

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
UNIDAD ACADÉMICA SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGIA.

**PREDICTIBILIDAD DE LA CIRUGÍA MUCOGINGIVAL CON LA
TÉCNICA DE INJERTO DÉRMICO. REPORTE DE CASO.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTOLOGO**

**AUTOR: DAVID DE FERRER LITUMA ORTEGA, BORIS
ALEXANDER TENESACA GUAMÁN.**

DIRECTOR: OD. ESP. PABLO CESAR ZHUNIO SACAQUIRIN

AZOGUES - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

David de Ferrer Lituma Ortega portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **0302538665**. Declaro ser el autor de la obra: **"Predictibilidad de la cirugía mucogingival con la técnica de injerto dérmico. Reporte de caso"**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **30 de octubre de 2025**

F: 

David de Ferrer Lituma Ortega

C.I. 0302538665

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Boris Alexander Tenesaca Guaman portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **0150341790**. Declaro ser el autor de la obra: **“Predictibilidad de la cirugía mucogingival con la técnica de injerto dérmico. Reporte de caso”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, 30 de octubre de 2025

F: 

Boris Alexander Tenesaca Guaman

C.I. 0150341790

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Pablo Cesar Sacaquirin Zhunio

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: "**Predictibilidad de la cirugía mucogingival con la técnica de injerto dérmico. Reporte de caso**", realizado por: **David de Ferrer Lituma Ortega**, con documentos de identidad: **0302538665**, previo a la obtención del título de **Odontólogo** ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 30 de octubre del 2025



FIRMA

Pablo Cesar Sacaquirin Zhunio

0104034186

SELLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Unidad Académica de Salud y Bienestar
Carrera de Odontología
PABLO CESAR SACAQUIRIN ZHUNIO
SELO DE FIRMA PARA ACCESO A VÍDEO DE LA TESIS
Reg. ACCESS: 0104034186

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Pablo Cesar Sacaquirin Zhunio

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: "**Predictibilidad de la cirugía mucogingival con la técnica de injerto dérmico. Reporte de caso**", realizado por: **Boris Alexander Tenesaca Guaman**, con documentos de identidad: **0150341790** previo a la obtención del título de **Odontólogo** ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 30 de octubre del 2025



FIRMA

Pablo Cesar Sacaquirin Zhunio

0104034186



SELO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Unidad Académica de Salud y Bienestar
Carrera de Odontología

PABLO CESAR SACAQUIRIN ZHUNIO
ESPECIALISTA EN ODONTOLOGIA
Reg. AGESS: 0104034186

AGRADECIMIENTO

A Dios, y mi padre David Emmanuel (+) que desde el cielo fueron la guía y fortaleza que me acompañó en cada etapa de este camino académico. Por brindarme la sabiduría, la paciencia y la perseverancia necesarias para alcanzar esta meta que hoy culmina un importante ciclo de mi vida.

A mi madre, Rosa Mercedes por ser mi mayor inspiración, por su sacrificio, su amor inmenso y su fe inquebrantable. Este logro también es suyo.

A mi familia, por su apoyo incondicional, sus palabras de aliento y su amor constante en los momentos más difíciles. Gracias por creer en mí incluso cuando las circunstancias fueron adversas.

Y en especial a mis profesores, por su dedicación, conocimientos y ejemplo profesional. Cada enseñanza recibida ha sido fundamental para mi formación, no solo como estudiante, sino también como futuro profesional comprometido con el servicio y la excelencia.

Gracias a todos quienes, de una u otra manera, formaron parte de este proceso y me acompañaron con su cariño y apoyo.

David de Ferrer Lituma Ortega.

En primer lugar, agradezco profundamente a Dios, por darme la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para llegar hasta este momento tan significativo en mi vida.

A mi madre Victoria, por su amor incondicional, su apoyo constante y por ser el pilar que ha sostenido mis sueños. A mi padre Darwin, por su ejemplo de esfuerzo, responsabilidad, que me inspiró a nunca rendirme. A mi hermana Deysi, por su cariño, su alegría y por acompañarme siempre con una sonrisa en los momentos difíciles. Gracias por creer en mí y ser mi mayor motivación.

A mis compañeros y amigos, por su apoyo, su colaboración y por convertir este camino en una experiencia más humana y enriquecedora. A todas las personas que, de una u otra manera, aportaron su tiempo, su consejo o una palabra de aliento, gracias.

Extiendo mi gratitud a mis tutores y docentes, por su guía, conocimientos y dedicación en la construcción de esta investigación. Finalmente, agradezco a todas las personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron al desarrollo de este trabajo y a la culminación de esta meta académica.

Boris Alexander Tenesaca Guaman.

DEDICATORIA

A mis padres, Rosa Mercedes y David Emanuel (+), pilares de mi vida, ejemplo de amor, esfuerzo y dedicación. Aunque uno de ustedes ya no está físicamente, su guía, sus enseñanzas y su luz permanecen siempre conmigo, impulsándome a alcanzar cada meta con humildad y perseverancia.

A mi hija, Lucina Martina y a la madre de mi hija Paula Natalia motivo de mi inspiración diaria, razón de mi esfuerzo y dedicación.

David de Ferrer Lituma Ortega.

A mi madre Victoria, por su amor infinito, su fe en mí y por enseñarme que con esfuerzo y corazón todo es posible. Este logro es también tuyo. A mi hermana Deysi, por su alegría, su apoyo constante y por recordarme siempre que los sueños se cumplen cuando se comparten con amor. A mi padre Darwin, por su ejemplo de trabajo, dedicación y fortaleza, gracias por creer en mí, les dedico este logro que nace de todo lo que me han dado. A mis mascotas una bendición de dios que no esperaba, mis compañeras fieles en cada momento de esta investigación.

En el transcurso de este viaje tanto académico como personal he tenido la fortuna de estar acompañado por personas extraordinarias, al final somos una mezcla de todas las personas que han sido parte de nuestro camino. Me alegra saber que algunas de ellas son parte esencial de quien soy hoy.

Boris Alexander Tenesaca Guaman.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La cirugía mucogingival busca corregir defectos anatómicos periodontales de la mucosa oral, restaurando la salud, gingival. Indicada en casos de recesión radicular de origen multifactorial. **OBJETIVO:** Reportar la tasa de éxito clínica de la cirugía mucogingival mediante la técnica de injerto dérmico en un paciente con recesión gingival, a través del análisis de parámetros clínicos, estéticos y funcionales en un reporte de caso. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 58 años, ASA II presenta sensibilidad y exposición radicular sector anteroinferior, se observa edéntulo parcial clase II de Kennedy, recesiones gingivales RT1 (Sin pérdida de inserción interproximal; exposición radicular cara vestibular) y RT2 (Con pérdida interproximal menor o igual a vestibular) en los órganos dentales 3.1 - 3.2 - 3.3 - 3.4 - 3.5 - 4.1 - 4.2 - 4.3, biotipo periodontal fino, gingivitis inducida por placa en periodonto reducido. Fase quirúrgica, mediante la técnica de desplazamiento coronal empleando injerto dérmico, se recubrió el sector anteroinferior desde el O.D 3.3 hasta el O.D 4.3 y se suturó usando hilo vicryl 4.0 con la técnica de puntos suspensorios. **CONCLUSIÓN:** A los 12 meses, se obtuvo una cobertura radicular media del 62,2 %, sin recidivas entre 6 y 12 meses con ganancia media total de inserción clínica de 2,17 mm. Se considera éxito clínico aceptable una cobertura ≥ 50 %, en 5 de 6 sitios (83,3 %) cumplieron el criterio; bajo un criterio estricto de cobertura completa, 1/6 (16,7 %).

