



AUMENTO DE REBORDE ALVEOLAR CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO CON FINES PROTÉSICOS. REPORTE DE CASO

Autor principal: C.D. Valente Alejandro Aguado Herrera. Alumno de la MCO Periodoncia de la Universidad Autónoma de Coahuila. México. Correo: valente.aguado@gmail.com

Coautoras: MCO Lizeth Alejandra Reyes Alvarado, MIM Dora María López Trujillo, CO María de los Ángeles Pietschmann Santamaría

Resumen

Introducción: Los cambios dimensionales sufridos por la pérdida dentaria, no solo afecta a los tejidos duros que protegían al diente, sino que los tejidos blandos también son afectados ocasionando que el reborde alveolar sufra un defecto. En el artículo siguiente se revisarán los posibles cambios dimensionales que se pudieran presentar tras la exodoncia y se presentará un reporte de caso de un paciente femenino de 60 años de edad, en el cual se trató un defecto de reborde alveolar clase III de Seibert. El tratamiento consistió en realizar un aumento de reborde alveolar colocando un solo injerto autólogo de tejido conectivo directamente en él para su futura rehabilitación.

Objetivo: mostrar una técnica para realizar un aumento de reborde alveolar, usando un autotransplante de tejido conectivo solamente. **Caso clínico:** Paciente femenino de 60 años de edad, acude a consulta refiriendo "quiero tener mi encía sana" haciendo señalización de varios problemas bucales, donde principal motivo de consulta es la restauración de sus órganos dentarios faltantes y la atrofia del reborde alveolar clase III de Seibert. **Conclusiones:** Esta operación, se realiza en situaciones donde el fenotipo gingival ha sido disminuido debido a una atrofia del reborde, provocando un defecto funcional y estético, es exitoso el tratamiento realizado.

Palabras clave: Aumento de reborde alveolar, injerto, tejido conectivo, atrofia, cresta alveolar, periodoncia, cirugía plástica periodontal, autólogo



I. INTRODUCCIÓN

Después de la extracción del órgano dentario, la cresta alveolar sufre de una reabsorción apicocoronaral y bucolingual incluso cuando los implantes se colocan inmediatamente después de la extracción (Botticelli y cols., 2004).

Independientemente de su causa, ya sean defectos congénitos o en el desarrollo, lesiones por traumas de impacto o quirúrgicas, enfermedad periodontal avanzada, la curación intencional biológica resulta en una atrofia de reborde alveolar, donde podemos encontrar cicatrices óseas deficientes y por resultado un compromiso protésico (del Rocío y cols., 2017).

Las atrofia óseas localizadas en la cresta residual edéntula, por lo general nos limitan a colocar una restauración protésica, dígame una prótesis fija o removible, incluyendo un implante dental.

Un reborde alveolar residual, debe satisfacer los requisitos funcionales, estéticos e higiénicos, por lo que es común realizar procedimientos quirúrgicos correctivos en la cresta.

Una cresta excesiva puede reducirse mediante cirugía resectiva de tejidos duros, por lo que es más sencillo establecer una cresta residual óptima que cumpla con los requisitos funcionales, estéticos e higiénicos.

Pero existe el caso, en que es un reto para el operador debido a que la cresta alveolar residual es deficiente o atrófica.

En 1983, Seibert nos introduce a una clasificación de atrofia de reborde alveolar, en función a la forma de la pérdida dimensional apicocoronaria, bucolingual o mixta. (Seibert, 1983)

En donde se describe de la siguiente manera:

- **Clase I:** pérdida del espesor bucolingual, preservándola altura apicocoronaria.
- **Clase II:** pérdida de la altitud apicocoronaria, preservando el espesor bucolingual.
- **Clase III:** pérdida dimensional de altitud y espesor de la cresta alveolar residual.

