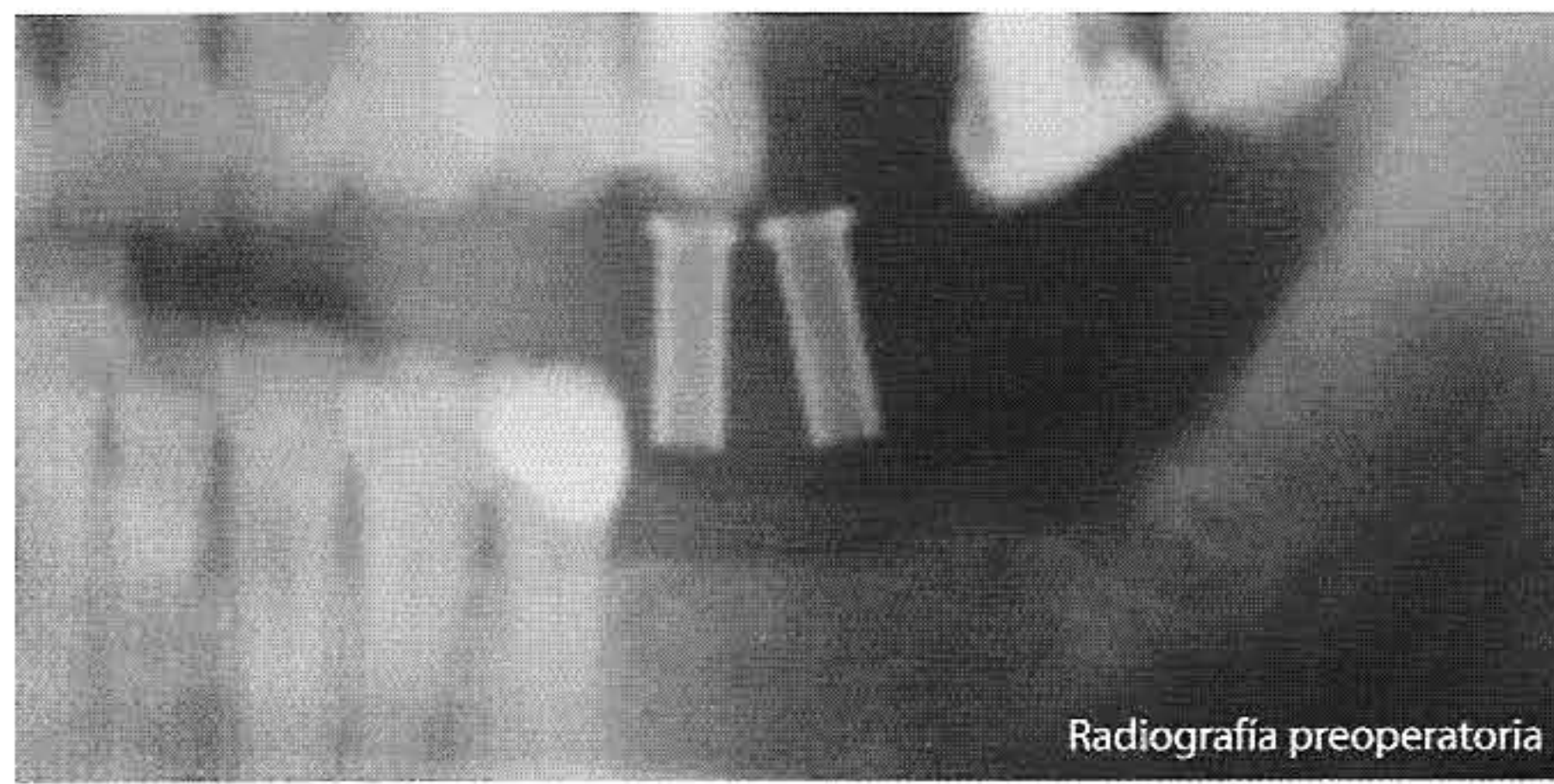


Implantes sin colgajo: la técnica del punch.

Rodríguez Casanovas, Héctor. Pérez Fierro, M. De la Rosa, M. Crubille, Pierre. Rodríguez del Castillo, A.

