ACTA BIOCLINICA

Reporte de Caso Clínico

Giraldo-Cueto y Col.

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025

Depósito Legal: PPI201102ME3815

ISSN: 2244-8136

DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

TRATAMIENTO DE RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTE JOVEN CON PERIODONTITIS. REPORTE DE CASO

Giraldo-Cueto Susana[1], Plazas-Roman Jaime[2], Díaz-Caballero Antonio[3]

1. Semillero de investigaciones, Universidad de Cartagena. Colombia. Facultad de odontología, semillero de grupo GITOUC.

2. Odontólogo Universidad de Cartagena, Especialista en Odontopediatría y Ortopedia Maxilar Universidad de Cartagena, Maestría en Bioinformática Universidad Tecnológica de Bolívar. Docente Universidad de Cartagena. Docente Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Seccional Cartagena.

3. Odontólogo Universidad de Cartagena. Especialista en periodoncia universidad javeriana. Magister en educación universitaria del norte. Doctor en ciencias biomédicas Universidad de Cartagena. Docente Universidad de Cartagena. Director grupo de investigación GITOUC.

Recibido: 04/06/2025
Aceptado: 24/06/2025

EMAIL: sgiraldoc@unicartagena.edu.co

CORRESPONDENCIA: Carlos Susana Giraldo Cueto. Facultad de odontología, Universidad de Cartagena. Campus de salud Zaragocilla. Código postal 130015. Cartagena, Bolívar, Colombia, Sur América.

ACTA BIOCLINICA

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025

Reporte de Caso Clínico

Depósito Legal: PPI201102ME3815

Giraldo-Cueto y Col.

ISSN: 2244-8136

DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

RESUMEN

Introducción: Las recesiones gingivales, es un hallazgo muy común que se puede presentar en la práctica clínica, en casos de pacientes con periodontitis, caracterizado por el desplazamiento de la encía hacia la raíz del diente, lo que tiene repercusiones no solo en la estética si no en el correcto funcionamiento de los órganos dentales. Su etiología es multifactorial, y tiene múltiples opciones terapéuticas. **Objetivo:** Evaluar la efectividad del tratamiento quirúrgico con injerto óseo coadyuvante al injerto gingival autólogo en recesión gingival en paciente joven con periodontitis. **Caso clínico:** Paciente femenina de 30 años de edad, con periodontitis estadio II grado A, recesión clase III según Miller en órgano dental 21, sin antecedentes médicos de importancia. Se realizó injerto óseo con hueso particulado, injerto de tejido conectivo con colgajo avanzado coronalmente con diseño trapezoidal, y ferulización de órgano dental 21. **Resultados:** Se logró incremento del tejido queratinizado, armonía de color entre zona injertada y área adyacente, además de excelente cicatrización en ambas áreas. Pequeña zona radicular expuesta en el sitio injertado.

PALABRAS CLAVE (DeCS): Injerto; Periodontitis; Autólogo, Recesión.

ACTA BIOCLINICA

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025

Reporte de Caso Clínico

Depósito Legal: PPI201102ME3815

Giraldo-Cueto y Col.

ISSN: 2244-8136

DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

TREATMENT FOR GINGIVAL RECESSIONS IN YOUNG PATIENTS WITH PERIODONTITIS

ABSTRACT

Introduction: Gingival recessions are a very common finding in clinical practice, particularly in patients with periodontitis. They are characterized by the displacement of the gum towards the tooth root, which has repercussions not only on aesthetics but also on the proper functioning of dental organs. Its etiology is multifactorial, and there are multiple therapeutic options. **Objective:** To evaluate the effectiveness of surgical treatment with bone graft as an adjunct to autologous gingival graft in gingival recessions in young patients with periodontitis. **Case description:** 30-year-old female patient with stage IV grade B periodontitis, Miller class III recession in dental organ 21, with no significant medical history. A bone graft with particulate bone was performed, along with a connective tissue graft with a coronally advanced flap using a trapezoidal design, and splinting of dental organ 21. **Conclusion:** An increase in keratinized tissue was achieved, along with color harmony between the grafted zone and adjacent area, and excellent healing in both areas. Small exposed root area in the grafted site.

