

Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento

Gingival recession. Diagnosis and treatment

GARCÍA-RUBIO A*
BUJALDÓN-DAZA AL**
RODRÍGUEZ-ARCHILLA A***

García-Rubio A, Bujaldón-Daza AL, Rodríguez-Archilla A. *Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. Av Periodon Implantol.* 2015; 27, 1: 19-24.

RESUMEN

Introducción: La recesión gingival localizada es un problema de salud bucodental fundamental porque su progresión conduce a la pérdida dentaria.

Discusión: El criterio de actuación será controlar periodontalmente al paciente para asegurar un adecuado control de placa de las zonas más susceptibles a presentar la recesión.

PALABRAS CLAVE: Índice de placa, índice de sangrado, profundidad de sondaje, recesión gingival.

SUMMARY

Introduction: The localized gingival recession is a fundamental problem of oral health because its progression leads to the dental loss.

Discussion: The criterion of acting will be to control periodontally the patient to ensure an adequate plaque's control of the areas that are more likely to develop the recession.

KEY WORDS: Dental plaque index, gingival recession, periodontal index, periodontal pocket.

Fecha de recepción: 12 de marzo 2014.

Fecha de aceptación: 15 de septiembre 2014.

INTRODUCCIÓN

La recesión gingival está caracterizada por el desplazamiento del margen gingival apicalmente desde la unión cementoamantina o desde la localización anterior de este límite en la cual las restauraciones han distorsionado la forma o apariencia de esta unión. La recesión gingival puede ser localizada o generalizada y estar asociada con una o más superficies (1). La exposición radicular resultante no es estéticamente agradable y podría conducir a sensibilidad y caries radicular.

Desde que la presentación de la recesión gingival varía ampliamente en la población se han establecido sistemas de clasificación para describirla mejor (2).

El *Índice de Recesión* fue introducido por Smith (1). La recesión es codificada con dos dígitos separados por un guión, y la letra prefijada F o L indica que la rece-

sión afecta a la parte facial o lingual del diente. Si aparece un asterisco quiere decir que hay implicación de la unión mucogingival.

Los dígitos describen los componentes horizontal y vertical de una recesión situados en ese orden. El componente horizontal se expresa como un valor numérico completo (rango de 0 a 5) dependiendo de qué proporción de la unión cementoamantina está expuesta en las partes facial o lingual del diente entre los puntos mesial y distal.

El segundo dígito del Índice de Recesión da la extensión vertical de la recesión medida en milímetros (rango de 0 a 9).

Este índice es usado principalmente en estudios epidemiológicos cruzados y longitudinales para describir la prevalencia, incidencia, severidad y etiología de

* Odontólogo. Servicio Andaluz de Salud.

** Posgrado de Periodoncia. Universidad Complutense de Madrid.

*** Medicina Bucal. Departamento de Estomatología. Universidad de Granada.

la recesión gingival. Clínicamente, la clasificación de Miller (3) es probablemente la más usada de forma común para describir la recesión gingival; según la cual se establecen las siguientes clases:

- **Clase I:** Recesión de los tejidos marginales que no alcanza la línea mucogingival.
- **Clase II:** Recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival sin pérdida de inserción periodontal (hueso o tejidos blandos) en el área interdental.
- **Clase III:** Recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival con pérdida de la inserción periodontal en el área interdental o mala posición dentaria.
- **Clase IV:** Recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival con pérdida severa de hueso o tejido blando en el área interdental y/o severa malposición dental.

Muchos autores han intentado explicar el fenómeno de la recesión gingival. Hay una teoría de que el margen gingival, más que retraerse apicalmente, podría permanecer estático mientras el diente se mueve oclusalmente por la erupción o extrusión y deja la unión cemento-adamantina separada del margen gingival. Aunque esta explicación parece poco probable. En los estudios en los que los dientes fueron extruidos a propósito, la sujeción epitelial permaneció en la misma posición en el diente (4). Además algunos dientes muy erupcionados no tienen recesión gingival y en muchos casos en los que los dientes están en oclusión la extensión de la recesión gingival excede cualquier posible erupción. Por tanto, la teoría de la "supererupción" con recesión gingival no proporciona ninguna prueba de que la supererupción conduzca a la recesión, así que se deben buscar otros factores como etiología primaria.

