



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
ODONTOLOGÍA**

**INJERTO ROTADO DE TEJIDO CONECTIVO SUB EPITELIAL EN
IMPLANTOLOGIA ORAL, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA
DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, 2012.**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA E IMPLANTES**

AUTOR

CD. Juan Carlos Iparraguirre Paredes

ASESOR:

Esp. Luis Sueldo Gálvez

CHIMBOTE-PERU

2012

**INJERTO ROTADO DE TEJIDO CONECTIVO SUB
EPITELIAL EN IMPLANTOLOGIA ORAL, DISTRITO DE
CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO
DE ANCASH, 2012.**

RESUMEN

El tratamiento de recesiones gingivales atrae un gran interés no solo para los odontólogos sino también de los pacientes, los cuales muestran gran preocupación, principalmente al factor estético asociando a esta condición. Diversas técnicas han sido propuestas para la obtención del recubrimiento radicular, entre ellas, el injerto de tejido conjuntivo sub -epitelial, el cual se convirtió en una de las formas más difundidas entre los periodoncistas. El grado de recubrimiento es muy relativo, variando principalmente de acuerdo con las características clínicas y el grado de experiencia y destreza manual del cirujano.

Entre las ventajas asociadas a esta técnica resaltamos la facilidad de la técnica y la alta estética obtenida.

El presente reporte de caso de un paciente que consulta por tratamiento de rehabilitación bucal con implantes en donde es necesario la realización de un injerto de tejido conectivo sub epitelial con el fin de aumentar el grosor del tejido queratinizado y consecuentemente el mayor éxito clínico del implante. Una vez aplicada la técnica y dado el período post-operatorio de seguimiento es evidente el aumento del tejido queratinizado el cual provee un soporte peri-implantar adecuado conllevando a una mejoría en la función y posterior prevención de complicaciones poco deseables como recesiones gingivales.

Sin duda alguna, las ventajas del procedimiento son notables y también la mejoría de la funcionalidad de los tejidos gingivales peri implantares.

PALABRAS CLAVES:

Recesión gingival, injerto de tejido conectivo, Implantes Dentales.

ABSTRACT

The treatment of gingival recessions attracts great interest not only for dentists but also for patients, which show great concern, mainly to the aesthetic factor associated with this condition. Various techniques have been proposed to obtain the root covering, including sub-epithelial connective tissue grafting, which became one of the most widespread forms among periodontists.

The degree of coating is very relative, varying mainly according to the clinical characteristics and the degree of experience and manual skill of the surgeon.

Among the advantages associated with this technique we highlight the ease of the technique and the high aesthetics obtained.

The present case report of a patient who consults for oral rehabilitation treatment with implants where it is necessary to perform a sub epithelial connective tissue graft in order to increase the thickness of the keratinized tissue and consequently the greater clinical success of the implant.

Once the technique has been applied and given the post-operative period of follow-up, the increase in keratinized tissue is evident, which provides adequate peri-implant support, leading to an improvement in function and subsequent prevention of undesirable complications such as gingival recessions.

Undoubtedly, the advantages of the procedure are remarkable and also the improvement of the functionality of the peri implant gingival tissues.

KEYWORDS:

Gingival recession, connective tissue graft, Dental Implants

INTRODUCCIÓN

Los implantes Dentales, el sustituto artificial de la raíz de un diente perdido. fabricado con materiales biocompatibles que no producen reacción de rechazo y permiten su unión al hueso. La superficie del implante puede presentar diferentes texturas y recubrimientos, utilizadas habitualmente para aumentar su adhesión al hueso (osteointegración).

Al reponer los dientes perdidos por medio de implantes se conserva mayor cantidad de hueso alveolar ya que este se reabsorbe al no recibir ningún tipo de estímulo. Estos van “insertados en los tejidos bucales a través de la mucosa, periostio y colocados dentro del hueso para proveer retención y soporte a una prótesis fija o removible” (citado en www.actaodontologica.com).

El principio biológico de la osteointegración definida como contacto directo entre implante en titanio y hueso vivo sin interposición de tejidos blandos. “Esta conexión estructural y funcional entre el hueso y la superficie del implante se denomina: oseointegración, la cual fue descrita por Brånemark en 1969 y es uno de los avances más significativos de la odontología durante los últimos 30 años.

