

ASPECTOS CLÍNICOS

Tratamiento interdisciplinar con injerto de tejido conectivo después de cinco años

Para la mayoría de nuestros pacientes, la pérdida de una pieza dentaria en cualquier sector supone no solo un problema funcional, sino también un problema psicosocial debido a la importancia estética y fonética que caracteriza a todas las piezas.

En este artículo se describe la reposición de una pieza con un gran defecto óseo por un implante, destacando la importancia de combinar diferentes técnicas para conseguir resultados más satisfactorios a corto y largo plazo.

Introducción

La estética dental se sitúa en el vértice de la pirámide de Maslow, que recoge la jerarquía de necesidades de las personas desde un punto de vista motivacional. Para Maslow, las necesidades de las personas son de tres tipos: biológicas, de crecimiento y de autorrealización¹.

Hay ciertos casos que debido a su complejidad requieren un abordaje multidisciplinar del diagnóstico, del pronóstico y del plan de tratamiento para obtener resultados predecibles y cumplir las expectativas de estética y función del paciente². El interés por la estética

dental ha aumentado rápidamente durante las últimas décadas por parte de pacientes y odontólogos. Se busca conseguir una apariencia natural de los dientes, lo que se ha vuelto

un aspecto importante en distintas áreas de la odontología, especialmente en prostodoncia y odontología restauradora³. En caso de necesitar reposición dentaria con cirugía plástica periodontal y colaboración interdisciplinar conseguiremos unos excelentes resultados estéticos⁴.

En el caso que exponemos a continuación, nos centramos en hacer desaparecer ese defecto de reborde que tenía el paciente. El tratamiento seleccionado incluye la colocación de un implante y su posterior car-

ga diferida además de utilizar técnicas de regeneración ósea guiada (ROG) e injerto de tejido conectivo (ITC), añadiendo la importancia de la ciencia del color en odontología en la restauración posterior.

Objetivos

1. Restituir la función, reposicionando la pieza ausente, por un implante osteointegrado, para lo que es necesario resti-

El interés por la estética dental ha aumentado rápidamente durante las últimas décadas por parte de pacientes y odontólogos

tuir el volumen óseo perdido y aumentarlo en las tres dimensiones.

2. Conseguir estabilidad primaria y secundaria del implante para su correcta osteointegración.
3. Evitar complicaciones a corto y largo plazo del tipo periimplantitis o exposición del cuello del implante.
4. Mejorar la estética blanca y rosa, reparando el defecto de la tabla externa vestibular y seguidamente sobre ella el tejido blando para conseguir una encía estéticamente

**POR MARIO ALVARADO LORENZO,
ALFONSO ALVARADO LORENZO**

aceptable y en armonía con la corona sobre implante.

5. Conseguir una bonita restauración definitiva utilizando la ciencia del color.
6. A través de la mejora de la estética y la función, aumentar la calidad de vida de la paciente, en cuanto a su autorrealización social.

Caso clínico

Nos encontramos ante una paciente mujer, no fumadora, de 47 años, con ausencia de la pieza 24 previamente retratada con endodoncia. También presentaba defecto de reborde y un importante defecto óseo en la tabla vestibular secundaria a una extracción (Figuras 1 y 2).

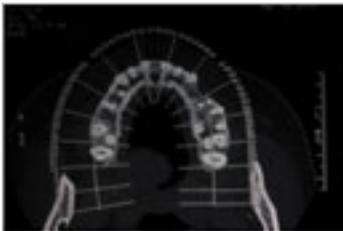


Figura 1.

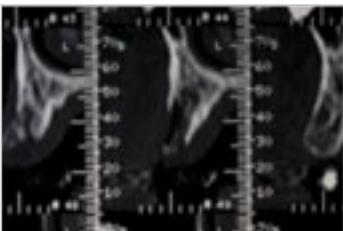
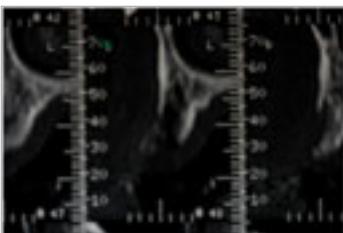


Figura 2.

Desarrollamos el tratamiento en una fase quirúrgica y una fase final protésica.

