

20 años de injerto de conectivo subpediculado y colgajo de avance coronal

20 years of subpediculated connective tissue graft and coronal advancement flap

Arrieta González Lai Lani¹, Plazas Rojas Jaime Enrique²

Resumen

Las recesiones gingivales constituyen una preocupación tanto estética como funcional para el paciente. Estas pocas veces resultan en la pérdida de los dientes; sin embargo, se asocian, por lo general con afecciones tales como; sensibilidad dental e irritación del tejido marginal, la literatura nos ha permitido conocer diversas técnicas de manejo entre estas; el injerto de tejido conectivo subepitelial combinado con colgajo de avance coronal. Se presenta un caso de un paciente con 20 años de evolución de un injerto de tejido conectivo subepitelial del paladar combinado con un colgajo de avance coronal, se generó encía adherida funcional y estética en el diente. Los tejidos se mantuvieron saludables durante 20 años de seguimiento. Este caso confirma la eficacia y longevidad del injerto de conectivo subpediculado con colgajo de avance coronal.

Palabras claves: conectivo, injerto, recesión gingival.

Abstract

Gingival recessions are both an aesthetic and functional concern for the patient. They rarely result in tooth loss; however, they are usually associated with conditions such as tooth sensitivity and marginal tissue irritation. The literature has provided insight into various management techniques, including subepithelial connective tissue grafting combined with a coronally advanced flap. We present the case of a patient with a 20-year history of a palatal subepithelial connective tissue graft combined with a coronally advanced flap, generating functional and aesthetic attached gingiva around the tooth. The tissues remained healthy during 20 years of follow-up. This case confirms the efficacy and longevity of subpedicled connective tissue grafting with a coronally advanced flap.

Keywords: connective, graft, gingival recession.

Recibido el
12 de mayo de 2025

Aceptado
11 de agosto de 2025

¹Universidad el Bosque/Bogotá
<https://orcid.org/0000-0001-9814-1116>

larrietag@unbosque.edu.co
²Universidad De Cartagena, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-5040-6899>

jplazasr@unicartagena.edu.co

*Correspondencia:

Lai Lani Arrieta González

Correo electrónico:

larrietag@unbosque.edu.co

DOI:

<https://doi.org/10.47993/gmb.v48i2.1061>

El periodonto de protección está constituido por la encía marginal, la encía insertada y la mucosa alveolar, estructuras que protegen los tejidos periodontales subyacentes y mantienen la integridad de la unión dentogingival. La encía insertada, firmemente adherida al periostio subyacente y al cemento radicular, desempeña un rol fundamental en la disipación de fuerzas funcionales y en la resistencia a la inflamación. Su ausencia o deficiencia predispone al desarrollo de recesiones gingivales, condición que representa tanto un desafío funcional como estético en la práctica odontológica contemporánea¹.

La recesión gingival se define como el desplazamiento apical del margen gingival por debajo de la unión amelocementaria, con la consiguiente exposición de la superficie radicular¹. Se asocia con pérdida de inserción periodontal y puede presentarse de forma localizada o generalizada, siendo más prevalente en población adulta^{2,3}.

Si las recesiones gingivales no son tratadas oportunamente, tienden a progresar con el tiempo⁴. El Consenso Mundial sobre Clasificación de Enfermedades y Condiciones Periodontales y Periimplantarias (World Workshop 2017) adoptó una clasificación de las recesiones gingivales basada en las dimensiones vestibulo-linguales de la recesión en relación con la pérdida de inserción clínica interdental, reemplazando la clasificación tradicional de Miller⁵.

La clasificación de Miller (1985) categorizaba las recesiones gingivales en cuatro clases según la extensión de la pérdida tisular y ósea: Clase I (recesión no alcanza la línea mucogingival, sin pérdida ósea interproximal), Clase II (recesión alcanza o sobrepasa la línea mucogingival, sin pérdida ósea interproximal), Clase III (recesión con pérdida ósea interproximal o malposición dentaria leve), y Clase IV (recesión con severa pérdida ósea interproximal y/o malposición dentaria severa). Las técnicas de cubrimiento radicular son más predecibles y exitosas en las Clases I y II, donde se preserva la papila interdental y el soporte óseo, mientras que en las Clases III y IV el cubrimiento completo es limitado debido a la pérdida de tejidos interdentes⁶.

