

Recubrimiento radicular en recesiones (RT1) múltiples mediante la técnica m-vista: un reporte de caso

Root coverage in multiple recession defects (RT1) using the m-vista technique: a case report

Lucia Salinas Avila ^{1a}, Dante Levano Huamán ^{1b}, Antonio Diaz Suyo ^{1b}

¹ Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú.

^a Cirujana Dentista

^b Magister

RESUMEN

La recesión gingival ha sido descrita como una condición clínica frecuente, caracterizada por el desplazamiento apical del margen gingival y la exposición de la superficie radicular, lo cual puede ocasionar sensibilidad dentaria, afectación estética y un mayor riesgo de caries radicular. Su tratamiento es determinado por la clasificación y extensión de la recesión, así como por factores anatómicos y sistémicos del paciente. La técnica VISTA (*Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access*) ha sido reportada como una opción quirúrgica mínimamente invasiva eficaz en el manejo de recesiones múltiples, al permitir la preservación de la vascularización y la estabilidad del colgajo. En este reporte de caso, es descrito el tratamiento de recesiones gingivales múltiples tipo RT1 mediante una técnica modificada (m-VISTA), la cual fue complementada con un injerto de tejido conectivo subepitelial y suturas ancladas coronalmente. Se realizó esta técnica a un paciente con recesiones múltiples RT1 en el sector antero superior y se le realizó controles clínicos a los 3 y 6 meses, valorando la cobertura radicular, la estabilidad del colgajo y la cicatrización postoperatoria. Se obtuvo una cobertura radicular satisfactoria, con una mejora en el biotipo gingival, estabilidad tisular adecuada y ausencia de complicaciones quirúrgicas. Además, se reportó una mejora estética y una disminución en la sensibilidad desde la percepción del paciente. En conjunto, los hallazgos clínicos respaldan el uso de la técnica m-VISTA como una alternativa quirúrgica segura, predecible y mínimamente invasiva para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples tipo RT1, con buena aceptación por parte del paciente.

Palabras clave: Recesión Gingival; Colgajos Quirúrgicos; Ingeniería de Tejidos. (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Gingival recession has been described as a common clinical condition, characterized by the apical displacement of the gingival margin and exposure of the root surface, which may lead to dental sensitivity, aesthetic impairment, and an increased risk of root caries. Its treatment is determined by the classification and extent of the recession, as well as the patient's anatomical and systemic factors. The VISTA (*Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access*) technique has been reported as an effective minimally invasive surgical option for managing multiple recessions, allowing for preservation of vascularization and flap stability. This case report describes the treatment of multiple RT1 gingival recessions using a modified technique (m-VISTA), which was supplemented with a subepithelial connective tissue graft and coronally anchored sutures. This technique was performed on a patient with multiple RT1 recessions in the anterior maxillary sector, and clinical follow-ups were conducted at 3 and 6 months, assessing root coverage, flap stability, and postoperative healing. Satisfactory root coverage was achieved, with an improvement in gingival biotype, adequate tissue stability, and no surgical complications. Additionally, the patient reported improved aesthetics and reduced sensitivity. Overall, the clinical findings support the use of the m-VISTA technique as a safe, predictable, and minimally invasive surgical alternative for treating multiple RT1 gingival recessions, with good patient acceptance.

Keywords: Gingival Recession; Surgical Flaps; Tissue Engineering. (Source: MeSH NLM)

Citar como: Salinas Avila L, Levano Huamán D, Diaz Suyo A. Recubrimiento radicular en recesiones (RT1) múltiples mediante la técnica m-vista: un reporte de caso. Kiru.2026;23(1):86-92 doi.org/10.24265/kiru.2026.v23n1.10

Recibido: 22/10/2025

Revisado por pares

Aceptado: 20/11/2025

En línea: 25/02/2026

Correspondencia: Lucia Salinas Avila
lucia.salinas.avila@gmail.com

© Los autores, 2026.
 Publicado por la Universidad de San Martín de Porres (Lima, Perú)



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo la licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

La recesión gingival se define como el desplazamiento apical del margen gingival por debajo de la unión cemento-esmalte, con exposición visible de la superficie radicular ⁽¹⁾. Esta condición puede tener una etiología multifactorial que incluye factores locales como una técnica de cepillado inadecuada, acumulación de placa bacteriana o anatomía radicular desfavorable ⁽²⁾; factores sistémicos como diabetes, alteraciones hormonales o predisposición genética ⁽³⁾ y factores ambientales como el tabaquismo o el estrés ⁽⁴⁾. Estudios recientes estiman que más de dos tercios de la población mundial presenta algún grado de recesión gingival ⁽⁵⁾, lo que refleja su alta prevalencia y relevancia clínica.