En 1985, Allen modifica la clasificación de Seibert al agregar la severidad según la pérdida dimensional y la describe de la siguiente manera (Allen y cols., 1985):



- **Clase A:** pérdida de la altura apicocoronal.
- **Clase B:** pérdida del espesor bucolingual.
- **Clase C:** pérdida de la altitud apicocoronal y espesorbucolingual.

Según la severidad de la atrofia de la cresta alveolar residual:

- **Ligero:** <3 mm
- **Moderado:** 3 – 6 mm
- **Severo:** >6 mm

Según un estudio de Abrams y cols. La prevalencia de estas deformidades en la cresta alveolar en las arcadas mandibulares y maxilares parcialmente edéntulos es de 91%. De este porcentaje, los defectos de clase III de Seibert o clase C de Allen, fueron aquellas situaciones con mayor prevalencia con un 55.8% de los casos. Después la clase I de Seibert o Clase A de Allen con un 32.8% y por último con un 2.9% aquellos pacientes que mostraron defectos de clase II de Seibert o Clase B de Allen (Abrams y cols., 1987).

En esta última década, se han desarrollado diferentes técnicas quirúrgicas y se han logrado mejores resultados. Para cumplir con los requisitos de reestablecer la función, estética e higiénica del paciente.

Actualmente, estos procedimientos quirúrgicos reconstruyen la cresta alveolar atrófica por medio de regeneración ósea guiada, mediante la colocación de injerto óseo autólogo, aloinertos o xenoinjertos, inclusive mediante mezclas de estos (Studer y cols., 1997).

También mediante un injerto de tejido conectivo colocado dentro del colgajo para lograr un aumento del reborde alveolar en la zona atrófica. Este procedimiento de aumento de reborde alveolar, es una operación de gran importancia para cumplir con los requisitos funcionales, estéticos e higiénicos que necesita el paciente.

Desde la consolidación de una técnica repetible con excelentes resultados para aumentar el reborde alveolar (Allen y cols., 1985) se ha modificado y variado la técnica en injertos de tejido conectivo pediculados en rollo descritos por primera vez en 1992 (Scharf y cols., 1992), también injertos de tejido conectivo y libre interposicionados con



el fin de ganar espesor del tejido conectivo y ganancia de encía queratinizada e injertos onlay (Seibert y cols., 1996).

Estas técnicas son las más utilizadas y han perdurado hasta la actualidad por su alta tasa de éxito (Thoma y cols., 2009) (Agarwal y cols., 2015).

Según diversos autores, las principales limitaciones sobre el uso de injertos de tejidos blandos son:

- Necesidad de volver a realizar la operación debido al insuficiente grosor del tejido conectivo (Speroni y cols., 2010) (Bassetti 2016).
- Poder establecer un espesor con un perfil higiénico (Wennström y cols., 2012).
- Aumentar los niveles de comodidad oral en el paciente (Lin y cols., 2013).
- Cuando hay implantes colocados y resulta en una recesión gingival sobre la corona, poder tratar la recesión y cubrir el margen de la corona en la zona implantaría (Burkhardt y cols., 2008) (Lee y cols., 2015).
- Igualmente, en zonas implantarias, prevenir la pérdida del espesor bucal cuando se coloca un implante inmediatamente tras una exodoncia, sobre todo en áreas estéticas en el espacio residual. (Yoshino y cols., 2014) (Kolerman y cols., 2016).
- Aunque los injertos de tejidos blando son capaces de incrementar el espesor, función, estética y perfil higiénico. La evidencia científica en el injerto de tejidos blandos durante la colocación de un implante es inconclusa aún. (Esposito y cols., 2012) (Tirone y col., 2018).

II. CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 60 años de edad, acude a la consulta en el departamento de la Maestría de Ciencias Odontológicas con Acentuación en Periodoncia de la Facultad de Odontología, Unidad Torreón de la Universidad Autónoma de Coahuila, con motivo de consulta de "Quiero tener mis encías sanas" refiriéndose a las múltiples recesiones gingivales y defectos óseos que la paciente estaba consiente.