Palabras clave: Recesión gingival, cirugía mucogingival, recubrimiento radicular, injerto dérmico acelular

ABSTRACT

INTRODUCTION: Mucogingival surgery aims to correct anatomical periodontal defects in the oral mucosa, restoring gingival health. It is indicated in cases of multifactorial root recession. **OBJECTIVE:** To report on the clinical success rate of mucogingival surgery using the dermal graft technique in a patient with gingival recession, by analyzing clinical, aesthetic, and functional parameters in a case report. **CASE PRESENTATION:** A female 58 years old patient, ASA II, presents with sensitivity and root exposure in the anterior inferior region. Partial edentulism (Kennedy class II) and gingival recession RT1 (without loss of interproximal attachment; vestibular root exposure) and RT2 (with interproximal loss less than or equal to vestibular) in teeth 3.1 - 3.2 - 3.3 - 3.4 - 3.5 - 4.1 - 4.2 - 4.3, thin periodontal biotype, plaque-induced gingivitis in reduced periodontium. Surgical phase: using the coronal displacement technique with dermal graft, the anterior inferior sector from O.D. 3.3 to O.D. 4.3 was covered and sutured with 4.0 Vicryl thread using the suspension stitch technique. **CONCLUSION:** At 12 months, a mean root coverage of 62.2% was achieved, with no recurrences between 6 and 12 months and a mean total clinical attachment gain of 2.17 mm. Clinical success was considered acceptable for coverage $\geq 50\%$, with 5 of 6 sites (83.3%) meeting this criterion; under a strict criterion of complete coverage, 1 of 6 sites (16.7%) met it.

Keywords: Gingival recession, mucogingival surgery, root coverage, acellular dermal graft



Contenido	
AGRADECIMIENTO	5
DEDICATORIA	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I	13
INTRODUCCIÓN	13
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	15
JUSTIFICACIÓN	15
OBJETIVOS	17
Objetivo General	17
Objetivos Específicos:	17
REVISIÓN DE LA LITERATURA	18
Técnicas de recubrimiento radicular	18
Colgajo de desplazamiento coronal	18
Injerto de tejido dérmico acelular (matriz dérmica acelular)	18
Predictibilidad del Injerto Dérmico	19
Factores que Influyen en la Predictibilidad	19
Recesión Gingival	20
Factores de riesgo para recesiones gingivales	20
Cepillado agresivo	20
Enfermedades periodontales	21
Mala higiene bucal	21
Factores genéticos y biotipo gingival	21
HIPOTIROIDISMO	21
Fluctuaciones hormonales	22
Bruxismo (apretamiento o rechinar)	22
Clasificación de las recesiones periodontales	23
Clasificación de Miller	23
Clasificación de Cairo	24
Clasificación de Pini-Prato para recesiones gingivales	24
1. Visibilidad de la unión cemento-esmalte (CEJ)	24
2. Presencia de “step” o discrepancia en la superficie radicular (lesión no cariosa cervical como abfracción o abrasión)	24
CAPÍTULO II	25
REPORTE DE CASO CLÍNICO	25

Exámenes de laboratorio	25
Examen clínico.....	25
Evaluación del biotipo periodontal del paciente:	26
Diagnóstico de las recesiones gingivales por pieza según Miller, Cairo y Pini-Prato.	27
PROCEDIMIENTO	28
Etapa I fase sistémica	28
Etapa II fase higiénica o inicial.....	28
Etapa III fase quirúrgica	29
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:	30
Paso 1.- Preparación de la zona receptora:	30
Paso 2.- Preparación de la matriz dérmica acelular.....	31
Paso 3.- Colocación del injerto en el lecho receptor:	32
Paso 4. Desplazamiento coronal para fijación de injerto dérmico acelular:	32
Indicaciones post quirúrgicas	33
Etapa IV fase de mantenimiento	34
Fuente: Elaboración propia	36
CAPÍTULO III	38
RESULTADOS:	38
Cobertura radicular obtenida:	38
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES:	41
BIBLIOGRAFIA.....	43

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN.

La cirugía mucogingival, una rama de la odontología enfocada en corregir defectos anatómicos periodontales y de la mucosa oral, particularmente aquellos defectos cuantitativos y cualitativos del tejido queratinizado, así como la posición del margen gingival siendo este el defecto más común. Este procedimiento tiene como finalidad devolver la salud periodontal, mejorar la estética además de facilitar la higiene oral en áreas comprometidas.¹

Está indicada en: el tratamiento de recesiones gingivales a través de la cobertura radicular, biotipo periodontal fino, y la mejora del perímetro de los tejidos blandos alrededor de dientes e implantes.² Existen varias técnicas de cirugía mucogingival para corregir los defectos periodontales y cubrir las superficies expuestas de las raíces de los órganos dentales como: Autoinjertos pedunculados, injerto gingival libre, colgajos rotacionales, auto injertos de tejido conectivo subepitelial, colgajo desplazado coronalmente, técnicas quirúrgicas basadas en regeneración tisular guiada, con membranas reabsorbibles o no reabsorbibles y matrices dérmicas acelulares (MDA) o Injerto dérmico acelular, Alloderm.³

Todas estas son técnicas ampliamente usadas y estudiadas para tratar recesiones gingivales, una condición periodontal de elevada prevalencia, especialmente en personas mayores de 40 años; Yadav VS et. al en sus investigaciones describen que hasta un 85 % de la población presenta recesión en al menos un diente con una superficie radicular expuesta $\geq 1\text{mm}$. Esta manifestación clínica además de comprometer la estética también favorece la hipersensibilidad dentaria, la formación de lesiones cervicales no cariosas y el desarrollo y progreso de caries radicular.⁴

Desde una perspectiva etiológica, la recesión gingival se ha asociado con múltiples factores tales como: una técnica de cepillado agresiva, biotipo periodontal fino, tabaquismo, malposición dentaria, alveolopatías, y alteraciones sistémicas u hormonales.⁵ Uno de los factores sistémicos que pueden estar relacionados, y con potencial relevancia clínica, es el hipotiroidismo Ya que estudios demuestran que puede alterar procesos de remodelado óseo, inflamación tisular y cicatrización aspectos esenciales para la salud periodontal.⁶

Tomando todo esto en consideración, el presente reporte de caso busca determinar la predictibilidad de la cirugía mucogingival con injerto dérmico en un paciente con recesiones

gingivales múltiples en el sector anteroinferior, biotipo periodontal fino, técnica de cepillado agresiva.⁷

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a que la recesión gingival se encuentra causando el desplazamiento del margen gingival hacia apical del límite amelocementario, provocando exposición de la superficie radicular además de hipersensibilidad dentaria generando molestias en la paciente debido a esto:

El problema que se investigó fue los beneficios que proporciona la técnica quirúrgica de recubrimiento radicular con injerto dérmico en los tratamientos de recesión gingival, y el resultado a largo plazo del tratamiento, a través de un reporte de caso y la búsqueda de información.

Es por ello que se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la tasa de éxito de la cirugía mucogingival con la técnica de injerto dérmico?

JUSTIFICACIÓN

Debido a que la cirugía mucogingival constituye una herramienta fundamental en el tratamiento periodontal, especialmente en procedimientos enfocados en el manejo de recesiones gingivales, incremento del tejido queratinizado y mejoramiento estético y funcional del margen gingival. En este contexto, la técnica de injerto dérmico ha surgido como una alternativa innovadora frente a los métodos autógenos tradicionales, tales como el injerto de tejido conectivo subepitelial, con el ofrecimiento de reducir la morbilidad del sitio donante, reducir tiempos quirúrgicos y brindar resultados estéticamente aceptables.

A pesar de estas potenciales ventajas, existe una limitada evidencia científica sobre la predictibilidad clínica de la técnica de injerto dérmico en cirugía mucogingival. La predictibilidad, entendida como la capacidad del procedimiento para ofrecer resultados constantes y reproducibles a lo largo del tiempo, es un criterio esencial para validar cualquier técnica quirúrgica dentro de la práctica odontológica basada en evidencia. Las variaciones en los resultados clínicos reportados en estudios previos, junto con la influencia de múltiples factores como la biotipología gingival, la técnica quirúrgica empleada y el manejo postoperatorio, subrayan la necesidad de investigaciones que evalúen de manera sistemática y controlada la eficacia de esta técnica.

