

# Colgajo de Doble Papila Asociado a Tejido Conectivo Subepitelial en Recesiones Gingivales. Reporte de Caso

## Double Papilla Flap Associated with Subepithelial Connective Tissue in Gingival Recessions. Case Report

Lázaro Sarduy Bermúdez; Felisa Veitia Cabarrocas; Marysol Rodríguez Felipe & Melissa Rodríguez Domínguez

---

SARDUY BERMÚDEZ, L.; VEITIA CABARROCAS, F.; RODRÍGUEZ FELIPE, M. & RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ, M. Colgajo de doble papila asociado a tejido conectivo subepitelial en recesiones gingivales. Reporte de caso. Reporte de caso. *Int. J. Odontostomat.*, 18(4):464-469, 2024.

**RESUMEN:** La recesión gingival constituye una desviación apical de la encía con relación al límite amelocementario, que expone la superficie radicular, lo que ocasiona al paciente alteraciones como: hiperestesia dentinaria, caries radicular, acumulo de biopelícula y afectación de la estética. El tratamiento encaminado al logro de la cobertura radicular incluye injertos de tejidos blandos y pediculados, cada uno de ellos con indicaciones muy precisas. Cuando de recesiones amplias se trata y existe suficiente tejido donante a ambos lados del diente, se puede considerar el colgajo de doble papila como una opción terapéutica y si a este se suma la combinación con el injerto de tejido conectivo subepitelial, los resultados pueden ser superiores. A punto de partida de estas consideraciones, se presenta el caso de un paciente portador de recesión gingival vestibular Clase II de Miller Jr. y Tipo I de Cairo en el canino superior derecho que reunía los requisitos para llevar a cabo este proceder mucogingival. Una vez realizado se obtuvo cobertura radicular completa de la lesión, por lo que se propone esta modalidad bilaminar en casos de recesiones unitarias, anchas y profundas de caninos con papilas adyacentes voluminosas.

**PALABRAS CLAVE:** colgajo de doble papila, recesión gingival, procedimiento bilaminar, injerto de tejido conectivo subepitelial.

---

## INTRODUCCIÓN

La recesión gingival (RG) se considera un proceso distrófico de los tejidos periodontales, caracterizado por trastornos nutritivos graduales ocurridos durante un período considerable de tiempo que pueden provocar modificaciones en el estado de equilibrio celular respecto al riego sanguíneo y linfático existente, lo que causa alteraciones metabólicas intracelulares que terminan por disminuir el volumen de las células u ocasionan su muerte (García Reguera *et al.*, 2017). Se ha definido como un trastorno de instauración lenta, progresiva y destructiva en la cual la encía se encuentra apical a la unión amelocementaria, con exposición de la superficie radicular que ocasionalmente involucra la mucosa alveolar (Wennström & Zucchelli, 2017; Takei *et al.*, 2019; Vargas Casillas, 2022).

La afectación estética ocasionada por la RG constituye el motivo principal por el cual los pacientes

acuden a los servicios especializados de Periodoncia en busca de soluciones. Se cita además que las superficies radiculares expuestas predisponen a la aparición de hiperestesia dentinaria, caries radicular, acumulación de la biopelícula, con la consecuente acumulación de cálculo dentario (Sarduy Bermúdez & Veitia Cabarrocas, 2022).

Son varias las opciones de cirugía plástica periodontal disponibles para el abordaje de las RG, pero cada una con sus especificidades en su selección (Wennström & Zucchelli, 2017; Takei *et al.*, 2019; Vargas Casillas, 2022). Cuando el diente afectado por RG es un canino superior, son varios los aspectos a valorar, entre ellos el ancho de la RG y el estado de las papilas adyacentes. Investigadores como Tafur Villa *et al.* (2021), hacen alusión a la condición de la raíz, criterio que los autores del presente artículo consideran vital para el logro de la

cobertura radicular completa. Una raíz íntegra y que conserve una nitidez de su límite amelocementario, así como la continuidad de la estructura dentaria radicular garantizan el éxito (Dai *et al.*, 2019).

