

Desarrollo de los trabajos que compartieron el Premio (IV Reunión SEPA Joven, en Barcelona)


Injerto de conectivo subepitelial para mejorar la estética de implantes

INJERTO DE CONECTIVO SUBEPITELIAL PARA MEJORAR LA ESTÉTICA DE IMPLANTES

Rafael J. Álvarez*, Luis W. Ruiz**
*Hospital General de Toluca y Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. **Hospital General de Toluca y Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

1 **introducción**


- Paciente de 24 años de edad sin antecedentes médicos.
- Historia dental: fractura del 22 embudada, extracción, tras 4 meses colocación de implante 3.75x13mm de conexión interna y rehabilitación mediante prótesis fija implanto-soportada metal-cerámica.
- **M.C.:** Mejorar la estética del frente anterior.



1

- El 22 presenta:
 - Margen gingival de la restauración más apical^{1,2} que los dientes adyacentes y su contralateral.
 - Defecto mucogingival.
 - Exposición del muñón metálico.
 - Posición y angulación del implante muy a vestibular y cabeza demasiado apical^{3,4}.
- **Tratamiento:**
 - Injerto de tejido conectivo subepitelial.
 - Prótesis fija implanto-soportada cerámica cementada sobre pilar angulado.

técnica quirúrgica




1. Previa al tratamiento quirúrgico colocamos tapón de cera.

2. Levantamos colgajo a espesor total de mesial II a mesial 24 e sección palatina en 22.

3. Colocamos injerto de conectivo subepitelial de 3mm aprox. de grosor, de palatina a la zona más apico-vestibular del implante⁵.

4. Establecemos el injerto mediante sutura reabsorbible a vestibular y palatina del colgajo. Asociamos coronalmente al colgajo liberando del pericostio y lo suturamos con Vicryl 5/0 de vestibulo a palatina mediante puntos simples y un catchers horizontal.

resultados



1. **Tras dos meses de cicatrización:**

- Tejido blando en posición más coronal.
- Línea mucogingival bien definida.
- Ausencia de cicatrices post-quirúrgicas.

2. Registro de implante y fabricación de pilar protésico angulado sin emergencia.

3. Tras una segunda cirugía colocamos el pilar protésico.


4. **Finalmente cementamos la corona cerámica.**

4

La calidad y el éxito en la implantología actual son muy satisfactorios y no discutibles. Sin embargo, pocos estudios valoran la satisfacción del paciente y a la estética conseguida con los tratamientos de implantes. Los estudios deben concentrarse en la posición tridimensional del implante para que la situación de los tejidos blandos sea ideal y armoniosa, además de ser duradera a un largo periodo de tiempo. El injerto de tejido conectivo para mejorar defectos de tejido blando alrededor de implantes resulta exitoso o muy predecible. La técnica quirúrgica que compromete la vascularización del colgajo, obtiene un grosor importante de tejido conectivo y permite el avance coronal del colgajo, siendo fundamental para conseguir un resultado estético satisfactorio.

*Correspondencia: Rafael J. Álvarez, Hospital General de Toluca y Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. E-mail: rafael.alvarez@uaem.mx
 **Correspondencia: Luis W. Ruiz, Hospital General de Toluca y Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. E-mail: luismw@uaem.mx

© 2009 by the author(s). All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher. For more information, contact the publisher: Elsevier Health Sciences, 3251 River Street, Philadelphia, PA 19104, USA. Tel: +1 215 637 7000. Fax: +1 215 637 7001. E-mail: healthsciences@elsevier.com


IV
 IV REUNIÓN SEPA JOVEN



Dr. José Nart Molina

AUTORES

Dr. José Nart Molina. Odontólogo. Certificado en Periodoncia e Implantes, Tufts University. Profesor Asociado del Departamento de Periodoncia de la UIC. Práctica privada en exclusiva, Barcelona.

Dr. Fabio Mazzocco. Odontólogo. Certificado en Periodoncia e Implantes, Tufts University. Profesor Invitado del Departamento de Periodoncia de la UIC. Práctica privada en exclusiva, Padua (Italia).

Dr. Mario Gatti. Odontólogo. Certificado en Prostodoncia, Tufts University. Práctica privada en exclusiva, Boston (EEUU).

María Nart Molina. Alumna de 5º curso de Odontología, UIC (Barcelona).



Caso clínico

Nos visita un paciente de 24 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, para mejorar su estética en la zona anterior. Presenta una prótesis fija implantosoportada metal-cerámica en la posición del diente 22. Su historia dental explica que perdió, tras fracturarse, el incisivo lateral superior izquierdo cuando estaba endonciado. Él tenía 20 años. Su dentista realizó la extracción y, tras tres o cuatro meses de cicatrización, le colocó un implante de 3,75 x 13 mm de conexión interna.