Se busca contribuir al cuerpo de conocimiento existente mediante la evaluación clínica de la predictibilidad de la técnica de injerto dérmico en cirugía mucogingival, considerando parámetros como la cobertura radicular, la ganancia de tejido queratinizado, la estabilidad del resultado en el tiempo y la percepción estética del paciente.

La pertinencia de este estudio radica no solo en el potencial de mejorar los protocolos clínicos y quirúrgicos, sino también en su capacidad de influir positivamente en la calidad de vida del paciente, al ofrecer tratamientos menos invasivos, con menor dolor postoperatorio y alta efectividad clínica. Además, los resultados de esta investigación podrían ser de utilidad para odontólogos, cirujanos orales y clínicos generales interesados en incorporar técnicas modernas, seguras y basadas en evidencia a su práctica diaria.

Por tanto, esta investigación es relevante desde el punto de vista clínico, científico y social, ya que responde a una necesidad concreta del ámbito odontológico, fomenta el desarrollo de prácticas quirúrgicas más eficaces y contribuye al fortalecimiento de la salud bucal de la población.

OBJETIVOS

Objetivo General

Reportar la tasa de éxito clínica de la cirugía mucogingival mediante la técnica de injerto dérmico en un paciente con recesión gingival, a través del análisis de parámetros clínicos, estéticos y funcionales en un reporte de caso.

Objetivos Específicos:

1. Evaluar los cambios en la cobertura radicular posterior a la aplicación del injerto dérmico acelular, mediante mediciones clínicas pre y postoperatorias.
2. Analizar el comportamiento del espesor y altura del tejido queratinizado en el sitio tratado, a fin de determinar la estabilidad tisular obtenida tras la cirugía.
3. Valorar los resultados estéticos del tratamiento mediante criterios clínicos estandarizados, incluyendo la integración cromática y la armonía gingival.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Técnicas de recubrimiento radicular

La cirugía mucogingival representa un instrumento esencial en el tratamiento periodontal, fundamentalmente en intervenciones enfocadas en el manejo de recesiones gingivales, incremento del grosor del tejido queratinizado y mejoramiento estético y funcional del margen gingival. Por ese motivo, la técnica de injerto dérmico junto con la de reposicionamiento coronal se han surgido como alternativas innovadoras frente a métodos, tales como el injerto de tejido conectivo subepitelial, y resulta una ventaja al reducir la morbilidad del sitio donante, proporcionar procedimiento quirúrgico y brindar resultados estéticamente aceptables.⁷

Colgajo de desplazamiento coronal

La técnica del colgajo de desplazado coronalmente por sí solo se emplea en recesiones gingivales de clase RT1 según Cairo con mayor énfasis en pacientes con biotipo periodontal grueso. No obstante, en la mayoría de los estudios se muestra menor cobertura radicular y menor ganancia de encía queratinizada que cuando se integra con la técnica del injerto de tejido conectivo subepitelial.⁸

Injerto de tejido dérmico acelular (matriz dérmica acelular)

Las matrices dérmicas acelulares se encuentran compuestas por una estructura integrada por colágeno y elastina, estas pueden ser procedentes de tejidos humanos o animales, previamente tratados para eliminar componentes celulares y de esta manera reducir la antigenicidad. Esta matriz proporciona una especie de armazón que facilita su colonización por células propias del huésped, promoviendo la angiogénesis y la regeneración tisular.⁹

El injerto de tejido dérmico acelular es un sustituto bien sea alogénico o xenogénico, prescinde la necesidad de tomar injertos del paladar, de esta manera reduciendo la morbilidad postoperatoria. Esta técnica de injerto se utiliza en combinación con la técnica del colgajo de desplazamiento coronal o con técnicas de tunelización.¹⁰

Ensayos clínicos aleatorizados y seguimientos a doce meses han demostrado que el injerto de tejido dérmico acelular proporciona buena cobertura radicular además aumenta el grosor gingival, con menos dolor para el paciente. No obstante, cuando se compara con el injerto de tejido conectivo subepitelial, generalmente presenta resultados sutilmente inferiores en cuanto a cobertura completa y ganancia de encía queratinizada.¹¹

Sobre todo, en pacientes con recesiones gingivales múltiples los cuales requieren gran cantidad de tejido para su recubrimiento o en aquellos que rechazan la toma de injertos del paladar por conllevar un tiempo de recuperación más largo, el injerto de tejido dérmico acelular se posiciona como una alternativa válida, siempre informando al paciente de la posible diferencia en predictibilidad de los resultados. El uso de injertos dérmicos presenta varias ventajas tales como: Menor tiempo quirúrgico, eliminación del sitio donante, menor dolor y complicaciones postoperatorias y buena aceptación estética en la zona tratada.¹²

Predictibilidad del Injerto Dérmico.

La predictibilidad dentro del contexto quirúrgico es descrita como la capacidad del procedimiento para generar resultados clínicos reproducibles y consistentes. Para poder considerar que una técnica de cobertura radicular es predecible, esta debe demostrar una alta tasa de éxito de cobertura >90% en recesiones tipo RT1, estabilidad a largo plazo, integración tisular adecuada y resultados estéticos satisfactorios.¹²

Diversos estudios han demostrado que las matrices dérmicas acelulares logran resultados satisfactorios en la cobertura de recesiones gingivales, aunque, en comparación con los injertos conectivos, la tasa de cobertura total puede ser ligeramente inferior. Sin embargo, en términos de ganancia de grosor gingival y percepción del paciente (menor dolor, mejor recuperación), los injertos dérmicos ofrecen claras ventajas.¹³

Factores que Influyen en la Predictibilidad

La predictibilidad de los injertos dérmicos está sujeta a múltiples factores clínicos y quirúrgicos, entre los que destacan: clasificación y morfología de la recesión gingival, espesor de la matriz dérmica, técnica quirúrgica y experiencia del profesional, posicionamiento y tensión del colgajo y condiciones sistémicas y hábitos del paciente. La selección adecuada del caso, junto con la correcta ejecución de la técnica, es esencial para maximizar los resultados clínicos a largo plazo.¹⁴

Recesión Gingival

La recesión gingival está definida como el desplazamiento apical del margen gingival con respecto a la unión cemento-esmalte, lo que conlleva la exposición de la superficie radicular de los órganos dentales. Este fenómeno puede originar sensibilidad dental, problemas estéticos y mayor susceptibilidad a la abrasión y caries radicular. Las recesiones gingivales ocurren cuando el tejido de las encías se retrae y deja expuesta una mayor parte del diente o la raíz dental. Algunas de las causas principales se exponen a continuación.¹⁵

Factores de riesgo para recesiones gingivales

Cepillado agresivo

Estudios muestran que el uso de cepillos con filamentos duros está asociado con una mayor incidencia de recesión gingival. Khocht et al. (1993) analizó 182 personas y halló que quienes usaban cepillos duros presentaban cerca del doble de superficies con recesión 9.4 % en comparación con quienes no los usaban 4.7 %.¹⁶ Estudios posteriores indican que los cepillos de filamentos duros producen más lesiones gingivales que los de filamentos suaves o intermedias, que se consideran más adecuados para su uso.¹⁷ Además, Kumar et al. (2025) revisaron varios artículos, destacando que una técnica de cepillado agresiva durante corto tiempo promueve abrasiones cervicales y se relaciona con la presencia de recesiones gingivales.¹⁸ No obstante, algunos metaanálisis señalan que la evidencia no es concluyente en la gran mayoría de los casos, aunque sí sugiere que la fuerza, duración y frecuencia del

cepillado, junto con la dureza de los filamentos, pueden ser contribuyentes potenciales para las recesiones gingivales.¹⁹