El colgajo de doble papila posee particularidades en su selección, pero cuando de un canino se trata, es siempre una opción a valorar. La posibilidad de contar con amplias papilas a ambos lados de la recesión vestibular puede garantizar una cobertura adecuada. Este injerto fue descrito por Cohen y Ross en 1968, citado por Wennström & Zucchelli (2017), como una modificación del colgajo deslizante lateral, de gran utilidad para la cobertura de una RG amplia y si se dispone de suficiente tejido papilar mesial y distal a ambos lados. Como se ha citado de desventaja, la pobre nutrición de un colgajo suturado sobre la superficie radicular avascular [1,3], se ha propuesto la combinación de este proceder con el injerto de tejido conectivo subepitelial (Fernández Sobrino *et al.*, 2016; Hernández Juárez *et al.*, 2023; Lino-Aguilar *et al.*, 2024).

El injerto de tejido conectivo, considerado en la actualidad el estándar de oro de los procedimientos plásticos periodontales, garantiza reforzar otras técnicas y reducir sus limitaciones, además de proporcionar excelentes resultados de cobertura (Scandola *et al.*, 2024). Esta modificación del colgajo de doble papila puede alcanzar mejores resultados en cuanto a la cicatrización y al logro de del recubrimiento completo sobre todo cuando la RG se extiende hasta la línea mucogingival.

Por lo antes expuesto, el objetivo de este artículo consiste en la presentación de un caso clínico donde se selecciona la combinación del colgajo de doble papila asociado al tejido conectivo subepitelial para el recubrimiento de una RG vestibular de un canino superior.

## REPORTE DE CASO

Paciente de 30 años de edad, sexo masculino, con antecedentes de salud general, el cual acudió a la consulta de Periodoncia y refiere su preocupación por presentar «exposición de la raíz de un diente» (Fig. 1). Al realizar el examen clínico, se observó alteración en la posición normal de la encía, en el canino superior derecho en su cara vestibular. Se clasificó la RG como Clase II de Miller Jr. (1988) y RT1 de Cairo (Herrera *et al.*, 2018). Se pudo constatar además presencia de hiperestesia dentinaria en dicha zona, así como

ausencia de bolsas periodontales y de inflamación. En el examen radiográfico no existía evidencia de pérdidas óseas y al examen funcional de la oclusión no se detectaron sobrecargas ni interferencias en la zona.



Fig. 1. Recesión gingival en el canino superior derecho antes del tratamiento.

Los exámenes complementarios realizados para el procedimiento periodontal, se encontraron dentro de los parámetros normales: hemograma completo: Hb: 145 g/l; leucograma: 7,8 x 10<sup>9</sup>/l; polimorfonucleares: 0,52; linfocitos: 0,41; coagulograma: tiempo de sangrado: 1 minuto; tiempo de coagulación: 8 minutos; conteo de plaquetas: 245 x10<sup>9</sup>/l.

**Conducta Terapéutica.** Una vez concluida la Fase Higiénica del tratamiento, en la que se enfatizó en la motivación y educación sanitaria del paciente, se procedió a realizar la intervención quirúrgica en el salón de Periodoncia de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba.

Una vez aseptizada la zona y colocada la anestesia de lidocaína al 2 % se procedió al raspado de la superficie radicular para desintoxicar la raíz y aplanarla discretamente, a continuación, se diseñó el colgajo de doble papila. Se realizaron incisiones verticales a ambos lados de la RG a nivel del límite amelocementario penetrando en las papilas mesial y distal del canino superior derecho con bisturí 15 c, de forma tal que se incluyeran ambas papilas en el trazo del colgajo. En ambos extremos externos se realizaron dos incisiones verticales más allá de la unión

mucogingival. Las incisiones horizontales se conectaron mediante una incisión intracrevicular con la precaución de desepitelizar los márgenes internos de las papilas para poder afrontarlas (Fig. 2). Posteriormente se elevó un colgajo de espesor parcial, las papilas fueron suturadas en la línea media con sutura de seda 5.0 de poliéster y se posicionaron sobre el defecto de forma tal que no mantuvieran tensión y se suturaron ambas puntas en el tejido remanente interdental para asegurar que no se montara el injerto sobre la raíz (Fig. 3).

