

**Autoinjerto libre de tejido conectivo y epitelio en implantes para
sobredentadura (primera etapa).
Presentación de un caso**

Free autograft of connective tissue and epithelia in implants for overdenture (First stage).
Presentation of a case

AUTORAS

Dra. Rosario Cruz Morales (1)
Dra. Dunia Caballero López (1)
Dra. María del C. Cápiro Rubio (2)
Dra. María Teresa Lima Reyna (3)

1) Especialistas de I Grado en Periodoncia. Másteres en Salud Bucal Comunitaria. Profesoras Instructoras. Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC. Matanzas.

2) Especialista de I Grado en Cirugía Máxilofacial. Máster en Atención a Urgencias Estomatológicas. Profesora Instructora. Hospital Clínico Quirúrgico General Pedro Betancourt. Jovellanos, Matanzas.

3) Especialista de I Grado en Cirugía Máxilofacial. Máster en Atención a Urgencias Estomatológicas. Profesora Asistente. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas.

RESUMEN

La implantación se define como la maniobra quirúrgica destinada a insertar o introducir un tejido, un órgano o un material, denominado implante en los tejidos de la cavidad bucal. El implante dentario se corresponde con esta definición, y su finalidad es la rehabilitación protésica. En los últimos años, la estética ha jugado un papel fundamental en el éxito de la periodoncia y la implantología. La cirugía mucogingival incluye procedimientos quirúrgicos diseñados para corregir defectos en la morfología, posición y dimensiones de la encía alrededor del diente y de un implante. Aumentar la cantidad de tejido queratinizado periimplantario es uno de los objetivos de estos procedimientos encaminado a limitar las periimplantitis y, por ende, hacer más duradero el implante. Este artículo presenta el reporte del caso de una paciente de 54 años de edad, desdentada total superior e inferior y portadora de prótesis total acrílica. La paciente acudió a la interconsulta multidisciplinaria de Implantología de la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC, de la ciudad de Matanzas, remitida del servicio de atención primaria por presentar inestabilidad protésica inferior por atrofia alveolar, escaso tejido queratinizado en los rebordes desdentados, y que requería ser valorada para colocar implantes, y posteriormente rehabilitar con una sobredentadura. Se determinó después de implantarla cubrir los implantes con autoinjertos libres de tejido conectivo y epitelio. Se presenta el tratamiento realizado y la evolución del caso mediante seguimiento clínico en su primera etapa.

Palabras clave: implantación dental, implantación endoósea, cirugía bucal, tejido conectivo.

SUMMARY

The implantation is defined as the surgical treatment directed to insert or introduce a tissue, an organ, or a material, named implant, in the tissues of the oral cavity. The dental implant corresponds with this definition and its goal is the prosthetic rehabilitation. In the last years, the aesthetic has played a great role in the success of periodontics and implantology. The mucous-gingival surgery includes surgical procedures designed to correct defects in the gingival morphology, position and dimensions around the tooth and an implant. To increase the quantity of the keratinized perimplantar tissue is one of the objectives of these procedures directed to limit the periimplantitis and to make the implant more long-lasting. This article presents the report of the case of a patient, aged 54 years old, superior and inferior totally edentulous, and carrying a total acrylic prosthesis. She assisted the multidisciplinary consultation of Implantology of the Specialized Teaching Stomatologic Clinic "III Congreso del PCC" of Matanzas, remitted from the primary attention service for having inferior prosthetic instability caused by alveolar atrophy, scarce keratinized tissue in the edentulous ridges, requiring an assessment for putting implants and after rehabilitating with an overdenture. We decided to cover the implants with free autografts of connective tissue and epithelia after implanting. We present the treatment applied and the evolution of the case through a clinical following in its first stage.

Key words: dental implantation, dental implantation endosseous, dentistry operative surgery, oral connective tissue.

INTRODUCCIÓN

La modernidad en la estomatología restauradora actual, está ligada a la utilización de los implantes dentales, los cuales han sido exitosos, a partir del descubrimiento del titanio como material de implantación, porque con él se ha obtenido la osteointegración de los mismos (1).

Existen muchos pacientes totalmente desdentados de una o de ambas arcadas, que no se resignan a permanecer con prótesis completas removibles. Esta situación puede crearle problemas psicológicos, sociales y funcionales a muchos de ellos (1).