Muchas personas pueden tener recesión gingival generalizada sin darse cuenta. Sin embargo a otras personas la recesión les produce ansiedad por varias razones como la pérdida dental, hipersensibilidad dental o por estética (1).

La aparición y severidad de la recesión gingival puede verse condicionada por diversos factores. Entre estos destacan:

- **Edad:** Albandar y Kingman estudiaron la prevalencia de la recesión gingival entre individuos de treinta a noventa años de edad. A partir de una muestra de 9.689 individuos calcularon que 23,8 millones de personas tienen una o más superficies dentales con recesión gingival de tres milímetros o más. Además, la prevalencia de la recesión de un milímetro o más

era del 58% en los individuos de treinta años o más y aumentaba con la edad. La recesión gingival era mayor en los hombres afroamericanos que en las mujeres y que en otros grupos étnicos. La recesión era más prevalente y severa en las superficies bucales que en las interproximales de los dientes (5).

- **Factores anatómicos:** Los factores anatómicos que se han relacionado con la recesión son la fenestración y dehiscencia del hueso alveolar, posición anormal del diente en el arco, patrón aberrante de erupción y forma del diente. Todos estos factores anatómicos están interrelacionados y podrían resultar en un hueso alveolar más delgado que el normal y que podría ser más susceptible a la reabsorción (6).
- **Factores fisiológicos:** Podría incluirse el movimiento de los dientes a posiciones fuera del hueso alveolar labial o lingual produciendo la formación de la dehiscencia (7).
- **Factores patológicos:** Un estudio con ratas demostró un posible mecanismo de recesión gingival mostrando que la pérdida de inserción era el resultado de procesos inflamatorios localizados en el tejido conectivo con la acumulación de células mononucleares. También se sugirió que la inflamación podría persistir subclínicamente y por tanto no puede ser eliminada como un factor en la recesión (8, 9).
- **Trauma:** Además de los factores patológicos pueden jugar un papel en la etiología de la recesión varias formas de trauma tales como cepillado dental enérgico, inserción aberrante del frenillo, daño oclusal, procedimientos operatorios y tabaco de mascar. También se ha descrito un caso inusual de recesión gingival secundaria a un trauma inducido por un piercing labial inferior (10).
- **Higiene:** En un estudio epidemiológico, la recesión gingival fue positivamente correlacionada con la frecuencia del cepillado dental (11). La recesión sucede más frecuentemente en los pacientes que tienen una buena higiene oral (12, 13). O'Leary y otros colaboradores encontraron que la recesión se incrementaba dos años después de las instrucciones de higiene oral (13).
- **Inserción aberrante del frenillo:** También se ha considerado la inserción aberrante del frenillo como una causa de recesión localizada pero la evidencia no es considerable. Algunos estudios no encontraron ninguna correlación (14, 15) y otros sí (16).

El tratamiento de estas lesiones tiene siempre dos fases: el tratamiento etiológico y el tratamiento restaurador.

El tratamiento etiológico busca eliminar o corregir los factores predisponentes, como el cepillado traumático, la inflamación asociada a placa, otros factores iatrogénicos, etc. Tras esta fase etiológica se debe realizar una reevaluación donde se realizará un examen clínico de los tejidos evaluando el estado de salud de estos tejidos, la presencia de síntomas por parte del paciente y la decisión de realizar o no el tratamiento quirúrgico correctivo.

El factor determinante para valorar el pronóstico de una técnica de cobertura radicular es la posición del tejido interproximal, de forma que, si se observa pérdida de altura de las papilas interdentarias en el diente a tratar, nunca se podrá conseguir una cobertura radicular completa (17).

Las indicaciones de tratamiento de las recesiones gingivales localizadas mediante cirugía plástica periodontal son habitualmente las siguientes:

- Indicación estética demandada por el paciente.
- Recesión progresiva (se ha constatado su evolución en el tiempo).
- Hiperestesia dentinaria o sensibilidad gingival.
- Lesión cariosa superficial de la superficie radicular.

