E-ISSN: 1029 3043 | RNPS 1820

Medicentro ELECTRÓNICA

Revista Científica Villa Clara

Medicent Electrón. 2026;30:e4499

ISSN 1029-3043

Artículo Original

Tratamiento de la recesión periodontal con injerto libre de encía en menores de edad

Treatment of periodontal recession with free gingival graft in minors

Marysol Rodríguez Felipe[1*] https://orcid.org/0000-0002-7226-2865

Lázaro Sarduy Bermúdez[1] https://orcid.org/0000-0002-8590-1216

Eligio Eduardo Barreto Fiu[1] https://orcid.org/0000-0003-3523-2875

Felisa Veitía Cabarrocas[1] https://orcid.org/0000-0002-6596-2580

Sergio Hurtado Sarduy[1] https://orcid.org/0000-0002-6886-9058

[1]Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

[*]Autor para la correspondencia: Correo electrónico: felipemarysol31@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El injerto libre de encía es un procedimiento quirúrgico en el tratamiento de la recesión periodontal, su aplicación es frecuente en pacientes menores de 19 años.

Objetivo: Evaluar los resultados del tratamiento de la recesión periodontal con la utilización del injerto libre de encía, cinco años después, en pacientes menores de 19 años.

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

Métodos: Se realizó una investigación descriptiva, longitudinal y prospectiva, en pacientes con cinco años de operados, entre febrero del 2023 y diciembre del 2024, en la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba. La población estudiada estuvo constituida por 27 pacientes, menores de 19 años, operados con el procedimiento de injerto libre de encía. Se utilizaron dos unidades de análisis: pacientes y dientes con recesión periodontal. Las variables exploradas fueron: edad, sexo, tipo de recesión, cobertura de la recesión, ancho y ganancia de la encía insertada, apariencia estética y categorías de evaluación.

Resultados: Se apreció que los pacientes de 9-11 años fueron los más representativos y predominó el sexo femenino. El porcentaje de cobertura radicular a los cinco años tuvo una ligera disminución, que no fue estadísticamente significativa para las Clases I y II de Miller (p>0.05). El ancho de la encía insertada mantuvo las dimensiones alcanzadas para dicha clasificación.

Conclusiones: Se demostró la efectividad del tratamiento al encontrarse el porcentaje de categorías favorable y medianamente favorable, por encima del estándar establecido.

DeCS: periodoncia; encía; cirugía bucal.

ABSTRACT

Introduction: free gingival graft is a surgical procedure to treat periodontal recession. Its application is frequent in patients under 19 years of age.

Objective: to evaluate the results five years after periodontal recession treatment with the use of free gum graft in patients under 19 years of age.

Methods: a descriptive, longitudinal and prospective research was carried out on patients five years after surgery in the Dental Faculty at the University of Medical Sciences of Villa Clara, Cuba between February 2023 and December 2024.The studied population consisted of 27 patients under 19 years of age who were operated using the free gingival graft procedure. Two units of analysis were used:

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

patients and teeth with periodontal recession. Age, gender, type of recession, recession coverage, width and gain of the attached gingiva, aesthetic appearance and evaluation categories were the explored variables.

Results: patients aged 9-11 years were the most representative and female gender predominated. The percentage of root coverage at five years had a slight decrease which was not statistically significant for Miller Classes I and II ($p>0.05$). The width of the inserted gingiva maintained the dimensions achieved for said classification.

Conclusions: the effectiveness of the treatment was demonstrated by finding the percentage of favourable and moderately favourable categories above the established standard.

MeSH: periodontics; gingiva; surgery, oral.

Recibido: 11/11/2025

Aprobado: 30/03/2026

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, el hombre ha buscado resaltar la belleza a partir de parámetros estandarizados, según el ambiente cultural, la raza, el sexo, u otras variables que cambian de acuerdo con el entorno.[1] Al definir la estética bucal se hace referencia a la relación armónica entre todos sus componentes, y el periodonto no es la excepción. Se ha definido la recesión periodontal (RP) como un trastorno de instauración lenta, progresiva y destructiva, en la cual la encía, de uno o varios dientes, se encuentra apical a la unión cemento-esmalte, que ocasionalmente involucra a la unión mucogingival y a la mucosa alveolar adyacente.[2]

