



**Dr. Alfonso García Pérez**

Odontólogo. Máster en implantología y rehabilitación oral.

**Dr. Luis Cuadrado De Vicente**

Médico Estomatólogo. Especialista en Cirugía Plástica.

**Dra. Cristina Canals salinas**

Médico Estomatólogo.

**Dra. Almudena Martínez Bravo**

Odontólogo. Especialista Implantoprótesis UCM.

**Dra. Valeria García**

Odontólogo. Esp. Cir. NYU.

**Dr. Iñaki Lauret**

Responsable Multimedia I<sup>2</sup>.

**Dra. María Garrido Salinas**

Odontólogo.

### Centro I<sup>2</sup> Implantología Madrid

**Cristina Cuadrado Canals**

Alumna Odontología U. Europea de Madrid.

# Utilización de matriz dérmica acelular en recesiones gingivales: a propósito de un caso

## Introducción

Las recesiones son migraciones apicales del margen gingival con exposición parcial de la raíz. Las causas son, sobretodo, anatómicas, es decir, biotipos muy finos, encía insertada insuficiente, inserción de frenillos cercanos al margen gingival o malposiciones dentales que sumado a algún factor desencadenante como gingivitis, cepillado traumático, movimientos ortodóncicos agresivos o una restauración desbordante culminan con una recesión gingival.

Estas recesiones conducen a defectos estéticos en los que en muchas ocasiones producen hipersensibilidad y un aumento de la tendencia a caries en esa zona.

La clasificación clásica de este tipo de lesiones es la que describió Miller en 1985, quien las divide en grados desde el I al IV dependiendo de su extensión y respuesta al tratamiento.

**Grado I:** Recesión que no sobrepasa el límite mucogingival, sean anchas o estrechas, con tejido interdental intacto. Conseguiremos un 100% de tasa de éxito con cirugía mucogingival.

**Grado II:** Recesión que sobrepasa el límite mucogingival, tejido interdental no afectado, también conseguiremos un 100% de tasa de éxito.

**Grado III:** La recesión sobrepasa el límite mucogingival y el tejido interdental está afectado (sin llegar al nivel de la recesión), tras cirugía mucogingival cubriremos sólo parte de la recesión, tasa de éxito 60-70% pero seguiremos pudiendo aumentar la encía queratinizada.

**Grado IV:** Recesión que pasa, o no, el límite mucogingival con tejido interdental muy afectado (llegando al nivel del borde marginal gingival). No se cubrirá la recesión, pero podremos ganar encía insertada para mejorar control de higiene y resistencia mecánica.

De esta clasificación se concluye que las tasas de éxito dependen de la conservación del tejido interdental.

Los tratamientos clásicos mucogingivales para este tipo de lesiones son:

- Injerto epitelial libre.
- Injerto de tejido conectivo libre.
- Colgajo de reposición coronal.
- Colgajos pediculados.
- Y un amplio grupo que reuniría combinaciones y modificaciones de los anteriores.

Los más popularizados, por su buenos resultados clínicos, son los injertos gingivales libres, es decir, el epitelial y el conectivo (los dos primeros de la enumeración anterior).

En su uso nos encontramos con una serie de limitaciones:

- Necesidad de una segunda zona quirúrgica donante (paladar o brecha edéntula) con sus posibles complicaciones (sangrado, necrosis,...).
- Más incomodidad postoperatoria para el paciente.
- Limitaciones anatómicas como paladares planos y con poco grosor de encía.
- Cantidad limitada sobretodo cuando tratamos recesiones múltiples.

Sistema de radiología extraoral Kodak 9000 3D

# Innovación, inmediatamente a su alcance



Ahora disponible con programa stitching

Aumento de campo de visualización por el mismo precio



De forma automática combina  
volúmenes focalizados



Exámenes 3D de  
múltiples cuadrantes



### Matriz Dérmica Acelular (Alloderm®)

Con la aparición de la Matriz Dérmica Acelular (MDA) y su preparación comercial Alloderm®, se eliminan las limitaciones anteriores de los autoinjertos, obteniendo unos resultados clínicos comparables a consta de un aumento del coste.