Durante la fase quirúrgica realizamos la colocación del implante, legando cuidadosamente el defecto. La reabsorción de la cresta alveolar se considera una consecuencia inevitable de la extracción dentaria, sobre todo de las extracciones traumáticas; esto puede ser un problema a la hora de restaurar con implantes. El mantenimiento de la cresta alveolar minimiza la reabsorción residual y permite una satisfactoria instalación del implante en criterios de estética y función.

La técnica de ROG y el uso de un material de injerto han de-

mostrado mejorar la curación y modificar el proceso de reabsorción, y prevenir el colapso del hueso alveolar y tejidos blandos, lo que causaría resultados estéticos inaceptables en la prótesis sobre el implante⁵. Debido al defecto óseo necesitamos una técnica para obtener mayor volumen óseo sobre el cual pueda sustentarse nuestro implante; por eso realizamos una técnica de ROG para la que utilizamos un injerto óseo Apatos[®], de origen porcino. La barrera del injerto de tejido conectivo (ITC) hace que la penetración de tejido sea exclusivamente desde el hueso maxilar, al tiempo que se excluye la proliferación de tejido fibroso del área. El injerto óseo no vital que hemos elegido tiene propiedades os-

teoconductoras al servir de andamiaje para la penetración de osteoblastos precursores en el defecto; este proceso va seguido de una reabsorción gradual del material injertado. En este caso utilizamos una técnica de "Roll on" descrita por Abrams los resultados estéticos de la restauración definitiva sobre implante son cada vez más importantes, por ello es fundamental en los casos que lo requieren utilizar cirugía plástica periodontal para reemplazar un diente por un implante en la zona estética⁶. Colocamos también un implan-

Es fundamental en los casos que lo requieren utilizar cirugía plástica periodontal para reemplazar un diente por un implante en la zona estética

te AVINENT[®] HI de 3,8 mm de diámetro y 11,5 de longitud. En esta fase quirúrgica trabajamos con hilo de sutura monofilamento no reabsorbible que presenta ventajas frente a otro tipo de suturas⁷ y evita que el hilo actúe como una mecha para las bacterias. Usamos sutura de 5-0 y 6-0 porque trabajamos en una zona estética y estas suturas más finas dejan menos cicatriz y son más cómodas para el paciente (Figuras 3-6).

te AVINENT[®] HI de 3,8 mm de diámetro y 11,5 de longitud. En esta fase quirúrgica trabajamos con hilo de sutura monofilamento no reabsorbible que presenta ventajas frente a otro tipo de suturas⁷ y evita que el hilo actúe como una mecha para las bacterias. Usamos sutura de 5-0 y 6-0 porque trabajamos en una zona estética y estas suturas más finas dejan menos cicatriz y son más cómodas para el paciente (Figuras 3-6).



Figura 3.



Figura 4.



Figura 8.



Figura 10.



Figura 5.



Figura 9.



Figura 11.



Figura 6.

Dos semanas después realizamos la carga diferida y la colocación de la corona provisional dando una forma ovoidea con la utilización de composites, algo esencial para conseguir una bonita estética o “sensación de diente que nace de la encía” y no de “diente incrustado en la encía” (Figuras 7-9).



Figura 7.

Para decidir la mejor opción de tratamiento estético nos basamos en las peculiaridades de cada paciente, teniendo en

Con la ROG conseguimos una buena osteointegración alrededor del implante y resultados estéticos óptimos

cuenta entre otros factores las proporciones áuricas⁸.

Después de cuatro meses observamos en la fase final cómo se ha ido conformando el tejido blando sobre el hueso para maquillar el defecto del reborde. Cuando usamos la técnica de ROG alrededor de un implante unitario en la zona estética, observamos clínicamente que se ha formado un adecuado volumen de tejido duro y blando⁹. Es ahora cuando colocamos la corona definitiva sobre el implante. Para la toma de color utilizamos la guía de colores VITA Toothguide 3D-MAS-TER[®] (Figuras 10 y 11).

Después de cinco años observamos que utilizando distintas técnicas podemos obtener unos resultados satisfactorios y a la vez predecibles a largo plazo. Transcurrido ese tiempo con la

ROG conseguimos una buena osteointegración alrededor del implante y resultados estéticos óptimos¹⁰. El grosor óseo se mantiene estable al igual que el nivel del margen gingival. No ha habido complicaciones del tipo



Figura 12.



