

**El *creeping attachment* papilar: manejo de tejidos blandos y su comportamiento a medio plazo**  
**Evaluación de un caso clínico tras cuatro años**  
**(y Parte II)**



# Ciencia y práctica

(Continuación de la primera parte del artículo,  
publicado en MAXILLARIS en el número 121 de mayo de 2009)

## Caso clínico

Paciente adulta, de 52 años de edad, sin antecedentes médicos de relevancia, que acude a consulta con el deseo de sustituir su prótesis parcial removible por prótesis fija implantosoportada. Se realiza el diagnóstico del caso e informamos a la paciente de la necesidad de

regenerar el hueso en la zona del seno maxilar izquierdo y, posiblemente, en la pieza 21, donde, eso sí, será imprescindible injerto de tejido conectivo<sup>9,16</sup> para sobre-corregir el defecto existente en sentido vestibulo-lingual (clase I de Seibert)<sup>2,17</sup>.

### *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





Casi dos años después de haberse negado la paciente a restituir la pieza número 15, acude a nuestra consulta por dolor e infección en la zona de la pieza 14, rehabilitada muchos años atrás con un tratamiento endodóntico e incrustación de oro. Decidimos la extracción de esa pieza.

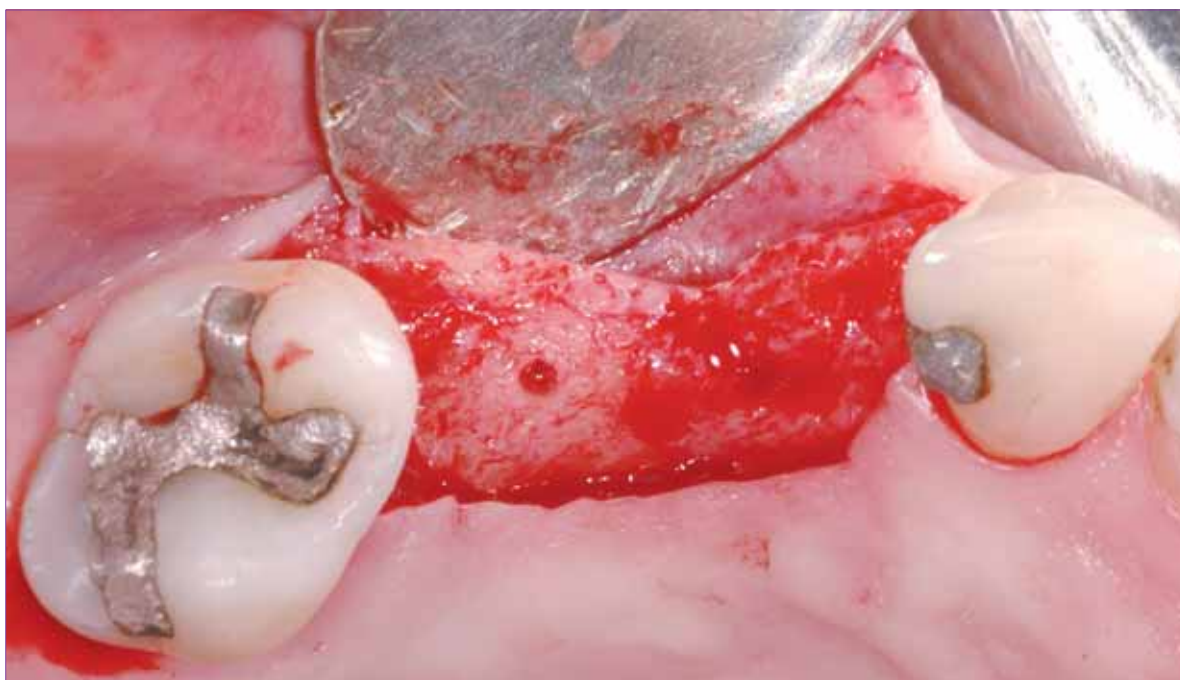


Un mes después de la extracción, los tejidos blandos todavía están maduros.