Tras el examen clínico se aprecia que:

- El margen gingival de la restauración del 22 es más apical que el de los dientes adyacentes y que su contralateral 12.
- El 22 presenta un defecto mucogingival y exposición del muñón metálico en la zona del margen gingival (fig. 1).

Existe cierta cantidad de reabsorción ósea alrededor de los implantes cuando éstos entran en contacto con el medio oral y, por ello, la distancia entre implantes, entre dientes e implantes y el volumen óseo en vestibular de la cabeza de los implantes son fundamentales para el resultado a largo plazo de éstos. Este póster discute, a través de un caso clínico, la posición tridimensional del implante y su influencia en la estética de los tejidos blandos.



Fig. 1.

Premio Sepa-MAXILLARIS

- La situación tridimensional del implante no sigue los estándares ideales^{1,2}, su posición es muy vestibular y apical y su angulación es demasiado vestibular (figs. 2 y 4). Estas circunstancias hacen que el grosor de la encía, y seguramente del hueso, sea mínimo a vestibular del implante, y el margen gingival de la restauración esté muy apical^{3,4} (fig. 3).

El objetivo del tratamiento es mejorar la estética de la restauración implantosoportada del 22, corrigiendo la situación de los tejidos blandos, en anchura y altura.

Para ello colocamos un injerto de tejido conectivo subepitelial desde palatino, que extendemos a la zona más apical y vestibular al implante^{5,6}:

- Antes de empezar el tratamiento quirúrgico colocamos un tapón de cierre sobre el implante para eliminar cualquier emergencia del mismo y evitar que el tejido blando se introduzca en su interior (fig. 5).

- Levantamos un colgajo a espesor total desde mesial del 11 a mesial del 24 sin descargas verticales, evitando posibles cicatrices posoperatorias, y con una incisión palatina en la zona del 22 (fig. 6). Observamos un grosor óseo vestibular mínimo, incluso alguna espina del implante expuesta.
- Seguidamente, colocamos un injerto de tejido conectivo subepitelial grueso, de 3 mm aproximadamente (20 mm de longitud y 8 mm de anchura), desde palatino que se extiende a la zona más apical y vestibular del implante.
- Lo estabilizamos con una sutura reabsorbible (Chromic-Gut 5/0) a la parte vestibular del colgajo y también en palatino (fig. 7).
- Una vez que el injerto se ha estabilizado, avanzamos coronalmente el colgajo y lo liberamos del periostio. Lo suturamos sin tensión con puntos simples y un colchono horizontal mediante sutura de Vicryl 5/0 (figs. 8 y



Fig. 2.



Fig. 3a.



Fig. 3b.

Premio Sepa-MAXILLARIS



Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.

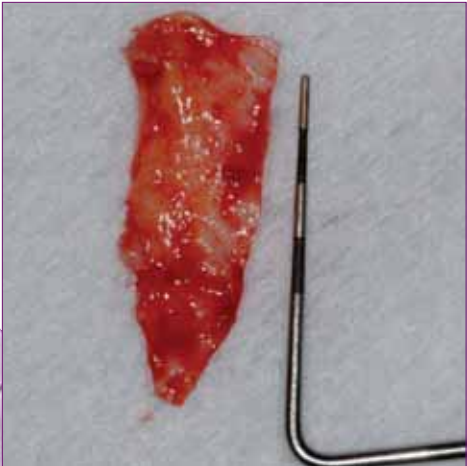


Fig. 7a.

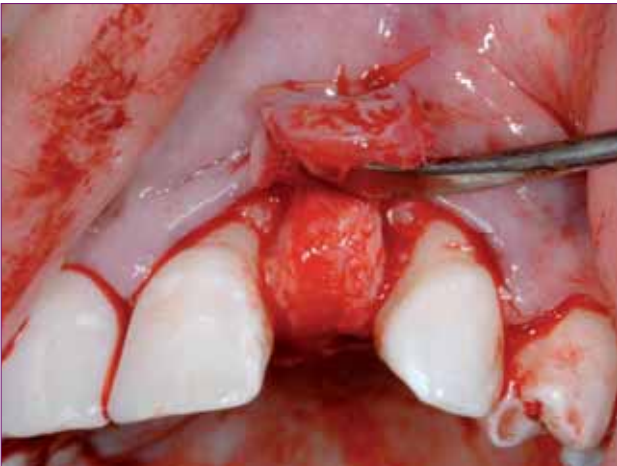


Fig. 7b.





Fig. 8.

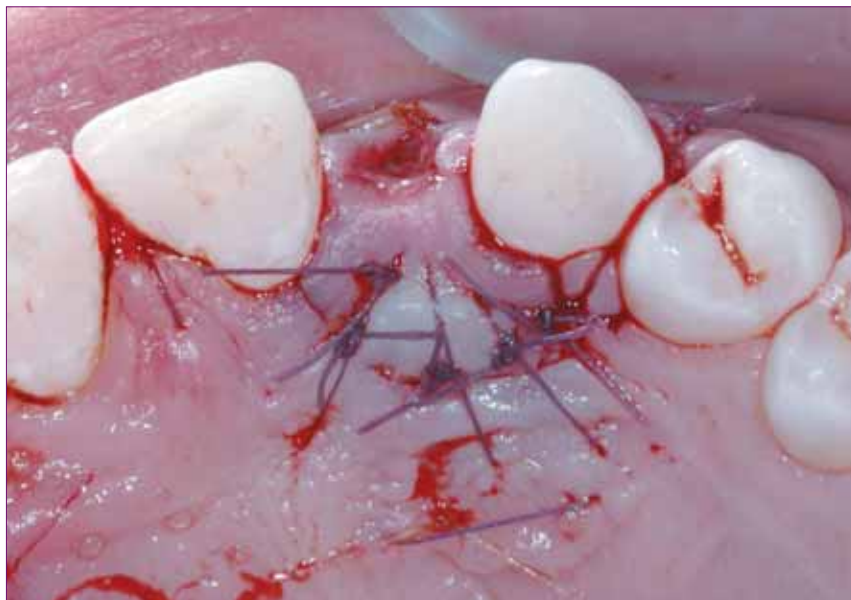


Fig. 9.

9).

Resultados

Después de tres meses de cicatrización, el tejido blando se encuentra en una posición más coronal y la línea mucogingival está bien definida. No se aprecia ninguna cicatriz como consecuencia de la cirugía (fig. 10):

- Antes de realizar la cirugía, el prostodoncista tomó un registro del implante (mediante un pilar de impresión) para fabricar un pilar angulado sin ninguna emergencia por vestibular (figs. 4 y 11).
- Así, en el momento de la segunda cirugía, realizada con una incisión circular ligeramente a palatino y el pilar protésico se atornilló (fig. 12).
- Sobre él se cementó una corona provisional de resina durante seis meses mientras se completaba la cicatrización de los tejidos blandos alrededor del pilar protésico y los dientes adyacentes (fig. 13).
- Finalmente, seis meses después del inicio del tratamiento, se cementó la corona cerámica definitiva sobre el pilar angulado, consiguiendo armonía y naturalidad en la encía y en la prótesis implantosoportada, además de la satisfacción

Premio Sepa-MAXILLARIS



Fig. 10.



Fig. 11a.



Fig. 11b.



Fig. 12.



estética del paciente (fig. 14).

Conclusiones

- La predecibilidad y el éxito en la implantología actual son muy satisfactorios y no discutibles. Sin embargo, pocos estudios valoran la satisfacción del paciente en cuanto a la estética conseguida con los tratamientos de implantes.
- Los clínicos deben concentrarse en la posición tridimensional del implante para que la situación de los tejidos blandos sea idónea y armoniosa, además de estable en un largo periodo de tiempo.
- El uso de injertos de tejido conectivo para mejorar defectos de tejido blando alrededor de implantes resulta exitoso o muy predecible. La técnica quirúrgica empleada no compromete la vascularización del colgajo, obtiene un grosor importante de tejido conectivo y permite el avance coronal del colgajo, siendo estos factores funda-



Fig. 13.



Fig. 14.

Bibliografía

1. Funato A, Salama MA, Ishikawa T, Garber DA, Salama H. Timing, positioning, and sequential staging in esthetic implant therapy: a four-dimensional perspective. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2007 Aug;27(4):313-23.
2. Belser U, Buser D, Higginbottom F. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding esthetics in implant dentistry. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004;19 Suppl:73-4. Review.
3. Grunder U, Gracis S, Capelli M. Influence of the 3-D bone-to-implant relationship on esthetics. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2005 Apr;25(2):113-9.
4. Carrión JB, Barbosa IR. Single implant-supported restorations in the anterior maxilla. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2005 Apr;25(2):149-55.
5. Shibli JA, D'ávila S, Marcantonio E Jr. Connective tissue graft to correct peri-implant soft tissue margin: A clinical report. *J Prosthet Dent.* 2004 Feb;91(2):119-22.
6. Silverstein LH, Kurtzman D, Garnick JJ, Trager PS, Waters PK. Connective tissue grafting for improved implant esthetics: clinical technique. *Implant Dent.* 1994 Winter;3(4):231-4.

