

X Simposio Visión Salud Bucal  
IX Taller sobre Cáncer Bucal



## LA RECESIÓN PERIODONTAL. PERSPECTIVAS ACTUALES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Autor: MSc. Dr. Lázaro Sarduy Bermúdez. Especialista de Primer y Segundo Grado en Periodontología. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. [lazarosb@infomed.sld.cu](mailto:lazarosb@infomed.sld.cu)

Institución: Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Santa Clara.

País: Cuba.

Temática en la que se inserta el trabajo: Nuevas concepciones y tecnologías para el diagnóstico y tratamiento de los problemas bucales.

Tipo de presentación: Conferencia.

### RESUMEN

**Introducción:** La importancia clínica que reviste el diagnóstico y la terapéutica de la recesión periodontal requiere una especial atención a la luz de los conocimientos actuales. **Objetivo:** Explicar los aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la recesión periodontal en concordancia con las clasificaciones más actuales. **Exposición del tema:** La recesión periodontal es una migración apical de la encía con su aparato de inserción que puede ocasionar alteraciones a nivel del diente y comprometer la estética. Durante el diagnóstico es necesario tomar en cuenta su extensión en relación con la unión mucogingival y el estado del hueso interdentario según lo establecido por Miller, así como los criterios de Cairo que relacionan la recesión periodontal con la pérdida de inserción interproximal. La cirugía plástica periodontal considera un grupo de procedimientos que intentan corregir las deformidades mucogingivales. En la actualidad se ha incluido la ingeniería de tejidos pasiva y activa dentro de dichas técnicas para obtener mejores resultados en la cobertura radicular. **Conclusiones:** En el diagnóstico de la recesión periodontal es importante tener en cuenta los criterios de Miller y de Cairo así como los

establecidos por la nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. La introducción de la fibrina rica en plaquetas como parte de la ingeniería activa garantiza una verdadera regeneración de los tejidos perdidos por la distrofia con resultados superiores.

**Palabras clave: recesión periodontal; cirugía plástica periodontal**

## **INTRODUCCIÓN**

A través de los años las enfermedades periodontales han transitado por diversas clasificaciones con la finalidad de proveer un marco en el cual científicamente se estudie la etiología, la patogénesis y el tratamiento en una forma ordenada, así como crear un lenguaje común y universal que permita comunicarse en las más diversas regiones del mundo. <sup>(1)</sup>

Las terminologías recesión gingival, periodontal o retracción gingival, son usadas indistintamente en la literatura para referirse a la migración apical de la encía, incluyendo su aparato de inserción. Por su parte, la última clasificación cubana, plasmada en las Guías Prácticas de Estomatología, la ubica dentro de los procesos atrófico-distróficos, denominándola *recesión periodontal*. <sup>(2)</sup>

La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias establecida en el Taller Mundial del 2017, en Chicago, por las dos principales asociaciones científicas mundiales de Periodoncia, la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de Periodontología (FEP)<sup>(3,4)</sup> la denominan recesión gingival y la incluyen dentro del apartado de deformidades mucogingivales y alteraciones alrededor de los dientes.

Este trastorno mucogingival afecta entre un 50 y un 80% a personas de 65 años y más, y sobre un 50% en sujetos de edades comprendidas entre 18 y 64 años. Las cifras antes mencionadas se traducen en que la prevalencia y la severidad de la RP aumentan con la edad; sin embargo, en las últimas décadas, la tendencia es hacia el incremento en edades tempranas de la vida.<sup>(5)</sup> En Cuba se ha convertido en una afectación que requiere tratamiento inmediato desde la niñez y la adolescencia.<sup>(6)</sup>

La importancia clínica que reviste el diagnóstico y la terapéutica de esta enfermedad requiere una especial atención a la luz de los conocimientos actuales a fin de preservar la estética, tan aclamada por la sociedad moderna y la permanencia del diente en la boca.

*Objetivo:* Explicar los aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la recesión periodontal en concordancia con las clasificaciones más actuales.