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

Desde el punto de vista epidemiológico la RP aumenta con la edad; sin embargo, en las últimas décadas, se ha incrementado en edades tempranas.[3] La prevalencia de esta afección varía en diversas partes del mundo. En Chile, la publicación realizada por Amaro y colaboradores[4] informa un 68,4 % en adolescentes. En Cuba, en la ciudad de Matanzas, se evidenció afectación del 40,98 % en pacientes entre 15-60 años, sobre todo del sexo femenino.[5] En la provincia de Camagüey se encontró una prevalencia significativa de escolares con recesión periodontal.[6] En Villa Clara se observó un incremento de la RP en niños en etapa escolar primaria,[7] lo que orienta su tratamiento a partir de la infancia y la adolescencia, con el fin de evitar futuras complicaciones que puedan comprometer la permanencia del diente.

En los niños y adolescentes, la presencia de vestíbulos poco profundos, inserciones frénicas aberrantes y periodontos delgados (tipo IV), hacen que desde edades tempranas pueda aparecer la RP; que se manifiesta con mayor frecuencia en los incisivos inferiores permanentes. Según las indicaciones del injerto libre de encía (ILE), este se convierte en la técnica quirúrgica de elección en tales situaciones.[8]

Scandola y colaboradores[9] plantean que la previsibilidad del procedimiento y la estabilidad de los resultados a largo plazo, son parámetros en que se basan los clínicos para evaluar las técnicas de recubrimiento radicular. Por tanto, se consideran exitosos aquellos casos donde, luego de alcanzarse la completa cicatrización, el margen gingival se sitúa a nivel de la unión amelocementaria, se gana en encía insertada y se logra una integración armoniosa y óptima del tejido blando con los tejidos circundantes.[10]

Según investigaciones consultadas por los autores del presente estudio, con la técnica del injerto libre de encía se pierde cierto grado de la cobertura lograda.[10,11] Autores como Yañez y colaboradores[12] plantean que las características anatómicas de los tejidos periodontales en el niño hacen que los resultados de los injertos, en este caso del ILE, sean diferentes a los logrados con esa misma

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

técnica en el paciente adulto. En el niño y adolescente el mencionado procedimiento tiene mejor predictibilidad, al estar la encía y demás componentes en continua transformación; y sus células neoformadas tienen una potencialidad de renovación y evolución permanente, propios del proceso de crecimiento y desarrollo en el que está inmerso el individuo.

Resulta significativa la carencia de estudios publicados que evalúen el citado procedimiento, a largo plazo, en el menor de 19 años en Cuba, particularmente en Villa Clara; por lo que resultó necesario emprender esta investigación, con el objetivo de evaluar los resultados del tratamiento de la recesión periodontal, con la utilización del injerto libre de encía cinco años después, en pacientes de ese grupo etario.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, longitudinal y prospectiva en la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba, entre febrero del 2023 y diciembre del 2024, sobre el injerto libre de encía en menores de edad, transcurridos cinco años desde la operación. La población estudiada estuvo constituida por 27 pacientes, menores de 19 años, operados a partir del año 2018, cuyos padres y tutores ofrecieron su consentimiento informado para participar en la investigación. Se trabajó con dos unidades de análisis: pacientes (27) y dientes con recesión periodontal (45).

El examen clínico bucal se realizó en la consulta de Periodoncia de la Facultad de Estomatología. Los datos obtenidos durante el interrogatorio y el examen físico fueron recogidos en un formulario creado al efecto. Los métodos empíricos aplicados fueron: revisión documental y observación mediante el examen clínico.

Revisión documental: se revisó el formulario realizado a cada paciente en el estudio desarrollado anteriormente, para tomar como referentes los parámetros

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

obtenidos con el tratamiento aplicado cinco años atrás. Las RP iniciales, según la medición realizada en el formulario del estudio previo a cada paciente, fueron clasificadas según los criterios de Miller. Las Clases III y IV fueron excluidas del estudio por no esperarse cobertura radicular en las mismas. Se reevaluaron las variables: edad, sexo, tipo y largo de recesión, cobertura radicular, anchura y ganancia de encía insertada, apariencia estética, categorías de evaluación del tratamiento por diente y efectividad del tratamiento.

Las categorías de evaluación establecidas fueron:

-Alternativa terapéutica favorable: si el porcentaje de cobertura radicular y la ganancia de encía insertada, medidas a los cinco años del injerto, se mantuvieron igual a la medida al año, y el color se integró completamente.

