

Recesión gingival: revisión narrativa y reporte de caso clínico Gingival recession: narrative review and clinical case report

Cristal Rodriguez Rodriguez^a, Horacio Islas Granillo^b, José J. Navarrete Hernández^c

Abstract:

Gingival recession is a common condition in clinical practice, characterized by apical displacement of the gingival margin, which exposes the root surface. Its etiology is multifactorial, including mechanical, inflammatory, anatomical, and physiological factors. Recessions can be localized or generalized and have aesthetic, functional, and oral health implications, such as dentin hypersensitivity, root caries, and aesthetic alterations. This article describes its definition, etiology, pathogenesis, classification, diagnosis, clinical effects, and current therapeutic options, from non-surgical treatment to advanced surgical techniques. The most relevant classifications, such as those proposed by Miller, Cairo, and Sullivan & Atkins, are reviewed. Similarly, the importance of the periodontal biotype and the use of biomaterials such as acellular dermis matrices are discussed. This review seeks to provide a clear and well-founded synthesis to guide the therapeutic approach to gingival recessions in dental practice.

Keywords:

Biotype, classification, graft, hypersensitivity, periodontology, recession.

Resumen:

La recesión gingival es una condición frecuente en la práctica clínica, caracterizada por el desplazamiento apical del margen gingival, lo que trae la exposición de la superficie radicular. Su etiología es multifactorial, incluyendo factores mecánicos, inflamatorios, anatómicos y fisiológicos. Las recesiones pueden presentarse de forma localizada o generalizada y conllevan implicaciones estéticas, funcionales y de salud bucal, como hipersensibilidad dentinaria, caries radiculares y alteraciones estéticas. Este artículo describe su definición, etiología, patogenia, clasificación, diagnóstico, efectos clínicos y opciones terapéuticas actuales, desde el tratamiento no quirúrgico hasta las técnicas quirúrgicas avanzadas. Se revisan las clasificaciones más relevantes como las propuestas por Miller, Cairo y Sullivan & Atkins. De igual forma, la importancia del biotipo periodontal y el uso de biomateriales como las matrices de dermis acelular. Esta revisión busca proporcionar una síntesis clara y fundamentada que guíe el abordaje terapéutico de las recesiones gingivales en la práctica odontológica.

Palabras Clave:

Biotipo, clasificación, hipersensibilidad, injerto, periodoncia, recesión.

Introducción

Las recesiones gingivales constituyen una de las alteraciones mucogingivales más prevalentes y representan un desafío clínico tanto en salud como en enfermedad periodontal. Esta condición se caracteriza por la migración apical del margen gingival respecto a la unión cemento-esmalte, exponiendo la superficie radicular al medio oral[1][4][10]. Afectan tanto a

pacientes con buena salud oral como a aquellos con patologías periodontales, y pueden comprometer la estética, funcionalidad y salud de los tejidos dentarios [16][17].

La Asociación Americana de Periodoncia (AAP) define la recesión gingival como el desplazamiento del margen gingival hacia una posición más apical en relación con la UCE, lo que genera la exposición de la raíz dentaria

^a Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Instituto de Ciencias de la Salud | San Agustín Tlaxiaca - Hidalgo | México, <https://orcid.org/0009-0001-9035-7032>, Email: ro439461@uaeh.edu.mx

^b Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Instituto de Ciencias de la Salud | San Agustín Tlaxiaca -Hidalgo | México, <https://orcid.org/0009-0007-0032-1524>, Email: hislasg@uaeh.edu.mx

^c Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo | Instituto de Ciencias de la Salud | San Agustín Tlaxiaca -Hidalgo | México, <https://orcid.org/0000-0002-7923-8737>, Email: josedejesus_navarrete@uaeh.edu.mx

al medio bucal[2][3][14]. Esta definición resalta el componente anatómico involucrado y subraya la relevancia clínica de la exposición radicular. Sin embargo, estudios recientes han enfatizado que las recesiones gingivales no solo deben considerarse un problema anatómico, sino también funcional, dado que pueden alterar la biomecánica periodontal y favorecer la acumulación de placa bacteriana, lo que agrava el riesgo de progresión periodontal[7][4][14].