La MDA es obtenido de piel de cadáver humano. El tejido es tratado para eliminar la epidermis y los componentes celulares. Esta capa obtenida es lavada con una solución detergente patentada para inactivar virus y reducir el rechazo tisular. La remanente matriz acelular es finalmente criogenizada y liofilizada obteniendo una matriz conservada de colágeno y elastina que no provoca repuesta a cuerpo extraño. Esta MDA servirá de andamiaje para albergar fibroblastos y células angiogénicas para ser incorporada e irse reemplazando paulatinamente por tejido propio del paciente.

En la comunidad médica está extendido su uso desde los noventa en el tratamiento de grandes quemados, reconstrucción de membranas timpánicas, reconstrucciones nasales, tratamiento de atrofia dérmica, reparación de fistulas y cirugía plástica estética facial. En nuestro campo, Shulman, en 1996, fue el primer autor en documentar el uso de MDA en Odontología. Su uso en Cirugía Mucogingival es el comparable a autoinjertos libres del paladar, es decir, cubrir raíckes, aumento de encía queratinizada y aumento del grosor gingival.

### Caso Clínico

Paciente de sexo femenino con gran interés por su estética oral nos refiere su preocupación por unas recesiones en el sector estético tras un tratamiento ortodóncico en unos dientes con tinciones por tetraciclinas. Debido a la gran hipersensibilidad que presenta, algún compañero le realizó un composite cervical en el 23 produciendo una mayor recesión. Tras la exploración, se observa la presencia de recesiones desde el 14 al 24 de grado I, excepto en el 23, que empeora a grado II de Miller. Al ser tantas (ocho piezas en total) y necesitar mucho tejido donante, se propone a la paciente la opción del uso de Alloderm® explicándole exactamente en qué consiste la intervención, el origen cadavérico del injerto de MDA, posibles complicaciones, etc. y concretándolo mediante un consentimiento informado. Fig. 1, 2 y 3.

Una vez que la paciente está decidida a tratar sus recesiones mediante la opción propuesta, se comienza una fase de "adecuación a la cirugía" consistente en realizar una higiene profesional, revisar su técnica de cepillado (que no sea traumática), reforzar sus hábitos higiénicos y prescribir la utilización de clorhexidina desde unos días

previos a la cirugía con el objetivo de tratar eliminar toda la inflamación y carga bacteriana posible.

Tras la anestesia infiltrativa, tanto vestibular como palatina, con articaína con 1: 100.000 de adrenalina, se limpia toda la zona quirúrgica con una gasa empapada en Betadine®. (fig. 4). Se coloca ya la membrana de MDA Alloderm®, en este caso del tamaño 1x4 cm, en hidratación estéril puesto que tarda más en hidratarse que las utilizadas de una forma más cotidiana en regeneración tisular guiada. Fig. 5, 6 y 7.

Realizamos con un bisturí del nº 15 una incisión intrasulcular salvando las papilas y sin realizar descargas verticales que disminuyan el tan importante aporte sanguíneo. Fig. 8 y 9.

Mediante el bisturí iremos realizando un colgajo de espesor parcial intentando conservar la hoja del 15, en sus cortes, lo más en contacto posible con el periostio, por supuesto, sin despegarlo. Ampliaremos el colgajo todo lo necesario para cubrir la MDA (normalmente unos 13-15 mm para el tamaño elegido) y reubicarlo coronalmente sin ningún tipo de tensión. Fig.10 y 11.

Desepitelizaremos las papilas con el propio bisturí puesto que posteriormente entrarán en contacto tanto con la MDA como con el colgajo de reposición coronal y no se anastomosarían si conserváramos el epitelio. Es muy importante el que estén desinflamadas puesto que en ellas suturaremos todo y, si estuvieran inflamadas, tendríamos un alto riesgo de dehiscencias de las suturas con el fracaso que implicaría. Con curetas afiladas repasamos todas las superficies radiculares y, en caso de prominencias radiculares, con fresas tipo Periojet®, intentamos aplanarlas en medida de lo posible. Si existen composites gingivales, como en este caso, también los quitaremos. Colocamos la membrana Alloderm® con su zona más rugosa hacia el hueso y la suturamos con puntos sueltos en las papilas con sutura reabsorbible lenta de seis ceros para asegurarnos la inmovilidad del injerto durante el período de cicatrización. Si tuviéramos dudas sobre cuál es la cara rugosa de la membrana, se puede poner en contacto con la sangre del lecho receptor. La cara rugosa es la que se queda impregnada de sangre, en la otra no se impregna. Fig. 12 y 13.

