



Dr. Mario Alvarado Lorenzo

Licenciado y Doctorado en Odontología. UAX.
Profesor Contratado Doctor de Patología y Terapéutica Dental II. UAX.
Profesor de Integrada de Adultos y Pacientes Especiales. UAX.

Dra. Rosana Araújo Álvarez

Licenciada en Odontología, UAX.

Dr. Alfonso Alvarado Lorenzo

Licenciado y Doctorado en Odontología, UAX.

Dra. Alba Marina Araujo Álvarez

Licenciada en Odontología, UAX.

Dra. Rosa María Vilarino Rodríguez

Doctorada en Medicina y Cirugía, UCM

Dr. José María Aguado Gil

Licenciada en Odontología, UCM.

Tratamiento multidisciplinar con injerto de tejido conectivo. A propósito de un caso

Resumen

La pérdida de una pieza dentaria en el sector anterior supone para la mayoría de nuestros pacientes no sólo un problema funcional sino un problema psicosocial, lo que es debido a la importancia estética y fonética que caracteriza estas piezas. En este artículo se describe la reposición de una pieza anterior con quiste y gran defecto óseo por un implante, destacando la importancia de combinar diferentes técnicas para conseguir resultados más satisfactorios a corto y largo plazo.

Palabras clave: Multidisciplinar, interdisciplinar, estética dental, injerto tejido conectivo.

Abstract

The loss of a tooth in the aesthetic area results, for most of our patients, in not only a functional but also a psychosocial problem which is due to the importance of these teeth in aesthetics and phonetics. In this article the reposition of an incisor with a cyst and great osseous defect by an implant is described, highlighting the importance of combining different techniques to reach better results in the long and short term.

Key words: Multidisciplinary, interdisciplinary, dental esthetics, connective tissue graft.

Introducción

La estética dental la situamos en el vértice de la pirámide de Maslow, que recoge la jerarquía de necesidades de las perso-

nas, desde un punto de vista motivacional. Para Maslow, las necesidades de las personas son de tres tipos: unas biológicas, otras de crecimiento y otras de autorrealización (1).

Hay ciertos casos que debido a su complejidad requieren un abordaje multidisciplinar del diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento para obtener resultados predecibles y cumplir las expectativas de estética y función del paciente (2). El interés por la estética dental ha aumentado rápidamente durante las últimas décadas por parte de pacientes y odontólogos. Se busca la creación de una apariencia natural de los dientes, lo que se ha vuelto un tema importante en distintas áreas de la odontología especialmente en prostodoncia y odontología restauradora (3). En caso de necesidad de reposición dentaria con cirugía plástica periodontal y colaboración interdisciplinar conseguiremos unos excelentes resultados estéticos (4).

En el caso que expondremos a continuación, el tratamiento seleccionado incluye la extracción de un diente reendodonciado con un quiste, para luego reponer la pieza con un implante osteointegrado utilizando técnicas de regeneración ósea guiada (ROG) e injerto de tejido conectivo (ITC) para evitar una situación de colapso a nivel del reborde vestibular. Finalizamos el tratamiento con restauraciones estéticas en la arcada antagonista.

Objetivos

1. Restituir la función, reponiendo la pieza afectada que presentaba movilidad y dolor, por un implante osteointegrado para lo que es necesario preservar el volumen óseo tras la

extracción 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 aceptable y en armonía con la corona sobre implante.

5. Mejorar la estética de la arcada antagonista cerrando los diastemas anteriores e igualando la forma de los cuatro incisivos superiores.

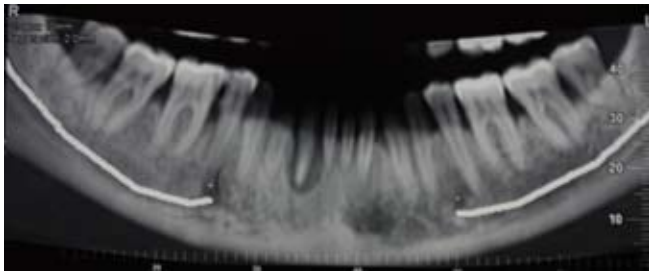


Figura 1.

