

Recesiones gingivales profundas tratadas con injerto de tejido conectivo y derivado de matriz de esmalte

Gingival recessions treated coronally with connective tissue graft and enamel matrix derivative

Resumen

El objetivo de esta presentación es mostrar 5 casos clínicos de recesiones profundas de 6 a 8 mm, y 4 recesiones adyacentes de 3 a 4 mm, tratadas con la combinación de colgajo desplazado coronario, injerto de tejido conectivo y proteínas de matriz de esmalte (Emdogain).

A los 18 meses después del tratamiento se observa cobertura radicular total de las recesiones profundas y adyacentes.

PALABRAS CLAVE: *recesión gingival, colgajo desplazado coronario, injerto de tejido conectivo, proteínas de matriz de esmalte.*

Summary

The aim of this article is to show five clinical cases of deep gingival recessions from 6 to 8 mm and four adjacent recessions from 3 to 4 mm, treated with a combination of coronally advance flap, connective tissue graft and enamel matrix derivative (Emdogain).

Eighteen months after treatment, complete root coverage of both deep and adjacent recessions can be observed.

KEY WORDS: *gingival recession, coronally advance flap, connective tissue graft, enamel matrix derivative.*

MIGUES,
DARÍO*

CIZZA,
NORMA**

* *Profesor Titular,
Clínica Integral Adultos,
Escuela de Odontología
USALIAOA, Argentina.*

* *Práctica privada.*

Introducción

La demanda de odontología estética en adultos ha incrementado en la última década la necesidad de tratamiento gingival en adultos como consecuencia de la complementación en el diagnóstico y tratamiento periodontal-ortodóncico-restaurador. Situaciones clínicas que no eran consideradas en el pasado, como consecuencia de la imposibilidad de abordarlas con técnicas y materiales adecuados, han comenzado a ser tratadas en forma rutinaria.¹

Una de las pautas estéticas para la obtención de una sonrisa es la simetría, específicamente el paralelismo de los planos incisal y gingival. Es por ello que, con ese objetivo, se han desarrollado técnicas de recubrimiento radicular.²

Además, la exposición de la superficie radicular trae aparejada inconvenientes en la correcta higiene de la zona afectada, con el consecuente aumento en las probabilidades de caries, erosión química o mecánica e hipersensibilidad.³

El recubrimiento total de la zona radicular expuesta con tejido gingival, con o sin técnica de regeneración tisular, aparece como la alternativa más estética y natural.⁴

Entre las técnicas más utilizadas para la obtención de recubrimiento radicular pueden mencionarse el colgajo reposicionado lateral, el colgajo de doble papila, el colgajo desplazado coronario, los injertos libre y de tejido co-

nectivo, las técnicas de regeneración tisular guiada con membranas reabsorbibles y no reabsorbibles, con el agregado de tratamientos aditivos, como el agregado de proteínas de matriz de esmalte (EMD).⁵

El recubrimiento de recesiones a través de las técnicas de colgajo doble pediculado y colgajo desplazado coronario genera un alto índice de éxito en recesiones de tipo I y II de Miller. Se han usado desde hace muchos años, mostrando resultados clínicos satisfactorios. El porcentaje de cobertura radicular es del 83% y del 91% asociado con injerto de tejido conectivo.⁶

La utilización del injerto de tejido conectivo, que recibe aporte sanguíneo del colgajo que lo recubre y del periostio subyacente, mejora sustancialmente la predictibilidad a largo plazo, debido al aumento del espesor del tejido blando y del ancho de encía queratinizada. Su utilización es fundamental en situaciones clínicas con biotipos periodontales finos.⁷

La predictibilidad de todas las técnicas disminuye cuando la profundidad de la recesión supera los 5 mm y el pronóstico se torna incierto.⁵ Las razones de esta baja en la tasa de éxito se explican en:

- disminución de la superficie de apoyo del injerto sobre tejido conectivo subyacente, con menor aporte sanguíneo del colgajo,

Fecha de recepción:
Febrero 2010

Fecha de aceptación y versión final:
Marzo 2010

- aumento de la tensión del colgajo,
- imposibilidad de cubrir totalmente el injerto de conectivo.