El procedimiento quirúrgico a seguir en implantología requiere de incisiones y colgajos a veces extensos bien sea para una visión amplia del campo operatorio o para evitar iatrogenias en el proceso. Existen ciertos casos, sin embargo, en los cuales la realización de un procedimiento quirúrgico para colocar implantes no es necesaria¹. A esta técnica de colocación de implantes sin la realización de un colgajo se denomina "punch"².

Esta técnica tiene el potencial de minimizar la pérdida de hueso de la cresta alveolar, asimismo de disminuir la inflamación de los tejidos blandos, el sondaje alrededor del implante y reducir considerablemente el tiempo de cirugía^{3,4}.



Radiografía preoperatoria

CONSIDERACIONES

En primer lugar nos hemos de referir a la mucosa gingival en la zona a intervenir, esta ha de ser necesariamente de encía queratinizada donde se calculará que el perímetro del implante a colocar siempre quede incluida en ésta.



Vista preoperatoria

Previamente se habrá realizado un sondaje donde determinaremos la profundidad a la que se encuentra el reborde cortical óseo (mapa óseo), dicho sondaje nos servirá de guía a la hora de la selección del bisturí circular tanto en profundidad como en perímetro. Además este sondaje nos permitirá conocer a que distancia se encuentra el margen óseo crestal del límite amelocementario interproximal. Esta información es muy importante para poder seleccionar un adecuado aditamento de cicatrización que permita crear un perfil gingival adecuado en el implante por restaurar⁵.

Otro de los aspectos fundamentales a considerar en cuanto al nivel óseo a intervenir es el asegurarnos que las corticales son extensas y regulares, es decir,

debemos contar con un buen reborde óseo con anchura y altura suficientes, equivalente cuanto menos a una tercera parte más de la altura y anchura del implante. Teniendo en cuenta que al momento de colocar el implante no tendremos un colgajo reflejado que nos permita ver con claridad la extensión total de la anchura de un reborde, es indispensable el conocer perfectamente la anatomía de la zona para poder colocar el implante totalmente dentro del hueso y con las indicaciones protésicas pertinentes al caso.

De esta manera podemos entender que si es necesaria la realización de un TAC antes de hacer esta técnica será perfectamente indicado.

Otro punto muy importante a tener en cuenta al realizar la colocación de un implante con la técnica del punch, es la guía quirúrgica. Esta debe ser muy completa en información debe tener una réplica del margen cervical de la futura restauración, con su respectivo límite

amelocementario, nos permitirá poder valorar exactamente la distancia correcta de la cabeza del implante al margen cervical de la guía. Y de esta forma podremos tener un perfil de emergencia excelente en nuestra restauración final.

MATERIAL Y MÉTODOS

Además del material que cualquier intervención implantológica conlleve, debemos tener en consideración el bisturí circular (Bisturí Circular® parmigiani Dentacare SA 6934 Bioggio-Lugano Suiza) o anular, el cual posee diferentes diámetros; una pinza hemostática para retirar el tejido incidido, así como una cureta de hueso para limpiar la superficie ósea de cualquier resto de epitelio que haya quedado cubriendo el tejido óseo.

