Dr. Luis Cuadrado de Vicente
Médico Estomatólogo.
Especialista en Cirugía Plástica

Dra. Cristina Canals Salinas
Médico Estomatólogo.

Dr. Alfonso García Pérez
Odontólogo.
Master Implantología y Rehabilitación Oral.

Dra. Almudena Martínez Bravo
Odontólogo. Especialista Implantoprótesis UCM.

Dra. Valeria García Chacón
Odontólogo. Esp. Cir. NYU.

D. Iñaki Lauret
Responsable Dpto. de Audiovisuales e Informática i².

Centro i² Implantología Madrid
D. Manuel Álvaro García
Técnico en Prótesis dentales (Pamadent)

Cristina Cuadrado Canals
Alumna Odontología U. Europea de Madrid.

Reconstrucción gingival en Implantología (I)

A la hora de abordar un tratamiento implantológico el dentista debe evaluar una serie de factores que afectarán al resultado final del tratamiento. Entre los factores locales, orales, quizá el que más influye en el resultado estético de nuestro tratamiento es el marco gingival.

De ahí la gran importancia que conlleva el realizar un correcto plan de tratamiento desde el primer momento. Durante la fase de planificación deberemos evaluar las necesidades gingivales que requiere el caso y afrontarlo desde el primer momento. **Nuestro propósito será conseguir suficiente volumen de tejido blando para una vez obtenido modelarlo para conseguir la forma deseada.**

Es claro que necesitamos suficiente sustrato óseo, tanto en calidad como en cantidad para poder colocar nuestros implantes, pero también es cierto que tenemos a nuestra disposición técnicas e incluso materiales que nos pueden ayudar a mejorar una situación de atrofia ósea. Y, además, estas técnicas están suficientemente protocolizadas, de tal manera que casi podemos usar un libro-guía para usar la técnica que mejor resultado va a dar en una situación concreta.

En cambio, cuando se trata de evaluar el tejido blando estamos en otra situación muy distinta. Por supuesto que tenemos también técnicas que están suficientemente contrastadas, pero el control que tenemos sobre ellas es menor. Dicho de otra manera, los resultados van a ser menos predecibles, dependiendo de más factores, entre ellos, del sustrato sobre el que asienta nuestra encía, el hueso.

Por simplificarlo, los límites de reconstrucción gingival los establece el sustrato óseo y es muy difícil, prácticamente imposible, obtener un resultado clínico óptimo y estético, sin contar antes con un buen marco óseo capaz de soportar y dar estabilidad a nuestra reconstrucción gingival. Iniciamos con esta ficha clínica una serie dedicada a la reconstrucción gingival.

Nos gustaría en primer lugar tratar de establecer las condiciones que marcan nuestra decisión terapéutica a la hora de valorar un paciente. Del análisis de la situación del paciente podemos obtener una serie de datos que son los que nos van a ayudar a marcar nuestra hoja de ruta tanto cronológicamente como con los tratamientos que vamos a realizar.

¿Qué situaciones podemos encontrar? Es evidente que tenemos que poner límites a la hora de realizar esta ficha. No vamos a considerar el edentulismo total por razones evidentes. Nos centraremos en el edentulismo parcial y dentro de éste en el que afecta a la zona estética.

Situaciones

1. **Tenemos que realizar la exodoncia de una o varias piezas y proceder al tratamiento**

2. **Existe una pérdida de piezas previa a nuestra evaluación.**

Característica peculiar de la situación 1: es posible que exista inflamación o infección local, aguda o crónica, que afecta al hueso y a la encía. Esto influye en nuestro abordaje del caso. En líneas generales siempre que exista esta situación debemos realizar primero exodoncias y limpieza quirúrgica, dejando un mes para la estabilización de la encía y reintervinendo para reconstrucción en ese momento (30-60 días).

Puntos fundamentales a evaluar

1. Situación, altura, posición de la inserción ósea en su punto más coronal en las piezas (o implantes) adyacentes al defecto.

En la mayoría de los casos este va a ser el límite final de nuestra reconstrucción ósea y, por tanto, casi el mismo que el de nuestra reconstrucción gingival. Medido con sondaje y comprobado con radiología.

