



COMPARACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE RECESIONES PERIODONTALES DE MILLER Y CAIRO. VENTAJAS Y LIMITACIONES

Autora principal: Jahra Madian Hernández Luna. Estudiante de la Lic. en Odontología. Universidad Mundo Maya. México. hl_madi_99@hotmail.es.

Coautores: Dra. Laura Alonso Domínguez. Dr. José Felipe Frías Velázquez.

Resumen

Introducción: La recesión periodontal también llamada recesión gingival es una de las afecciones que aparece con mayor frecuencia en el periodonto, afecta tanto a la estética como la función de los tejidos que rodean al diente; la que constituye en la actualidad uno de los motivos de visita y gran preocupación por parte de pacientes y profesionales. El éxito del recubrimiento radicular está también en dependencia de la clasificación utilizada, localización de la recesión gingival y en la técnica empleada por lo que se necesita una adecuada información sobre las clasificaciones más usadas en la literatura estomatológica. **Objetivo:** Realizar un análisis comparativo entre las clasificaciones concebidas por los Drs. Miller y Cairo basándonos en sus ventajas y limitaciones. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo en formato de revisión bibliográfica de la literatura. Para la obtención de la bibliografía a analizar se realizaron búsquedas en las bases de datos MEDLINE, SciELO, Sepa. **Resultados:** La clasificación de Cairo supera algunas limitaciones de la de Miller ampliamente utilizada, como la identificación difícil entre las clases I y II, y el uso de "pérdida de hueso o tejido blando" como referencia interdental para diagnosticar una destrucción periodontal en el área interdental. **Conclusión:** Cairo nos propone una nueva clasificación más eficaz para detectar las recesiones gingivales ya que puede ser utilizada para el diagnóstico de la recesión tanto en las superficies vestibulares como las de palatino/ lingual. **Palabras clave:** recesión periodontal, nueva clasificación de las enfermedades periodontales.



I. INTRODUCCIÓN

La recesión periodontal también llamada recesión gingival es una de las afecciones que aparece con mayor frecuencia en el periodonto, afecta tanto a la estética como la función de los tejidos que rodean al diente; la que constituye en la actualidad uno de los motivos de visita y gran preocupación por parte de pacientes y profesionales.¹

Carranza define a la recesión periodontal como la exposición de la superficie radicular por una desviación apical en la posición de la encía.²

La recesión periodontal tiene una prevalencia en Latinoamérica de 81.4% en las edades de 20-49³, en México se presentan en su mayoría por menores de 30 años con un 31% y en los mayores de 60 representan solo un 9% siendo el sexo masculino el que predominó con un 59%⁴. En Cuba se observa en pacientes de 65 años y más con un 50-80% y de 18-64 años para un 50%.⁵

Los factores que pueden influir en la aparición de esta patología son múltiples, por lo que hemos sugerido varios elementos predisponentes:⁶

El impacto del cepillado de dientes: Es el factor mecánico más importante el cual se basa en la duración del cepillado, la fuerza con que se realiza, la frecuencia de cambio, la dureza del cepillo (cerdas) y en la técnica que se realiza.^{6,7}

Los márgenes restauradores cervicales: Los sitios con una encía mínima o nula asociada con márgenes restauradores intrasulculares son más propensos a desarrollar esta patología y aparece la inflamación.⁶

La ortodoncia: Existe la posibilidad de inicio de la recesión periodontal o progresión de esta durante o después del tratamiento de ortodoncia, dependiendo de la dirección del movimiento que realice el ortodoncista; concluyendo que la dirección del movimiento del diente y el grosor buco-lingual de la encía pueden desempeñar un papel importante en la alteración de los tejidos blandos durante el tratamiento de ortodoncia.^{6,8}

Otras condiciones: Existe un grupo de afecciones, que podrían contribuir al desarrollo de recesiones periodontales como la inflamación gingival persistente, posición del frenillo que compromete la higiene oral efectiva y / o deformidades tisulares.⁹

Los elementos para clasificar las recesiones se van a basar según el tratamiento por lo que debemos registrar:



Profundidad de la recesión: Se mide con una sonda periodontal colocada entre el límite amelocementario (LAC) y el margen gingival. Si una recesión es más profunda es menor la posibilidad de una cobertura completa de la raíz.

