

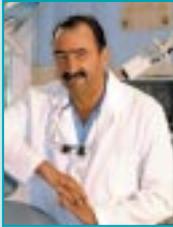


Técnicas de Periodoncia Aplicadas a la Implantología

Manejo de los tejidos blandos (2ª parte)

Colgajos Periodontales

DR. JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ



Médico estomatólogo.
Doctor en Medicina y Cirugía.
Cirujano oral y maxilofacial.
Periodoncia e Implantología exclusivas.
Director de la Clínica Gingiva. Madrid.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El paciente acude a nuestra consulta tras haber recibido en otra clínica dental un tratamiento protésico rehabilitador con prótesis fija a nivel del 11 y 12 y prótesis implantosoportada en el 21 y 22.

En la exploración clínica se aprecia hipertrofia inflamatoria en los márgenes gingivales con sangrado espontáneo y un defecto estético de la línea de la sonrisa ocasionado por el escalonamiento y falta de simetría de los márgenes protésicos.

En la exploración radiológica se aprecia una falta de ajuste tanto en la prótesis fija convencional como en la conexión de los pilares transeptiliales con el implante y con la prótesis implantosoportada.



25

COMENTARIOS A LA TÉCNICA

Ante la demanda del paciente para curar el proceso inflamatorio y mejorar el resultado estético se propuso el siguiente tratamiento:

- Fase desinflamatoria con raspado y alisado radicular del sextante.
- Eliminación quirúrgica de la inserción alta del frenillo.
- Gingivectomía y remodelación del margen gingival mediante un colgajo de reposicionamiento apical a nivel del 11 y 12.
- Sustitución de la prótesis implantosoportada mal ajustada por una prótesis temporal bien adaptada intentando crear la papila interdentalia.
- Confección de coronas de porcelana sobre muñones y pilares Procera.



Se inició el procedimiento quirúrgico realizando la eliminación del frenillo superior y dibujando con el bisturí la línea de la sonrisa ideal en relación a la prótesis implantosoportada.



Se realiza el alisamiento radicular definitivo y se eliminan, con fresa de banda azul del sistema Periojet de Intensiv, los márgenes desbordados de la prótesis fija.

Si es necesario se realizará osteotomía remodeladora para evitar el contorno gingival plano.



Se realizaron incisiones festoneadas a bisel interno ajustadas a esta línea de sonrisa ideal.



Todos estos pasos se llevan a cabo en la vertiente palatina.



Se levanta un colgajo de espesor total y se eliminan con incisiones intrasulculares e interdentarias los rodetes gingivales.



El colgajo se reposiciona con puntos sencillos con sutura monofilamento.



Imagen a los siete días, previa a la retirada de suturas. Se ha construido una nueva línea del margen gingival armónica con el nivel de los tejidos blandos de la prótesis implantosoportada.



Imagen de la impresión. El técnico atornillará las réplicas de los pilares transepiteliales...



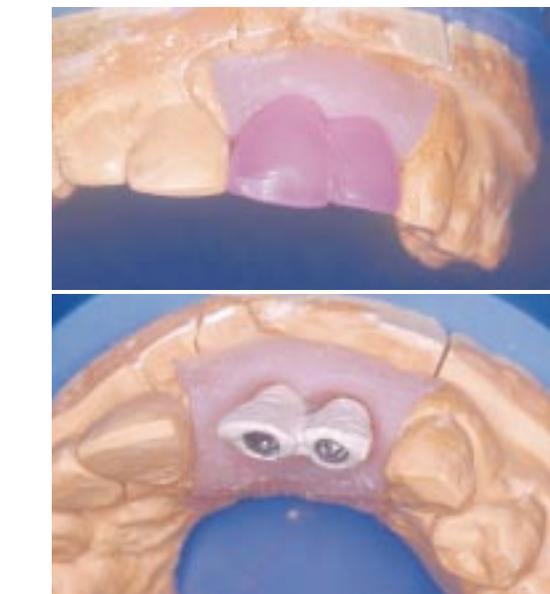
...y se realizará el vaciado para confeccionar el modelo de trabajo.

Durante el periodo de cicatrización inmediato se levantó la prótesis mal ajustada implantosoportada. Se ajustaron los pilares transepiteliales Esteticone y se volvió a tomar impresión de estos pilares para la confección de una prótesis temporal.



Se procede, con la ayuda de un encerado diagnóstico, a realizar la estructura metálica de la prótesis temporal.

Se comprueba el ajuste de las transferencias a los pilares mediante radiografía. Para asegurar la precisión de la impresión se ferulizan ambas transferencias con resina DuraLay.





La prótesis temporal se termina con el cubrimiento acrílico.



Imagen vestibular de la papila neoformada.



Imagen a los 30 días.



Imagen oclusal de los tejidos. Obsérvese la maduración de los tejidos periimplantarios.



28

Con el fin de crear una papila interdentalia entre ambos implantes, se fue progresivamente aumentando el nicho interdentario de la prótesis temporal.



Imagen transcurridos tres meses. Se aprecian ciertas zonas queloides, que precisarán de un remodelamiento mediante gingivectomía (próxima ficha clínica).