## Ciencia y práctica



Cuatro meses después de la extracción, imagen previa a la segunda cirugía.

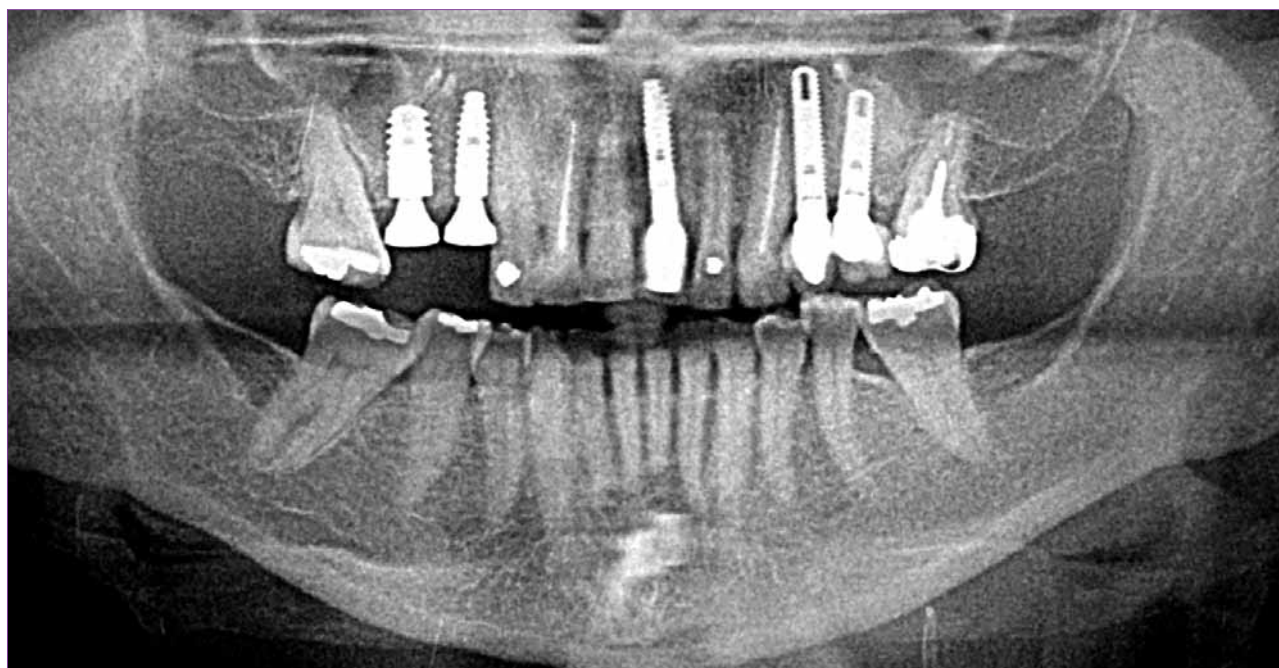


Obsérvese que cuando la paciente opta por esperar la maduración de los tejidos, la técnica se puede simplificar enormemente. De forma espontánea, el alveolo se ha regenerado sin necesidad de usar ningún biomaterial: PRP, PRGF, injertos epiteliales libres, etc. La pequeña depresión ósea por vestibular del proceso alveolar no afectará en ninguna manera a la longevidad de los implantes ni a la estética, pues lo compensaremos realizando cirugía plástica periimplantaria (fotografías inferiores).



Sutura con la técnica de Palacci<sup>®</sup> e hilo de nylon de 7/0.





Panorámica de control: implantes Ankylos A11 y B 9,5 (Dentsply Friadent®). Para la introducción del implante B 9,5 Ankylos fresamos aproximadamente 8 mm y aplicamos osteótomos, garantizando de esta forma no perforar la membrana del seno maxilar.



Día de retirada de la sutura, 10 días después de la cirugía.



Tres meses después de la cirugía, con la prótesis. En este caso se utilizó una prótesis atornillada sobre dos transepiteliales Ankylos.