El resultado estético que se pretende con los implantes dentales en algunas ocasiones no es la deseada por parte del paciente, causado principalmente, por insuficiencia de hueso alveolar” (citado en www.actaodontologica.com).

“Diversas técnicas se han propuesto para aumentar la cantidad de hueso previo a una cirugía de colocación de implantes dentales las cuales muestran resultados clínicos significativos y perdurables en el tiempo. Sin embargo, existen situaciones en las cuales es posible obtener un buen resultado estético manipulando o aumentando los tejidos blandos con técnicas de cirugías mucogingivales.

Numerosos procedimientos se proponen para el diseño de colgajo, reconstrucción de papilas interdentes, aumento de los tejidos blandos; sin embargo, no existe consenso sobre la técnica que proporcione mejores resultados. Un aspecto fundamental para garantizar en la implantología bucal es la necesidad de una adecuada banda de mucosa ortoqueratinizada alrededor del implante dental” (citado en www.actaodontologica.com).

“Algunos autores sugieren el uso de técnicas para el aumento de la mucosa queratinizada, sin embargo, no existe evidencia científica suficiente que soporte este punto de vista. Roos-Jansaker en 2006 encontró una correlación entre el ancho de mucosa ortoqueratinizada y la incidencia de mucositis peri-implantar, lo cual sugiere que este aspecto se tenga en cuenta como un factor pronóstico en el planeamiento clínico del paciente en implantología oral.

Basados en los datos de investigaciones longitudinales sobre el éxito de implantes dentales, no se muestra una diferencia en la tasa de éxito de implantes colocados en la zona de mucosa oral ó gingival” (citado en www.actaodontologica.com) ortoqueratinizado.

“A partir de estos hallazgos se argumentó, entonces, que no existe suficiente evidencia para ofrecer soporte a la conducta clínica de colocar implantes dentales en zonas gingivales queratinizadas o reproducir esta banda de tejido después de la colocación del implante dental.

No obstante, la observación de acúmulo de placa bacteriana asociada a los tejidos mucosos móviles alrededor de restauraciones implantares y la subsecuente inflamación del tejido blando, conlleva a la necesidad de intervención clínica. Indudablemente, la cantidad de tejido mucoso en movimiento durante la función, es influenciado por determinado número de variables y es difícil de medir” (citado en www.actaodontologica.com).

“Teniendo en cuenta lo anterior se expresó consenso con respecto a esta situación fue proveer una banda de tejido ortoqueratinizado, para aumento del grosor del reborde alveolar, alrededor de las restauraciones peri-implantares en tanto sea posible clínicamente. Una de éstas 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, cubrir áreas de recesiones gingivales profundas y anchas. Ésta técnica, descrita por primera vez en 1985 por Langer y Langer produce resultados estéticos predecibles.

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 y la inserción muscular, obtención de encía insertada estética,

cubrimiento de superficies radiculares expuestas, aumento de la encía insertada en el aspecto lingual mandibular” (citado en www.actaodontologica.com).

“Es frecuente encontrarnos con deformidades o defectos en la cresta alveolar en el frente antero-superior que dificultan la restauración protésica de la zona afectada. El tratamiento de estos defectos intenta la reconstrucción de los tejidos duros y blandos del reborde desdentado para conseguir una dentición adecuada en cuanto a estética, función y salud.

Los defectos leves o moderados con poca pérdida de tejido duro se pueden resolver generalmente con aumento de tejidos blandos.

Sin embargo, los casos más graves o con pérdida importante de hueso en los que se opte por tratamiento implantológico es necesario el aumento de los tejidos duros y blandos, simultáneo o no a la colocación de fijaciones, en una o varias etapas.

El presente artículo describe un procedimiento quirúrgico mediante “Injerto rotado de tejido conectivo” (citado en ibecs.isciii.es) sub epitelial de paladar en implantología, para el aumento del tejido blando “en defectos localizados en la zona anterior del maxilar superior” (citado en ibecs.isciii.es).

