



Aumento de reborde alveolar con injerto de tejido blando.

GUADALUPE IRAZÚ ARENAS MARTÍNEZ¹ y GABRIELA HERNÁNDEZ GÓMEZ¹

¹ Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM. giam9495@gmail.com

Introducción: Tras la extracción de un diente la topografía de los tejidos blandos y duros circundantes se ve alterada. Se presenta un colapso de los tejidos que debe ser tratado por las áreas de prótesis y periodoncia de manera conjunta para lograr un resultado estético y funcional óptimo.

Existen procedimientos quirúrgicos de aumento de reborde alveolar que nos permiten obtener una ganancia de tejido blando en sitios donde ya se han colapsado los tejidos.

Se han desarrollado gran variedad de procedimientos quirúrgicos con el fin de reconstruir el reborde. El primero en introducirlo fue Karting en 1971 y en 1974 Edel lo aplicó formalmente en humanos.

Según Seibert (1983), los defectos del reborde pueden clasificarse en tres clases: Clase I- pérdida de dimensión vestibulolingual pero con altura apicocoronaria normal; clase II- pérdida de altura apicocoronaria pero con dimensión vestibulolingual normal; clase III una combinación de pérdida de altura y de espesor de la cresta.

Los injertos son tejido blando se dividen en injertos libres y pediculados. Dentro de los injertos libres encontramos el injerto insaculado, injerto interpuesto e injerto superpuesto, y en los pediculados tenemos el colgajo rodado.

Metodología: En este caso la paciente presenta un defecto clase I según Seibert debido a la pérdida de los dientes 12,11,21 y 22, por lo que se optó por la realización de un injerto insaculado. En el procedimiento se anestesió tanto la zona donadora como la receptora. Se creó un sobre de espesor parcial en la zona receptora y se tomó el injerto de la zona del paladar, del lado derecho e izquierdo debido a la extensión del defecto. Se desepitelizaron los injertos y se posicionaron dentro del sobre. Por último se estabilizaron los injertos con sutura.

Resultados: La paciente regresó a cita postquirúrgica ocho días después y se observó una buena cicatrización, sin embargo, no se retiraron los puntos de sutura. Quince días después de la cirugía se volvió a valorar a la paciente y en esta ocasión si se retiraron las suturas. La paciente mostraba una buena cicatrización y había ausencia de infección en las zonas tratadas quirúrgicamente. Se observó un aumento considerable en la zona tratada, solucionando el defecto previo

Conclusión: La pérdida dentaria produce una serie de cambios dimensionales que afectan tanto a los tejidos duros como tejidos blandos ocasionando defectos en el reborde alveolar. El injerto de tejido blando es una alternativa de tratamiento para solucionar problemas de pérdida de reborde y requiere un tratamiento en conjunto con prótesis para devolver funcionalidad y estética, sin embargo, es necesario un diagnóstico y plan de tratamiento completo antes de tomar una decisión para realizar un aumento de reborde para llegar al resultado deseado.