Los tratamientos quirúrgicos cuyo objetivo es el tratamiento de las recesiones gingivales localizadas se clasifican en los siguientes:

- **Injertos de tejido conectivo subepitelial:** Esta técnica quirúrgica es considerada en la actualidad como el camino más efectivo para la obtención de una cobertura radicular predecible con un alto nivel cosmético. Esta técnica combina un colgajo que recubre el injerto y un lecho vascular asegurando así la nutrición del injerto. Esta técnica consigue el recubrimiento radicular con gran predictibilidad (18, 19). Las molestias y complicaciones postoperatorias de la zona donante disminuyen con respecto al injerto gingival libre. Presenta la ventaja de que a veces se puede obtener el tejido conectivo sobrante de una cirugía de reposición apical convencional.
- **Injertos de encía libre:** Aunque el injerto de encía libre no es rutinariamente utilizado como el tratamiento de elección para los procedimientos de cobertura radicular, alguna regeneración periodontal ha sido descrita con esta técnica (20).
- **Colgajos pediculados:** Claramente, si los tejidos son adecuados y el incremento de la encía queratinizada no es un logro de la cirugía, los procedimientos de colgajos pediculados sin un injerto son una opción de tratamiento seria.

- **Regeneración tisular guiada:** Técnicamente se demanda la Regeneración Tisular Guiada y cuando se ejecuta correctamente se puede conseguir una regeneración periodontal importante (21-23).

Para más resultados respecto al recubrimiento radicular usando una variedad de técnicas quirúrgicas, se puede recurrir al documento publicado por Pagliaro et al. Este artículo presenta, en formato de tabla, los resultados de noventa estudios durante un periodo de treinta años (24).

DISCUSIÓN

La recesión gingival es un efecto indeseable de la exposición de la superficie radicular. Suele tener un efecto antiestético y puede conducir al desarrollo de sensibilidad dental, una mayor predisposición a la abrasión y a la caries radicular (25). Es un problema oral muy frecuente que afecta al 88% de los sujetos mayores de 65 años y al 50% de la población entre los 18 y los 64 años. La presencia y extensión de la recesión gingival aumenta con la edad. Entre los factores clásicamente relacionados con la recesión gingival se encuentran: el trauma, el sexo, los dientes malposicionados, la inflamación y el consumo de tabaco. Esta recesión aparece en sujetos tanto con buena como con deficiente higiene oral. Se piensa que la recesión gingival tiene una etiología multifactorial en la que se ven implicados factores anatómicos, fisiológicos y patológicos. La recesión es más frecuente en las superficies bucales o vestibulares de los dientes (26).

Numerosos autores han establecido criterios de actuación dependiendo de muchos factores. Así cuando no se presenta recesión pero sí carencia de encía insertada, los autores prefieren tomar la decisión de su actuación en virtud de la necesidad de otros tratamientos que tenga el diente. Si no va a ser sometido a ningún tratamiento la indicación sería vigilar periódicamente la evolución del tejido. En caso de que el diente fuese a ser sometido a prótesis fija con márgenes intracreviculares u ortodoncia se preconiza la necesidad de realizar técnicas que nos permitan aumentar la cantidad de encía insertada para que haya unos 5 mm de encía queratinizada (27). Aunque hay otros autores que consideran más determinante el grosor que la altura para mantener estable el tejido marginal (28).

Lang y Løe (29) estudiaron la cantidad mínima que se necesitaba de encía queratinizada compatible con la salud gingival. Los autores sugirieron que se necesita-

ba un mínimo de 2 mm para mantener una adecuada salud. Pero estudios longitudinales más recientes (7, 30) demostraron que la recesión de tejido blando no es mayor en las superficies vestibulares de dientes con una mínima cantidad de encía que en los que tienen una banda ancha. Lo que sí parece darse es mayor frecuencia de síntomas inflamatorios como enrojecimiento e inflamación. Dichos resultados también son similares en estudios realizados con implantes (31). En diversos estudios con implantes se ha demostrado que la colocación inmediata está asociada con una mayor frecuencia de recesión gingival en comparación con los que se colocan tras un periodo postextracción (32). Lo que parece demostrar que no hay una regla básica para decidir qué cantidad de encía insertada se necesita sino que el factor determinante será la capacidad de controlar la placa bacteriana en dichas localizaciones por el paciente.