La paciente refiere tener osteoartritis, hemangioma plano cervicofacial e intraoral unilateral y refiere tomar de medicamentos pregabalina, ramidil y oxycarbamazepina desde hace 19 años, por lo que se clasifica al paciente como ASA 2 (Knuf y col., 2017).



Fumadora de 6 cigarrillos diarios desde hace 30 años aproximadamente. Durante su examen clínico intraoral, se encontró un hemangioma plano unilateral, refiriendo la paciente tenerlo desde su nacimiento, no excedente de la arcada inferior, sin causar molestias o repercusiones. Además, presenta en recesiones Clase III y IV en múltiples órganos dentarios, exposición de furca grado III en el O.D. 1.6 sin presentar movilidad dentaria, al igual que en O.D. 2.6 y 3.6, furcas de grado II. Se muestra una reducción generalizada de encía queratinizada y esta se encuentra con signos de inflamación, papilas con morfología nodular y anatomía macroscópica clásica ausente. Además, presenta una atrofia del reborde alveolar correspondiente de la zona de premolares del cuadrante I, clasificada en Clase III de Seibert o Clase C, Severa de Allen. Al hacerse estudios radiográficos y sondeo clínico, se diagnosticó Periodontitis Estadio III, Grado C, según la nueva clasificación de enfermedades periodontales (Figura 1) (Catón y cols., 2018).



Figura 1. Fotografía Intraoral Inicial **Fuente:** Elaboración Propia

Se comenzó con la fase higiénica del tratamiento, que consistió en Profilaxis Dental, Instrucción de Técnica de Cepillado, Control de Placa Dentobacteriana con líquido revelador de placa y finalizando con Raspado y Alisado Radicular por Cuadrante, por lo que se vuelve a citar para revaloración para observar los resultados. Según los avances clínicos (ausencia de inflamación, sangrado y cálculo además de buen control de placa



dentobacteriana (Figura 2), se opta por comenzar la cirugía de Aumento de Reborde Alveolar con Injerto de Tejido Conectivo, para corregir la atrofia Clase III de Seibert, presente en el cuadrante I.

Según la ASA, se clasificó a la paciente como ASA II, paciente con enfermedades sistémicas controladas.



Figura 2. Fotografía intraoral de revaloración 1 mes después de fase higiénica
Fuente: Elaboración Propia

Descripción de la Técnica Quirúrgica: Aumento de Reborde Alveolar

Se realiza protocolo de asepsia y antisepsia, limpiando con yodopovidona un diámetro de 3 cm alrededor de la boca y se procede a anestésiar el nervio alveolar medio y el nervio palatino anterior con lidocaína y epinefrina al 2%.

Se realiza el diseño del colgajo (Figura 3.A.) trazando una incisión palatinizada sobre la cresta. Para conservar mayor cantidad de encía queratinizada, se realizó la incisión a espesor parcial sobre la cresta del reborde alveolar y posteriormente a espesor total hacia bucal, realizando descargas bilaterales, preservando las papilas, elevando el colgajo de espesor total de la atrofia, por último, se vuelve a realizar a espesor parcial, sobre el periostio, sobrepasando la línea mucogingival, para tener mejor avance del colgajo (Figura 3.B.).

Una vez realizado el colgajo, se toma el tejido conectivo del paladar, a nivel de molares, se realizaron incisiones laterales y longitudinales a espesor total en el paladar, para obtener la mayor cantidad de tejido conectivo uniforme (Figura 3.C) y al finalizar de tomar el injerto, suturar la zona donadora con monofilamento (en esta ocasión se usó