Reubicamos coronalmente el colgajo, asegurándonos de que no existe ningún tipo de tensión, si no fuera así, ampliaríamos el colgajo hasta conseguirlo. Lo suturamos con suturas reabsorbibles y no reabsorbibles de seis ceros con la intención de asegurarnos de no tener dehiscencias de suturas. Fig. 14, 15, 16 y 17.

Las medidas postoperatorias serán:

- Medicación (augmentine® 500 mg, tres al día, ocho días; enantyum® 25 mg, tres al día mientras duela; nolotil® caps. entre tomas del enantyum® si no cesara el dolor).

## GARANTÍAS DE ÉXITO

TITANIO GRADO IV

DISEÑO TRONCO-CÓNICO

AUTOROSCANTE

MICROANILLOS CORTICALES

ÁPICE ATRAUMÁTICO

ESTABILIDAD PRIMARIA

CARGA INMEDIATA

SUPERFICIE **Osseonova**

VERSATILIDAD PROTÉSICA

SISTEMA "NO - TOUCH"



**4** SOLUCIONES, UN MISMO OBJETIVO  
LA SATISFACCIÓN DE SUS PACIENTES

# Fichas técnicas

- Clorhexidina 0,2 % en spray sobre la zona tres veces al día, 15 días.
- Dieta blanda.
- Suprimir el cepillado de la zona durante los primeros 15 días, luego utilización de gasa empapada en clorhexidina y al mes, cepillado normal.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



## Plan de revisiones

15 días: Revisión y eliminación de parte de las suturas a los. Fig.18.

Un mes: fig 19.

Dos meses: fig.20.

Cuatro meses: fig.21.

Cinco meses: debido al buen estado periodontal y recesiones 0, realizamos unas carillas de composite de 4 a 4 superiores e inferiores para ocultar las tetraciclinas. Observando el antes y después. Fig.1, 22 y 23.

Figura 4



Figura 5



Figura 6



# CAMBIE SUS PIEZAS METÁLICAS POR ZIRCONIO



- Piezas de zirconio sin recubrimiento cerámico
- Supera las características de las piezas metálicas pero no supone un incremento en su precio
- 4 años de garantía contra rotura
- Mayor estética
- Sólo para uso en posteriores



***Prótesis s.a.***

Amorós, 8 · 28028 MADRID

e-mail: [info@protesis.net](mailto:info@protesis.net)

Tel.: 91 726 52 00\* · Fax: 91 361 55 62

[www.protesis-sa.com](http://www.protesis-sa.com)