Enfermedades periodontales

Las patologías periodontales, como la periodontitis, contribuyen directamente a la pérdida de inserción gingival. Gasner (2023) describe en un estudio que su progresión está ligada directamente a la pérdida de hueso alveolar y tejido conectivo, factores que predisponen a la recesión gingival.²⁰ Además, se han reportado estudios que sugieren que los depósitos de cálculo supragingival y subgingival, resultado de una higiene deficiente, agravan el problema disminuyendo más aun el nivel de inserción de la encía.²¹

Mala higiene bucal

La acumulación constante de biofilm y sarro provoca gingivitis e inflamación crónica, condiciones que favorecen la pérdida de tejido contribuyendo a la recesión gingival. El centro para el control y prevención de enfermedades menciona que la mala higiene es un factor de riesgo sustancial y este ligado directamente con la enfermedad periodontal.²² Un estudio realizado en la población egipcia en (2025) también identifica como indicativos de recesión gingival factores como edad, sexo, acumulación de biofilm y sangrado gingival, además de la integridad periodontal.²³

Factores genéticos y biotipo gingival

La predisposición hereditaria y un biotipo gingival delgado son factores que aumentan la vulnerabilidad de una persona a padecer de recesiones gingivales. Kassab y Cohen (2003) remarcan que la recesión puede ser multifactorial, incluyendo aspectos anatómicos y predisposición genética.²⁴ En pacientes tratados con ortodoncia, características como biotipo delgado, menor altura de encía queratinizada o presencia previa de recesión aumentan el riesgo de padecer recesiones gingivales.²⁵

HIPOTIROIDISMO

Diversos estudios de diseño transversal han evidenciado una relación significativa entre el hipotiroidismo y un mayor compromiso de los tejidos periodontales. En pacientes bajo terapia sustitutiva prolongada con levotiroxina, se ha observado un incremento en los índices de placa bacteriana, mayor profundidad al sondaje periodontal y pérdida de inserción clínica más acentuada en comparación con individuos eutiroideos. Estos hallazgos sugieren que las alteraciones metabólicas y hormonales derivadas del hipotiroidismo, junto con los efectos secundarios de su tratamiento crónico, pueden influir negativamente en la respuesta inflamatoria gingival y en los procesos de reparación y remodelación tisular, favoreciendo una mayor susceptibilidad a la enfermedad periodontal.^{6,25}

Una revisión reciente estableció relación bidireccional entre enfermedades tiroideas y el desarrollo de patologías periodontales, basada en factores comunes como la inflamación gingival, la microbiota oral y mecanismos genéticos propios de este tipo de padecimientos endocrinos, causando pérdida de tejidos gingivales. El consumo de levotiroxina en pacientes hipotiroideos agrava la situación de la enfermedad periodontal contribuyendo en la pérdida de tejido de soporte.²⁶

Fluctuaciones hormonales

Cambios hormonales que ocurren en la pubertad, menopausia o embarazo, perturba la vascularización gingival y la respuesta del tejido frente a la acumulación de biofilm. Esto aumenta la inflamación y genera recesión.²⁷ El tabaquismo es otro factor que agrava y complica esta inflamación inducida por hormonas.²⁸

Bruxismo (apretamiento o rechinamiento)

El centro para el control y prevención de enfermedades considera que al bruxismo un factor de riesgo para la enfermedad periodontal, además de las recesiones gingivales, aunque no es tan común que exista una conexión directa. Se vincula con un trauma oclusal que ya que ejercer una carga excesiva en el periodonto puede ser un factor que favorezca la migración apical del margen gingival.^{22,28}

Para realizar la evaluación clínica de las recesiones gingivales, son necesarios instrumentos estandarizados que posibiliten obtener mediciones confiables y reproducibles. Se realizó una

investigación in vitro (typodont) con alumnos de odontología, el cual emplearon tres sondas para medir profundidades de bolsas periodontales: en el cual se emplearon tres sondas periodontales: UNC-15, PCP-126 (Marquis) y Disposable i-PAK. Se encontró una correlación muy buena entre las sondas (ICC = 0,960); la UNC-15 fue la más exacta al replicar profundidades oficiales del modelo (29). En nuestro estudio, hemos escogido la sonda periodontal de la Universidad de Carolina del Norte (UNC) como instrumento de medición, ya que es muy usada en la investigación y en el ejercicio clínico por su exactitud al medir la pérdida de inserción clínica, las recesiones gingivales y la profundidad de sondaje.^{29,30}

Clasificación de las recesiones periodontales

Antes de elegir el tratamiento, se analiza y clasifica la recesión para brindar un diagnóstico preciso. Con el objetivo de incrementar la capacidad predictiva en la cirugía mucogingival para cubrir las raíces, se han sugerido tres autores: Miller, Pini Prato y Cairo.

Clasificación de Miller

1. Clase I: la retracción de tejido marginal no sobrepasa la línea mucogingival. No se experimenta pérdida de tejido blando interdental ni de hueso. Es posible lograr una cobertura total de la recesión de forma predecible (31)
2. Clase II: recesión del tejido marginal que llega hasta la línea mucogingival o va más allá de ella. No se experimenta pérdida de tejido blando interdental ni de hueso. Es posible lograr una cobertura total de la recesión de forma predecible.³¹
3. Clase III: la retracción del tejido marginal llega hasta la línea mucogingival o más allá. La pérdida de hueso o tejido blando Interdental se ubica por arriba del límite amelocementario, pero debajo de la extensión apical de la recesión del tejido marginal o en presencia de dientes mal posicionados. Solamente lograremos cubrir parcialmente la recesión.³¹
4. Clase IV: recesión del tejido marginal que se propaga por encima de la unión entre la mucosa y las encías. La pérdida de hueso Inter dentario se expande a un nivel apical más allá de la recesión del tejido marginal. Puede haber una mala posición de los dientes. No es posible anticipar con certeza la cobertura de la superficie radicular³¹

Clasificación de Cairo

1. **RT1:** recesión de las encías sin que se pierda la inserción interproximal (CAL interproximal = 0); el borde óseo/papilas interproximales están intactos. Pronóstico bastante positivo para el recubrimiento total utilizando la técnica apropiada.³²
2. **RT2:** se presenta pérdida de inserción interproximal, aunque esta es igual o inferior a la pérdida clínica en la cara bucal. Predicción mediana; es posible que obtener la cobertura total en algunos casos.³²
3. **RT3:** La pérdida de inserción interproximal es superior a la bucal. Pronóstico limitado; los objetivos se enfocarán en las reducciones de la profundidad del defecto y la obtención parcial del recubrimiento.³²

Clasificación de Pini-Prato para recesiones gingivales

Clasificación clínica enfocada en evaluar los defectos de la superficie radicular en zonas de recesión gingival, basada en dos variables observables:

1. Visibilidad de la unión cemento-esmalte (CEJ)

Clase A: unión amelocementaria identificable clínicamente.

Clase B: unión amelocementaria no identificable clínicamente.³³

2. Presencia de “step” o discrepancia en la superficie radicular (lesión no cariosa cervical como abfracción o abrasión)

+ (Más): Hay presencia de “step” o defecto en la superficie expuesta del órgano dental.³³

- (Menos): No hay presencia de “step” o defecto en la superficie expuesta del órgano dental.³³

Dado es posible calcular la previsibilidad y factibilidad de la cobertura radicular en función de las características de la superficie radicular si hay o no CEJ visible y defectos cervicales coligados, será útil para planificar el tratamiento de recesiones gingivales.³³

CAPÍTULO II

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 58 años ASA II presenta antecedentes personales de hipotiroidismo tratado farmacológicamente con levotiroxina desde hace 35 años, acudió a la consulta en la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues, en el área de odontología, el motivo de su consulta fue” tengo sensibilidad de los dientes de abajo cuando tomo cosas frías.