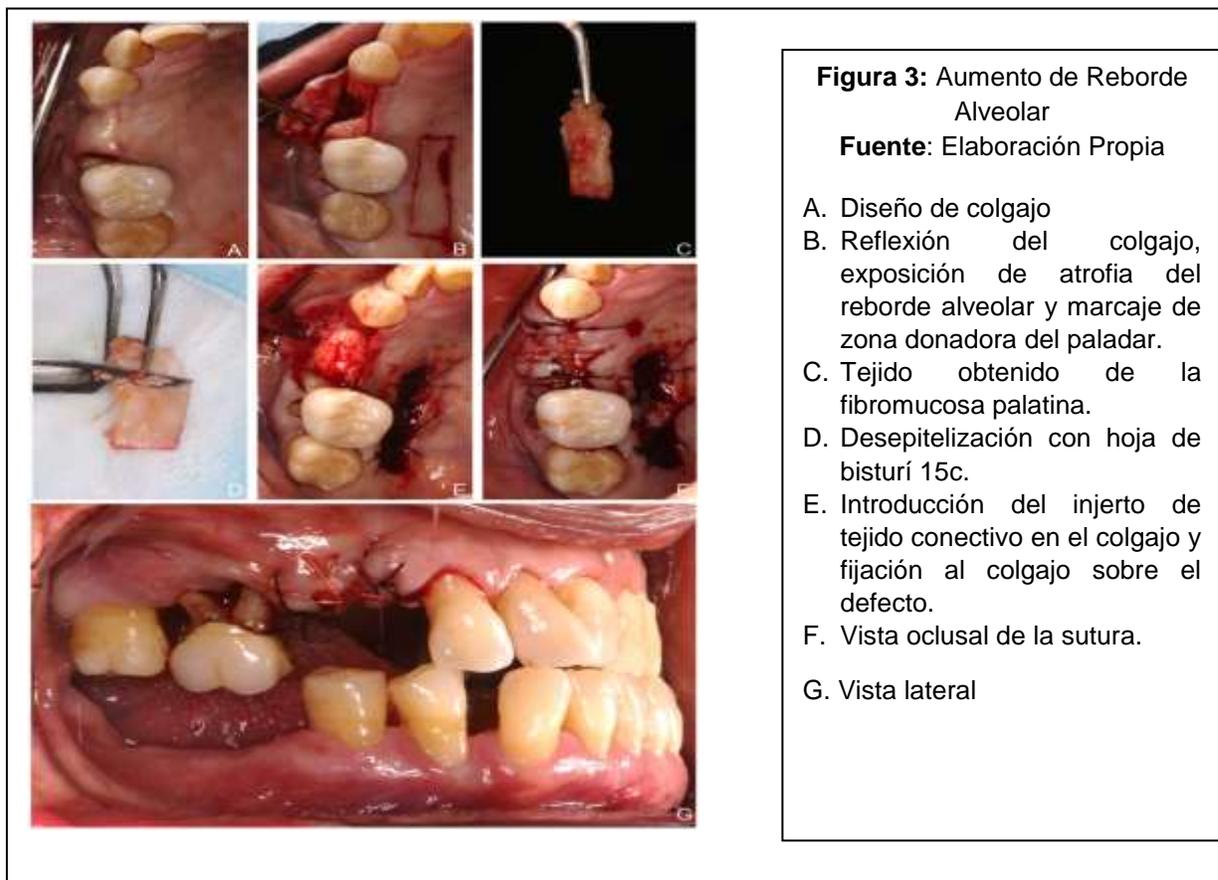


nylon 5,0) y se colocaron gel-foam y plaquetas ricas en fibrina (PRF, obtenido de la centrifugación de sangre a 3200 rpm por 12 min) deteniendo el sangrado palatino y mejorar su cicatrización.

Se desepiteliza el injerto (Figura 3.D.), eliminando el epitelio queratinizado, con una hoja bisturí 15c, auxiliándose con unas pinzas Adson.

Posteriormente se coloca el injerto de tejido conectivo dentro del colgajo, posicionándolo sobre la atrofia ósea y siendo suturado con un colchonero horizontal con sutura reabsorbible en el colgajo (sutura de ácido poliglicólico 5-0) (Figura 3.E.).

