

CASO CLÍNICO

“Tratamiento mucogingival en una fenestración en zona estética”

*AlándeZ Chamorro FJ, Vázquez Gómez M, Domínguez Moreno E.
Grupo Plénido Dental, S.A.*

▪ **INTRODUCCIÓN**

El éxito a largo plazo de los implantes osteointegrados en el tratamiento de pacientes total y/o parcialmente desdentados ha sido bien documentado en la literatura, siendo éste uno de los tratamientos con mayor predictibilidad de la Odontología (1-6).

El objetivo, en especial en el sector antero-superior, es conseguir un contorno de los tejidos blandos con la conservación de una buena papila interdental y una línea gingival en armonía con la encía de los dientes vecinos.

Presentamos el caso de una paciente joven con sonrisa gingival a quien se colocó un implante en posición del incisivo central derecho y tras la cicatrización se produjo una fenestración en la zona vestibular, originando un problema estético importante que resolvimos con técnicas de cirugía mucogingival.

▪ **CASO CLÍNICO**

1. Anamnesis

Paciente de 25 años de edad, sin patología asociada.

2. Motivo de consulta

La paciente nos indica que “No me gusta mi sonrisa porque se me ve el implante en la encía”. La estética es su principal motivo de su consulta.

3. Exploración clínica extraoral, en la que se analiza:

Sonrisa. Presenta una línea de sonrisa alta.

Labios. Son gruesos tanto el superior como el inferior y la curvatura del labio superior es recta-descendente.

Encía. Los márgenes gingivales están nivelados, excepto el incisivo superior derecho que está más alto por la recesión. En los corredores vestibulares se enseña una parte importante de encía hasta los primeros molares. El biotipo gingival es grueso.



Figura 1

4. Exploración intraoral:

Dientes. El patrón de diente es ovoide, la línea media está centrada con la línea media facial y con el frenillo y los espacios interdientales totalmente rellenos por las papilas, la inclinación de los ejes es hacia mesial y los bordes incisales siguen la línea del labio inferior.



Figura 2

5. Exploración radiográfica:

Una vez analizados todos los factores estéticos a tener en cuenta, es importante valorar radiográficamente la posición del implante en el reborde alveolar.

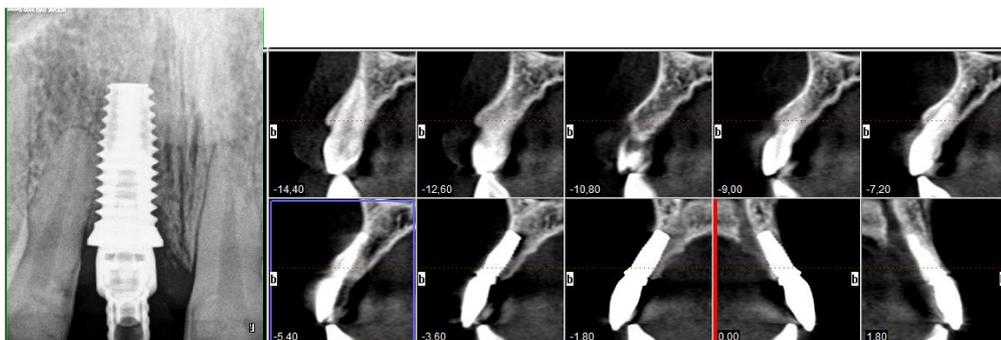


Figura 3

▪ PLAN DE TRATAMIENTO

Profilaxis dental y mantenimiento.

Instrucciones de higiene oral.

Cirugía mucogingival periimplantaria para corregir el defecto

El objetivo final es conseguir una estética óptima, por la edad de la paciente y el tipo de sonrisa que nos condiciona mucho.

▪ EVOLUCIÓN DEL CASO

Después de un año de cicatrización del implante se observa una estética correcta con perfecta integración de la restauración con los dientes vecinos, se mantienen la papilas interdentes pero aparece una fenestración en la zona vestibular a escasos milímetros del margen gingival, en la interfase pilar-implante. Se aconseja realizar un injerto de tejido conectivo con el fin de engrosar el tejido y evitar que la lesión aumente.



Figuras 4 y 5

Es una paciente muy miedosa y no acepta el tratamiento. Tras año y medio sin saber nada de ella vuelve a la clínica porque la fenestración ya es más ancha; se ve perfectamente la plataforma del implante a través de ella. La paciente reclama estética.



