

Fractura de incisivo central. Implante inmediato transalveolar



Dr. Jaime Baladrón Romero

AUTORES

Dr. Jaime Baladrón Romero.
Cirujano maxilofacial.
www.baladron.com.

Dr. Juan Rodero Argüelles.
Prostodoncista.

Dr. Luis Sánchez Llaca.
Ortodoncista.

Oviedo.



Paciente de 20 años, que había sufrido, hacía mes y medio, un traumatismo dentoalveolar que le había provocado fracturas en los incisivos centrales 11 y 21.



En la ortopantomografía se observan los trazos de fractura. El paciente había realizado en la adolescencia un tratamiento de ortodoncia y lleva un retenedor fijo cementado a los incisivos y caninos inferiores.



Vista lateral derecha.



En la vista oclusal se aprecia la existencia de otra línea de fractura que se extiende por la zona palatina de la raíz del incisivo 11. Su estomatólogo lo remite para exodoncia del resto radicular y colocación de un implante.



Vista frontal de los incisivos fracturados. Las papilas son finas y altas, un biotipo gingival con riesgo de recesión.



La línea de la sonrisa es alta, por lo que las necesidades estéticas del caso son grandes. Menos del 5% de los pacientes con estas características son candidatos a la colocación de un implante inmediato en la zona estética.



Se realiza cuidadosamente la exodoncia del resto radicular y se comprueba la presencia de una cortical vestibular conservada y gruesa (lo que es poco frecuente). No existe infección periapical. Se instala en el alveolo un implante Bio-met/3i de 4 x 15 mm, que alcanza buena estabilidad primaria en su región apical.



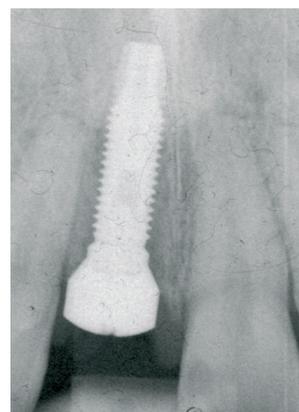
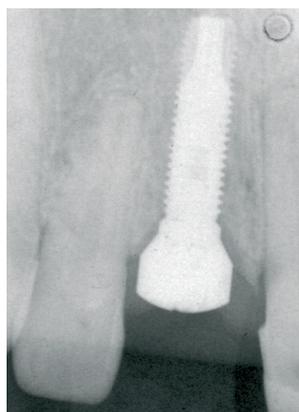
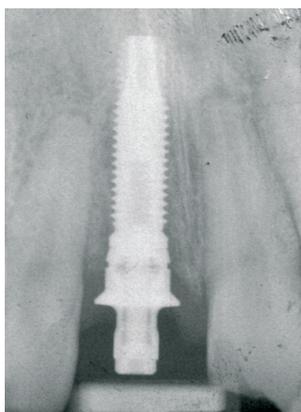
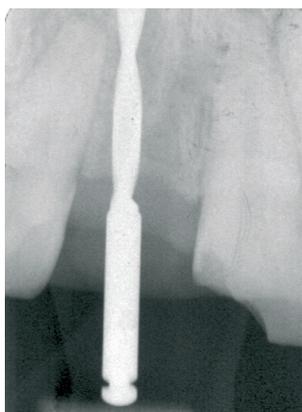
La fijación se ha instalado ligeramente hacia palatino, para alejarla de la cortical vestibular y disminuir el riesgo de recesión cuando ésta sufra el proceso de reabsorción fisiológico tras la exodoncia. El hombro del implante se ha dejado a 3,5 mm del reborde gingival vestibular. No es necesario realizar ningún injerto.



Se realiza el perfilado de la región coronal palatina del hueso crestal para permitir la colocación de un pilar de cicatrización de 4 x 6 x 4 mm (implante inmediato transalveolar en una sola fase quirúrgica).



Se coloca un punto de Vicryl rapid 5 ceros en "X", para aproximar la mucosa al pilar de cicatrización y "sellar" el alveolo.



Se ha realizado el fresado del alveolo bajo control con radiografías periapicales seriadas. Ello ha permitido corregir la excesiva proximidad de la fresa de 2 mm al ápice del incisivo lateral adyacente.

Radiografías periapicales de control tras la retirada del transportador del implante y la colocación del pilar de cicatrización de 4 x 6 x 4 mm.



Revisión a los 15 días de la cirugía.



Vista oclusal a los 15 días de la cirugía.



El paciente lleva, de forma provisional, una prótesis removible de acetato, desgastada para que no toque el pilar de cicatrización del implante.



Vista frontal con la prótesis provisional de acetato.



Unos meses después se realiza la comprobación de la osteointegración del implante. Las papilas estaban conservadas.



El implante estaba inmóvil, asintomático y sin signos radiológicos de pérdida ósea anormal en la radiografía de control.



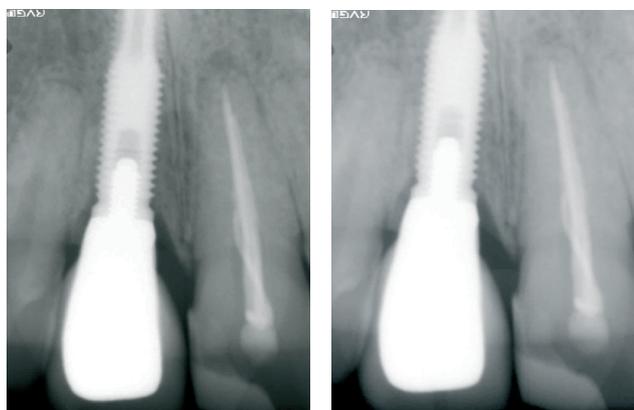
Vista frontal a los cuatro años de la colocación de la prótesis ceramometálica sobre el implante. Las papilas y los márgenes gingivales están conservados y simétricos con los dientes adyacentes.



Vista oclusal de la prótesis atornillada sobre el implante.



Sonrisa del paciente a los cuatro años de la colocación de la prótesis.



Radiografías periapicales de control a los cuatro años de finalizar el tratamiento.



Vista frontal de la prótesis sobre el implante #11i.



Vista oclusal.



Vista lateral derecha.



Vista lateral izquierda.



Vista frontal de la sonrisa del paciente.



Vista lateral derecha de la sonrisa del paciente.

Antes



Vista frontal de la sonrisa antes del tratamiento.

Después



Vista frontal de la sonrisa después del tratamiento.



Vista frontal de la oclusión antes del tratamiento.



Vista frontal de la oclusión después del tratamiento.



Fractura de los incisivos #11 y #21.



Rehabilitación con corona sobre el implante #11i y reconstrucción con composite de la fractura del #21.