Cuatro meses después de la cirugía.



Control un año después de la cirugía en 14 y 15.



Control tres años después de colocar las coronas en las piezas 24 y 25.



Control dos años después de colocar los implantes 14 y 15.



Control cuatro años después de colocar las coronas 24 y 25.

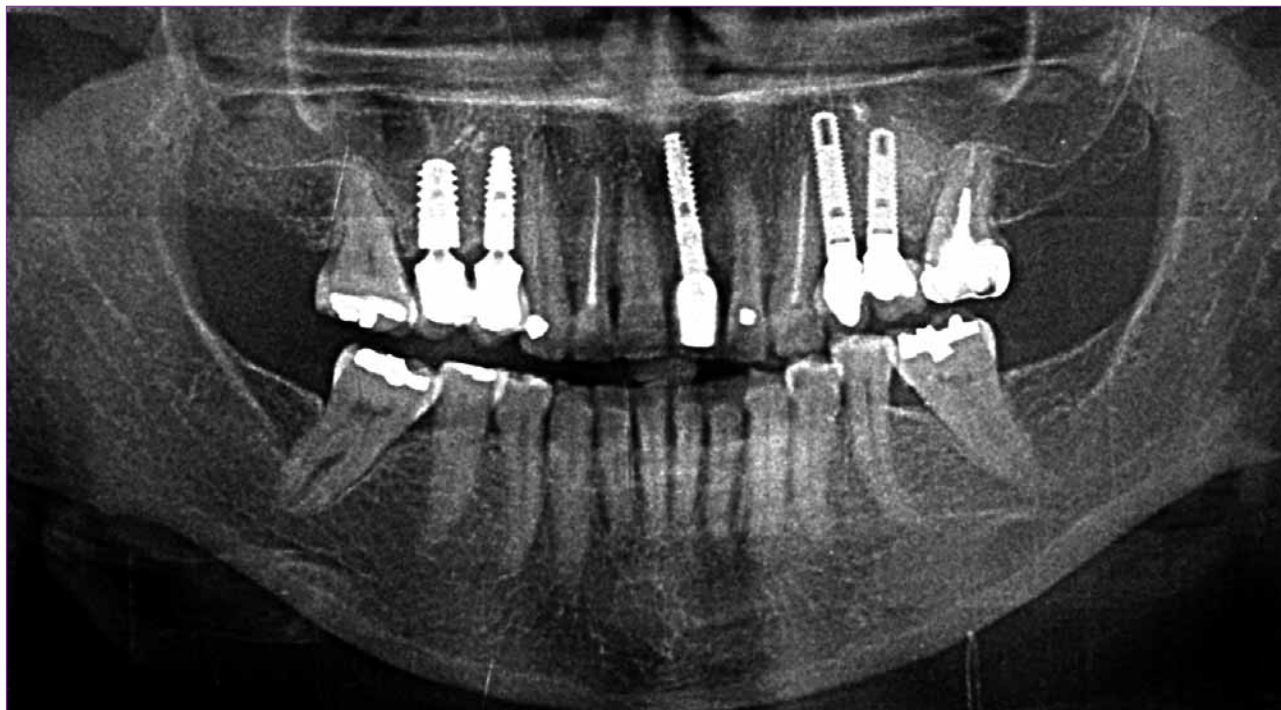


Cuatro años después, lejos de empeorar, la papila ha mejorado.