Figuras 6 y 7

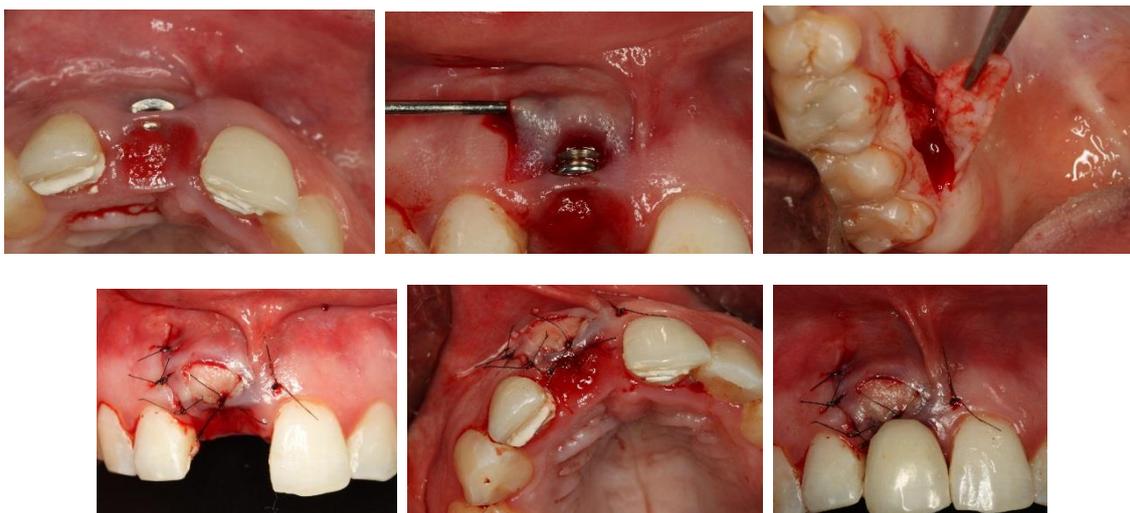
Se valora el caso y efectivamente la plataforma del implante es ancha y ha hecho que se reabsorba la tabla vestibular quedando soportado sólo por tejido blando. El periodonto de la paciente es grueso y aunque sabemos que será un caso difícil optamos por intentar cubrir el hombro del implante sólo manejando el tejido blando.

Eliminamos la restauración protésica de zirconio y el implante se deja sumergido, colocando una corona provisional tipo Maryland unos meses antes de hacer el injerto y se instruye a la paciente en técnicas de higiene.



Figuras 8 y 9

Hacemos un injerto de tejido conectivo (sitio donante: paladar derecho de la paciente) con una incisión lateral para acceder al hombro del implante y no perder el fino puente de tejido blando que quedaba hasta el margen gingival, se sutura con monofilamento 6/0 no reabsorbible y se dan a la paciente instrucciones post-operatorias. La paciente se enjuagará con Perio-Aid® tratamiento sin alcohol (Digluconato de Clorhexidina 0,12% + Cloruro de Cetilpiridinio 0,05%) dos veces/día, durante 15 días.



Figuras 10-15

Transcurrida una semana se retiran las suturas y el aspecto es bueno. Se modifica el p ntico del Maryland para ir guiando la cicatrización con la prótesis. La paciente sigue con el colutorio Perio-Aidé tratamiento sin alcohol durante una semana más y luego empezar  a cepillarse con un cepillo de cirugía (Vitis  cirugía)