Espesor gingival: El grosor gingival (GT) <1 mm se asocia con una probabilidad reducida de cobertura de raíz completa cuando se aplican técnicas avanzadas. El GT lo podemos medir con una sonda periodontal detectable a través de los tejidos blandos después de ser insertada en el surco.

Nivel de apego clínico interdental (CAL): Se informa ampliamente que las recesiones asociadas con la integridad del apego interdental tienen el potencial de una cobertura completa de la raíz, mientras que la pérdida de este reduce el potencial de una cobertura completa de la raíz y una pérdida de CAL interdental muy grave afecta esa posibilidad.¹⁰

El éxito del recubrimiento radicular está también en dependencia de la clasificación utilizada, localización de la recesión gingival y en la técnica empleada por lo que se necesita una adecuada información sobre las clasificaciones más usadas en la literatura estomatológica. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis comparativo entre las clasificaciones concebidas por los Drs. Miller y Cairo basándonos en sus ventajas y limitaciones.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en formato de revisión bibliográfica de la literatura con el objetivo de comparar la clasificación de Miller y Cairo en cuanto a las ventajas y limitaciones. Para la obtención de la bibliografía a analizar se realizaron búsquedas en las bases de datos MEDLINE, SciELO, SEPA.

Las palabras claves para la búsqueda fueron recesión periodontal y su clasificación, clasificaciones de recesiones periodontales. Para la investigación se utilizó Google académico y bibliografía relacionada con los temas de investigación. El escenario geográfico fue diverso ya que los artículos provinieron de Europa, América del Sur, El Caribe y Asia.



Las búsquedas se realizaron en los meses comprendidos de noviembre a febrero 2020 incluyendo artículos de los últimos 10 años. Los trabajos consultados fueron en el idioma de español e inglés.

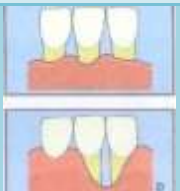
Se obtuvieron 40 artículos; después de analizarlos fueron seleccionados 14 y desechados 26. Los criterios para desechar estos artículos fueron: los documentos revisados que se encontraron desactualizados y que no se ajustaran al tema en cuestión.

III. ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En las ciencias médicas las clasificaciones tienen gran importancia porque constituyen una separación lógica y sistemática, así como organiza los conocimientos acerca de las enfermedades ya sea en el campo clínico, docente e investigativo. ¹

La razón para la existencia de tantas clasificaciones es diversa, algunas muy justificadas por que estas no son mutables al paso del tiempo por tener que incorporar nuevos conocimientos y descubrimientos científicos que se encuentran en constante evolución. Estas motivaciones dieron lugar a una gran gama de clasificaciones¹ como las de Sullivan y Atkins (1968), Mlinek y col (1973), Bengue et Alabama (1983), Smith (1990), Nordland WP y Tarnow DP (1998), Rotundo et al (2011), Kumar y Masamatti (2013)¹¹. En este trabajo nos dedicaremos al análisis de la clasificación de Miller y Cairo por ser las de más referencia de uso en la literatura médica.



	<u>Clasificación de Miller de Recesiones Gingivales (1985)¹²</u>	
Clase I:	Clase I: Recesión de tejido marginal no extendida hasta la unión mucogingival. No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental.	
Clase II:	Recesión del tejido marginal extendida hasta la unión mucogingival o que la excede. No hay pérdida de hueso o de tejido blando interdental.	
Clase III:	Recesión de tejido marginal extendida hasta la unión mucogingival o que la excede. La pérdida de hueso o tejido blando interdental es apical respecto de la conexión cemento-adamantina, pero coronaria respecto de la extensión apical de la recesión de tejido marginal.	
Clase IV:	Recesión de tejido marginal que se extiende más allá de la unión mucogingival. La pérdida de hueso interdental llega hasta un nivel apical en relación con la extensión de la recesión del tejido marginal.	