-Alternativa terapéutica medianamente favorable: si el porcentaje de cobertura radicular y la ganancia de encía insertada a los cinco años disminuyó hasta un 50 % en relación con la medición realizada al año del injerto, y el color se integró total o parcial.

-Alternativa terapéutica no favorable: si el porcentaje de cobertura radicular y la ganancia de encía insertada a los cinco años disminuyó en más del 50 %, en relación con la medición realizada al año del injerto, y cualquier categoría de la apariencia estética.

-Efectividad del tratamiento: para considerar efectivo el tratamiento se estableció un estándar que consideraba que en el 70 % de los dientes tratados la alternativa terapéutica aplicada había sido favorable y medianamente favorable.

Los datos recolectados en este estudio se registraron en un libro de Microsoft Excel; los que fueron posteriormente importados en el software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), para su procesamiento estadístico. Se confeccionaron tablas y figuras en los que se muestra la información resultante del resumen de los datos y de la aplicación de las pruebas de hipótesis. Se tuvo en cuenta una adecuada comunicación médico-paciente. Los padres y tutores

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

dieron su aprobación mediante la firma del modelo de consentimiento informado. Esta investigación fue aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la Facultad de Estomatología.

RESULTADOS

En el presente estudio se trabajó con un total de 27 pacientes: 15 del sexo femenino (55,56 %) y 12 del masculino (44,44 %). Los grupos de edades más representados fueron el de 9-11 años, con 13 individuos (48,15 %), seguido del grupo de 15-18 años, con 8 (29,63 %).

El porcentaje de cobertura radicular a los cinco años disminuyó en ambas Clases de Miller respecto al año después del tratamiento, de forma sutil en la Clase I y ostensible en la Clase II. Estadísticamente, se encontró que al año no hubo diferencia significativa (p=0,0936) entre los valores medios de la cobertura radicular de las Clases I y II. Sin embargo, a los cinco años, el valor medio de cobertura radicular fue significativamente menor (p= 0,014) en la Clase II. (Tabla 1)

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

Tabla 1. Cobertura radicular según clasificación de Miller al inicio del tratamiento de la recesión periodontal en los diferentes momentos del estudio.

		Clase Miller				Total
		Clase I		Clase II		
		Nº. dientes		Nº. dientes		Nº. dientes
Momentos	(a)	22		23		45
Al año	Media	76,37		76,61		76,49
	S	17,86		12,16		15,04
	Z(p)	-0,080 (0,936)				
A los cinco años	Media	76,26		57,72		66,78
	S	29,37		28,59		30,14
	Z(p)	-2,153 (0,031)				
X 2 (p)b		p=0,861		p<0,014		p=0,057

Fuente: Formulario del estudio.
(a) Medidas de resumen (%): Media - Promedio, S - Desviación estándar.
Z (p) - Estadígrafo y significación de la Prueba U de Mann – Whitney.

Tanto en ancho como en ganancia de encía insertada se pudo observar un incremento a lo largo del estudio. Se determinó diferencia significativa (p=0,046) entre 1 año y 5 años después de realizada la intervención quirúrgica. (Tabla 2)

Tabla 2. Ancho y ganancia de encía insertada en los sitios estudiados según los momentos establecidos en la investigación.

Momentos	Variables	Media	S
Al inicio	Ancho	0,91	0,92
Al año	Ancho	3,95	0,36
	Ganancia	3,03	0,80
A los cinco años	Ancho	3,98	0,39
	Ganancia	3,07	0,80
		Total de sitios: 27	

Medidas de resumen: Media - Promedio, S - Desviación estándar.

Fuente: Formulario del estudio.

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

Se pudo constatar que, al concluir las mediciones del estudio, los injertos tomados del espacio retromolar se integraron estéticamente de forma total con los tejidos vecinos a los 5 años de realizada la técnica quirúrgica, a diferencia de los injertos obtenidos del paladar que la mayoría no se integraron (12 para un 48 %). (Tabla 3)

Tabla 3. Apariencia estética en los diferentes momentos del estudio

Apariencia		**Zona donante**			
		Paladar (N=25)		**Retromolar (N=20)**	
Momento	**Integración del color**	**N°.**	**%**	**N°.**	**%**
Al año	Total	3	12	17	85
	Parcial	10	40	3	15
	No se integra	12	48	0	0
	Categorías	**No.**	**%**	**No.**	**%**
A los cinco años	Total	3	12	20	100
	Parcial	10	40	0	0
	No se integra	12	48	0	0

Fuente: Formulario del estudio.