En la actualidad, la ciencia biomecánica, mediante la osteointegración, ofrece soluciones diversas que ningún profesional de la salud bucal puede ignorar y es su deber informar correctamente a los pacientes, para que estos puedan optar por las alternativas que mejor se adapten a sus necesidades. El objetivo fundamental de una prótesis total sobre implantes es satisfacer las necesidades del paciente totalmente desdentado y proveerle de una mayor función masticatoria, estética y seguridad en él mismo (2-5).

El aumento de tejido queratinizado alrededor de los implantes ha sido considerado por algunos autores como la segunda fase quirúrgica de los implantes osteointegrados. Existen buenos motivos tanto por necesidades estéticas como funcionales para aumentar la banda de tejido queratinizado periimplantario, y de

esta forma conservar la salud alrededor del implante así como mantener una higiene más eficaz a ese nivel. Es importante conseguir suficiente cantidad de tejido queratinizado alrededor de los implantes para que la estética y la función de las restauraciones sean óptimas por la presencia de tejidos blandos adecuados (2,5-10).

La cirugía mucogingival incluye una serie de procedimientos quirúrgicos, entre los cuales se destaca el autoinjerto libre de tejido conectivo y epitelio (11-13).

Estos procedimientos están indicados en implantología cuando existe ausencia de tejido queratinizado alrededor de los implantes en la primera o en la segunda fase quirúrgica, cuando existe una estrecha franja de tejido queratinizado, observado previamente a la segunda fase quirúrgica y en el caso de inflamaciones repetidas en los tejidos blandos de restauraciones o estructuras implantosoportadas con nula o escasa presencia de tejido queratinizado (2).

El propósito de este artículo es describir el uso potencial del autoinjerto libre de tejido conectivo y epitelio para aumentar la cantidad de tejido queratinizado periimplantario, a través de la presentación de un caso con escasez de este tipo de tejido y que sería tributaria de implantes osteointegrados para soporte posterior de una sobredentadura. En este caso se hace referencia a la primera etapa del tratamiento de la paciente, hasta los seis primeros meses de implantada e injertada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente MED femenina, de 54 años de edad, cubana, de piel blanca, desdentada total superior e inferior, y portadora de prótesis acrílica, la cual acude a la interconsulta multidisciplinaria de Implantología de la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC, de la ciudad de Matanzas, remitida del servicio de atención primaria, por presentar atrofia alveolar inferior asociada a inestabilidad protésica, escaso tejido queratinizado en el sector anteroinferior, por lo que requería ser valorada para colocar implantes y posteriormente rehabilitar con una sobredentadura.

La paciente fue valorada por equipo multidisciplinario, el que decidió realizar en una primera etapa el acto quirúrgico, la colocación de implantes y los autoinjertos de tejido conectivo y epitelio a ambos lados de la línea media del maxilar inferior.

Examen intrabucal (Cirugía Máxilofacial y Periodoncia)

El examen clínico inicial reveló presencia de atrofia alveolar inferior, reborde alveolar fino, cubierto por mucosa alveolar delgada y escasa franja de tejido queratinizado (fig. 1).

Previo al plan de tratamiento, se le indicaron a la paciente, radiografías panorámicas y periapicales, así como análisis de laboratorio (Hemograma completo, Glicemia y Creatinina).

Plan de tratamiento:

Tratamiento quirúrgico:

Fase I: Colocación de implantes.

Después de la anestesia local se realizó una incisión horizontal en la zona del reborde alveolar, con disección mucoperiostica circunscrita a ese nivel de 33 a 43, se expuso el hueso de la cresta alveolar en su porción superior y se procedió a mesetear dicho hueso con fresas quirúrgica hasta que alcanzara el ancho vestíbulo lingual necesario (4 mm), se colocaron dos implantes tipo Leader de (3,30 x 10 mm).

Fase II: Colocación de los autoinjertos de tejido conectivo y epitelio.

Preparación del lecho receptor: Se reforzó la anestesia infiltrativa en el sector anteroinferior y se procedió a realizar dos incisiones verticales a nivel de la zona de 33 y 43 hasta el fondo del vestíbulo, y hasta el tercio medio del reborde alveolar hacia lingual, se hizo disección mucosa (filosa) hasta que el colgajo quedó unido solo en su porción apical (vestibular y lingual). Finalmente se procedió a retirar el tejido incidido con tijera fina, y el lecho receptor quedó similar a un rectángulo (fig. 2). Se diseñó y recortó una plantilla o molde de papel de estaño adaptándola al lecho receptor.