DISCUSIÓN

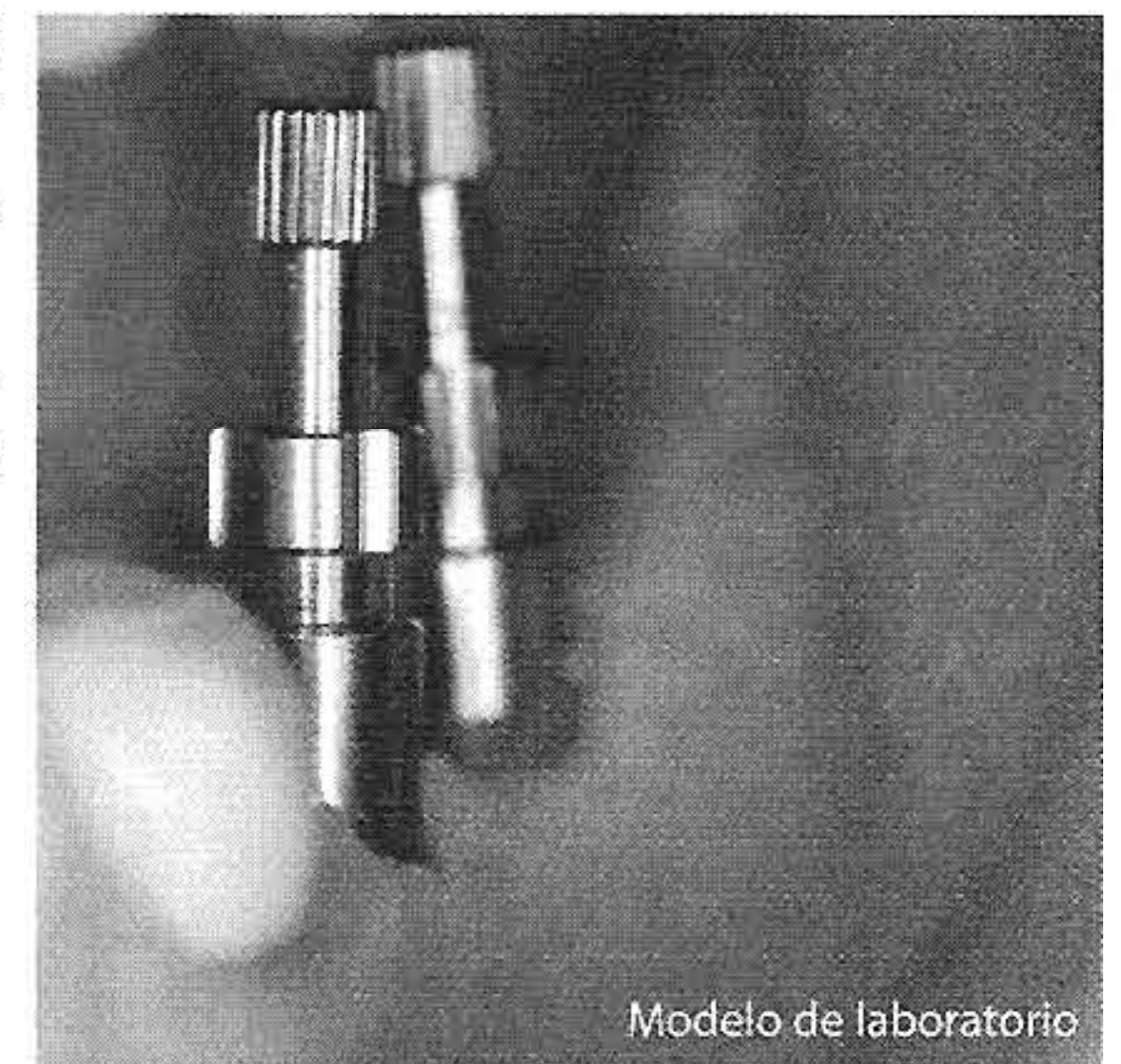
La técnica del punch permite realizar una intervención quirúrgica mínimamente invasiva y por tanto un postoperatorio más confortable, sin embargo debemos tener en cuenta que dicha técnica no es aplicable en la mayoría de los casos, tan sólo en aquellos en los que el nivel óseo y gingival nos lo permita⁶, y en aquellos en los que no se colocarán más de 2 implantes.



Implantes Internal®, Biohorizons®, One Perimeter Park South, Suite 230S Birmingham, Alabama 35243