## **EXPOSICIÓN DEL TEMA**

*Concepto, etiología, clasificación para el diagnóstico y pronóstico de la RP*

Se considera por parte del autor en concordancia con lo establecido por Takei y cols, <sup>(7)</sup> la RP, una migración apical de la encía con todo el aparato de inserción del diente que ocasionalmente involucra la unión mucogingival y la mucosa alveolar. Se define como el desplazamiento del margen del tejido blando apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular, que puede ocasionar hiperestesia dentinaria, mayor riesgo a caries radicular y una estética desfavorable que puede influir en la autoestima del paciente. <sup>(8)</sup>

Wennström y cols,<sup>(9)</sup> plantean que al menos tres tipos de RP pueden ser consideradas: recesiones asociadas a factores mecánicos; predominantemente técnicas de cepillado inadecuadas, frenillos traccionantes y factores iatrogénicos, las asociadas a lesiones inflamatorias inducidas por placa bacteriana en casos de dehiscencias relacionadas con periodonto delgado y en casos de dientes en malposición y las asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal inmunoinflamatoria destructiva.

*Clasificaciones para el diagnóstico y pronóstico de la RP*

En el establecimiento del diagnóstico de la RP y con la perspectiva pronóstica del abordaje de las mismas se ha empleado desde hace varios años la clasificación de Miller <sup>(10)</sup> quien considera la relación de la unión mucogingival (UMG) y el estado de hueso interdentario para establecer su predicción de cobertura radicular. Establece cuatro clases en las cuales se puede esperar un 100% de cobertura radicular para las dos primeras, una cobertura relativa en la tercera y no se espera nada de ella para la cuarta clase.

Durante la valoración de las RP, establece la Nueva Clasificación del 2017 que debe considerarse la pérdida de inserción clínica y evaluarse en todas las superficies dentales. <sup>(4)</sup> Por esto se asume en la actualidad la Clasificación de Cairo <sup>(11)</sup> para el manejo clínico y quirúrgico de esta enfermedad la cual establece tres tipos de RP donde se toma en cuenta la relación de la RP con la pérdida de inserción interproximal.

A continuación se refleja un análisis crítico de ambas clasificaciones.

*Clasificación de Miller. Limitaciones y desventajas.*

Esta no incluye el estado de las papilas ni la presencia de malposiciones dentarias para las Clases I y II. No hace alusión al límite amelocementario (LAC) y a su estado, no incluye la extensión horizontal de la RP, no considera la presencia de hiperestesia dentinaria, la profundidad y el ancho de la RP, el ancho de la encía insertada y el tipo de periodonto. En las Clases III y IV no especifica la cantidad y tipo de pérdida del hueso interdentario y cuando la recesión no se extiende a la UMG no se pueden clasificar ni en la I ni en la III. Muchas RP no son clasificables por ella.

#### *Ventajas*

Permite predecir el porcentaje de cobertura radicular, incluye la presencia de malposiciones dentarias en las clases III y IV aunque no es suficiente, destaca la importancia de la altura del hueso interdentario como el mejor predictor de cobertura. Le atribuye gran importancia a la cercanía de la RP con la UMG lo cual expresa la extensión de la RP en el plano vertical. Es la primera clasificación empleada para predecir cobertura radicular.

#### *Clasificación de Cairo. Limitaciones y desventajas*

No considera el ancho de la encía insertada, la relación del margen gingival, no toma en cuenta la UMG ni la presencia de malposiciones dentarias. No se valora el ancho de la RP a pesar de analizar su profundidad, ni la presencia de hiperestesia dentinaria.

#### *Ventajas*

Proporciona un método simplificado de categorizar las RP, enfatiza en el rol de la papila interdental, evalúa el fenotipo periodontal, la severidad de esta, presencia de lesiones cervicales para ayudar a la decisión clínica-terapéutica. Diagnostica tanto por vestibular como por lingual. Está orientada a pronosticar el potencial de cobertura de raíz a través de la evaluación del LAC interdental. Supera algunas limitaciones de la clasificación de Miller como la identificación difícil entre las clases I y II y el uso de pérdida de hueso o tejido blando como referencia interdental de forma inespecífica.