Durante la anamnesis el paciente manifestó lavar sus dientes 2 veces al día utilizando la técnica de cepillado horizontal, con un cepillo de filamentos duros y uso de pasta dental Colgate total 12, relata presentar hipersensibilidad al frío y clínicamente existe exposición radicular en el sector anteroinferior lo que le causa deterioro estético.

Exámenes de laboratorio

Los valores de los exámenes complementarios se encontraron dentro de los parámetros normales ya que las cifras de valores como plaquetas están en 297 milímetros cúbicos que nos indica que está dentro de los rangos normales, así mismo los valores de TP están en 13.1 segundos, el TPT en 30.1 segundos y el INR un promedio de en 1.23 y lo que indica que el paciente puede ser sometido a cirugía periodontal y un menor riesgo de una hemorragia intraoperatoria.

Examen clínico

Al examen clínico se observa, paciente portador de prótesis fija en el sector superior, buena higiene oral, edéntulo parcial ausencia de órganos dentales 3.7-3.7-4.6-4.7, clase 2 de Kennedy, biotipo periodontal fino, recesiones gingivales en el sector anteroinferior en los órganos dentales 3.1 - 3.2 -3.3 - 3.4 - 3.5 - 4.1 - 4.2 y 4.3, lesiones de abrasión en las zonas cervicales de 3.3 - 3.4 - 3.5, marcadas facetas de atrición en 3.1 - 3.2 - 3.3 - 3.4 - 3.5 - 4.1 - 4.2 y 4.3, no existe presencia de bolsas periodontales, u otra alteración de la morfología gingival.

Evaluación del biotipo periodontal del paciente:

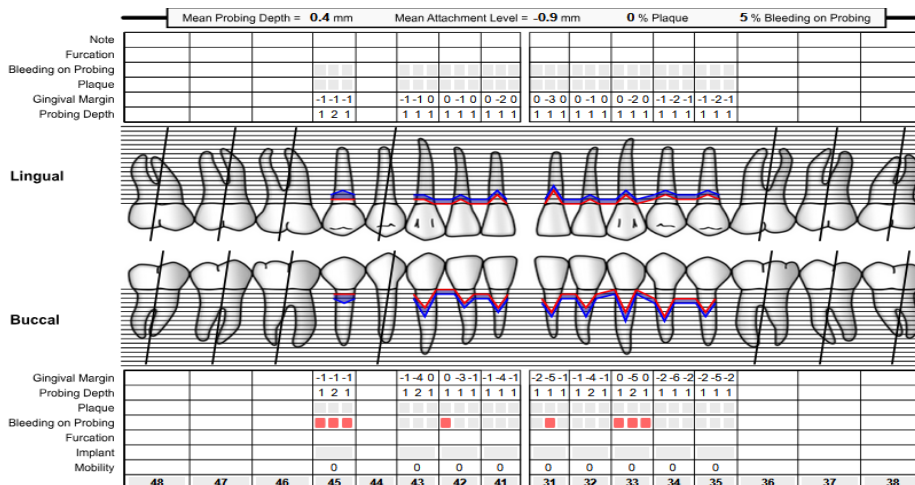
Se observa, biotipo periodontal fino, estructura reducida donde se transparenta fácilmente la sonda periodontal, la encía marginal es delgada y de contextura firme, posee una banda muy estrecha de tejido queratinizado, las papilas interdentales no se encuentran significativamente retraídas a pesar de esto los órganos dentales presentan una apariencia más alargada, las crestas óseas son menos pronunciadas y el área de contacto es hacia apical y más amplia.

Figura 1. Fotografía frontal oclusal, recesiones oclusales anteroinferiores.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Periodontograma inicial y final del tratamiento periodontal.



Se realizó un análisis referente a las alternativas terapéuticas disponibles para el adecuado manejo de las recesiones gingivales, se detallaron los objetivos clínicos, la naturaleza del procedimiento los posibles resultados esperados, así como los riesgos y beneficios de cada procedimiento, una vez obtenido el consentimiento informado se estableció como plan de tratamiento la siguiente propuesta.

Plan de tratamiento: cirugía mucogingival de recubrimiento radicular mediante el uso de injerto dérmico como sustituto biológico.

PROCEDIMIENTO

Etapa I fase sistémica

Paciente ASA II hipotiroidismo tratado farmacológicamente con levotiroxina desde hace 35 años.

Etapa II fase higiénica o inicial

Consistente en educación para la salud y en la motivación, el control de placa dentobacteriana, mediante el índice de higiene bucal e índice de placa de O'LEARY reflejando un índice de placa inicial de 33%. Se procedió a realizar tratamiento periodontal, como parte de esta etapa se le realizó la eliminación de depósitos de biofilm, así como el raspado y alisado radicular (RAR), realizando controles cada 7 días. En el primer control del RAR se puede evidenciar que el paciente ha cambiado la técnica de cepillado dental horizontal por una ya que presenta una significativa disminución en el índice de placa de 16.6 %, se insistió en que el cepillado no se realice de forma traumática para los tejidos periodontales. El segundo control reflejó un índice de placa de 15.4% evidenciando mejoría en la salud bucal y clara disminución del biofilm. El tercer control reflejó un índice de placa de 14.28%. Finalmente, el último control dio un índice de placa de 8.33%.

Figura 3: Índice O'LEARY del tratamiento periodontal previo a cirugía mucogingival

Evaluación	Fecha	% de Placa
Inicial	20/11/2023	33.3%
Índice I	04/12/2023	16.6%
Índice II	11/12/2023	15.4%
Índice III	18/12/2023	14.2%
Final	08/01/2024	8.3%

Fuente: Elaboración propia

Figura 4: Fotos intraorales previo a la cirugía mucogingival



Fuente: Elaboración propia

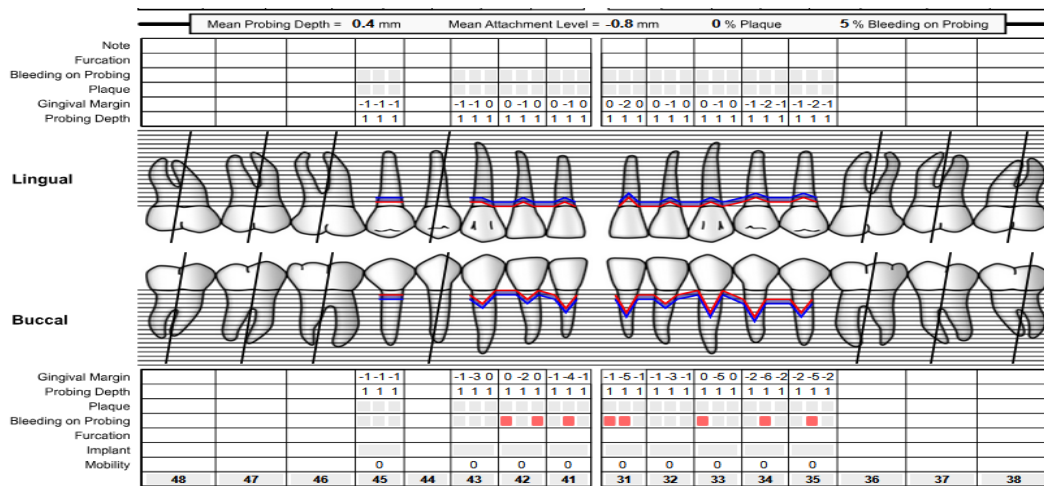
Etapa III fase quirúrgica

Dentro de esta se procedió con el correctivo quirúrgico se realizó una hibridación de dos técnicas quirúrgicas por un lado la técnica de injerto dérmico la cual en conjunto con la técnica del colgajo de desplazamiento coronal fueron las elegidas debido a las ventajas que presentaban.

Plan de tratamiento: preparación del lecho, realización de un colgajo festoneado de espesor mucoso para recibir para una matriz dérmica acelular que se extiende de 5mm a 8mm en sentido

apical, preparación y desinfección de la superficie radicular para su posterior sutura sin tensión para evitar desgarros.

