



Técnicas de Periodoncia Aplicadas a la Implantología

Manejo de los Tejidos Blandos (5ª parte)

Técnica de Langer



DR. JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ

Médico estomatólogo.
Doctor en Medicina y Cirugía.
Cirujano oral y maxilofacial.
Periodoncia e Implantología exclusivas.
Director de la Clínicae Gingiva. Madrid.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En numerosas ocasiones nos encontramos con pacientes con insuficiente encía queratinizada, adherencias altas de frenillos y fondos de vestibulo poco profundos o pérdida de grosor de los tejidos blandos en los tramos edéntulos donde hemos colocado los implantes. En el maxilar superior estas situaciones pueden a su vez comprometer el resultado estético de nuestro tratamiento y poner en peligro la salud periimplantaria.

COMENTARIO A LA TÉCNICA

Con la finalidad de crear un sellado periférico correcto alrededor de los pilares transepiteliales con encía queratinizada adecuada, eliminar la tensión y movimientos de las adherencias fibrosas del fondo del vestibulo y conseguir un grosor adecuado y estético de los tejidos blandos, se puede realizar el injerto de tejido conectivo subepitelial propuesto por Langer.



Presentamos un caso tratado con tres implantes con alto compromiso estético, con importante reabsorción ósea horizontal del proceso alveolar, junto con pérdida de grosor de los tejidos blandos.



No existe un sellado adecuado alrededor de los implantes, llegando la mucosa alveolar hasta el margen gingival de los implantes.



Se inicia el procedimiento quirúrgico con una incisión a nivel de la línea mucogingival de la zona a tratar.



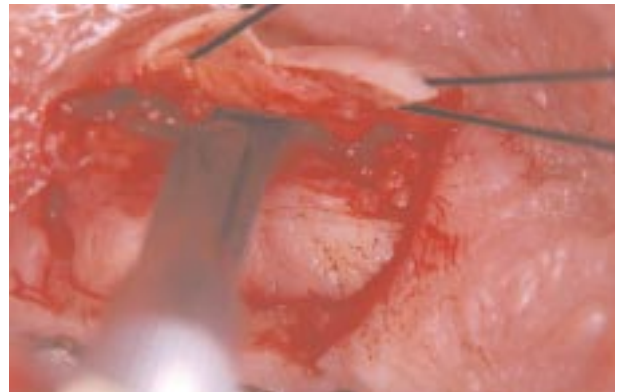
A partir de esta última incisión, se levanta a espesor parcial el injerto compuesto por una banda epitelial y un faldón de tejido correctivo.



Se levanta un colgajo con forma trapezoidal de espesor parcial dejando un amplio lecho conectivo-perióstico y medimos la longitud de tejido necesario para injertar.



Para liberar y extraer totalmente el injerto, haremos una incisión horizontal en el fondo del paladar para desinsertar el tejido conectivo del lecho óseo. También haremos dos incisiones verticales liberadoras en los extremos del tejido a injertar (ver ficha I.G.L.: Técnica de Langer, 1ª parte, Obtención del Injerto de Paladar).



28

Esta medida la trasladamos al lecho donante del paladar, realizando una incisión horizontal de esta longitud. Para levantar una ventana, haremos dos incisiones verticales en sus extremos. A continuación trazamos otra incisión horizontal a unos 2 mm, más coronal que la primera incisión.

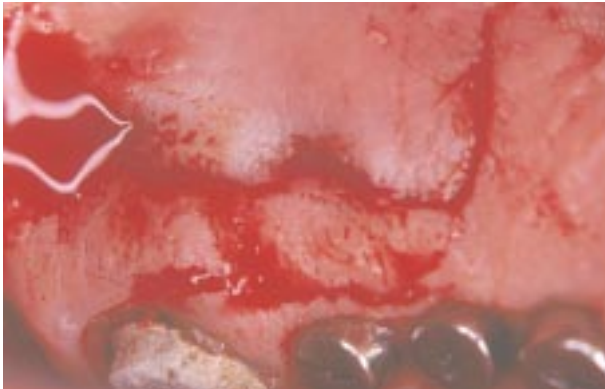


Imagen del tejido obtenido para injertar, formado por la banda epitelial y el tejido conectivo.

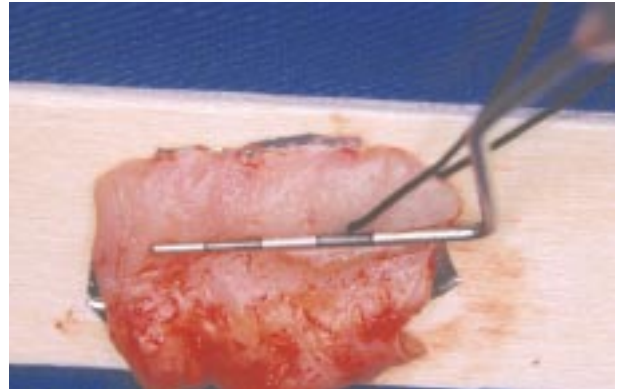
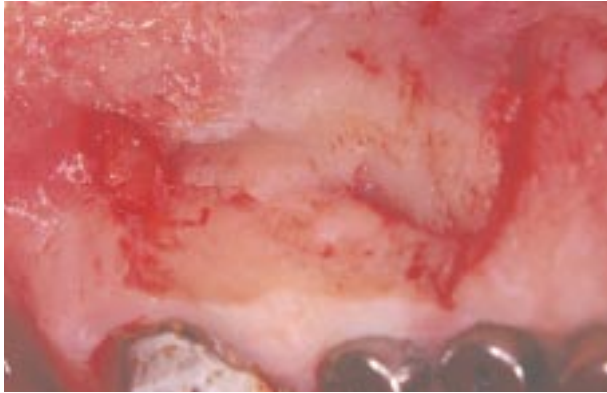


Imagen de la herida palatina una vez "cerrada la ventana", que levantamos para obtener el injerto.



