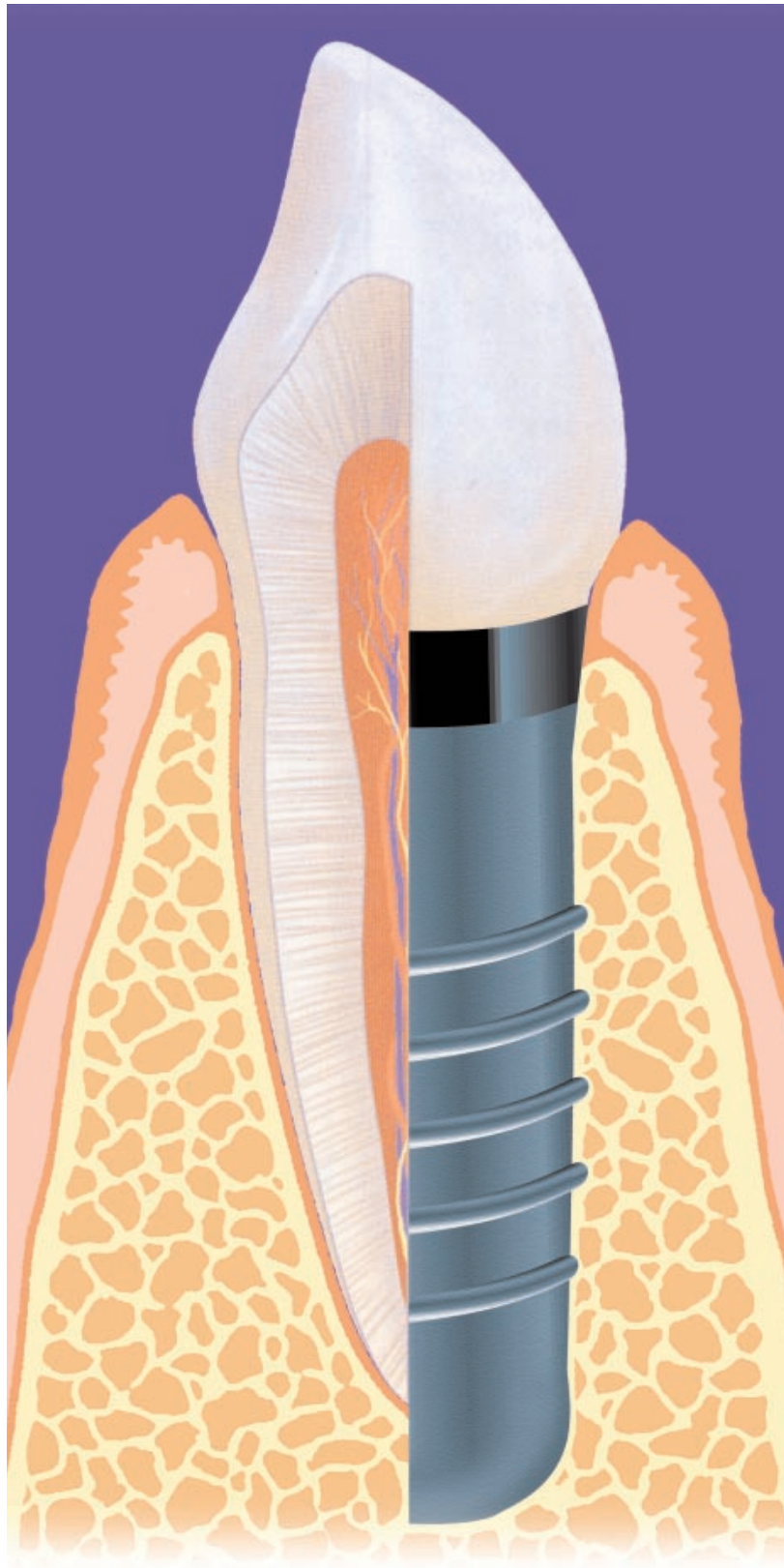


SEGUNDA FASE QUIRÚRGICA



Manual de Técnica Quirúrgica

J.F. Ballester

La salud periimplantaria depende de factores asociados a:

1. El Fabricante

Anillo Periodontal pulido espejo

La superficie del implante debe adaptarse a los tejidos con los que está destinado a relacionarse.