Figura 5: Periodontograma prequirúrgico.



Fuente: Elaboración propia.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

Paso 1.- Preparación de la zona receptora:

Previo antisepsia del campo operatorio con clorhexidina al 4% se colocó anestesia infiltrativa Lidocaína al 2% con epinefrina 1: 80000 en todas las superficies a intervenir, a continuación, se realizó una incisión con bisturí Bard-Parker N 15C en forma festoneada para conseguir un colgajo de espesor mucoso formando un lecho amplio en que se extendió desde la superficie distal del órgano dental 4.3 hasta la superficie distal del órgano dental 3.3 esta técnica permite recorrer el contorno del margen gingival sin afectar la estética de la zona. Posteriormente se pasó a crear un lecho receptor más profundo con el objetivo de dejar espacio suficiente para el alojamiento de la matriz dérmica acelular. Se procedió al raspado y alisado de la superficie radicular con el fin de eliminar cualquier contaminante o aspereza que pueda comprometer la correcta fijación de la matriz dérmica acelular, esto se debe realizar sin afectar el periostio alrededor de la raíz de los órganos dentales a cubrir, finalmente se procedió a aplicar tetraciclina en las superficies radiculares expuestas mediante una gasa y se lavó con abundante agua.

Figura 6: Desprendimiento inicial del colgajo de extensión mucosa.



Fuente: Elaboración propia

Figura 7: Se puede apreciar la forma festoneada de la incisión



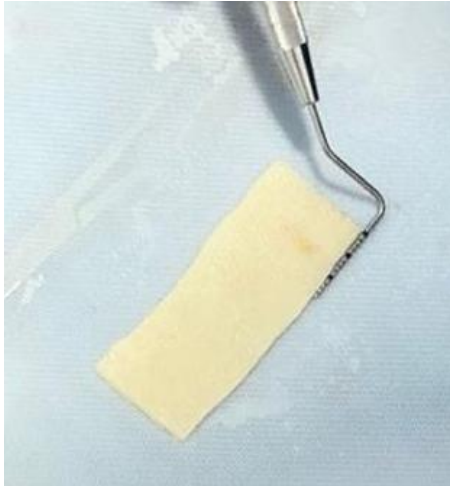
Fuente: Elaboración propia

Paso 2.- Preparación de la matriz dérmica acelular

Se procedió a revisar que el producto se encuentre sellado, al abrir el empaque que contiene la matriz dérmica acelular en un sobre plástico, además de un termómetro el mismo que va a indicar si el producto se encuentra apto para su uso, se procedió a la apertura del sobre con la matriz dérmica acelular y se lo depositó en una superficie estéril donde se pasó a hidratarlo con solución salina estéril, posterior a esto se midió la longitud del área a recubrir y se procedió a dimensionar y cortar la matriz dérmica acelular mediante un bisturí afilado en función de las

medidas obtenidas del lecho receptor para de esta forma garantizar una adaptación precisa del injerto al área quirúrgica.

Figura 8: Matriz o injerto dérmico acelular.



Fuente: Elaboración propia.

Paso 3.- Colocación del injerto en el lecho receptor:

Una vez preparada la zona quirúrgica que será el área vestibular de los órganos dentales 4.3-4.2-4.1-3.1-3.2-3.3, se alojó el injerto en el lecho receptor tomando en cuenta que tenga el espesor correcto para cubrir la raíz, que cubra el defecto estético y proporcione un margen amplio para la inserción del tejido conectivo alrededor de la misma.

Paso 4. Desplazamiento coronal para fijación de injerto dérmico acelular:

Finalmente se procedió a realizar el desplazamiento coronal mediante las pinzas Adson se pasó a tensar coronalmente el colgajo, asegurando así dentro de este la matriz dérmica acelular después se suturó cuidadosamente usando hilo vicryl 4.0 para sujetar la matriz al lecho, junto con la técnica de puntos suspensorios que se usó para suturar las papilas interdentes con una leve tensión para evitar desgarro del colgajo y se comprobó la correcta adaptación de la matriz dérmica acelular en las superficies radiculares.

Figura 9: Matriz dérmica acelular alojada correctamente en el lecho receptor.



Fuente: Elaboracion propia.

Indicaciones post quirúrgicas

Las indicaciones postquirúrgicas se encaminaron a proteger el área intervenida, evitar el dolor, disminuir el edema y favorecer la cicatrización de la zona intervenida. Se indicó 1 ampolla de dexametasona de 4 mg/ml y diclofenaco de 75 mg intramuscular, además de dieta blanda, durante la adaptación del injerto, bolsas frías las primeras 24 horas, 1 tableta de Amoxicilina más ácido clavulánico de 1 g cada 12 horas por 7 días, 1 tableta de ibuprofeno de 600 mg cada 8 horas por 3 días, evitar la actividad física intensa, y acudir a la consulta si ocurría algún contratiempo durante la primera etapa postquirúrgica.

A los siete días se evaluó el caso, constatando una buena evolución, sin referir dolor, ni sangrado, Durante el período postoperatorio el paciente pudo realizar sus actividades cotidianas con normalidad, se le indico que continúe con dieta blanda.

Figura 10: Fotografía post operatoria a los 7 días del procedimiento.



Fuente: Elaboración propia.

Etapa IV fase de mantenimiento

Esta etapa comenzó a partir de la anterior, se realizaron consultas evolutivas semanales durante el primer mes. En este período se realizó controles de placa, se insistió acerca de la importancia de mantener la buena higiene bucal para mantener los resultados obtenidos, el paciente no refirió síntomas de sensibilidad dentinaria. El proceso de cicatrización del colgajo se mantuvo satisfactoriamente.

Figura 11: Foto postquirúrgica de la zona recubierta a los 6 meses de la intervención 30/07/2024.



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO III

RESULTADOS:

Cobertura radicular obtenida:

Se realizaron controles periódicos al inicio, a los 6 y 12 meses del procedimiento quirúrgico, donde se pudo evidenciar una cobertura radicular en promedio del 62.2% posterior a evaluar todos los porcentajes en las piezas comprometidas en base a una regla de tres simple. Los datos se obtuvieron a través de una sonda periodontal Carolina del Norte calibrada y se confirmó mediante evidencia fotográfica postoperatoria. Se observó un desplazamiento del margen gingival hacia una posición más coronal con respecto a su ubicación prequirúrgica, cubriendo la mayor parte de las superficies radiculares previamente expuestas según lo expuesto en la tabla 2.

Tabla 2: Resultado en porcentaje de la cobertura radicular del caso clínico por pieza dental.

Pieza	Prequirúrgico	6 meses	12 meses	Ganancia Total	Porcentaje de cobertura radicular a los 6 meses	Porcentaje de cobertura radicular a los 12 meses
3.3	-6 mm	-4 mm	-3 mm	+3 mm	33,3%	50%
3.2	-3 mm	-1 mm	-1 mm	+2 mm	66,7%	66,7%
3.1	-5 mm	-3 mm	-3 mm	+2 mm	40%	40%
4.1	-4 mm	-2 mm	-2 mm	+2 mm	50%	50%
4.2	-2 mm	-1 mm	0 mm	+2 mm	50%	100%

4.3	-3 mm	-1	-1 mm	+2 mm		
		mm			66,7%	66,7%

Fuente: Elaboración propia.

El tejido injertado mostró una integración clínica favorable, sin signos de necrosis ni dehiscencia. La encía regenerada adoptó un color, textura y consistencia similares al tejido nativo adyacente, lo cual es indicativo de una adaptación tisular exitosa. Durante el seguimiento, mediante el índice de placa O LEARY dental del paciente disminuyó progresivamente desde un 33% inicial hasta un 8.33 % al final del segundo mes.