Se pudo determinar que en la mayoría de los dientes la terapéutica fue favorable: en 23 (51,11 %), seguido de las categorías no favorable en 12 (26,67 %) y medianamente favorable en 10 (22,22 %), respectivamente. Se identificaron diferencias significativas (p=0,038) entre los porcentajes de las categorías de evaluación de los resultados del tratamiento. (Tabla 4)

Tabla 4. Categorías de evaluación de los resultados del tratamiento realizado.

Categorías	**No.**	**%**
Mediamente favorable	10	22,2
No Favorable	12	26,67
Total	**45**	**100**
		X2=6.533 p=0.038

Fuente: Formulario del estudio

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

Se reflejó el indicador de efectividad del tratamiento y se pudo constatar que el porcentaje de la terapéutica aplicada fue superior en un 73,33 %; lo que hace posible evaluarlo como efectivo, según el estándar establecido en la investigación. Con un 95 % de confiabilidad, se estimó que la diferencia entre los porcentajes de efectividad del tratamiento se encontraba entre un 60,41-86,25 %. (Figura 1)

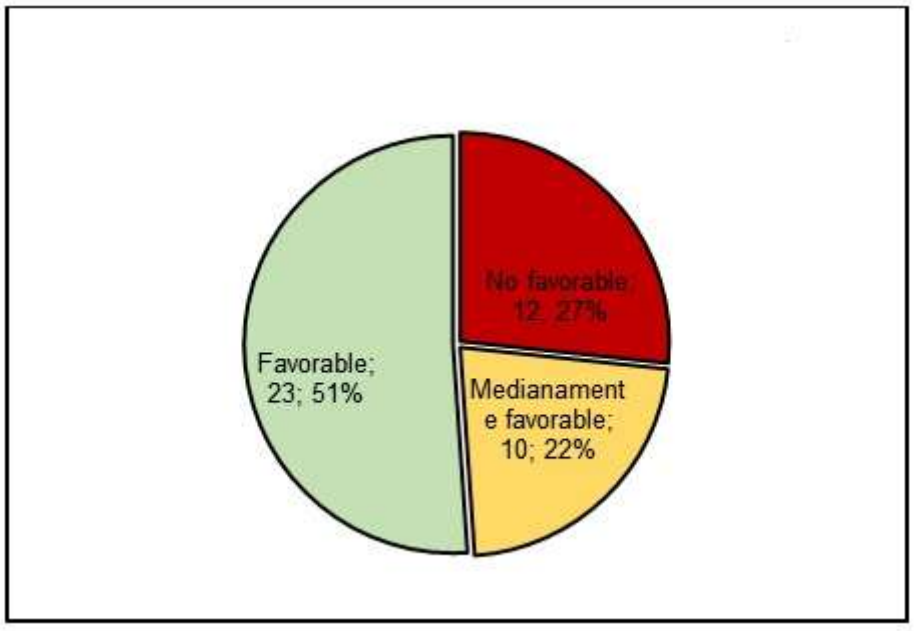


Figura 1. Efectividad del tratamiento realizado.

DISCUSIÓN

El objetivo fundamental de las diferentes técnicas de injertos es el logro de la cobertura de la superficie radicular expuesta, el incremento de la encía insertada y un resultado estético favorable.[9] Se ha mencionado que el mecanismo que mantiene unido al ILE sobre la superficie radicular, la adaptación epitelial y la conexión fibrosa de tejido conectivo, garantiza la cicatrización mediante un epitelio de unión largo, a partir de las células epiteliales vecinas.[13,14]

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

Algunos casos de cobertura de la superficie radicular con inserción progresiva después de la cirugía con ILE, se han registrado en individuos jóvenes, generalmente en dientes anteriores mandibulares no restaurados.[15] En el presente estudio se observó una disminución del porcentaje de cobertura radicular, alcanzada a los cinco años, que disminuyó de manera ligera en la Clase I de Miller y fue notoria en la Clase II, respecto al año después del tratamiento. Estos resultados son comparables con los obtenidos por Agrawal[15] y Mostafa,[16] quienes obtuvieron un porcentaje de cobertura similar para las diferentes clasificaciones, con muy pocas modificaciones en el tiempo medido para la Clase I.