“DESCRIPCIÓN DEL CASO” (citado en www.actaodontologica.com)

“Paciente sexo femenino de 24 años de edad, que asiste a la consulta por tratamiento de rehabilitación bucal integral” (citado en www.actaodontologica.com) y en tratamiento de ortodoncia. En sus antecedentes médicos familiares no reporta datos de relevancia clínica para el tratamiento “y en cuanto a los antecedentes médicos personales no reporta datos de relevancia al caso. A la valoración de antecedentes odontológicos personales refiere tratamiento quirúrgico de exodoncia por trauma dento-alveolar en zona de órgano dentario” (citado en www.actaodontologica.com) 2.2 hace aproximadamente 4 años, tratamiento ortodoncia y rehabilitación oral “sin complicaciones. Al examen intrabucal se denotan obturaciones con resina compuesta en órganos dentarios posteriores superiores e inferiores. Se valora el estado de salud periodontal de la paciente obteniendo un resultado favorable. Se observa colapso de la tabla ósea en zona” (citado en www.actaodontologica.com) vestibular y ausencia del órgano dental 2.2, con disminución del grosor del tejido ortoqueratinizado y reabsorción ósea

“Se realiza consentimiento informado al paciente, explicando las ventajas, desventajas, riesgos y posibles complicaciones del tratamiento quirúrgico, en el cual el paciente acepta: fase higiénica (control de placa bacteriana, educación en salud oral, raspado y alisado radicular), fase quirúrgica: colocación de implante dental de 2.95mm de diámetro, 13mm de longitud. Posterior a la colocación del implante dental y valorando el estado del tejido óseo, se procede a realización de técnica de cirugía” (citado en www.actaodontologica.com) de colocación del implante y colocación de injerto mucogingival. Desplazado.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

“Se realiza el procedimiento quirúrgico en zona posterosuperior Izquierda: previa asepsia del campo operatorio y anestesia del sitio quirúrgico con Lidocaína 2%, con epinefrina 1:80.000, con hoja de bisturí N°15c y mango de bisturí #3, se realiza una incisión de espesor total en el área de la encía marginal Supracrestal. Se realizan Una incisión verticales de aproximadamente 4 mm en el área del defecto las cuales se extienden en sentido apical a la línea mucogingival y el contorno de la incisión de base trapezoidal y por distal una incisión” (citado en www.actaodontologica.com) intrasulcular

hasta la Pza 2.3 se procede a realizar la cirugía de colocación de implante dental # de diámetro 2.9 y longitud de 13 mm se procede a colocar el implante se inicia con la fresa 2.3 hasta la fresa 2.6 y se procede a la colocación del implante y se procede a realizar el injerto de tejido conectivo teniendo como zona Donante la zona palatina del segundo cuadrante se realiza el procedimiento quirúrgico en zona posterosuperior.

“Se realiza una incisión sulcular en el área y se conectan estas dos incisiones verticales, continuándose con la preparación de un colgajo de espesor total, mientras que la punta de la hoja de bisturí se mueve suavemente en sentido coronal. Se mantiene contacto con el hueso para evitar la perforación del colgajo. Posterior a esto, se completa la incisión de espesor parcial al margen coronal, con las pinzas de tejido, levantando el margen coronal del colgajo. La punta del bisturí se dirige en sentido apical traccionando el colgajo suavemente para realizar una incisión de espesor parcial en sentido apical lentamente. Dadas las favorables características histológicas del tejido conectivo en el área palatina se procede a la obtención del tejido donante en zona de órganos dentarios canino y primer premolar, segundo premolar superior izquierdo hasta la primera molar ; posterior a esto se realiza primera incisión con hoja de bisturí N°3 de manera horizontal y asegurando una separación de 3 a 5 mm con respecto al margen gingival. Segunda incisión hasta el hueso, coronal a la primera incisión horizontal y perpendicular a la superficie de la encía. Se realiza incisión vertical en sentido mesiodistal para unir las dos incisiones horizontales previas, se levanta el colgajo a espesor parcial y se obtiene el tejido conectivo. Una vez tenido este tejido se rota hacia vestibular hacia el lecho receptor se estabiliza con seda 4-0 a través de nudos colchonero horizontal. Posterior a esto se corrige la forma del injerto de tejido conectivo según la forma del lecho receptor y se adapta al lecho. Se sutura con seda negra con nudos simples y se realiza hemostasia” (citado en www.actaodontologica.com) por compresión

