

## **Exodoncia + implante + injerto de conectivo simultáneo, con rehabilitación estética del frente anterior (Caso III)**

**(casos 1 y 2 publicados en MAXILLARIS en diciembre de 2007 y julio 2008, respectivamente)**



## Dr. Ramón Gómez Meda

Licenciado en Odontología. Universidad de Santiago de Compostela, 1996.  
Premio "Fin de Carreira da Xunta de Galicia á Excelencia Académica".  
Práctica privada en Ponferrada (León).  
formacion@cogomezmeda.com



Mujer joven que acude a nuestro centro con fractura del incisivo central superior derecho, un provisional para sustituir dicho diente, restauraciones protésicas antiestéticas en el 12 y el 22, composite en mesial y distal del 21.

La paciente no presenta datos médicos de interés ni es alérgica a medicamentos. Nos manifiesta su deseo de restaurar de forma estética los cuatro incisivos superiores. Para ello, colocaremos un implante en la pieza 11, simultáneo a la regeneración de los tejidos blandos, y emplazaremos nuevas prótesis sobre los dientes 12, 21 y 22.

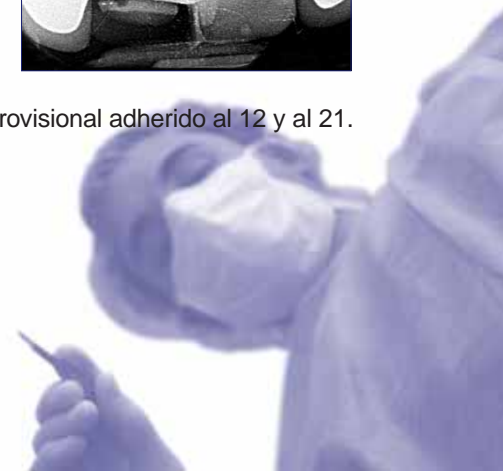
En el presente caso vamos a incidir de nuevo en el concepto de sobrecorrección de los tejidos blandos, para conseguir un resultado estético predecible a medio y largo plazo. De no sobrecorregir los tejidos blandos, tras uno o dos años, la corona implantosoportada será más larga que la de los dientes adyacentes (Jemt y Ueli).

En esta ocasión, a diferencia de anteriores casos clínicos (publicados en ediciones anteriores), vamos a combinar la restauración unitaria implantosoportada con prótesis adyacentes. Observaremos resultados similares. Recalcaremos también la falta de provisionalización directa sobre el implante y, al igual que en el caso publicado en julio de este año, observaremos que la falta del provisional directo sobre el implante no afectará para nada al resultado estético final a medio plazo. Observaremos también cómo los tejidos blandos tienen capacidad suficiente para adaptarse a la nueva situación protésica, en la que el perfil de emergencia varía de forma significativa.

En este caso, y a diferencia de otros en los que restauramos mediante prótesis atornillada ("aurobase" en el sistema Xive-Dentsply®), usaremos un pilar de titanio para cementar sobre la corona. La sobrecorrección de los tejidos blandos nos proporciona un grosor gingival suficiente para evitar tonos grisáceos en la zona gingival por translucidez derivada del pilar de titanio. Hay que recordar, sin embargo, que la tonalidad grisácea en la zona gingival muchas veces puede achacarse a la translucidez de un implante colocado demasiado vestibular o al escaso grosor de la encía y no al material que usamos como pilar. Esto nos hace pensar si verdaderamente es "imprescindible" o simplemente "deseable" un pilar de zirconio o cerámico para obtener resultados estéticos óptimos en prótesis implantosoportadas.



Radiografía panorámica inicial y vista en detalle. Observamos la fractura del 11 y el provisional adherido al 12 y al 21. También será necesario el retratamiento endodóntico de las piezas 12 y 22.





Vista frontal previa al tratamiento: a pesar de que aparentemente disponemos de suficiente encía en el 11 (pieza a reemplazar), ésta es insuficiente. De colocar un implante sin regenerar los tejidos blandos en sentido transversal, nos encontraremos a largo plazo con depresión gingival por vestibular y con los consiguientes efectos antiestéticos a nivel tridimensional en el conjunto de la sonrisa. Y no sólo eso: el riesgo de translucidez del implante o de un pilar de titano es mayor cuanto más fino sea el tejido gingival por vestibular del implante.



Vistas iniciales, lateral derecha y lateral izquierda.