Además del compromiso estético, especialmente en zonas anteriores, los pacientes pueden experimentar sensibilidad dentinaria, caries radiculares y pérdida de inserción periodontal ⁽⁶⁾. No obstante, es común que estas lesiones pasen desapercibidas por el paciente, siendo detectadas principalmente durante controles odontológicos de rutina ⁽⁷⁾.

Para la clasificación clínica, Cairo *et al.* propusieron en 2011 un sistema que mejora la precisión diagnóstica y terapéutica, diferenciando recesiones tipo 1 (RT 1), 2 (RT 2) y 3 (RT3) según la afectación de la inserción interproximal ⁽⁸⁾. La clasificación RT1, que presenta un buen pronóstico de cobertura radicular completa (CRC), ha reemplazado parcialmente las antiguas clases de Miller en la práctica clínica ⁽⁹⁾.

El tratamiento de la recesión gingival puede ser no quirúrgico —basado en el control de placa, ajustes oclusales y agentes desensibilizantes o quirúrgicos, orientado a lograr la CRC ⁽¹⁰⁾. Entre las técnicas quirúrgicas más empleadas destacan los colgajos avanzados coronalmente y las técnicas de túnel, con o sin injertos de tejido conectivo subepitelial, dependiendo del biotipo gingival y del número de dientes afectados ⁽¹¹⁾.

La técnica VISTA (*Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access*) ha emergido como una alternativa mínimamente invasiva para tratar recesiones gingivales RT1 y RT2 ⁽¹²⁾. A través de una incisión vertical a nivel vestibular, permite una mayor movilidad del colgajo sin comprometer los tejidos interproximales ni marginales,

preservando así la vascularización crítica para la cicatrización ⁽¹³⁾. Esta técnica, complementada con suturas ancladas coronalmente, permite una mejor estabilidad del colgajo y mejora los resultados estéticos y funcionales a largo plazo ⁽¹⁴⁾.

El presente reporte de caso tiene como objetivo describir el tratamiento quirúrgico de recesiones múltiples tipo RT1 mediante la técnica modificada VISTA (m-VISTA), evaluando su efectividad en términos de cobertura radicular y estabilidad tisular postoperatoria.

REPORTE DEL CASO

Información del paciente

Paciente de 37 años de edad, de sexo masculino, ocupación: administrador de negocios internacionales, sin antecedentes patológicos, acude a la Clínica Estomatológica de la Segunda especialidad en Periodoncia e Implantes de la universidad Privada San Juan Bautista (Lima, Perú), con múltiples recesiones gingivales en el sector antero superior (piezas 22, 23 y 24) generando sensibilidad e incomodidad estética (Figura 1).

Hallazgos clínicos

Al examen intraoral se evidencian las múltiples recesiones además de bolsas periodontales en piezas 45, 43, 32 y una pseudobolsa en la pieza 37 y 27; por ello durante 3 semanas previas a la cirugía el paciente pasó por tratamiento periodontal, que consiste en destartraje antero inferior y raspaje y alisado radicular (RAR) en las piezas con bolsas periodontales.



Figura 1. Fotografía intraoral lateral de recesiones gingivales (RT1) en piezas 22, 23, 24

Así mismo, se procedió a medir las recesiones en las piezas 22,23 y 24 para hacer la selección de la técnica del abordaje mucogingival adecuada (Figura 2).

Al paciente se le solicitó análisis de laboratorio prequirúrgicos, en los que se evidenció una elevación de los

triglicéridos. Se derivó la interconsulta y se comenzó tratamiento endocrino.

Una hora antes de la cirugía, el paciente recibió una dosis intramuscular de 4 mg de dexametasona y 60 mg de ketorolaco, con la finalidad de reducir la inflamación y el dolor postoperatorio.



