

IMPLANTOLOGÍA Y PERIODONCIA. CASO CLINICO.

Autora: Dra. Msc. Maheli del Carmen Mas Sarabia. Dra. en Estomatología. Especialista de Segundo Grado en Periodoncia. Master en Medicina Natural y Tradicional. Master en Urgencias Estomatológicas. Profesora Auxiliar. Centro de trabajo. Clínica Estomatológica "Puentes Grandes". La Habana. País: Cuba. Correo electrónico: mahelimas@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción. El uso de técnicas de aumento tisular permite mejorar el volumen y arquitectura adecuada. Una adecuada evaluación del caso permitirá la identificación de factores que condicionarán el resultado final. **Objetivo del estudio:** Mejorar el contorno de los tejidos blandos para permitir un perfil de emergencia de la prótesis más adecuado. **Materiales y Métodos:** Presentamos una paciente femenina, de 30 años, que acude a consulta de Periodoncia preocupada por su aspecto estético a nivel de 14 y 15 tras elevación de seno sinusal y simultánea colocación de dos implantes (14 y 15). Procedimos a la obtención del cierre primario de los tejidos blandos a través de la realización de una cirugía mucogingival de injerto gingival libre, y con esto lograr el aumento de volumen horizontal. **Resultados y Discusión.** El propósito inicial de este tratamiento fue obtener un cierre primario tisular sobre los implantes. Posteriormente, regeneración ósea guiada (ROG) para aumentar el volumen óseo y mejorar la emergencia de los tejidos blandos. Sin embargo, la falta de disponibilidad de la paciente por el número de intervenciones, hizo plantear una intervención de aumento de tejidos blandos descartando la ROG. Las técnicas mucogingivales son más sencillas de realizar e implican menor número de intervenciones y tiempo de cicatrización que la ROG. **Conclusiones:** El injerto gingival libre parece ser la principal técnica quirúrgica para aumentar el ancho del tejido queratinizado, en combinación con las técnicas bilaminares. Los resultados obtenidos en este caso se mantienen estables a los 12 meses.

Palabras Clave: osteointegración, mucogingival, implantes.

INTRODUCCIÓN

La literatura muestra que la mucosa formada alrededor de los implantes es muy similar a la que se presenta alrededor de los dientes, con la formación de una banda de mucosa queratinizada en continuidad con el epitelio de unión, que se adhiere tanto a la superficie de los dientes, así como la superficie implantes ¹⁻³. La mucosa queratinizada presenta factores como la impermeabilidad y la capacidad de protección a la mucosa masticatoria, las cuales protegen al tejido periodontal y peri-implantar de lesiones químicas y físicas para el mantenimiento de la salud alrededor de los implantes ⁴⁻⁷. En una mucosa queratinizada, con una calidad y cantidad adecuada existe una mayor dificultad para establecer el proceso inflamatorio, que inhibe la pérdida de inserción^{5, 6}. Es reconocido que un tejido blando peri-implantar promueve un sellado de la mucosa contra irritantes bacterianos y resiste a los traumatismos mecánicos de la cavidad bucal. ⁸⁻¹⁰

El injerto gingival libre introducido por Sullivan y Atkins ^{11,12} representa la principal técnica quirúrgica para aumentar el ancho del tejido queratinizado, así como el aumento en la profundidad del vestíbulo y la eliminación de la inserción de frenillos; mostrándose como un procedimiento previsible para el tratamiento de estas indicaciones terapéuticas.

El presente trabajo tiene como objetivo el relato de un caso clínico con un seguimiento clínico y radiográfico 12 meses, que ilustra las indicaciones del injerto gingival libre combinado con el uso de técnicas bilaminares a nivel de 14 y 15 para el aumento del tejido queratinizado, para la promoción de la salud de los tejidos peri-implantares.