Figura 13.

periimplantitis ni de exposición del implante. Como se observa en las Figuras 12 y 13 ha mejorado la estética, también ha mejorado la función y la paciente está satisfecha.

La satisfacción de la paciente fue tan plena que quiso colo-



Figura 14.

carce un ITC en las recesiones de las piezas 22 y 23, que está a la espera de la cicatrización (Figura 14).

Conclusiones

A medida que avanza la odontología, aumenta el nivel de exigencia de nuestros pacientes en cuanto a demanda estética y funcional. Un abordaje multidisciplinar es importante para resolver casos de una manera más completa, tratando cada problema de manera específica y creando un resultado conjunto óptimo. También es importante para prevenir fracasos y complicaciones.

En este caso, gracias a la utilización de diferentes técnicas sí se cumplieron los objetivos anteriormente expuestos. Mediante colaboración interdisciplinar se consiguen mejores resultados, lo que aumenta el prestigio de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado Lorenzo A, Alvarado Lorenzo M, Pellicer Castillo D, Jiménez Crespo E, Rojo Soria J. Estética en ortodoncia: Un enfoque periodontal (I). *JADA* 2012; Vol 7 n.º 4: 183-188.
2. De Avila ED, De Molon RS, de Assis Mollo F Jr, et al. Multidisciplinary approach for the aesthetic treatment of maxillary lateral incisors agenesis: thinking about implants? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012 Nov; 114 (5): e22-8.
3. Grzić R, Spalj S, Lajnert V, Glavčić S, Uhač I, Pavčić DK. Factors influencing a patient's decision to choose the type of treatment to improve dental esthetics. *Vojnosanit Pregl* 2012 Nov; 69 (11): 978-85.
4. Wei YJ, Lin YC, Kaung SS, Yang SF, Lee SY, Lai YL. Esthetic periodontal surgery for impacted dilacerated maxillary central incisors. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2012 Oct; 142 (4): 546-51.
5. Agarwal G, Thomas R, Mehta D. Postextraction maintenance of the alveolar ridge: rationale and review. *Compend Contin Educ Dent* 2012 May; 33 (5): 320-4.
6. Gottesman E. Periodontal-restorative collaboration: the basis for interdisciplinary success in partially edentulous patients. *Compend Contin Educ Dent* 2012 Jul-Aug; 33 (7): 478-82, 484-6, 488-90.
7. Mirković S, Mirković TD. Influence of different types of surgical suture materials on mechanical damage of oral mucosa. *Med Pregl* 2011 Mar-Apr; 64 (3-4): 157-60.
8. Pini NP, de-Marchi LM, Gribel BF, Ubaldini AL, Pascotto RC. Analysis of the golden proportion and width/height ratios of maxillary anterior dentition in patients with lateral incisor agenesis. *J Esthet Restor Dent* 2012 Dec; 24 (6): 402-14.
9. Grunder U, Wenz B, Schupbach P. Guided bone regeneration around single-tooth implants in the esthetic zone: a case series. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2011 Nov-Dec; 31 (6): 613-20.
10. Li ZR, Liu ZH, Xu S, Xiao HJ, Zhou WJ. The application of guided bone regeneration technique in the restoration of maxillary lateral incisor with bone defect. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue* 2012 Apr; 21 (2): 190-3.

Mario Alvarado Lorenzo es licenciado y doctorado en Odontología, UAX. Máster en Cirugía Oral, Periodoncia e Implantes, UAX. Máster en Implantología Oral, Salud Bucodental-Alimentación, UPM. Diplomado en Implantología Clínica, UCM. Profesor Contratado Doctor de Patología y Terapéutica Dental II, UAX. Profesor de Integrada de Adultos y Pacientes Especiales, UAX. Profesor del Postgrado de Odontología Conservadora y Estética del COE de León.

Alfonso Alvarado Lorenzo es licenciado y doctorado en Odontología, UAX. Máster en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial, Universidad de Alcalá. Máster en Implantología Oral, Salud Bucodental-Alimentación, UPM. Diplomado en Implantología Clínica, UCM. Profesor Asociado de Ortodoncia, Universidad de Salamanca. Profesor del Máster de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial, Universidad de Alcalá.