Figura 2. A. Fotografía intraoral lateral de recesión gingival RT 1 pieza 22 de 2 mm de longitud. (RT1) en piezas 22, 23, 24. B. Fotografía intraoral lateral de recesión gingival RT 1 pieza 23 de 1,5 mm de longitud. C. Fotografía intraoral lateral de recesión gingival RT 1 pieza 24 de 3 mm de longitud

Protocolo quirúrgico

Incisiones y preparación del túnel

Se realizaron incisiones sulculares a nivel únicamente del cenit de las piezas 22, 23 y 24 utilizando un mango de bisturí n.º 3 con hoja 15C (Figura 3A). El desbridamiento se efectuó a espesor parcial, manteniendo el bisturí paralelo al hueso alveolar, con la asistencia de tunelizadores y una

legra Micro Molt. El acceso se realizó cuidadosamente a nivel de las papilas interdentales y el surco gingival por vestibular, sin liberar las papilas de su inserción (Figura 3B). Para facilitar el abordaje apical, se realizó una incisión vertical entre las piezas 23 y 24, ubicada a 5 mm del margen gingival y extendida a 3 mm de la línea mucogingival, lo que permitió ampliar el túnel mediante desbridamiento adicional en sentido apical (Figura 3C y 3D)

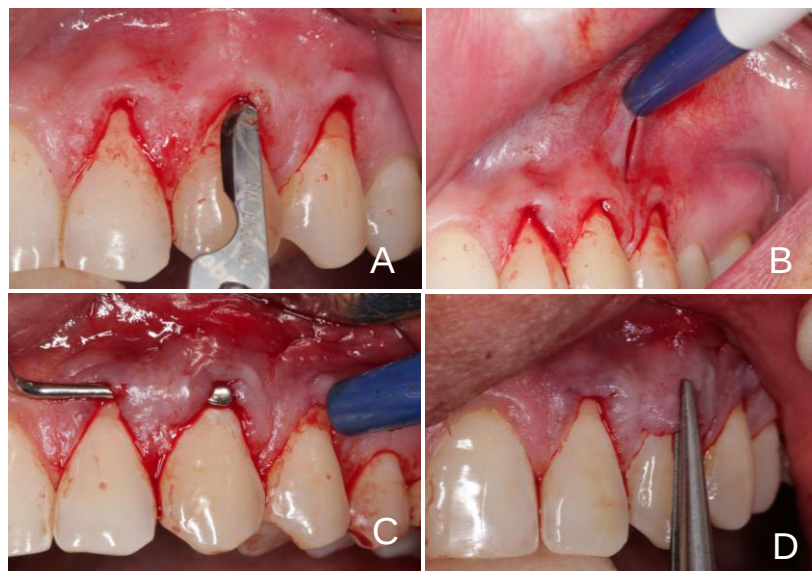


Figura 3. A. Fotografía quirúrgica de las incisiones sulculares exclusivamente a nivel del cenit gingival. B. Fotografía quirúrgica de incisión vertical a nivel de piezas 23 y 24. C. Fotografía quirúrgica de la elevación del túnel. D. Fotografía quirúrgica evidenciando desplazamiento coronal del túnel

Preparación de las superficies radiculares

Las superficies radiculares de los dientes 22, 23 y 24 fueron tratadas mediante un alisado radicular con curetas Gracey 1/2, 3/4 y 5/6. A continuación, se pulieron con una fresa pimpollo de grano fino en pieza de alta velocidad. Posteriormente, se acondicionaron aplicando tetraciclina tópica (500 mg) durante un minuto, seguida de un lavado abundante con solución estéril (Figura 4A).

Obtención del injerto de tejido conectivo

La zona donadora fue delimitada con una plantilla palatina. Se realizaron dos incisiones horizontales tipo “sobre” con bisturí de Harris y hojas 15C para la obtención de un injerto de tejido conectivo de aproximadamente 18 × 8 mm (Figura 4B y 4C). El injerto fue preparado extraoralmente (Figura

5A). Posteriormente, se colocó una esponja hemostática “hemotab” personalizada en la zona donadora, la cual fue suturada con puntos simples utilizando ácido poliglicólico 5/0 (Figura 5B).