Tras la cirugía mucogingival, los seis sitios tratados mostraron reducción consistente de la recesión y mantenimiento/ganancia entre los 6 y 12 meses, sin pérdidas de cobertura. El promedio de recesión prequirúrgica fue de 3,8 mm y el promedio residual a 12 meses fue de 1,7 mm, con una ganancia media total de inserción clínica de 2,17 mm. La cobertura radicular media fue del 51,1 % a los 6 meses y del 62,2 % a los 12 meses. A los 12 meses, en 5 de 6 el 83,3 % alcanzaron ≥ 50 % de cobertura y en 1 de 6 sitios el 16,7 % pieza 4.2 se logró cobertura completa 100 %. Entre los 6 y 12 meses no se registraron recidivas; dos sitios 3.3 y 4.2 mejoraron adicionalmente 1 mm, indicando estabilidad tisular y maduración favorable del complejo mucogingival.

Desde el punto de vista estético, se constató nivel del margen gingival más armonizado, con perfil de emergencia, color y textura compatibles con los tejidos adyacentes, sin discrepancias notorias de la línea mucogingival ni secuelas cicatrízales visibles. En el plano funcional, el paciente no presenta sensibilidad dentinaria en los dientes tratados, refiriendo confort durante las maniobras de higiene y la ingesta; clínicamente, el cubrimiento radicular y la estabilidad del margen facilitan el control de placa en los cuellos previamente expuestos.

En conjunto, los resultados evidencian que la intervención proporcionó mejoría clínicamente relevante en cobertura radicular con impacto estético y funcional favorable y estable a 12 meses, apoyando la predictibilidad del abordaje mucogingival en recesiones múltiples.

DISCUSIÓN

Halim FC et al., 2024 menciona que el uso del injerto dérmico acelular (IDA) en cirugía mucogingival ha emergido como una alternativa válida al tradicional injerto de tejido conectivo (ITC), especialmente en pacientes que requieren tratamiento de recesiones múltiples o presentan limitaciones para procedimientos más invasivos. En términos de cobertura radicular, los estudios muestran que el IDA puede alcanzar una cobertura promedio del 60-80%, comparable al ITC en casos seleccionados, siempre que se utilice una técnica quirúrgica adecuada, si bien no se logra la cobertura total con la misma frecuencia que con el injerto conectivo autólogo, la eficacia del IDA sigue siendo clínicamente relevante, especialmente cuando se considera el balance entre resultados estéticos y bienestar del paciente.^{9,33}

Chambrone et al., 2010 describe la estabilidad a largo plazo, se han documentado resultados estables hasta 5 años postoperatorios, aunque con una ligera pérdida en el espesor tisular con el paso del tiempo. Esta pérdida no compromete significativamente el resultado clínico, pero es un aspecto importante para considerar durante la planificación quirúrgica. Una de las principales diferencias entre ambos métodos radica en el espesor del tejido y la estabilidad del tejido queratinizado, donde el ITC muestra una superioridad.^{8,33}

Cairo et al., 2021; Würflein E et al., 2025. Concluyen que presenta claras ventajas en términos de comodidad para el paciente, ausencia de sitio donante, y menor morbilidad postoperatoria. Esto lo convierte en una opción especialmente atractiva para pacientes con baja tolerancia al dolor o con múltiples áreas a tratar. Los factores de éxito del injerto dérmico se relacionan directamente con una técnica quirúrgica meticulosa, un lecho receptor bien irrigado, la inmovilización efectiva del injerto y una higiene oral adecuada por parte del paciente. Estas condiciones son fundamentales para mejorar la predecibilidad del tratamiento y maximizar la integración del injerto.^{11,33}

Elbana A et al., 2025; Würflein E et al., 2025 las ventajas específicas se destaca la posibilidad de tratar múltiples recesiones con un solo injerto, algo que difícilmente es posible con injertos autólogos, donde la cantidad de tejido donante es limitada. Además, los pacientes reportan significativamente menos dolor postoperatorio, lo que mejora la experiencia general del tratamiento. Tovío-Martínez E et al., 2023 en cuanto a las limitaciones y riesgos, si bien el IDA puede presentar una tasa de cobertura total algo menor que el ITC, la ganancia en grosor tisular

puede ser incluso superior, lo cual es clínicamente relevante para la salud periodontal a largo plazo^{11,33}

Los resultados obtenidos del reporte de caso cobertura media del 51,1 % a 6 meses y 62,2 % a 12 meses; 100 % en una pieza dental y ≥ 50 % en 5 de 6 sitios se sitúan dentro del rango que reporta Halim FC et al., 2024 para el injerto dérmico acelular (IDA) en recesiones múltiples 60–80 % en casos seleccionados con la técnica seleccionada. La menor frecuencia de cobertura total observada en nuestro caso es coherente con lo señalado por estos autores.^{9,33}

Tal como concluyen Cairo et al., 2021 y Würflein E et al., 2025, el IDA ofrece ventajas claras en ausencia de sitio donante y menor morbilidad. En nuestro caso, estos beneficios se reflejaron en un posoperatorio confortable y, funcionalmente, en la desaparición de la sensibilidad dentinaria en todos los dientes tratados, lo que mejoró la tolerancia a la higiene y la alimentación, sin signos inflamatorios residuales.^{32,11}

En línea con Elbana A et al., 2025 y Würflein E et al., 2025, el abordaje con IDA permitió manejar múltiples recesiones en un solo tiempo quirúrgico, optimizando el rendimiento clínico sin las limitaciones de cantidad de tejido.^{10,11,33}

CONCLUSIONES:

Con base en los parámetros clínicos, estéticos y funcionales evaluados, la cirugía mucogingival con injerto dérmico acelular (IDA) alcanzó una tasa de éxito clínica elevada en este caso. A los 12 meses, se obtuvo una cobertura radicular media del 62,2 %, sin recidivas entre 6 y 12 meses y con ganancia media total de inserción clínica de 2,17mm. Operativamente, si se considera éxito clínico aceptable una cobertura ≥ 50 %, en 5 de 6 sitios 83,3 % cumplieron el criterio; bajo un criterio estricto de cobertura completa, en 1 de 6 sitios 16,7 % alcanzó el objetivo.

Desde la perspectiva funcional, el paciente no presentó sensibilidad dentinaria en ninguno de los dientes intervenidos 6 de 6 sitios intervenidos; 100 %, lo que se tradujo en mejor tolerancia a la higiene y a la ingesta. En el ámbito estético, se observó armonía del margen gingival, congruencia de color y textura con los tejidos adyacentes y ausencia de secuelas cicatrízales visibles en todos los sitios.

Estos hallazgos cumplen el objetivo general del reporte: documentar la tasa de éxito clínica del IDA, demostrando mejoría clínicamente relevante y estabilidad a 12 meses con impacto positivo en la estética y la función. Como limitaciones propias de un reporte de caso, no se cuantificó de forma objetiva el espesor ni el ancho de encía queratinizada; por ello, se recomienda ampliar el seguimiento y estandarizar dichas mediciones en controles futuros para una caracterización más completa del resultado.

