

INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL EN IMPLANTOLOGÍA ORAL: REPORTE DE CASO CLÍNICO

SUBEPITHELIAL CONNECTIVE TISSUE GRAFT IN ORAL IMPLANTOLOGY: CLINICAL CASE REPORT

Guiselle Andrea Verástegui Baldárrago¹

¹Docente de la Escuela de Odontología. Universidad Jorge Basadre Grohmann, Cirujano Dentista, Maestro en Odontostomatología.

RESUMEN

La Implantología oral son procedimientos clínicos con el fin de restaurar el daño en las estructuras dentarias; sin embargo, existen situaciones donde es necesario incluir otras alternativas como la cirugía mucogingival para corregir defectos en la morfología y dimensiones de los tejidos blandos periimplantarios. Aumentar la cantidad de tejido queratinizado es uno de los objetivos de estos procedimientos. El caso clínico describe una paciente con implante en la pza. 3.4, en donde se realizó un injerto de tejido conectivo con el fin de aumentar el grosor del tejido vestibular. Una vez aplicada la técnica y el período post-operatorio, es evidente el aumento del tejido queratinizado, el cual provee una mejoría en la estética y soporte perimplantario. Sin duda, las ventajas del procedimiento son notables y también la mejoría de la funcionalidad de los tejidos gingivales.

Palabras clave: Implante dental, injerto conectivo, tejido queratinizado.

ABSTRACT

The oral implantology are clinical procedures in order to restore the damage in dental structures; however, there are situations where it is necessary to include other alternatives such as mucogingival surgery to correct defects in the morphology and dimensions of the peri-implant soft tissues. Increasing the amount of keratinized tissue is one of the objectives of these procedures. The clinical case describes a patient with implant in pza 3.4, where a connective tissue graft was performed in order to increase the thickness of the vestibular tissue. Once the technique and the post-operative period have been applied, the increase in keratinized tissue is evident, which provides an improvement in aesthetics and peri-implant support. Undoubtedly, the advantages of the procedure are remarkable and also the improvement of the functionality of the gingival tissues.

Keywords: Dental implant, connective graft, keratinized tissue

INTRODUCCIÓN

El resultado estético que se pretende con los implantes dentales en algunas ocasiones no es la deseada por el paciente, debido al déficit del hueso alveolar perimplantario. Sin embargo, existen situaciones en las cuales es posible obtener un resultado estético aumentando los tejidos blandos con técnicas de cirugías mucogingivales⁽¹⁾. Un aspecto fundamental para garantizar la longevidad en los implantes es la necesidad de una adecuada banda de mucosa queratinizada alrededor del implante dental⁽²⁾. Algunos

autores sugieren el uso de técnicas para el aumento de la mucosa queratinizada; sin embargo, no existe evidencia científica e punto de vista⁽³⁾. A partir de estos hallazgos, se argumentó que no existe suficiente evidencia en reproducir esta banda de tejido después de la colocación del implante dental⁽⁴⁾. No obstante, la observación de acúmulo de placa bacteriana alrededor de la restauración del implante y la inflamación del tejido blando conlleva a la necesidad de proveer una banda de tejido queratinizado para aumento del grosor del reborde alveolar alrededor de las restauraciones perimplantares, en tanto sea posible clínicamente⁽⁵⁾. Una

de estas alternativas consiste en el injerto de tejido conectivo subepitelial, el cual es un método empleado por muchos años para el aumento del grosor del reborde alveolar y recesiones gingivales. Esta técnica, descrita por primera vez en 1985 por Langer y Langer produce resultados estéticos predecibles⁽⁶⁾. Sin embargo, con el devenir de la tecnología algunos autores introdujeron modificaciones de la técnica conservando sus resultados clínicos. Entre las indicaciones de la técnica se encuentran: aumento del grosor del reborde alveolar, profundización del vestíbulo oral, eliminación del frenillo, obtención de encía insertada estética y cubrimiento de superficies radiculares expuestas⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente de 56 años de edad, de sexo femenino, acude a la Clínica de la Especialidad de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann (Tacna - Perú) en abril del 2017, por requerir tratamiento de restauración implanto soportada. Se realizó la historia clínica; durante la anamnesis, la paciente refiere presentar hipotiroidismo bajo tratamiento. Al examen clínico, observamos a una paciente de tez trigueña, con simetría facial, sin lesiones ni adenopatías aparentes. Al examen clínico intraoral presenta un estado de salud periodontal favorable, obturaciones con resina, y coronas completas. Se observa zonas edéntulas posteriores con reborde residual disminuido tipo III de Seibert, colapso de la tabla ósea de la pza 3.4, con disminución del grosor del tejido queratinizado (Figura 1). Al examen tomográfico con guía quirúrgica, se establece diámetro y altura adecuada para instalar implante dental (Figura 2).