Inserción del injerto y sutura

El injerto fue trasladado a la zona receptora con ayuda de suturas, tunelizadores y la legra Micro Molt. Se fijó mediante un punto simple al epitelio del colgajo. Finalmente, se reposiciona el túnel de forma coronal mediante suturas de nudo simple, las cuales fueron estabilizadas a la superficie vestibular con resina fluida, garantizando la fijación del colgajo y del injerto en posición (Figura 5C).

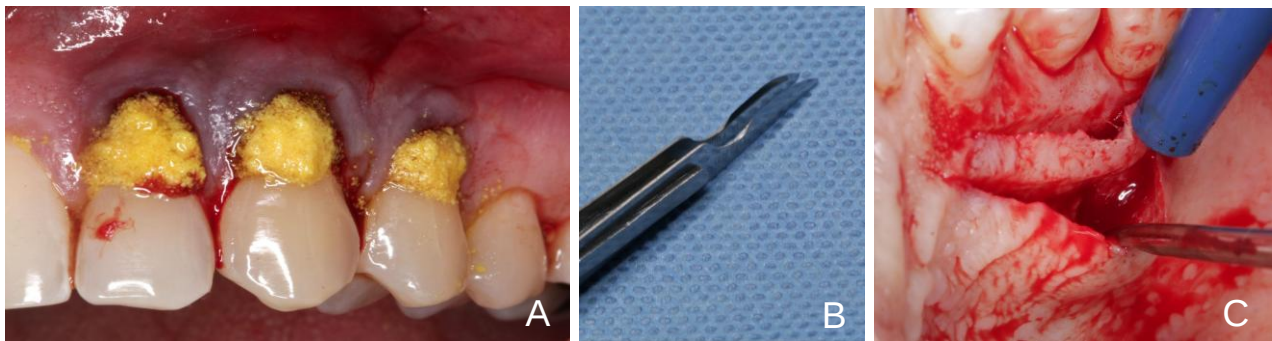


Figura 4. A. Fotografía de acondicionamiento químico en superficies radiculares con tetraciclina por 1 min. B. Bisturí de Harris con hojas 15 c. C. Fotografía quirúrgica de incisión en área donante (paladar), incisión tipo 1B



Figura 5. A. Fotografía de injerto de tejido conectivo. B. Fotografía de zona dadora con hemotab al interior y suturas iniciales. C. Fotografía de sutura de nudo simple en pieza 22 traccionada a coronal y sujeta con resina fluida

Seguimiento clínico

Culminado el procedimiento quirúrgico, se prescribió al paciente amoxicilina con ácido clavulánico (500/125 mg) cada 8 horas durante 5 días, ibuprofeno (400 mg) cada 8 horas durante 3 días, gel de clorhexidina al 0,12% (Perio Aid Gel) aplicado cada 12 horas durante 10 días en el

paladar y las zonas tratadas, y enjuague bucal con clorhexidina al 0,12% (10 ml) cada 12 horas durante 7 días.

Se realizaron controles periódicos a los 7 días, 1 mes, 3 meses, 6 meses y 9 meses (Figura 6). Los parámetros clínicos obtenidos en ese periodo se presentan en la Tabla 1.