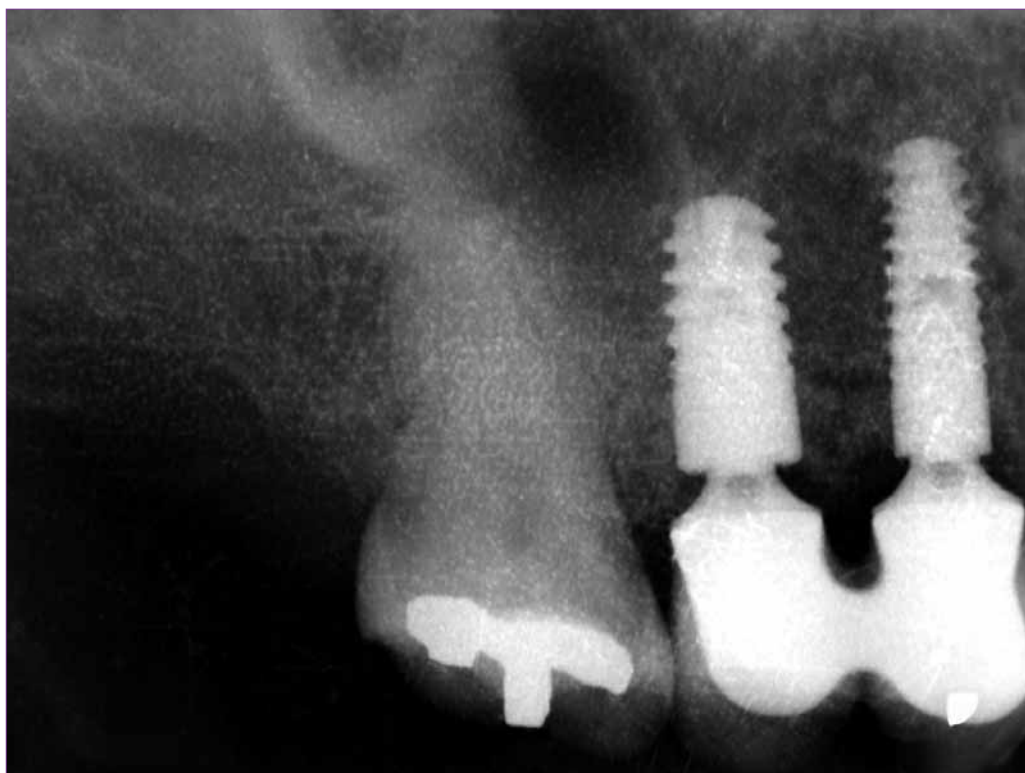


Sonrisa cuatro años después del tratamiento. Hemos aconsejado a la paciente realizar otros tratamientos estéticos: blanqueamiento interno de los dientes 12 y 23 y reconstrucción estética estratificada en mesial del 22.





Radiografía panorámica de control cuatro años después.



Observemos la reabsorción ósea en el hueso interimplantario. En los dos implantes Ankylos, cuya superficie está grabada en su totalidad y no en sentido transversal con un sistema de conexión en *switch platform*, podemos apreciar dos años después la presencia de papila ósea entre los implantes.





La ligera asimetría del borde incisal aporta un efecto de naturalidad. La paciente rechazó su modificación en la prueba de bizcocho.



Excelente cromatismo y caracterización de la corona del 21 (trabajo de José Avelino Méndez, Ponferrada).



La fotografía en blanco y negro nos aporta información sobre el valor de la prótesis implantosoportada.

Veamos la evolución del caso: vamos a observar cómo el hueco negro interincisivo se reduce a expensas del crecimiento de la papila interincisiva y maduración del tejido conectivo y encía queratinizada, por lo que se llega a producir un *creeping attachment* en la zona mesio-vestibular del incisivo central superior derecho. □



Situación preoperatoria con prótesis parcial removible.



Sin la prótesis.



El día que colocamos la corona implantosoportada. Recalcar de nuevo que no hemos usado un provisional sobre el implante (el provisional era su propia prótesis removible modificada).



Un mes después de la cirugía, comienzan a variar los tejidos blandos, pero la mejoría es inapreciable.



Siete meses después.



14 meses después de la cirugía.



Cuatro años después.

## Agradecimientos

A las doctoras María Varela Cruz y Sonia Liste Grela, que se han encargado de la revisión bibliográfica.