Seguido de fijar el injerto, se aproximan los bordes del colgajo y se procedió a suturar con colchoneros verticales y asegurando con puntos simples en donde fuese necesario con sutura monofilamentosa (nylon 5-0) (Figura 3.F. y Figura 3.G).





Se dan indicaciones postoperatorias, prohibiendo el cepillado en la zona operatoria y se le receta enjuagues con clorhexidina al 0.12% por 15 días, así como antibioticoterapia (amoxicilina 500 mg por 7 días cada 8 horas) y antiinflamatorio (ibuprofeno 600 mg por 3 días cada 8 horas).

Se cita de nuevo al paciente después de una semana para valorar el estado de la operación, comprobando que no hubiera ninguna complicación y se realiza una cita consecutiva a las 2 semanas, para retirar suturas y se pide que continúe con un cepillado suave, únicamente en los dientes, sin tocar la encía en la zona operatoria y continuar con el colutorio de clorhexidina al 0.12% por otras 2 semanas más.

Se realiza de nuevo una cita de control y profilaxis al mes para la evaluación de los resultados quirúrgicos del aumento de reborde alveolar.

Tras la primera semana de cicatrización, la zona operatoria se encuentra moderadamente inflamada, con un control de placa dentobacteriana adecuado, con ausencia de infección y no ha perdido el volumen ganado tras el injerto. En la zona donante del paladar, el tejido de granulación se comenzó a formar desde la periferia de la zona operatoria hacia el centro (Figura 4. A y Figura 4.B.).



Figura 4. A. Cicatrización en la primera semana postoperatorio, vista lateral. **B.** Cicatrización la primera semana postoperatorio vista oclusal. **Fuente:** Elaboración Propia

En la segunda semana postoperatoria, el espesor del fenotipo gingival generado ha nivelado la anatomía vestibular (Figura 5. A y Figura 5.B.). La inflamación disminuyó de moderada a ligera y el color de la fibromucosa se observa de un tono rosa coral. Mientras que, en el paladar, se muestra una cicatrización sin bordes eritematosos y



ocluyendo al centro de la lesión. No presenta dolor alguno. El control de placa fue suficientemente bueno.



Figura 5. A. Cicatrización en la segunda semana postoperatorio, vista lateral. B. Cicatrización la segunda semana postoperatorio vista oclusal. **Fuente:** Elaboración Propia.

Al primer mes después de la operación, se observa una adecuada cicatrización de todos los tejidos. Clínicamente los tejidos han cumplido los requisitos de función estética e higiénica que el paciente necesita.

A los 3 meses postoperatorios, al revalorar el estado periodontal del paciente, encontramos ausencia de inflamación, sangrado y movilidad, el color de la encía se ha recuperado al tono rosado coral que da un aspecto sano y morfología de cáscara de naranja en la encía adherida El paciente será remitido al departamento de endodoncia y prostodoncia. (Figura 6.).



Figura 6. Fotografías Intraorales, 3 meses después de la Fase Higiénica y 1 mes después del Aumento de Reborde Alveolar. **Fuente:** Elaboración Propia.



III. DISCUSIÓN

Lograr excelentes resultados para la rehabilitación de un paciente, requiere del trabajo en conjunto y totalmente cooperativo del periodoncista y el prostodoncista (Ferreira y cols., 2018).

En cambio, lograr resultados estéticos en el maxilar, sigue siendo un reto, independientemente del tipo de restauración, hablese de prótesis removible, fija o implantoportada (Enriquez y cols., 2016) pero establecer la apariencia natural de los tejidos periodontales circundantes es un reto mayor. (Khetarpal y cols., 2018).

Si se llevará tratamiento prostodóntico fijo (dentario o implantario) en un defecto de cresta localizado que no ha sido corregido quirúrgicamente, puede causar varios problemas potenciales que incluyen problemas estéticos y funcionales (Hegde y cols., 2019).

