



Cirugía sin colgajo para la colocación de implantes

Flapless surgery for implant placement

Oliveiro Alves Neto¹

Resumen

En el artículo a continuación, será abordado un caso clínico de cirugía sin colgajo, que es una cirugía, en la que se utiliza una técnica mínimamente invasiva, no es necesaria la elaboración de colgajo, en consecuencia, la recuperación es mucho más rápida. El paciente sufre mucho menos y el proceso desde el inicio de la cirugía hasta la colocación del implante se convierte en un procedimiento menos agresivo para los tejidos, algo que agrada completamente al paciente. Además, la recuperación es más rápida, debido a una mejor conservación de vasos y tejidos y no es necesario despegar el periostio del hueso, lo que consecuentemente proporcionará una mejor nutrición al lugar esperado.

Descriptor: Implantación dental endoósea, cirugía dental, duración de la cirugía.

Abstract

In the following article, it will be reported a clinical case of flapless surgery, which is a surgery that uses a minimally invasive technique, requiring no flap preparation, so the recovery is much faster. The patient suffers a lot less and the process of surgery since the beginning until implant placement becomes a less aggressive procedure, which pleases the patient completely. Besides that recovery is faster, due to better vessels and tissues preservation and it is not necessary to peel off bone periosteum, which consequently will provide better nutrition to the surgical site.

Descriptors: Endosseous dental implant, dental surgery, surgery duration.

¹ Esp. en Implantodoncia y Ortodoncia - ABO/Uberaba.

Correo electrónico del autor: oliveironeto16@gmail.com

Recibido para publicación: 15/07/2014

Aprobado para publicación: 14/03/2016

Introducción

Siempre tratando de mejorar los procedimientos dentro de la implantodoncia actual, es que se propuso la utilización de la técnica de cirugía sin colgajo, puesto que se puede así reestablecer una mejor función, estética, con un consecuente mayor confort, cuando se utiliza una cirugía mínimamente invasiva y que será bien aceptada por el paciente.

Cuando el paciente tiene mucho hueso en la región a ser operada, es cuando se puede proponer la técnica cirugía sin colgajo, que es mucho menos invasiva y demanda un tiempo de cirugía menor, esto para el paciente es muy bueno por qué no es necesaria la elaboración de colgajo, por lo tanto, no existe líneas de cicatrización, lo que la hace excelente estéticamente. Por consiguiente, no necesita sutura, lo que mejora mucho el proceso de oseointegración, pues no se tiene problemas con dehiscencia de sutura y ni riesgos de cometer una iatrogenia en el momento del apriete del nudo de la sutura. Si la agresión es mínima, por consiguiente, se tiene una menor repuesta contra el procedimiento quirúrgico, ya que no se lesionará tejidos y ni los vasos. Entonces, la cirugía acaba convirtiéndose en una intervención quirúrgica menos dolorosa para el paciente en el transoperatorio y postoperatorio.

Con el objetivo de precavernos antes de la cirugía, debemos realizar una planificación antes de la cirugía, que será la clave de nuestro éxito en el tratamiento. No podemos olvidarnos, que tenemos que evaluar cada caso como si fuese único, pues no adoptaremos la técnica para todos los casos, por consiguiente, es necesaria una evaluación cuidadosa de cada caso, a ser operado para rehabilitación con implante oseointegrado.

Relato de caso

Paciente del sexo femenino buscó para rehabilitación referente a las pérdidas sufridas de los dientes 46 y 47, como se puede observar en la foto inicial (Figura 1).

En la fase inicial, se realizó anamnesis y examen clínico inicial y pedido de radiografía, confirmadas la

altura y espesor óseo para la realización de los implantes, se eligió la técnica quirúrgica sin colgajo, para el caso (Figura 2A-B).

En esta segunda etapa, se puede observar las dos perforaciones realizadas, inclusive con un implante que ya ha sido instalado en el lugar del 46, se utilizó la técnica citada en la figura 2, donde se puede ver que no hubo elaboración de colgajo y el sangramiento fue prácticamente mínimo. Otra ventaja es la cantidad de anestésico utilizada, que también es muy baja, esto es excelente, principalmente, para pacientes que tienen problemas con anestésico con vasoconstrictor, ya que la cantidad utilizada es mínima y la cobertura es excelente.