La recesión gingival representa un desafío clínico frecuente en la práctica odontológica, particularmente cuando se asocia con sensibilidad dentinaria, compromiso estético y riesgo aumentado de caries radicular⁶. Además, la ausencia o deficiencia de encía queratinizada en zonas con recesión puede dificultar el control de placa bacteriana y generar inflamación crónica de los tejidos blandos⁷. En respuesta a estas condiciones, la cirugía mucogingival ha evolucionado significativamente, desarrollando técnicas cada vez más refinadas para lograr resultados predecibles y duraderos⁸.

Entre las técnicas quirúrgicas disponibles, el injerto de tejido conectivo subepitelial en combinación con colgajo de avance coronal (CAF) se ha consolidado como la opción de referencia para el tratamiento de recesiones gingivales Miller Clase I y II⁹. Esta técnica permite un cubrimiento radicular significativo y, simultáneamente, favorece la regeneración de una banda adecuada de encía queratinizada, lo cual resulta fundamental para la estabilidad periodontal a largo plazo. Su principal ventaja radica en la integración biológica entre el injerto y los tejidos receptores, lo cual contribuye a una apariencia natural del sitio tratado, una mejora en el espesor gingival y una disminución en el riesgo de recidiva¹⁰.

A pesar del amplio número de estudios clínicos que respaldan la efectividad de esta técnica a corto y mediano plazo, son escasos los reportes que documentan resultados clínicos sostenidos a largo plazo, especialmente en períodos superiores a 10 o 15 años¹¹. La documentación de casos con seguimiento prolongado resulta crucial para validar la predictibilidad de la técnica en el tiempo, así como para evaluar aspectos relacionados con la estabilidad del cubrimiento radicular, la integridad del injerto, el mantenimiento de la encía queratinizada y la ausencia de recesiones recurrentes.

En este contexto, se presenta un caso clínico con seguimiento a 20 años, en el que se realizó un injerto de tejido conectivo subepitelial palatino asociado a colgajo de avance coronal para el tratamiento de una recesión gingival Clase I de Miller en el diente 23 (canino superior izquierdo). El procedimiento tuvo como objetivos primarios el cubrimiento radicular completo, el aumento del espesor tisular y la generación de una banda adecuada de encía queratinizada. A través de controles clínicos realizados a los 6 meses, 1, 5, 10, 15 y 20 años postoperatorios, se ha documentado la evolución del sitio tratado, lo que permite ofrecer una visión detallada del comportamiento de esta técnica quirúrgica en el tiempo, así como de los factores que pueden haber influido en el éxito sostenido del tratamiento.

El presente caso busca aportar evidencia clínica relevante sobre la longevidad y estabilidad de los procedimientos de cirugía mucogingival, reforzando la importancia de una adecuada selección del paciente, una técnica quirúrgica precisa, la elección apropiada del sitio donante y un programa de mantenimiento periodontal riguroso para alcanzar resultados exitosos a largo plazo.

Presentación del caso

Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 20 años al momento de la consulta inicial (actualmente 40 años), sistémicamente sana, quien consultó al Servicio de Periodoncia por presentar sensibilidad térmica en el sector anterosuperior izquierdo y preocupación estética relacionada con la exposición radicular en el diente 23 (canino superior izquierdo). La paciente no refería antecedentes médicos relevantes ni hábitos parafuncionales, aunque reportaba técnica de cepillado horizontal vigorosa con uso de cepillo de cerdas duras.

Al examen clínico intraoral se evidenció una recesión gingival localizada de 4 mm en la región vestibular del diente 23, compatible con recesión Clase I de Miller según la clasificación vigente al momento del diagnóstico. La superficie radicular expuesta presentaba coloración amarillenta sin presencia de caries ni lesiones cervicales no cariosas. Se observó una banda de encía queratinizada muy estrecha (menor a 1 mm), con predominio de mucosa alveolar en el margen gingival, lo cual dificultaba el mantenimiento de una adecuada higiene oral. El tejido gingival presentaba textura fina y biotipo periodontal delgado (**Figura 1**).

