

## Caso Clínico:

### **Injerto gingival libre alrededor de implantes dentales. A propósito de un caso clínico.**

*Blanca Paniagua Cotonat*

*Universitat Internacional de Catalunya, Facultat de Odontologia, Departamento de Periodoncia.*

A continuación se presenta el caso clínico de un paciente varón de 55 años de edad, exfumador de hace 2 años, con antecedentes de periodontitis crónica moderada generalizada y avanzada localizada tratada y, actualmente en fase de mantenimiento. El paciente no refería ningún antecedente médico de interés odontológico ni alergias conocidas.

Tras la exodoncia de los dientes 3.1 y 4.1 y, transcurridos 6 meses de cicatrización, se colocaron 2 implantes dentales de 3.25x8.5mm (Biomet 3i®) en posición de incisivos centrales inferiores. Durante el periodo de cicatrización se observó la ausencia de tejido queratinizado en vestibular de ambos implantes por lo que se decidió proceder a la segunda cirugía con un injerto gingival libre (IGL) con el objetivo de aumentar la banda de mucosa queratinizada alrededor de los implantes para facilitar el control de placa por parte del paciente, reduciendo así la inflamación gingival futura y el consecuente riesgo de periimplantitis, facilitar los procedimientos protésicos y permite obtener unos mejores resultados estéticos.



Fig 1. Imagen preoperatoria de la zona a tratar.

Siguiendo la técnica descrita por Sullivan y Atkins en 1968 se procedió a la preparación del lecho receptor. Se realizó una incisión crestal con extensiones a mesial y distal de los dientes adyacentes, a bisel interno y en sentido oblicuo, lejos del margen gingival de los incisivos laterales. A continuación se diseccionó el colgajo a espesor parcial y se procedió a la medición del área receptora para calcular el tamaño del injerto a obtener.



Fig 2. Lecho receptor.

La zona donante elegida fue el tejido epitelial de la zona correspondiente a premolares y molares del paladar del 1er cuadrante. Se marcaron las incisiones teniendo en cuenta que el injerto tenía que ser 1 ó 2 mm superior a la medida obtenida en el lecho receptor, para evitar así la contracción natural de éste. En este caso se obtuvo un injerto de 20x6 mm.

Una vez obtenido el IGL se comprobaron sus dimensiones y su adaptación al lecho receptor. El injerto se estabilizó lateralmente con puntos simples y ápico-coronalmente mediante colchoneros horizontales cruzados y sutura de 5/0 no reabsorbible. Una vez suturado, se movilizó el labio inferior para comprobar la ausencia de movimiento del mismo, se comprimió ligeramente el injerto para evitar la formación de un coágulo sanguíneo, favoreciendo así la vascularización y evitando su necrosis durante la cicatrización. Con el fin de mejorar el postoperatorio se colocó un cemento quirúrgico en el área donante.



Fig 3. Lecho receptor con el IGL suturado.

Como instrucciones postoperatorias se prescribió el uso de clorhexidina al 0,12% y cloruro de cetilpiridinio al 0,05% (Perio-Aid® tratamiento) durante 30 segundos, 2 veces al día, durante 15 días. Asimismo se pautó una terapia analgésica y antiinflamatoria.

A los 7 días se observó una correcta cicatrización del IGL y se procedió a la retirada del cemento quirúrgico de la zona donante.



Fig 4, 5 y 6. Zona receptora y zona donante a los 7 días.



Fig 7. Aspecto del IGL a los 15 días, momento en el que se retiró la sutura y se inició el control mecánico de la placa bacteriana mediante el uso de un cepillo manual quirúrgico (VITIS® cirugía).



Fig 8 y 9. Aspecto del IGL y del área donante a las 3 semanas.



Fig 10. Aspecto del caso a los 3 meses, donde se puede apreciar la ganancia de encía queratinizada.



Fig. 11. Caso rehabilitado al año y medio.