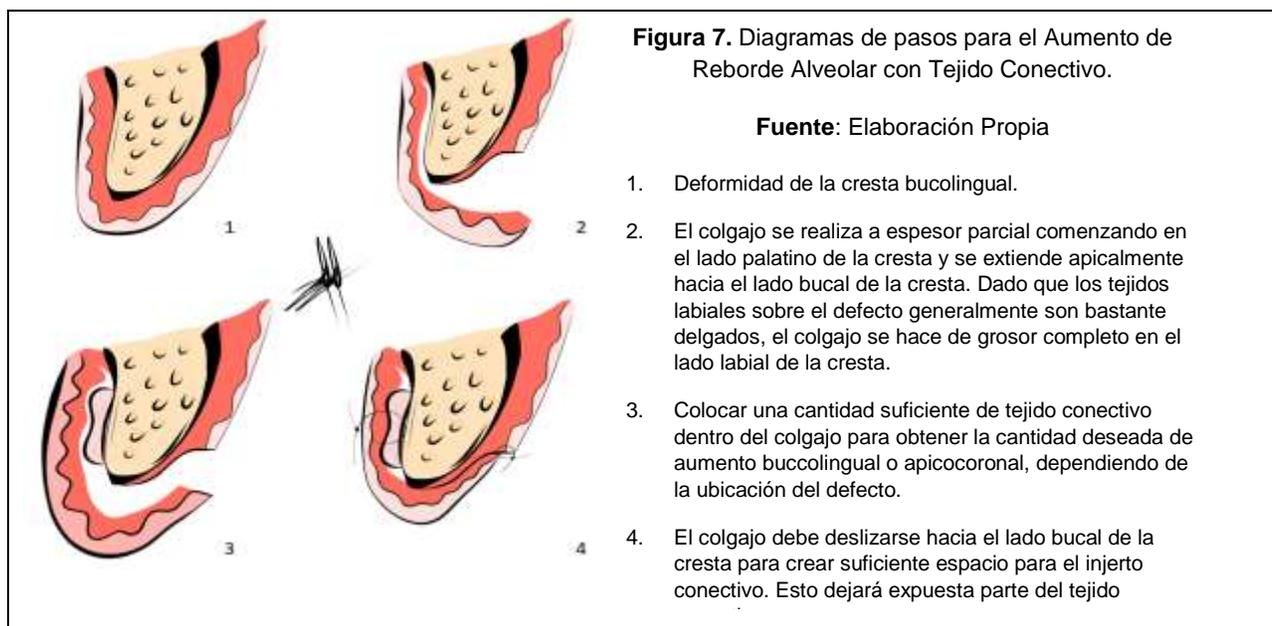
Existen varias técnicas que son utilizadas para restaurar tejidos duros y blandos relacionados a la cresta alveolar atrófica.

Desde técnicas repetibles con excelentes resultados para aumentar el reborde alveolar (Allen y cols., 1985), injertos de tejido conectivo pediculados en rollo (Scharf y cols., 1992), injertos de tejido conectivo y libre interposicionados e injertos onlay (Seibert y cols., 1996), adicionalmente, se han utilizado técnicas para cerrar alvéolos abiertos injertados, con un colgajo rotado del paladar (Abrams, 1980) (El Chaar y cols., 2017) y técnicas de injerto conectivo periimplantario simultáneo a la colocación de un implante para mejorar los resultados estéticos en atrofiados de rebordes alveolares (Tirone y cols., 2018).

El injerto de tejido conectivo autógeno del paladar ha sido utilizado durante muchos años para aumentar los tejidos blandos de la cresta y hoy en día se considera el estándar de oro (Gupta y cols., 2019) y la operación quirúrgica de aumento de reborde alveolar con injerto de tejido conectivo, obtenemos resultados favorables y es de bajo costo debido a que materiales extra de relleno adicionales no serán necesarios (Zuñiga y cols., 2018).



La técnica que se utilizó para el injerto de tejido conectivo, logró conseguir el volumen necesario adecuado para el sitio receptor y se obtuvieron muy buenos resultados durante el periodo postoperatorio (Figura 7.).