Ventajas: El Dr. Preston Miller indica un pronóstico para cada clase, éxito de cobertura total en las Clases I y II, en la III solo una cobertura parcial y en la IV no indica cobertura radicular pero sugiere aumentar la banda de encía queratinizada. El tamaño de las papilas, tipo de diente, grado de pérdida del tejido óseo proximal también puede afectar el pronóstico. ¹³

Limitaciones:

- El punto de referencia para la clasificación es la UMG, lo que puede obstaculizar en su identificación y por tanto crea problema en clasificar las clases I y II. Tampoco menciona el tejido queratinizado.
- La clase III y IV no se especifica la cantidad y tipo de pérdida de hueso interdental o tejido duro siendo este un criterio importante en la categoría de las



recesiones se hace una mención, pero no se especifica con exactitud; te da una idea de la severidad.

- En las clases III y IV la recesión se extiende hasta más allá de la UMG con pérdida de hueso interdental y tejido blando apical a la LAC; en los casos que tienen pérdida de hueso interproximal y la recesión no llega a la UMG no se pueden clasificar ni en la I ni en la III.
- Las diferencias entre las clases III y IV están basada en la posición del margen gingival con 2 dientes adyacentes en el caso que este esté perdido es imposible ubicarlas en el tipo de clase.
- Esta clasificación no especifica si es por bucal o lingual la afectación del tejido marginal.
- La recesión de la papila interdental sola no puede ser clasificada porque requiere el uso de un sistema de clasificación adicional.
- La clasificación de la recesión por la zona palatina es un aspecto que no se toma en cuenta porque no tiene el límite de la unión mucogingival.¹³

<u>Clasificación de Cairo de Recesiones Gingivales (2011)</u> ¹⁴		
Tipo 1:	Recesión periodontal sin pérdida de inserción interproximal. La unión cemento esmalte interproximal no es detectable clínicamente en las caras mesial y distal del diente.	
Tipo 2:	Recesión periodontal asociada con las pérdidas de inserción interproximal. La cantidad de pérdida de inserción interproximal es menor o igual a la pérdida de inserción vestibular	
Tipo 3:	Recesión periodontal asociada a la pérdida de inserción interproximal. La cantidad de pérdida de inserción es mayor que la pérdida de inserción vestibular	



Ventajas: Esta clasificación proporciona un método simplificado de categorizar las recesiones gingivales y enfatizando el rol de la papila interdental, la estética que logra alcanzar con las diferentes técnicas quirúrgicas para la cobertura radicular, evalúa el fenotipo periodontal, severidad de la recesión y la presencia de lesiones cervicales para ayudar a la decisión clínica terapéutica. Diagnostica tanto por vestibular como por palatino.

Limitaciones: No tiene en consideración el ancho de la encía adherida, relación del margen gingival, la UMG y la mal posición dentaria los cuales desempeñan un papel muy importante en la toma de decisión para la elección de un correcto tratamiento.

Comparación de la clasificación de Miller y Cairo:

La clasificación de Cairo supera algunas limitaciones de la de Miller ampliamente utilizada, como la identificación difícil entre las clases I y II, y el uso de "pérdida de hueso o tejido blando" como referencia interdental para diagnosticar una destrucción periodontal en el área interdental. Además, se propuso la clasificación de Miller cuando las técnicas de cobertura de la raíz estaban en sus albores y el pronóstico de la cobertura potencial de la raíz en las 4 clases de Miller ya no coincide con los resultados del tratamiento de las técnicas quirúrgicas más avanzadas.

La clasificación del 2011 está orientada al tratamiento para pronosticar el potencial de cobertura de raíz a través de la evaluación de CAL interdental. En la RT1 (Miller Clase I y II) se puede predecir una cobertura de raíz del 100%; RT2 (que se superpone a la clase III de Miller), algunos ensayos clínicos aleatorizados indican el límite de pérdida interdental de CAL dentro del cual se puede predecir una cobertura del 100% de la raíz aplicando diferentes procedimientos; RT3 (solapando la clase IV de Miller) no se puede lograr la cobertura de raíz completa.

Sisalima Jara en su tesis hace un estudio con 388 estudiantes utilizando como método diagnóstico la clasificación de Miller y la de Cairo y se determinó que la prevalencia de las recesiones gingivales fue de 47.21% con el método de Miller y 50.16 % con la de Cairo. Al comparar las prevalencias entre ambos procedimientos de diagnóstico se evidenció que la de Cairo es más eficaz para detectar las recesiones gingivales ya que



puede ser utilizado para diagnosticar esta patología tanto en las superficies vestibulares como en las superficies palatino/ linguales.³

IV. CONCLUSIONES

Cairo nos propone una nueva clasificación más eficaz para detectar las recesiones gingivales ya que puede ser utilizada para el diagnóstico de la recesión tanto en las superficies vestibulares como las de palatino/ lingual basándose en la evaluación del fenotipo gingival, la gravedad de la recesión gingival y las lesiones cervicales asociadas para ayudar al proceso de decisión clínica.