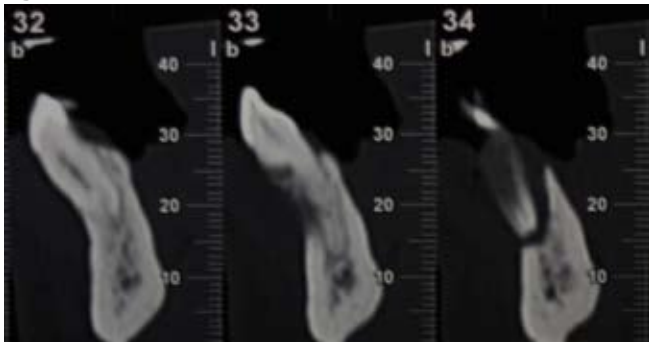


Figura 2.

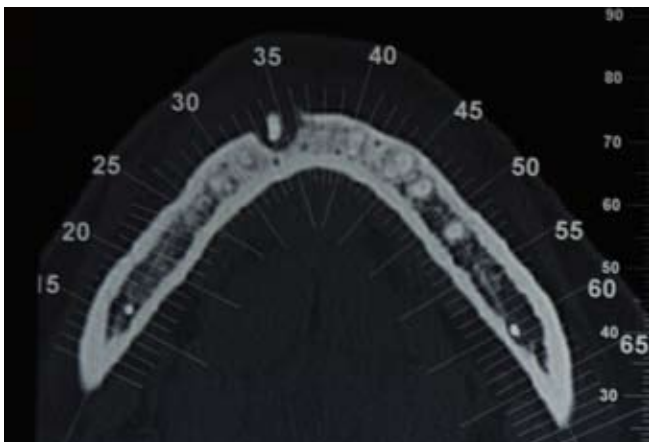


Figura 3.



Figura 4.

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 en la sociedad.

Caso clínico

Nos encontramos ante una paciente mujer, exfumadora, de 49 años con quiste periapical en la pieza 42 con retratamiento de endodoncia. También presentaba defecto de reborde (grado II de Miller) y una importante dehiscencia en la tabla vestibular con movilidad grado II, con la consiguiente recesión gingival (figuras 1-4).

Desarrollamos el tratamiento en 3 fases quirúrgicas y una fase final protésica.

Durante la fase quirúrgica primera realizamos la exodoncia del 42 y exéresis del quiste, legrando cuidadosamente. La reabsorción de la cresta alveolar se considera una consecuencia inevitable de la extracción dentaria, 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 demostrado mejorar la curación y modificar el proceso de reabsorción, previene el colapso del hueso alveolar y tejidos blandos, lo que causaría resultados estéticos inaceptables en la prótesis sobre implante (5). 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 Regeneración Ósea Guiada (ROG) para la que utilizamos una membrana reabsorbible Evolution® y un injerto óseo Apatos®, ambos de origen porcino. La barrera membranosa hace que la penetración de tejido sea exclusivamente desde el hueso mandibular, al tiempo que se excluye la proliferación de tejido fibroso del área. El injerto óseo no vital que hemos elegido tiene propiedades osteoconductoras al servir de andamiaje para la penetración de osteoblastos precursores en el defecto, este proceso va seguido de una reabsorción gradual del material injertado. Para terminar esta fase coloca-

mos un provisional tipo Maryland para la correcta conformación del tejido blando. En todas nuestras fases quirúrgicas trabajamos con hilo de sutura monofilamento no reabsorbible que presenta ventajas frente a otro tipo de suturas (6) y evita que el hilo actúe como una mecha para las bacterias. Usamos sutura de 5-0 y 6-0 porque trabajamos en zona estética y estas suturas más finas dejan menos cicatriz y son más cómodas para el paciente (figuras 5-8).

