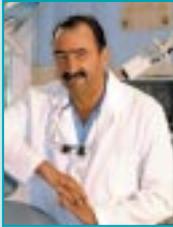




## Técnicas de Periodoncia Aplicadas a la Implantología IGL Convencional en Mucositis Periimplantaria (4ª parte)

DR. JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ



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

Paciente portador de una sobredentadura retenida por una barra implantosoportada, que presenta hipertrofia gingival, mucositis periimplantaria y falta de encía adherida alrededor de los implantes.



Con el bisturí de Bard Parker creamos el lecho receptor, realizando una disección en el fondo del vestibulo, para dejar una amplia superficie ósea cubierta por su periostio.



Se inicia la intervención con la eliminación de los tejidos hipertroáficos, mediante una gingivectomía con el bisturí de Kirkland.



El borde externo del colgajo se sutura en el fondo del vestibulo mediante puntos en cruz, con sutura reabsorbible.





El borde superior será también estabilizado con puntos sencillos anclados en el periostio.



El injerto se estabiliza en el lecho receptor mediante puntos sencillos y puntos en aspa, anclando cuidadosamente la sutura en el periostio.



Se obtiene el injerto palatino según la Técnica de Langer.



Con la ayuda de la propia barra y la protección del papel estéril de aluminio, podemos estabilizar un apósito o cemento quirúrgico.



Imagen del injerto con la banda epitelial y el faldón de tejido conectivo.



Imagen de la herida palatina a la semana de la intervención.



La herida palatina se sutura con puntos en aspa para conseguir la hemostasia primaria y facilitar su rápida cicatrización.



Imagen a los siete días de realizar la intervención.



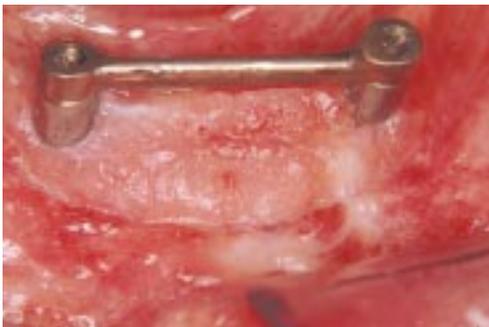
Imagen a los quince días.



Imagen a los treinta días.



Imagen al año de realizar la intervención. Se ha creado una banda de encía adherida alrededor de los implantes y se ha profundizado el fondo del vestíbulo.



Situación inicial del caso.



Paciente con un inicio de periimplantitis. Presencia de abundante placa alrededor de los pilares transeptiliales y falta de sellado periférico por ausencia de encía adherida queratinizada periimplantaria.



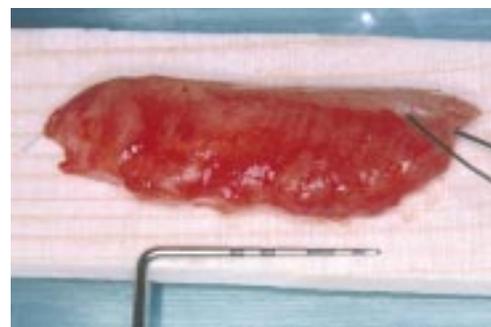
Imagen del lecho receptor creado. Debemos evitar la exposición del hueso, conservando el periostio fino y sin restos de inserciones musculares.



Se obtuvo un injerto grueso con la técnica convencional (espesor total).



Obsérvese el grosor del injerto obtenido.





Para duplicar la longitud del injerto y así poder cubrir la amplia herida del lecho receptor...



...con la ayuda de depresores linguales de madera y un bisturí, podemos dividir el tejido en toda su longitud, duplicando la misma.



Imagen a los siete días.



Imagen a los treinta días.



Imagen del injerto a los seis años (cortesía del Dr. Pedro Barrio, de Logroño).



Los injertos se estabilizan con puntos sencillos.