KEYWORDS (MeSH): Graft; Periodontitis; Autologous; Recession.

ACTA BIOCLINICA

Reporte de Caso Clínico

Giraldo-Cueto y Col.

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025

Depósito Legal: PPI201102ME3815

ISSN: 2244-8136

DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

INTRODUCCIÓN

Las recesiones gingivales se definen como una alteración en la salud bucal caracterizada por el desplazamiento de la encía hacia la raíz del diente, exponiendo estructuras dentales que normalmente están cubiertas. (1) Esta condición no solo afecta la estética dental, sino que también aumenta la susceptibilidad a la sensibilidad, caries radicular y otros problemas periodontales. (2)

Los estudios epidemiológicos han demostrado que la recesión gingival es un hallazgo común en la práctica clínica diaria, con una prevalencia que oscila entre el 40% y el 100%. Los defectos pueden ser localizados o generalizados, afectando las superficies dentales, labiales, linguales y/o interproximales. (3)

La etiología de las recesiones gingivales es multifactorial, incluyendo técnicas de cepillado inadecuadas, falta de higiene bucal, enfermedades periodontales y factores genéticos predisponentes. La periodontitis, siendo una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial asociada a biofilms dentales disbióticos, frecuentemente presenta recesión gingival como hallazgo clínico. (3)

Aunque la clasificación de Miller ha sido la más utilizada durante décadas, presenta ciertas limitaciones que dificultan un correcto diagnóstico y pronóstico cuando se presentan características clínicas diferentes a las establecidas. Se necesitan más investigaciones para desarrollar nuevos sistemas de clasificación que permitan definir estándares de pronóstico y tratamiento más efectivos. (4)

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025
Depósito Legal: PPI201102ME3815
ISSN: 2244-8136
DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

El manejo inicial de las recesiones gingivales requiere identificar los factores de susceptibilidad y las condiciones modificables del paciente. Las opciones no quirúrgicas incluyen el control óptimo del biofilm, intervenciones conductuales y uso de agentes desensibilizantes. En casos que requieren abordaje quirúrgico, los procedimientos de colgajo y tunelización coronalmente avanzados combinados con injerto de tejido conectivo son las opciones más predecibles. (1)

Cuando existe contraindicación para la extracción de injerto de tejido conectivo del paladar, o si el paciente prefiere evitar cirugía en el sitio donante, el uso de matrices dérmicas acelulares, matrices de colágeno y/o derivados de matriz de esmalte pueden ser alternativas valiosas. (1). En casos con pérdida ósea, los injertos óseos permiten la regeneración periodontal mediante procesos de inflamación, revascularización, osteoinducción, osteoconducción y remodelación. (12)

El objetivo de este documento es evaluar la efectividad del tratamiento quirúrgico con injerto óseo coadyuvante al injerto gingival autólogo en recesiones gingivales en pacientes jóvenes con periodontitis.

La importancia de este artículo radica en presentar las diversas opciones terapéuticas disponibles, considerando las características individuales de cada paciente, para comprender mejor los mecanismos biológicos y optimizar los resultados clínicos.

ACTA BIOCLINICA

Reporte de Caso Clínico

Giraldo-Cueto y Col.