Tanto es así que en muchas situaciones es preciso sacrificar esta piezas adyacentes, con nula inserción mesial ósea, buscando la pieza siguiente en la que tenemos el hueso en buena posición.

2. Cantidad de encía queratinizada en la zona a tratar. Volumen gingival suficiente.

Lo conseguiremos mediante técnicas de cirugía mucogingival. Realizaremos intervenciones de promoción de volumen desde el primer momento sobrecorrigiendo en un 20%, pues al madurar los tejidos sufrirán una retracción de dicho porcentaje.

3. Posición tridimensional de dicha encía.

4. Profundidad del vestíbulo bucal.

5. Sonrisa del paciente. Nivel gingival de sonrisa.

6. Características del defecto óseo. Radiología.

7. Posibilidades de tratamiento con implantes.

8. Forma correcta de esa encía.

Básicamente nos centraremos en dos aspectos:

a) Los niveles gingivales, es decir la altura de los zenith gingivales. Lo conseguiremos mediante el moldeado gingival mediante prótesis provisionales.

b) Las papilas interproximales. Conseguirlas o no, depende casi exclusivamente de la distancia entre el hueso interproximal y el punto de contacto, como dejó demostrado Tarnow en sus estudios. Si estamos en una situación desfavorable, también tendremos que valorar opciones como extrusiones ortodóncicas o alargamientos coronarios para conseguir dichas papilas interproximales.

9. Color y textura adecuada

Con la intención de optimizar el color y la textura de la encía deberemos:

a) Evitar descargas verticales y si son totalmente indispensables hacerlas a partir de distal de caninos para intentar "esconderlas". Es preferible en estos casos ampliar las incisiones horizontales.

b) Utilizar suturas de al menos seis ceros, pues dejan menos cicatriz.

c) En caso de injertos de tejidos blandos elegir técnicas en sobre y no onlay.

Técnicas de promoción de tejidos blandos

1. Injertos gingivales, de conectivo en sus variantes.

Usamos incluso el tejido cicatricial de los alveolos de extracción ,cuando intervenimos al mes de las exodoncias.

2. Colgajos locales.

3. Injertos homólogos y heterólogos.

Alloderm, que es matriz dérmica acelular homóloga.

En la actualidad, el material más prometedor es el Mucograft, una matriz de colágeno porcino con el cuál estamos obteniendo unos resultados muy prometedores.

4. Técnica push-up i2.

Consiste en la colocación de pilares de cicatrización en los implantes recién colocados y suturar la encía liberada por encima de los mismos. De esta manera mantenemos la encía en una posición 3, 5 ó 7 mm más alta, consiguiendo así un movimiento coronal de la misma, buscando una presencia de encía alrededor de nuestra futura corona.

5. Otras.

Caso clínico 1 (Figs. 1 a 15)

Exodoncia de 11 un mes anterior.

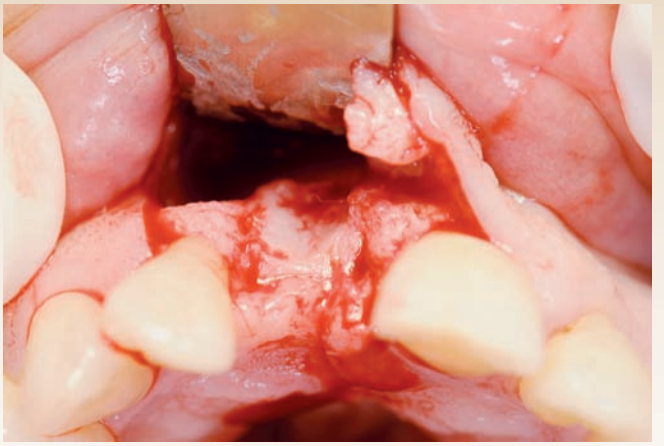


Figura 1. Apertura de colgajo de espesor total con incisiones de descarga.