En cuanto a la disminución de la cobertura a los cinco años en ambas clases, Sarduy y colaboradores[10] publicaron resultados similares; estos obtuvieron un ligero descenso en los porcentajes de cobertura en los diferentes momentos de medición de su investigación. La cobertura lograda a los cinco años está expuesta a la acción de los irritantes bacterianos, los traumatismos mecánicos, tanto por la masticación como por el cepillado, entre otros elementos que pueden generar cierta destrucción del tejido. Por esto, a lo largo del tiempo existe una ligera tendencia a la disminución del porcentaje de cobertura.[17,18]

La encía queratinizada proporciona al periodonto mayor resistencia a las lesiones externas, contribuye a la estabilización del margen gingival y ayuda a disipar las fuerzas fisiológicas ejercidas por las fibras musculares de la mucosa alveolar sobre los tejidos gingivales.[19,20]

Con el procedimiento empleado se logró un aumento significativo de la encía insertada, que mantuvo sus dimensiones a los cinco años de realizado el injerto. Esto ocurre porque la encía queratinizada, recién obtenida, se puede mantener durante un largo periodo. Además, el ILE detiene la progresión de la RP y puede conducir a la obtención de más encía queratinizada a partir de la inserción progresiva después de la cirugía.

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

En el niño y el adolescente las células neoformadas tienen una potencialidad de renovación y crecimiento permanentes; de ahí la posibilidad de formación de una banda de tejido queratinizado que crece y madura con el tiempo.[21,22] Estos resultados son comparables con los expuestos por Sarduy y colaboradores,[10] quienes reportan una ganancia significativa de encía insertada con la aplicación de esta técnica.

En la presente investigación, la mayoría de los injertos obtenidos en el paladar no lograron la integración del color al año de realizada la cirugía; lo cual no se modificó a los cinco años. Por el contrario, la apariencia estética en los injertos de la zona retromolar se afianzó con el tiempo, y se logró, a los cinco años, mejores resultados que recién realizada la técnica. Esto se explica porque la mucosa palatina es una de las más queratinizadas de la cavidad bucal, su memoria genética persiste aún con la degeneración colágena que sufre el injerto al colocarse en su nueva posición.[22]

Los resultados publicados por Sriwil y colaboradores[23] muestran, de forma similar, una mayor disparidad en el color de los injertos obtenidos del paladar que los del tubérculo alveolar mandibular, en los diferentes momentos de medición.

El porcentaje de cobertura radicular lograda, la ganancia de encía insertada y la estética fueron parámetros establecidos por los investigadores para evaluar los resultados de la alternativa terapéutica empleada. Los importantes logros obtenidos conllevaron a una evaluación favorable en la mayoría de los dientes tratados; ello coincidió con los resultados de la actual investigación. Deo y colaboradores[24] realizaron un estudio para evaluar la efectividad de los injertos gingivales libres en el tratamiento de RP localizadas de Clase I y II de Miller.

Se han establecido indicadores que, basados en estándares, permiten evaluar la efectividad los procedimientos de cirugía plástica periodontal. Aguilar Minte, citado por Sarduy y colaboradores,[10] considera que para evaluar como efectiva una terapéutica, el porcentaje de resultados satisfactorios debe estar por encima del 60 %, mientras que Zucchelli, también mencionado por Sarduy y

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

colaboradores,[10] establece un 65 %. En el presente estudio se ha considerado un estándar de evaluación por encima del 70 %. Cualquier evaluación que se realice de estos procedimientos por encima de estos porcientos asumidos debe considerarse como efectiva.

El ILE, en niños y adolescentes, muestra un comportamiento diferente a las edades adultas. Se puede señalar una menor posibilidad de colagenización debido a la existencia de zonas dadoras en espacios retromolares, además de la potencialidad regenerativa de los fibroblastos y el grosor de la mucosa masticatoria. La continua actividad mitótica y la tendencia, en estas edades, a la escasa pérdida del soporte interproximal, conlleva a mejores resultados a largo plazo.