A pesar de ser la Clasificación de Cairo la asumida por la Nueva Clasificación de las enfermedades y alteraciones periodontales y periimplantares <sup>(3,4)</sup> para valorar la severidad de la recesión en este apartado se recogen otro grupo de elementos de vital importancia para la decisión clínica terapéutica:

En la encía: Profundidad de la recesión y fenotipo gingival (grosor gingival y el ancho del tejido queratinizado)

En el diente: LAC detectable o no y presencia de escalón

Otros aspectos a valorar son: preocupación estética, presencia de hiperestesia dentinaria, posición dental, frenillos, profundidad del vestíbulo, número de recesiones adyacentes. <sup>(3)</sup>

Lo antes expresado complementa el examen diagnóstico de la RP. Se añaden elementos que no son tomados en cuenta en las anteriores clasificaciones y que conllevan a un análisis más completo con vista a la predicción de la cobertura radicular durante la terapéutica.

#### *Cirugía plástica periodontal como alternativa terapéutica de las RP*

El tratamiento que se propone para tratar de corregir estas deformidades se encuentra encaminado al logro de la cobertura radicular. Los procedimientos empleados para el logro de este objetivo se denominan *cirugía plástica periodontal* e incluyen un conjunto de técnicas quirúrgicas encaminadas a corregir y eliminar deformidades de la encía producidas a causa de alteraciones anatómicas propias del paciente, los trastornos del desarrollo, las de origen traumático, las producidas por la presencia de irritantes locales y por tratamientos farmacológicos que alteran el aspecto natural de la encía. <sup>(8)</sup>

Los injertos empleados para la cobertura radicular se clasifican en: <sup>(7,8)</sup>

- Injertos pediculados: colgajo posicionado coronalmente, colgajo de reposición coronaria semilunar, colgajo posicionado lateralmente, colgajo de doble papila, colgajo girado oblicuo
- Injertos libres: Injerto libre de encía (ILE), injerto de tejido conectivo subepitelial (ITCSE), matrices dérmicas acelulares, etc.
- Regeneración tisular guiada con membranas de colágeno

#### *Consideraciones y perspectivas actuales de la cirugía plástica periodontal para la cobertura de las raíces expuestas. Ingeniería de tejidos.*

Las combinaciones de los diferentes colgajos pediculados con el ITCSE son las técnicas más usadas en estos días las cuales aumentan el diapasón de indicaciones de los procedimientos plásticos. Este se ha considerado el estándar de oro de las técnicas mucogingivales, a consideración del autor esto se debe a que ofrece grandes ventajas cuando no existe tejido donante suficiente, presenta una gran predictibilidad, puede ser utilizado en RP únicas o

múltiples, anchas y estrechas, aumenta considerablemente el ancho y grosor de la encía insertada, garantiza una máxima estética y en el sitio donante se puede apreciar una adecuada cicatrización. Presenta buena estabilidad en el tiempo y por tanto un excelente pronóstico.

Según plantea Takei y cols <sup>(7)</sup> la cirugía plástica actual se basa en el uso del sitio palatal para el tejido donante que implica una segunda herida quirúrgica. La morbilidad asociada con el ITCSE y el ILE puede ser superada por los métodos de ingeniería de tejidos.

La búsqueda de biomateriales que garanticen un solo sitio quirúrgico es de gran utilidad en la Periodoncia actual siempre que estos proporcionen además resultados estables en el tiempo con una mínima agresión al paciente.

Los procedimientos basados en la ingeniería de tejidos se dividen en dos categorías: activas y pasivas atendiendo al papel que juegan las células en la reparación. Dentro de la ingeniería pasiva se encuentran las terapias basadas en reemplazo de tejido guiado (RTG), membranas de barrera y matriz dérmica acelular (MDA). Dentro de la ingeniería activa se pueden citar los derivados de la matriz del esmalte, factores de crecimiento y la terapia celular.<sup>(7)</sup>

El uso de la ingeniería de tejidos permite: mejorar la cicatrización de las heridas con evidencias clínicas, permite una respuesta positiva a la terapia creando resultados predecibles con evidencia histológica de regeneración, brinda un método de tratamiento menos traumático al permitir evitar morbilidad del sitio donante, resultados comparables y en ocasiones superiores al estándar de oro, previsibilidad a largo plazo de los resultados exitosos.