Figura 1. Reborde residual Seibert, Calse III Pz 3.4

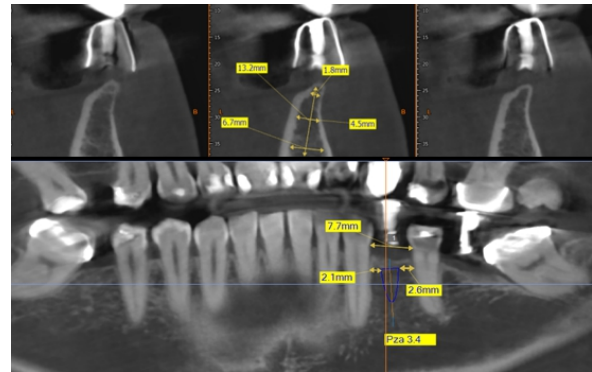


Figura 2. Exámen Tomográfico

El paciente fue notificado de las opciones de tratamiento y; luego de firmar el consentimiento informado, se procedió a realizar los siguientes tratamientos: FASE I: Educación y motivación, control de biofilm dental, instrucciones de higiene oral, destartraje. FASE 2: Colocación de implante dental en espacio edéntulo y colocación del cicatrizal FASE 3: Injerto de tejido conectivo en la zona vestibular para corregir el defecto. FASE 4: Colocación de corona atornillada definitiva. Luego de 20 días posterior a la colocación del implante dental y valorando el estado de oseointegración, no se reportaron complicaciones y la cicatrización del tejido blando fue apropiada (Figura 03).

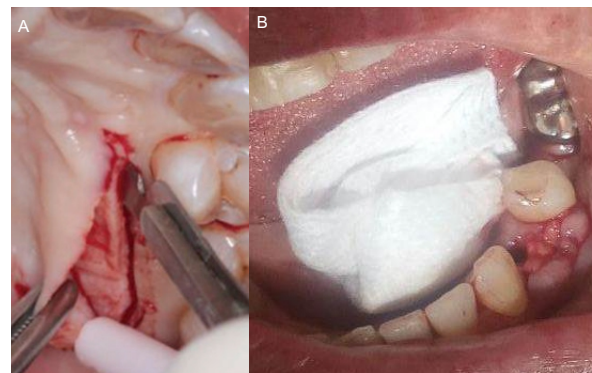


Figura 3. Intervención Qx. **A.** Zona Dadora. **B.** Zona Receptora
Fuente: Elaboración propia

Procedimiento quirúrgico para injerto de tejido conectivo

Después de 3 meses de cicatrización del implante se realiza el procedimiento quirúrgico en la zona vestibular del implante de la pza. 3.4, previa asepsia del campo operatorio y anestesia del sitio quirúrgico con lidocaína 2%, epinefrina 1:80.000, con hoja de bisturí N°15 y mango de bisturí N°3 Bard-Parker. Se realizó una incisión en la zona receptora sulcular sin descargas laterales respetando la zona papilar, extendiendo la incisión hasta el ángulo distal de las piezas adyacentes; se realizó el desprendimiento del colgajo a espesor parcial hasta pasar la línea mucogingival dejando un bolsillo. Dadas las favorables características histológicas del tejido conectivo en el área palatina se procedió a la obtención del tejido donante realizando una única incisión horizontal a espesor parcial a 4 mm del margen gingival entre el canino y primer molar superior; después, tomando el colgajo tipo sobre retiramos el tejido conectivo separándolo del epitelio con una hoja de bisturí y procedemos a suturar con hilo de seda 4-0 con nudos simples. Se sumerge el tejido conectivo en solución salina fisiológica y se procede a instalar el injerto en el lecho receptor con una sutura tipo marioneta inmovilizado el injerto, y se continuó luego con la sutura del colgajo de tipo colchonero vertical (Figura 4a, 4b, 4c).



Figura 4. Retiro de sutura (7 días posoperatorio)
Fuente: Elaboración propia

Seguimiento clínico

Luego de 10 días de post operatorio sin complicaciones, se observó un tejido en proceso de cicatrización (Figura 5). Luego de 6 meses se observó un notable aumento del espesor de la encía queratinizada comparable a la zona gingival del órgano dentario contralateral (Figura 6).