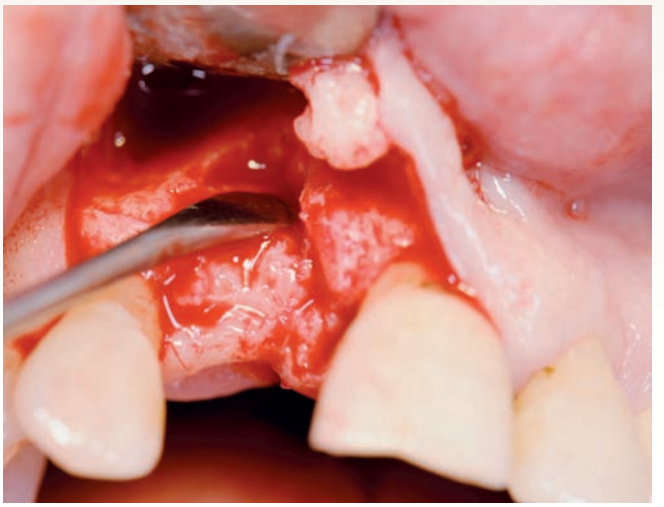
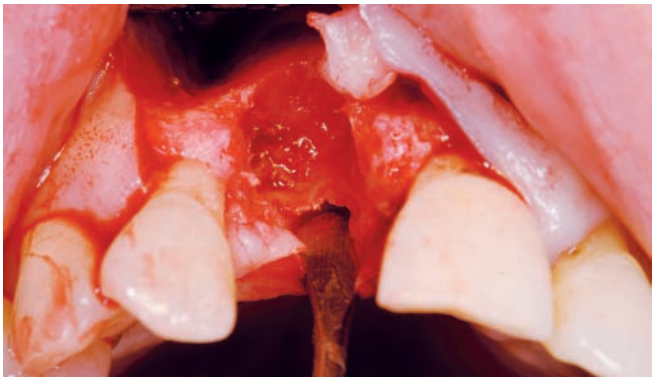


Figura 2. Delimitando el tejido cicatricial en el antiguo alveolo de la exodoncia. Se remueve y se deposita en suero fisiológico para ser usado posteriormente.

Figura 3. Tejido cicatricial retirado, ausencia de cortical vestibular. Observar el nivel de hueso en la superficie radicular de ambos dientes.



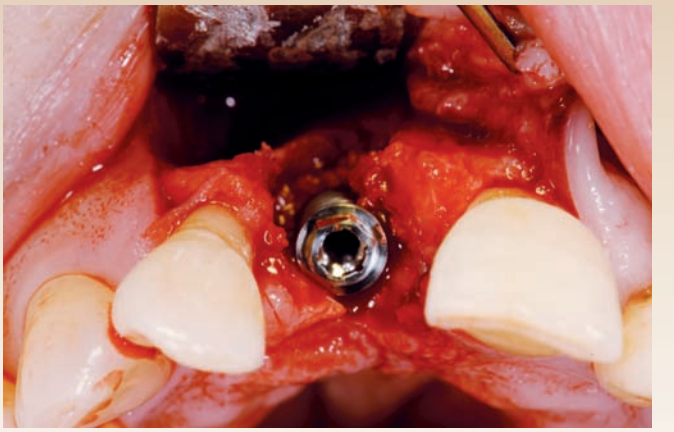


Figura 4. Implante colocado.

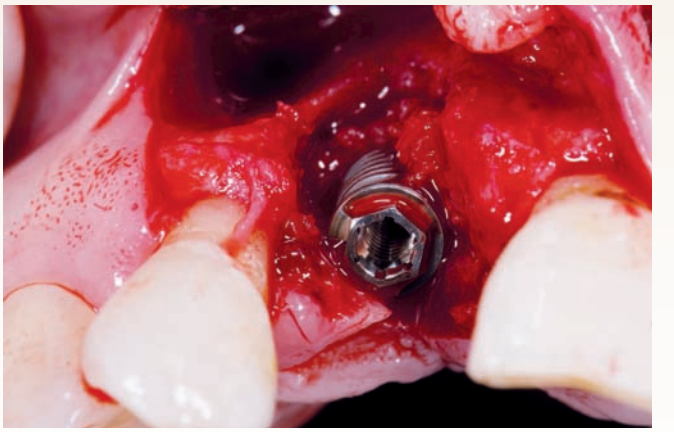


Figura 5. Defecto alrededor del implante.