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025

Depósito Legal: PPI201102ME3815

ISSN: 2244-8136

DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

DESCRIPCIÓN DEL CASO. BREVE HISTORIA CLINICA

Paciente femenina de 30 años acude a consulta odontológica manifestando sensibilidad dental e inconformidad estética a nivel del incisivo central superior izquierdo (órgano dentario 21). Durante la anamnesis, la paciente no refiere antecedentes médicos relevantes ni hábitos nocivos que pudieran estar relacionados con su condición periodontal actual. Al examen clínico intraoral se evidencia movilidad dental grado 2 en el OD 21, lo que indica un compromiso moderado del soporte periodontal. Se observa además una recesión gingival clase III según la clasificación de Miller, caracterizada por pérdida de tejido gingival que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival, con pérdida de hueso interdental y/o malposición dental. (11). (Ver figura 1- A). Tras la evaluación periodontal completa, se establece el diagnóstico de periodontitis estadio IV, grado B, según la clasificación de 2018 del World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions.

Tratamiento realizado: En el primer tiempo quirúrgico, se realizó regeneración ósea mediante la aplicación de hueso particulado en el defecto óseo, con el objetivo de incrementar el soporte del diente afectado y mejorar el pronóstico a largo plazo. (Ver figura 2- A). Después se procedió a realizar un injerto de tejido conectivo subepitelial extraído del paladar de la misma paciente. (Ver figura 1-B). Este procedimiento buscaba

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025
Depósito Legal: PPI201102ME3815
ISSN: 2244-8136
DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

aumentar el volumen de tejido queratinizado y lograr la cobertura de la superficie radicular expuesta. Se prescribió naproxeno 500 mg tabletas cada 8 horas como analgésico, indicado para ser tomado únicamente en caso de dolor postoperatorio. **Evolución:** La primera revisión postquirúrgica se realizó a la semana, cuando se retiraron las suturas del área donante palatina. Se observó adecuada cicatrización del paladar, sin complicaciones. La paciente no refirió dolor ni molestias postoperatorias significativas. La zona receptora del injerto permanecía protegida con cemento quirúrgico para asegurar la estabilidad del tejido y favorecer la cicatrización. A los 20 días de la intervención, se retiró el cemento quirúrgico y las suturas del área intervenida. El examen clínico reveló una satisfactoria cicatrización del tejido gingival en el órgano dentario 21, aunque persistía una pequeña zona radicular expuesta. Se programó un control adicional al mes para evaluar la evolución y resultados del tratamiento. **Resultados:** En la evaluación realizada al mes de la intervención, se constató un notable incremento del tejido queratinizado en la zona tratada, con excelente integración cromática entre el tejido injertado y las áreas adyacentes, logrando una apariencia estética satisfactoria. (Ver figura 3- A). El sitio donante palatino presentaba una cicatrización completa sin secuelas. Para abordar la movilidad dental persistente, se realizó una ferulización con hilo nylon y resina compuesta que abarcó de canino a canino en el arco superior,

ACTA BIOCLINICA

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025

Reporte de Caso Clínico

Depósito Legal: PPI201102ME3815

Giraldo-Cueto y Col.

ISSN: 2244-8136

DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

proporcionando estabilidad adicional al órgano dentario 21 y mejorando su pronóstico funcional. (Ver figura 3 - B)

