

## Implante unitario inmediato en sector maxilar anterior: incisión de acceso apical independiente

Francisco Torres Lear<sup>a</sup>, Cristina Barona Dorado<sup>b</sup>, José M.<sup>a</sup> Martínez-González<sup>c</sup>,  
Fernando Fernández Cáliz<sup>d</sup> y Dra. María Marín Ruíz<sup>e</sup>

*Para el reemplazo dental maxilar anterior, en el caso en que la encía presente unas características volumétricas y posicionales aceptables, puede considerarse ideal utilizar un protocolo de implante inmediato sin incisiones con intención de mantener dichas condiciones gingivales.*

*En ocasiones es necesario acceder a la región apical en dientes con un marco periodontal correcto y que serán reemplazados por implante, por ejemplo para garantizar la completa eliminación del proceso patológico periapical o para asegurar el correcto empleo de materiales de regeneración.*

*En este trabajo se describe la utilización de una incisión festoneada biselada de acceso apical independiente (IFBAAI) en el entorno de la línea mucogingival que permite ganar acceso apical a la vez que minimiza el riesgo de pérdida de la posición y volumen gingivales previos a la exodoncia.*

(Quintessenz. 2007;(10):000-000)

### Introducción

La implantología inmediata en el grupo maxilar anterior con un gap alvéolo-implantario menor de 2mm<sup>1</sup> permite un mantenimiento del hueso mayor que la diferida<sup>2</sup>. Con respecto a los tejidos blandos la apariencia puede ser más

natural con la inmediata<sup>3</sup>, frente a no excelentes resultados con implantes en dos fases<sup>4</sup>, y las tasas globales de éxito serían al menos similares que con la diferida<sup>5,6</sup>, con lo que podría admitirse que la carga inmediata del implante inmediato parece contribuir al mantenimiento de la altura y el volumen gingivales previos a la exodoncia dental<sup>7,8</sup>. Probablemente son varios los factores<sup>9</sup> que influyen en el logro del buen resultado estético y uno de ellos podría ser la ausencia de incisiones<sup>10</sup>.

En la clínica diaria se presentan situaciones en las que son necesarias las incisiones para ganar acceso óseo, con lo que existe riesgo de alterar la morfología gingival. Si la encía nos parece adecuada y necesitamos ganar acceso apical puede practicarse una incisión festoneada biselada con acceso apical independiente, IFBAAI, para respetar la encía marginal.

Puede ocurrir que los signos clínicos recogidos durante la exploración permitan sospechar una dehiscencia ósea gracias al sondaje, que con frecuencia coincide con la zona de la lesión o defecto subgingival.

En ese caso, cuando se sospecha una dehiscencia ósea deberá confirmarse sondando después de la exodoncia, con intención de practicar, por ejemplo, una incisión sulcular con descarga biselada de cambio de dirección en la base de la papila, que nos permitiría el tratamiento óseo que corresponda.

Este enfoque consigue mantener resultados aceptables de rutina a pesar de agredir a la encía marginal pero, no obstante, podría considerarse que el tratamiento ideal para conservar las papilas sería «no tocarlas». Por tanto conviene descartar antes de la exodoncia una dehiscencia ósea en los casos en que es previsible necesitar el acceso apical.

Cuando se necesita acceso apical el clínico podrá decidir practicar una incisión apical independiente antes o después de la exodoncia. Pero esta incisión no sería adecuada para tratar dehiscencias óseas.

<sup>a</sup>Profesor Asociado de Cirugía. Facultad de Odontología. Zaragoza.

<sup>b</sup>Profesora Asociada de Cirugía. Facultad de Odontología. UCM.

<sup>c</sup>Profesor Titular de Cirugía. Facultad de Odontología. UCM.

<sup>d</sup>Profesor Colaborador de Cirugía. Facultad de Odontología. UCM.

<sup>e</sup>Doctora en Odontología. Práctica Privada. Madrid.

Correspondencia: Francisco Torres Lear

Independencia 5 Etlo.