## Bibliografía

1. Gasparini, DO, DDS: *Injerto doble pediculado de tejido conectivo. Un nuevo abordaje para el aumento del reborde*. Int J Periodontics Restorative Dent. 2004;24:280/287.
2. Seibert J, Lindhe J. *Esthetics in periodontal therapy*. In: Lindhe J, Karring T, Lang N (eds. Clinical Periodontology and Implant Dentistry, ed 3. Copenhagen: Munksgaard, 1997:647-681.
3. Stein J, Nevins M. *The relationship of the guided gingival frame to the provisional crown for a single-implant restoration*. Compend Contin Educ Dent 1996; 17:1175-1182.
4. Salama H, Salama M. *The role of orthodontic extrusive remodeling in the enhancement of soft and hard tissue profiles prior to implant placement. A systematic approach to the management of extraction site defects*. Int J Periodontics Restorative Dent 1993; 13:312-333.
5. Salama H, Salama M, Kelly J. *The orthodontic-periodontal connection in implant site development*. Pract Periodontics Aesthet Dent 1996; 8:923-932.
6. Spear F, Mathews D, Kokich V. *Interdisciplinary management of single-tooth implants*. Semin Orthod 1997;3:45-72.
7. Buser D, Dula K, Belser U, Hirt H-P, Berthold H. *Localized ridge augmentation using guide bone regeneration. 1. Surgical procedure in the maxilla*. Int J Periodontics Restorative Dent 1993;13:29-45.
8. Nevins M, Mellonin JT. *Enhancement of the damaged edentulous ridge to received dental implants: A combination of allograft and the Gore-Tex membrane*. Int J Periodontics Restorative Dent 1992;12:97-111.
9. Langer B, Calagna L. *The subepithelial connective tissue graft*. J Prosthet Dent 1980;44:363-367.
10. Salama H, Salama M, Li T, Garber D, Adar P. *Treatment planning 2000: An esthetically oriented revision of the original implant protocol*. J Esthet Dent 1997;9:55-67.
11. Grunder U. *The inlay graft technique to create papillae between implants*. J Esthet Dent 1997;9:165-168.
12. Salama H, Salama M, Garber B, Adar P. *Developing optimal peri-implant papillae within the esthetic zone: Guided soft tissue augmentation*. J Esthet Dent 1995;7:125-129.
13. Tarnow DP, Eskow RN. *Preservation of implant esthetics. Soft tissue and restorative considerations*. J Esthet Dent 1996;8:12-19.
14. Bichacho N, Landsberg CJ. *Single implant restorations: Prosthetically induced soft tissue topography*. Pract Periodontics Aesthet Dent 1997;9:745-752.
15. Saadoun A, LeGall M. *Periodontal implication in implant treatment implants treatment planning for aesthetic results*. Pract Periodontics Aesthet Dent 1998;10:655-664.
16. Garber DA, Rosemberg ES. *The edentulous ridge in fixed prosthodontics*. Compend Contin Educ Gen Dent 1981;2:212-222.
17. Seibert J, Salama H. *Alveolar ridge preservation and reconstruction*. Periodontol 2000 1996;11:69-84.
18. Grunder U. *Stability of the mucosal topographic around single-tooth implants and adjacent teeth: 1-year results*. Int J Periodontics Restorative Dent 2000;20:11-17.
19. Bengazi F, Wennström JL, Lekholm U. *Recession of the soft tissue margin at oral implants*. Clin Oral Implants Rest 1996;7:303-310.
20. Jemt T. *Regeneration of the gingival papillae after single implant treatment*. Int J Periodontics Restorative Dent 1997;17:327-333.
21. Tarnow DP, Wagner AW, Fletcher P. *The effect of the distance from the contact point to decrease of bone on the presence of the interproximal dental papilla*. J Periodontol 1992;63:955-996.
22. Jenicek M. *Clinical case reporting in Evidence-Based Medicine*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1999.
23. Herrman I, Rangert B. *Dependable documentation sustains clinical performance: Only clinical follow-up can ensure predictable treatment result*. Global Forum 1997;11:4-5.
24. Palacci P. *Amenagement des tissus periimplantaires intérêt de la regeneration des papilles*. Real Clin 1992;3:381-387.