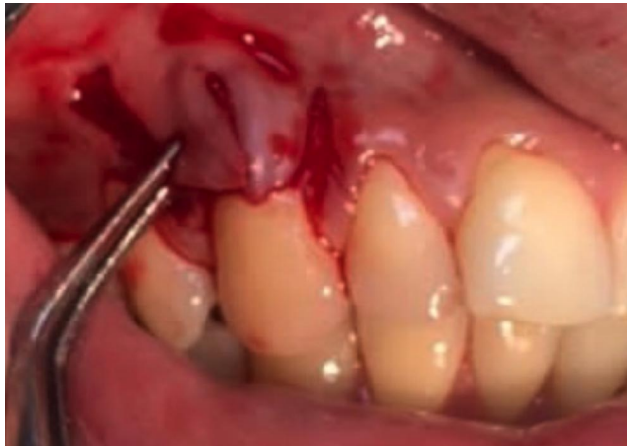


Fig. 2. Colgajo diseñado de doble papila con adaptación pasiva sobre la recesión gingival.

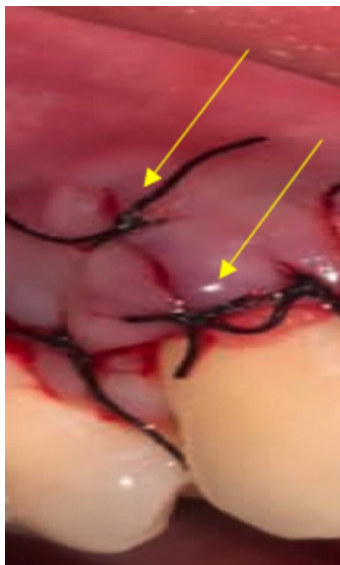


Fig. 3. Sutura del colgajo en la línea media.



Fig. 4. Tejido conectivo subepitelial cosechado en el paladar por el método de la puerta trampa.

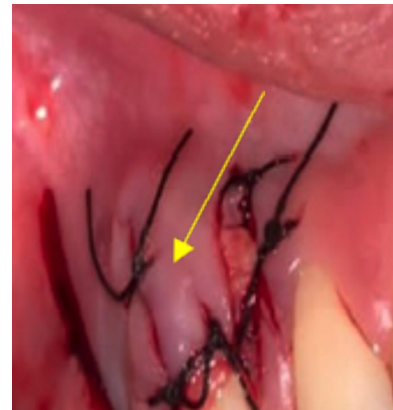


Fig. 5. Injerto de tejido conectivo colocado debajo de la doble papila y suturado en ambos extremos.



Fig. 6. Cierre del colgajo.

A continuación, se procedió a cosechar el injerto de tejido conectivo subepitelial en el paladar, por el método de la puerta trampa (Fig. 4), y el mismo fue adaptado por debajo del colgajo realizado a través de ambas componentes que no se encontraban aún suturadas (Fig. 5), posteriormente se adaptó pasivamente el tejido conectivo y se cerraron las componentes verticales del colgajo (Fig. 6).