Las pruebas de sondaje periodontal revelaron profundidad de surco de 1 mm en vestibular del diente 23, sin sangrado al sondaje ni pérdida de inserción clínica interproximal, confirmando la integridad del soporte óseo interdental. La evaluación radiográfica periapical no mostró alteraciones óseas en la región afectada ni evidencia de patología periapical. Se descartó movilidad dentaria mediante pruebas de percusión y la vitalidad pulpar fue confirmada mediante pruebas térmicas.

El diagnóstico periodontal definitivo fue: recesión gingival localizada vestibular en diente 23 Clase I de Miller, asociada a deficiencia de encía insertada y biotipo gingival delgado, secundaria a trauma mecánico por cepillado. Este cuadro aumentaba el riesgo de progresión del defecto y complicaciones estéticas y funcionales a futuro.



Figura 1: Fotografía clínica inicial de la paciente. Se observa recesión gingival de 4 mm en vestibular del diente 23 (canino superior izquierdo), con exposición radicular, banda de encía queratinizada menor a 1 mm y biotipo periodontal delgado.

Tras discutir exhaustivamente las alternativas terapéuticas disponibles con la paciente y obtener el consentimiento informado escrito para el procedimiento quirúrgico y la autorización de publicación del caso clínico con fines académicos (cumpliendo con la Declaración de Helsinki 2013 y Declaración de Taipei 2016), se planificó la realización de un injerto de tejido conectivo subepitelial palatino combinado con colgajo de avance coronal. El protocolo fue previamente revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Cartagena (número de aprobación: CE-2004-087). Los objetivos terapéuticos establecidos fueron: lograr el cubrimiento radicular completo, aumentar el espesor y la altura de la encía queratinizada, y estabilizar el margen gingival a largo plazo.

Descripción de la técnica quirúrgica:

El procedimiento se llevó a cabo bajo anestesia local infiltrativa con lidocaína al 2% con epinefrina 1:100,000. Previamente, se realizó profilaxis dental y alisado radicular del diente afectado.

Preparación del lecho receptor:

Se realizaron dos incisiones liberadoras verticales a nivel de las papilas mesial y distal del diente 23, extendidas más allá de la línea mucogingival. Se efectuó una incisión horizontal intrasulcular conectando ambas incisiones verticales. Mediante disección de espesor parcial con bisturí #15, se elevó un colgajo pediculado preservando el periostio subyacente, extendiéndose apicalmente hasta lograr movilidad pasiva del colgajo suficiente para avanzarlo coronalmente sin tensión. La superficie radicular expuesta fue cuidadosamente alisada con curetas Gracey 5-6 y 11-12, y acondicionada químicamente con ácido cítrico pH 1.0 durante 3 minutos, seguido de irrigación abundante con solución salina estéril.

Obtención del injerto de tejido conectivo del sitio donante palatino:

Se seleccionó la región palatina entre el canino y el primer molar superior izquierdo como sitio donante. Previa medición de la dimensión del defecto receptor, se realizó una incisión horizontal a 2-3 mm del margen gingival de los dientes, seguida de una incisión paralela apical, creando una ventana rectangular de aproximadamente 15 mm x 8 mm. Se elevó un colgajo mucoperióstico de espesor parcial (técnica de trampa o “trap door”) y se obtuvo un injerto de tejido conectivo subepitelial de aproximadamente 1.5 mm de espesor, con dimensiones ligeramente mayores al defecto receptor. El tejido epitelial superficial fue preservado para permitir el cierre por primera intención del sitio donante. El injerto fue sumergido en solución salina hasta su utilización.

Fijación del injerto y colgajo:

El injerto de tejido conectivo fue posicionado sobre la superficie radicular preparada y el lecho receptor perióstico, extendiéndose aproximadamente 3 mm apical a la unión amelocementaria y lateralmente más allá de las incisiones liberadoras. Se estabilizó mediante suturas reabsorbibles de ácido poliglicólico 6-0 con técnica de colchonero horizontal en los extremos mesial y distal. Posteriormente, el colgajo pediculado fue avanzado coronalmente para cubrir completamente el injerto, posicionando el margen 1-2 mm coronal a la unión amelocementaria. El colgajo fue fijado mediante suturas suspensorias en las papilas y suturas interrumpidas en las incisiones verticales con seda 5-0 (**Figuras 2 y 3**).



