

Injerto de tejido conectivo en el tratamiento de defectos mucosos asociados a implantes, a propósito de un caso.

María del Carmen Vázquez Romero, Pedro José Alomar Velasco, Rafael Flores Ruiz, Daniel Torres Lagares, José Luis Gutiérrez Pérez. Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

La evolución de la implantología ha hecho que no sólo pretendamos la integración de los implantes, que en este momento es un debate superado, si no que el resultado debe ser altamente estético cuando el caso así lo requiera. La retracción del tejido blando alrededor de los implantes produce una alteración estética que la mayoría de los paciente no aceptan. Por lo tanto, la prevención y tratamiento de las complicaciones estéticas son importantes en la implantología contemporánea.

Las deficiencias o defectos mucogingivales del reborde suelen presentarse debido a patología periodontal o dentaria, extracciones traumáticas, deformidades del desarrollo o procesos traumáticos sufridos en la zona.¹

En la actualidad, la implantología oral ha desarrollado un extraordinario avance, proporcionando posibilidades terapéuticas con un alto grado de predictibilidad, tanto en implantología básica como en los casos más complejos donde además se precisa una regeneración de tejido blando y/o duros, teniendo a nuestro alcance técnicas quirúrgicas con las que conseguir estética adecuada y salud periimplantaria.

Cada vez es más frecuente la presencia de defectos gingivales alrededor de los implantes comprometiendo su estética y su salud periimplantaria. Las principales causas de estas alteraciones son dos; defecto mucogingival previo a la colocación de implantes, que no se ha diagnosticado ni se ha tratado en la cirugía de implantes; o retracción del tejido blando tras la conexión del implante,^{2,3} lo cual puede venir provocado por un déficit del tejido blando y/o tejido óseo.

La cirugía mucogingival puede resolver estos defectos, devolviendo las dimensiones necesarias al tejido periimplantario para su función. La cantidad de tejido de soporte y el adecuado aporte sanguíneo serán los pilares que guiarán la estabilidad y el éxito de los procedimientos reconstructivos.⁴

Seibert diseñó una clasificación para el diagnóstico de los defectos crestaes, atendiendo a las características tridimensionales del defecto. Estableció tres tipos:⁵

- Defecto vestíbulo-palatino/vestíbulo-lingual: altura ósea inalterada con defecto vestíbulo-palatino/lingual (exclusivamente horizontal); denominado defecto Clase I de Seibert (Figura 1).
- Defecto apico-coronal: altura apicocoronal disminuida; no existe variación vestibulopalatina (exclusivamente vertical); denominado defecto Clase II de Seibert (Figura 2).
- Defecto combinado: hay una pérdida tanto en la dimensión vertical como horizontal; éstos son defectos combinados y se denominan Clase III de Seibert (Figura 3).

La reconstrucción de estos defectos debe llevarse a cabo, en función de su diagnóstico, mediante regeneración ósea (si la alteración es un déficit de hueso y no de tejido blando) o mediante injerto de tejido blando (si el defecto es provocado por una alteración del tejido blando).

La literatura en relación a los injertos de tejidos blando en implantes es escasa, si bien es un procedimiento predecible alrededor de los dientes si se establece un diagnóstico correcto.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una paciente de 48 años de edad que acude a la clínica por sintomatología inespecífica en la zona del 3.2 desde que se colocó la prótesis sobre implantes, refiriendo molestias continuas en la zona vestibular y sangrado esporádico.

En el examen intraoral observamos ausencia de caries e inflamación gingival. La paciente es portadora de coronas de recubrimiento total en 3.4, 3.5, 4.4 y 4.5, y prótesis implantosoportada atornillada de 3.2 a 4.2, sobre dos implantes colocados en posición 3.2 y 4.2.