En los últimos años se ha informado de la utilización con éxito del derivado de matriz de esmalte (EMD, Emdogain), en combinación con las técnicas descritas, como medio complementario para aumentar la inserción clínica. No es bien conocido el efecto específico, pero se supone que induce la regeneración de las estructuras periodontales a través de un mecanismo similar al del desarrollo en el folículo dentario, promoviendo la aposición de nuevo cemento sobre la superficie radicular y dando mayor estabilidad a los tejidos insertados sobre esa estructura. Algunos estudios clínicos han mostrado pruebas histológicas y clínicas de regeneración periodontal tras el tratamiento con Emdogain.

Además, la utilización de EMD disminuye los tiempos de cicatrización de los tejidos afectados. Parecería que la matriz de proteínas de esmalte en combinación con el colgajo desplazado coronario mejoraría los resultados postoperatorios.⁸

El recubrimiento total de la zona radicular expuesta con una combinación de técnicas quirúrgicas modificadas y matriz de proteínas de esmalte aparece como la alternativa más predecible, frente a otras opciones restauradoras.⁹⁻¹⁷

El objetivo de esta presentación es mostrar casos clínicos tratados con la combinación de colgajo desplazado coronario, injerto de tejido

conectivo y derivado de matriz de esmalte para cubrir recesiones gingivales profundas, en clase Miller I y II.¹⁸

Casos clínicos

Se presentan 9 recesiones gingivales, distribuidas en 5 recesiones profundas de 6 a 8 mm y 4 recesiones adyacentes poco profundas de 3 a 4 mm, clases Miller I y II, en pacientes de 21 a 30 años de edad, con buena salud general y no fumadores.

Previamente recibieron instrucciones para mantener una higiene bucal adecuada.

El día de la cirugía se tomaron los siguientes parámetros clínicos:

- Altura de recesión, medida desde la línea amelocementaria al borde gingival.
- Profundidad de sondaje, distancia entre el borde gingival y el fondo del surco.
- Ancho de encía queratinizada, distancia entre el margen gingival y la línea mucogingival.

Todas las medidas fueron tomadas con sonda periodontal (Hu-Friedy KM0805).

Técnica quirúrgica

Caso 1

Paciente de sexo femenino, de 21 años, presenta dos recesiones contiguas en 1.3, clase Miller II, y 1.4, clase Miller I, altura de recesión de 7 y 3 mm, profundidad de sondaje de 1 y 2 mm y ancho de encía queratinizada de 2 y 4 mm respectivamente (Cuadro I).

Se observa el aspecto preoperatorio (Fig. 1) y medida de la recesión con sonda (Fig. 2).

Se realiza raspaje y alisado manual, suave, de la superficie radicular con curetas, antes de levantar el colgajo.¹⁹

Con anestesia local se practica una incisión intracrevicular a 0,5 mm del borde, extendiéndose dos piezas por mesial y distal, sin incisiones verticales, para mantener el mayor aporte sanguíneo (Fig. 3). Luego se levanta un colgajo

CUADRO I. CLASIFICACIÓN DE MILLER

Clase I	La recesión no se extiende a la línea mucogingival.
Clase II	La recesión se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival.
Clase III	Igual que clase II más pérdida parcial de papila.
Clase IV	Igual que II más severa pérdida de papila.



Fig. 1: Preoperatorio 1.3-1.4.



Fig. 2: Preoperatorio medida con sonda.



Fig. 3: Incisión intracrevicular.

de espesor total hasta la línea mucogingival y se retira el collar de tejido gingival del margen (Fig. 4).^{9,20}

Se continúa apicalmente con un colgajo de espesor parcial, separando epitelio y conectivo del músculo y el periostio, hasta que el colgajo puede ser posicionado al nivel de la línea amelocementaria (Fig. 5).²¹⁻²³

Se comprueba que el colgajo, desplazado en la línea amelocementaria, se adapta pasivamente, sin tensión (Fig. 6).

Luego se procede a obtener un injerto de tejido conectivo del paladar con la técnica de una incisión palatina única, de tipo I (Fig. 7).^{4,24,25}

Se realiza sutura continua del paladar con una sutura de USP 5-0 / EP 1.

Las raíces expuestas se tratan con 24% EDTA gel (PrefGel #) por 2 minutos, se lavan abundantemente con solución salina estéril y se mantienen secas (Fig. 8).

Se aplica el derivado de la matriz de esmalte (Emdogain #) cubriendo completamente las superficies radiculares expuestas y previamente acondicionadas (Fig. 9).

A continuación se ubica el injerto de tejido conectivo sobre las raíces preparadas y se sutura al periostio subyacente y las papilas palatinas con sutura reabsorbible de ácido poliglicólico USP 5-0 Nylon (Fig. 10).