El cuerpo del implante que estará en contacto con el hueso debe ser rugoso.

El cuello debe presentar macroscópicamente una conicidad de 8° y su superficie será pulido espejo ya que ello evitará la adhesión de placa y facilitará la formación de un sulcus epitelializado.

2. El paciente

Ausencia de placa bacteriana

Una rigurosa higiene es fundamental para la supervivencia de los implantes a largo plazo.

Sistema inmunológico favorable

El cuerpo extraño que representa el implante no debe desencadenar ninguna reacción antígeno-anticuerpo ya que ello provocaría su rechazo.

No fumar

En los pacientes fumadores el índice de fracasos se multiplica por cuatro.

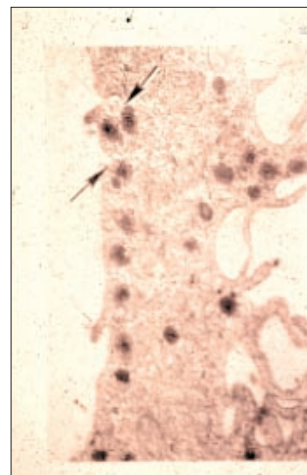
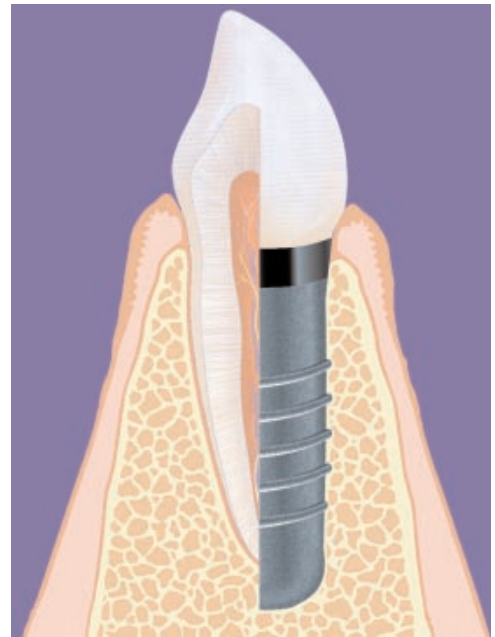
3. El cirujano

Naturaleza de los tejidos periimplantarios

La periimplantitis, al igual que las parodontopatías, es una enfermedad bacteriana. Por lo que sólo existe en presencia de ésta.

Ello no es óbice para que el odonto-estomatólogo dote al implante de su mejor sistema defensivo, esto es: la encía queratinizada. Ésta presenta tres características fundamentales:

- a. Descamación
Descamación significa renovación.
- b. Capacidad de segregar los mucopolisacáridos y las Ig. necesarias para la defensa del sulcus.
- c. Mayor densidad de las fibras de colágena y reticulina.