Este artículo de revisión narrativa tiene como objetivo describir y analizar los principales aspectos de la recesión gingival: su definición, clasificación, causas, consecuencias, diagnóstico y tratamiento, con énfasis en las opciones terapéuticas actuales tanto quirúrgicas como no quirúrgicas.

Desarrollo

La recesión gingival es una condición multifactorial que puede presentarse de forma localizada o generalizada. La prevalencia aumenta con la edad, alcanzando hasta un 90% en adultos mayores [4][5]. Su etiología está relacionada con factores como el cepillado traumático, enfermedades periodontales, tratamiento ortodóncico, malposiciones dentarias, restauraciones defectuosas y factores protésicos[19][21][6].

La etiología comprende factores mecánicos (cepillado traumático), inflamatorios (periodontitis), anatómicos (biotipo fino, inserción muscular alta), ortodóncicos y protésicos. La patogénesis implica una respuesta inflamatoria y remodelación tisular que conlleva la migración apical de los tejidos gingivales[2][7][33]. Existen varias clasificaciones utilizadas en la clínica. La más antigua es la de Sullivan y Atkins (1968), que describe las recesiones en función de su forma (según la forma y profundidad. Distingue recesiones amplias o estrechas, superficiales o profundas). Sin embargo, la clasificación de Miller (1985) es la más empleada clínicamente y está basada en el nivel de pérdida de inserción interproximal. Esta clasificación se divide en cuatro clases y es útil para predecir el pronóstico de recubrimiento radicular [11][9][8].

Posteriormente, Cairo (2011) propuso una clasificación más objetiva que considera la pérdida de inserción interproximal comparada con la bucal. Esta clasificación, conocida como RT1, RT2 y RT3, es actualmente recomendada por la Federación Europea de Periodoncia (EFP) [9][32].

Figura 1. Clasificación de Sullivan y Atkins (1968)[10]

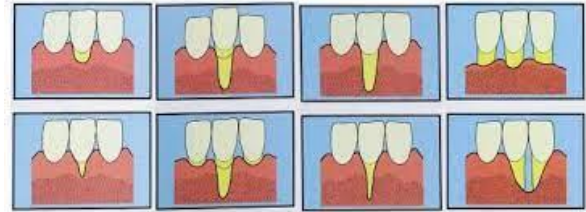


Figura 2. Representación diagramática de la clasificación de Miller [8][11]

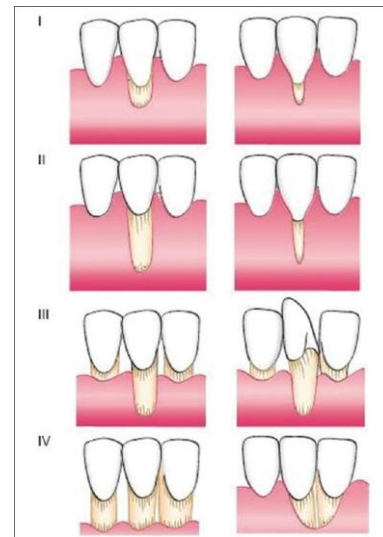
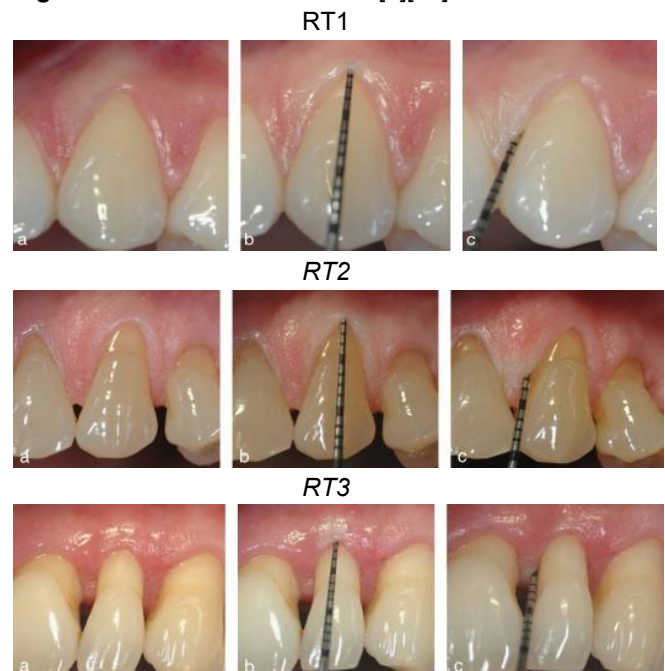