Caso clínico

Presentamos un caso clínico de una paciente femenina, de 30 años de edad, no fumadora, con ausencia de los elementos dentales 14 y 15, ambos dientes fueron perdidos por problemas endodónticos, donde se instalaron 2 implantes. Después del período de oseointegración de los implantes, y tras elevación de seno sinusal en la evaluación para la reapertura, la paciente refiere que durante el periodo de osteointegración se expuso el implante 14. Al examen clínico se observó que la cantidad de tejido queratinizado era insuficiente en el área a ser rehabilitada. Por lo que se indicó un injerto gingival libre para la obtención de la mucosa queratinizada alrededor de los implantes con el objetivo de lograr el cierre primario de los tejidos

blandos a través de la realización de la cirugía mucogingival, y con esto lograr el aumento de volumen horizontal. Se inicia con una incisión parcial en la línea que divide la mucosa queratinizada de la mucosa alveolar, a partir de esa incisión se comienza a dividir el tejido, manteniendo íntegro el periostio. Se instalaron los cicatrizadores y se procedió a la obtención del tejido donante del paladar (injerto gingival libre del paladar).

RESULTADOS

Después de la adaptación y la sutura del injerto en la zona receptora con nylon, es presionado el injerto contra el periostio para que el coágulo entre el injerto y el lecho receptor no perjudique la revascularización de este. Se monitoreó periódicamente el injerto y después de 12 meses, se realizaron nuevos controles clínicos y radiográficos. Con este tiempo se hizo evidente que el aumento de banda de mucosa queratinizada facilita el control de placa dental por parte del paciente, promoviendo la salud de los tejidos peri-implantares. El propósito inicial de este tratamiento fue obtener un cierre primario tisular sobre los implantes. Posteriormente, regeneración ósea guiada (ROG) para aumentar el volumen óseo y mejorar la emergencia de los tejidos blandos. Sin embargo, la falta de disponibilidad de la paciente por el número de intervenciones, hizo plantear una intervención de aumento de tejidos blandos descartando la ROG.

DISCUSIÓN

Las técnicas mucogingivales son más sencillas de realizar e implican menor número de intervenciones y tiempo de cicatrización que la ROG. Está comprobado que una banda adecuada de mucosa queratinizada es necesaria para la comodidad del paciente, así como para resistir al trauma mecánico durante los procedimientos de higiene oral. Una mayor cantidad de mucosa queratinizada representa más colágeno y menos fibras elásticas en la lámina propia. Las fibras de colágeno otorgan a los tejidos mayor rigidez y resistencia a la tensión, lo cual es un factor importante para la protección contra las agresiones mecánicas, resultando en una menor vulnerabilidad de los tejidos peri-implantares a las lesiones inducidas por placa ¹³. Aunque la presencia de mucosa queratinizada alrededor de los implantes no sea un consenso para el mantenimiento de la oseointegración a largo plazo, la presencia de una banda de mucosa parece ser propicio para el establecimiento y mantenimiento de la salud y estética peri-implantares ¹⁴⁻¹⁷

Estudios longitudinales prospectivos muestran una relación directa del ancho del tejido queratinizado con el mantenimiento de la integridad y la posición del margen gingival, los procedimientos de aumento gingival continúan siendo indicados en la práctica clínica a fin de facilitar el control de placa, profundizar en el vestíbulo y aumentar la comodidad de paciente, especialmente en asociación con los tratamientos protésicos.

18-19

Muchos investigadores consideran que la mucosa queratinizada no impide la pérdida ósea, pero dificulta la formación de placa bacteriana y facilita la higiene es decir: promueve la salud. La falta de mucosa queratinizada puede crear un entorno que es menos favorable a la limpieza bucal y más susceptible a la irritación y el malestar.²⁰. El uso de injerto gingival libre en la región peri-implantar, como es descrito en el presente informe clínico, es una técnica previsible para el aumento de la mucosa queratinizada alrededor de los implantes²¹. El mismo es utilizado por ser procedimiento simple y rápido, demostrando resultados similares o superiores en el aumento gingival en comparación con otras técnicas mucogingivales, como por ejemplo el injerto de tejido conjuntivo y la utilización de la matriz dérmica acelular.²²

