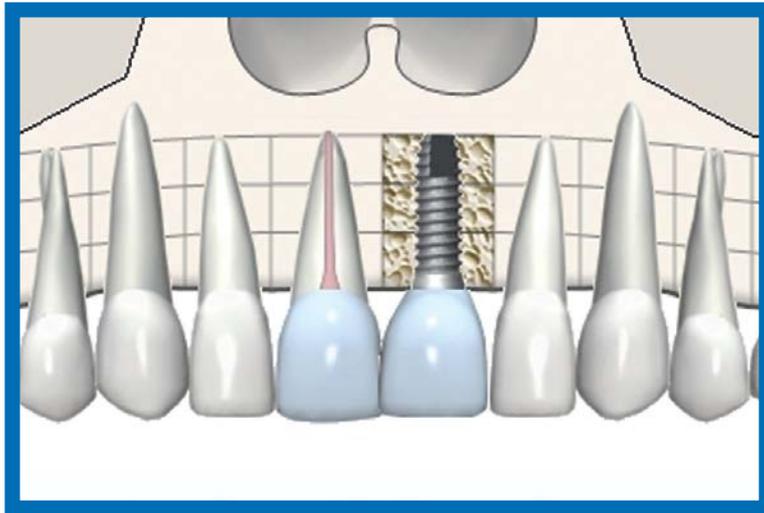


# Sesiones de cirugía

## Fractura de incisivo #21 y mesiodens



Dr. Jaime Baladrón Romero

**AUTORES**

**Dr. Jaime Baladrón Romero**

Cirujano maxilofacial.  
[www.baladron.com](http://www.baladron.com)