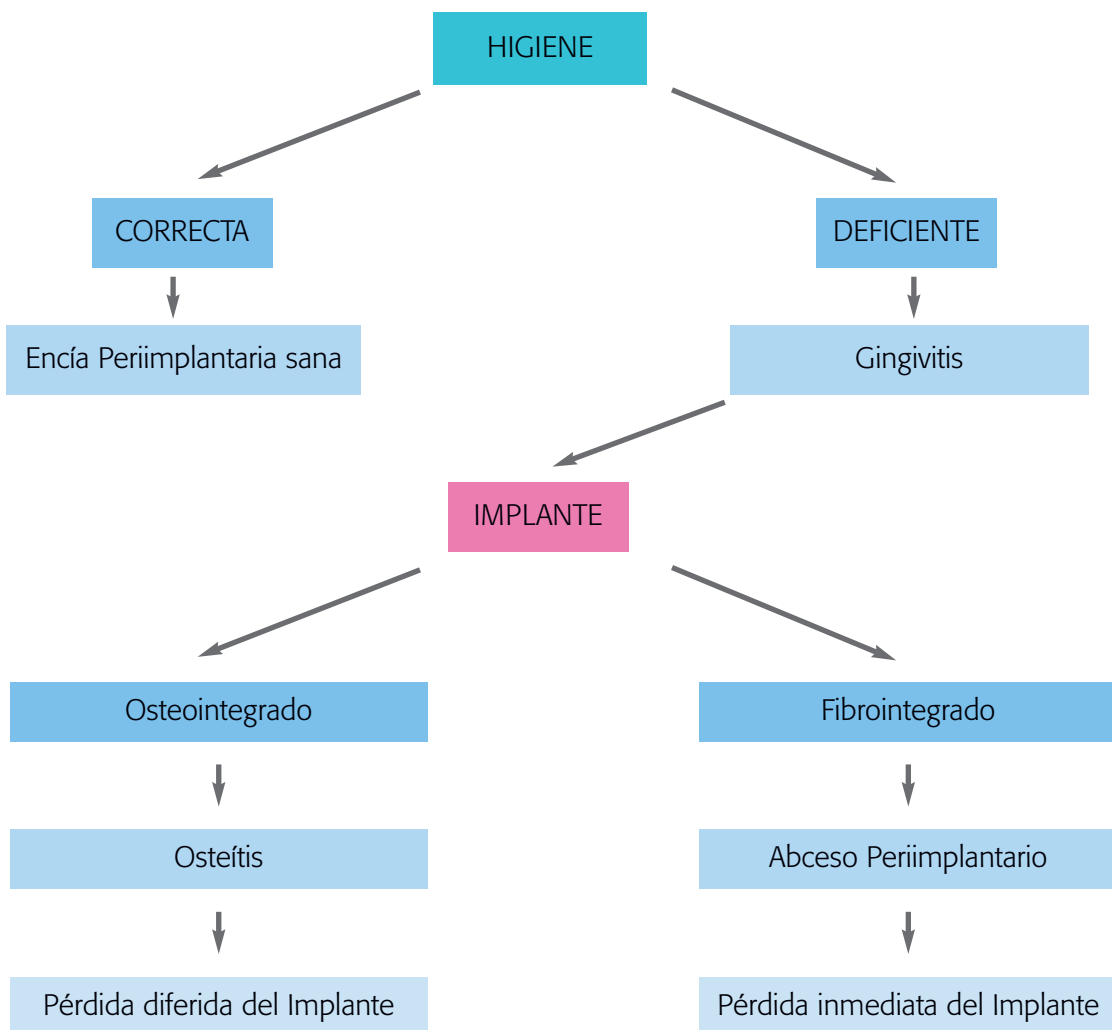
Esto sin menospreciar su necesaria presencia si deseamos obtener un resultado estético.



Valor estético 0%
Implante en una sola fase



Valor estético 100%
Implante en dos fases



Si la rehabilitación odonto-estomatológica sólo tomase en consideración el parámetro funcional, el implante se insertaría siempre en una sola fase.



El implante está dotado de un cuello pulido espejo de altura comprendida entre 1'5 y 2'5 mm coincidente con el espacio biológico por lo que, al proceder de este modo, la higiene se vería favorecida debido al fácil acceso a la zona de conexión entre el implante y los componentes protésicos.

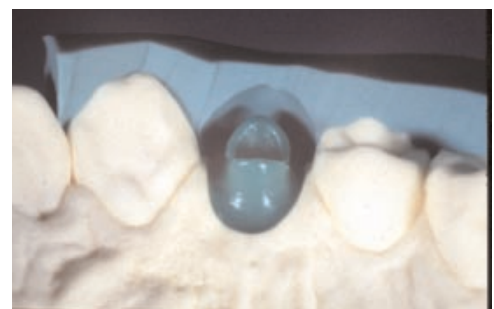


Desgraciadamente, esto no es así. La acción terapéutica se desarrolla en el equilibrio de la balanza HIGIENE-ESTÉTICA.

En las zonas posteroinferiores es evidente que prima la higiene.



Inversamente, en las zonas visibles será la estética la que guíe nuestro gesto.