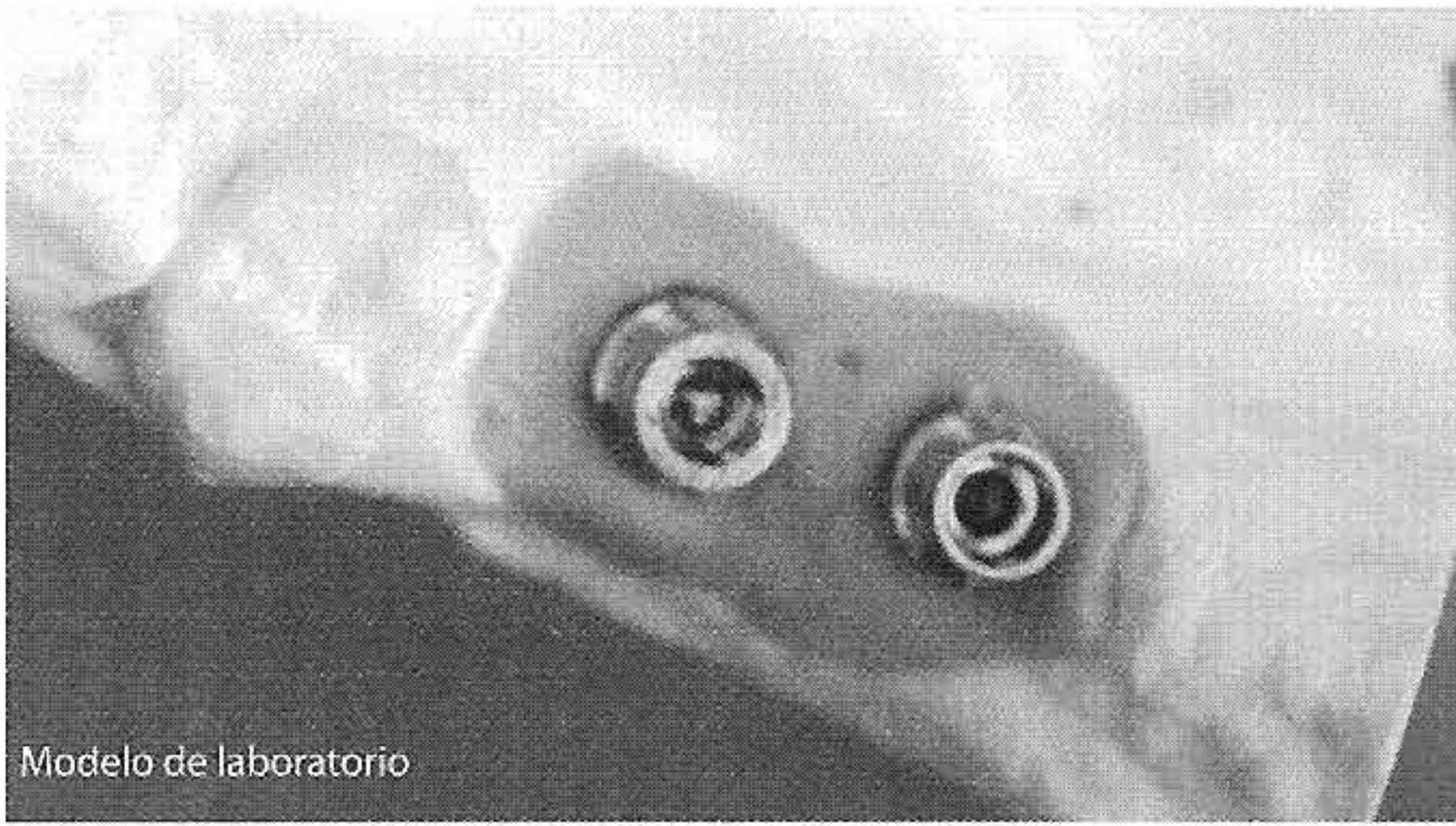
Como hemos visto el tema del análisis óseo previo a la utilización de esta técnica es crucial. La cortical ósea debe ser regular para evitar la creación de dehiscencias óseas en el momento de la fijación implantaria, por lo que su medición debe ser lo más exacta posible y proceder con seguridad en la intervención. Dicha medición se realizará en anchura y altura como en cualquier intervención implantaria así como se tendrá muy en cuenta la dirección a realizar para evitar iatrogenias como es el caso de las dehiscencias óseas.

