



Restauración de implante unitario en zona estética: tratamiento multidisciplinario



Rodríguez-Vilaboa, Débora
Práctica privada, Clínica Vilaboa, Madrid.

Rodríguez-Vilaboa, Beatriz
Práctica privada, Clínica Vilaboa, Madrid.

Llorente, Amparo
Práctica privada, Clínica Vilaboa, Madrid.

Martínez-Corriá, Ramón
Práctica privada, Brånemark Osseointegration Center, Madrid.

RODRÍGUEZ-VILABOA, D., RODRÍGUEZ-VILABOA, B., LLORENTE, A., MARTÍNEZ-CORRIÁ, R. Restauración de implante unitario en zona estética: tratamiento multidisciplinario. *Cient Dent* 2010;7;2:113-119.

La Odontología actual no debe basarse sólo en aquellos conocimientos adquiridos durante la carrera universitaria, algún curso de formación continuada, junto con la habilidad y experiencia propia.

Hoy en día disponemos de evidencia científica en un gran número de áreas odontológicas de interés, cuyo conocimiento sumado a nuestra formación y experiencia previa nos va a ayudar a la hora de tomar decisiones en casos complejos.

El conocimiento de la Biología en las distintas interfases (implante-hueso, nivel óseo-encía, encía-corona) y su impacto en la estética, es esencial para hacer un buen diagnóstico y realizar un plan de tratamiento que prevea las áreas de conflicto, y las solventa. Sólo de esta manera, integrando la correcta y oportuna intervención de técnicas de distintas disciplinas: quirúrgicas, periodontales, ortodóncicas, restauradoras y protésicas, es posible obtener el resultado deseado por el paciente, y el dentista.

MOTIVO DE CONSULTA: *Paciente de 27 años que acude a la clínica por inflamación de la encía vestibular de su incisivo central superior izquierdo. El paciente nos informa de que le habían hecho la endodoncia hacía 17 años. Aunque no tenía gran sintomatología, el paciente estaba preocupado por su estética en caso de perder el diente.*

EXAMEN: *El examen clínico y radiológico reveló un absceso periapical en el 21, ya endodonciado, con presencia de lesión fistulosa (Fig. 1, Fig. 2). El paciente, con un buen estado de salud general, carecía de ninguna otra patología dental o periodontal. Se realizó un estudio estético extraoral el cual puso en evidencia la falta de coincidencia de las líneas mediofacial e interincisal, así como que la línea interincisal no era perpendicular al borde incisal, y que la línea de sonrisa era media-alta.*

El análisis estético intraoral reveló una oclusión clase 1 canina con sobremordida completa en la zona de incisivos con un resalte de 3 mm, biotipo periodontal medio, inserción periodontal conservada en 11 y 22, siendo el 21 más ancho que el 11, así como que la corona del 22 estaba inclinada hacia

Indexada en / Indexed in:

- IME.
- IBECS.
- LATINDEX.
- GOOGLE ACADÉMICO.

Correspondencia:

Débora Rodríguez-Vilaboa
Clínica Vilaboa, c/ Hermosilla 31, 28001, Madrid
info@clinicavilaboa.es

mesial. Los caninos superiores tenían diastemas mesiales, y finalmente, el margen gingival de 21 ya estaba más apical que el 11, anticipando que iba a haber una pérdida de tejido todavía mayor tras la extracción.

DIAGNOSTICO: Absceso crónico periapical en 21 con antigua endodoncia, recesión gingival en 21, malposición dental y asimetrías leves.

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO: Eliminar la infección, extrayendo el incisivo central, reemplazar el 21 con restauración sobre implante, consiguiendo una integración protésico-gingival que cumpla las exigencias estéticas del paciente.

PLAN DE TRATAMIENTO: Extracción atraumática del 21, preservación de alveolo, prótesis provisional para reemplazar el 21, colocación del implante, cirugía mucogingival con injerto de conectivo, reconstrucción con composite mesial de 11, provisional atornillado sobre el implante, pilar y corona Procera.