Vista oclusal superior inicial y una vez retirado el provisional, previa a la cirugía.

# Ciencia y práctica

Observemos el contorno gingival por vestibular de los dos incisivos centrales. Nuestro reto es conservar ese contorno a medio y largo plazo. Para ello, realizamos un injerto de tejido conectivo utilizando la técnica en sobre.



Introducimos, a espesor parcial, el injerto de conectivo y lo estabilizamos (en este caso utilizamos sutura de seda 5/0).



La sonda periodontal nos señala la zona gingival de tejido blando sobrecorregido: es importante que, al final de la cirugía, el espacio protésico para la futura corona se vea corregido en altura si queremos remodelar esos tejidos blandos por presión, ya que no podemos hacerlo por adición.



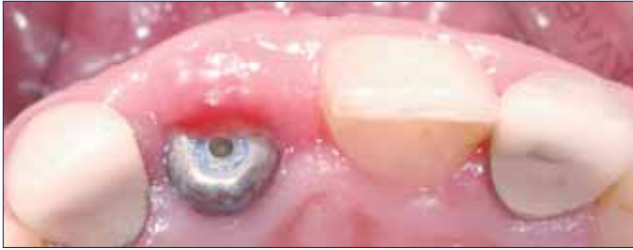
Implante de 3,8/13 mm y el injerto en su sitio. Radiografía de control.



Tres días después de la cirugía. Vistas vestibular y oclusal.



Vista en detalle en la que observamos la sobrecorrección, tanto en sentido vestibular como coronal.



Un mes después de la cirugía.



Un mes después de la cirugía.



Dos meses después de la cirugía: obsérvese que, a pesar de haber realizado una cirugía mínimamente invasiva, si comparamos estas fotografías con las anteriores observamos retracción de las papilas de los dientes adyacentes al implante.



Tres meses después de la cirugía: los tejidos blandos parecen deprimidos por vestibular del 11. Debemos recordar que sobre el implante sólo tenemos un tornillo de cicatrización. Con el pilar y la corona definitiva vamos a ensanchar el perfil de emergencia y desplazar esa encía hacia vestibular y coronal. Los pernos antiguos en el 12 y el 22 han provocado tinción de la dentina por oxidación.



Vistas del lecho implantario cicatrizado.



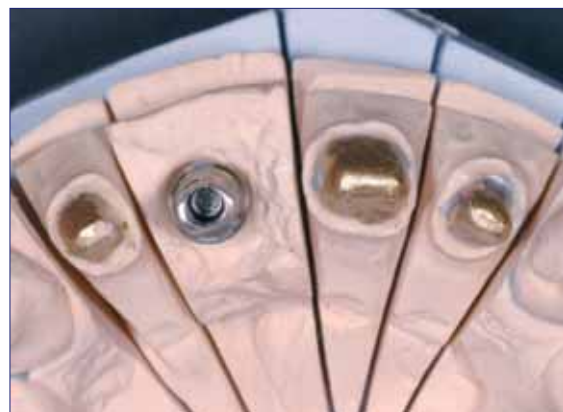
Pilar de titanio en su sitio.



Vista en detalle con el pilar de titanio fresado y preparado para recibir la prótesis definitiva.







Pilar de titanio en el modelo maestro.



Prótesis metal cerámica con hombros cerámicos  
(laboratorio de José Avelino Méndez).



Vistas vestibular y palatina de las coronas.



Prueba de bizcocho: ajustamos puntos de contacto y corregimos pequeños defectos, como el perfil de emergencia y el torque del 11, que incrementamos.



Prueba estética: el perfil gingival alrededor de las prótesis será importante para el resultado estético final, ya que la paciente muestra sonrisa gingival.



Tres meses después de la cirugía: día de la colocación de las prótesis definitivas. Se puede apreciar la pequeña isquemia en la zona de la encía del 11.



Un mes después de colocadas las prótesis



Dos meses después. La paciente nos comenta que la corona del 21 tiene una apariencia ligeramente más corta. Está en lo cierto, pero le comentamos que debemos esperar uno o dos años antes de valorar la necesidad de realizar una pequeña gingivectomía (algo muy poco frecuente). Los estudios de Ueli Grunder y de Jemt, como hemos comentado anteriormente, nos hablan de la ligera recesión que sufren los tejidos blandos en las coronas implantoportadas después de uno o dos años.



