

Morfología Peri-implantar Inducida Protésicamente

Dr. Miguel Alfaro Cantón

Universidad de Costa Rica
Especialista en Prosthodontia
Ohio State University
Profesor de Cátedra Operatoria
Universidad Latina de Costa Rica

Introducción

Inicialmente el uso de implantes oseointegrados se limitaba al tratamiento de pacientes totalmente edéntulos. Los altos porcentajes de éxito demostrados por diferentes estudios,^{1,2} dieron pie al uso de los implantes dentales para el tratamiento de pacientes parcialmente edéntulos y en especial para el reemplazo de piezas individuales. La oseointegración de los implantes dentales es hoy día un proceso altamente predecible. Sin embargo, conseguir restauraciones estéticamente agradables por medio de implantes dentales es uno de los retos más grandes de la implantología moderna debido a la gran cantidad de factores que deben ser considerados. Entre los factores más importantes podemos citar la localización precisa del implante, cantidad, calidad y contorno de los tejidos blandos, volumen de hueso alveolar, línea de la sonrisa y el nivel de hueso con relación a las piezas vecinas.³⁻⁵

Para conseguir resultados estéticos óptimos en la zona anterior, las restauraciones deben estar enmarcadas por un contorno gingival y papilas interdentales que estén en armonía con la silueta gingival de las piezas vecinas.

De manera que, si se está en presencia de alguna deficiencia en la cantidad y calidad de los tejidos blandos, se deberán corregir quirúrgicamente antes de la confección de la restauración final. Estas correcciones pueden hacerse por medio de injertos de tejido conectivo en forma simultánea con la colocación del implante y en la cirugía de segunda fase para obtener un sobre-contorno de los tejidos blandos y posteriormente poder manipularlos y darles la

arquitectura deseada.^{3,4} Esta manipulación se puede hacer protésicamente por medio del sanado tisular guiado o por reconteorneo con presión selectiva.^{6,7}

El sanado tisular guiado se consigue al colocar restauraciones en contacto directo con el tejido blando durante el proceso de sanado. De esta manera la superficie de la restauración guiará el contorno de los tejidos en una forma más anatómica. Esto se puede lograr por medio de;

- 1) la colocación de prótesis con pónico esférico en forma inmediata después de la extracción dental,
- 2) la colocación de coronas provisionales el día de la cirugía de segunda fase y
- 3) por medio de reconteorneo gingival con turbina de alta velocidad (gingivoplastia rotatoria) y entrega de la restauración.⁶

El reconteorneo con presión selectiva se refiere a la fabricación de pilares individuales con contornos anatómicos ideales en el tercio cervical. Estos son llevados a boca y por medio de presión se consigue que los tejidos blandos adquieran el contorno deseado.⁷

En el presente artículo se describe un caso clínico en el que se utilizó la técnica de reconteorneo gingival con turbina de alta velocidad y entrega de la restauración definitiva con el fin de lograr contornos gingivales más estéticos.

Esta técnica está indicada en casos que presentan un exceso de tejido gingival queratinizado alrededor del tornillo de sanado (Figura 1).

Secuencia de tratamiento

La fase restaurativa se puede iniciar aproximadamente 2 semanas después de la cirugía de segunda fase. El tornillo de sanado es removido y se toma una impresión para transferir la posición del implante y copiar los tejidos blandos peri-implantares (Figura 2). Después de ensamblar el análogo del implante y el poste de impresión, se confecciona un modelo de los tejidos blandos inyectando un material resiliente (Permadyne, ESPE-Premier, Norristown, PA) alrededor del análogo antes de vaciar la impresión con yeso.

El modelo de tejido blando es contorneado con brocas para baja velocidad siguiendo los contornos gingivales de la pieza contralateral (Figuras 3 y 4) y siguiendo la anatomía del tercio cervical de la pieza a reponer (Figura 5).

Una vez que se contornea el modelo de tejido blando, se puede chorrear cera en el surco peri-implantar y alrededor de un pilar calcinable tipo UCLA (Figura 6) con el fin de obtener un pilar individual con contornos ideales en el tercio cervical y por ende una restauración con un perfil de emergencia más estético (Figura 7).