Figura 3. Clasificación de Cairo [9][32]



Diagnóstico y Evaluación

El diagnóstico de la recesión gingival se realiza mediante inspección clínica y el uso de sondas

periodontales. La medición se realiza desde la unión cemento-esmalte hasta el margen gingival [12][13]. Complementariamente, se pueden usar radiografías periapicales y CBCT para evaluar la morfología ósea, así como fotografías intraorales para seguimiento clínico [13].

El biotipo periodontal influye en la susceptibilidad a recesión. Se clasifica en fino, grueso e intermedio [14]. Su evaluación se realiza mediante sondas periodontales (transparencia de la sonda) o técnicas por CBCT. El término moderno “fenotipo periodontal” abarca el volumen de tejidos blandos y duros [14][15].

Impacto clínico

Las recesiones gingivales pueden tener múltiples consecuencias clínicas que impactan la salud oral, la estética y la calidad de vida del paciente:

Hipersensibilidad dentinaria: la exposición de las raíces dentales a estímulos térmicos, táctiles y químicos genera dolor transitorio y agudo. Esta condición es especialmente prevalente en dientes anteriores y premolares, dificultando la higiene oral y el consumo de alimentos [16][17][18].

Caries radiculares: la dentina radicular expuesta es más susceptible a la desmineralización por ácidos, aumentando el riesgo de caries radiculares, especialmente en pacientes adultos mayores y con mala higiene oral [5][16][17].

Abfracciones: las fuerzas oclusales excéntricas pueden provocar microfracturas en la zona cervical de los dientes, generando lesiones en forma de cuña asociadas frecuentemente a recesión gingival. Estas lesiones pueden coexistir con hipersensibilidad y comprometer la estética [16][18].

Alteraciones estéticas: la recesión en zonas anteriores genera asimetrías gingivales visibles al sonreír o hablar, afectando negativamente la percepción estética del paciente. Esto suele ser un motivo frecuente de consulta en pacientes jóvenes.

Dificultad en la higiene oral: la exposición radicular y la irregularidad del contorno gingival dificultan el acceso adecuado para la limpieza, lo cual puede aumentar la acumulación de biofilm y agravar la enfermedad periodontal subyacente.

Impacto psicológico y social: la percepción de una sonrisa antiestética o la molestia constante por sensibilidad dental puede afectar la autoestima y la interacción social del paciente.

Por estas razones, las recesiones gingivales deben

abordarse no solo desde una perspectiva clínica, sino también considerando el bienestar integral del paciente.

Tratamiento

El manejo de la recesión gingival depende de su etiología, extensión, localización, biotipo periodontal y expectativas estéticas del paciente. Las opciones pueden dividirse en enfoques no quirúrgicos y quirúrgicos, con la adición reciente de biomateriales avanzados y factores de crecimiento que amplían las posibilidades terapéuticas.

Tratamiento no quirúrgico

Antes de considerar procedimientos quirúrgicos, es indispensable controlar los factores etiológicos:

Educación del paciente y modificación de la técnica de cepillado han demostrado reducir la progresión de la recesión. El uso de cepillos de cerdas suaves y técnicas no traumáticas está asociado a una menor incidencia de retracción gingival [19][33].

Corrección de hábitos parafuncionales, como el bruxismo o la onicofagia, también es relevante. El uso de férulas o placas oclusales puede prevenir el daño progresivo [20].

Restauraciones desbordantes o mal adaptadas deben corregirse, ya que generan trauma mecánico e inflamación crónica [21][33].

En el caso de pacientes ortodóncicos, se recomienda un enfoque interdisciplinario para controlar movimientos dentales que excedan los límites óseos, especialmente en pacientes con biotipo fino [22].