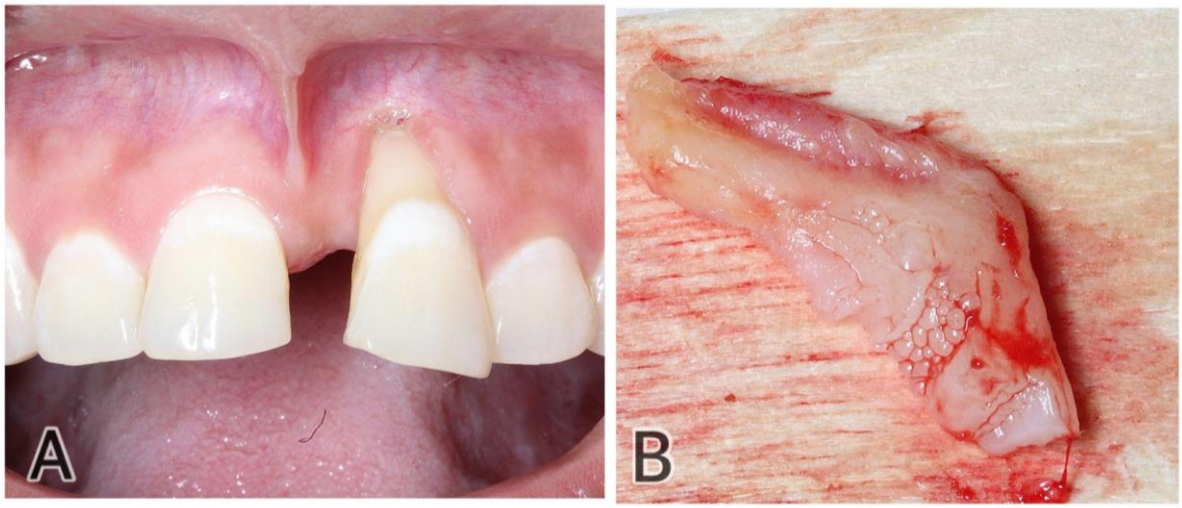


Figura 1. A) Recesión clase III según miller en órgano dental 21. **B)** Tejido conectivo subepitelial autólogo extraído del paladar del paciente.



Figura 2. A) Distribución del injerto de tejido óseo en el defecto. **B)** Suturas en punto simple confrontando bordes para lograr cicatrización en primera intención.

ACTA BIOCLINICA

Reporte de Caso Clínico

Giraldo-Cueto y Col.

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025

Depósito Legal: PPI201102ME3815

ISSN: 2244-8136

DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21



Figura 3. A) Postquirurgico de 1 mes, se observa incremento de tejido queratinizado, armonia de color, completa cicatrizacion del área injertada. **B)** Ferulización con hilo nylon y resina compuesta abarcando de canino a canino en arcada superior.

DISCUSIÓN

Cuando se presenta una recesión gingival, no solo se afecta la estética, también se puede ver afectado el adecuado funcionamiento de los órganos dentales, que están en una situación de susceptibilidad al tener la raíz expuesta. De acuerdo a los autores Kasaj y Claude en 2021 el factor etiológico de este hallazgo muchas veces está relacionado con hábitos inadecuados de higiene oral, lesiones cervicales no cariosas, e hipersensibilidad dentinaria. (1) En estos casos las técnicas no invasivas como cambios conductuales, uso de agentes desensibilizantes, funcionan como una opción terapéutica. (1) En el caso clínico

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025
Depósito Legal: PPI201102ME3815
ISSN: 2244-8136
DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

descrito como terapia coadyuvante al tratamiento quirúrgico se dieron indicaciones de técnicas de cepillado, cambio de cepillo dental, uso de ayudas complementarias.

En casos donde la recesión gingival va acompañada de movilidad dental, pérdida ósea radiográfica, mayor exposición radicular, se hace necesario recurrir a técnicas quirúrgicas, que permitan un mayor abordaje.(1) La paciente del caso clínico descrito presentaba todas las características mencionadas anteriormente, de manera que fue necesario realizar tratamiento quirúrgico con injerto autólogo, con técnica de colgajo avanzado coronalmente en diseño trapezoidal.

Para el cubrimiento de recesiones gingivales, se han descrito dos grandes técnicas quirúrgicas; Colgajo en túnel (TUN) y colgajo coronal avanzado (CAF) en combinación con injerto de tejido conectivo autólogo o injerto con distintos biomateriales. Los resultados de un ensayo clínico aleatorizado realizado en 2023 por Febles y colaboradores revelaron que ambas intervenciones quirúrgicas (TUN y CAF) dieron lugar a resultados clínicos similares para el tratamiento de múltiples recesiones gingivales; sin embargo, la TUN resultó en un aumento significativamente mayor en el tejido queratinizado, en una menor morbilidad del paciente y en una duración más corta de la cirugía. (5). No obstante en el caso clínico descrito la técnica elegida fue el colgajo coronalmente

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025
Depósito Legal: PPI201102ME3815
ISSN: 2244-8136
DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

avanzado, se obtuvieron resultados satisfactorios en cuanto al aumento de tejido queratinizado, cobertura radicular casi completa, buena cicatrización y comodidad del paciente.