50001 Zaragoza.

Coreo electrónico: ftorresl@cepymenet.net

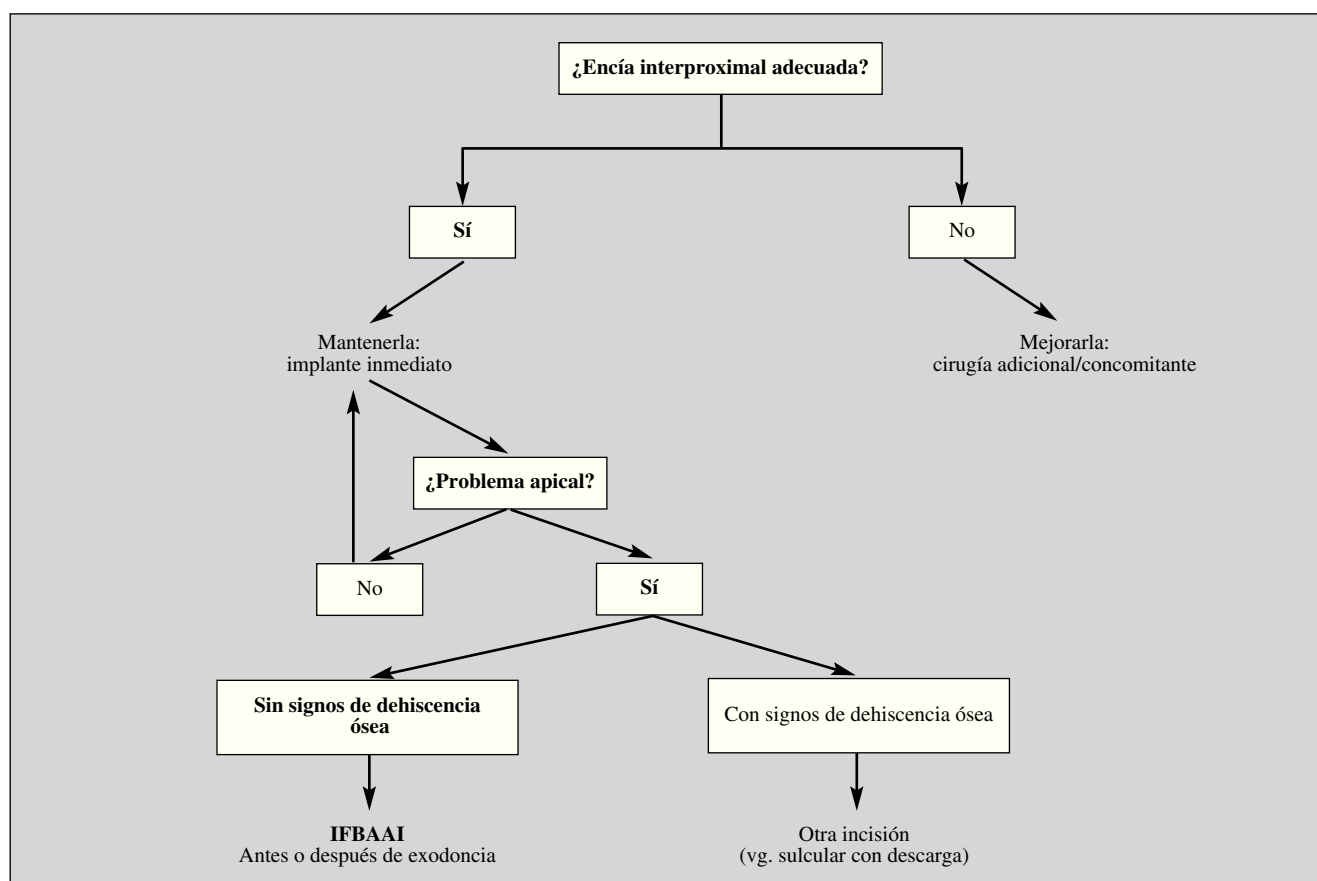


Diagrama de actuación ante una raíz dental necesitada de reemplazo por implante en sector maxilar anterior.

Si, a pesar de una imagen radiológica de patología periapical, no existe fístula clínica ni sondaje anómalo que pudiera indicar una fenestración ósea, el clínico puede optar por la implantología inmediata para mantener la morfología de las papilas. Practicada la exodoncia debe-

rá sondar el interior del alvéolo para confirmar la integridad de las paredes óseas y proceder a la instalación del implante.