Después de 4 meses, procedemos con la fase quirúrgica segunda. Una vez disponemos de nuevo hueso maduro en la zona hacemos un Injerto de Tejido Conectivo para ganar espesor de encía y evitar futuras recesiones en el implante las cuales son muy difíciles de tratar. 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 estética (7). Las razones por las cuales hemos elegido un injerto de tejido conectivo subepitelial en lugar de un injerto libre epitelizado son; porque este recibe mayor vascularización, la he-

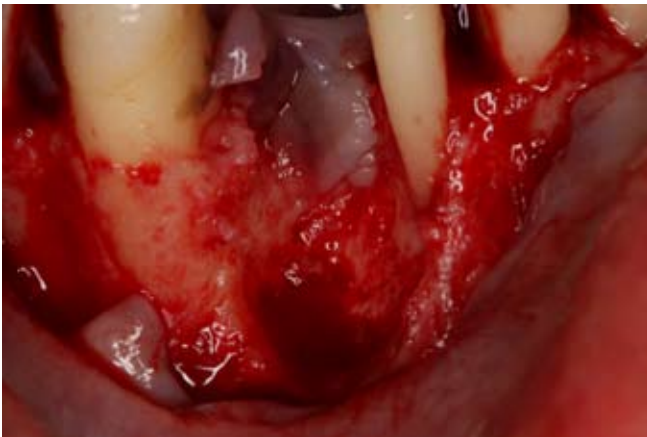


Figura 5.

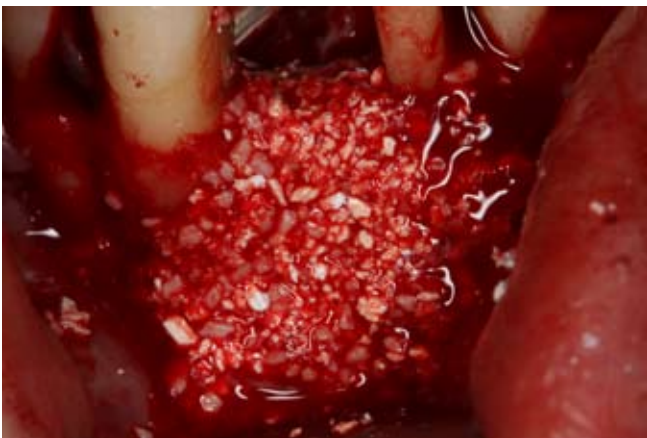


Figura 6.



Figura 7.



Figura 8.

rida palatina es menor y obtenemos mejor color en la zona, lo que es importante en este caso ya que se trata del sector anterior.

Una vez obtenido el injerto del paladar realizamos una incisión supracrestal de espesor parcial y colocamos el injerto verticalmente. Finalizamos esta segunda fase quirúrgica nuevamente con la colocación del Maryland (figuras 9-12).

Dos semanas después, en la fase quirúrgica tercera, colocamos un implante AVINENT® HI tipo OCEAN® de 3,5 mm de diámetro y 11,5 de longitud; un nuevo diseño autorroscante que favorece la estabilidad primaria, la cual es fundamental para la osteointegración del implante. Una vez colocado el implante, confeccionamos una corona provisional de fibra de composite DEI® Clever Fibre Composite® sobre el implante, el cual tiene mejores propiedades físicas que un composite convencional. De esta manera le otorgamos al implante la carga inmediata. Cabe destacar la importancia de crear un adecuado perfil de emergencia con nuestra corona provisio-



Figura 9.



Figura 12.



Figura 10.



Figura 13.