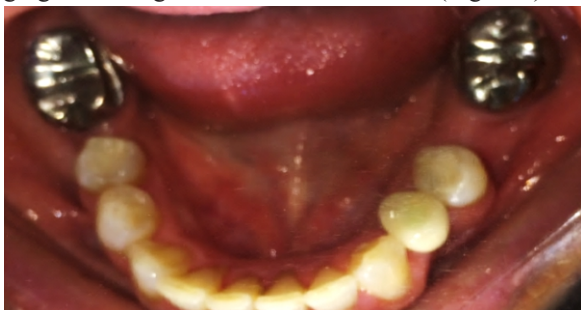


Figura 5. Posoperatorio seis meses de seguimiento
Fuente: Elaboración propia



Figura 6. Posoperatorio seis meses de seguimiento
Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

La significancia clínica del mantenimiento de la encía queratinizada en sitios que reciben implantes dentales es un tópico controversial. Estudios retrospectivos demuestran que estos implantes pueden tener una alta tasa de supervivencia irrelevante a las condiciones de tejido queratinizado.

Zigdon y Machtei⁽⁹⁾, en un estudio para valorar el efecto de la mucosa queratinizada sobre los implantes dentales, reportaron que el espesor de la encía queratinizada en los parámetros periodontales alrededor de los implantes no está esclarecido totalmente y que una mucosa delgada se asocia con la incidencia de recesiones gingivales.

Algunos autores concluyeron que el espesor del tejido queratinizado alrededor de los implantes dentales afectan a los parámetros clínicos en estos sitios especialmente donde el colapso alveolar puede convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de recesiones gingivales⁽¹⁰⁾.

Martin W.⁽¹¹⁾ reportó que los implantes dentales deben estar rodeados de un tejido queratinizado suficiente para aumentar su longevidad clínica y evitar algunas complicaciones derivadas como recesiones gingivales, infecciones post-operatorias, entre otras.

Dada esta evidencia se propone en el paciente la realización de la técnica de injerto de tejido conectivo subepitelial. Es importante aclarar que los resultados en este caso clínico usando la técnica de injerto de tejido conectivo subepitelial brinda un procedimiento alternativo sencillo y económico con efectos funcionales y estéticos. Además, también satisfacen las necesidades de tejido queratinizado para el abordaje de situaciones clínicas poco favorables en donde es deseable la longevidad del implante dental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Esposito M, Grusovin MG, Worthington HV, Coulthard P. Interventions for replacing missing teeth: bone augmentation techniques for dental implant treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(1):CD003607.
2. Wennstrom JL, Bengazi F, Lekholm U. The influence of the masticatory mucosa on the peri-implant soft tissue condition. *Clin Oral Implants Res.* 1994 Mar;5(1):1-8.
3. Chung DM, Oh TJ, Shotwell JL, Misch CE, Wang HL. Significance of keratinized mucosa in maintenance of dental implants with different surfaces. *J Periodontol.* 2006 Aug; 77(8):14.10-20.
4. Artzi Z, Zohar R, Tal H. Periodontal and peri-implant bone regeneration: clinical and histologic observations. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1997 Feb; 17(1):63-73.
5. Krygier G, Glick PL, Versman KJ, Dahlin CJ, Cochran DL. To minimize complications, is it essential that implant abutments be surrounded by keratinized tissue? *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1997 Jan-Feb;12(1):127.
6. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol.* 1985 Dec;56(12):715-20.
7. Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J Periodontol.* 1987 Feb;58(2):95-102.
8. Bruno JF. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1994 Apr;14(2):126-37.
9. Zigdon H, Machtei EE. The dimensions of keratinized mucosa around implants affect clinical and immunological parameters. *Clin Oral Implants Res.* 2008 Apr; 19(4):387-92.
10. Chung DM, Oh TJ, Shotwell JL, Misch CE, Wang HL. Significance of keratinized mucosa in maintenance of dental implants with different surfaces. *J Periodontol.* 2006 Aug; 77(8):14.17-20.
11. Martin W, Lewis E, Nicol A. Local risk factors for implant therapy. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2009;24 Suppl:28-38

Correspondencia:

Guiselle Anrea Verástegui Baldárrago
andrea_gis_4@hotmail.com

Fecha de recepción : 25 de julio de 2018

Fecha de aceptación : 08 de marzo de 2019