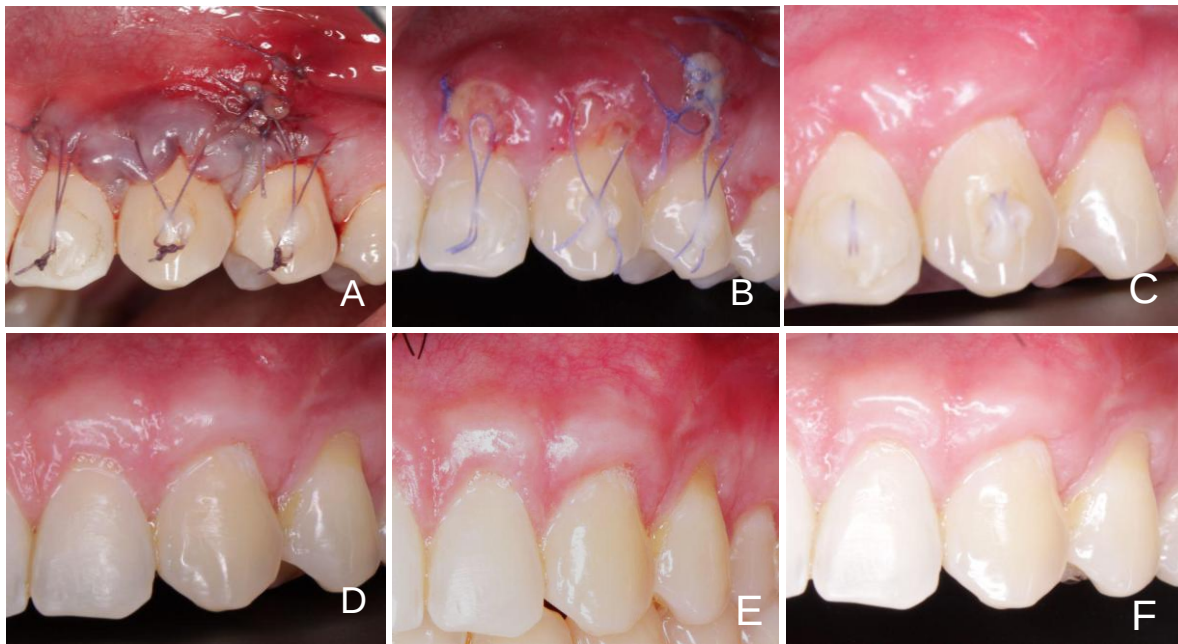


Figura 6. A. Día 0. B. Control 1 semana. C. Control 1 mes. D. Control 3 meses. E. Control 6 meses. F. Control 9 meses

Tabla 1. Evolución de los parámetros clínicos (piezas 22, 23 y 24)

Pieza dental	MG* (día 0)	MG (9 meses)	Cobertura radicular
22	+2 mm	-1 mm	100%
23	+1.5 mm	-1 mm	100%
24	+3 mm	+1.5 mm	50%

*MG: Margen gingival obtenido al sondaje

DISCUSIÓN

En el presente caso clínico, el tratamiento de recesiones gingivales múltiples tipo RT1 mediante técnica m-VISTA, complementada con injerto de tejido conectivo subepitelial y suturas ancladas coronalmente, permitió alcanzar una cobertura radicular del 100% en las piezas 22 y 23 y del 50% en la pieza 24 al cabo de 6 meses de seguimiento, con estabilidad tisular, aumento del biotipo gingival y ausencia de complicaciones. La técnica original VISTA, propuesta por Zadeh ⁽¹⁵⁾, ha demostrado alta predictibilidad en recesiones múltiples al preservar la vascularización y minimizar el trauma quirúrgico. Sin embargo, en este caso se introdujeron dos modificaciones clave: el acondicionamiento radicular con tetraciclina y la ejecución

del túnel combinando zonas de espesor parcial y total, lo que optimizó tanto la adaptación del injerto como la movilidad del colgajo.

El acondicionamiento radicular con tetraciclina, siguiendo las recomendaciones de López-Pagán, favoreció la eliminación de la capa de detrito radicular, la apertura de túbulos dentinarios y la exposición de la matriz colágena, proporcionando una superficie más receptiva para la inserción de fibras y la adhesión del injerto ⁽¹⁶⁾. Estudios comparativos como el de Sebaoun cols. han demostrado que la tetraciclina y el ácido cítrico logran una mayor remoción del barrillo dentinario y apertura tubular que el EDTA ⁽¹⁷⁾. Sharma y cols. evidenciaron en un estudio in vitro que la tetraciclina

brindó resultados sumamente eficientes en la remoción de barrillo dentinario, exposición de túbulos y colágeno intratubular, postulando como la opción ideal para mejorar el apego del tejido conectivo, lo que brindará resultados positivos en los procedimientos periodontales reconstructivos y en la estabilidad a largo plazo de la cobertura radicular ⁽¹⁸⁾.

La combinación de túnel de espesor parcial y total permitió liberar adecuadamente el colgajo en zonas de mayor tensión, manteniendo a la vez la integridad vascular en regiones críticas. Este enfoque híbrido facilitó el avance coronal del colgajo sin comprometer su irrigación, y optimizó el espacio para la colocación y estabilización del injerto de tejido conectivo, aspectos que son determinantes para la supervivencia y funcionalidad del injerto ⁽¹⁹⁾.