Las perforaciones se realizaron de la misma forma y con la misma secuencia de brocas que el método convencional, la única diferencia es que fue necesario aumentar la profundidad de la perforación, ya que no se puede olvidar la cantidad de encía hasta llegar al hueso. De modo general, para realizar dicha medida se puede utilizar limas endodónticas para medir esa diferencia, ya que, si no se añade esta medida, la perforación será inferior y expondrá el cuello del implante e incluso parte de la rosca del implante, si esa encía es muy gruesa.

Una vez finalizada la perforación, se verifica la profundidad correcta y se realiza el sondeo para intentar verificar si no hubo alguna fenestración ósea en la zona vestibular y palatina, esto observado, se irriga bien el lugar con suero fisiológico y luego se realiza la colocación de los implantes (Figura 3).

En esta figura, se puede ver la fotografía que muestra los implantes instalados en sus debidos lugares. En la perforación equivalente al diente 46 se colocó un implante de 3,75x11,5 y en la segunda perforación, equivalente al diente 47 se colocó uno de 3,75x10,0. En esta técnica, se puede ver que la cantidad de par de apriete alcanzada es increíble (Figura 4).



Figura 1– Aspecto clínico inicial.



Figura 2 (A-B) – Fotografías mostrando la imagen de las perforaciones, ya se hizo una instalación y en el lugar del 47, se está realizando la perforación. Se utilizó la técnica quirúrgica sin colgajo.



Figura 3 – Fotografía mostrando la instalación de los implantes cónicos Bionnovation.



Figura 4 – Tomografía mostrando la instalación de los dos implantes por la técnica de la cirugía sin colgajo.

Se instalaron los tornillos sin ningún problema y la paciente se sintió muy satisfecha, debido a que la cirugía fue rápida y porque tuvo un postoperatorio excelente, sin dolores, hinchazones o dificultad en la higienización, así como ausencia de gusto de sangre en la boca o ligero sangramiento característico del primero día de cirugía.

Después de siete días, la paciente retornó al consultorio y la encía prácticamente ya había cerrado todo el orificio de la perforación, donde se hizo la colocación de los implantes (Figura 5A a Figura 11).

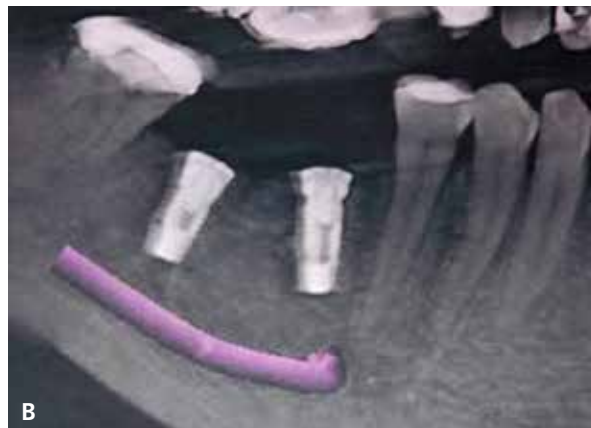


Figura 5 (A-B) – Reconstrucción 3D ilustrativa de la región de los implantes.

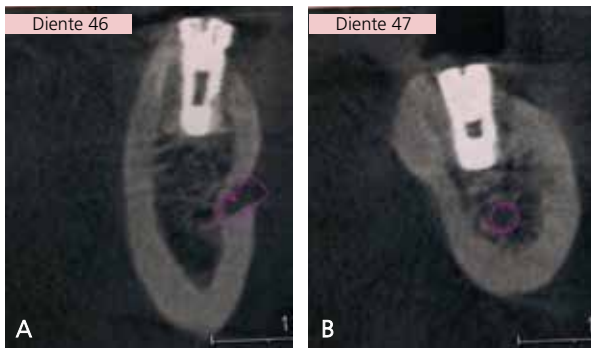


Figura 6 (A-B) – Reconstrucción 3D de los implantes 46 y 47, con aspecto de oseointegración y que muestra que se encuentran dentro del hueso.