Figura 6. El defecto injertado con Bio Oss.

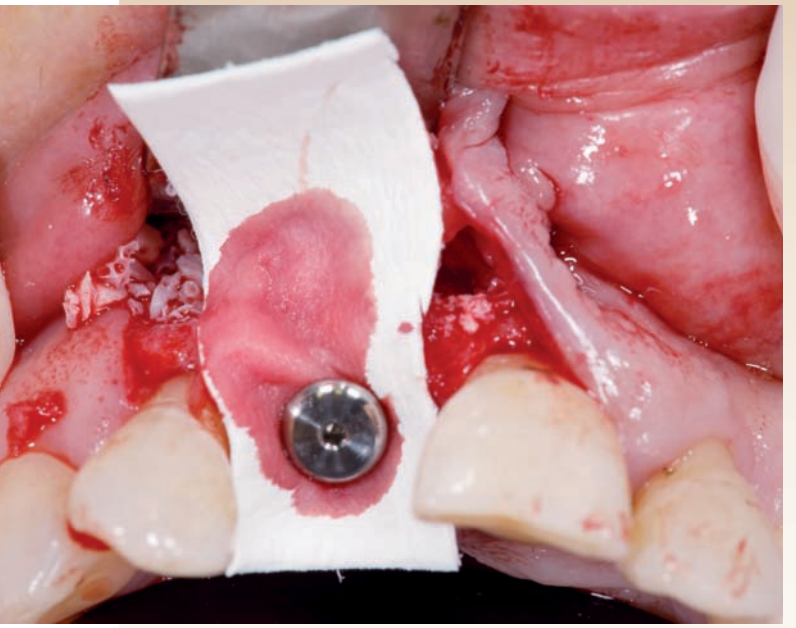


Figura 7. Membrana Bioguide. El tornillo de cierre fija la membrana.

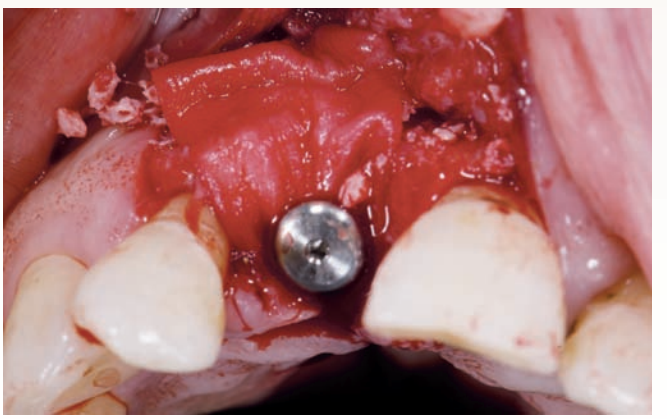
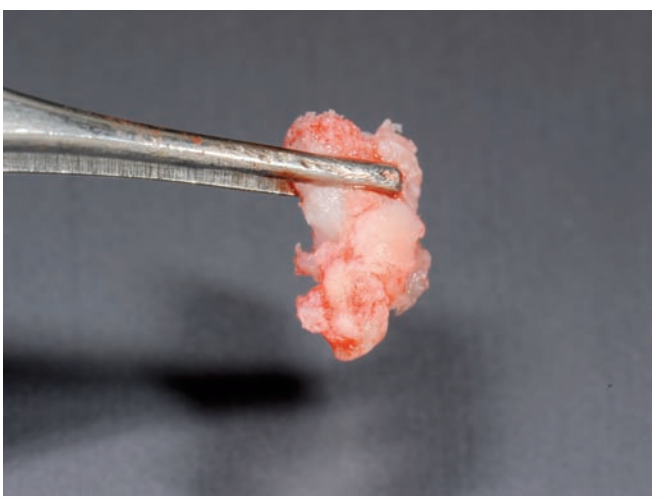


Figura 8. Membrana cubriendo el injerto.