En la pieza 24, la cobertura parcial obtenida podría incrementarse en el tiempo debido al fenómeno de *creeping attachment*, descrito por Wan y cols., como el desplazamiento coronal progresivo del margen gingival durante el periodo de cicatrización y maduración tisular ⁽²⁰⁾. Este fenómeno ha sido documentado en recesiones tratadas con injerto de tejido conectivo y técnicas de preservación vascular, especialmente en recesiones RT1, y puede aportar ganancias clínicas relevantes durante el primer año postoperatorio ⁽²¹⁾.

Finalmente, el presente caso clínico resalta que, aunque el paciente presentaba un biotipo grueso festoneado, lo que según Kumar y cols. proporciona mayor resistencia a recesiones y mejor pronóstico quirúrgico ⁽²²⁾, la clasificación de la recesión fue el factor determinante en la elección de la técnica m-VISTA. La correcta selección de la técnica mucogingival en función del tipo de recesión permite optimizar resultados tanto estéticos como funcionales, y en este caso, la combinación de una técnica mínimamente invasiva, modificaciones adaptadas a la anatomía y condiciones del paciente, y una cuidadosa preparación radicular permitió obtener resultados satisfactorios con alta aceptación por parte del paciente ⁽²³⁾.

CONCLUSIONES

La técnica m-VISTA, complementada con injerto de tejido conectivo subepitelial (ITCS), demostró ser una alternativa eficaz para el recubrimiento de recesiones gingivales

múltiples tipo RT1. A los 6 meses de seguimiento se obtuvo un 100% de cobertura radicular (CRC) en las piezas 22 y 23, y un 50% en la pieza 24, logrando una mejora estética evidente y la resolución de la sensibilidad dentinaria referida por el paciente.

A los 9 meses se observó estabilidad tisular y un aumento favorable del biotipo gingival, sin pérdida de la ganancia de inserción clínica (NAC) alcanzada. La inclusión de una incisión vertical modificada y el acondicionamiento radicular con tetraciclina contribuyeron a optimizar la integración del ITCS y la estabilidad coronal del colgajo. La técnica m-VISTA se perfila como una opción quirúrgica de elección para el manejo de recesiones múltiples tipo RT1. Su carácter mínimamente invasivo, con preservación de las papilas interdentes, reduce la morbilidad y favorece una mayor predictibilidad estética. Asimismo, su combinación con ITCS no solo mejora la cobertura radicular, sino que también promueve un aumento del biotipo gingival, ofreciendo una alternativa terapéutica estable, duradera y menos susceptible a recidivas.

Roles de contribuciones según CRediT

Conceptualización: LSA, DLH, ADS. Metodología: LSA, DLH, ADS. Investigación: LSA, DLH, ADS. Validación: DLH, ADS. Supervisión: DLH, ADS. Redacción - Borrador original: LSA, DLH, ADS. Redacción - Revisión y edición: LSA, DLH, ADS

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Conflictos de interés: Los autores declararon no tener conflicto de interés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Academia Americana de Periodontología. Glosario de términos periodontales. [Internet]. Chicago: Academia Americana de Periodontología; [citado 6 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://members.perio.org/libraries/glossary?ssopc=1>
2. Robo I, Heta S, Lasku G, et al. Gingival recession and attachment loss: Cross-sectional and retrospective data of 10 years. J Adv Periodontol Implant Dent. 2021;13(1):22-27. Published 2021 Jun 9. doi:10.34172/japid.2021.007
3. Stähli A, Duong HY, Imber JC, et al. Recession coverage using the modified coronally advanced tunnel and connective tissue graft with or without enamel matrix

