúrgicas que produce el tejido conectivo autógeno. Sin embargo, la eficacia clínica del CM no ha sido suficientemente confirmada.

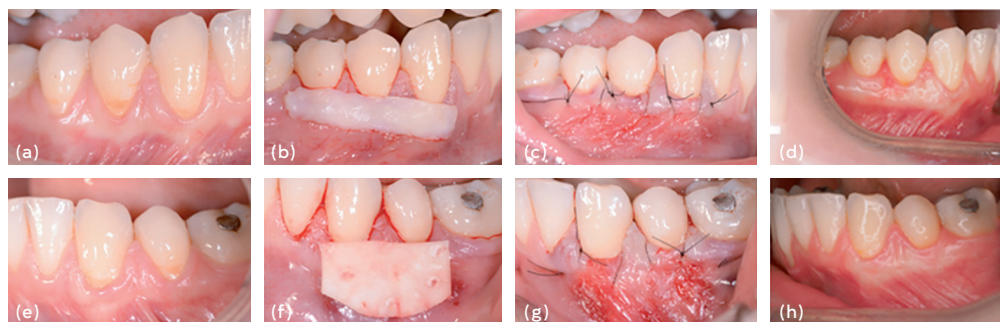
OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue comparar la reducción en la recesión gingival y la ganancia de grosor de tejidos blandos tras el tratamiento de recesiones gingivales múltiples clase I y II de Miller, usando MCAT se combinándolo con CM o SCTG de forma aleatoria.

MÉTODOS

- Ensayo clínico aleatorio doble ciego a boca partida.
- 20 pacientes, 13 mujeres (20-56 años) y 7 hombres (23-43 años).
- Criterios de inclusión:
 - Al menos 2 dientes uniradiculares con recesiones gingivales ≥ 1 mm sin pérdida de inserción clínica (CAL) salvo en el aspecto bucal (clase I-II de Miller) en dos cuadrantes diferentes en mandíbula.
 - FMPS y FMBS menor del 20%.
 - Mayores de 18 años.
 - No fumadores, no embarazadas ni en periodo de lactancia.
 - No enfermedad periodontal activa.
 - LAC detectable sin caries ni restauraciones en el área cervical.
- Los parámetros clínicos medidos en cada recesión gingival fueron:
 - Altura de la recesión gingival (GR).
 - Anchura de la recesión (RW) al nivel del LAC.
 - Profundidad de sondaje (PD).
 - Nivel de inserción (CAL).
 - Grosor gingival (GT).
 - Encía queratinizada (KT).
- La eficacia del tratamiento se calculó en función de los siguientes factores:
 - Reducción de la recesión.
 - Recubrimiento radicular (MCR) y recubrimiento radicular completo (CRC) expresado en porcentajes.
 - Aumento de grosor de encía.
 - Aumento de encía queratinizada.
 - Para la valoración estética, un examinador independiente valoró el resultado siguiendo el índice estético de recubrimiento radicular (RES).
- Procedimiento quirúrgico: un único cirujano realizó todas las intervenciones mediante la técnica de túnel modificado con avance coronal con matriz colágena en un lado mandibular (46 recesiones-test) o injerto de tejido conectivo subepitelial en el lado contralateral (45 recesiones-control).
- Todas las recesiones adyacentes en cada lado fueron cubiertas en una única intervención y ambos lados fueron tratados simultáneamente. Las visitas de control se programaron durante 12 meses.

Figura 1: recubrimiento radicular completo tras MCAT+SCTG en el lado derecho y MCAT+CM en el lado izquierdo mandibular: (a) zona SCTG en baseline-canino, primer y segundo premolar con recesión mínima en el lado derecho mandibular; (b) imagen intraoperatoria del SCTG antes de su colocación; (c) SCTG cubierto por un colgajo de avance coronal; (d) postoperatorio a los 12 meses, imagen del recubrimiento radicular completo; (e) zona tratada con CM en baseline-canino y primer premolar con recesiones mínimas en el lado izquierdo mandibular; (f) imagen intraoperatoria con la matriz colágena (CM) preparada para la colocación; (g) CM recubierto por colgajo de avance coronal; y (h) imagen postoperatoria a los 12 meses con el recubrimiento radicular completo obtenido.



resultados

- Ningún paciente abandonó el estudio.
- La mayoría de los pacientes estuvieron exentos de efectos reseñables durante las dos primeras semanas postoperatorias sin necesidad de intervención alguna.
- En baseline no hubo diferencias significativas en ninguno de los parámetros evaluados entre el lado test y el control.
- A los 12 meses tras la intervención:
 - Hubo una significativa ganancia de inserción (CAL) en ambos lados sin diferencias significativas.
 - MRC fue significativamente mayor en el lado SCTG (83,1% frente a 53,2%).
 - Hubo CRC en el 67% de las zonas tratadas con SCTG y solo el 20 % en las zonas tratadas con CM.
 - Se obtuvo una significativa reducción de GR (en altura y anchura) en ambas zonas, no obstante, fue significativamente mayor en el lado SCTG.
 - KT aumentó significativamente en ambos lados, si bien fue mayor en la zona SCTG.
- GT aumentó significativamente en ambos lados, siendo mayor en SCTG.
- El valor RES fue significativamente mayor en el lado SCTG.
- También hubo diferencias significativas en tres parámetros de evaluación estética: margen gingival, alineación de la línea mucogingival y color de la encía. No obstante, no se apreciaron diferencias significativas ni en el contorno gingival ni tampoco en la textura del tejido resultante.
- FMPS y FMBS no obtuvieron diferencias significativas en ambos lados entre baseline y 12 meses después.



LIMITACIONES

- La reducción del tiempo quirúrgico puede ser una ventaja a tener en cuenta en la comparación entre CM y SCTG.



CONCLUSIONES

- Ambas técnicas consiguen un resultado clínico favorable en el tratamiento de las recesiones gingivales múltiples mandibulares.
- El injerto de tejido conectivo subepitelial demostró unos resultados clínicos superiores en todos los parámetros evaluados tras 12 meses de seguimiento, en comparación con la matriz colágena xenogénica.
- Sería recomendable hacer más estudios en el campo de los biomateriales para obtener un sustituto comparable en eficacia al tejido conectivo autógeno.



IMPACTO

- El uso de la matriz colágena xenogénica (CM) puede considerarse como una alternativa en el tratamiento de las recesiones gingivales múltiples mandibulares.
- No obstante, la reducción de la morbilidad postoperatoria no sería una ventaja clínica suficiente cuando la comparamos con la superioridad de los resultados clínicos obtenidos con el injerto de tejido conectivo subepitelial autógeno.



ENLACE AL ARTÍCULO ORIGINAL EN JCP:

www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.13031

Acceso a través de la página web para miembros de la EFP: www.efp.org/members/jcp.php