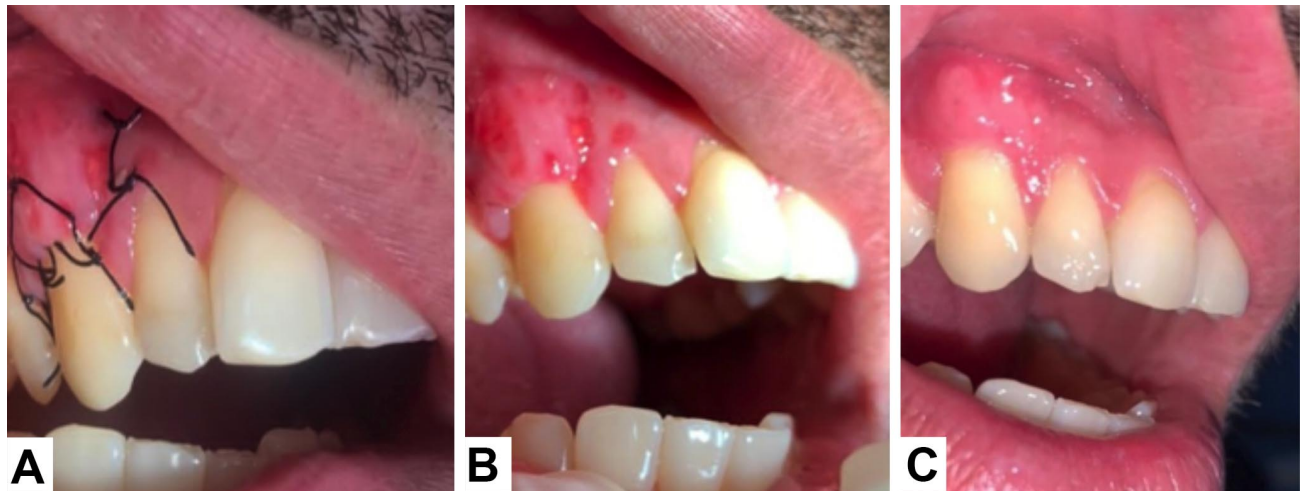


Fig. 7. A. Injerto a los 10 días luego de retirado el cemento quirúrgico. B. Injerto a los 20 días del tratamiento. C. Injerto al mes del tratamiento.

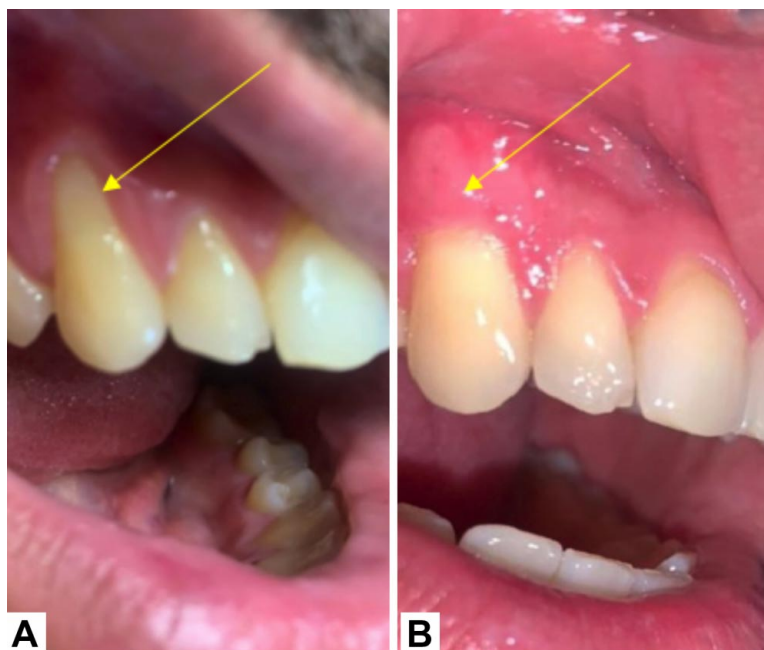


Fig. 8. A. Antes del tratamiento, B. Después del tratamiento.

La región intervenida fue protegida con papel de estaño y cemento quirúrgico. Se indicó antibioticoterapia (amoxicilina de 500 mg una tableta cada 8 horas) analgésico (paracetamol 500 mg 1 tableta cada 8 horas) y mantener el apósito periodontal durante 10 días. Pasado el tiempo previsto, se retiraron el cemento y la sutura y se evolucionó hasta que se logró la cicatrización (Figs. 7 a, b, c). Al mes de la terapéutica se aprecia la cobertura radicular de la RG (Figs. 8 a y b) con la resolución de la hiperestesia dentinaria, constatada clínicamente.

## DISCUSIÓN

Dentro del campo de la cirugía plástica periodontal se describen ciertas técnicas para cobertura de RG. Entre las principales indicaciones se encuentran la presencia de hipersensibilidad dental, lesiones cervicales no cariosas, la estética y demandas funcionales. Según varios estudios, las GR clase I y II, propuestas por Miller Jr. pueden obtener una cobertura radicular promedio del 80.9 % y una cobertura radicular completa de un 46.6 %, posterior a 6 meses o más, después de la intervención quirúrgica. El colgajo deslizante lateral es una técnica descrita inicialmente por Grupe y Warren en 1965; y ha tenido modificaciones con la intención de reducir el riesgo de crear una RG y ocasionar una dehiscencia en el sitio donador. Sin embargo, en la búsqueda por establecer la mejor técnica quirúrgica que logre los mejores porcentajes de cobertura

radicular, esta ha tenido una atención muy limitada debido a la poca información que se tiene y que pueda demostrar una alta predictibilidad y efectividad (Hernández Juárez *et al.*, 2023).