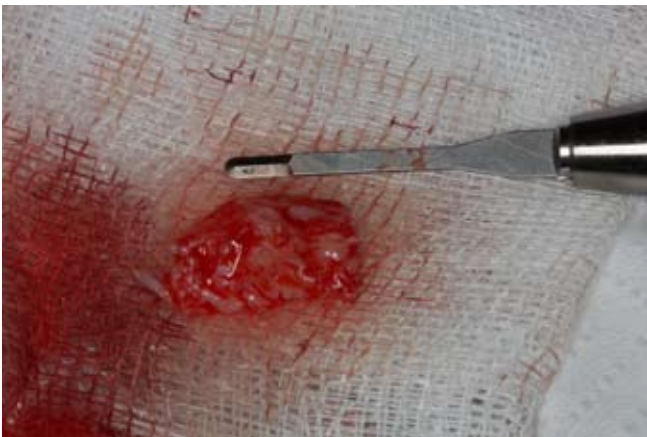


Figura 11.

nal de fabricación clínica para cuando vayamos a colocar la corona definitiva, la encía tenga una forma adecuada.

En la misma fase realizamos reconstrucciones estéticas en el sector anterosuperior en las piezas 12,11, 21 y 22 con carillas de composite CERAM X® DUO® mediante una llave

de silicona, utilizando una técnica de estratificación la cual es muy adecuada para este composite. Para decidir la mejor opción de tratamiento estético nos basamos en las peculiaridades de cada paciente teniendo en cuenta entre otros factores las proporciones áuricas (8). Las restauraciones de composite han demostrado ser duraderas y proporcionar buenos resultados estéticos (9) (figuras 13-16).

Tres meses después observamos en la fase final como 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 blando (10). Es ahora cuando colocamos la corona definitiva de metal porcelana sobre el implante, para la toma de color utilizamos la guía de colores VITA Toothguide 3D-MASTER® (figuras 17-18).

Después de un año observamos que utilizando distintas técnicas podemos obtener unos resultados satisfactorios y a la vez predecibles. Con la ROG después de 12 meses conseguimos una buena osteointegración alrededor del implante y resultados estéticos óptimos (11). El grosor óseo se man-

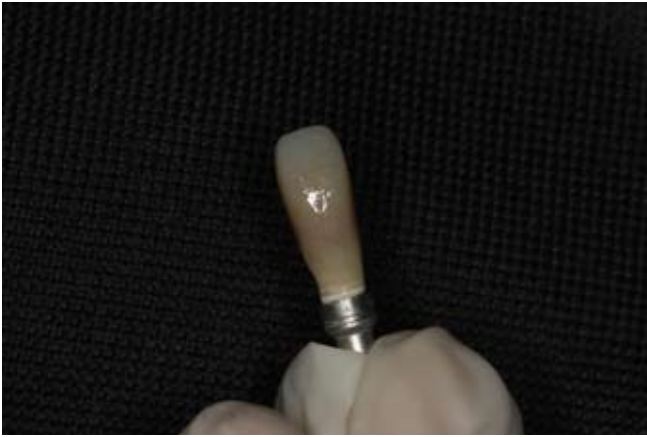


Figura 14.



Figura 17.



Figura 15.



Figura 18.



Figura 16.

tiene estable al igual que el nivel del margen gingival. No ha habido complicaciones del tipo periimplantitis ni de exposición del implante. Como se observa en la imagen ha mejora-

do la estética, también ha mejorado la función y la paciente está satisfecha. No obstante sería necesario evaluar este caso después de 5 años (figuras 19-20).

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 creando un resultado conjunto óptimo. También es importante para prevenir fracasos y complicaciones. En este caso gracias a la utilización de diferentes técnicas si se cumplieron los objetivos anteriormente expuestos. Mediante colaboración interdisciplinar se consiguen mejores resultados lo que aumenta el prestigio de la profesión. ●



Figura 19.



Figura 20.

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° 4 pag. 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): 22-8.
3. **Grzi R, Spalj S, Lajnert V, Glavici S, Uhac I, Pavici 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. **Mirkovi S, Mirkovi 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.
7. **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.
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. **Gargari M, Ceruso FM, Prete V, Pujia A.** Prosthetic-restorative approach for the restoration of tooth wear. Vdo increase, rehabilitation of anatomy and function and aesthetic restoration of anterior teeth. Case report. *Oral Implantol (Rome)* 2012 Apr; 5(2-3): 70-4.
10. **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.
11. **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.