Figura 9. El tejido cicatricial.



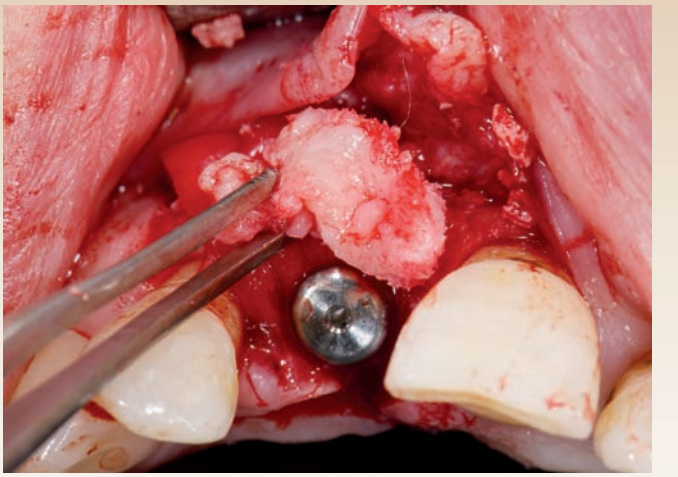


Figura 10. Presentándolo en el defecto.

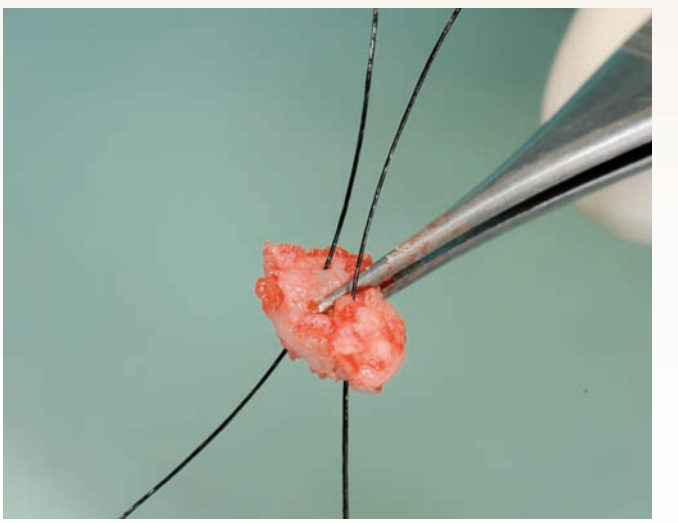


Figura 11. Sutura en U desde el colgajo al injerto y de nuevo a través del colgajo. Se trata de que quede fijo en la parte interna del colgajo, dando relieve en la zona labial.

Figura 12. Sutura en posición.

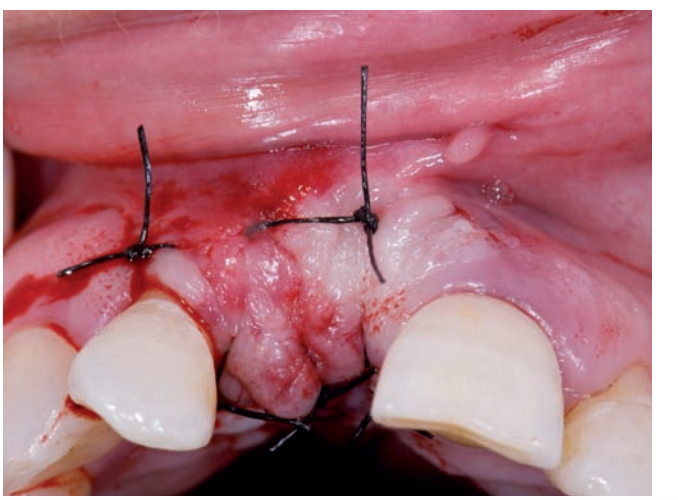


Figura 13. Resultado al mes vestibular.

Figura 14. Resultado al mes.

Figura 15. Resultado al mes. Prótesis removible provisional que no debe rebasarse ni contactar con la encía.