En aquellos casos en los que por error, tanto en el diagnóstico como en la ejecución, produzcamos una dehiscencia o fenestración ósea, será indispensable el utilizar alguna de las técnicas de regeneración ósea guiada para corregir esto. En estos casos es indispensable la estabilidad primaria del implante, que de no contar con ella, será preferible el realizar la regeneración ósea guiada por sí sola y volver en un tiempo a futuro a colocar el implante.



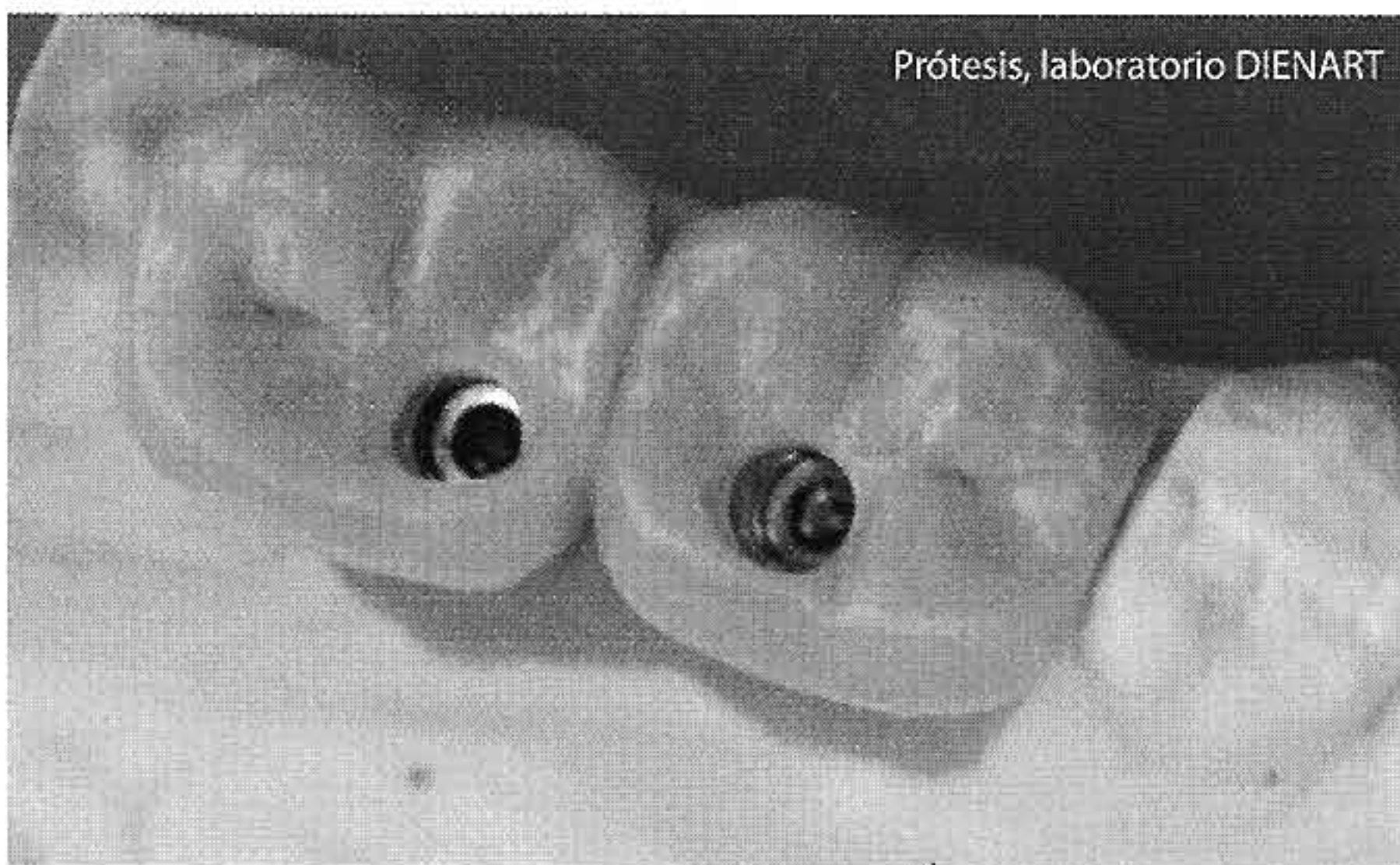
Modelo de laboratorio

En cuanto a la relación de los tejidos blandos en esta técnica, la mucosa debe ser encía adherida que en profundidad deberá ser de al menos 2 mm. y debe quedar al menos 3 mm. en el perímetro de la incisión. Este borde o perímetro de seguridad quirúrgico nos va a permitir que exista un rodete o cuello mucoso de encía adherida alrededor de la zona de emergencia del implante, permitiendo así una excelente integración implantaria, además de una zona ricamente protegida para el paso de los irritantes locales.