Preparación de lecho donante (dos lechos): Primeramente este molde se llevó al paladar y al reborde alveolar edéntulo superior izquierdo para delimitar las dimensiones del injerto. Una vez determinado el tamaño del tejido a ser removido y previa anestesia infiltrativa de la zona se realizaron incisiones perpendiculares al tejido óseo, con una hoja de bisturí No. 15 contorneando el molde. Estas incisiones se profundizaron suficientemente para remover un tejido con un grosor adecuado de 1,5 mm (fig. 3). Después de remover el injerto del área donante, se llevó al lecho receptor donde fue suturado con puntos simples al tejido adyacente con hilo de sutura assufill (5-0), en este caso el autoinjerto se fijó al periostio del hueso alveolar y distalmente a la mucosa del reborde (fig. 4). Este mismo procedimiento se siguió en el lado derecho.

En esta paciente se utilizaron dos autoinjertos de tejido conectivo y epitelio que fueron suturados a ambos lados de la línea media mandibular. La herida del fondo del surco vestibular se suturó con puntos continuos.

El sitio donante se cubrió con adhesivo tisular Tysuacril®, se colocó papel de estaño en la parte interna de la prótesis acrílica superior previamente asepticada con clorhexidina al 0,2 %, y se le indicó colocársela para ayudar a proteger las áreas cruentas y así disminuir las molestias postoperatorias de la paciente. Solo debía retirarse la prótesis para higienizarla después de ingerir alimentos, y en las noches para dormir. Se brindaron indicaciones postoperatorias. Se retiraron las suturas a los siete días (figs. 4 y 5). La paciente se colocó su prótesis inferior provisional a los 15 días de operada, debiendo esperar seis meses para lograr la osteointegración de los implantes colocados y ser rehabilitada de forma definitiva.

Tratamiento restaurador definitivo: Queda pendiente para después de descubrir los implantes y colocar el que le falta que será transmucoso, pues ya cuenta con suficiente tejido queratinizado en la zona de 33-43.

Fase III: Mantenimiento. Se realizaron controles clínicos periódicos cada tres meses (figs. 6-8).

Presentación de la secuencia clínica



**Fig. 1. Escasa cantidad de tejido queratinizado en el reborde alveolar inferior.
Presencia de mucosa alveolar cerca de la cresta**