Caso clínico 2 (Figs. 16 a 31)

Pérdida de piezas por enfermedad periodontal. Reentrada al mes de las exodoncias y después de retirar el tejido cicatricial. En este caso existen implantes adyacentes y la pérdida ósea casi impide la colocación de los implantes.

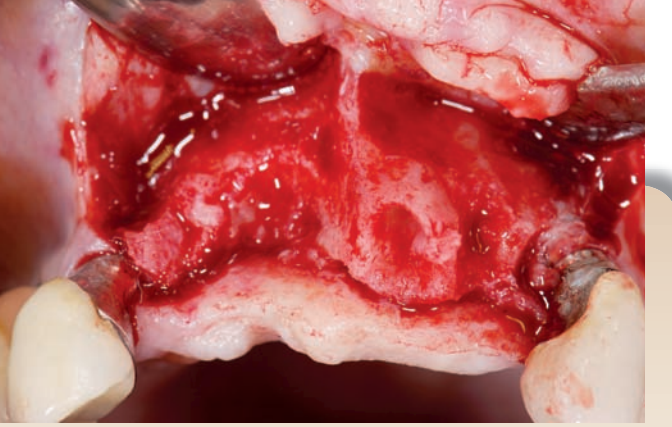


Figura 16. Lecho defecto. Gran pérdida general, pero más marcada en sector 1.

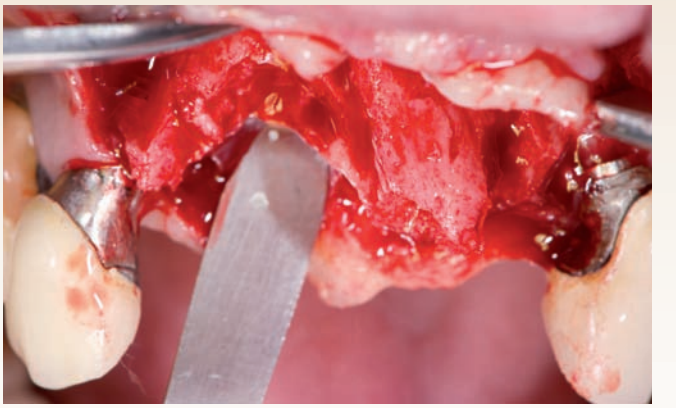


Figura 17. Diferencia nivel óseo entre ambos sectores.

Figura 18. Implantes colocados.

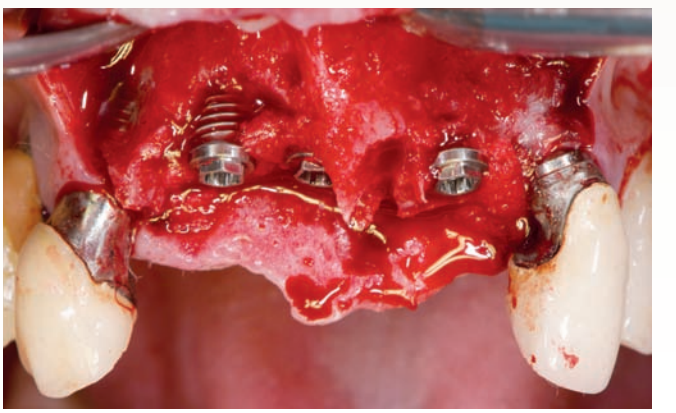
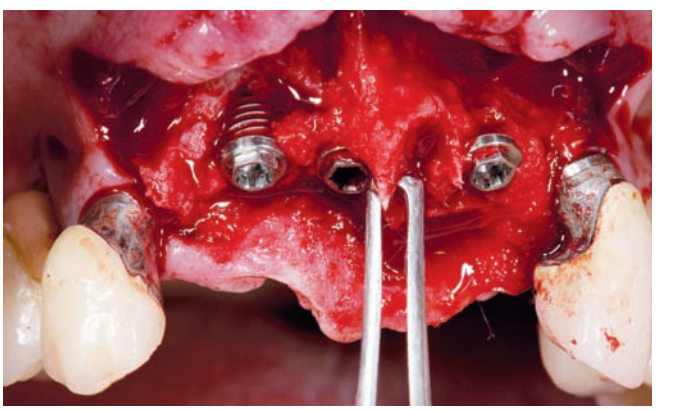


Figura 19. Aún mantenemos hueso en la zona de la papila central. Muy favorable para el resultado final.