El resultado estético estará en función de:

1. Posición del Implante
2. Diseño del Cono Emergencia
3. Presencia de encía Queratinizada
4. Realización Protésica.

En este manual sólo vamos a ocuparnos en repasar las Técnicas Quirúrgicas existentes para dotar a la emergencia del implante de una correcta encía queratinizada.



A. Implantes en una sola fase

En las zonas sin impacto estético o en los casos en que esté programada la realización de una barra es evidente que la posición del implante debe permitir la formación del sulcus de manera a que la interfase implante-prótesis se realice por encima de éste facilitando de este modo la Higiene.

En estos casos no existe la segunda cirugía.



B. Implantes en dos fases

Clasificación Ballester-López

BL-I: EQ > 8mm

BL-II: 8 > EQ > 3mm

BL-III: EQ < 3mm

BL-I

a. Bisturí circular

Indicaciones: Escaso valor estético
Encía muy espesa

Ventajas: muy poco traumático

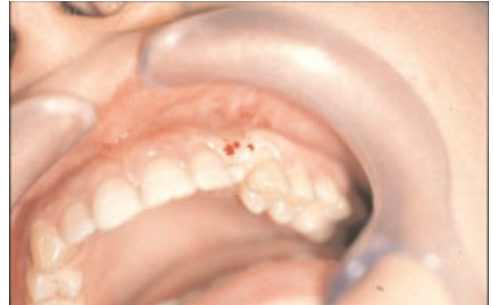
Inconvenientes: Ausencia de papila inter-implantaria

Técnica Quirúrgica

El bisturí circular debe sobrepasar en 0'5mm el diámetro del implante.



Anestesia local



Centrar el bisturí y presionar con fuerza hasta alcanzar el hueso.



Resultado obtenido.



BL-II

a. Colgajo de desplazamiento apical

a.1. Implante unitario con encía espesa

Incisión crestal y dos pequeñas incisiones peri-sulculares.



Disección muco-periostica.

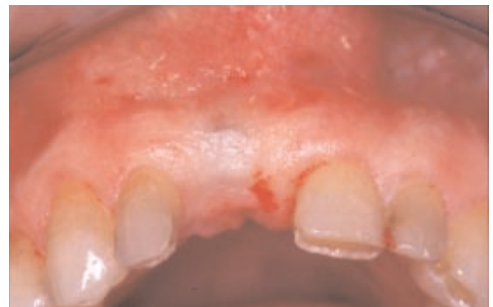


Sustituir el tornillo de hibernación por el de cicatrización y suturar las papilas con dos puntos en "o".



a.2. Implante unitario en posición vestibular

La convexidad de la encía vestibular es la correcta.



La incisión crestal tiene por objeto el obtener suficiente encía para nivelar el alineamiento del cuello de la futura prótesis con su homónimo.



Se practican dos pequeñas incisiones de descarga para evitar la tensión de los tejidos.



El tornillo de cicatrización no debe sobrepasar, vestibularmente, el perímetro formado por las caras vestibulares, por lo que en estos casos deberá ser de un material fácil de tallar.

a.3. Implante unitario con una pequeña convexidad vestibular.

Incisión crestal y dos pequeñas incisiones de descarga respetando los sulcus.



Tornillo de cicatrización anatómico.



Tornillo de Cicatrización estandar



Tornillo de Cicatrización JFB System

El tornillo de cicatrización anatómico permite el correcto posicionamiento de los tejidos blandos.

a.4. Implante unitario con una mediana convexidad vestibular.

Convexidad mediana de toda la cara vestibular.



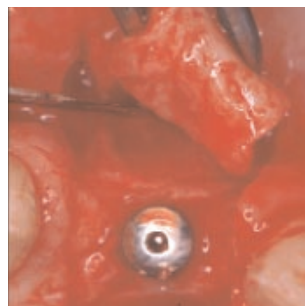
Pulir el epitelio con una fresa diamantada en una superficie igual a la cara vestibular que queremos rellenar.