Tratamiento quirúrgico

Los procedimientos quirúrgicos tienen como objetivo principal la cobertura radicular y la regeneración del tejido perdido:

El injerto de tejido conectivo subepitelial (ITCS) es considerado el “estándar de oro” por su alta tasa de éxito en cobertura radicular y mejora estética [7][23].

El colgajo desplazado coronalmente (CDC), propuesto por Bernimoulin et al., es útil en recesiones clase I y II de Miller sin pérdida interproximal [24][25][32].

La técnica de sobre (envelope technique) y las técnicas de tunelización permiten minimizar el trauma quirúrgico, conservar las papilas interdentales y mejorar los resultados estéticos [26][27].

El uso de matrices dérmicas acelulares (MDA) representa una alternativa al injerto autólogo, útil en casos de recesiones múltiples o cuando el paciente

desea evitar una zona donante. Si bien su cobertura radicular puede disminuir a largo plazo, conservan mejor estética y reducen la morbilidad postoperatoria [29][30].

Emdogain® (derivado de la matriz del esmalte), que estimula la regeneración periodontal auténtica. Mejora la cicatrización y ha mostrado resultados estables a 5 años en recesiones tipo Miller clase I y II [9][2][31].

Fibrina rica en plaquetas (PRF): utilizada como membrana para favorecer la cicatrización y regeneración tisular, aunque requiere una técnica quirúrgica precisa y mayor inversión de tiempo [6][30][33].

Reporte de caso

Paciente femenino de 28 años de edad que acude a la clínica del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSA), refiriendo exposición radicular en los dientes inferiores anteriores y molestias estéticas tras haber concluido un tratamiento ortodóntico de cuatro años de duración. La paciente refiere buena salud general, sin enfermedades sistémicas ni alergias conocidas. En los antecedentes familiares, menciona padre con hipertensión arterial y madre con diagnóstico de diabetes tipo 2.

Durante el interrogatorio, refiere la presencia de recesiones gingivales especialmente en el área de los dientes 31 y 41, donde también percibía una mayor sensibilidad térmica. En el examen físico se registraron los siguientes signos vitales: presión arterial 125/68 mmHg, frecuencia respiratoria 15 rpm, glucosa capilar 103 mg/dL, talla 1.58 m y peso 55 kg. A nivel intraoral, se observó biotipo periodontal fino, ausencia de inflamación activa, papilas interdentes conservadas, línea mucogingival próxima al margen gingival y exposición radicular evidente en OD 31 y 41. Se diagnosticó gingivitis localizada con recesión gingival asociada a trauma mecánico y ortodoncia.

Figura 3. Fotografía inicial del caso



Procedimiento quirúrgico

Antes de la intervención quirúrgica, se procedió a la fase I de terapia periodontal, la cual incluyó: educación en

técnicas correctas de higiene oral, modificación de hábitos traumáticos como cepillado horizontal agresivo, uso de hilo dental, enjuague antiséptico sin alcohol, así como detartraje supragingival y subgingival, raspado y alisado radicular.

Posteriormente, se planificó la cirugía mucogingival con injerto gingival libre. Se eligió esta técnica debido a la ausencia de encía queratinizada y la necesidad de establecer una zona estable de tejido adherido en una región con inserción mucogingival comprometida.

Se realizó antisepsia y anestesia local. Se diseñó un lecho receptor a espesor parcial sobre la recesión. Se tomó un injerto del paladar duro de 1.5 mm de espesor, el cual fue adaptado y suturado al lecho receptor sin tensión. Se suturo y colocó un apósito quirúrgico. La presión con gasas estériles favoreció la estabilización del injerto.

Figura 4. Injerto gingival



El manejo postoperatorio incluyó enjuague con clorhexidina 0.12%, analgésicos en caso de dolor, restricción de cepillado en la zona injertada y dieta blanda. A los 7, 30, 180 y 365 días, se observó integración del injerto, ganancia de encía queratinizada y estabilidad gingival sin recidiva. Recetando antibiótico para el dolor y antiinflamatorios.