DESARROLLO DEL TRATAMIENTO: Se tomaron impresiones de alginato para preparar una prótesis parcial removible provisional para reemplazar el 21 tras su extracción. Se realizó una extracción muy cuidadosa sin incisiones liberadoras¹ y sin tocar la cortical vestibular. Para preservar el alveolo al máximo se puso injerto de hueso bovino y membrana de colágeno. A los 2 meses se colocó un implante Nobel Biocare en posición 21. Se informó al implantólogo de que se iba a reconstruir mesial del 11. Por lo tanto el implante se puso algo más hacia el 22 pero al menos a 2 mm de esta pieza para no perder inserción².

Tres meses después, se realizó una intervención de injerto de conectivo⁵ para aumentar el volumen gingival (Fig. 3).

Dos meses después se hizo un injerto de conectivo adicional (Fig. 4) para mejorar el resultado, y luego la reconstrucción mesial del 11. Se realizó la segunda cirugía (Fig. 5) y se puso un provisional atornillado.

Posteriormente se colocó un pilar Procera (Fig. 6) donde se cementó una corona de resina provisional para modelar los tejidos gingivales. cinco meses después se tomó la impresión definitiva y se cementó la corona Procera definitiva (Figs. 7 y 8).

RELEVANCIA CLÍNICA DEL CASO: El reto hoy en día no es solo reemplazar piezas perdidas con restauraciones sobre implantes bien integrados, asintomáticos y duraderos, sino devolverle al paciente la estética que ha perdido o va a perder. Tras una extracción, especialmente en la zona anterior, va a haber una depresión en sentido horizontal y vertical en el volumen gingival por reabsorción alveolar 1. En algunos casos, no anticipar esto, puede conducir a un resultado con estética deficiente.

Es de gran importancia detectar los problemas o limitaciones de cada caso para realizar el tratamiento más idóneo. En este caso, los factores favorables eran: nivel de inserción periodontal conservado en dientes⁴ adyacentes, bio-

tipo periodontal medio y zona edéntula ancha. Los factores desfavorables fueron: recesión gingival, ya existente en la pieza a extraer, línea de sonrisa media-alta y la gran exigencia estética por parte de este joven paciente. Después de la cementación final, todavía puede haber cierta remodelación de los tejidos³, sin embargo, debido al tratamiento realizado y a la secuencia elegida junto a la larga provisionalización, esperamos que ésta sea mínima.

El paciente tenía un 21 con pronóstico imposible, con ya una estética comprometida. Gracias a la coordinación de técnicas de distintas disciplinas, y su oportuna intervención, se ha podido obtener un resultado satisfactorio. Este resultado ha demostrado ser estable en las revisiones de siguientes años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Araújo MG, Lindhe J: *Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog.* J Clin Periodontol 2005; 32: 212-218.
2. Esposito M, Ekström A, Grondahl K. *Radio-*

logical evaluation of marginal bone loss at tooth surfaces facing single Branemark implants. Clin Oral Implants Res 1993;4:151-157.

3. Grunder U: *Stability of the mucosal topography around single-tooth implants and adjacent teeth: 1 year results.* Int J Periodontics Restorative Dent 2000;20:11-17.
4. Grunder U, Gracis S, Capelli M: *Influence of the 3-D bone-to-implant relationship on esthetics.* Int J Periodontics Restorative Dent 2005;25:113-119.
5. Langer B, Calagna L. *The subepithelial connective tissue graft.* J Prosthetic Dent 1980;44:363-367.



Figura 1: Imagen intraoral inicial.