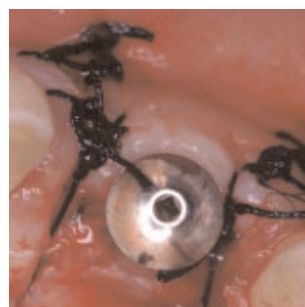
Incisión longitudinal respetando los sulcus y disección a espesor parcial del colgajo.



Plicatura de la encía palatina.



Sustituir el tornillo de hibernación por uno de cicatrización y sutura del colgajo.



a.5. Implante unitario con una gran convexidad vestibular.

Relleno de hueso autógeno

Gran convexidad vestibular inestética.



Una vez insertado el implante, rellenamos la convexidad con el hueso obtenido durante la perforación del pozo implantario.



Si no fue suficiente durante la segunda cirugía podemos proceder a una plicadura de la encía palatina.



Sutura sobre un tornillo anatómico.



Relleno de H.A.

Gran convexidad inestética con espesor óseo suficiente para la inserción del implante.



Relleno con H.A. no reabsorbible.



Resultado estético.



a.6. Implante múltiple

Implantes Mandibulares

- Incisión crestral, dividiendo la encía queratinizada en dos franjas.
- Dos incisiones de descarga que respetan el sulcus.



- Disección a espesor parcial.



- Sustitución de los tornillos de hibernación por tornillos de cicatrización.

La cicatrización se realiza por segunda intención.

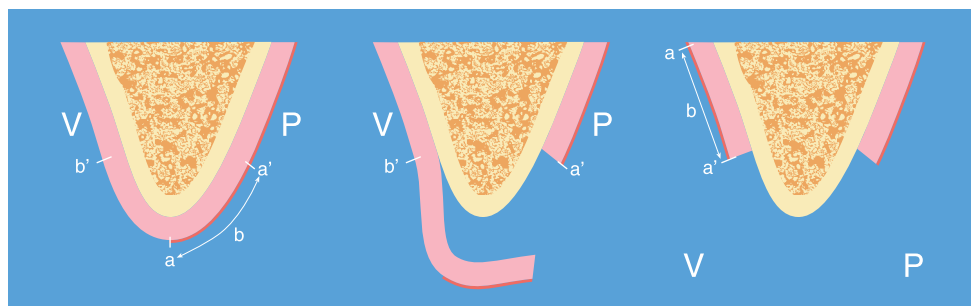
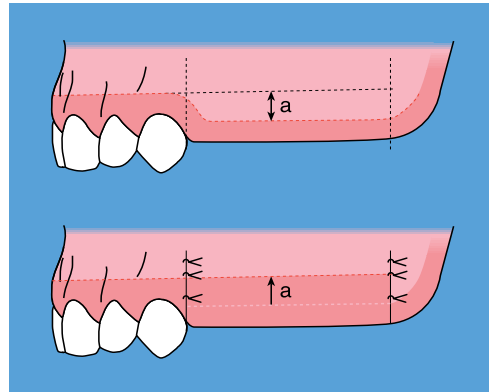


Implantes Maxilares

Incisión crestral con una incisión vestibular que respeta el sulcus.



El nivel de la incisión crestral depende del desplazamiento a efectuar.



Dissección a espesor parcial hasta la línea mucogingival y total hasta el fondo del vestíbulo.



Sustituir los tornillos de hibernación por los de cicatrización.



Sutura con puntos en "o".

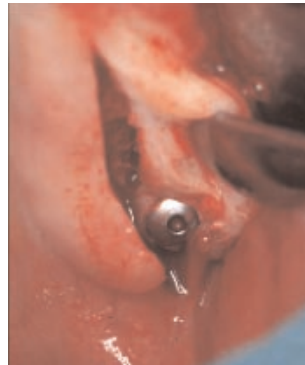


a.7. Colgajo a desplazamiento

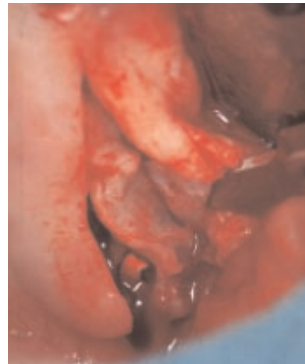
1. *Colgajo a desplazamiento apical con adelgazamiento*

Se utiliza en los casos en los que el único parámetro a valorar es la higiene.