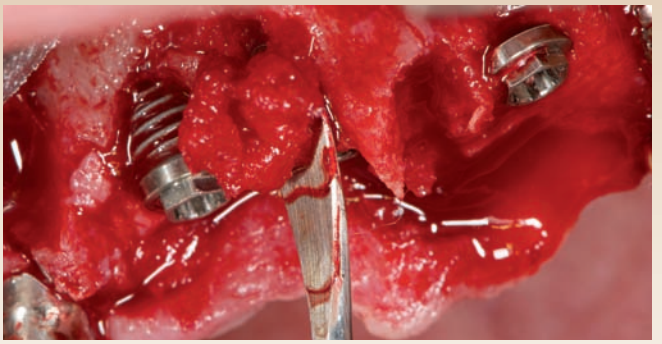


Figura 20. Injertamos primero con hueso del fresado.

Figura 21. Zona injertada.

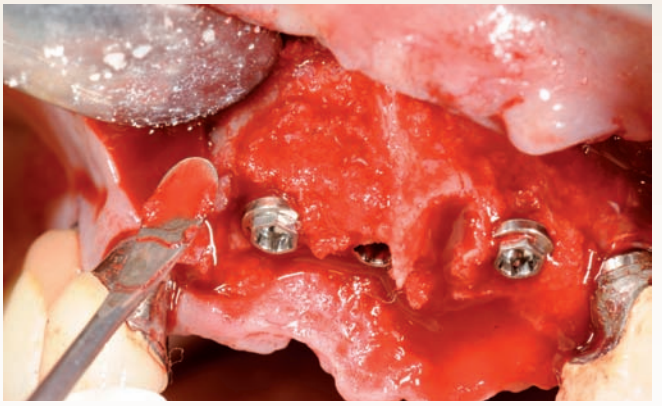


Figura 22. Bio Oss de cobertura.

Figura 23. Colocación de pilares de cicatrización de 5 mm para técnica Push-up. Al mismo tiempo retiene la membrana de regeneración.

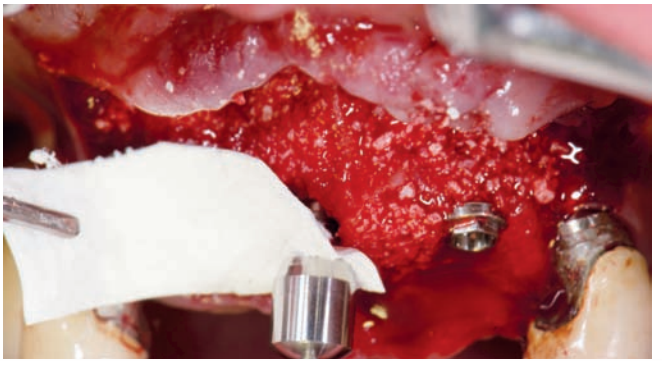


Figura 24. Pilares colocados y membrana retenida.

Figura 25. Vista frontal.

Figura 26. Sutura. La técnica push-up eleva el minel futuro de la encía impidiendo que se colapse sobre la reconstrucción.

Figura 27. Imagen a los siete días.

Figura 28. Imagen a los siete días vista inferior.

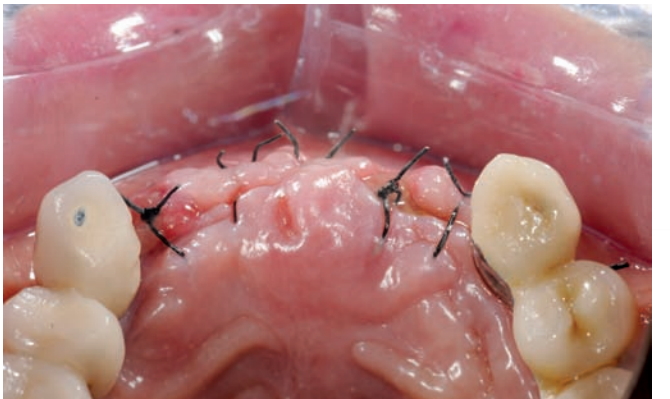


Figura 29. Imagen una vez efectuada la descobertura.