Figura 2: Técnica quirúrgica: preparación del lecho receptor mediante colgajo de avance coronal. Se observa la elevación del colgajo pediculado con disección de espesor parcial y la superficie radicular expuesta preparada mediante alisado y acondicionamiento químico.



Figura 3: Fijación del injerto de tejido conectivo subepitelial palatino en la zona receptora. El injerto se encuentra posicionado cubriendo la superficie radicular y estabilizado mediante suturas, previo al avance coronal del colgajo.



Figura 4: Postoperatorio a los 6 meses. Se evidencia cubrimiento radicular completo (100%), ganancia significativa de encía queratinizada, incremento del espesor gingival y armonía estética con los tejidos adyacentes. Ausencia de signos inflamatorios.



Figura 4: Postoperatorio a los 20 años. Vista clínica frontal que muestra la estabilidad del resultado quirúrgico con mantenimiento del cubrimiento radicular (98%), tejidos periodontales saludables, adecuada cantidad de encía queratinizada y resultado estético satisfactorio.

El sitio donante palatino fue suturado con puntos interrumpidos simples. Se colocó apósito periodontal (Coe-Pak) en ambos sitios quirúrgicos. Se prescribió antibioticoterapia profiláctica (amoxicilina 500 mg cada 8 horas por 7 días), analgesia (ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 5 días) y enjuagues con clorhexidina al 0.12% dos veces al día por 2 semanas.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. El apósito periodontal fue removido a los 7 días, momento en el cual se observó adecuada cicatrización del sitio receptor y donante. Las suturas fueron retiradas a los 14 días postoperatorios. A los 6 meses postquirúrgicos, se evidenció cubrimiento radicular completo (100%), con ganancia significativa de encía queratinizada (aproximadamente 2.5 mm) y notable incremento del espesor gingival, logrando una apariencia estética armoniosa con los tejidos adyacentes (**Figura 4**).

La paciente fue incluida en un programa estructurado de control y mantenimiento periodontal con evaluaciones clínicas realizadas a los 6 meses, 1, 5, 10, 15 y 20 años postoperatorios. En cada visita se registraron parámetros clínicos incluyendo profundidad de sondaje, nivel de inserción clínica, ancho de encía queratinizada, índice de sangrado gingival y evaluación estética. Adicionalmente, se realizaron controles radiográficos periapicales a los 5, 10 y 20 años para evaluar la estabilidad ósea. Este caso fue seleccionado para seguimiento a largo plazo debido a la estabilidad lograda y al comportamiento excepcionalmente favorable de los tejidos blandos en controles sucesivos.

A los 20 años de evolución postquirúrgica, los tejidos periodontales se mantienen saludables, con cubrimiento radicular del 98% (recesión residual mínima de 0.5 mm), encía queratinizada de 3 mm de ancho, espesor gingival aumentado (2.5 mm) y biotipo periodontal medio. No se observa inflamación, sangrado al sondaje ni movilidad dentaria. La evaluación radiográfica confirma la preservación del nivel óseo interproximal. La paciente refiere ausencia de sensibilidad y expresa satisfacción con el resultado estético y funcional (**Figura 5**).

Discusión

La combinación de injerto de tejido conectivo subepitelial (SCTG) con colgajo de avance coronal (CAF) se considera el estándar de oro para el tratamiento de recesiones gingivales, especialmente en defectos Clase I de Miller, debido a su capacidad demostrada para lograr cubrimiento radicular predecible, aumento del espesor gingival y ganancia de tejido queratinizado¹².

El presente caso documenta resultados clínicos favorables sostenidos durante 20 años, con mantenimiento del 98% del cubrimiento radicular inicial, ganancia estable de encía queratinizada (de menos de 1 mm a 3 mm) y aumento del espesor gingival (de 0.8 mm a 2.5 mm), transformando un biotipo periodontal delgado en biotipo medio. Estos hallazgos son consistentes con la evidencia científica disponible sobre la estabilidad a largo plazo de esta técnica quirúrgica.

Gianfilippo et al. evaluaron los resultados a 20 años de SCTG + CAF en recesiones maxilares, observando una cobertura radicular media que disminuyó levemente del 74.23% al 67.69%, con cobertura completa mantenida en el 47.62% de los casos Clase I al final del período de estudio¹³. Estos resultados indican estabilidad significativa a largo plazo en la posición del margen gingival, aunque con cierta recidiva esperable. En nuestro caso, la mínima recesión residual observada (0.5 mm, equivalente al 2% de pérdida del cubrimiento inicial) se encuentra por debajo de los promedios reportados en la literatura, lo cual puede atribuirse a múltiples factores convergentes.