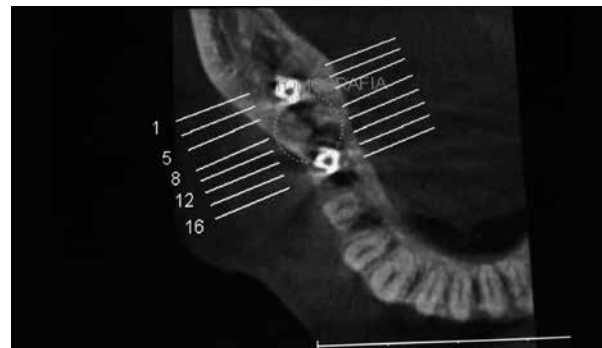


Figura 7 – Imágenes que muestra que los implantes están envueltos en hueso.

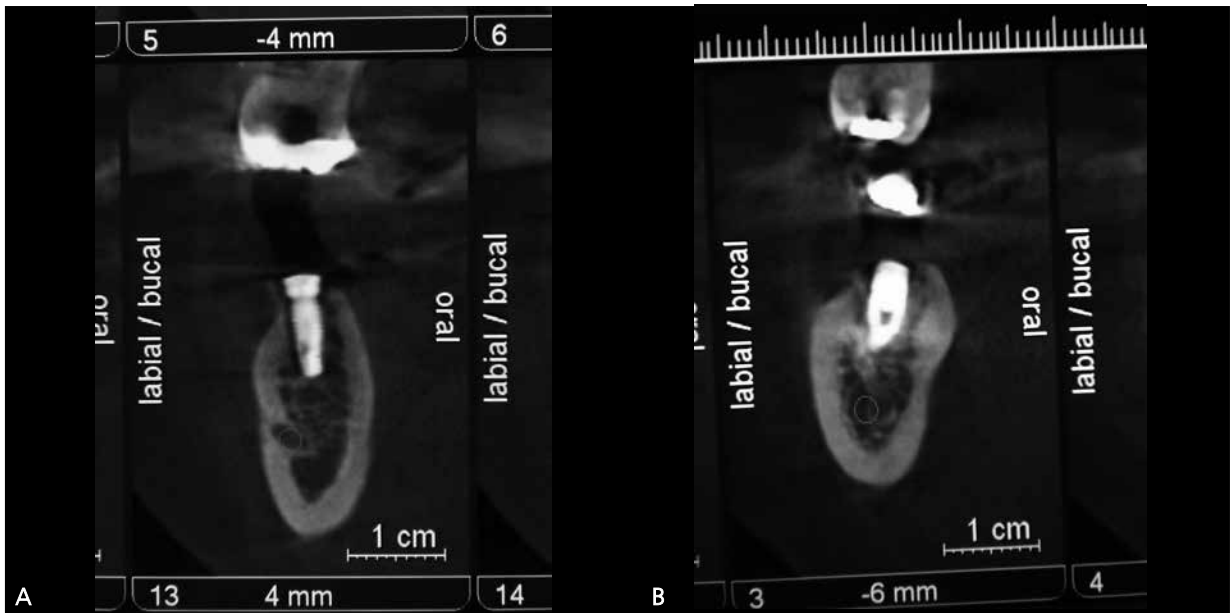


Figura 8 (A-B) – Corte tomográfico que muestra la buena posición de los implantes dentro del hueso.



Figura 9 – Fotografía de la región operada 3 meses después de la cirugía.



Figura 10 (A-B) – Fotografías de los implantes en función, coronas protésicas de porcelana.



Figura 11 – Fotografía rayo x periapical, dos años postcirugía colocación de implantes.

Debate

Se sabe que en los días actuales el tratamiento con implantes oseointegrados está bien documentado y tiene un alto porcentaje de éxito. Lo que se observa es que procedimientos mínimamente invasivos se han estado adoptando en la implantodoncia y son cada vez más aceptados entre los pacientes, ya que cuando hay presencia suficiente de hueso, la cirugía para a instalación de implantes utilizando la técnica quirúrgica libre de colgajo es bien tranquila, dicha técnica llegó para desmitificar la implantodoncia, convirtiéndola en menos invasiva, menos dolorosa y, consecuentemente, un procedimiento menos traumático y, principalmente, más estético en los casos que se necesita de estética, debido a que no se utiliza suturas.