CONCLUSIONES

A los cinco años de realizado el procedimiento quirúrgico se constató una disminución del porcentaje de cobertura en ambas Clases de Miller; lo cual se comportó de forma leve en la Clase I. La ganancia de encía insertada aumentó a los cinco años y la apariencia estética mejoró respecto al año de realizada la cirugía. La integración total del injerto obtenido de la zona retromolar fue superior al que se tomó del paladar. En la presente investigación predominó la alternativa terapéutica favorable y se demostró la efectividad del tratamiento, al encontrarse el porcentaje de categorías favorable y medianamente favorable, por encima del estándar establecido.

E-ISSN: 1029 3043 | RNPS 1820

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Pérez Y, Véliz Concepción OL. Estética y patrones craneofaciales en la Ortodoncia. Medicent Electrón [Internet]. 2022 [citado 2024 jun. 19];26(1):151-284. Disponible en: http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3381

2. Takei HH, Todd Scheyer E, Azzi RR, Allen EP, Han TJ. Periodontal plastic and esthetic surgery. En: Newman MG, Klokkevold PR, Takei HH, Carranza FA. Carranza´s Clinical Periodontology [Internet]. Missouri: Elsevier Saunders; 2014 [citado 2024 sept. 2]. p. 628-37. Disponible en: https://pocketdentistry.com/63-periodontal-plastic-and-esthetic-surgery/

3. Sarduy Bermúdez L, González Valdés Y, Barreto Fiu E, Corrales Álvarez M. Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. Medicent Electrón [Internet]. 2018 [citado 2024 sept. 2];22(3):218-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v22n3/mdc04318.pdf

4. Amaro Rivera Y, Alvarado Negrón G, Manqui Jara N. Prevalencia e indicadores de riesgo de recesiones gingivales en adolescentes de Valdivia en el año 2018. Int J Interdiscip Dent [Internet]. 2020 [citado 2024 sept. 2];13(1):21-5. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882020000100021

5. Brito Pérez K, Cruz Morales R, Caballero López D. Trastornos mucogingivales y su tratamiento, cinco años de seguimiento en pacientes matanceros. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 [citado 2024 sept. 2];39(2):267-79. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200012

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

6. Barreto-Suárez Y, Nápoles-Jiménez N, González-Rodríguez E, Betancourt-Reyes GL. Factores de riesgo locales y recesión periodontal de dientes anteriores en niños de 10 a 14 años. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2023 [citado 2024 mzo. 5];27(5):[cerca de 12 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000600016

7. Álvarez Martínez OL, Espinosa Yera M, González Bonachea M. Recesión periodontal en niños y factores de riesgo asociados a su aparición. Acta Méd Centro [Internet]. 2016 [citado 2024 sept. 2];10(1):57-9. Disponible en: https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/337

8. García Reguera O, Corrales Álvarez M, Padrón Alonso M, González Díaz ME. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal no inflamatoria. En: González Díaz ME, Toledo Pimentel B, Sarduy Bermúdez L, Morales Aguiar DR, de la Rosa Samper H, Veitia Cabarrocas F, et al. Compendio de periodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. p. 266-307.

9. Scandola D, Muñoz Corcuera M, Gil -Abando G, González Ibarguren E. Actualización de las técnicas para el tratamiento de las recesiones periodontales. Odontología Vital [Internet]. 2024 [citado 2024 oct. 25]; (40):18-29. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752024000100018

10. Sarduy Bermúdez L, Veitia Cabarrocas F, Rodríguez Felipe M, Barreto Fiu E. Resultados del colgajo de reposición coronal asociado a tejido conectivo subepitelial: Cinco años después. Medicent Electrón [Internet]. 2024 [citado 2024 oct. 2];28:[cerca de 18 pantallas]. Disponible en: http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/4086

11. Sander Dubaj J, Marchi Martins T. Cirurgía plástica periodontal para tratamento de recessão gengival: acompanhamento após um ano. INPerio [Internet]. 2019 [citado 2024 sept. 12];4(4):[cerca de 8 pantallas]. Disponible en: https://implantnewsperio.com.br/cirurgia-plastica-periodontal-para-tratamento-de-recessao-gengival-acompanhamento-apos-um-ano/

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

12. Yañez Ocampo BR, Hirose López MG, Vargas Casillas AP, López Reyes AS. Relación Periodoncia- Odontopediatría. En: Vargas Casillas AP, Yáñez Ocampo BR, Monteagudo Arrieta CA. Periodontología e Implantología. México: Editorial Médica Panamericana; 2022. p. 385-400.