Uno de los biomateriales que se ha utilizado hace unos años en la cirugía plástica periodontal para la cobertura de raíces expuestas es la fibrina rica en plaquetas (FRP), incluida actualmente dentro de la ingeniería activa.

La FRP centra su esencia en las plaquetas, leucocitos, citoquinas y células madre contenidas en una matriz de fibrina. <sup>(12)</sup>

La FRP es un concentrado plaquetario de segunda generación, obtenido como una membrana de fibrina, con alto potencial de regeneración. Las plaquetas contenidas en ella liberan factores de crecimiento que optimizan el proceso de regeneración, además la matriz de fibrina promueve la angiogénesis, lo cual desempeña un importante papel en la cicatrización. El proceso de obtención de la FRP es considerado simple y de bajo costo. <sup>(13)</sup>

La FRP fue desarrollada por primera vez en Francia por Choukroun (2001), citado por Arce y colaboradores <sup>(12)</sup>, para uso específico en cirugía oral y maxilofacial. Esta técnica no exige anticoagulante, ni trombina bovina (u otro agente de gelificación), siendo solo sangre centrifugada, sin aditivos.

El empleo de la FRP en el tratamiento de las RP, puede garantizar una cobertura no solo a expensas de un tejido colocado sobre la superficie, sino por el aporte de un grupo de factores de crecimiento que proporcionan una mejor reparación del periodonto. La consistencia de este tejido, su estructura trimolecular, así como su arquitectura fuerte de fibrina garantiza su utilización como membrana permitiendo ser manipulado, colocado sobre una superficie denudada y suturado sobre la raíz. Este avance representa una superioridad a otras técnicas plásticas periodontales pues garantiza menor agravio al paciente en cuanto al número de zonas a intervenir, poca posibilidad de rechazo por tratarse de un material autólogo y una mayor cobertura radicular con resultados perdurables en el tiempo. <sup>(14)</sup>

La combinación de la membrana de FRP con la técnica plástica periodontal del colgajo deslizante coronario, permite una protección adicional al biomaterial, además de facilitar una integración completa de este injerto a los tejidos periodontales circundantes a la RP.

El empleo de la FRP como parte de la ingeniería de tejidos activa, abre nuevos horizontes y proporciona nuevas perspectivas en el abordaje de las RP. En estudios realizados por el autor <sup>(15)</sup> se ha evidenciado un alto porcentaje de cobertura radicular y con estabilidad en el tiempo.

## **CONCLUSIONES**

Para el diagnóstico de la RP es importante mantener las consideraciones establecidas por Miller en su clasificación las cuales incluyen básicamente el estado del hueso interdentario y la relación de la RP con la UMG. Según lo establecido en la actualidad por la AAP y la FEP en su taller del 2017, deben asumirse además los criterios de Cairo que establecen la relación de la RP con la pérdida de inserción interproximal así como otros aspectos adicionales: profundidad de la RP, fenotipo gingival, presencia de hiperestesia dentinaria, posición dental, frenillos patológicos y profundidad vestibular.

La introducción de la FRP como parte de la ingeniería activa dentro de cirugía plástica periodontal garantiza una verdadera regeneración de los tejidos

perdidos por la distrofia con resultados más estables en el tiempo, un mayor porcentaje de cobertura radicular, mejor estética y se elimina además la necesidad de un sitio donador.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Díaz ME, Toledo Pimentel B. Introducción a la clínica: generalidades. En: González Díaz ME, Toledo Pimentel B, Sarduy Bermúdez L, Morales Aguiar DR, de la Rosa Samper H, Veitia Cabarrocas F, Corrales Álvarez M, et al. Compendio de periodoncia [Internet]. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. p.1-72 [citado 1 Mayo 2019]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/libros\\_texto/compendio\\_periodoncia/cap01.pdf](http://bvs.sld.cu/libros_texto/compendio_periodoncia/cap01.pdf)
2. Sosa Rosales MC, Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, et al. Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. En: Guías Prácticas de Estomatología [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 195-260 [citado 25 Feb 2019]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/libros\\_texto/guias\\_practicas\\_de\\_estomatologia/gpest04.pdf](http://bvs.sld.cu/libros_texto/guias_practicas_de_estomatologia/gpest04.pdf).
3. Herrea D, Figueredo E, Shapira L, Jin L, Sanz M. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. Periodoncia Clínica [Internet]. 2018 [citado 20 may 2021];1(11):[aprox. 18 p.]. Disponible en: [http://www.sepa.es/web\\_update/periodoncia-clinica-11-ano-2018-2/](http://www.sepa.es/web_update/periodoncia-clinica-11-ano-2018-2/)
4. Zerón A. Fenotipo periodontal y recesiones gingivales. Nueva clasificación. Revista ADM [Internet]. 2018 [citado 20 may 2021];75(6):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?DARTICULO=84176>
5. Grados Pomarino S, Salas Martínez M, Maetahara Rubio DM, Flores Calderón SG, Guzmán Vera YS, Tello Barbarán J, et al. Recubrimiento de la superficie radicular expuesta I. Definición de recesión gingival, epidemiología, etiopatogenia, clasificación y opciones de tratamiento. Gac Dent Ind Prof [Internet]. 2011 [citado 20 Ene 2019];221:[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=261572>
6. Sarduy Bermúdez L, González Valdés Y, Barreto Fiu E, Corrales Álvarez M. Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. Medicent Electrón [Internet]. 2018



[citado 20 Abr 2019];22(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v22n3/mdc04318.pdf>

7. Takei HH, Todd Scheyer E, Azzi RR, Allen EP, Han TJ. Periodontal plastic and esthetic surgery. In: Newman MG, Klokkevold PR, Takei HH, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 12th ed. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2015. p. 628-37.
8. Vargas Casillas AP. Cirugía plástica periodontal. En: Vargas Casillas AP, Yáñez Ocampo BR, Monteagudo Arrieta CA. Periodontología e implantología. México: Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 223-52.
9. Wennström JL, Zucchelli G, Pini Prato GP. Mucogingival Therapy Periodontal Plastic Surgery. In: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 5th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008. p. 955-1011.
10. Miller PD. Cirugía plástica periodontal de reconstrucción y regeneración. Cirugía mucogingival. Clin Odontol Norteam. 1988;2:301-19.
11. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. the interproximal clinical attachment level to classify gingival recession and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. J Clin Periodontol [Internet]. 2011 [citado 3 Jun 2019];38(7):661-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21507033/>
12. Arce González MA, Díaz Suárez AM, Díaz Hernández M, Hernández Moreno VJ. Fibrina rica en plaquetas y leucocitos: biomaterial autólogo excelente para la regeneración tisular. Medicent Electrón [internet]. 2018 ene.-mar. [citado 18 ene. 2018];22(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2599>
13. Salgado Peralvo AO, Salgado García A, Arriba Fuente L. Nuevas tendencias en regeneración tisular: fibrina rica en plaquetas y leucocitos. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial [Internet]. 2016 [citado 19 de abril 2018];3(1):[aprox. 8p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.03.001>
14. Pinto NR, Temmeran A, Castro AB, Cortellini S, Teughels W, Quirynem M. Platelet-rich fibrin, Biologic properties and applications. En: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Newman and Carranza's Clinical Periodontology. 13th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2019. p. 3709-69

15. Sarduy Bermúdez L, Arce González MA, Corrales Álvarez M, Díaz Suárez AM, Cantero Marín CR. Colgajo de reposición coronal asociado a fibrina rica en plaquetas y leucocitos en recesiones periodontales. Medict Electron [internet]. 2019 [citado 19 de may. 2021];23(3):[aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2943/2455>