La evaluación periodontal realizada reveló un defecto vestibular a nivel del implante en posición 3.2 que se caracterizaba por la falta de inserción de la mucosa adyacente además de la translucidez y exposición de una espira del implante. Existía una inadecuada relación en el volumen vestibular debido a la reabsorción del hueso vestibular (Fig. 4 a 6).

El plan de tratamiento que se propuso fue tratamiento periodontal básico e injerto de tejido blando vestibular a nivel de 3.2 (el implante no está en la posición ideal pero la paciente no quería la retirada del implante).

El objetivo del tratamiento fue el aumento de volumen en la zona vestibular del implante, para establecer una salud periimplantaria junto con un adecuado perfil de emergencia que guarde armonía con los tejidos adyacentes y, con ello, una estética adecuada.

TRATAMIENTO

En primer lugar preparamos la zona receptora. Bajo anestesia local se una incisión a espesor parcial a nivel periimplantaria y dos incisiones de descarga verticales, atravesando la unión mucogingival. Realizamos un despegamiento del colgajo a espesor parcial, evitando desgarrar el colgajo, eliminando las inserciones musculares del labio sobre nuestro colgajo (Fig. 7 y 8).

A continuación se obtienen las dimensiones del defecto que nos indicará el tejido a obtener de la zona donante (palatina). Obtuvimos un injerto de tejido subepitelial. Se realizó una única incisión lineal a espesor parcial a 2 mm de los cuellos de los premolares superiores. Continuamos con dos incisiones a espesor parcial hacia la zona media palatina. Se realizaron dos incisiones verticales que nos marcaban la longitud del injerto y una última incisión paralela al plano óseo para desinsertar el tejido donante.

El injerto se preparó, retirando el material graso y conformándolo al defecto de la zona receptora. Suturamos éste con sutura de monofilamento 5/0, intentando una íntima relación entre la base receptora y el injerto, y se cubrió el injerto con el colgajo (Fig. 9 a 14).

La paciente fue revisada a los siete días para controlar la inflamación y la evolución de la zona intervenida (Fig. 15).

A las dos semanas se revisó a la paciente, se retiró la sutura del colgajo y se mantuvieron la sutura del injerto (Fig. 16 y 17).

A las seis semanas se puede observar una mayor maduración del tejido y un aumento de volumen en la zona del defecto inicial (Fig. 18 y 19).

DISCUSIÓN

El manejo cuidadoso del tejido blando alrededor de un implante es considerado esencial por los profesionales. Las dimensiones del tejido blando que rodea al implante es un factor importante para el resultado estético en la terapia con implantes. Se han propuesto distintas técnicas para la reconstrucción de defectos de rebordes adyacentes a implantes.

Actualmente los enfoques sugieren, dependiendo de la cantidad de hueso adyacente que se haya perdido, realizar una técnica mediante regeneración ósea guiada o mediante injertos de tejido conectivo. Los colgajos pediculados asociados a injerto de tejido conectivo son alternativas muy válidas y con resultados estéticos muy buenos que satisfacen los requerimientos de los pacientes.⁴

De igual manera, en la actualidad no hay suficiente evidencia que recomiende una técnica específica para el manejo del tejido blando o el aumento del mismo para la reconstrucción del reborde periimplantario.⁶

Los injertos gingivales libres presentan discrepancia de color con el tejido circundante y han sido descritos como de apariencia queloide. Los injertos pediculados incluyendo los lateral o coronalmente posicionados pueden producir resultado más estético; sin embargo, estos procedimientos están indicados cuando existe un adecuado tejido donante adyacente al defecto. La regeneración tisular guiada (RTG) usando membranas no reabsorbibles o bioabsorbibles ha sido empleada para cubrir recesiones gingivales, sin embargo, la exposición de la membrana, ha sido asociada con una reducción significativa en los resultados del cubrimiento radicular. La utilización de injertos de tejido conectivo combinado con un colgajo pediculado posicionado coronalmente, los colgajos pediculados posicionados lateralmente, el colgajo doble pediculado, el colgajo en bolsillo y la técnica de tunelización han demostrado predecibilidad y cubrimiento radicular estético en varios estudios clínicos. En cuanto a situaciones con implantes no contamos con la suficiente evidencia científica que corrobore el éxito o fracaso de dichos tratamientos⁷