Cinco meses después, no se aprecia mejoría en los tejidos blandos.



Nueve meses después, la corona implantosoportada ya no aparenta ser tan corta. Apreciamos una leve mejoría en los tejidos blandos.



Dos años después de la cirugía. Los tejidos blandos se han perfilado y adaptado mejor a la restauración protésica aún después de un año.

Obsérvese que no hemos retocado la corona del 11 y que ahora aparece ligeramente más larga que hace un año. Esto se debe a la recesión de la encía en la zona de la corona implantosoportada (estudios de Ueli Grunder y Jemt). Con este caso clínico demostramos que los tejidos blandos, que en un principio parecen no mejorar demasiado, son capaces de madurar transcurridos intervalos de tiempo superiores a los seis meses. Por lo tanto, cabría replantearse la postura defendida por numerosos artículos científicos, que abogan por la colocación de provisionales durante periodos de entre cuatro y seis meses para buscar un resultado final en los tejidos blandos más predecible.

Si bien con los provisionales cumplimos una función de estética, fonética y remodelación de tejidos blandos, podemos asegurar que mejora la predicibilidad de los resultados a obtener pero no los garantiza de ninguna forma, pues nos obligaría a mantener provisionales en boca en intervalos superiores al año. Ueli Grunder, tras observar el comportamiento de los tejidos blandos en coronas implantosoporta-

das del frente anterior después de un año, concluye que la corona implantosoportada se alarga respecto a las coronas clínicas de los dientes adyacentes. Esto lo observamos en el presente caso clínico y en los casos publicados anteriormente por nosotros. Como conclusión, si buscamos un resultado estético óptimo a medio y largo plazo no es suficiente con lograr una corona implantosoportada de la misma longitud que el diente adyacente, como afirma Ueli, pues eso será sólo un resultado óptimo a corto plazo.

El presente caso clínico da un paso más y demuestra que no es suficiente tampoco la provisionalización por periodos de cuatro o seis meses, pues existen cambios a medio y largo plazos no previsible. El tejido blando es capaz de madurar por encima del año (véase caso publicado en julio de 2008). Por lo tanto, el provisional es de enorme ayuda en la predicibilidad del resultado a obtener (véase artículo publicado en diciembre de 2007) pero no una garantía.

(Bibliografía más extensa en el artículo publicado en julio de 2008 y a demanda de los interesados).



Vista lateral que nos muestra cómo después de dos años los perfiles gingivales en la zona del 11 y el 21 son similares.



## Conclusiones

El injerto de conectivo en sobre es una técnica útil para incrementar el volumen de encía, con lo que aumenta así la predictibilidad de nuestros tratamientos, pues un exceso de tejidos blandos nos permitirá crear un perfil ideal de emergencia en nuestra prótesis definitiva, que va a “empujar” la encía hacia arriba y recesionarla en parte, con las siguientes ventajas:

- **Predictibilidad:** aumento de la predictibilidad, es decir, lograr el resultado estético óptimo con un mayor índice de posibilidades, pues disponemos de cantidad suficiente de tejidos blandos.
- **Salud:** previene futuras recesiones de la encía vestibular. La encía, tras el injerto es más gruesa, más vascularizada y está mejor preparada para soportar microtraumatismos por higiene. Asimismo, la situación es más favorable con vistas a preservar los tejidos óseos adyacentes.

- **Estética:** la encía es más gruesa y, por tanto, menos translúcida, lo que evita el efecto grisáceo en caso de no utilizar pilares cerámicos o de zirconio.
- **Economía:** esto último redundará también en el menor coste de la prótesis definitiva. Pero no sólo eso, sino que no tendremos que usar múltiples provisionales, ni malgastar horas en la clínica modificándolos para preservar o evitar la recesión de los tejidos blandos.

En nuestra práctica clínica hemos observado que el provisional es sólo una “llave intermedia” hacia el fin último y nunca la clave para el resultado final. Cuando disponemos de tejidos óseos y blandos en cantidad y calidad adecuada ni siquiera es imprescindible un provisional ni una toma de impresión que registre la anatomía de esos tejidos blandos, como demuestra el presente caso.

Los tejidos blandos, siempre que estén soportados por el tejido óseo papilar y sean de calidad, se adaptarán rápidamente a la nueva situación de emergencia de la prótesis. Por supuesto, esto implica un perfil de emergencia proporcionado y no exagerado.