Cuando se va a realizar tratamiento de ortodoncia y hay escasez de encía insertada muchos autores han abogado por realizar injertos profilácticos que a día de hoy están en entredicho debido a la predictibilidad que presentan las técnicas de recubrimiento y ganancia de encía a posteriori. Los estudios parecen demostrar que una cantidad mínima de encía es capaz de resistir los movimientos de ortodoncia. Ahora bien si dicho movimiento es probable que produzca una dehiscencia es posible que se provoque una recesión, pero sin relación con que la cantidad de encía sea mínima (33). En estos casos el criterio del periodoncista debe decidir la necesidad de realizar el tratamiento en virtud del tipo de movimiento que se va a realizar. Teniendo en cuenta que el mayor riesgo de recesión se da en movimientos a vestibular de los incisivos inferiores y premolares inferiores.

Si la recesión está presente ya, se recomienda seguimiento en caso de que no se presente sensibilidad dentinaria, sin inflamación, que no suponga un problema estético para el paciente y que durante el seguimiento no progrese dicha recesión.

En cambio si aumenta alguna de sus dimensiones, hay sensibilidad severa que no responde a tratamiento con desensibilizantes, existiendo también inflamación (el sangrado al sondaje es un factor determinante para evaluar el riesgo de pérdida de inserción en dichas localizaciones) o el paciente demanda un resultado estético el tratamiento indicado sería realizar la cirugía mucogingival (27).

El consenso actual es la no justificación de una cirugía para aumentar la cantidad de encía para mantener la

salud periodontal y prevenir la aparición de recesiones. Así uno de los principales objetivos de la cirugía mucogingival quedaría reducido al recubrimiento de la recesión radicular ya existente. Trauma por cepillado e inflamación son las principales causas de recesión. Ambas pueden ser controladas con un adecuado programa de mantenimiento periodontal. De cualquier modo es fundamental entender que las técnicas de recubrimiento radicular así como de ganancia de encía insertada son técnicas predecibles, aplicables en nuestras consultas de una manera estandarizada, y sabiendo que el factor crucial para el éxito del tratamiento será un adecuado programa de mantenimiento ajustado a los factores de riesgo que presente el paciente. El tabaco puede influir negativamente en la reducción de la recesión gingival y en el nivel de ganancia de inserción clínica. Adicionalmente, es más probable que los fumadores alcancen un menor porcentaje de localizaciones con cobertura radicular completa (34). El éxito del recubrimiento radicular estará determinado por el grado de afectación del hueso interproximal y es factible conocer de antemano las posibilidades de recubrimiento dependiendo de la clasificación de la recesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith RG. Gingival recession: reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. *J Clin Periodontol* 1997;24:201-5.
2. Rotundo R, Mori M, Bonaccini D, Baldi C. Intra- and inter-rater agreement of a new classification system of gingival recession defects. *Eur J Oral Implantol* 2011;4: 127-33.
3. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5: 9-13.
4. Kajiyama K, Mukarakamai T, Yokota S. Gingival reactions after experimentally induced extrusion of the upper incisors in monkeys. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1993;104:36-47.
5. Albandar JM, Kingman A. Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States 1988-1994. *J Periodontol* 1999;70:30-43.
6. Richman C. Is gingival recession a consequence of an orthodontic tooth size and/or tooth position discrepancy? "A paradigm shift". *Compend Contin Educ Dent* 2011; 32:62-9.