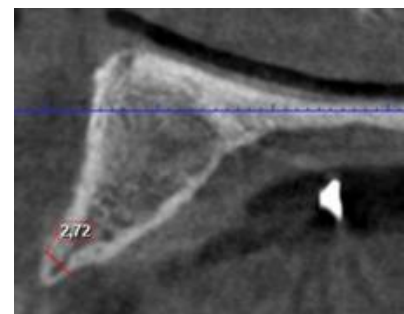
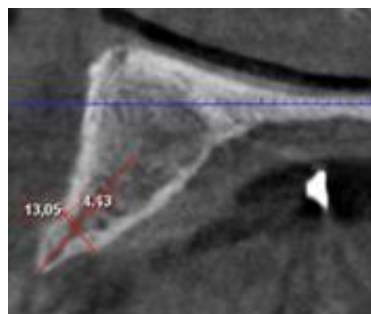
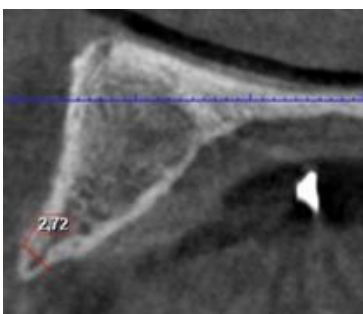
“Se indican las especificaciones post-operatorias con instrucciones en higiene oral, uso de enjuagues bucales, evitar el uso de hilo dental. Prescripción de analgésicos: etericoxib x 120mg tabletas, tomar una tableta cada 24 horas por 3 días. Antibióticos: amoxicilina, cápsulas 500mg, 21 cápsulas, tomar una cápsula cada 8 horas por 7 días.

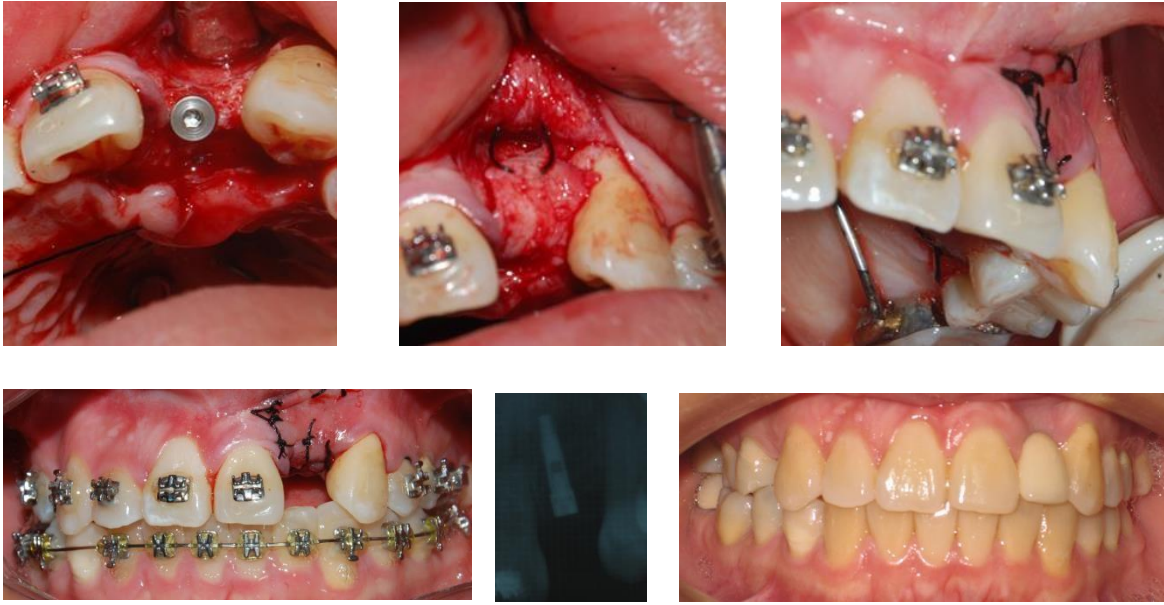
SEGUIMIENTO CLÍNICO Ocho días después del procedimiento la paciente asiste para control clínico sobre del área: se retira el hilo de Sutura y se observa tejido vestibular en proceso de cicatrización y tejido palatino donante en proceso cicatricial.