IV. CONCLUSIONES

El defecto localizado de la cresta alveolar puede crear dificultades fisiológicas y patológicas. El aumento de reborde alveolar atrófico, mediante el injerto de tejido conectivo del paladar, brinda resultados favorables, cumpliendo con las necesidades funcionales, estéticas e higiénicas del paciente. Esta operación *sine qua non* a rehabilitar protésicamente, ya que puede proporcionar al prostodoncista un reborde alveolar más ideal y así lograr resultados estéticos satisfactorios.

El aumento de reborde alveolar de la cresta residual realizado con injerto conectivo, además de dar resultados satisfactorios o favorables, es una operación accesible de bajo costo al no necesitar biomateriales de relleno extras.

El caso clínico reportado en este artículo, demostró lo eficaz que es el aumento de reborde alveolar con tejido conectivo, siendo una técnica fácil de realizar y predecible, que cumple con las expectativas funcionales, estéticas e higiénicas del paciente.



Referencias bibliográficas

1. Botticelli D, Berglundh T, Lindhe J. Hard-tissue alterations following immediate implant placement in extraction sites. *J Clin Periodontol* 2004; 31:820–828.
2. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part I. Technique and wound healing. *The Compendium of continuing education in dentistry*. 1983 Sep-Oct; 4(5): 437-53.
3. del Rocío, P., Ortiz, M., Llor, J., & Zelaya, E. (2017). Aumento del reborde óseo alveolar: Presentación de caso clínico. *Dominio de Las Ciencias*, 3(4), 105–119.
4. Allen, E., Gainza, C., Farthing, G., & Newbold, D. A. (1985). Improved Technique for Localized Ridge Augmentation: A Report of 21 Cases. *Journal of Periodontology*, 56(4), 195–199.
5. Abrams H, Kopczyk RA, Kaplan AL. Incidence of anterior ridge deformities in partially edentulous patients. *J Prosthet Dent*. 1987; 57:191–4.
6. Studer S, Naef R, Schärer P. Adjustment of localized alveolar ridge defects by soft tissue transplantation to improve mucogingival esthetics: A proposal for clinical classification and an evaluation of procedures. *Quintessence Int*. 1997; 28:785–805.
7. Studer SP, Allen EP, Rees TC, Kouba A. The thickness of masticatory mucosa in the human hard palate and tuberosity as potential donor sites for ridge augmentation procedures. *J Periodontol*. 1997; 68:145–51.
8. Scharf DR, Tarnow DP. Modified roll technique for localized alveolar ridge augmentation. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1992; 12:415–25.
9. Seibert JS, Louis JV. Soft tissue ridge augmentation utilizing a combination onlay-interpositional graft procedure: A case report. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1996; 16:310–21.
10. Thoma DS, Benic GI, Zwahlen M, Hämmerle CH, Jung RE. A systematic review assessing soft tissue augmentation techniques. *Clin Oral Implants Res*. 2009; 20(Suppl 4):146–65.
11. Agarwal, A., & Gupta, N. D. (2015). Alveolar ridge augmentation by connective tissue grafting using a pouch method and modified connective tissue technique: A prospective study. *Dental research journal*, 12(6), 548–553.
12. Speroni S, Cicciu M, Maridati P, Grossi GB, Maiorana C. Clinical investigation of mucosal thickness stability after soft tissue grafting around implants: a 3-year retrospective study. *Indian J Dent Res* 2010; 21:474–479.
13. Bassetti RG, Stähli A, Bassetti MA, Sculean A. Soft tissue augmentation procedures at second-stage surgery: a systematic review. *Clin Oral Investig* 2016; 20:1369–1387.
14. Wennström JL, Derks J. Is there a need for keratinized mucosa around implants to maintain health and tissue stability? *Clin Oral Implants Res* 2012; 23(Suppl 6):136–146.
15. Lin GH, Chan HL, Wang HL. The significance of keratinized mucosa on implant health: a systematic review. *J Periodontol* 2013; 84:1755–1767.
16. Burkhardt R, Joss A, Lang NP. Soft tissue dehiscence coverage around endosseous implants: a prospective cohort study. *Clin Oral Implants Res* 2008; 19:451–457.
17. Lee CT, Hamalian T, Schulze-Späte U. Minimally invasive treatment of soft tissue deficiency around an implant-supported restoration in the esthetic zone: modified VISTA technique case report. *J Oral Implantol* 2015; 41:71–76.
18. Yoshino S, Kan JY, Rungcharassaeng K, Roe P, Lozada JL. Effects of connective tissue grafting on the facial gingival level following single immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone: a 1-year randomized controlled prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2014; 29:432–440.