El término “cirugía mínimamente invasiva” fue descrito al inicio dentro del campo de la medicina por Fitzpatrick y Wickham (1990). En 1994, Hunter et al. Realizaron el refinado de dicha abordaje terapéutico, en la que describieron la cirugía mínimamente invasiva, como una técnica que permitía detallar el alcance de los ojos y ampliar la extensión de las manos para la realización de procedimientos macro y microscópicos, que anteriormente podrían ser efectuados sólo por medio de grandes incisiones.

Lindhe y cols. Relataron que todo sistema de vasos

sanguíneos tiene que ser visto como un complejo de vasos y no como algo individualizado, estos vasos son todos como una unidad que harán el abastecimiento del maxilar y mandíbula, se sabe que cuando se reduce el colgajo de cierta manera se disminuirá en parte el abastecimiento vascular en la región. Sin mencionar, que en el acto de la sutura, si hay una gran tensión en la sutura al apretar los puntos, esto generará un aplastamiento iatrogénico del tejido, así como el corte de nutrición generado por la obliteración de estructuras microvasculares delicadas, lo que resultará en necrosis ocasionada por la falta de abastecimiento sanguíneo.

Cuando se utiliza la técnica sin colgajo, de manera conjunta con dicho procedimiento también se está conservando la integridad de los vasos y tejidos, que nos servirán como un sellado, para que productos provenientes de la cavidad oral no entren en contacto con el tejido óseo, para permitir, por lo tanto, que se produzca una buena oseointegración y una fijación rígida del implante. Conservar la integridad tisular y el sistema de vasos, por lo tanto, permitirá un mejor abastecimiento y una menor atracción de células de defensa para reparar el lugar.

Dicha técnica quirúrgica, según Bezerra y cols., tiene como principal característica la posibilidad de realizar cirugías de forma segura, rápida y con un alto grado de previsibilidad.

Para Zoman y cols., pacientes que necesitan de tratamiento con anticoagulantes por un largo período de vida, porque tienen alguna prótesis valvular en el corazón también pueden beneficiarse de la técnica, cuando tiene hueso para dicho procedimiento, así no necesitan reducir la dosis del medicamento, cuando sea posible realizar la técnica mínimamente invasiva.

Profitt et al., en su libro, en el capítulo sobre conceptos de crecimiento y desarrollo, citan que la formación de hueso nuevo en una superficie de hueso existente se produce a través de células que están en el periostio, una membrana que envuelve el hueso, donde se produce la formación de células nuevas.

No se puede jamás renunciar a algunos criterios importantes antes de utilizar la técnica quirúrgica sin

colgajo, como un mayor cuidado en áreas estéticas, pues es necesario intentar imaginar cómo quedará la posición de este implante tridimensionalmente, la altura ósea disponible, el volumen de tejido blando, dichos requisitos son fundamentales antes de iniciar la cirugía.

Conclusión

Se cree que la posibilidad y la viabilidad de realizar una cirugía mínimamente invasiva y, con mucho menos trauma y sufrimiento para el paciente, es posible gracias a la utilización de técnica libre de colgajo y por su puesto solamente para los casos en que se tiene una buena cantidad ósea, tanto en altura como en anchura. Este método no sólo aportará beneficios al paciente, pero también proporcionará diversas ventajas, tales como una mejor preservación de las papilas cuando se realiza un implante entre dos dientes, puesto que no se reducirá el colgajo. Otra ventaja de no reducir el colgajo es la conservación del periostio, que ayudará en una reparación más rápida, ya que según Profitt et al., la inclusión de nuevo hueso a la superficie de un hueso existente es posible debido a la actividad de células en el periostio, que tiene potencial de formar células nuevas.

De cierto modo, se evitarán daños que podrían ser irreversibles para el tejido papilar, eliminándose así los conocidos espacios en las encías que se temen tanto en la sonrisa, además se estaría evitando, junto con la reducción del colgajo, la preservación del complejo de vasos sanguíneos que no puede jamás ser visto como un único vaso, pero sí como una red interconectada entre sí. Conservándose esa red habrá un mejor abastecimiento sanguíneo, que resultará en una reparación mucho más acelerada y si no se reduce, no habrá sutura, entonces, no habrán problemas con dehiscencia de sutura, que cuando está presente expone tejido óseo, retardando así el proceso de cicatrización o incluso provocando una inflamación grave en el local. Además se puede considerar que no se tiene tantos riesgos con los pacientes que tienen higiene un poco deficiente, preservándose así la oseointegración del implante.