El colgajo de doble papila asumido por Weström (Weström & Zucchelli, 2017), como una modificación del colgajo deslizante lateral, ofrece grandes ventajas cuando se cuenta con papilas voluminosas a ambos lados de la RG, situación que es frecuentemente observada en los caninos

superiores. Tal es el caso que se presenta en este artículo, donde se contaba con estas características en la región papilar, lo que llevó a la selección de dicho proceder. En aras de evitar colocar el colgajo sobre una raíz desnuda de tejido conectivo se decidió la combinación con el injerto de tejido conjuntivo subepitelial.

El tejido conectivo subepitelial, considerado el estándar de oro de los procedimientos plásticos periodontales, puede ser colocado en combinación con diversas técnicas mucogingivales, logrando excelentes resultados de cobertura. El entramado de colágeno garantizado por este injerto proporciona una restauración del periodonto marginal con una adherencia del tejido bastante fuerte y permite obtener de manera sustancial un incremento de la encía insertada en la zona (Sarduy Bermúdez *et al.*, 2024; Fetter *et al.*, 2024).

Varios autores han combinado el injerto de tejido conectivo subepitelial con diversas técnicas mucogingivales tradicionales, tal es el caso de Basualdo *et al.* (2019), quienes presentaron su asociación con el colgajo posicionado lateralmente en una clase III de Miller Jr. con buenos resultados. Por su parte Anco Valencia *et al.* (2022), plantean la superioridad de combinar el colgajo de reposición coronal con el tejido conectivo subepitelial al compararlo con la técnica tradicional de avance coronal. Esto se confirma por Chambrone *et al.* (2022), quienes hacen alusión a la eficacia de las técnicas bilaminares. Investigadores como Sarduy Bermúdez *et al.* (2021), proponen la colocación del conjuntivo mediante la técnica del túnel con excelentes resultados.

En el presente caso se seleccionó la doble papila, aprovechando las oportunidades del sitio alrededor del canino el cual contaba con voluptuosas papilas proximalmente, y no se selecciona el deslizante lateral debido a la existencia de recesiones en los dientes vecinos y por tratarse de una recesión ancha y profunda que contraindica el proceder. Tampoco se elige un deslizante coronario debido a la carencia de encía insertada en la porción apical a la RG, se trataba de una clase II de Miller Jr. donde el defecto se extiende hasta la línea mucogingival. Son sobradas las razones para la selección del colgajo papilar doble, lo cual llevó a una cobertura de la RG, con una erradicación de la hiperestesia dentinaria. Varios autores han logrado con los procedimientos de cobertura radicular, suprimir la

hiperestesia dentinaria (Cruz Morales & Caballero López, 2020; Ruiz Blanco *et al.*, 2021; Pineda Bombino *et al.*, 2024). Resultados similares a los obtenidos en este estudio son los reportados por Fernández Sobrino *et al.* (2016), quienes a pesar de tratarse de una clase III reportan adecuados logros de recubrimiento, sin embargo, una diferencia notable en el presente estudio fue el incremento y ancho de grosor de la encía insertada que fue superior al obtenido por los autores citados.

## CONCLUSIONES

La combinación del colgajo de doble papila, con el injerto de tejido conectivo subepitelial, incluido dentro de los procederes bilaminares, constituye una técnica de gran utilidad en el recubrimiento radicular que permite además, aumentar considerablemente el grosor y ancho de la encía insertada relacionada con la RG, y mejorar las molestias ocasionadas por la hiperestesia dentinaria. Constituye una opción terapéutica para el abordaje de RG unitarias, anchas y largas en caninos con papilas adyacentes voluminosas.

---

**SARDUY BERMÚDEZ, L.; VEITIA CABARROCAS, F.; RODRÍGUEZ FELIPE, M. & RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ, M.** Double papilla flap associated with subepithelial connective tissue in gingival recessions. Case report. *Int. J. Odontostomat.*, 18(4):464-469, 2024.