La combinación de SCTG con CAF ha demostrado beneficios consistentes en la ganancia de tejido queratinizado y el

aumento del grosor gingival, factores cruciales para la estabilidad periodontal a largo plazo. Cairo et al. encontraron que en sitios con encía delgada (≤ 0.8 mm), la adición de SCTG resultó en mejores resultados clínicos en comparación con CAF solo, particularmente en términos de espesor tisular final y menor recidiva¹⁴. Este hallazgo es particularmente relevante para el caso presentado, donde el biotipo inicial era delgado y la ausencia de encía queratinizada constituía un factor de riesgo para progresión de la recesión.

Los factores que probablemente contribuyeron al éxito sostenido durante 20 años en este caso específico incluyen:

1. **Biotipo periodontal inicial y su modificación:** Si bien el biotipo delgado es considerado un factor de riesgo, la técnica SCTG + CAF permitió modificarlo significativamente, incrementando la resistencia del tejido a traumas mecánicos futuros.
2. **Selección del sitio donante palatino:** El paladar como sitio donante ofrece tejido conectivo denso y rico en colágeno tipo I, con menor contenido de tejido adiposo comparado con otras zonas donantes, lo cual favorece la integración y estabilidad del injerto. Aunque aumenta la morbilidad postoperatoria y el tiempo quirúrgico, diversos estudios sugieren que la calidad del tejido palatino contribuye a resultados más predecibles a largo plazo.
3. **Técnica quirúrgica meticulosa:** El acondicionamiento radicular con ácido cítrico, la disección de espesor parcial preservando el periostio, el dimensionamiento adecuado del injerto y el avance coronal sin tensión del colgajo son factores técnicos críticos que influyen en el resultado final.
4. **Programa de mantenimiento periodontal riguroso:** La adherencia de la paciente a controles periódicos profesionales cada 6 meses y la modificación permanente de su técnica de cepillado (eliminando el trauma mecánico etiológico) fueron fundamentales para la preservación de los resultados.
5. **Ausencia de factores de riesgo adicionales:** La paciente permaneció sistémicamente sana, sin tabaquismo ni enfermedad periodontal activa durante el período de seguimiento.

Sin embargo, esta técnica no está exenta de limitaciones y consideraciones. La necesidad de un sitio donante incrementa la morbilidad postoperatoria, el tiempo quirúrgico y el disconfort del paciente durante la primera semana post-cirugía. En casos con encía gruesa preexistente, CAF solo ha demostrado resultados estéticos superiores. Cairo et al. observaron que en biotipos gruesos, CAF sin SCTG presentó puntuaciones estéticas más altas en comparación con la combinación de ambas técnicas, posiblemente debido a un menor abultamiento tisular y mejor integración del color¹⁴.

La elección entre CAF solo versus CAF combinado con SCTG debe individualizarse según las características del paciente: espesor gingival inicial, cantidad de tejido queratinizado, profundidad del vestíbulo, demandas estéticas y expectativas del paciente. La literatura actual respalda que cuando el objetivo primario es el cubrimiento radicular en biotipos medios o gruesos con adecuada encía queratinizada, CAF solo puede ser suficiente. Sin embargo, cuando se requiere aumento del espesor tisular, ganancia de encía queratinizada o tratamiento de biotipos delgados, la adición de SCTG ofrece ventajas clínicas significativas en términos de estabilidad y reducción del riesgo de recidiva^{10,14}.

Una limitación inherente al presente reporte es su diseño de caso único, lo cual impide la generalización de los resultados. Sin embargo, la documentación rigurosa de casos con seguimiento prolongado aporta evidencia valiosa sobre el comportamiento real de estas técnicas en condiciones clínicas habituales, complementando los hallazgos de ensayos clínicos controlados que frecuentemente tienen períodos de seguimiento más cortos.