Referencias

1. Arisan V e cols. Computer-assisted flapless implant placement reduces the incidence of surgery-related bacteremia. Clin Oral investing. 2013 Dec.; 17(9):1985-1993.
2. Barros CAVS e cols. Estabelecimento de um protocolo clínico controlado para cirurgia guiada sem retalho em maxilas totalmente edêntulas./Establishment of a controlled clinical protocol for flapless-guided surgery on completely edentulous maxillary arches. ImplantNews. 2010; 7(3):371-378. ilus,tab,graf.
3. Bezerra F e cols. Tratamento do edentulismo total mandibular com a técnica de cirurgia guiada sem retalho./The edentulous lower jaw treatment using the flapless guided surgery. Innov. Implant.j.,biomater.esthet.(Impr.). 2008 set.; 3(6):13-16.
4. Di Giacomo GAP e cols. Carga imediata com prótese fixa provisória e cirurgia sem retalho gengival/Immediated loaded with provisional prosthesis and flapless surgery. Ver. As-soc. Paul. Cir. Dent. 2011 jan./fev.; 65(1):54-59.

5. Dinato JC, Ulzefer E Junior, Brum R. Estética imediata realizada com auxílio de prototipagem rápida e cirurgia sem re-talho./Immediate esthetics through flapless surgery and pro-totyping. Implant News. 2004 jan./fev.; 1(1):35-42. ilus,tab.Fitzpatrick JM, Wickhan JE. Minimally invasive surger Br Surg. 1990; 77(7): 721-723
7. Fornell J e cols. Flapless, CBCT-guided osteotome sinus floor elevation with simultaneous implant installation. Clin oral implants res. 2012 jan.; 23(1):28-34..
8. Hunter JG,Sackier JM Berci G. Trainning in laparoscopc cho-lecystectomy Quantifying the learning curve. Surge Indisc. 1994; 8(1)28-31.
9. Lindhe J e cols. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 5ª. ed. Guanabara Koogan, 2010.
10. Maia BGF e cols. Cirurgia livre de retalho com função imediata associada ao planejamento computadorizado: relato de caso clínico./ Flapless surgery with immediate loading associated to computerized planning: a case report. Ver. Dental press periodontia implantol. 2012 jan.; 23(1):28-34. ilus.
11. Marra R e cols. Rehabilitation with immediate loading of implants inserted with computer-guided flapless surgery: a 3-year multicenter clinical evaluation with oral health impact profile. Implant Dent. 2013 Oct.; 22(5):444-52.
12. Meira CE e cols. Técnica de cirurgia guiada minimamente invasiva utilizando expansores ósseos rosqueáveis./Technique of guided minimally invasive surgery using a screw bone expanders. Ver Paul Odontol. 2010 abr./jun.; 32(2). ilus.
13. Nocini PF e cols. The use of computer-guided flapless dental implant surgery (Nobel Guide) and immediate function to support a fixed full-arch prosthesis in fresh-frozen homologous patients with bone grafts. Craniofacurg. 2013 nov.; 24(6):551-8.
14. Oliveira F Abi-Rached e cols. Rehabilitação oral sobre implantes instalados por medio de la técnica sin colgajo (flapless) y carga inmediata. Home-Ediciones-Volumen 50 nº. 3/2012.
15. Profitt WR et al. Ortodontia contemporânea. 5ª. ed. Tradução Sueli Toledo Basile et al. Rio de Janeiro: Elsevier. 2012; 754p. pg.34.
16. Teixeira MF e cols. Carga imediata direta sem retalho em maxila edêntula./Immediate implant loading with flapless in the edentulous maxila: case report. ImplantNews. 2010; 7(3):341-350. ilus.
17. Zoman HA e cols. Flapless dental implant surgery for patients on oral anticoagulants - the "warless procedure": a report of 2 cases. J oral implantol; 39 spec número: 2013 May.; p. 264-270.

Como citar este artigo:

Alves Neto O. Cirurgia livre de retalho para colocação de implantes. Full Dent. Sci. 2016; 8(29):43-48.