Modelo de laboratorio

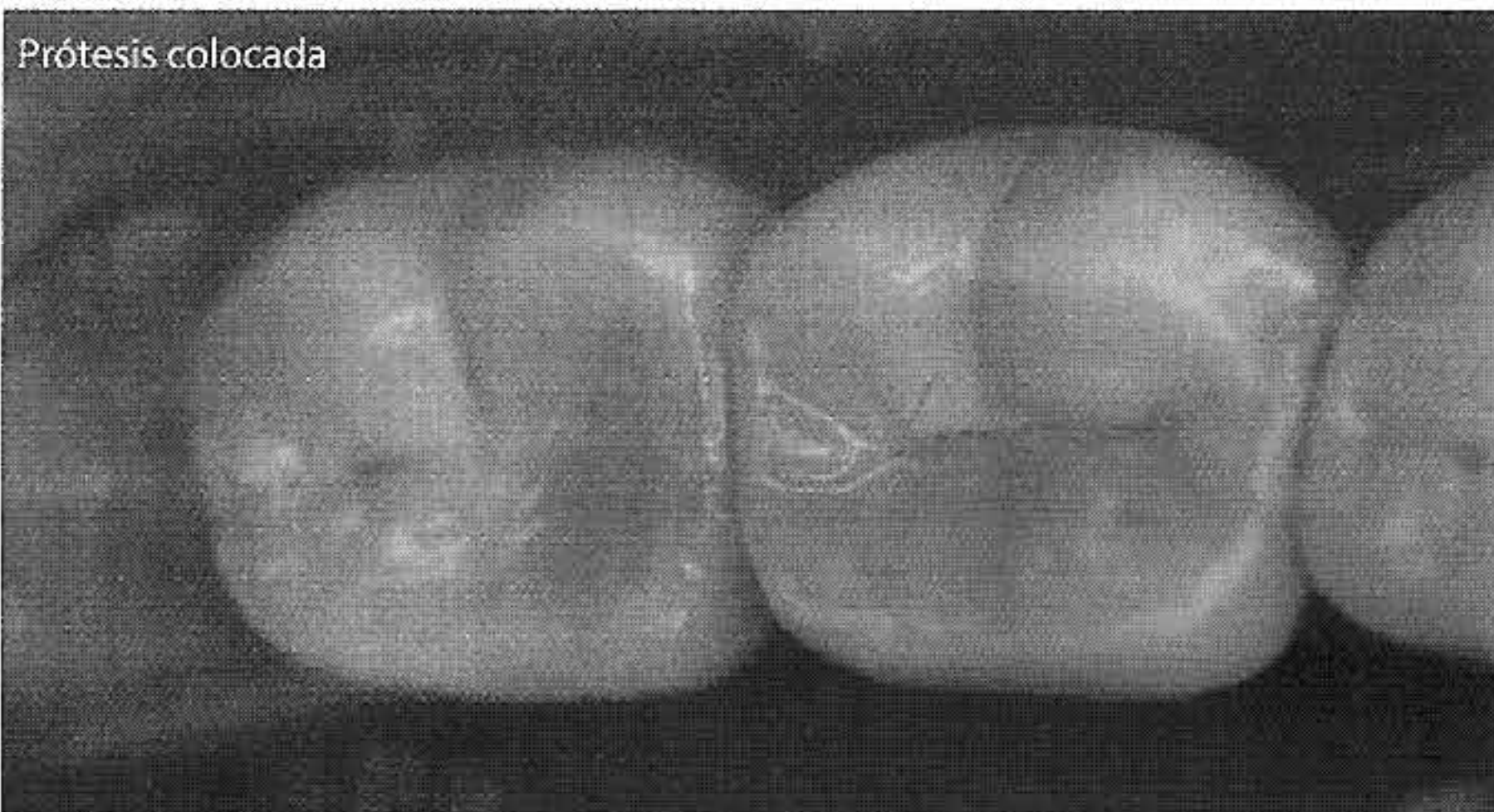
Dentro de este punto, se ha discutido sobre la diferencia de realizar la colocación del implante sin remover la porción del tejido blando sobre la cresta ósea donde colocaremos el implante.