En la cita de entrega de la restauración se aplica anestesia infiltrativa, se remueve el tornillo de sanado y con una fresa de diamante en forma de llama y turbina de alta velocidad se procede a contornear el tejido gingival (Figura 8). Esta gingivoplastia se realiza siguiendo la arquitectura creada previamente en el modelo de tejido blando pero en menor proporción. De esta manera al entregar la corona cierta presión es ejercida gradualmente al ajustar el tornillo de retención (Figura 9) y la encía sanará siguiendo los contornos de la corona (Figuras 10 y 11).



FIGURA 2



FIGURA 7



FIGURA 3

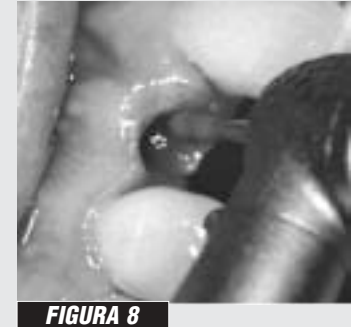


FIGURA 8

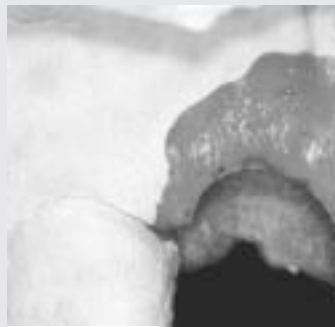


FIGURA 4



FIGURA 9



FIGURA 5



FIGURA 10



FIGURA 1



FIGURA 6



FIGURA 11

Discusión y conclusiones

En el presente caso se fabricó una corona retenida por tornillo sobre un implante de 4 mm de diámetro marca Calcitek (Sulzer Medica, Carlsbad, CA) en el cual se aplicó una combinación de las técnicas de sanado tisular guiado por medio de recontorneo con turbina y recontorneo por presión selectiva.

La finalidad de la gingivoplastia es crear un perfil de emergencia que gradualmente llegue, desde el implante, hasta el contorno de la corona deseado y duplique la arquitectura de los tejidos blandos adyacentes.

El "recontorneo por presión selectiva" es un término designado por el autor, para referirse a la técnica que consiste en aplicar presión a los tejidos blandos en zonas específicas, con el fin de remodelar los contornos gingivales y estimular la encía a migrar hacia las troneras gingivales para formar papilas interproximales.

Esta técnica se puede hacer tanto para coronas retenidas por tornillo, como para coronas retenidas por cemento, en las que se quiere optimizar los contornos gingivales con pilares fabricados en forma individual.

Otra ventaja del uso de esta técnica para coronas cementadas es que se controla la posición del margen gingival y se pueden corregir o camuflar cierta mal-posición de los implantes.

El éxito de esta técnica depende en gran parte de la colocación del implante, la cantidad y calidad de los tejidos blandos y del nivel de hueso alveolar en relación a las piezas vecinas, el cual determina la probabilidad de regeneración de la papila interdental. ❖

*Esta técnica
se puede hacer tanto
para coronas retenidas
por tornillo, como para
coronas retenidas
por cemento...*

Referencias

1. Branemark P-I, Zarb GA, Albrektsson T. Tissue integrated Prostheses: Osseointegration in Clinical Dentistry. Chicago, IL; Quintessence Publishing, 1985.
2. Adell R, Leckholm U, Rockler B, Branemark PI. A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Int J Oral Surg 1981;10:387-416
3. Grunder U, Spielman HP, Gaberthuel T. Implant-Supported Single Tooth Replacement In The Aesthetic Region: A Complex Challenge. Pract Periodont Aesthet Dent 1996;8(9):835-842
4. Salinas TJ, Sadan A. Establishing Soft Tissue Integration With Natural Tooth-Shaped Abutments. Pract Periodont Aesthet Dent 1998;10(1):35-42
5. Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papillae. J Periodontol 1992;63(12):995-996
6. Holloway JA, McGlumphy EA. Soft tissue Contouring For Aesthetic Single-Tooth Implant Restorations..Pract Periodont Aesthet Dent 1993;5(9):41-48
7. Lee EA. Transitional Custom Abutments: Optimizing Aesthetic Treatment In Implant-Supported Restorations. Pract Periodont Aesthet Dent 1999;11(9):1027-1034