**ABSTRACT:** Gingival recession constitutes an apical deviation of the gum in relation to the amelocemental limit, which exposes the root surface, causing alterations in the patient such as: Dentin hyperesthesia, root caries, biofilm accumulation and affectation of aesthetics. The treatment aimed at achieving root coverage includes soft tissue and pedunculated grafts, each of them with very precise indications. When large recessions are involved and there is sufficient donor tissue on both sides of the tooth, the double papilla flap can be considered as a therapeutic option and if the combination with the subepithelial connective tissue graft is added to this, the results can be superior. As a starting point for these considerations, the case of a patient with Miller Jr. Class II and Cairo Type I vestibular gingival recession in the upper right canine who met the requirements to carry out this mucogingival procedure is presented. Once performed, complete root coverage of the lesion was obtained, which is why this bilaminar modality is proposed in cases of single, wide and deep recessions of canines with voluminous adjacent papillae.

**KEY WORDS:** double papilla flap, gingival recession, bilaminar procedure, subepithelial connective tissue graft.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anco Valencia, C.; Romero Reyes, C.; Bermúdez Mendoza, J.; Alvarez Medina, R. & Tinedo López, P.L. Colgajo de reposición coronal, con y sin injerto de tejido conectivo, para tratar recesiones gingivales. *Rev. Cub. Estomatol.*, 59(2):e3887, 2022.
- Basualdo, J.; Acuña, S.; Javer, E.; Godoy, C.; Jorquera, R. & Lozano, E. Regeneración de tejido blando en una clase 3 mediante un colgajo desplazado lateral e injerto de tejido conjuntivo. Reporte de un caso clínico. *Rev. Clin. Periodon. Implantol. Rehabil. Oral.*, 12(3):140-3, 2019.
- Chambrone, L.; Botelho, J.; Machado, V.; Mascarenhas, P.; Mendes, J. J. & Avila-Ortiz, G. Does the subepithelial connective tissue graft in conjunction with a coronally advanced flap remain as the gold standard therapy for the treatment of single gingival recession defects? A systematic review and network meta-analysis. *J. Periodontol.*, 93(9):1336-52, 2022.
- Cruz Morales, R. & Caballero López, D. Tratamiento de recesiones gingivales con injerto de tejido conectivo subepitelial y técnica del sobre: reporte de caso. *Odontol. Sanmarquina.*, 23(2):167-72, 2020.
- Dai, A.; Huang, J. P.; Ding, P. H. & Chen, L. L. Root coverage for single gingival recessions: systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Periodontol.*, 46(5):572-85, 2019.
- Fernández Sobrino, F.; Bontá Hernán, G.; Federico, G.C.; Caride, F. & Carranza, N. Tratamiento de recesión única de clase III con injerto libre subepitelial mediante técnica de colgajo de doble papila reposicionado: informe de un caso clínico. *Rev. Asoc. Odontol.*, 104(2):72-8, 2016.
- Fetter, T.; Dal Paz, J. & Battistella, M. A. Tratamiento de recessões Classes I e II de Miller Jr. e RT1 de Cairo generalizadas em maxila por meio de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial tunelizado - relato de caso. *J. Multidiscip. Dent.*, 3(2):108-15, 2024.
- García Reguera, O.; Corrales Álvarez, M.; Padrón Alonso, M. & González Díaz, M.E. *Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento de la Enfermedad Periodontal No Inflamatoria*. En: González Díaz, M. E.; Toledo Pimentel, B.; Sarduy Bermúdez, L.; Morales Aguiar, D. R.; de la Rosa Samper, H.; Veitia Cabarrocas, F.; Corrales Álvarez, M. (Eds.). *Compendio de Periodoncia*. 2ª ed. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2017. pp.266-307.