Figura 5. Retiro de puntos



Figura 6. Seguimiento 1 mes (30 días)



Figura 7. Seguimiento 6 meses (180 días)



Figura 8. Seguimiento 12 meses (365 días)



Discusión

El injerto gingival libre continúa siendo una técnica confiable para el manejo de recesiones gingivales en casos con encía queratinizada insuficiente y biotipo periodontal fino, tal como el presentado. A diferencia de otras técnicas mucogingivales, su principal ventaja radica en la predictibilidad para aumentar el tejido queratinizado, incluso cuando el recubrimiento radicular completo no es el objetivo principal [34][35][37].

En este caso, la elección del injerto gingival libre se basó en la ausencia de encía adherida en OD 31 y 41 y la presencia de inserción mucogingival comprometida. Este procedimiento ha demostrado mantener la estabilidad del margen gingival a largo plazo, disminuyendo la inflamación crónica y mejorando la higiene oral, especialmente en pacientes con antecedentes de tratamiento ortodóncico [2][32].

La integración clínica observada en el seguimiento a 12 meses es consistente con estudios que reportan una adecuada vascularización y estabilidad del injerto cuando se cumplen los principios quirúrgicos de adaptación pasiva, inmovilización y control de la inflamación postoperatoria [8][31][35]. Además, la paciente presentó un fenómeno parcial de creeping attachment, lo que coincide con lo descrito por Miller (1985), donde el margen gingival migra coronalmente después de la cicatrización inicial.

Si bien el injerto de tejido conectivo subepitelial se considera el “estándar de oro” en recubrimiento radicular, en casos como este, donde la prioridad es la ganancia de encía queratinizada, el injerto gingival libre es más predecible y menos dependiente de la anatomía interproximal [23][32]. No obstante, es importante señalar que la morbilidad en el sitio donante y la diferencia cromática con el tejido adyacente son posibles desventajas que deben discutirse con el paciente previamente [29][30].

Finalmente, el éxito a largo plazo depende no solo de la técnica quirúrgica, sino del control de factores etiológicos como el trauma por cepillado, movimientos dentales inadecuados y biotipo periodontal delgado, los cuales deben manejarse de forma preventiva y mediante educación del paciente [19][20][33].

Conclusión

Las recesiones gingivales representan una condición clínica frecuente de etiología multifactorial. Su impacto funcional y estético requiere una evaluación integral y un enfoque terapéutico individualizado. La correcta clasificación de la recesión y del biotipo periodontal

permite establecer un pronóstico y planificar adecuadamente el tratamiento. Entre los tratamientos quirúrgicos, el injerto de tejido conectivo subepitelial y el colgajo desplazado coronalmente se consideran procedimientos de elección por su alta predictibilidad sin embargo procedimientos como los injertos gingivales libres pueden además de modificar el biotipo y engrosarlo generar un cubrimiento radicular consecuente. La incorporación de biomateriales representa otra alternativa viable en casos específicos. La prevención mediante una adecuada higiene oral y la detección temprana de factores de riesgo continúan siendo fundamentales en la prevención.