Referencias bibliográficas

1. González Díaz ME. Compendio de Periodoncia 2da. ed. La Habana; Ecimed; 2017.
2. Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Clinical Periodontology 12na ed. St. Louis: Elsevier; 2015.
3. Sisalima Jara J P. Prevalencia de recesiones gingivales mediante la clasificación de Cairo y Miller en estudiantes de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el año 2018. [tesis de grado]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2018.
4. De la Rosa M. Prevalencia de recesiones gingivales, papilas interdentarias, encía queratinizada, frenillos y malposición de piezas dentales en el estado de Nuevo León, México. [tesis de grado]. España: Universidad de Granada; 2011.
5. Sarduy Bermúdez L, Gonzalez Valdés Y, Barreto Fiu E E, Corrales Álvarez M. Tratamiento de las recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. Rev. Medicentro. [Internet].2018; 22(3). [citado 16 marzo del 2020] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000300004.
6. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. Rev. J ClinPeriodontol. [Internet].2018; 45(20):190–198 [citado 16 marzo del 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12948>.
7. Heasman PA, Ritchie M, Asuni A, Gavillet E, Simonsen JL, Nyvad B. Gingival recession and root caries in the ageing population: a critical evaluation of treatments. Rev. J Clin Periodontol.[Internet]. 2017; 44(18):178-193. [citado 16 marzo del 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28266119>.
8. Renkema AM, Navratilova Z, Mazurova K, Katsaros C, Fudalej PS. Gingival labial recessions and the post-treatment proclination of mandibular incisors. Eur J Orthod. [Internet].2015; 37:508–513. [citado 16 marzo del 2020]. Disponible en: https://docksci.com/gingival-labial-recessions-and-the-post-treatment-proclination-of-mandibular-inc_5a79abafd64ab2c1473355c4.html.
9. Castro Rodríguez Y, Grados Pomarino S. Relación entre frenillos labiales y periodonto en una población peruana. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil.



Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana



- Oral.[Internet].2017; 10(1)[citado 5 marzo del 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.09.006>
10. Vargas Casillas AP, Yanez Ocampo CA, Monteagudo Arrieta CA. Periodoncia e implantología [Internet]. México: Editorial Medica Panamericana; 2016 [citado 13 feb 2020] disponible en: <http://www.medicapanamericana.com/Libros/Libros/5712/periodoncia-e-Implantologia.html>
 11. Jain S, Kaur H, Aggarwal R. Classification systems of gingival recession: An update. Rev Indian J Dent Sci. [Internet].2017; 9:52-9. [citado 5 marzo del 2020]. Disponible_en: <http://www.ijds.in on Tuesday, March 07, 2017, IP: 90.153.111.133>.
 12. Bueno Rossy L, Ferrari R, Shibli J. Tratamiento de recesiones y defectos mucogingivales mediante injertos de tejido conjuntivo en piezas dentarias e implantes. Rev. Odontoestomatología. [Internet]. 2015; 17(26). Disponible en:http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392015000200005.
 13. Céspedes Falcón N L. Diferentes técnicas para tratamientos de recesiones gingivales múltiples. [Tesis de grado]. Perú: Universidad Científica del Sur, Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Estomatología; 2016.
 14. Caton, J. G., Armitage, G., Berglundh, T., Chapple, I. L. C., Jepsen, S., Kornman, K. S., Tonetti, M. Un nuevo esquema de clasificación para las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias: Introducción y cambios clave de la clasificación de 1999. [Internet].2017. Disponible en: <https://misimplants.com.mx/especialistas/wp-content/uploads/sites/2/2018/07/PDF-Corregido-Un-nuevo-esquema-de-clasificación-para-las-enfermedades-y-condiciones-periodontales-y-periimplantarias-Introducción-y-cambios-clave-de-la-clasificación-de-1999.pdf>