

Técnica atraumática en implantología

Atraumatic technique in implantology



Dr. J.M. Parmigiani Izquierdo
Odontólogo
Postgrado de Implantología
y Periodoncia en
New York University
Monitor del Master de European
School of Oral Rehabilitation
Implantology and Biomaterials

RESUMEN

El resultado estético de una restauración protética en implantología dependerá en gran medida del manejo de los tejidos blandos peri-implantarios, un diagnóstico pre-quirúrgico preciso y el manejo de técnicas quirúrgicas lo menos invasivas posibles, lo que nos permitirá predecir un óptimo resultado estético y confortable para el paciente.

La técnica quirúrgica a desarrollar es la técnica del punch, ya bien conocida. La innovación de la técnica está en realizarse con un aditamento (bisturi circular esterilizable) con características particulares, el cual tiene como objetivo mantener y conservar los tejidos gingivales.

Palabras clave: Bisturi circular. Técnica no invasiva. Esterilizable. Estética.

ABSTRACT

The aesthetic result of a protética restoration in implantation will depend on the handling of the soft periimplantarios tissues, a precise pre-surgical diagnostic and the handling of surgical techniques as less invasives as possible, et will allow us to predict a very good aesthetic and comfortable result for the patient.

The surgical technique to develop is the technique of the punch, already well known. The innovation of the technique is in the realization with a complement (circular sterilizable scalpel) with particular characteristics, it has an object to keep the gingivales tissues.

Key words: Circular Scarpel. Technique no invasive. Sterilizable. Aesthetics.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el avance de la implantología ha llevado a la estandarización de técnicas quirúrgicas, aplicadas a la gran variedad de características de los terrenos a implantar. Esto nos hace pensar si distintos problemas se pueden solucionar con un mismo método. No podemos olvidar el dicho: "Cuando el único instrumento del que se dispone es un martillo, todos los problemas parecen un clavo". En este sentido buscamos, en función de un correcto diagnóstico, comprender las distintas características de cada caso clínico, y de

forma particular, las exigencias estéticas y funcionales que requiere el tratamiento.

Hoy por hoy, la cultura general del paciente en materia de salud ha elevado la exigencia del tratamiento hacia la rapidez, confort post-operatorio, y estética duradera, lo que induce al desarrollo de técnicas lo menos invasivas posible que respeten la integridad de los tejidos peri-implantarios, con el criterio de que mientras más se remueve, más impredecible es el resultado.

En esto es importante la experiencia y destreza del profesional que realiza la técnica, que debe conocer e imaginar tridimensionalmente el terreno en el cual vamos a

CORRESPONDENCIA

Dr. José María Parmigiani Izquierdo
Av. Márquez de Lacy 45, bajo
La Murada. Orihuela
03315 Alicante
jmparmi@airtel.net



Figura 1.

trabajar con capacidad de integrar los conceptos básicos de las distintas disciplinas de la odontología.

El mantenimiento de los tejidos duros y blandos dependerá de la técnica quirúrgica que utilicemos, en este caso realizaremos la técnica del punch, ya conocida en el mundo de la implantología con la particularidad que se realiza con un bisturí circular esterilizable que describiremos a continuación.

DESCRIPCIÓN

El bisturí consta de una parte activa de sección circular cuyo diámetro de corte varía de 3,5 mm a 6,5 mm, de acuerdo al diámetro de la incisión requerida (Figura 1). Su superficie externa presenta una divergencia desde el filo o parte activa propiamente dicha, hacia distal de la misma, esta le otorga una forma a modo de cono lo que le permite comprimir el borde externo del corte de la encía durante la profundización del bisturí. A su vez, la superficie del mismo está milimetrada por cada un milímetro, siendo su longitud total de 5 mm. Este bisturí puede ser manejado de forma mecánica, con lo cual tendrá un vástago para contraángulo, o de manera manual con un mango para su uso digital.