Pero cuando aparece una fístula a la vez que una imagen radiológica de patología periapical y el sondaje es



Figura 1. Situación inicial. Las condiciones gingivales son aceptables y deben conservarse.



Figura 2. La fístula periapical de 22 se corresponde con la imagen radiológica de la figura 5.

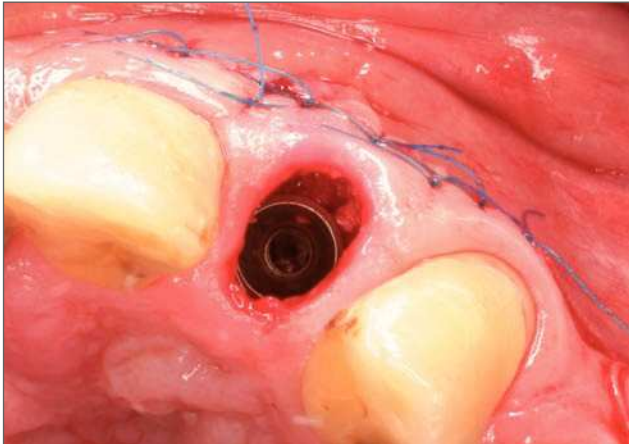


Figura 3. Incisión apical independiente que permite controlar el periápice sin comprometer las papilas.



Figura 4. Incisión apical festoneada y biselada suturada con puntos sueltos con monofilamento 6/0.



Figura 5. Huellas radiológicas de tratamiento apical previo.



Figura 6. Implante con pilar provisional y corona atornillada en posición.

negativo para dehiscencia ósea, el clínico podrá optar por practicar una incisión apical independiente, modificada a partir de incisiones clásicas en apicectomías<sup>11,12</sup>, antes o después de la exodoncia, sospechando que con frecuencia la fístula lleva aparejada una fenestración ósea.

Practicar la IFBAAI antes de la exodoncia<sup>13</sup> podría facilitar la limpieza de la zona: con el acceso apical ganado el clínico puede disecar el tejido periapical despegándolo de las paredes óseas, lo que puede aumentar las posibilidades de que dicho tejido venga íntegramente con la raíz, además de facilitar la propia exodoncia por la posibilidad de empujar desde el ápice.

Sin embargo también podría optarse por practicar primero la exodoncia, intentar la exéresis de la lesión si no ha venido con la raíz y, después de la navegación intra-

alveolar con la sonda, diseñar una IFBAAI acorde con las dimensiones percibidas durante el sondaje.

En ambos casos, incisión apical antes o después de la exodoncia, puede accederse al periápice para asegurar su higiene, lo que disminuirá el riesgo de complicaciones a consecuencia de la contaminación del implante y su lecho. También permitirá la utilización de técnicas de regeneración si son necesarias.

En este sentido podría considerarse la implantación con este tipo de incisión comparable a la inserción de implantes endoóseos durante una técnica de osificación parcial sinusal con abordaje al seno a través de su pared anterolateral.

Es decir, una vez preparado el lecho implantario se colocará material de regeneración cerca de la pared palatina, después se colocará el implante y se completará



Figura 7. Durante la retirada de sutura se aprecia una excelente cicatrización.



Figura 8. Curación de la lesión apical y mantenimiento del margen gingival y las papilas.



Figura 9. Papilas conservadas en el momento de la realización de la corona cerámica, unos meses después.

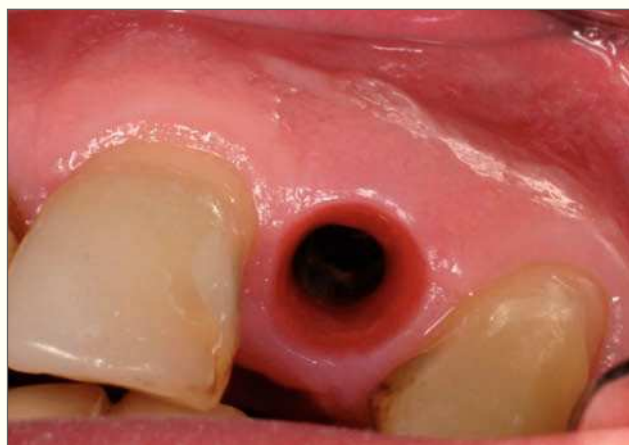


Figura 10. El acceso apical ha permitido añadir biomateriales que mantienen el contorno vestibular.

la aposición de más material de relleno hasta obtener el volumen deseado. Una doble capa de membrana de colágeno servirá como base a las suturas, de elección con monofilamento 6-0.