Se aplica nuevamente el derivado de la matriz de esmalte (Emdogain #) en el intersticio entre la superficie radicular y el injerto de tejido conectivo (Fig. 11).

Seguidamente, con sutura no reabsorbible USP 6-0 Nylon se sutura el colgajo doble pediculado, se desplaza coronalmente y se completa la sutura (Fig. 12).^{21,26,27}

Se agrega más Emdogain.

Se dan indicaciones postoperatorias que consisten en amoxicilina 500 mg e ibuprofeno 400 mg



Fig. 4: Colgajo de espesor total.



Fig. 5: Colgajo de espesor parcial.



Fig. 6: Desplazamiento coronario del colgajo, sin tensión.

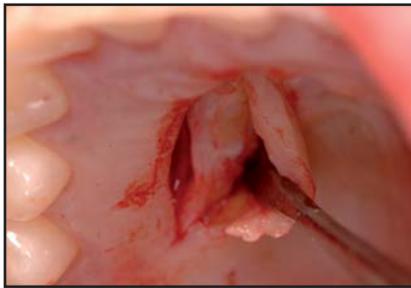


Fig. 7: Obtención de injerto del paladar.



Fig. 8: Acondicionamiento de la superficie radicular con PrefGel.



Fig. 9: Superficie radicular acondicionada para recibir EMD.



Fig. 10: Injerto de tejido conectivo suturado.



Fig. 11: Nueva colocación de EMD.



Fig. 12: Colgajo desplazado coronario y suturado.



Fig. 13: Posoperatorio 6 meses.



Fig. 14: Posoperatorio 18 meses.

cada 8 horas durante 5 días y enjuagatorios con clorhexidina 2 veces por día durante 20 días, cuando se retire la sutura. Se indica la utilización de cepillo dental extrasuave postquirúrgico en los 45 días siguientes.

En el control a los 6 meses se observa cobertura total para ambas piezas (Fig. 13).

A los 18 meses (Fig. 14) se mantiene la cobertura total de las raíces expuestas con tejido sano y la evaluación clínica muestra una mejora de todos los parámetros. Profundidad de sondaje 1 mm para ambas piezas y ancho de encía queratinizada de 7 mm para el 1.3 y de 6 mm para 1.4 (Cuadro II).

Caso 2

Paciente de sexo femenino, 22 años, buena salud general, no fumadora. Presenta en la pieza 2.3, clase Miller II, una recesión profunda de 7 mm, profundidad de sondaje 1 mm y 2 mm de ancho de encía queratinizada. Se realiza el mismo procedimiento descrito en el caso 1.



Fig. 15: Preoperatorio 2.3.



Fig. 16: Posoperatorio 18 meses.

CUADRO II. PARÁMETROS CLÍNICOS								
Casos	Pieza	Alt Rec mm		Cob Rad mm/%	PS mm		AEQ mm	
		Inicio	18 M		Inicio	18 M	Inicio	18 M
1	1.3	7	0	7/100	1	1	2	7
	1.4	3	0	3/100	2	1	4	6
2	2.3	7	0	7/100	1	1	2	6
3	3.3	6	0	6/100	2	1	0,5	6
	3.4	3	0	3/100	1	1	2	4
4	1.3	8	0	8/100	2	1	2	7
	1.4	4	0	4/100	1	1	4	6
5	2.3	7	0	7/100	1	1	1	7
	2.4	4	0	4/100	1	1	2	8

Alt Rec: Altura Recesión; Cob Rad: Cobertura Radicular; PS: Profundidad Sondaje; AEQ: Ancho Encía Queratinizada; I: Inicial

Aspecto precirugía (Fig. 15) y control a los 18 meses (Fig. 16), donde se puede observar que la recesión está completamente cubierta y mejoraron todos los parámetros clínicos (Cuadro II).

Caso 3

Paciente de 21 años, de sexo femenino, no fumadora, con buena salud general. Presenta dos recesiones contiguas en 3.3, clase Miller II, y 3.4, clase Miller I, altura de recesión de 6 y 3 mm, profundidad de sondaje de 2 y 1 mm y ancho de encía queratinizada de 0.5 y 2 mm respectivamente.

Se realiza el mismo procedimiento descrito en el caso 1.



Fig. 17: Preoperatorio 3.3-3.4.



Fig. 18: Posoperatorio 18 meses.