- Hernández Juárez, E.; Díaz Alfaro, L.; Rodríguez Pulido, J. I.; Rodríguez Franco, N. I. & Garza Enríque, M. Recesión mandibular única tratada con colgajo desplazado lateral: Reporte de un caso. *Int. J. Inter. Dent.*, 6(2):152-5, 2023.
- Herrera, D.; Figueredo, E.; Shapira, L.; Jin, L. & Sanz, M. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. *Periodon. Clin.*, 1(11):94-110, 2018.
- Lino-Aguilar, V.; Calixto-Arellano, F.; González-Manrique, R. A. & Flores-Tochihuitl, J. Cobertura radicular con la técnica en túnel combinada con injerto de tejido conectivo subepitelial. *Rev. Odontol. Mex.*, 26(3):65-71, 2024.
- Miller Jr., P.D. Regenerative and reconstructive periodontal plastic surgery. Mucogingival surgery. *Dent. Clin. North Am.*, 32(2):287-306, 1988.
- Pineda Bombino, L.; Sarduy Bermúdez, L. & Rodríguez Felipe, M. Modificación del injerto en sobre, para recesión periodontal asociada a insuficiente profundidad vestibular. *Medicent. Electron.*, 28e:3883, 2024.
- Ruiz Blanco, G.; Sarduy Bermúdez, L.; Barreto Fiu, E. E.; Arce González, M. A. & Corrales Álvarez, M. Parámetros clínicos y postoperatorios del colgajo deslizante coronario tradicional asociado a fibrina rica en plaquetas. *Medicent. Electron.*, 25(2):213-29, 2021.
- Sarduy Bermúdez, L. & Veitia Cabarrocas, F. Regeneración en recesiones periodontales. Valor de la fibrina rica en plaquetas en la terapéutica mucogingival. *Medicent. Electron.*, 26(3):691-700, 2022.
- Sarduy Bermúdez, L.; Corrales Álvarez, M. & Padrón Alfonso, M. Técnica de injerto supraperióstico tunelizado de Allen en recesiones periodontales múltiples. *Medicent. Electron.*, 25(4):771-8, 2021.
- Sarduy Bermúdez, L.; Veitia Cabarrocas, F.; Rodríguez Felipe, M. & Barreto Fiu, E. E. Resultados del colgajo de reposición coronal asociado a tejido conectivo subepitelial: Cinco años después. *Medicent. Electron.*, 28:4086, 2024.
- Scandola, D.; Muñoz-Corcuera, M.; Gil Abando, G. & González-Ibarguren, E. Actualización de las Técnicas para el Tratamiento de las Recesiones Periodontales. *Odontol. Vital*, (40):18-29, 2024.
- Tafur Villa, M. E.; Castro-Ruiz, C. T. & Mendoza Azpur, G. Factores asociados al recubrimiento total de recesiones gingivales clases I y II de Miller Jr. *Rev. Cub. Estomatol.*, 58(2):e3154, 2021.
- Takei, H. H.; Scheyer, E. T.; Azzi, R. R.; Allen, E. P. & Han, T. J. *Periodontal Plastic Aesthetic Surgery*. In: Newman, M. G.; Takei, H. H.; Klokkevold, P. R. & Carranza, F. A. *Newman and Carranza's Clinical Periodontology*. 13th ed. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2019. pp.3621-708.
- Vargas Casillas, A. P. Cirugía Plástica Periodontal. En: Vargas Casillas, A. P.; Yáñez Ocampo, B. R. & Monteagudo Arrieta, C. A. (Eds.). *Periodontología e Implantología*. 2ª ed. Ciudad de México, Médica Panamericana, 2022. pp.263-97.
- Wennström, J. L. & Zucchelli, G. *Tratamiento Mucogingival: Cirugía Plástica Periodontal*. En: Lindhe, J. & Lang, N. P. (Eds.). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. 6ª ed. Buenos Aires, Médica Panamericana, 2017. pp.969-1055.

Dirección para correspondencia:

Lázaro Sarduy Bermúdez  
Doctor en Ciencias Estomatológicas  
Facultad de Estomatología  
Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara  
Santa Clara  
CUBA

E-mail: lazarosb@infomed.sld.cu  
lazarosarduy17@gmail.com

<https://orcid.org/>

Lázaro Sarduy Bermúdez	0000-0002-8590-1216
Felisa Veitia Cabarrocas	0000-0002-6596-2580
Marysol Rodríguez Felipe	0000-0002-1751-4150
Melissa Rodríguez Domínguez	0000-0001-7988-6649