7. Wennström JL, Lindhe J, Sinclair F, Thilander B. Some periodontal tissue reactions to orthodontic tooth movement in monkeys. *J Clin Periodontol* 1987;14:121-9.
8. Baker DL, Seymour GJ. The possible pathogenesis of gingival recession: a histological study of induced recession in the rat. *J Clin Periodontol* 1976;3:208-19.
9. Thunell DH, Tymkiw KD, Johnson GK, Joly S, Burnell KK, Cavanaugh JE, et al. A multiplex immunoassay demonstrates reductions in gingival crevicular fluid cytokines following initial periodontal therapy. *J Periodontol Res* 2010;45:148-52.
10. Özkavaf A, Berberoglu A, Yamalik N. An unusual cause of gingival recession: oral piercing. *J Periodontol* 2000;71:1767-9.
11. Vehkalahti M. Occurrence of gingival recession in adults. *J Periodontol* 1989;60:599-603.
12. Gorman WJ. Prevalence and etiology of gingival recession. *J Periodontol* 1967;38:316-22.
13. O'Leary TJ, Drake RB, Crump PP, Allen MF. The incidence of recession in young males: a further study. *J Periodontol* 1971;42:264-7.
14. Trott JR, Love B. An analysis of localized gingival recession in 766 Winnipeg High School Students. *Dent Pract Dent Rec* 1966;16:209-13.
15. Powell RN, McEniery TM. Disparities in gingival height in the mandibular central incisor region of children aged 6-12 años. *Community Dent Oral Epidemiol* 1981;9:32-6.
16. Stoner JE, Mazdyasna S. Gingival recession in the lower incisor region of 15-year-old subjects. *J Periodontol* 1980;51:74-6.
17. Chambrone L, Faggion CM Jr, Pannuti CM, Chambrone LA. Evidence-based periodontal plastic surgery: an assessment of quality of systematic reviews in the treatment of recession-type defects. *J Clin Periodontol* 2010;37:1110-8.
18. Chambrone L, Chambrone D, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller Class I and II recession-type defects? *J Dent* 2008;36:659-71.
19. Ahathya RS, Deepalakshmi D, Ramakrishnan T, Ambalavanan N, Emmadi P. Subepithelial connective tissue grafts for the coverage of denuded root surfaces: a clinical report. *Indian J Dent Res* 2008;19:134-40.
20. Pasquinelli KL. The histology of new attachment utilizing a thick autogenous soft tissue graft in an area of deep recession: a case report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1995;15:248-57.
21. Vincenzi G, De Chiesa A, Trisi P. Guided tissue regeneration using a resorbable membrane in gingival recession-type defects: a histologic case report in humans. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1998;24:33.
22. Cortellini P, Clauser C, Prato GP. Histologic assessment of new attachment following the treatment of human buccal recession by means of a guided tissue regeneration procedure. *J Periodontol* 1993;64:387-91.
23. Parma-Benfenati S, Tinti C. Histologic evaluation of new attachment utilizing a titanium-reinforced barrier membrane in a mucogingival recession defect. A case report. *J Periodontol* 1998;69:834-9.
24. Pagliaro U, Nieri M, Franceschi D. Evidence-based mucogingival therapy. Part 1: A critical review of the literature on root coverage procedures. *J Periodontol* 2003;74:709-40.
25. Matas F, Sentis J, Mendieta C. Ten-year longitudinal study of gingival recession in dentists. *J Clin Periodontol* 2011;38:1091-8.
26. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc.* 2003;134:220-5.
27. Fombellida F, Martos F. Cirugía Mucogingival. *Team Work Media España* 2004;8:241-88.
28. Ericsson I, Lindhe J. Recession in sites with inadequate width of the keratinized gingiva. An experimental study in the dog. *J Clin Periodontol* 1984;11:95-103.
29. Lang N, Löe H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. *J Periodontol* 1972;43:623-7.
30. Kennedy JE, Bird WC, Palcanis KG, y cols. A longitudinal evaluation of varying widths of attached gingiva. *J Clin Periodontol* 1985;12:667-75.
31. Lekholm U, Adell R, Lindhe J, Branemark P, Ericsson B, Rockler B, et al. Marginal tissue reactions at osseointegrated titanium fixtures. A cross-sectional retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986;15:53-61.

32. Chen ST, Buser D. Clinical and esthetic outcomes of implants placed in postextraction sites. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009;24:186-217.
33. Steiner G, Pearson J, Ainamo J. Changes of the marginal periodontium as a result of labial tooth movement in monkeys. *J Periodontol* 1981;52:314-20.
34. Chambrone L, Chambrone D, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. The influence of tobacco smoking on the outcomes achieved by root-coverage

procedures: a systematic review. *J Am Dent Assoc* 2009; 140:294-306.

CORRESPONDENCIA

Antonio García Rubio
Avenida de la Estación, 23, 4º 1
04005 Almería

Correo electrónico: antgarrub@gmail.com