Quince días después de la terapéutica quirúrgica se denota tejido en proceso cicatricial sin embargo se denota el proceso de readaptación de los tejidos” (citado en www.actaodontologica.com).

“Un mes después el tejido sigue en proceso cicatricial y adosado a la superficie.

Ocho meses después se observa un notable aumento del espesor de la encía queratinizada comparable a la zona gingival del órgano dentario contralateral” (citado en www.actaodontologica.com).





“DISCUSIÓN” (citado en www.actaodontologica.com)

“La significancia clínica del mantenimiento de la encía ortoqueratinizada 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 . Sin embargo teniendo en cuenta factores como la cantidad de tejido mucoso móvil propenso al acumulo de placa bacteriana, los deseos estéticos del paciente y odontólogo, es importante la perspectiva quirúrgica en este tipo de situaciones a través de la utilización de técnicas de cirugía plástica periodontal. Zigdon y Machtei en 2008 en un estudio para valorar el efecto de la mucosa queratinizada sobre los implantes dentales, reportan 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. Reportan también, que la encía queratinizada es más propensa al desarrollo de recesiones gingivales cuando no se emplean técnicas mucogingivales para el aumento de su grosor. Concluyen por tanto, que el espesor del tejido queratinizado alrededor de los implantes dentales afectan los parámetros clínicos en estos sitios especialmente donde el colapso alveolar puede convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de recesiones gingivales. Dada esta evidencia se propone en el paciente la realización de la técnica de injerto de tejido conectivo subepitelial. Park en

2006, en un estudio para investigar la eficacia clínica del aloinjerto de matriz dérmica acelular en el aumento de la mucosa queratinizada peri-implantar incluyeron diez 10 pacientes entre 43 y 53 años de edad con menos de 2mm de encía en el aspecto vestibular obtienen como resultado el cambio de la media de encía queratinizada fue de 4.5 ± 0.7 mm a los seis meses de evaluación clínica 20. Es importante aclarar que este reporte de caso no brinda medidas volumétricas de aumento de encía insertada; sin embargo, los resultados obtenidos en este paciente con el uso de injerto de tejido conectivo subepitelial brinda una alternativa técnicamente sencilla, económica y con efectos funcionales y estéticos favorables. Martin en 2009, reportan 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 21. En este sentido, los cambios tisulares que la técnica de injerto conectivo subepitelial brinda; satisfacen las necesidades de tejido queratinizado peri-implantar para el abordaje de situaciones clínicas poco favorables en donde sea deseable implante dental para satisfacer necesidades funcionales y estéticas” (citado en www.actaodontologica.com).

“CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados clínicos obtenidos en este paciente mediante la técnica de injerto de tejido conectivo subepitelial provee una excelente alternativa y de pronóstico favorable en casos clínicos en donde existe colapso de las tablas óseas y disminución del tejido queratinizado en sentido vestibulo” (citado en www.actaodontologica.com) palatino.

“El procedimiento técnico resulta sencillo, siempre y cuando exista disponibilidad técnica y pericia por parte del operador” (citado en www.actaodontologica.com)”.

Palabras clave: Recesión gingival, injerto de tejido conectivo, Implantes Dentales. aumento de la cresta alveolar, injertos óseos, los implantes dentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carranza FA. "Clinical importance of periodontal trauma". Rev Asoc Odontol Argent; 1981.
2. Raetzke R. "Periodontal Recession--Prevalence, significance, causes and therapy ZWR"; 1985
3. Nabers C. "Repositioning the attached gingiva. J Periodontol"; 1954
4. Coslet JG, Rosenberg ES, Tisot R. "The free autogenous gingival graft". Dent Clin North Am; 1980.
5. Langer B, Langer L. "Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol"; 1985
6. Soehren SE, Allen AL, otros. "Clinical and histologic studies of donor tissues utilized for free grafts of masticatory mucosa. J Periodontol"; 1973.
7. Sullivan HC. "Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. Periodontics"; 1968.
8. Seibert JS. "Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part II. Prosthetic/periodontal interrelationships. Compend Contin Educ Dent"; 1983.
9. Miller PD Jr. "Root coverage using the free soft tissue autograft following citric acid application". Int J Periodontics Restorative Dent; 1985.