CONCLUSIONES

El injerto gingival libre parece ser la principal técnica quirúrgica para aumentar el ancho del tejido queratinizado, en combinación con las técnicas bilaminares combinadas, las cuales permiten ganar volumen de tejidos blandos y mejorar de manera predecible el perfil de emergencia de la futura prótesis implanto-soportada. A la vez, aumentamos la banda de mucosa insertada alrededor de la restauración. Los resultados obtenidos en este caso se mantienen estables a los 12 meses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adell R, Eriksson B, Lekholm U, Branemark PI, Jemt T. Long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1990; 5(4):347-59.
2. Bianchi AE, Sanfilippo F. Single tooth replacement by immediate implant and connective tissue graft: a 1-9 year clinical evaluation. *Clin Oral Implant Res* 2014; 15(3):269-77.
3. Lekholm U, Gunne J, Henry P, Higuchi K, Linden U, Bergstrom C, Van Steenberghe D. Survival of the branemark implant in partially edentulous jaws: a 10-year prospective multicenter study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1999; 14(5):639-45.
4. Buser D, Von Arx T. Surgical procedures in partially edentulous patients with ITI implants. *Clin Oral Implant Res* 2013; 11(Suppl):83- 100.

5. Berghlun, T.Lindhe J. Ericsson P.Marinello C.P. Liljenberg B.; Thomsen P. The soft tissue barrier at implants and teeth. Clin. Oral implants res., copenhagen, v.2, n.2, p.81-90,apr./june. 1991.
6. Cranin AN. Implant surgery: the management of soft tissues. J Oral Implantol 2012; 28(5):230-7.
7. Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999
8. Friedman N, Levine HL. Mucogengival surgery: current status. J Periodontol. 1964; 35:5 - 21.
9. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol. 1985; 56(12): 715 -720.
10. Mörmann W, Schaer F, Firestone AR. The relationship between success of free gingival grafts and transplanted thickness: revascularization and shrinkage: a one year clinical study. J Periodontol. 1981; 52(2): 74-80.
11. Das Neves J. Estética em implantologia uma abordagem dos tecidos moles e duros. 1 Ed. São Paulo. Quintessence 2012.
12. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. 1. Principles of successful grafting. Periodontics. 1968;6(1):5-13.
13. Rosenquist B. A comparison of various methods of soft tissue management following the immediate placement of implants into extraction sockets. Int J Oral Maxillofac Implants 1997; 12(1):43-51.
14. Bengazi F, Wennström JL, Lekholm U. Recession of the soft tissue margin at oral implants. A 2-years longitudinal prospective study. Clin oral Implant Res 1996; 7(4):303-10.
15. Saadoun AP, Le Gall MG. Periodontal implications in implant treatment planning for aesthetic results. Pract Periodont Aesthet Dent 1998; 10(5):655-64.
16. Saadoun AP, Le Gall M, Touati B. Selection and ideal tridimensional implant position for soft tissue aesthetics. Pract Periodont Aesthet Dent 1999; 11(9):1063-72.
17. Nemcovsky CE, Moses O. Rotated palatal flap. A surgical approach to increase keratinized tissues width in maxillary implant uncovering: technique and clinical evaluation. Int J Periodontics Restorative Dent 2012; 22(6):607-12.
18. Gargiulo, A. W, Wentz, F. M, Orban, B. Dimensions And Relations Of The Dentogingival Junction In Humans. J. Periodontol., 1961; 32(3):261-267, July.
19. Wennstrom JM, Bengazif F, Lekholm U. The influence of the masticatory mucosa on the peri - implant soft tissue condition. Clin Oral Impl Res, 2014; 5:1-8
20. Myasato M, Crigger M, Egelberg J. Gingival conditions in areas of minimal and appreciable width of keratinized gingiva. Periodontol 1997; 4: 200 - 209.
21. Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. J Clin Periodontol 2011; 35 (Suppl. 8): 282-285.
22. Wei PC, Laurell L, Geivelis M, Lingen MW, Maddalozzo D. Acellular dermal matrix allografts to achieve increased attached gingiva. Part 1. A clinical study. J Periodontol 2012; 71(8): 1297-1305.