

RELATORES

Emma Busoms, Fabiola Dell'Olmo, and Joan Takamoli, con Prof José Nart

AFILIACIÓN

Residentes del programa de posgrado en Periodoncia, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona

estudio

Regeneración ósea versus injerto de tejido conectivo

Thomas De Bruyckere, Célien Eeckhout, Aryan Eghbali, Faris Younes, Paulien Vandekerckhove, Roberto Cleymaet, Jan Cosyn
J Clin Periodontol. 2018; 45:1375-1387

Resumen del artículo original "Evaluation of peri-implant marginal tissues around tissue-level and bone-level implants in patients with a history of chronic periodontitis," con el amable permiso de Wiley Online Library Copyright © 1999-2019 John Wiley & Sons, Inc. Todos los derechos reservados. JCP Digest 11 es publicado por la EFP en julio de 2019.

ANTECEDENTES

El proceso alveolar está sujeto a cambios dimensionales después de la extracción dental, presentes incluso cuando se practican técnicas de preservación de cresta. El área más afectada por estos cambios es el aspecto central del hueso vestibular.

Consecuentemente, después de la extracción de los dientes habrá una falta de volumen y una convexidad vestibular que puede comprometer el resultado estético. Se han sugerido procedimientos como la regeneración ósea guiada (ROG) o el injerto de tejido conectivo (ITC) para restablecer de manera eficaz el grosor y la altura del tejido junto a la colocación de implante unitarios.

Sin embargo, solo hay publicado un ensayo clínico controlado que haya comparado la ROG y el ITC para restablecer la convexidad vestibular en implantes unitarios, sin diferencias significativas entre los dos enfoques después un año de seguimiento.

OBJETIVOS

Comparar los resultados a un año en la restauración de la convexidad vestibular entre la ROG y el ITC realizados de manera simultánea a la colocación de un implante unitario.

MÉTODOS

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado a simple ciego con un total de 42 pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Un espacio edéntulo de un solo diente en el maxilar anterior con dientes adyacentes presentes;
- exodoncia previa al menos tres meses antes a la inclusión en el estudio;
- defecto de clase I (Seibert 1983);
- al menos 6 mm de dimensión ósea véstibulo-palatina en el espacio edéntulo.

Después de la colocación del implante, la concavidad vestibular se aumentó o bien con partículas de xenoinjerto de origen bovino cubiertas con una membrana de colágeno reabsorbible en el grupo de la ROG, o bien con un injerto de tejido conectivo extraído del paladar en la zona premolar con la técnica de una incisión en el otro grupo. Después de tres meses se descubrieron los implantes y se colocaron los pilares de cicatrización.

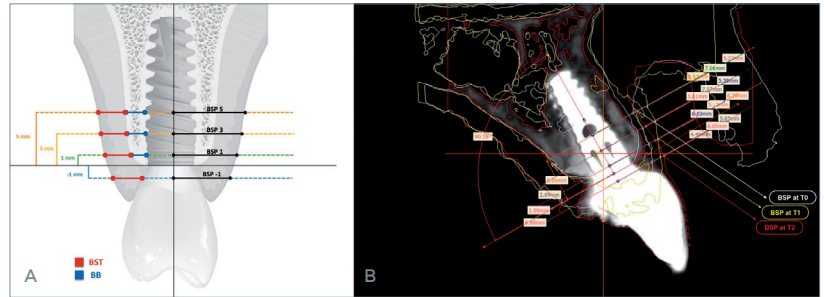
Se fabricó una corona provisional atornillada con un perfil cóncavo, que se fue modificando durante los siguientes tres meses al añadir composite fluido para mejorar el nivel de los tejidos blandos en la zona vestibular. Seis meses después de la colocación del implante, se fabricó una corona definitiva que replicó el perfil de emergencia la prótesis provisional.

La tomografía computerizada de haz cónico (CBCT) se realizó en: t0 (antes de la cirugía), t1 (dos semanas después de la cirugía), t2 (un año tras la cirugía). Se emplearon imágenes transversales para analizar el perfil de los tejidos blandos vestibulares como variable primaria del estudio. También se evaluaron el grosor del hueso vestibular, el grosor del tejido blando vestibular y la pérdida ósea vertical. Los resultados clínicos registrados incluyeron: tasas de supervivencia y de éxito, incidencia de complicaciones, pérdida ósea marginal, profundidades de sondaje, placa, sangrado al sondaje, y recesión en medio vestibular y en las papilas.

Se empleó el test exacto de Fischer para analizar las variables categóricas entre los grupos. Además, los cambios a lo largo del tiempo dentro de cada grupo y el impacto de la estrategia de tratamiento se evaluaron con el análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA).

A | Imagen que muestra cómo se midieron el perfil vestibular de los tejidos blandos, el grosor del hueso vestibular y el grosor vestibular de los tejidos blandos en el CBCT a cuatro niveles distintos desde la plataforma del implante.

B | Medidas del perfil vestibular de los tejidos blandos a cuatro niveles distintos al superponer las imágenes de CBCT en t0 (blanco), t1 (amarillo) y t2 (rojo).



resultados

- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto al defecto inicial a nivel vestibular, que fue de 0,98 mm en el grupo de la ROG y de 0,90 mm en el grupo del ITC.
- Al año, el grupo de la ROG mantuvo 1,38 mm de los 2,16 mm que se ganaron de manera inmediata tras la cirugía 1 mm coronal a la plataforma del implante, mientras que en el grupo del ITC los valores fueron 1,52 mm de los 1,72 mm ganados (medidas en sentido horizontal).
- La ganancia del perfil de los tejidos blandos a nivel vestibular apical al hombro del implante varió de 0,77 mm a 1,5 mm en el grupo de la ROG, y de 0,41 mm a 0,81 mm en grupo del ITC. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para las distintas variables clínicas.



LIMITACIONES

- Seguimiento a corto plazo (un año).
- El ITC se obtuvo de la zona de premolares y no del área de la tuberosidad, que puede ser considerada hoy en día como el tratamiento ideal.
- Hay una falta de estandarización en cuanto a la cantidad de los materiales empleados al injertar.
- No se analizaron las variables relacionadas con el paciente ni el ratio coste-eficacia de la cirugía.
- Escasa visibilidad de los tejidos blandos en el CBCT.
- Se emplearon imágenes 2D obtenidas de imágenes 3D para evaluar el perfil vestibular de los tejidos blandos en lugar de hacer un análisis volumétrico verdadero.



CONCLUSIONES

- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la ROG y el ITC para restaurar la convexidad vestibular o el volumen en implantes unitarios colocados en la zona estética con un año de seguimiento.



IMPACTO

- Tanto la ROG como el ITC se pueden considerar como alternativas válidas para reconstruir la convexidad vestibular en implantes unitarios.



ENLACE AL ARTÍCULO ORIGINAL EN JCP:

www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.13006

Acceso a través de la página web para miembros de la EFP: www.efp.org/members/jcp.php