BIBLIOGRAFIA

1. Peregrino Henríquez ED, Guzmán Carranza CA, Mendoza Azpur G. Colgajo de avance coronal y técnica de túnel usando matriz derivada del esmalte (EMD) en el tratamiento de recesiones gingivales múltiples: una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Periodontología*. 2019;10(3):65–8.
2. View of Use of surgical techniques in periodontics: Literature review [Internet]. [citado el 14 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.rsdjournal.org/rsd/article/view/13668/12245>
3. Carcuac O, Trullenque-Eriksson A, Derks J. Modified free gingival graft technique for treatment of gingival recession defects at mandibular incisors: A randomized clinical trial. *J Periodontol*. el 1 de junio de 2023;94(6):722–30.
4. Yadav VS, Gumber B, Makker K, Gupta V, Tewari N, Khanduja P, et al. Global prevalence of gingival recession: A systematic review and meta-analysis. Vol. 29, *Oral Diseases*. John Wiley and Sons Inc; 2023. p. 2993–3002.
5. Georgieva I. ETIOLOGY OF GINGIVAL RECESSIONS-A LITERATURE REVIEW. Vol. 5, *Scripta Scientifica Medicinae Dentalis*. 2019.
6. Rahangdale SI, Galgali SR. Periodontal status of hypothyroid patients on thyroxine replacement therapy: A comparative cross-sectional study. *J Indian Soc Periodontol*. el 1 de noviembre de 2018;22(6):535–40.
7. Berríos M, Peña-Espinosa J, Gutiérrez D, García A, Lilibeth Araque-Díaz •. PERIODONTITIS CRÓNICA Y NIVEL DE PÉRDIDA ÓSEA PERIODONTAL EN PACIENTES TRATADOS POR HIPOFUNCIÓN TIROIDEA. CHRONIC PERIODONTITIS AND PERIODONTAL ATTACHMENT LOSS LEVEL IN TREATED PATIENTS WITH THYROID HYPOFUNCTION.
8. Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Root-Coverage Procedures for the Treatment of Localized Recession-Type Defects: A Cochrane Systematic Review. *J Periodontol*. abril de 2010;81(4):452–78.
9. Halim FC, Sulijaya B. Allogenic Acellular Dermal Matrix and Xenogeneic Dermal Matrix as Connective Tissue Graft Substitutes for Long-Term Stability Gingival

- Recession Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur J Dent*. el 28 de mayo de 2024;18(2):430–40.
10. Elbana A, Saleh W, Youssef J. Comparing Connective Tissue Grafts and Collagen Matrix in Modified Coronally Advanced Tunnel Technique for RT1 Gingival Recession: A Randomized Controlled Clinical Trial. *BMC Oral Health*. el 1 de diciembre de 2025;25(1).
 11. Würflein E, Ollinger S, Sculean A, Vach K, Landwehr VC, Nelson K, et al. Modified Coronally Advanced Tunnel Technique With Porcine Dermal Matrix for Recession Treatment: 12-Month Follow-Up. *Clin Exp Dent Res [Internet]*. el 1 de octubre de 2025 [citado el 14 de septiembre de 2025];11(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40844211/>
 12. Gürlek Ö, Gümüş P, Nizam N, Buduneli N. Coronally advanced flap with connective tissue graft or xenogeneic acellular dermal matrix in the treatment of multiple gingival recessions: A split-mouth randomized clinical trial. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. el 1 de junio de 2020;32(4):380–8.
 13. Tovío-Martínez E, Urbano-del-Valle S, Díaz-Caballero A, Herrera-Herrera A, Crescente-Pertuz N. Membrana dérmica acellular e injerto gingival libre en cirugía plástica periodontal: reporte de 2 casos. *Odontología (Lima)*. el 31 de enero de 2023;25(1):93–8.
 14. Suzuki KT, de Jesus Hernandez Martinez C, Suemi MI, Palioto DB, Messori MR, de Souza SLS, et al. Root coverage using coronally advanced flap with porcine-derived acellular dermal matrix or subepithelial connective tissue graft: a randomized controlled clinical trial. *Clin Oral Investig [Internet]*. el 1 de noviembre de 2020 [citado el 13 de septiembre de 2025];24(11):4077–87. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-020-03280-x>
 15. Pedro, casa. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento
Gingival recession: a review of its aetiology, pathogenesis and treatment
ARDILA MEDINA CM* RESUMEN.
 16. Khocht A, Simon G, Person P, Denepitiyai JL. Gingival Recession in Relation to History of Hard Toothbrush Use.

17. Ranzan N, Muniz FWMG, Rösing CK. Are bristle stiffness and bristle end-shape related to adverse effects on soft tissues during toothbrushing? A systematic review. Vol. 69, *International Dental Journal*. Wiley-Blackwell Publishing Ltd; 2019. p. 171–82.
18. Kumar S, Gopalkrishna P, Syed AK, Sathiyabalan A. The Impact of Toothbrushing on Oral Health, Gingival Recession, and Tooth Wear—A Narrative Review. Vol. 13, *Healthcare (Switzerland)*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2025.
19. Rajapakse PS, McCracken GI, Gwynnett E, Steen ND, Guentsch A, Heasman PA. Does tooth brushing influence the development and progression of non-inflammatory gingival recession? A systematic review: Review Article. *J Clin Periodontol*. diciembre de 2007;34(12):1046–61.
20. Noah S. Gasner RSS. Periodontal Disease - PubMed [Internet]. 2025 [citado el 13 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119477/>
21. Pradeep K, Rajababu P, Satyanarayana D, Sagar V. Case Report Gingival Recession: Review and Strategies in Treatment of Recession. *Case Rep Dent*. 2012;2012.
22. Acerca de la Enfermedad Periodontal (Gum) - Salud bucal - CDC [Internet]. [citado el 13 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/oral-health/about/gum-periodontal-disease.html>
23. Sarhan S, Ahmed E, Hussein RR, Abou-Bakr A. RESEARCH Open Access Prevalence, etiology and clinical characteristics of gingival recession in a sample of adult Egyptian dental patients: a cross sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2025 [citado el 13 de septiembre de 2025];25:691. Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/BMCOralHealth>
24. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *Journal of the American Dental Association*. 2003;134(2):220–5.
25. Cadenas De Llano-Pérula M, Castro AB, Danneels M, Schelfhout A, Teughels W, Willems G. Risk factors for gingival recessions after orthodontic treatment: a systematic review. Vol. 45, *European Journal of Orthodontics*. Oxford University Press; 2023. p. 528–44.
26. Inchingolo F, Inchingolo AM, Inchingolo AD, Fatone MC, Ferrante L, Avantario P, et al. Bidirectional Association between Periodontitis and Thyroid Disease: A Scoping

- Review. Vol. 21, International Journal of Environmental Research and Public Health. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024.
27. Boyapati R, Cherukuri SA, Bodduru R, Kiranmaye A. Influence of female sex hormones in different stages of women on periodontium. Vol. 12, Journal of Mid-Life Health. Wolters Kluwer Medknow Publications; 2021. p. 263–6.
 28. Anselmo LAF, Dutra G de O, Pena FA. Tabagismo e a periodontite: um desafio para a resposta imune. Research, Society and Development. el 4 de mayo de 2025;14(5):e1814548737.
 29. Koh R, Lee S, Oyoyo U, Ran Kwon S, Sarmast ND. Udochukwu Oyoyo, So Ran Kwon & Nima D. Sarmast (2023) Analyzing Equivalency and Accuracy of Three Different Periodontal Probes in Measuring Pocket Depth-An In-Vitro Study. J Calif Dent Assoc [Internet]. 2266 [citado el 13 de septiembre de 2025];51(1). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ucda20>
 30. Rams TE. Reproducibility of Manual Periodontal Probing Following a Comprehensive Standardization and Calibration Training Program. Journal of Oral Biology. 2022;8(1).
 31. Miller PD. Miller Classification of Marginal Tissue Recession Revisited After 35 Years [Internet]. Disponible en: www.Gompendiumlive.com
 32. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: An explorative and reliability study. J Clin Periodontol. julio de 2011;38(7):661–6.
 33. Pini-Prato G, Franceschi D, Cairo F, Nieri M, Rotundo R. Classification of Dental Surface Defects in Areas of Gingival Recession. J Periodontol. junio de 2010;81(6):885–90.



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

David de Ferrer Lituma Ortega portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302538665**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Predictibilidad de la cirugía mucogingival con la técnica de injerto dérmico. Reporte de caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **30 de octubre de 2025**

F:

David de Ferrer Lituma Ortega

C.I. **0302538665**

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Boris Alexander Tenesaca Guaman portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0150341790**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Predictibilidad de la cirugía mucogingival con la técnica de injerto dérmico. Reporte de caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **30 de octubre de 2025**



F:

Boris Alexander Tenesaca Guaman

C.I. 0150341790