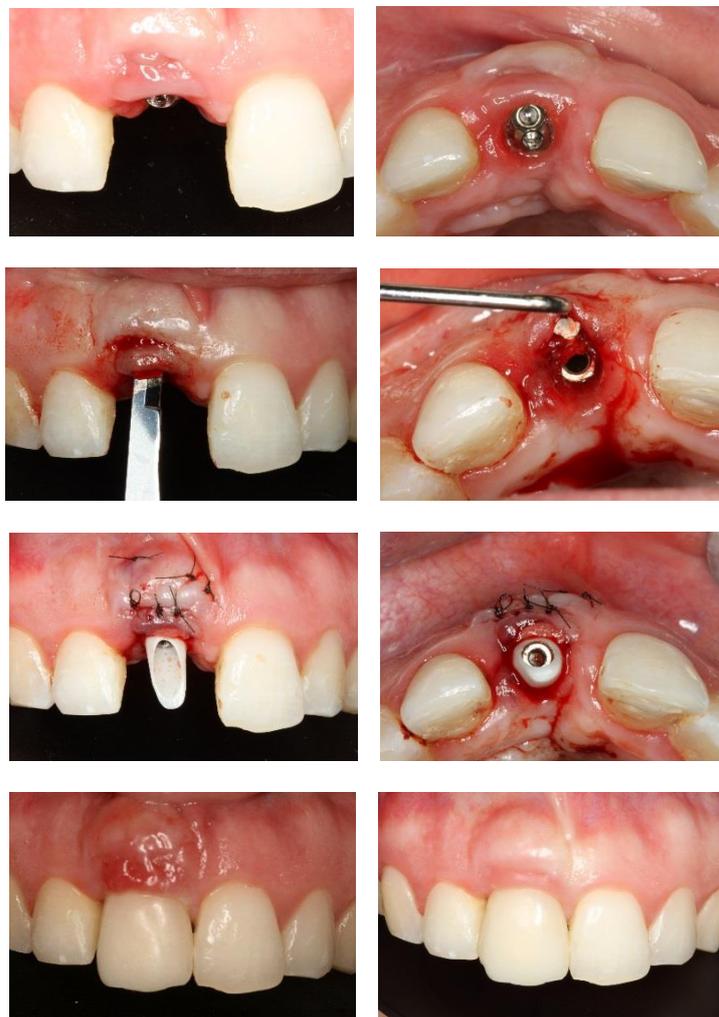
Figuras 16-17

Tres meses después, se accede al implante y se coloca un pilar definitivo (angulado de 2mm Avinent antirrotatorio). Cuando la paciente acude a retirar la sutura se observa una zona de "falsa cicatrización" en la interfase implante-pilar. Se plantea realizar un nuevo injerto de tejido conectivo y ese mismo día colocar un pilar de zirconio individualizado para no tener que actuar más en esa interfase implante-pilar.



Figuras 18-19

Realizamos un segundo injerto, esta vez accediendo por el margen gingival que ya era más grueso para hacer técnica de sobre (sin incisiones liberadoras). Así, logramos situar correctamente nuestro injerto ayudándonos de puntos colchoneros al fondo y a los laterales. El fino puente de tejido gingival de la zona "problema" se refresca y se sutura. Se utiliza monofilamento no reabsorbible 6/0. La paciente se volverá a enjuagar con Perio-Aid® tratamiento sin alcohol (Digluconato de Clorhexidina 0,12% + Cloruro de Cetilpiridinio 0,05%) dos veces/día, durante 15 días. En el mismo acto se atornilla el pilar de circonio individualizado, sobre el que se confecciona una corona inmediata provisional para ir modelando el tejido blando.



Figuras 20-27

Tras un año de cicatrización se colocó la corona definitiva y en la foto podemos ver el aspecto a los 2 años de evolución. Se ha mantenido estable el tejido y la paciente está muy contenta con el resultado.



Figuras 28-30

Sonrisa inicial



Figura 31

Sonrisa durante el tratamiento



Figura 32

Sonrisa final



Figura 33

▪ DISCUSIÓN

Cuando Branemark introdujo el concepto de oseointegración, estableció algunos requerimientos para hacer una correcta terapia con implantes sin considerar los aspectos estéticos. En la práctica clínica actual la mayoría de los pacientes consideran el resultado estético final como el aspecto más importante en su rehabilitación oral (1) La adecuada oseointegración no es suficiente para declarar el éxito; los implantes colocados en posiciones erróneas terminan con restauraciones antiestéticas que no proveen satisfacción ni al clínico ni al paciente.

Se han identificado muchos factores que influyen en los resultados estéticos finales, entre los que se pueden mencionar, la morfología gingival y su plano de orientación, el biotipo periodontal, la posición del labio superior e inferior durante la sonrisa relajada y forzada, la oclusión, el adecuado espacio interdental y espacio interoclusal. Otros aspectos quirúrgicos son los relacionados con la regeneración y reconstrucción ósea, el tipo de incisiones, la técnica de elevación de colgajos, la adecuada posición y colocación del implante (2). También se deben incluir los aspectos protésicos como la forma, la proporción dentaria, el color, los diferentes tipos de pilares, los materiales restauradores estéticos entre muchos otros factores (3).

Este tipo de tratamientos estéticos necesitan la perfecta comunicación entre el protesista y el cirujano, ambos deben entender los requerimientos estéticos del paciente y además conocer los aspectos biológicos de la encía del paciente. Entre ellos son muy importantes: 1) que el área desdentada debe tener la suficiente cantidad de hueso para la colocación de los implantes, si no fuera así deben realizarse técnicas regenerativas. 2) Precisa colocación de las fijaciones. 3) La interfase pilarimplante debe ser estable. El microgap entre el implante y el pilar debe ser lo más pequeño posible. 4) Las restauraciones provisionales deben diseñarse con un adecuado perfil de emergencia, y 5) La restauración debe tener la misma forma y presencia que los dientes vecinos (7-9).