**José María Fernández Díaz Formentí**

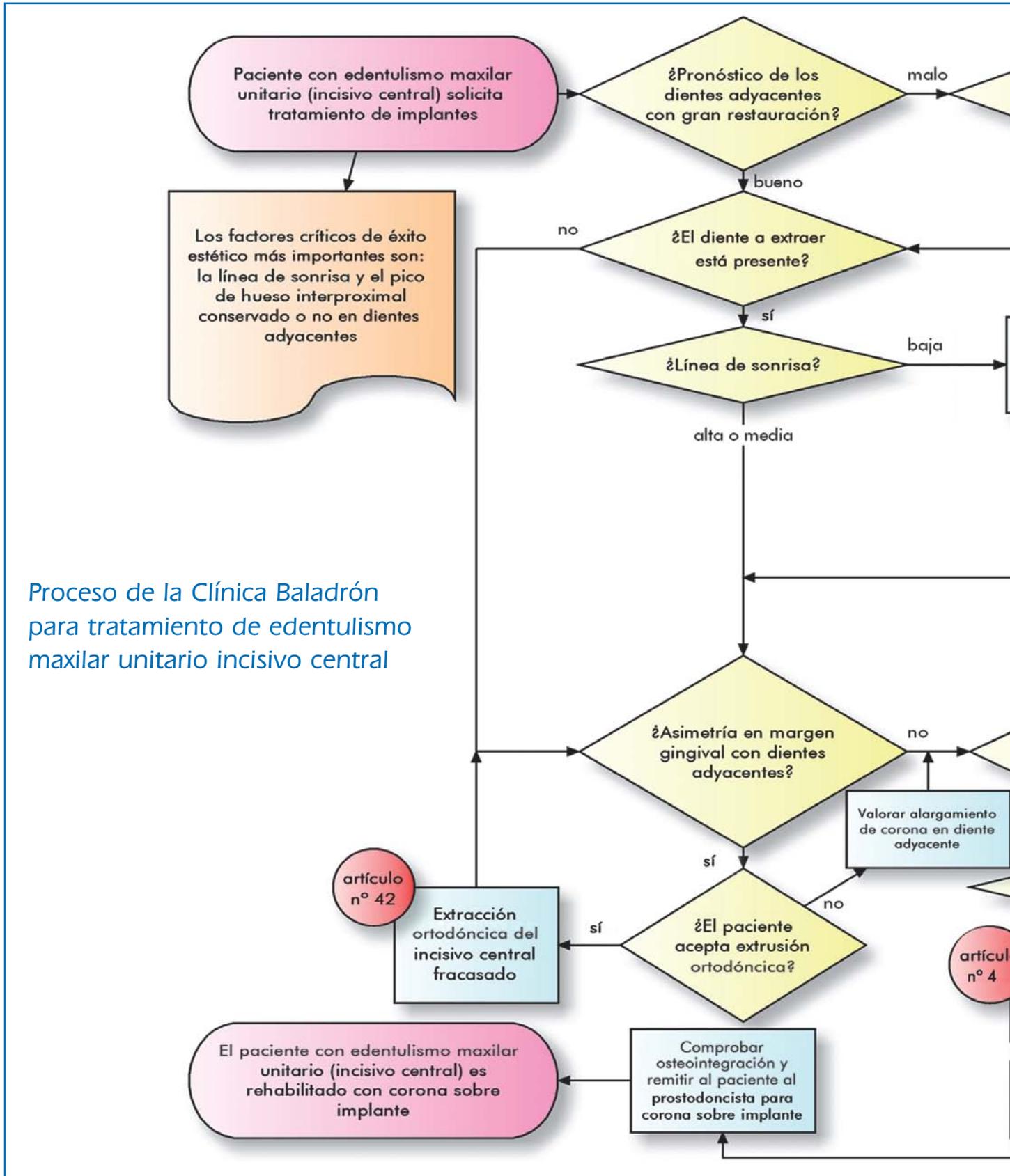
Prostodoncista

**Juan y Fernando Peña Díaz**

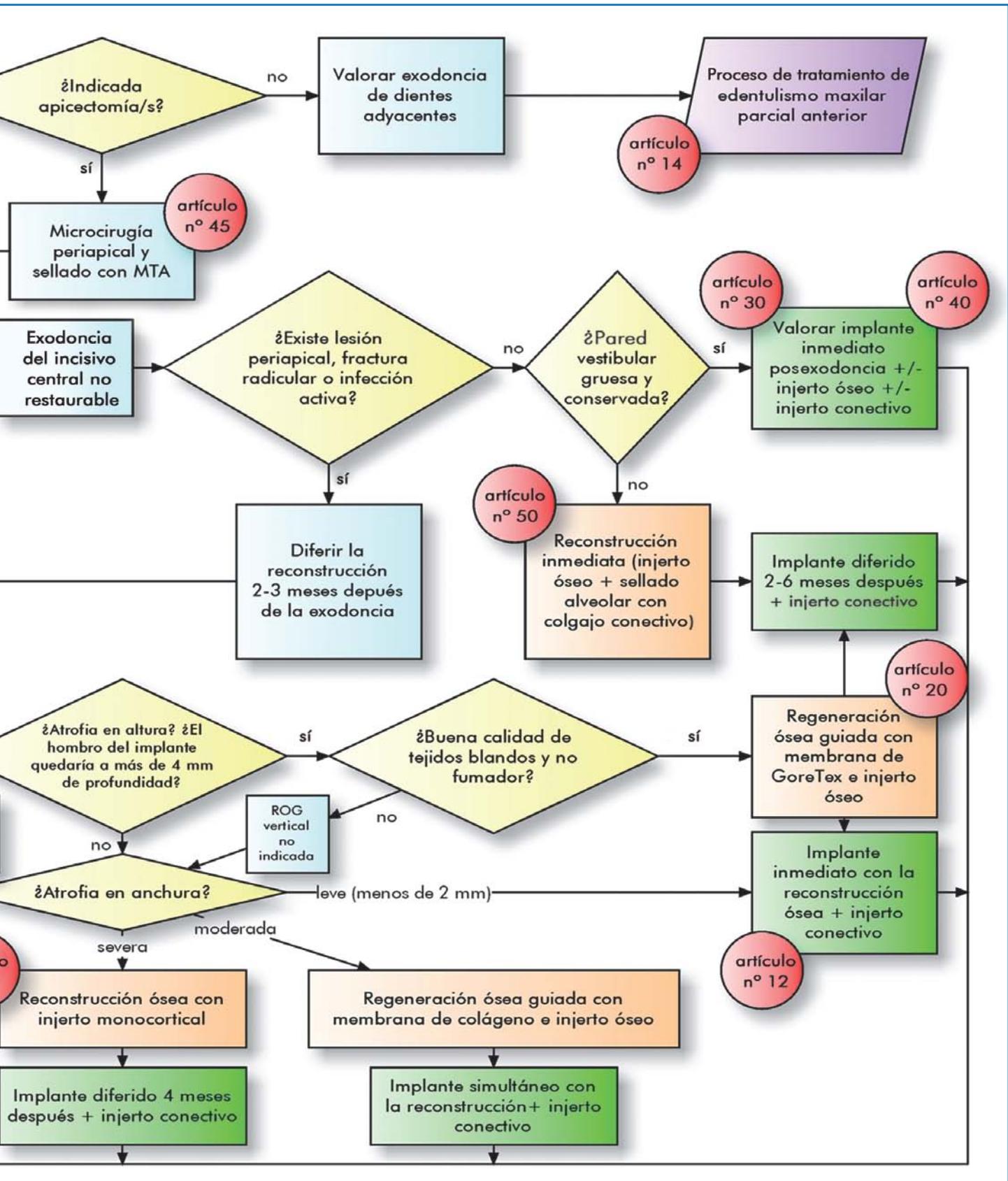
Técnicos de laboratorio  
Oviedo.