Otra indicación de la IFBAAI se presenta cuando, durante el desarrollo de una implantación inmediata convencional, se puede sospechar la prominencia de alguna fresa o del propio implante tras haber perforado la tabla vestibular.

Por tanto es conveniente, especialmente durante el fresado, hacer trabajar a la mano que no maneja el motor y apoyar algún dedo en la cara exterior vestibular de la zona trabajada para percibir precozmente cualquier fenestración iatrogénica. También la integridad de las paredes alveolares se verificará con sonda una vez finalizado el fresado y antes de insertar el implante.

## Caso clínico

Paciente de 47 años en el momento de la exploración, sin antecedentes médicos de interés, en el que el reemplazo del incisivo lateral maxilar izquierdo forma parte de un plan de tratamiento integral.

Se aprecia una fístula en la cara vestibular, en la región correspondiente al ápice de 22. El paciente relata repetidos episodios de dolor e inflamación, alguna vez con salida de exudado por la fístula. En la actualidad no se observa exudado ni dolor.

La radiografía muestra una imagen de problema periapical y una escasez de soporte óseo periodontal, con desfavorable proporción corono-radicular.

La palpación con la sonda después de la exodoncia permite verificar una fenestración ósea (la sonda se per-





Figura 11. Prótesis cerámica y restauración del frente anterior.



Figura 12. Escasa visualización de la cicatriz, favorecida por la utilización de la técnica descrita.

cibe empujando los tejidos blandos hacia el exterior) por lo que se necesita un abordaje apical para asegurar el legrado de la zona y la correcta distribución del biomaterial una vez implantado.

Se practica una incisión festoneada y biselada muy próxima a la línea muco-gingival, con una oblicuidad en los extremos mesial y distal que intenta facilitar el acceso apical tendiendo a evitar las descargas verticales.

Junto con el implante se procede a la instalación de biomaterial y membrana. La herida se sutura con puntos sueltos de monofilamento 6-0. Para facilitar la sutura del labio de la herida más coronal, es conveniente despegarlo ligeramente, a modo de un pequeño colgajo, labor facilitada por la misma cucharilla Lucas utilizada en el legrado apical.

A continuación se procede al ajuste de una corona provisional plástica que intenta mantener en posición a los tejidos blandos.

En el momento de la retirada de suturas ya se aprecia una correcta evolución de los tejidos que se confirma, meses después, durante la toma de impresiones para la confección de la corona cerámica.

Tiempo después puede observarse la correcta evolución de la encía marginal a consecuencia de la aplicación rigurosa del protocolo Standard y de la región apical, que presenta una cicatriz de escasa relevancia.

## Discusión

En el caso presentado el paciente disponía de una banda de encía insertada ancha, suficiente para suturar con facilidad el colgajo levantado debido a que la incisión se practica a 0,5-1 mm de la línea mucogingival, lo que

deja una banda de tejido firme que ayuda a la tracción tisular necesaria para la sutura.

Pero puede ocurrir que se presente un paciente con una banda estrecha de encía insertada por lo que la incisión no pueda practicarse en encía sino en mucosa.

La IFBAAI podría seguirse igualmente pero la sutura necesitaría dos variantes que la facilitarían:

1. Utilizar puntos de colchonero horizontal en lugar de puntos sueltos. Para dificultar el desgarro de la mucosa es adecuado disponer de dos zonas ojales para traccionar. Cuando suturamos mucosa en lugar de encía, es especialmente importante alejar el ojal al menos 1,5-2 mm del borde de la herida y disponer de periostio intacto en el dorso del colgajo (como siempre, es muy importante el tratamiento suave de los tejidos durante la cirugía).

2. Utilizar alguna sutura perióstica en la zona más apical a la incisión, que atraviere el periostio en sentido horizontal o M-D, con el fin de liberar tensión en el borde apical de la herida.