El presente caso clínico muestra cómo se logró reconstruir el defecto horizontal de reborde (Seibert Clase I) mediante la utilización de un colgajo de reposición coronal a espesor parcial acompañado de un injerto de tejido conectivo.⁸

Hay factores que influyen favorablemente en el resultado final del presente caso: el primero es la buena higiene oral por parte del paciente (influye en la buena cicatrización evitando riesgo de contaminación y exposición del injerto).⁵ Otro factor clave es el grosor del colgajo ya que se ha descrito una relación positiva entre el grosor del colgajo y el mantenimiento del mismo en reposición coronal para recubrimientos radiculares.^{9,10} En el presente caso nuestro paciente presenta un biotipo gingival grueso y esto facilita un buen resultado final ya que tiene influencia directa sobre el suministro sanguíneo en nuestro lecho en comparación con los biotipos finos.⁴

CONCLUSIÓN

Aunque falta una mayor evidencia científica sobre el abordaje de los distintos defectos alrededor de implantes para dar lugar a protocolos cerrados de actuación, el aumento del reborde mediante el uso de técnica bilaminar puede ser considerado adecuado en determinadas situaciones clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tinti C. Clinical Classification of bone concerning the placement of dental implanats. Int J Periodontics Restorative Dent. 2003;23:147-55.

2. Furhauser R, Florescu D, Benesch T, Haas R, Mailath G, Watzek G. Evaluation of soft tissue around single-tooth implant crowns: the pink esthetic score. *Clin Impl Dent Rel Res.* 2005;16:639-44.
3. Araujo MG, Lindhe, J. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. *J Clin Periodontol.* 2005;32:212-8.
4. Palacci P, Nowzari H. Soft tissue enhancement around dental implants. *Periodontology 2000.* 2008;47:113-32.
5. Lindhe J, Lang NP. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry.* 6° Ed. Wiley-Blackwell. Nueva York, 2015.
6. Cairo F, Pagliaro U. Soft Tissue management at implant sites. *J Clin Periodontol.* 2008;35:163-7.
7. Wiesner G, Esposito M, Worthington H, Schlee M. Connective tissue grafts for thickening peri-implant tissues at implant placement. One-year results from an explanatory split-mouth randomised controlled clinical trial. *Eur J Oral Implant.* 2010;3: 27-35.
8. Kan JY, Rungcharassaeng K, Lozada JL. Bilaminar subepithelial connective tissue grafts for immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone. *J Calif Dent Assoc.* 2005;33:865-71.
9. Prato P. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Is flap thickness a relevant predictor to achieve root coverage? A 19-case series. *J Periodontol.* 1999;70:1077-84.
10. De Santics M, Zucchelli G. Coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects. Three years results. *J Clin Periodontol.* 2007;34:262-8.

FIGURAS



Figura 1.- Defecto tipo Clase I de Seibert.



Figura 2.- Defecto tipo Clase II de Seibert.



Figura 3.- Defecto tipo Clase III de Seibert.



Figura 4.- Defecto vestibular a nivel de 3.2 con exposición del implante.



Figura 5.- Visión vestibular del defecto.



Figura 6.- Visión oclusal del defecto.



Figura 7.- Incisión lineal con dos descargas verticales.