13. Panchi Lasluisa JA, Molina Gallegos CF, Molina Dávila CA, Armas Vega AC. Cirugía plástica periodontal con uso de injertos de tejido conectivo en recesiones. Odontol Sanmarquina [Internet]. 2022 [citado 2025 en. 26];25(2):[cerca de 10 pantallas]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/9376960

14. 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 [Internet]. 2023 [citado 2024 dic. 29];94(6):722-30. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36627509/

15. Agrawal P, Katti N, Mohanty D, Pradhan SS, Raj SC, Satyarup D, Mahopatra A, Srivani P. Treatment of Localized Gingival Recession Using Gingival Unit Grafts: An 18-month Follow-up Study. J Contemp Dent Pract [Internet]. 2022 [citado 2025 en. 9];23(1):49-55. Disponible en: https://www.jaypeedigital.com/abstractArticleContentBrowse/JCDP/19/23/1/28043/abstractArticle/Article

16. Mostafa D, Nikhat F. Gingival Recession and root coverage up to date, a literature review. Dent Rev [Internet]. 2022 [citado 2025 en. 9]; 2(1):[cerca de 10 pantallas]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772559621000080

17. Baltazar –Ruiz A, Mireles-García Rodríguez-Pulido J, Gutiérrez-Rivas DE. Tratamiento de recesiones gingivales tipo I y II de Cairo: Reporte de caso. Int J interdiscip Dent [Internet]. 2022 [citado 2025 en. 10];15(2):154-6. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882022000200154

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

18. Prasanth T, Manandhar S, Satisha TS, Gupta N, Kumar P. Revisiting failures in mucogingival surgery. Med J Armed Forces India [Internet]. 2024 [citado 2024 dic. 26];80(4):482-7. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39071761/

19. Vargas Casillas AP. Cirugía plástica periodontal. En: Vargas Casillas AP, Yáñez Ocampo BR, Monteagudo Arrieta CA. Periodontología e Implantología. México: Editorial Médica Panamericana; 2022. p. 223-52.

20. De Greef A, Carcuac O, De Mars G, Stankov V, Cortasse B, Giordani G, Van Dooren E. The expanded mesh free gingival graft: A novel approach to increase the witch of keratinized mucosa. Clin Adv Periodontics [Internet]. 2024 [citado 2024 dic. 12];14(3):157-64. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37551510/

21. Singh M, Renuka R, Nagi PK, K I AMM, Lakshmi YC. Modified free gingival autograft: a case report. Cureus [Internet]. 2023 [citado 2024 oct. 2];15(9):[cerca de 8 pantallas]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10599267/

22. Ariceta Alina, Méndez Fernando Viera, Velásquez Diego. Comparación de tomas de injertos de tejidos blandos: Una revisión narrativa. Int J Interdiscip Dent [internet]. 2022 [citado 2024 sept. 9];15(2):165-8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882022000200165

23. Sriwil M, Fakher MAA, Hasan K, Kasem T, Shwaiki T, Wassouf G. Comparison of free gingival graft and gingival unit graft for treatment of gingival recession: a randomized controlled trial. Int J Periodontics Restorative Dent [Internet]. 2020 [citado 2024 dic. 26]; 40(3):103-10. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32233187/

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

24. Deo SD, Shetty SK, Kulloli A, Chavan R, Dholakia P, Ligade S, Dharmarajan G. Efficacy of free gingival graft in the treatment of Miller Class I and Class II localized gingival recessions: A systematic review. J Indian Soc Periodontol [Internet]. 2019 [citado 2025 en. 3];23(2):93-9. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30983778/

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Marysol Rodríguez Felipe, Lázaro Sarduy Bermúdez, Felisa Veitía Cabarrocas.

Curación de datos: Marysol Rodríguez Felipe, Eligio Eduardo Barreto Fiu.

Análisis formal: Marysol Rodríguez Felipe, Lázaro Sarduy Bermúdez.

Investigación: Marysol Rodríguez Felipe, Sergio Hurtado Sarduy.

Metodología: Marysol Rodríguez Felipe, Lázaro Sarduy Bermúdez.

Redacción del borrador original: Marysol Rodríguez Felipe, Lázaro Sarduy Bermúdez.

Redacción, revisión y edición: Marysol Rodríguez Felipe, Felisa Veitia Cabarrocas.

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons