

Manejo de tejidos blandos para cubrir dehiscencia en implante.

Páez Justo Israel,* Robredo Coral.**

Resumen

La colocación de implantes en la zona estética puede llegar a ser muy demandante ya que no solo se espera que exista osteointegración, también se espera que haya un tejido perimplantario estable. Los defectos vestibulares son comunes cuando no se obtienen estas características ideales; son recesiones del tejido blando exponiendo así la plataforma del implante, pérdida de la tabla vestibular que hace translucir al implante sobre el tejido blando, estos problemas estéticos podrían traer incluso problemas mayores como mucosistis o periimplantitis debido a la exposición de cuerdas del implante. Para solucionar defectos periimplantarios estéticos se han descrito distintas técnicas muchas de ellas utilizando injertos autólogos con modificaciones en la obtención y colocación de los mismos. En este reporte se evalúa el aumento de tejido blando un implante que ha sufrido de pérdida de altura y volumen de tejido blando haciendo que se esponga la plataforma del implante, donde se realiza una intervención quirúrgica mucogingival para corregir este defecto y beneficiando a los dientes adyacentes ya que se encontraban con recesiones gingivales Miller Clase I, la técnica elegida fue un túnel con injerto gingival libre desepitelializado. Teniendo como resultado la cobertura del defecto y un aumento del volumen de encía.

Palabras clave: implantes, injertos, encía queratinizada.

Abstract

Placement of implants in the aesthetic zone can become very demanding since it is not only expected to exist osseointegration but to have a stable peri-implant soft tissue. Vestibular defects are common when these two ideal features are not obtained, recessions of the soft tissue exposing the implant platform, loss of the vestibular table that translates the implant on the soft tissue, these aesthetic problems could bring even bigger problems such as mucosistis or periimplantitis due to the exposure of implant strings. In order to solve these aesthetic peri-implant defects several techniques have been described, many of them using autologous grafts with modifications in the obtaining and placement of them. This report assesses soft tissue augmentation of an implant that has suffered from loss of height and soft tissue volume causing the implant platform to be exposed, where a mucogingival surgical procedure is performed to correct this defect and benefiting the adjacent teeth since they were with Miller Class I gingival recessions, the technique chosen was a tunnel with free gingival de-epithelialization. Resulting in defect coverage and an increase in soft tissue volume.

Key Words: Implants, gingival grafts, keratinized tissue.

* Residente de la Especialidad de Periodoncia de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

** Catedrático de la Especialidad de Periodoncia de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Correspondencia: Israel Páez Justo e-mail: israpaez@hotmail.com

Recibido: Noviembre 2017 Aceptado: Febrero 2018

Introducción

La colocación de implantes ha demostrado ser un tratamiento exitoso a largo plazo pero no solo gracias al éxito de la osteointegración, también debemos agradecer al tejido blando periimplantario.¹ Un buen soporte biológico mejorará el resultado protésico/estético así como funcional en nuestros implantes.¹⁻³

La zona anterior siempre representa un reto para el clínico debido a su misma morfología y es la zona donde comúnmente se encuentran defectos estéticos de tejido blando debido a una mala planeación y/o ejecución del tratamiento con implantes. Se han propuesto distintas técnicas quirúrgicas para solucionar dichos problemas y mejorar la arquitectura gingival así como recuperar la estética. Un adecuado manejo de los tejidos es indispensable para obtener resultados quirúrgicos exitosos.⁴

Muchos de los procedimientos se solucionan con ayuda de injertos autólogos estos combinados con distintos tipos de colgajo y técnica de sutura tendrán diferentes resultados.⁵ Uno de los desafíos encontrados al aumentar el tejido blando periimplantario es la reducción y diversidad de arreglo en el tejido vascular supracrestal alrededor del aditamento. Además, el tejido blando periimplantario tiene como característica ser una cicatriz de alta densidad en colágeno y baja densidad de estructuras vasculares.⁶ Una técnica que ha probado ser muy eficaz en la cobertura radicular que mantiene el aporte sanguíneo en las papilas, la altura de las mismas, estabiliza el coágulo, el injerto y mejora el proceso de cicatrización, es la técnica de túnel que combinado con un injerto de tejido conectivo mejorará el resultado clínico de la zona a tratar.⁷

El objetivo de este reporte fue evaluar la cobertura de la recesión y ganancia de volumen sobre el defecto perimplantario.

Descripción del caso

Acude a la clínica de posgrado en periodoncia paciente masculino de 59 años, sin antecedentes personales patológicos y no patológicos, comenta que se le realizó la colocación de un implante en la zona del órgano dentario #21 pero que "ya tiene tiempo que se le ve el metal" y que "ve sus dientes muy largos". Se realiza la inspección clínica y se encuentra una marcada exposición metálica de la plataforma del implante y recesiones clase I de órgano dentario (OD) #13 a #23 con giroversión en laterales (figura 1). Se procede a comenzar la fase I del tratamiento periodontal, teniendo un control de placa menor al 20% según O'leary⁸ para poder continuar a la Fase II periodontal. Se explica el plan de tratamiento y se firma consentimiento informado.

Se explica al paciente la posibilidad de realizar en un solo procedimiento quirúrgico la cobertura radicular de toda la zona anterior con la ayuda de un injerto gingival libre desepitelializado con la técnica de túnel lo cual acepta. Realizamos la evaluación de la encía queratinizada remanente, se analiza que existe suficiente banda de encía queratinizada (4mm) en el cuadrante derecho por lo que se decide utilizar solo injerto para el cuadrante izquierdo.

Procedimiento quirúrgico

El paciente fue instruido para realizar un colutorio de clorhexidina al 0.12% justo antes del procedimiento quirúrgico. Se administra anestesia con infiltración local (mepivacaina 2% con epinefrina 1:200 000).

Después de realizar el raspado y alisado radicular de la zona receptora, se realizan incisiones intrasurculares en vestibular de todos los dientes afectados incluyendo el implante y a los adyacentes utilizando hojas de microcirugía. Estas incisiones habilitan el acceso para la preparación supraperiostica del tejido bucal. El procedimiento de socavación se extendió más allá de la línea mucogingival con un elevador de periostio para

para tunelización. El socavado de todo el aspecto vestibular se realiza a grosor parcial. Se desinsertan las papilas con mucho cuidado y con su periostio manteniendo su integridad con la contraparte palatina y se comprueba el desplazado coronal (figura 2). Después de completar el túnel se procede a la toma del injerto esto realizando incisiones horizontales palatinas desde el aspecto distal del canino al aspecto mesial del primer molar se unen estas incisiones con dos verticales, se coloca el bisturí perpendicular y dentro de las incisiones horizontales para dividir el injerto y poder extraerlo, una vez obtenido se realiza una desepitelización así como remoción de tejido adiposo para obtener solo tejido conectivo (TC) (figura 3). El TC se desliza por el túnel lateralmente por medio de sutura hasta colocarlo en el sitio deseado. Subsecuentemente se utiliza la técnica de sutura de doble cruz para estabilizar el complejo gingivopapilar en la posición coronal deseada con sutura de polipropileno 6-0 (figura 4).

Figura 1. Preoperatoria.



Figura 2. Desplazamiento coronal por medio de túnel.



Figura 3. Injerto gingival libre.



Figura 4. Sutura en doble cruz con polipropileno 6-0.



Se dan instrucciones postquirúrgicas al paciente así como la adecuada medicación y el uso de clorhexidina. A los 15 días se retiran las suturas, se cita al paciente a los 21 y a los 3 meses para la evaluación de los resultados. Se citó al paciente al séptimo día para observar la cicatrización, los inconvenientes eran mínimos. A la semana del procedimiento se observó exposición mínima del injerto en la zona del implante con cambio de

coloración por hipoxia sin mal olor ni supuración, en los demás órganos dentarios se aprecia buena adaptación de los tejidos cubriendo adecuadamente las recesiones excepto por el órgano dentario (OD) #23 donde no se observa buena cobertura radicular. A los 15 días se retiran las suturas la zona expuesta se encuentra de un color blanco con tonos rosa pálido sin movimiento sin mal olor ni supuración. En el día 21 el injerto se encuentra con coloración blanca y con movimiento parcial por lo que se decide hacer la escisión de la parte móvil los demás órganos dentarios exceptuando el OD #23 se encuentran cubiertos. El paciente acude hasta los 3 meses para su revisión donde se observa una correcta cobertura radicular de los OD #13, 12 y 11 así como también de la plataforma del implante #21 así como un aumento de volumen tanto en el implante como en el OD# 22 pero este sin tener una cobertura adecuada de la recesión, en el OD#23 se observan cambios en los tejidos circundantes a la recesión pero no se observa una cobertura radicular (figura 5). También se hace notar el llenado de la papila interdental de los centrales.

La falta de cobertura en el OD#22 se atribuye a su malposición ya que su giroversión da como resultado una papila interproximalmesial muy delgada la cual compromete la irrigación así como estabilidad del injerto y colgajo. En el OD# 23 el desplazado del colgajo no fue adecuado por lo que no se obtuvieron resultados favorables (figura 6). A los 12 meses se evalúan los resultados, observando una ligera ganancia de volumen significativa con la de los 3 meses (figura 7).

Discusión

Durante la extracción de dientes y colocación de implantes es común que el tejido blando y duro sufra modificaciones. La colocación inmediata de implantes dentales ha demostrado ser una alternativa muy confiable para la sustitución de órganos dentarios con tasas de éxito a largo plazo que han ido mejorando gracias al avance de la tecnología en las características de cada implante. A pesar de esto una mala colocación de ellos, sobre todo en la zona estética, puede llevar a complicaciones no deseadas como; translucidez de cuerdas del implante sobre la encía o mucosa,

Figura 5. 3 y 12 meses postoperatorios.



Figura 6. Comparativa inicial y 3 meses.



Figura 7. Comparativa inicial, 3 meses y 12 meses.



dehiscencia de la plataforma del implante, coronas largas y riesgo alto a mucositis y periimplantitis.

En la literatura aún existen pocos casos documentados a largo plazo donde se traten este tipo de problemas con éxito. Así como distintas soluciones desde el cambio de la rehabilitación, regeneración ósea, aumento de volumen con injertos de tejido blando, hasta la extracción del implante y comenzar de nuevo. Los tratamientos más comunes y menos invasivos serán aquellos donde se aumente el volumen de encía queratinizada mediante injertos de tejido conectivo. En 2012 se describió un estudio piloto donde dehiscencias en tejido blando aisladas en implantes se cubrían con resultados exitosos tanto estética como protésicamente, la técnica utilizada era desplazado coronal con injerto desepitelializado, lo cual daba valores buenos e inclusive mejores a largo plazo que de la cobertura de recesiones en dientes.⁹

En este reporte se realiza de igual forma una técnica utilizada en recesiones de órganos dentarios, en este caso se resolvió tanto vertical como horizontalmente el defecto periimplantario, de hecho a los 12 meses el tejido vestibular alcanzó al tejido del diente homólogo. La técnica y

el injerto fueron claves para el aumento de tejido. El injerto que se utilizó fue un injerto gingival libre desepitelializado el cual ofrece un tejido conectivo más denso y estable al epitelio, sin tanto riesgo a la contracción, ni contenido de grasa. El evitar realizar liberatrices así como evitar cortes en las papilas dan como resultado una mayor cantidad de suministro sanguíneo lo cual irrigara adecuadamente a los tejidos y al injerto para una rápida y correcta cicatrización sin riesgo a dejar cualquier tipo de cicatriz. Una contribución que no se aceptó por parte del paciente, debido a costos, que pudo haber dado mejores resultados fue el cambio de la prótesis, desde el cambiar el componente protésico, el perfil de emergencia, hasta la forma de la corona.¹⁰

Dentro de los límites de un reporte de caso clínico, este estudio demostró tener un efecto positivo en la corrección del defecto estético de un implante anterior, dando al paciente una satisfacción alta con ayuda de este procedimiento quirúrgico mucogingival.

Referencias

1. Geckili O, Bilhan H, Geckili E, Cilingir A, Mumcu E, Bural C. Evaluation of possible prognostic factors for the success, survival, and failure of dental implants. *Implant Dent.* 2014; 1: 44-50.
2. Furhauser R, Florescu D, Benesch T, Haas R, Mailath G, Watzek G. Evaluation of soft tissue around single-tooth implant crowns: the pink esthetic score. *Clin Oral Impl Res.* 2005; 16: 639-644.
3. Tarnow D. Considerations for single-unit esthetic implant restorations. *Compendium of Continuing Education in Dentistry.* 1995; 16:778
4. Elian N, Ehrlich B, Jalbout Z, Classi AJ, Cho SC, Kamer AR, Froum S, Tarnow D. Advanced Concepts in Implant Dentistry: Creating the Aesthetic Sit Foundation. *Dent Clin N Am.* 2007; 51: 547-563
5. El-Nahass HE. A Novel Method to Cover Metal Display in Implants Using a Modified Free Gingival Graft: A Case Report. *ClinAdv Periodontics.* 2015; 5:178-183
6. Moon IS, Berglundh T, Abrahamsson I, Linedr E, Lindhe J. The Barrier Between The Keratinized Mucosa and the Dental Implant. An experimental study in the dog. *J ClinPeriodontol.* 1999; 26:658-663
7. Zuhr O, Fickl S, Wachtel H, Bolz W, Hurzeler MB. Covering of Gingival Recessions with a Modified Microsurgical Tunnel Technique; A case report. *Int J Perio and Rest Dent.* 2007; 27:457-463
8. O'leary T, Drake R, Naylor J. The plaque control record. *J Periodontol.* 1972; 43:38.
9. Zucchelli G, Mazzotti C, Mounssif I, Mele M, Stefanini M, Montebugnoli L. A Novel Surgical-Prosthetic Approach for Soft Tissue Dehiscence Coverage Around Single Implant. *Clin Oral Implants Res.* 2012; 24: 957-962
10. Sorni-Broker M, Penarrocha-Diago M, Penarrocha-Diago M. Factors that Influence the Position of the Peri-implant Soft Tissues: A review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009; 14: 475-479