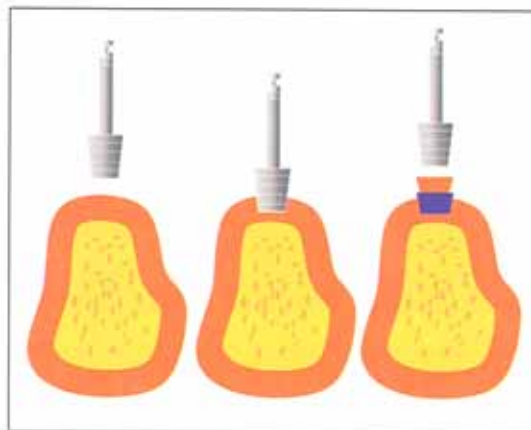


Figura 2.

BIOMECÁNICA

La acción específica del bisturí es el corte circular de la encía a modo de *punch* con un margen 0,5 mm superior al diámetro del implante (Figura 2). Su objetivo es la remoción de la capa mucoperiostica del reborde alveolar con el fin de descubrir el hueso subyacente para su posterior fresado y la colocación de un implante cuando se utiliza en la primera cirugía; o el descubrimiento del mismo cuando se realiza la cirugía en dos fases. Esto lo logra girando sobre su propio eje y profundizándose en la encía hasta alcanzar la cortical ósea, con un corte nítido y sin desgarro.

Su acción está acompañada por una isquemia alrededor del corte, ejercida por la presión que realiza el bisturí al profundizarse. Esto lo logra gracias al aumento de diámetro que posee desde el filo, lo que se traduce en un campo quirúrgico limpio durante el corte sin apenas sangrado, y manteniendo en todo momento la correcta visualización del trayecto del bisturí durante la incisión.

INDICACIONES

La técnica con este tipo de bisturí está indicada cuando colocamos implantes en una sola fase quirúrgica, así como en la fase de segunda cirugía.

Su indicación fundamental es en implantología de carga inmediata, ya que al realizar el tratamiento restaurador protésico post-cirugía mantenemos



Figura 3.

la integridad de los tejidos blandos peri-implantario, principio fundamental de todo tratamiento protodóntico.

Las indicaciones locales

- Biotipo gingival grueso
- Biotipo gingival fino
- Encía insertada
- Buen soporte óseo
- Rebordado alveolar con buen espesor de tejido óseo

Contraindicaciones

- Crestas óseas en filo de cuchillo
- Dehiscencias óseas
- Tejido gingival no adherido

Ventajas

- Corte limpio, nítido y sin desgarro
- No necesita incisión sobre el rebordado
- No sutura
- Post-operatorio excelente
- Mínimo sangrado
- No hay recesiones gingivales
- Permite inmediatamente tomar la impresión definitiva en la misma sesión
- Nos permite saber el espesor del espacio biológico o espesor del tejido gingival
- Estética excelente a nivel del perfil de emergencia

Consideraciones pre-quirúrgicas

- Nivel y localización de la cresta ósea
- Profundidad de sondaje
- Estudio radiográfico
- Determinación y grosor de la cresta ósea



Figura 4.



Figura 5.

CASO CLÍNICO

Paciente de 50 años de edad, con ausencia de elementos dentarios posteriores bilaterales (Figura 3). Después del estudio clínico y radiográfico se determina como objetivo de tratamiento rehabilitar el maxilar inferior con una prótesis fija en la arcada dentaria. En cuanto a la técnica quirúrgica propiamente dicha se le propone al paciente realizar una técnica atraumática con bisturí circular en la hemiarcada derecha, y una técnica convencional de incisión central sobre la cresta en la hemiarcada izquierda.

Se realiza anestesia infiltrativa por vestibular y lingual de la hemiarcada derecha donde realizaremos la técnica atraumática, y se procede al marcaje con bisturí circular con una pequeña presión sobre el tejido gingival donde vamos a colocar los implantes (Figura 4). Luego se procede a la profun-



Figura 6.



Figura 8.