Prótesis, laboratorio DIENART

Nosotros hemos encontrado mayor facilidad para el epitelio de crecer e interferir en la interfase implante hueso cuando no removemos este tejido, lo cual no ocurrió en ninguno de los casos en los cuales se removió este punch de encía queratinizada. Y otro de los puntos fuertemente a favor de remover este punch, es que no tuvimos ningún problema postoperatorio relacionado con recesiones gingivales, carencia de integración gingival alrededor del implante o molestias reportadas por el paciente. Por esta razón al utilizar esta técnica siempre recomendamos el remover el tejido gingival crestal de la zona donde colocaremos el implante.

Uno de los puntos a favor en esta técnica es la gran aceptación de parte de los pacientes para este procedimiento ⁷.



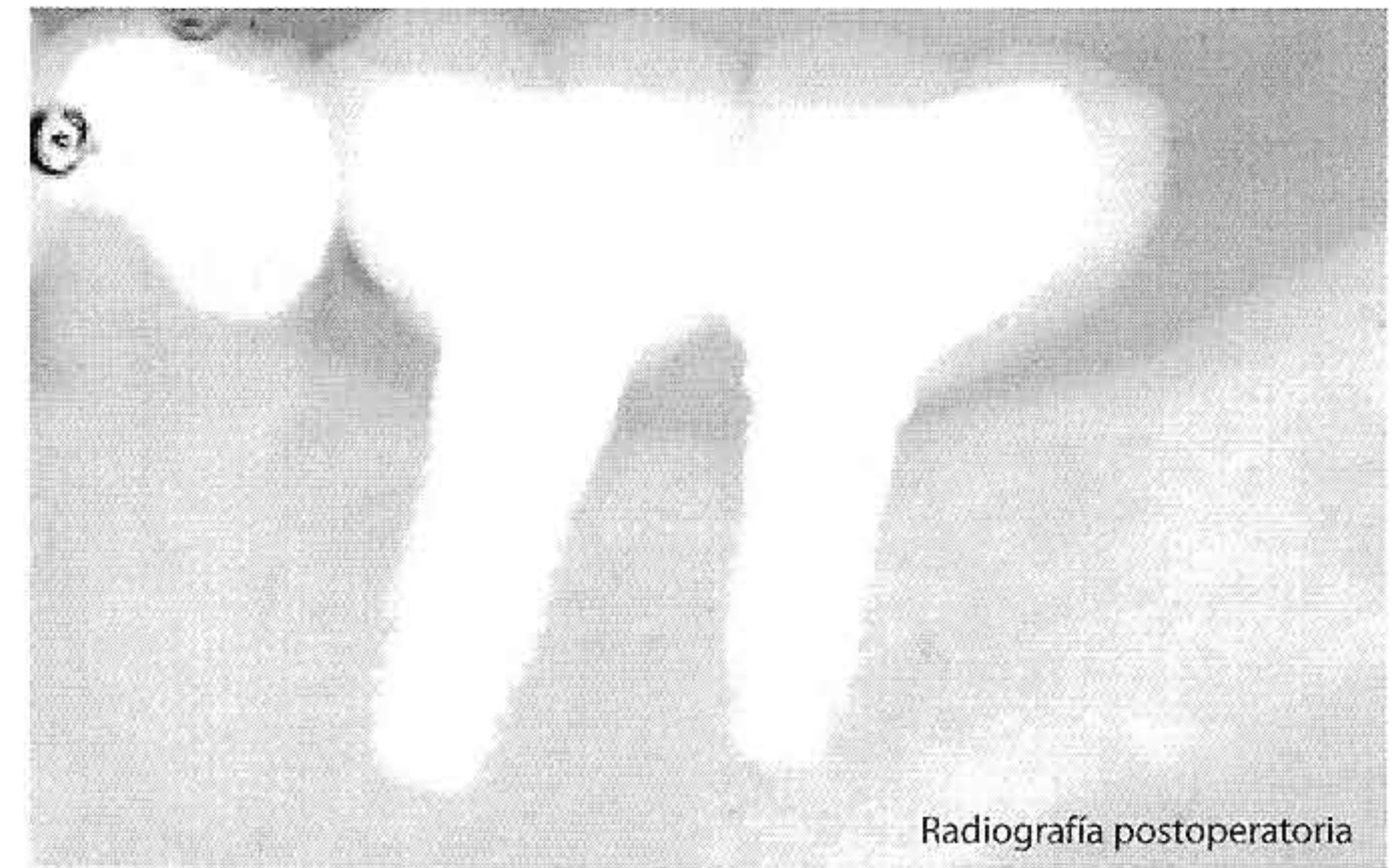
Prótesis colocada

No hay que olvidar que el objetivo final de nuestro tratamiento es que el paciente tenga una prótesis fija y funcional a largo plazo, y las molestias o inconformidades generadas durante el proceso de trabajo para lograr esto representan agregados que trataremos de contrarrestar, pero no son el objetivo final de nuestro tratamiento.

Rocci y col ⁸, mostraron en un estudio en el cual colocaron 97 implantes en 46 pacientes, que ese tipo de tratamiento se puede realizar en el maxilar con una baja tasa de fracasos.

CONCLUSIÓN

Esta técnica puede ser utilizada si las condiciones son favorables, se pueden obtener resultados muy buenos desde el punto de vista del paciente ya que es una técnica poco agresiva. No ha de ser utilizada indiscriminadamente, para evitar complicaciones.



Radiografía postoperatoria