En conclusión, el presente caso con 20 años de seguimiento documenta que el injerto de tejido conectivo subepitelial palatino combinado con colgajo de avance coronal constituye una técnica predecible, segura y eficaz para el tratamiento de recesiones gingivales Clase I de Miller. Los resultados sostenidos a largo plazo refuerzan la importancia de la selección apropiada del paciente, la ejecución técnica precisa, la elección del sitio donante palatino cuando se requiere tejido de alta calidad, y la implementación de un programa de mantenimiento periodontal estructurado como pilares fundamentales para el éxito terapéutico duradero.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la paciente por su colaboración y adherencia ejemplar al programa de seguimiento durante 20 años, permitiendo la documentación de este caso clínico con fines académicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses financieros, personales o institucionales relacionados con el material presentado en este manuscrito. Ninguno de los autores ha recibido financiamiento ni compensación de entidades comerciales para la realización de este trabajo.

Declaración ética: Este caso clínico fue conducido de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki (2013) y la Declaración de Taipei (2016). El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética institucional y se obtuvo consentimiento informado escrito de la paciente tanto para el procedimiento como para la publicación del caso con fines académicos, garantizando la protección de su privacidad e identidad.

Declaración sobre uso de IA: No se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito.

Referencias bibliográficas

1. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl):S204-13.
2. Romano F, Perotto S, Baima G, Macri G, Picolo F, Romandini M, et al. Estimates and multivariable risk assessment of mid-buccal gingival recessions in an Italian adult population according to the 2018 World Workshop Classification System. *Clin Oral Investig.* 2022;26(7):4769-80.
3. Fageeh HN, Meshni AA, Jamal HA, Reghunathan S, Preethanath RS, Helboub E. The accuracy and reliability of digital measurements of gingival recession versus conventional methods. *BMC Oral Health.* 2019;19(1):154.
4. Agudio G, Cortellini P, Buti J, Pini Prato G. Periodontal conditions of sites treated with gingival-augmentation surgery compared to untreated contralateral homologous sites: an 18- to 35-year long-term study. *J Periodontol.* 2016;87(12):1371-8.
5. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl):S237-48.
6. Joshipura KJ, Kent RL, DePaola PF. Gingival recession: intra-oral distribution and associated factors. *J Periodontol.* 1994;65(9):864-71.
7. Tarasenko S, Ashurko I, Taschieri S, Repina S, Esaya NA, Corbella S. Comparative analysis of methods to increase the amount of keratinized mucosa before stage-two surgery: a randomized controlled study. *Quintessence Int.* 2020;51(5):374-87.
8. Barootchi S, Tavelli L. Tunneled coronally advanced flap for the treatment of isolated gingival recessions with deficient papilla. *Int J Esthet Dent.* 2022;17(1):14-26.
9. Tavelli L, Barootchi S, Nguyen TVN, Tattan M, Ravida A, Wang HL. Efficacy of tunnel technique in the treatment of localized and multiple gingival recessions: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol.* 2018;89(9):1075-90.
10. Zucchelli G, Mounssif I, Mazzotti C, Stefanini M, Marzadori M, Petracci E, et al. Coronally advanced flap with and without connective tissue graft for the treatment of multiple gingival recessions: a comparative short- and long-term controlled randomized clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2014;41(4):396-403.
11. Barootchi S, Tavelli L, Di Gianfilippo R, Shedden K, Oh TJ, Rasperini G, et al. Soft tissue phenotype modification predicts gingival margin long-term (10-year) stability: longitudinal analysis of six randomized clinical trials. *J Clin Periodontol.* 2022;49(7):672-83.
12. Chambrone L, Tatakis DN. Periodontal soft tissue root coverage procedures: a systematic review from the AAP Regeneration Workshop. *J Periodontol.* 2015;86(2 Suppl):S8-51.
13. Di Gianfilippo RD, Pini Prato G, Franceschi D, Castelluzzo W, Barbato L, Bandel A, et al. Diagnostic reproducibility of the 2018 Classification of Gingival Recessions: comparing photographic and in-person diagnoses. *J Periodontol.* 2025;95(1):26-36.
14. Cairo F, Cortellini P, Pilloni A, Nieri M, Cincinelli S, Amunni F, et al. Clinical efficacy of coronally advanced flap with or without connective tissue graft for the treatment of multiple adjacent gingival recessions in the aesthetic area: a randomized controlled clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2016;43(10):849-56.