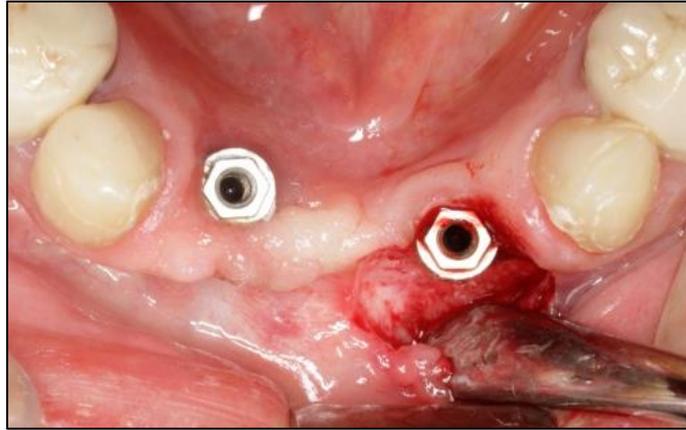


Figura 8.- Incisión lineal con dos descargas verticales (vista oclusal).

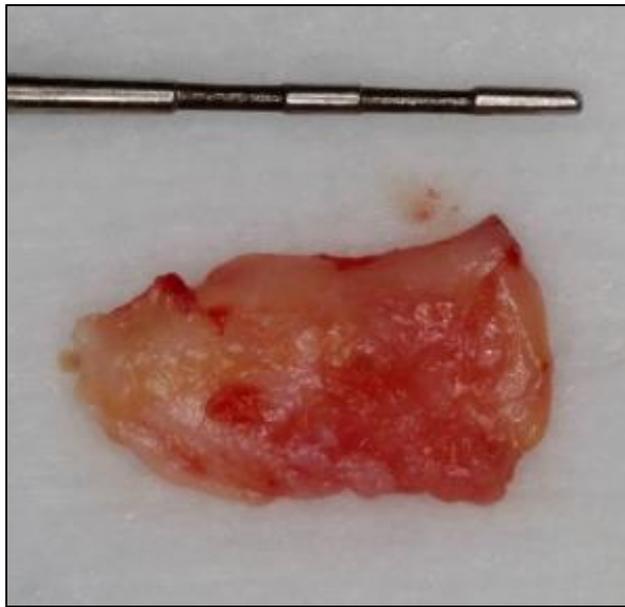


Figura 9.- Injerto de tejido conectivo.

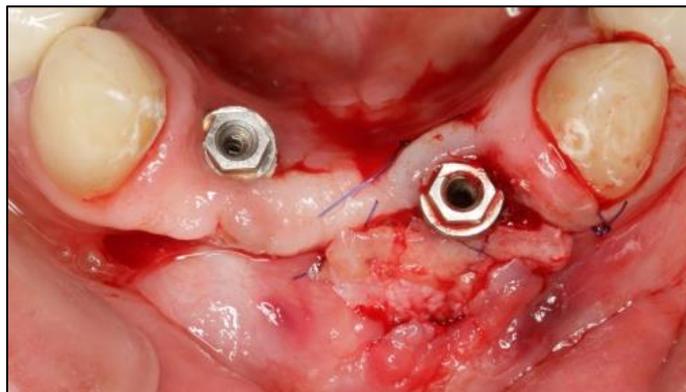


Figura 10.- Sutura del injerto de tejido conectivo (vista oclusal).



Figura 11. - Reposición y sutura del colgajo con puntos simples (vista oclusal).



Figura 12. - Reposición y sutura del colgajo con puntos simples (vista vestibular).



Figura 13. - Reposición y sutura del colgajo y colocación de la prótesis (vista vestibular).



Figura 14.- Reposición y sutura del colgajo y colocación de la prótesis (vista oclusal).



Figura 15.- Evolución a los siete días (vista vestibular).



Figura 16.- Revisión a las dos semanas (vista oclusal).



Figura 17.- Revisión a las dos semanas (vista vestibular).



Figura 18.- Control al mes de la intervención, pudiendo retirar la prótesis para evaluar el comportamiento del tejido (vista oclusal).



Figura 19.- Control al mes de la intervención, pudiendo retirar la prótesis para evaluar el comportamiento del tejido (vista vestibular).