Incisión crestal con disección a espesor total.



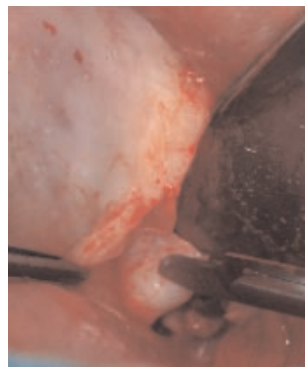
Disección de una cuña de conjuntivo vestibular.



Disección de una cuña de conjuntivo palatino, con cuidado de no lesionar el paquete vásculo-nervioso

Sutura

Su única indicación suelen ser los implantes pterigoideos.



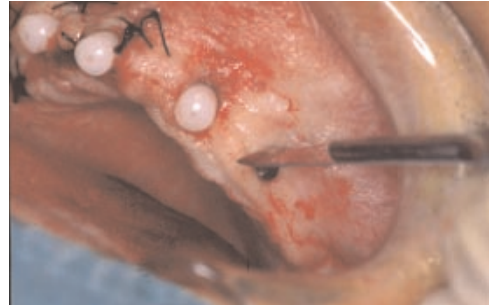
2. *Colgajo a desplazamiento lateral*

Exposición del implante durante el periodo de hibernación con ausencia de encía queratinizada vestibular.



a. Preparación del lecho receptor.

b. Liberar un colgajo en distal del implante de una anchura igual a la del lecho receptor.



Dissección del colgajo a espesor parcial.



Sutura con puntos en "o".

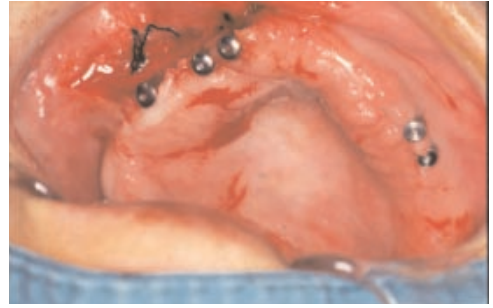


3. *Colgajo Loco-regional*

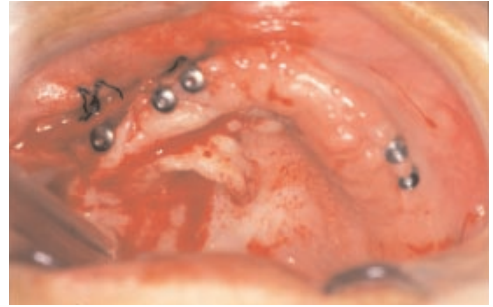
Preparación del lecho receptor: Disección de la encía a espesor parcial y sutura en el fondo del vestíbulo.



Dos incisiones paralelas en el cielo de la boca, respetando el paquete vasculo-nervioso.



Disección del colgajo a espesor parcial cuidando en no lesionar la arteria.



El colgajo se mantiene pediculado con la zona retromolar.



Sutura con puntos separados



Resultado: los implantes presentan encía queratinizada en su emergencia vestibular.



4. Injerto libre de encía

Técnica clásica

Preparación del lecho receptor

- Incisión crestal y dos incisiones de descarga.
- Disección del colgajo de espesor parcial.
- Sutura de la encía marcando el perímetro del lecho receptor.
- Confección de una maqueta, señalando la emergencia de los implantes.

- Posicionamiento de la maqueta en el cielo de la boca.
- Con el bisturí delimitamos el colgajo.
- Con el punch, dibujamos las emergencias del implante (debe llegar a hueso).



Disección con el bisturí a espesor parcial.