Referencias

- [1] Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol*. 2018;45(Suppl 20):S190–8.
- [2] Chambrone L, Tatakis DN, Da Silva CO, Chambrone LA. Evidence-based periodontal plastic surgery: An updated review. *Periodontol 2000*. 2018;77(1):257–76.
- [3] American Academy of Periodontology. Glossary of periodontal terms. 2020.
- [4] Rocuzzo A, y cols. Prevalence and risk indicators of gingival recessions in an adult population. *Clin Oral Investig*. 2022;26:1207–15.
- [5] Rocuzzo M, Bonino F, Dalmaso P, Aglietta M. Long-term results of root coverage procedures: A 20-year systematic review. *Clin Oral Investig*. 2022;26(2):1011–25.
- [6] Tavelli L, Barootchi S, Namazi SS, Wang HL. The effect of time on root coverage outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2020;47(5):630–52.
- [7] Zucchelli G, Mounssif I, Stefanini M. Predictability of root coverage: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2019;46(2):123–38.
- [8] Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1985;5(2):8–13.
- [9] 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*. 2011;38(7):661–6.
- [10] García-Rubio A, Bujaldón-Daza AL, Rodríguez-Archilla A. Recesión gingival: diagnóstico y tratamiento. *Av Periodoncia*. 2019;27(1):19–24. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-65852015000100003>
- [11] Guttiganur N, Aspalli S, Sanikop M, Desai A, Gaddale R, Devanoorkar A. Classification systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. *Indian J Dent Res*. 2018;29(2):233. doi: 10.4103/ijdr.ijdr_207_17
- [12] Mohd Noh NA, Noor MA. Clinical parameters for gingival recession measurement. *J Dent Sci*. 2022.
- [13] Sarduy Bermúdez M. Evaluación periodontal con fines diagnósticos. *Rev Cubana Estomatol* 2023.
- [14] Seibert JS, Lindhe J. Esthetics and periodontal surgery. *Periodontol 2000*. 1989;1(1):48–56.
- [15] Chambrone L, Tatakis DN, Mavropoulos A. Root coverage procedures for treating localised and multiple recession-type defects. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018.
- [16] Clark D, Levin L, Machtei EE. Gingival recession and root caries in the elderly population: A review. *J Clin Periodontol*. 2019;46(7):679–90.
- [17] Durgapal S, Shetty R. Root caries and aesthetics in gingival recession: A clinical perspective. *Int J Dent Res Rev*. 2023;10(1):45–52.
- [18] Morales-Lastre N, Pérez J, Álvarez J. Lesiones de abfracción y su relación con recesiones gingivales. *Rev Colomb Odontol*. 2024;28(2):33–41.
- [19] Veloz-Sánchez C. Relación entre la técnica de cepillado y recesión gingival en adultos jóvenes. *Rev Odontol Preventiva*. 2021;9(1):14–22.
- [20] Chávez M y cols. Manejo interdisciplinario del bruxismo y recesión gingival. *Rev Odontol Mex*. 2021.
- [21] González L, Fernández R, Álvarez C. Recesiones gingivales asociadas a restauraciones defectuosas. *Rev Odontol UCE*.

- 2020;14(1):21–9.
- [22] Urtubia Manríquez V, et al. Factores asociados a recesión gingival en pacientes ortodóncicos. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2020;13(1):34–40.
- [23] Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985;56(12):715–20.
- [24] Bernimoulin JP, Luscher B, Mühlemann HR. Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after one year. *J Clin Periodontol* 1975;2(1):1–13.
- [25] Rivera C, et al. Cobertura radicular con colgajo desplazado coronalmente. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2021.
- [26] Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope technique". *J Periodontol.* 1985;56(7):397–402.
- [27] Allen EP. Use of the suprapariosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1994;14(3):216–27.
- [28] Harris RJ. A comparative study of root coverage obtained with an acellular dermal matrix versus a connective tissue graft. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2000;20(1):51–9.
- [29] Sculean A, et al. The use of acellular dermal matrices in mucogingival surgery: A systematic review. *Periodontol* 2000. 2020;82(1):236–68.
- [30] Barootchi S, Tavelli L, Di Gianfilippo R, Wang CW, Oh TJ, Wang HL. Long-term stability of acellular dermal matrix compared to autogenous connective tissue grafts for root coverage: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2021;48(3):418–33.
- [31] Cortellini P, Tonetti MS. Clinical concepts for regenerative therapy in intrabony defects. *Periodontol* 2000. 2020;79(1):131–52.
- [32] Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Root coverage procedures with coronally advanced flap: A systematic review of randomized clinical trials. *J Clin Periodontol.* 2019;46(Suppl 21):36–53.
- [33] González M, et al. Factores asociados a la recesión gingival. *Rev Odontol Ecuad.* 2020.
- [34] Singh V, Singh D, Kaur R. Free gingival graft: An effective technique to create healthy keratinised gingiva. *Int J Appl Dent Sci.* 2018;4(3):128–30.
- [35] Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. 3. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics.* 1968;6(4):152–60.
- [36] Carreño Pérez L, Castro Rodríguez Y. Técnica de injerto gingival libre doble para aumentar encía queratinizada. Reporte de un caso clínico. *Rev Cubana Estomatol.* 2021;58(1):e3410.
- [37] Duarte-Velóz I, Méndez-Cervantes NA, Muñoz-Rodríguez RA. Injerto gingival libre para aumentar el ancho de encía queratinizada: Un estudio piloto. *J Dent Med Sci.* 2017;16(4):27–32.