En una línea similar Bajaña y colaboradores a través de una revisión sistemática y metaanálisis sugieren que ambas técnicas son efectivas para lograr la cobertura radicular. (6). Mientras que la técnica CAF puede ofrecer una cobertura radicular media y una ganancia de tejido queratinizado ligeramente mejores, la técnica de túnel proporciona ventajas en términos de estética, período de curación y comodidad para el paciente.(6)

Una revisión sistemática realizada por rotundo y colaboradores en 2024 tuvo como objetivo comparar la eficacia de los sustitutos de tejidos blandos y los injertos de tejido conectivo (CTG) en procedimientos mucogingivales, los hallazgos indicaron que a pesar de que las matrices dérmicas acelulares producen resultados similares al CTG, este último se sigue considerando el enfoque más favorable, por lo tanto es denominado el Gold standar en estos casos. (7). En definitiva se hace necesario indagar más sobre el uso clínico de estos biomateriales realizando estudios clínicos, que permitan tomar mejores decisiones para el bienestar del paciente.

En cuanto a los injertos óseos, los autoinjertos y aloinjertos poseen limitaciones inherentes a pesar de sus excelentes tasas de éxito. (8) Por esta razón se han desarrollado otros sustitutos

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025
Depósito Legal: PPI201102ME3815
ISSN: 2244-8136
DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

óseos naturales como los xenoinjertos que derivan de una especie genéticamente distinta al huésped. (8)

Zhao y colaboradores en 2021 realizaron una revisión sistemática sobre los distintos injertos y sustitutos óseos usados en el campo odontológico. (8). Dieron a conocer que la fuente más común de los xenoinjertos es el hueso bovino desproteinizado, que comercialmente recibe el nombre de Bi oss. (8). El objetivo de este tipo de biomateriales es fomentar un mejor potencial osteogénico, osteoconductor y osteoinductivo mediante la creación de un microambiente favorable para el crecimiento óseo.

En el caso clínico descrito se utilizó injerto óseo con Bi oss, como tratamiento quirúrgico coadyuvante al injerto gingival autólogo, debido a que el paciente presentaba pérdida del soporte del tejido periodontal, pérdida de la inserción clínica, pérdida de hueso alveolar, bolsa periodontal. Los resultados fueron satisfactorios en cuanto al aumento del tejido óseo, y hasta la fecha el paciente no presenta recidiva.

A pesar de las perspectivas prometedoras para los muchos materiales de xenoinjerto descritos, todavía quedan algunas limitaciones asociadas como las tasas de reabsorción variables, la falta de células viables y componentes biológicos y la necesidad de procesos de tratamiento de tejidos que permitan la retención de células osteoinductivas. (8)

En la literatura actual sobre la terapia de férula de dientes periodontalmente

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025
Depósito Legal: PPI201102ME3815
ISSN: 2244-8136
DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

comprometidos y móviles, no hay estudios claros que permitan establecer en qué momento se debe realizar la ferulización si antes o después del tratamiento periodontal.(9) Lo que sí está ampliamente descrito es que la progresión de la enfermedad periodontal puede conducir a una movilidad dental patológica, una oclusión traumática, por ende incomodidad para el paciente, como es el caso del paciente del caso clínico descrito.

CONCLUSIÓN

En el caso clínico descrito el injerto de tejido conectivo subepitelial autógeno con colgajo coronalmente avanzado en combinación con injerto óseo Bovino, dieron resultados satisfactorios, en cuanto a cobertura radicular casi completa ganancia de encía queratinizada, disminución en la profundidad de sondaje, ausencia de sangrado, satisfacción estética, disminución de sensibilidad, y estabilidad a 6 meses.