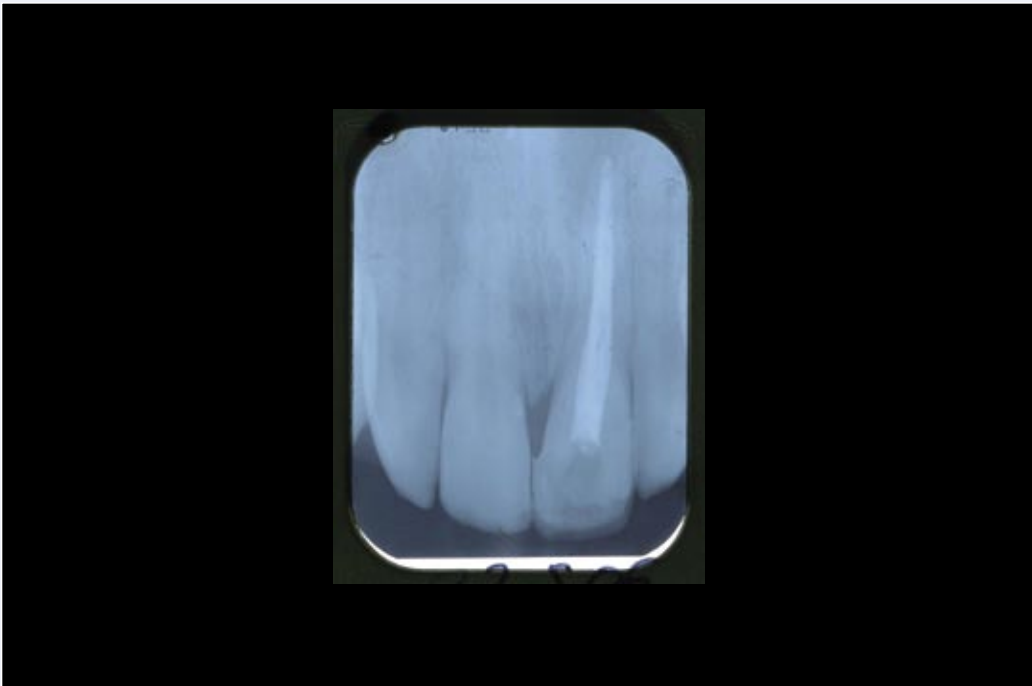


Figura 2: Radiografía de diente 21 con imagen periapical.



Figura 3: Imagen tras extracción de 21.



Figura 4: Una semana después de realizar el segundo injerto de conectivo.

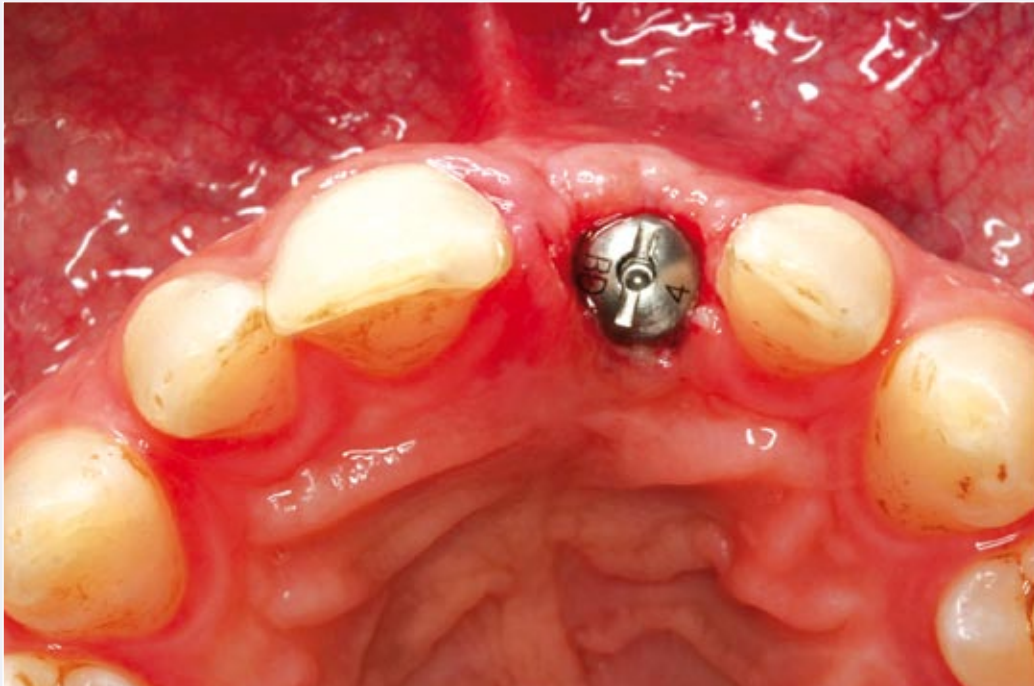


Figura 5: Imagen oclusal con implante colocado.



Figura 6: Pilar Procera.



Figura 7: Imagen intraoral tras cementar corona del 21 definitivamente.



Figura 8: Radiografía de control implante en 21.