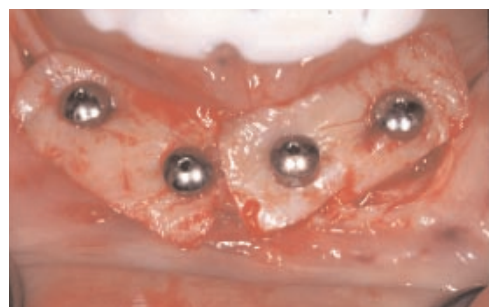


Las pastillas de encía correspondientes a las emergencias de los implantes deben respetarse.

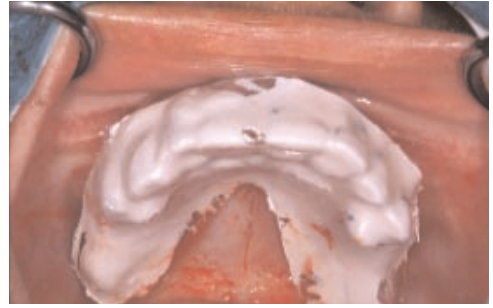
(El tiempo de cicatrización depende de la distancia entre los bordes)



Posicionamiento de los injertos sirviéndose de los tornillos de cicatrización.



Confección de una férula de protección del lecho dador (El coe-pack protege la herida).



Aspecto del injerto durante la primera semana.



Aspecto a los 20 días.

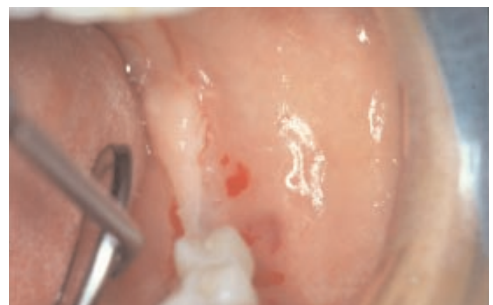


Aspecto del cielo de la boca a los 10 días.

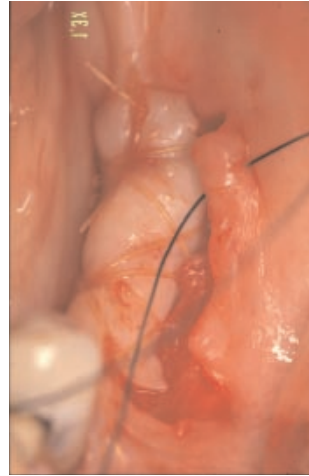


Técnica Hibernada

- Incisión crestal y dos incisiones perpendiculares.
- Disección a espesor parcial.



- Sutura del injerto libre con hilo reabsorbible.
- Una vez suturado el injerto, sobre éste se sutura el colgajo mucoso con puntos separados de seda, que se retirarán antes de una semana.

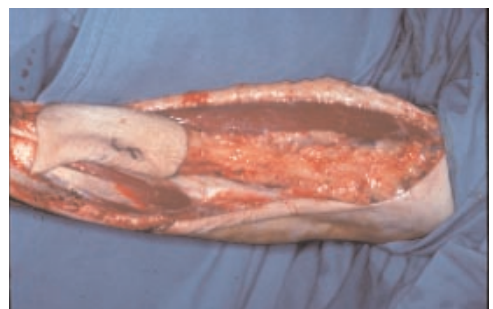


El colgajo mucoso protege el injerto en su primera fase de cicatrización para después deslizarse recuperando el fondo de vestibulo.



5. Colgajo micro-vascularizado

El más utilizado es el colgajo del antebrazo o "chino" vascularizando la radial sobre la tiroidea superior.



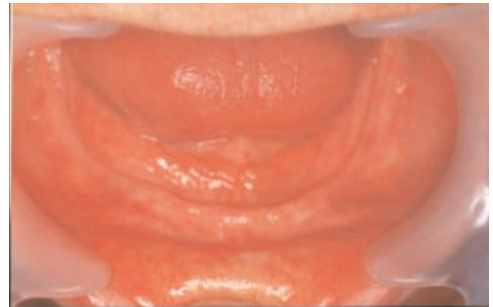
Impresión primaria a los dos meses de la intervención.



Vista del colgajo a los dos meses.



Vista del colgajo a los 5 años.



Evidentemente esta técnica queda limitada a las reconstrucciones en cirugía oncológica.