TÍTULO CORTO: Injerto autólogo en periodontitis.

CONTEO DE PALABRAS: 2754

APORTES DE CADA UNO DE LOS AUTORES

SG-C: manejo de fotografías, escritura de borradores, aprobación de la versión final.

JP-R: escritura de borradores, aprobación de la versión final.

AD-C: Idea de trabajo, manejo quirúrgico del paciente, escritura de borradores, aprobación de la versión final.

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025
Depósito Legal: PPI201102ME3815
ISSN: 2244-8136
DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

REFERENCIAS

1. Imber JC, Kasaj A. Treatment of Gingival Recession: When and How? International Dental Journal. junio de 2021;71(3):178-87.

2. Jati AS, Furquim LZ, Consolaro A. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. Dental Press J Orthod. junio de 2016;21(3):18-29.

3. Moura B, Salazar F, Costa R, Cabral C, Reis C. The Prevalence of Gingival Recession According to the Cairo Classification in a Population from the North of Portugal. Dentistry Journal. 22 de noviembre de 2024;12(12):376.

4. Fageeh HI, Fageeh HN, Bhati AK, Thubab AY, Sharrahi HMH, Aljabri YS, et al. Assessing the Reliability of Miller's Classification and Cairo's Classification in Classifying Gingival Recession Defects: A Comparison Study. Medicina. 25 de enero de 2024;60(2):205.

5. González-Febles J, Romandini M, Laciar-Oudshoorn F, Noguerol F, Marruganti C, Bujaldón-Daza A, et al. Tunnel vs. coronally advanced flap in combination with a connective tissue graft for the treatment of multiple gingival recessions: a multi-center randomized clinical trial. Clin Oral Invest. 29 de marzo de 2023;27(7):3627-38.

6. Chauca-Bajaña L, Pérez-Jardón A, Silva FFVE, Conde-Amboage M, Velásquez-Ron B, Padín-Iruegas E, et al. Root Coverage Techniques: Coronally Advancement Flap vs. Tunnel Technique: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dentistry Journal. 25 de octubre de 2024;12(11):341.

Volumen 15, N° 31. Julio-Diciembre 2025
Depósito Legal: PPI201102ME3815
ISSN: 2244-8136
DOI: https://doi.org/10.53766/AcBio/2025.15.31.21

7. Rotundo R, Pancrazi GL, Grassi A, Ceresoli L, Di Domenico GL, Bonafede V. Soft Tissue Substitutes in Periodontal and Peri-Implant Soft Tissue Augmentation: A Systematic Review. Materials. 6 de marzo de 2024;17(5):1221.

8. Zhao R, Yang R, Cooper PR, Khurshid Z, Shavandi A, Ratnayake J. Bone Grafts and Substitutes in Dentistry: A Review of Current Trends and Developments. Molecules. 18 de mayo de 2021;26(10):3007.

9. Sonnenschein SK, Ciardo A, Kilian S, Ziegler P, Ruetters M, Spindler M, et al. The impact of splinting timepoint of mobile mandibular incisors on the outcome of periodontal treatment-preliminary observations from a randomized clinical trial. Clin Oral Investig. enero de 2022;26(1):921-30.

10. De Lauretis A, Øvrebø Ø, Romandini M, Lyngstadaas SP, Rossi F, Haugen HJ. From Basic Science to Clinical Practice: A Review of Current Periodontal/Mucogingival Regenerative Biomaterials. Advanced Science. mayo de 2024;11(17):2308848.

11. Guttiganur N, Aspalli S, Sanikop MV, Desai A, Gaddale R, Devanoorkar A. Classification systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. Indian J Dent Res. 2018;29(2):233-7.

12. Rojas J, Righesso L, Rojas L. Use of dermal matrices to change gingival phenotypes. Int j interdiscip dent. agosto de 2020;13(2):99-101.