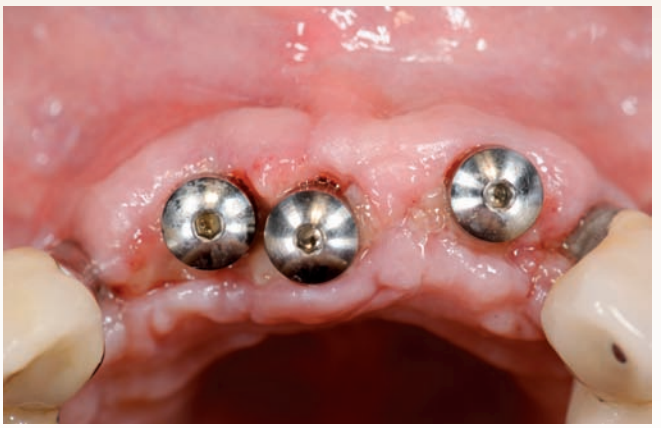


Figura 30. Detalle después de la descobertura. En esta fase debemos evaluar si para obtener el mejor resultado estético sólo debemos usar dos implantes. El implante de 12 tiene su salida en la zona media y complica la estética final del puente.

Figura 31. Imagen de los muñones para provisionales mostrando la zona de emergencia del implante de 12. Hay que realizar pruebas estéticas con provisionales.

Caso clínico 3 (Figs. 32 a 34)

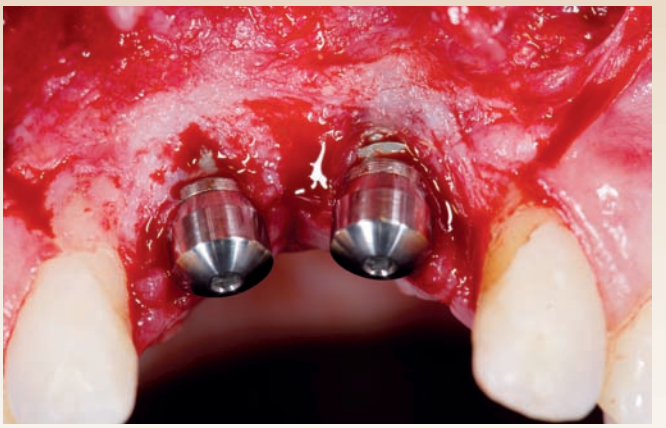


Figura 32. Pilares de cicatrización colocados.

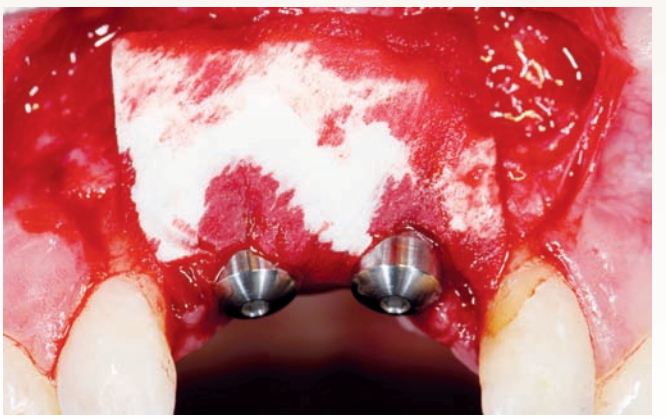


Figura 33. Mucograft en posición para dar soporte al tejido blando y recrearlo en su profundidad.

Figura 34. Cierre primario elevando el nivel gingival.

PATROCINADO POR:

Centro i² Implantología
C/ Diego de León, 11. Madrid
www.i2-implantologia.com