En cualquier caso, una incisión festoneada coronal a la línea mucogingival minimizará la cicatrización. El hecho de tallarla en bisel facilitará la adaptación de los tejidos durante la sutura y también contribuirá a obtener menor cicatriz.

Después de la exodoncia se diagnostican los problemas óseos con el sondaje minucioso. En este caso sólo se detectaba una fenestración, cuya palpación se ve facilitada cuando al sondaje se acompaña la palpación digital por vestibular para apreciar la protrusión de la sonda. Si, además, se apreciase una dehiscencia ósea podría plantearse la incisión sulcular seguida de descarga vertical o la incisión palatina.

El hecho de utilizar técnicas de regeneración (biomateriales y membrana colágena) permite un mantenimiento de volúmenes que contribuyen de manera positiva a una buena estética.

La confección de la corona provisional ha seguido los criterios ya descritos. También podría haberse utilizado, por razones estéticas y de sencillez, la propia corona del paciente ahuecada en lugar de una de resina.

Finalmente, la combinación de técnicas protésicas en la etapa final de la restauración permite mejorar la apariencia del conjunto. Es importante haber previsto con anterioridad una visión de conjunto que mejorará la percepción del paciente con respecto a la cirugía, más brillante en un entorno global mejorado.

## Conclusiones

En implantología inmediata de grupo anterior maxilar, cuando se pretende acceder a la región periapical a la vez que respetar la encía marginal, la IFBAI proporciona unos excelentes resultados estéticos.

## Bibliografía

1. Paolantonio M, Dolci M, Scarano A, d'Archivio D, di Placido G, Tumini V, Piatelli A: Immediate implantation in fresh extraction sockets. A controlled clinical and histological study in man. *J Periodontol* 2001 Nov; 72 (11): 1560-71.
2. Schropp L, Kostopoulos L, Wenzel A, Isidor F: Clinical and radiographic performance of delayed-immediate single-tooth implant placement associated with peri-implant bone defects. A 2-year prospective, controlled, randomized follow-up report. *J Clin Periodontol* 2005 May; 32 (5): 480-7.
3. Gotfredsen K: A 5-year prospective study of single-tooth replacements supported by the Astra Tech implant: a pilot study. *Clin Implant Dent Relat Res* 2004; 6 (1): 1-8.
4. Cardaropoli G, Lekholm U, Wennstrom JL: Tissue alterations at implant-supported single-tooth replacements: a 1-year prospective clinical study. *Clin Oral Implants Res* 2006 Apr; 17 (2): 165-71.
5. Ganeles J, Wismeijer D: Early and immediately restored and loaded dental implants for single-tooth and partial-arch applications. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004; 19 Suppl: 92-102.
6. Cornelini R, Cangini F, Covani U, Wilson TG Jr: Immediate restoration of implants placed into fresh extraction sockets for single-tooth replacement: a prospective clinical study. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2005 Oct; 25 (5): 439-47.
7. Calvo Guirado JL, Sáez Yugueros MR, del Valle Carrión MJ, Pardo Zamora G. Implantes inmediatos postextracción de carga inmediata. *Rev. Europea de Odonto-Estomatología* 2005;17:75-82.
8. Mateos L, Lazaro PJ, Herrero F: Técnicas quirúrgicas periodontales aplicadas a la implantología. *Av Periodon Implantol* 2003; 15,2: 57-68.
9. Bischof M, Nedir R, Szmukler-Moncler S, Bernas JP, Samson J: Implant stability measurement of delayed and immediately loaded implants during healing. *Clin Oral Implants Res* 2004 Oct; 15 (5): 529-39.
10. Barone A, Rispoli L, Vozza I, Quaranta A, Covani U: Immediate restoration of single implants placed immediately after tooth extraction. *J Periodontol* 2006 Nov; 77 (11): 1914-20.
11. Harrison 1991 Wound healing in the tissues of the periodontium following periradicular surgery. I. The incisional wound. *J Endod* 1991 Sep; 17 (9): 425-35.
12. Velvart P, Peters CI: 2005 Soft tissue management in endodontic surgery. *J Endod* 2005 Jan; 31 (1): 4-16.
13. Steigmann M, Wang HL: Esthetic buccal flap for correction of buccal fenestration defects during flapless immediate implant surgery. *J Periodontol* 2006 Mar; 77 (3): 517-22.