- derivative: 5-year results of a randomised clinical trial. *Clin Oral Investig.* 2023;27(1):105-113. doi:10.1007/s00784-022-04691-8
4. Niemczyk W, Niemczyk S, Prokurat M, et al. Etiology of gingival recession - a literature review. *Wiad Lek.* 2024;77(5):1080-1085. doi:10.36740/WLek202405131
 5. Yadav VS, Gumber B, Makker K, et al. Global prevalence of gingival recession: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2023;29(8):2993-3002. doi:10.1111/odi.14289
 6. Ariceta A, Chambrone L, Stuhr S, et al. Effect of suturing in root coverage via coronally advanced flaps: A systematic review. *Clin Adv Periodontics.* Published online September 14, 2024. doi:10.1002/cap.10312
 7. Rios FS, Costa RSA, Wagner TP, et al. Incidence and progression of gingival recession over 4 years: A population-based longitudinal study. *J Clin Periodontol.* 2021 Jan;48(1):114-125. doi: 10.1111/jcpe.13383. Epub 2020 Nov 11. PMID: 33015887.
 8. Imber JC, Kasaj A. Treatment of Gingival Recession: When and How?. *Int Dent J.* 2021;71(3):178-187. doi:10.1111/idj.12617
 9. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, et al. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: An explorative and reliability study. *J. Clin. Periodontol.* 2011;38:661–666.
 10. Fageeh H, Bhati A, Thubab A, et al. Assessing the Reliability of Miller's Classification and Cairo's Classification in Classifying Gingival Recession Defects: A Comparison Study. *Medicina (Kaunas, Lithuania).* 2024;6(2):205. <https://doi.org/10.3390/medicina60020205>
 11. Evginer MS, Olgun E, Parlak HM, et al. Comparison of two techniques in gingival recession treatment: A randomized one-year clinical follow-up study. *Dent Med Probl.* 2022;59(1):121-130. doi:10.17219/dmp/137621
 12. Lahham C, Ta'a MA. Clinical comparison between different surgical techniques used to manage advanced gingival recession (Miller's class III & IV). *Heliyon.* 2022;8(8):e10132.
 13. Yadav VS, Singh N, Bhatia A, et al. A Modified Suturing Protocol for Tripod Stabilization of Connective Tissue Graft and Coronal Advancement of Tunnel Flap for Treatment of Isolated Gingival Recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2022 Jan 1;42(1):e19–e14.
 14. Chauca-Bajaña L, Pérez-Jardón A, Silva FFVE, et al. Root Coverage Techniques: Coronally Advancement Flap vs. Tunnel Technique: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dent J (Basel).* 2024 Nov 1;12(11):341.
 15. Zadeh HH. Minimally Invasive Treatment of Maxillary Anterior Gingival Recession Defects by Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access and Platelet-Derived Growth Factor BB. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2011 Nov 1;31(6):652–60.
 16. López-Pagán E, Pascual-Serna AC.1 Biomodificación radicular con tetraciclina en el tratamiento quirúrgico periodontal.2 *Av Periodon Implantol.* 2023;23(3):155-170
 17. Sebaoun A, Meir H, Slutzkey GS, et al. Effect of root surface conditioning on gingival recession coverage with a connective tissue graft. A retrospective comparative study of three different agents. *J Esthet Restor Dent.* 2021;33(5):679-684.
 18. Sharma P, Kaur S, Sharma B, et al. Impact of different root conditioning agents on periodontally affected root surface: A scanning electron microscope study. *J Contemp Dent Pract.* 2020 Aug;21(8):843-847.
 19. Pini Prato G, Pagliaro U, Baldi C, et al. Coronally Advanced Flap Procedure for Root Coverage. Flap With Tension Versus Flap Without Tension: A Randomized Controlled Clinical Study. *J Periodontol.* 2000 Feb 1;71(2):188–201
 20. Wan W, Zhong H, Wang J. Creeping attachment: A literature review. *J Esthet Restor Dent.* 2020 Dec 1;32(8):776–82.
 21. Sabri H, Samavati Jame F, Sarkarat F, et al. Clinical efficacy of Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access (VISTA) for treatment of multiple gingival recession defects: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Clin Oral Investig.* 2023 Dec 1;27(12):7171–87.
 22. Kumar MP, Nagate RR, Chaturvedi S, et al. Importance of periodontal phenotype in periodontics and restorative dentistry: a systematic review. *BioMed Central.* 2023.
 23. Chen Z, Zhong J, Xie Y, et al. Does vestibular incision improve the outcomes of vestibular incision subperiosteal tunnel technique: A randomized clinical trial for treatment of multiple adjacent type 1 gingival recession. *J Esthet Restor Dent.* 2023 Oct 1;35(7):1131–8.