¹ J Oral Implantol. 2000;26(3):193-8.

Single-stage, immediate loading, and flapless surgery.

Hahn J.

² Pract Periodontics Aesthet Dent. 1998 May;10(4):434.

Soft tissue punch technique for aesthetic implant dentistry.

Salinas TJ.

³ Pract Periodontics Aesthet Dent. 2000 Jun-Jul;12(5):467-74; quiz: 476.

Flapless anterior implant surgery: a surgical and prosthodontic rationale.

Kan JY, Rungcharassaeng K, Ojano M, Goodacre CJ.

⁴ Clin Implant Dent Relat Res. 2005;7 Suppl 1:S21-7.

Minimally invasive flapless implant surgery: a prospective multicenter study.

Becker W, Goldstein M, Becker BE, Sennertby L.

⁵ Int J Oral Maxillofac Implants. 2004;19 Suppl:43-61.

Optimizing esthetics for implant restoration in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations.

Baser D, Martin W, Belser JG.

⁶ Implant Dent. 1999;8(2):160-6.

Punch technique for preservation of interdental papillae at nonsubmerged implant placement.

Auty C, Siddiqui A.

⁷ Pract Proced Aesthet Dent. 2005 Mar;17(2):151-8; quiz 160.

Immediate restoration of implants utilizing a flapless approach to preserve interdental tissue contours.

Petrungaro PS.

⁸ Clin Implant Dent Relat Res. 2003;5 Suppl 1:29-36.

Immediate loading in the maxilla using flapless surgery, implants placed in predetermined positions, and prefabricated provisional restorations: a retrospective 3-year clinical study.

Rocci A, Martignoni M, Gottlow J.



Rodríguez Casanovas, Héctor.

Doctor en Odontología · Master en Periodoncia UT Houston

Perez Fierro, M. Odontólogo. - **De la Rosa, M.** Odontólogo · Master en Periodoncia UT Houston. - **Crubille, Pierre.** Odontólogo. - **Rodríguez del Castillo, A.** Médico Estomatólogo