Además, la colocación del implante en los tres planos del espacio es también muy importante sobre todo en la zona anterior. El hombro del implante debe estar localizado 2 mm por encima de la parte medio-vestibular del margen gingival. En esta área el festoneado es mucho más pronunciado, quedando a una distancia del margen interproximal de 5-7 mm. La distancia entre implante-diente debe ser mayor de 1,5 mm para conseguir conservar el hueso interproximal y mantener la papila interdental (10-12). La colocación a vestibular o a palatino va a tener también una repercusión estética y funcional importante. En el primer caso la tendencia es a la recesión y en el segundo se puede solucionar a consta de realizar una restauración en silla de montar con las dificultades para la higiene que esto conlleva.

En cuanto a la interfase implante-pilar, varios autores coinciden en afirmar que retirar el pilar y luego volver a conectarlo en diferentes momentos en los implantes de dos fases, genera alteraciones en el establecimiento de la integración del tejido blando, aumentando el riesgo de pérdida ósea y retracción marginal. Resulta ventajosa la colocación de pilares definitivos inmediatamente después de la inserción quirúrgica del implante para evitar las situaciones anteriormente citadas. Con los implantes de una sola fase se facilita más la integración y la estabilidad del tejido blando. La invasión bacteriana puede ser más

destruictiva alrededor de implantes, dada la menor vascularización del tejido periimplantario comparado con el tejido periodontal (11).

La cirugía plástica periimplantaria sería una opción terapéutica factible antes de contemplar otras opciones de tratamiento más complejas y menos predecibles. Aunque según un estudio de Burkhardt y cols en casos de dehiscencias de tejido blando alrededor de implantes integrados ve que en todos los implantes se consiguió una mejoría clínica tras la reposición coronal en combinación con injerto de tejido conectivo, pero en ninguno de los casos se corrigió totalmente la dehiscencia. Comparando con el porcentaje de cubrimiento alrededor de dientes, según revisiones sistemáticas, es claramente inferior.

Las recesiones de tejido blando puede poner en peligro la tasa de éxito de las restauraciones de implantes en áreas de compromiso estético y son obviamente impredecible para cubrir. Por lo tanto, se deben prevenir las recesiones de la mucosa en los sitios de implante intentando tener o conseguir un adecuado volumen óseo en la zona vestibular (11) y un adecuado volumen de encía queratinizada (12).

Este caso se ha resuelto exitosamente con cirugía plástica periimplantaria; se ha evitado así quitar el implante y colocar otro de plataforma más estrecha y en posición más palatina que hubiese supuesto mucho más tiempo de tratamiento y más incómodo para el paciente.

▪ **BIBLIOGRAFÍA**

1. Albrektsson T, Zarb GA, Worthington P, Eriksson AR. The long-term efficacy of currently used dental implants: a review and proposed criteria of success. *Journal of Oral and Maxillofacial Implants* 1986; 1: 11-25.
2. Buser D, Martin W, Belser U. Optimizing esthetics for implant restoration in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004; 19 (suppl): 34-61.
3. Belser U, Buser D, Higginbottom F. Consensus statement and recommended clinical procedures regarding esthetics in implant dentistry. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004; 19 (suppl.): 73-74.
4. Glauser R, Zembic A, Hämmerle CHF. A systematic review of marginal soft tissue at implants subjected to immediate restoration. *Clin Oral implant Res* 2006: 17 (suppl 2); 82-92.
5. 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: 347-359.

6. Adell R, Lekholm U, Branemark PI. A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. *Int J Oral Surg* 1985; 10: 387-418.
7. Saadoun A, Touati B. Soft tissue recession around implants: Is it still unavoidable? *Pract Proced Aesthet Dent* 2007;19(1): 55-62.
8. Jung-Myung Yi¹, Jae-Kwan Lee¹, Heung-Sik Um¹, Beom-Seok Chang^{1*}, Min-Ku Lee. Marginal Fit and Microgaps of Implant-abutment Interface with Internal Anti-rotation Configuration.
9. Burkhardt R, Joss A, Lang NP. Soft tissue dehiscence coverage around endosseous implants: a prospective cohort study. *Clin Oral Implants Res.* 2008 May;19(5):451-7. Epub 2008 Mar 26.
10. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J Clin Periodontol.* 2002;29 Suppl 3:178-94; discussion 195-6. Review.
11. Spray JR, Black CG, Morris HF, Ochi S. The influence of bone thickness on facial marginal bone response: stage 1 placement through stage 2 uncovering. *Ann Periodontol.* 2000 Dec;5(1):119-28.
12. Bengazi F, Wennström JL, Lekholm U. Recession of the soft tissue margin at oral implants. A 2-year longitudinal prospective study. *Clin Oral Implants Res.* 1996 Dec;7(4):303-10.