Figura 10.

dización con rotación del bisturí circular hasta la cortical ósea. Una vez hecho el corte mucoperiódontico se procede a la diéresis del tejido con un sindesmotomo (Figura 5).

A continuación se efectúa el fresado habitual a nivel del tejido óseo con las brocas correspon-



Figura 7.

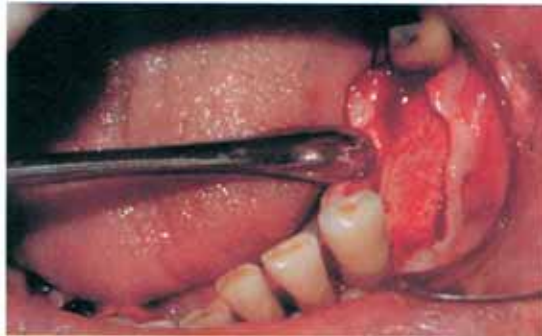


Figura 9.



Figura 11.

dientes, se colocan los paralelizadores (Figura 6) para controlar la inclinación tridimensional y paralelismo de los implantes. Posteriormente, se colocan implantes roscados (Figura 7) con sus respectivos tornillos de cierre.

En el mismo acto quirúrgico se procede a la anestesia infiltrativa de la hemiarcada izquierda (Figura 8) donde hacemos una incisión central sobre la cresta, levantando un colgajo a espesor total desnudando el tejido óseo (Figura 9) para colocar 3 implantes siguiendo el protocolo habitual



Figura 12.



Figura 13.