Aspecto de las recesiones precirugía (Fig. 17) y en el control a los 18 meses (Fig. 18). Se observa cobertura total de las recesiones y una mejora de todos los parámetros clínicos (Cuadro II).

Caso 4

Paciente de sexo masculino, 30 años edad, no fumador, buena salud general. Presenta dos recesiones contiguas en 1.3, clase Miller II, y 1.4, clase Miller I, altura de recesión de 8 y 4 mm, profundidad de sondaje de 2 y 1 mm y ancho de encía queratinizada de 2 y 4 mm respectivamente.

Se realiza el mismo procedimiento descrito en el caso 1.

Aspecto prequirúrgico de las recesiones (Fig. 19) y aspecto que presentan en el control a los 18 meses (Fig. 20). Se observa cobertura total de las recesiones y la evaluación clínica mues-

tra una mejora de todos los parámetros clínicos (Cuadro II).

Caso 5

Paciente de sexo masculino, 32 años edad, no fumador, buena salud general.

Presenta dos recesiones contiguas en 2.3, clase Miller II, y 2.4, clase Miller I, altura de recesión de 7 y 4 mm, ancho de encía queratinizada de 1 y 2 mm respectivamente, profundidad de sondaje de 1 mm para las dos piezas.

Se realiza el mismo procedimiento descrito en el caso 1.

Aspecto preoperatorio (Fig. 21) y control a los 18 meses (Fig. 22), donde se observa cobertura total de las recesiones. La evaluación clínica muestra una mejora en todos los parámetros clínicos (Cuadro II).



Fig. 19: Preoperatorio 1.3-1.4.



Fig. 20: Posoperatorio 18 meses.



Fig. 21: Preoperatorio 2.3-2.4.



Fig. 22: Posoperatorio 18 meses.

Discusión

El contorno gingival debe imitar la línea ameloementaria. La cirugía mucogingival es la primera opción de tratamiento en situaciones donde estas características se han perdido.^{1,28}

Para lograr el éxito a largo plazo, es necesario considerar algunos aspectos de importancia en la elección de la técnica.

La técnica descrita está indicada para la solución de recesiones gingivales profundas, en clase Miller I y II.

La ausencia de incisiones verticales compensadoras asegura buen aporte sanguíneo al colgajo. Su falta se ve compensada por la ampliación del colgajo en piezas vecinas.

Hay una relación directa entre el espesor del colgajo, que debe ser mayor que 0,8 mm, y la reducción de la recesión, cuando se desplaza el colgajo coronariamente para cubrir la recesión.⁷

La división del colgajo en espesor permite el reposicionamiento coronario sin tensión y asegura la cobertura de una porción importante o la totalidad del injerto de conectivo, que se encuentra apoyado sobre la superficie radicular desnuda. Este injerto depende para su nutrición de la superficie de apoyo con el conectivo y de las zonas de conectivo subyacente laterales a la raíz.

El injerto es indispensable para obtener mayor espesor de tejido blando y una banda amplia de encía adherida, porque generalmente el espesor y ancho original de encía insertada son mínimos, lo que conspira contra el mantenimiento del margen a largo plazo.²⁹

Además, el injerto actúa como barrera por volumen en las situaciones en las que haya separación de los bordes de la herida en la zona de unión de la recesión.

El objetivo principal del tratamiento de las recesiones es no solamente conseguir la cobertura completa de la recesión gingival en forma inmediata, sino también, con el uso de EMD, la regeneración de la superficie radicular y la estabilización funcional de los tejidos blandos a largo plazo.⁶

Piloni⁸ mostró que el uso de EMD beneficia el efecto del colgajo desplazado coronario en términos de cobertura radicular, ganancia de inserción clínica y aumenta el ancho de la encía queratinizada.

Carnio¹⁶ evaluó histológicamente la técnica de injerto de tejido conectivo combinado con EMD y los resultados muestran adhesión entre el injerto y la superficie radicular.

Rasperini,¹⁵ en una recesión de 6 mm, también encontró nuevo cemento, evidencia de tejido óseo nuevo y fibras de tejido conectivo anclado en el nuevo cemento.

Berlucchi⁹ trató recesiones gingivales con un colgajo desplazado coronario, injerto de tejido conectivo más proteínas de matriz de esmalte en recesiones de hasta 5 mm. Los resultados

mostraron que esta técnica proporciona resultados clínicos satisfactorios comparables o superiores a otras técnicas.

La combinación de la técnica de colgajo con el uso de EMD (Emdogain) incrementa las posibilidades de aumento de la banda de tejido queratinizado y mejora la cicatrización. En opinión de los autores, la cantidad y calidad de tejido blando a largo plazo mejora con el uso de EMD, disminuyendo la posibilidad de reaparición de la recesión.

Conclusiones

El objetivo primario de la odontología es mantener la salud dental. En situaciones donde ésta se pierde, el segundo objetivo es restaurarla, en lo posible totalmente, generando una rehabilitación que regrese los tejidos lesionados a su situación anterior con una restitución total anatómica y funcional.

La ubicación del margen gingival juega un rol importante en la estética de las piezas dentarias en el sector anterior. Cuando los tejidos gingivales recuperan el estado de salud las discrepancias en el margen gingival generan situaciones estéticas desfavorables.

Existen algunas características anatómicas gingivales que deben estar presentes para complementar la alineación de las piezas dentarias:

- los márgenes de los incisivos centrales al mismo nivel,
- los márgenes de los incisivos centrales al mismo nivel que los caninos y más apical que los incisivos laterales,
- el contorno gingival debe imitar la línea ameloementaria,
- la papila debe llenar el espacio interdentario.³⁰

La adquisición de nuevos conocimientos y entrenamiento en las distintas técnicas quirúrgicas y sus modificaciones, junto con la utilización de nuevos biomateriales, permiten tratar, como en las situaciones clínicas presentadas, recesiones profundas con alto grado de predictibilidad.

Bibliografía

1. McGuire M, Scheyer T, Nevins M, Schupbach P. *Evaluation of Human Recession Defects Treated with Coronally Advanced Flaps and Either Purified Recombinant Human Platelet-Derived Growth Factor-BB with Beta Tricalcium Phosphate or Connective Tissue: A Histologic and Microcomputed Tomographic Examination.* *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2009;29:7-21.
2. Ohyama H, Nagai S, Tokutomi H, Ferfuson M. *Recreating an Esthetic Smile: A Multidisciplinary Approach.* *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2007;27:61-9.
3. Nozawa T, Sugiyama T, Satoh T, Tanaka K, Enomoto H, Ito K. *Injerto de recubrimiento de tejido conjuntivo-hueso con derivado de matriz de esmalte para el tratamiento de la recesión gingival: Informe de un caso.* *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2002;22:557-65.
4. Langer B, Langer L. *Subepithelial Connective Tissue Graft Technique for Root Coverage.* *J Periodontol* 1985; 56:715.

5. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. **Las decisiones estéticas en los recubrimientos radiculares.** *Periodontology* 2000 (Ed Esp), 2002;2:97-120.
6. Spahr A, Haegewald S, Tsoufidou F, Rompola E, Heijl L, Bernimoulin J-P, et al. **Coverage of Miller Class I and II Recession Defects Using Enamel Matrix Proteins Versus Coronally Advanced Flap Technique: A 2-Year Report.** *J Periodontol* 2005;76:1871-80.
7. Baldi C, Pini-Prato G, Pagliaro U, Nieri M et al. **Coronally Advance Flap Procedure for Root Coverage. Is Flap Thickness a Relevant Predictor to Achieve Root Coverage?** *J Periodontol* 1999;70:1077-84.
8. Pilloni A, Paolantonio M, Camargo P. **Root Coverage with a Coronally Positioned Flap Used in Combination with Enamel Matrix Derivative: 18-Month Clinical Evaluation.** *J Periodontol* 2006;77:2031-9.
9. Berlucchi I, Francetti L, Del Fabro M, Testori T, Weinstein R. **Enamel Matrix Protein (Emdogain) in Combination with Coronally Advanced Flap or Subepithelial Connective Tissue Graft in the Treatment of Shallow Gingival Recessions.** *Int J Periodontics Restorative Dent* 2002;22:583-93.
10. McGuire M, Nunn M. **Evaluation of Human Recession Defects Treated with Coronally Advance Flaps and Either Enamel Matrix Derivative or Connective Tissue. Part 1: Comparison of Clinical Parameters.** *J Periodontol* 2003;74:1110-25.
11. McGuire M, Cochran D. **Evaluation of Human Recession Defects Treated with Coronally Advance Flaps and Either Enamel Matrix Derivative or Connective Tissue. Part 2: Histological Evaluation.** *J Periodontol* 2003;74:1126-35.
12. Abbas F, Wennstrom J, Weijden F, Schneiders T, Velden U. **Surgical Treatment of Gingival Recession Using Emdogain Gel: Clinical Procedure and Case Reports.** *Int J Periodontics Restorative Dent* 2003;23:607-13.
13. Maurer S, Leone C. **Use of a Serially Layered, Double Connective Tissue Graft Approach to Enhance Maxillary Anterior Esthetics.** *Int J Periodontics Restorative Dent* 2001;21:497-503.
14. Sato S, Yamada K, Kato T, Haryu K, Ito K. **Treatment of Miller Class III Recessions with Enamel Matrix Derivative (Emdogain) in combination with Subepithelial Connective Tissue Grafting.** *Int J Periodontics Restorative Dentistry* 2006;26:71-7.
15. Rasperini G, Silvestri M, Schenk R, Nevins M. **Clinical and Histological Evaluation of Gingival Recession Treated with a Subepithelial Connective Tissue Graft and Enamel Matrix Derivative (Emdogain): A Case Report.** *Int J Periodontics Restorative Dent* 2000;20:269-75.
16. Carnio J, Camargo P, Kenney E, Schenk R. **Histological Evaluation of 4 Cases of Root Coverage Following a Connective Tissue Graft Combined With an Enamel Matrix Derivative Preparation.** *J Periodontol* 2002;73:1534-43.
17. Gunay H, Dogan S, Geurtsen W. **Harvesting Technique Using a Mucotone and Modified Surgical Procedure for Root Coverage with Enamel Matrix Derivatives With and Without a Connective Tissue Graft.** *Int J Periodontics Restorative Dent* 2008;28:497-507.
18. Miller PD. **A classification of marginal tissue recession.** *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985;5:9-14.
19. Cairo F, Carnevale G, Billi M, Pini Prato G. **Fiber Retention and Papilla Preservation Technique in the Treatment of Infrabony Defects: A Microsurgery Approach.** *Int J Periodontics Restorative Dent* 2008;28:257-63.
20. Bernimoulin JP, Luscher B, Muhlemann HR. **Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after 1 year.** *J Clin Periodontol* 1975;2:1-13.
21. Saletta D, Pini Prato G, Pagliaro U, Baldi C, Mauri M, Nieri M. **Coronally Advance Flap Procedure: Is the Interdental Papilla a Prognostic Factor for Root Coverage?** *J Periodontol* 2001;72:760-766.
22. Muller H, Eger T. **Mucosa masticatoria y fenotipo periodontal: revision.** *Int J Periodontics Restorative Dent* 2002;22:172-83.
23. Tinti C, Parma-Benfenati S. **Vertical Ridge Augmentation: Surgical Protocol and Retrospective Evaluation of 48 Consecutively Inserted Implants.** *Int J Periodontics Restorative Dent* 1998;18:435-43.
24. Reiser G, Bruno J, Mahan P, Larkin L. **The Subepithelial Connective Tissue Graft Palatal Donor Site: Anatomic Considerations for Surgeons.** *Int J Periodontics Restorative Dent* 1996;16:131-7.
25. Liu CH, Wisgold A. **Injertos de tejido conectivo: clasificación del diseño de la incisión desde el lado palatino e informes de casos clínicos.** *Int J Periodontics Restorative Dent* 2002;22:393-9.
26. Harris R. **The Connective Tissue and Partial Thickness Double Pedicle Graft: A Predictable Method of Obtaining Root Coverage.** *J Periodontol* 1992;63:477-86.
27. Harris R. **The Connective Tissue With Partial Thickness Double Pedicle Graft: The Results of 100 Consecutively-Treated Defects.** *J Periodontol* 1994;65:448-61.
28. Mele M, Zucchelli G, Montevecchi M, Checchi L. **Bilaminar Technique in the Treatment of a Deep Cervical Abrasion Defect.** *Int J Periodontics Restorative Dent* 2008;28:63-71.
29. Harris R. **Clinical Evaluation of 3 Techniques to Augment Keratinized Tissue Without Root Coverage.** *J Periodontol* 2001;72:932-8.
30. Kokich VG. **Esthetic: The Orthodontic-Periodontic-Restorative Connection.** *Semin Orthod* 1996;2:21-30.

Dirección del autor
 Montevideo 928, PB
 (1019) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 e-mail: dariomigues@fibertel.com.ar

Nota: artículo original publicado en: <https://raoa.aoa.org.ar>