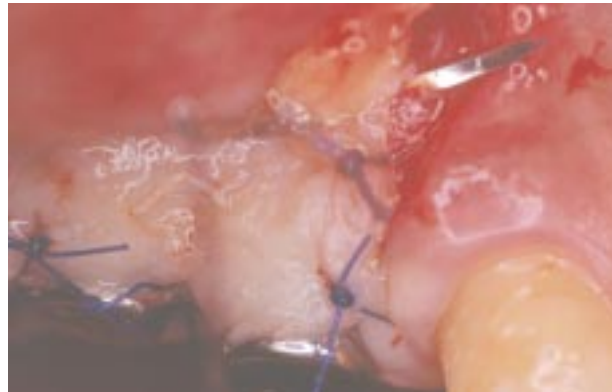
El injerto se lleva al lecho receptor y se recorta para acoplar su forma, eliminándose el exceso de tejido.



Con la ayuda de puntos sencillos llegaremos a cerrar toda la herida donante, quedando una pequeña banda de tejido conectivo expuesta.



Se estabiliza el injerto con puntos de sutura monofilamento de supramid o polipropileno (4/0 ó 5/0) en la zona epitelial, que quedará expuesta y con sutura reabsorbible de ácido poliglicólico en los bordes laterales, que permanecerán cubiertos por el colgajo.



El injerto se adelgaza y se uniforma en su grosor, eliminando el exceso de tejido graso con la ayuda de una nueva hoja de bisturí y dos depresores linguales de madera.

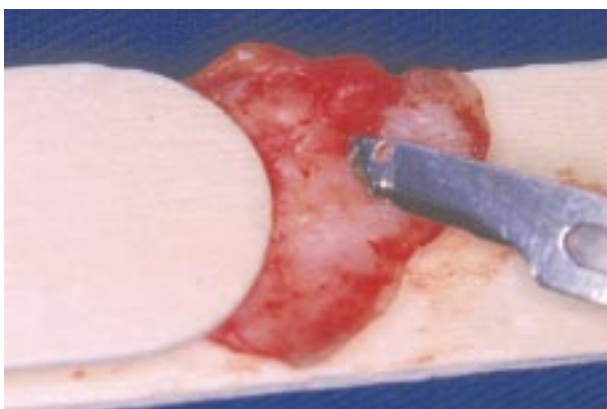
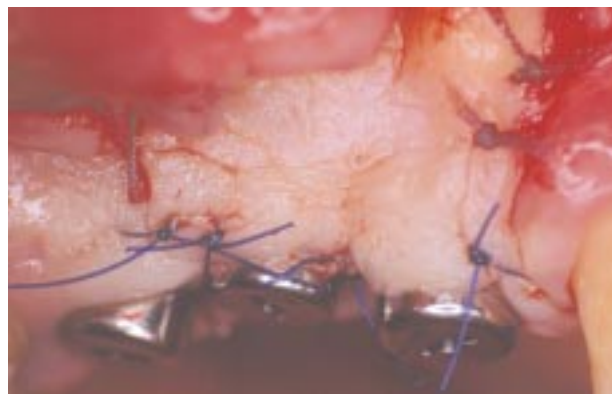


Imagen del injerto una vez estabilizado por las suturas.





El injerto se cubre por el colgajo mucoso "a modo de manta" y se estabiliza por puntos sencillos de sutura. Esto supondrá la doble nutrición del injerto, asegurándose así su vitalidad superficial y perióstica.

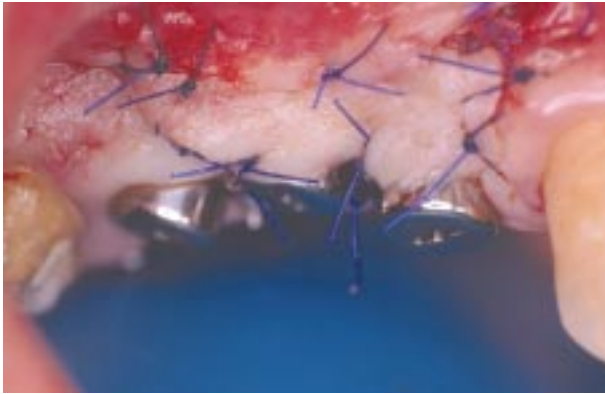


Imagen a los 45 días antes de proceder a la confección de la prótesis.



Imagen de la zona intervenida a los 20 días.



Imagen del resultado del injerto una vez colocada la prótesis. Para disminuir el efecto antiestético de triángulos negros por la pérdida horizontal del proceso alveolar, se realizaron las papilas interdentales con cerámica rosa (trabajo realizado por D. Antonio Ávila Mañas).



Imagen del paladar a los 20 días. Existe una completa epitelización de la banda cruenta y curación de la herida palatina.



Resultado del caso tras cuatro años de tratamiento.