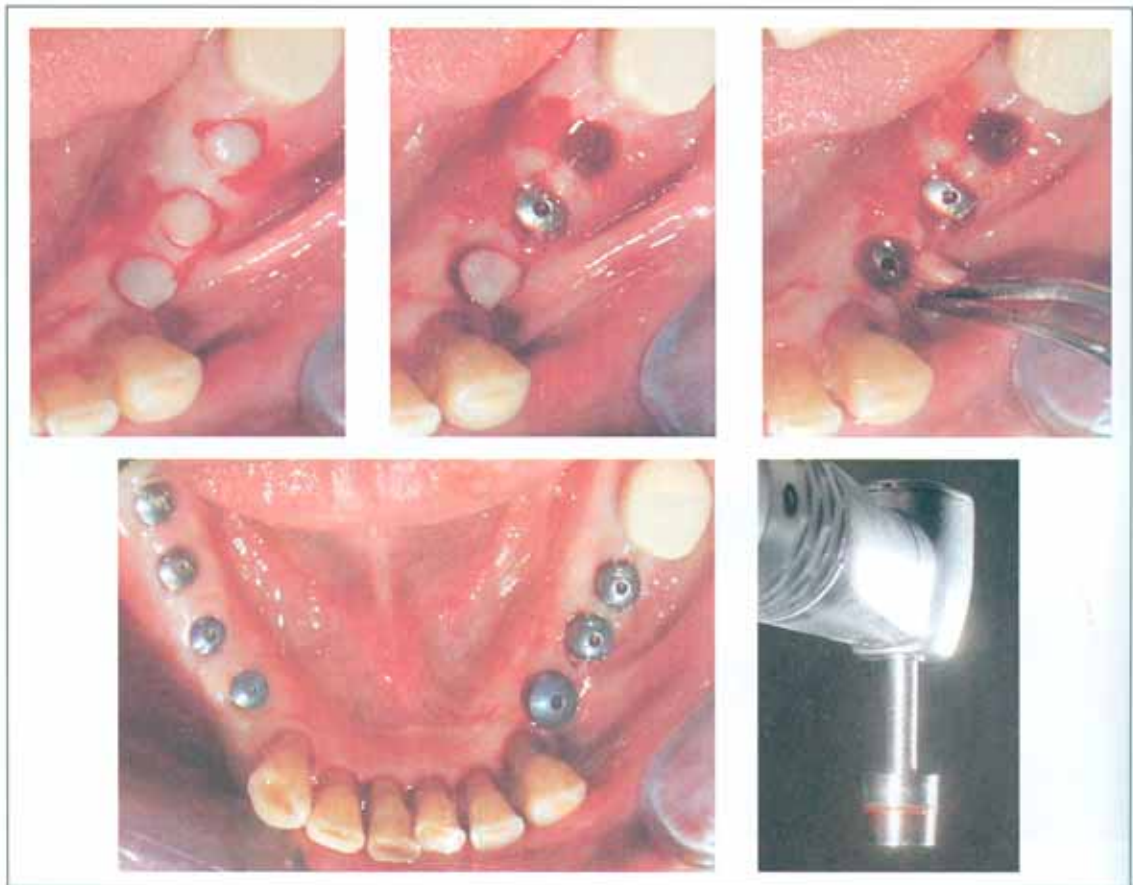


Figura 14.

(Figura 10). Luego se procede a la síntesis de la herida con sutura no reabsorbible n° 3 (Figura 11).

Terminado el acto quirúrgico podemos observar (Figuras 12 y 13) la diferencia en cuanto al tratamiento de los tejidos blandos.

A los dos meses (Figura 14) eliminamos el tapón mucoso de los implantes de la hemiarcada izquierda (técnica convencional) con la misma sistemática, donde primero marcamos con el bisturí para localizar la cabeza del implante, luego se profundiza y



Figura 15.

se quita el tapón gingival. Posteriormente, se colocan los muñones mecanizados de implantes (Figura 15) que en este caso nos van a servir de anclaje para realizar un tratamiento de ortodoncia, para corregir la posición y extrusión de los elementos anteriores y así lograr una correcta alineación tridimensional, fundamental para la restauración definitiva (Figuras 16 y 17).

CONCLUSIÓN

El futuro de la implantología pasa por simplificar los procedimientos quirúrgicos y protodónticos. Conseguir estética y función con los mínimos procedimientos clínicos, los mínimos aditamentos y que estos sean lo menos invasivos posibles.

El respeto por los tejidos blandos, no dañar y conservar la integridad de los tejidos peri-implan-



Figura 16.

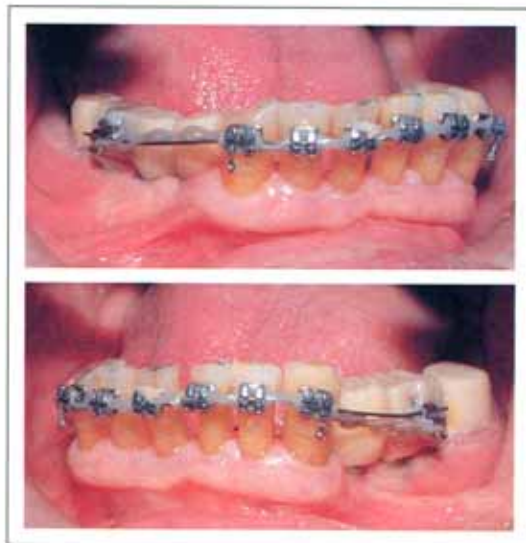


Figura 17.

tarios, y el bienestar post-operatorio de los pacientes son los pilares fundamentales de la técnica atraumática con bisturí circular, que es una alternativa terapéutica a tener muy en cuenta en la implantología actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saadoun AP, Le Gall M. Implant positioning for periodontal functional and aesthetic resol. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1992;4(7):43-54.
2. Evian C, Fessler I, Asler J. One-stage surgery with a non-submerged implant system. *Compend Contin Educ Dent* 1997;18(11):1091-8.
3. Tarnow DP, Magne AW, Fletcher P. The effect from the distance from the contact point to the crest of one on the presence or absence of interproximal dental papilla. *J Period* 1992;63(12):995-6.
4. Lindhe J. *Periodontología Clínica e Implantología odontológica*. Madrid: Ed. Panamericana, 2000.
5. Carranza F, Newman M. *Periodontología Clínica*. México: Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1997.
6. Spiekermann H. *Atlas de Implantología*. Barcelona: Ed. Masson, 1995.