19. Kolerman R, Nissan J, Mijiritsky E, Hamoudi N, Mangano C, Tal H. Esthetic assessment of immediately restored implants combined with GBR and free connective tissue graft. *Clin Oral Implants Res* 2016;27:1414–1422
20. Esposito M, Maghaireh H, Grusovin MG, Ziounas I, Worthington HV. Soft tissue management for dental implants: what are the most effective techniques? A Cochrane systematic review. *Eur J Oral Implantol* 2012; 5:221–238.
21. Tirone, F., & Salzano, S. (2018). Esthetic treatment of alveolar ridge atrophy in the anterior maxilla via connective tissue graft performed simultaneously with implant placement: A three-case series. *Quintessence International*, 49(10), 801–807.
22. Knuf, K., Maani, C., Cummings, A. Clinical agreement in the American Society of Anesthesiologists physical status classification. *Perioper Med (Lond)*. 2018; 7:14.
23. Caton, J., Armitage, G., Berglundh, T., Chapple, I. L. C., Jepsen, S., Kornman, K., L. Mealey, B., Papapanou, P. N., Sanz, M., & S. Tonetti, M. (2018). A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(March), S1–S8.
24. Ferreira, C. F., de Magalhães Barreto Junior, E., & Zini, B. (2018). Optimizing Anterior Implant Esthetics With a Vascularized Interpositional Periosteal Connective Tissue Graft for Ridge Augmentation: A Case Report. *Journal of Oral Implantology*, 44(4), 267–276.
25. Enriquez A, Sanchez E, Guizar JM, Del Campo CM, Fandino LA. Esthetic Restoration with Artificial Gingiva in an Atrophied Alveolar Ridge: Clinical Report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2016; 36:567-571.
26. Khetarpal S, Chouksey A, Bele A, Vishnoi R. Interdisciplinary approach to enhance the esthetics of maxillary anterior region using soft- and hard-tissue ridge augmentation in conjunction with a fixed partial prosthesis. *J Indian Soc Periodontol* 2018;22:64-67
27. Hegde, S., Shamsuddeen, S., & Kakar, A. (2019). Pre-Prosthetic Soft Tissue Ridge Augmentation: An Interdisciplinary Approach. *Guident*, 12(4), 52.
28. Abrams L. Augmentation of the deformed residual edentulous ridge for fixed prosthesis. *Compend Contin Educ Gen Dent* 1980;1:205-13
29. El Char E, Oshman S, Cicero G, et al. Soft Tissue Closure of Grafted Extraction Sockets in the Anterior Maxilla: A Modified Palatal Pedicle Connective Tissue Flap Technique. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2017; 37:99-107.
30. Gupta R, Debnath N, Banerjee S, Kumar V. Surgical correction of alveolar ridge defect with subepithelial connective tissue graft: A Case report. *J Adv Clin Res Insights* 2019; 6:91-93.
31. Zuñiga A., Martínez, R., Olvera, J., Nieto, J., Popoca, E., & Ayala, J. (2018). Sub-Epithelial Connective Tissue Graft to Increase the Volume of Residual Alveolar Bone in the Upper Anterior Sector and Fixed Rehabilitation with Zirconia. *Open Journal of Stomatology*, 08(06), 189–195.