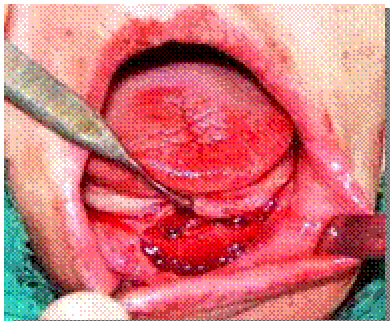


Fig. 2. Implantes colocados y sitio receptor preparado

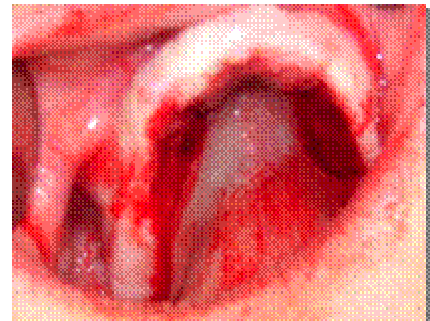


Fig. 3. Sitios donantes



Fig. 4. Autoinjertos suturados



Fig. 5. Evolución clínica siete días



Fig. 6. Evolución clínica al mes

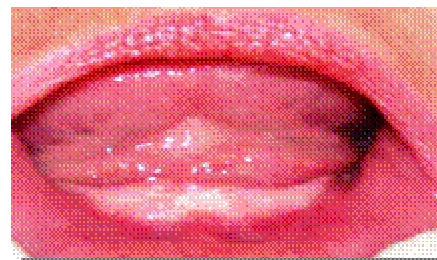


Fig. 7. Evolución a los 6 meses

DISCUSIÓN

En Implantología es de vital importancia la evaluación previa de todos los tejidos blandos y duros en cuanto a su calidad y cantidad. Debe observarse detalladamente el trabeculado óseo y en particular los tejidos blandos del área de implantación, los tejidos gingivales, las inserciones musculares y frénicas, si no hay suficiente calidad y cantidad de tejido queratinizado, el plan de tratamiento inicial debe ser dirigido a la modificación de estos (6,13). Existen diferentes técnicas quirúrgicas periodontales sencillas para el correcto manejo de estos tejidos, que aplicadas a pacientes con implantes, mejoran no sólo el resultado estético del mismo, sino que también previenen la aparición de problemas futuros (6,14). El autoinjerto libre de tejido conectivo y epitelio es un procedimiento quirúrgico versátil relativamente simple con el que se puede aumentar la cantidad de tejido queratinizado periimplantario y la profundidad vestibular mientras el paladar proporcione tejido donador abundante y tiene un porcentaje de éxito bastante elevado (11,12). A pesar de que algunos autores (6,10,15,16) le atribuyen como desventajas el requerimiento de dos zonas quirúrgicas, provocando bastantes molestias en la zona dadora, sobre todo, el aporte sanguíneo comprometido y el compromiso estético; en el servicio de Periodoncia se defiende en muchos casos el uso de esta técnica. En esta paciente los resultados fueron alentadores y la mejoría fue evidente, aún queda descubrir los implantes y colocar uno más que será transmucoso, para posteriormente rehabilitarla definitivamente con una sobredentadura.

Esto evidencia que es de suma importancia seguir un protocolo estricto para el manejo clínico y multidisciplinario de cada uno de los pacientes que serán rehabilitados con implantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quiñones CR. Presente y futuro de la periodoncia y la implantología dental. Rev Fundac Juan José Carraro. 2006 Sep-Oct;11(23):3.
2. Cambra JJ. Manual de cirugía periodontal, periapical y de colocación de implantes. Madrid: Edit Harcourt Brace SA; 1996. p. 100, 106.
3. Cagnone GR, Galante J, Tamini LA, Tamini E LE. Optimización de la estética en el sector anterior mediante un transplante de tejidos blandos y el uso de cerámica libre de metal. Rev Asoc Odontol Argentina. 2002 Ene-Feb;90(1):39-45.
4. Cardaropoli G, Lekholm U, Wennstrom JL. Tissue alterations at implant supported single-tooth replacement: A prospective clinical study. Clin Oral Implants Res. 2006;17:165-72.
5. Romanelli HJ, Adams P EJ. Fundamentos de Cirugía Periodontal. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 2004. p. 254-83.

6. García Fernández J. Técnicas de periodoncia aplicadas a la Implantología. Manejo de los tejidos blandos (3ra parte). Colgajos periodontales. Maxillaris. 2003 Abr;54:27-32.
7. Harris R. Clinical Evaluation of Three Techniques to Augment Keratinized Tissue Without Root Coverage. J Periodontol. 2001;72 (7):932-8.
8. Passanezi E, Santana ACP, Grehi SLA, Na'has D. Planteamiento periodontal teniendo en cuenta tratamiento estéticos y protésicos. Odontología clínica. Santo Domingo: Instituto Odontológico de Especialidades; 2001. p. 43-7.
9. Lozada JL, Tsukamoto N, Farnos A, Kan J, Rungcharassaeng K. Scientific rationale for the surgical and prosthodontic protocol for immediately loaded root form implants in the completely edentulous patient. J Oral Implantology. 2000; 26:51-8.
10. Covani U, Barone A, Cornelini R, Crespi R. Soft tissue healing around implants placed immediately after tooth extraction without incision: a clinical report. Int J Oral Maxillofac Implants. 2004 Jul-Aug; 19(4):549-53.
11. Compendio de Periodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 352.
12. Guías Prácticas de Estomatología. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 248-50.
13. Block MS. Atlas en color de cirugía implantológica dental. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003. p. 206-9.
14. García Fernández J. Técnicas de periodoncia aplicadas a la implantología. Manejo de los tejidos blandos. Maxillaris. 2002 Jul;46: 27-34.
15. Delgado J, Calvo J, Santos A. Injerto Gingival Libre. Revisión a propósito de un caso. Rev Oper Dent Endod. 2007;57.
16. De Sanctis M, Zuchelli G. Coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects: three-year result. J Clin Periodontol. 2007 Mar; 34:262-8.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Cruz Morales R, Caballero López D, Cápiro Rubio MC, Lima Reyna MT. Autoinjerto libre de tejido conectivo y epitelio en implantes para sobredentadura (primera etapa). Presentación de un caso. Rev Méd Electrón [seriada en línea] 2011;33(3). Disponible en URL:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema15.htm> [consulta: fecha de acceso]