# Fichas técnicas



Figura 7



Figura 10

Figura 8

Figura 11



Figura 9



Figura 12



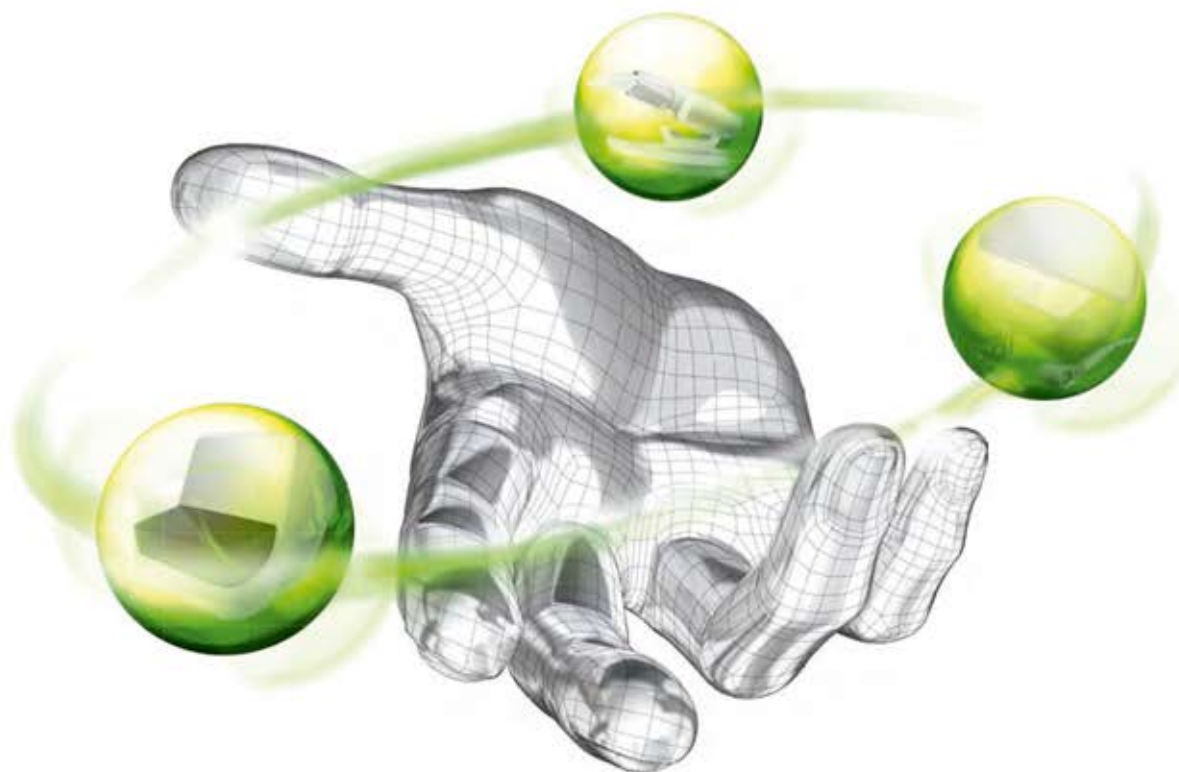
# STRAUMANN® CARES® DIGITAL SOLUTIONS

## CONEXIONES FLUIDAS

**Prepare su camino hacia el éxito.** Cubriendo una gama completa de productos desde restauraciones temporales hasta soluciones altamente estéticas – Straumann® CARES® Digital Solutions ahora ofrece:

- **escáner de nueva generación** ■ **nuevo software CAD**
- **nuevas aplicaciones** ■ **gama líder de materiales**

Straumann® CARES® Digital Solutions pone a disposición de los profesionales dentales odontología digital moderna en forma de un sistema completo, fiable, preciso y adaptado a sus necesidades.



Póngase en contacto con nosotros llamando al **902 400 979**. Más información en **[www.straumann.es](http://www.straumann.es)**

*Estos productos y sus indicaciones pueden estar en espera de la aprobación regulatoria y por tanto, pueden no estar en conformidad con las regulaciones locales.*

COMMITTED TO  
**SIMPLY DOING MORE**  
FOR DENTAL PROFESSIONALS



## Fichas técnicas



Figura 13



Figura 16



Figura 14



Figura 17



Figura 15



Figura 18

Figura 19



# BLACKLINE ENTRE EN UNA NUEVA ERA

Ligeras, de gran rendimiento y ultrarresistentes: las turbinas BLACKLINE, fabricadas en fibra de carbono moldeado al vacío, definen un nuevo estándar tecnológico.

Tres veces más ligera que el titanio, la fibra de carbono confiere a las turbinas una robustez extrema. Las turbinas BLACKLINE resisten a 10.000 ciclos de desgaste y a repetidas esterilizaciones sin que quede ningún rastro de ello. Incorporan asimismo la fantástica iluminación DUALOOK LED y el sistema ACCU-SPRAY, que garantiza una nebulización ultraprecisa y un rendimiento óptimo.

Turbinas Bien-Air BLACKLINE. Reevalúe sus exigencias.



## Fichas técnicas



Figura 20



Figura 21



Figura 22

Figura 23



**Patrocinado por:**  
Centro i<sup>2</sup> Implantología  
C/ Diego de León, 11. Madrid  
[www.i2-implantologia.com](http://www.i2-implantologia.com)