# Exodoncias, reconstrucción con



# injerto óseo, injerto conectivo e implante



## Diagnóstico



Paciente de 31 años de edad, con una fractura coronorradicular del incisivo central #21. Ambos incisivos centrales, #11 y #21, están endodonciados. La paciente presenta un diente supernumerario incluido en la línea media del maxilar superior (mesiodens).



Imagen vestibular tras retirar el fragmento coronal del incisivo fracturado. La paciente presenta un biotipo gingival grueso, con papilas cortas y anchas. Los dientes tienen forma rectangular. Ambos detalles son favorables para el resultado estético final.



En la ortopantomografía, se observa la superposición del mesiodens en la raíz del #11. El resto radicular del #21 tiene una lesión periapical. Los picos de hueso interproximal están conservados, lo que permite aspirar a una rehabilitación con un resultado natural.



La línea de la sonrisa de la paciente es alta y sus requerimientos estéticos y expectativas son elevados. Esto constituye un factor de riesgo de cara a la planificación del tratamiento.

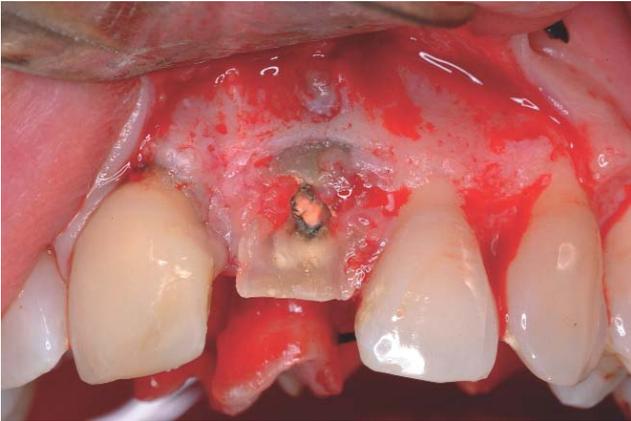


Vista oclusal. El sondaje periodontal por vestibular del resto radicular es de 4 a 5 mm.

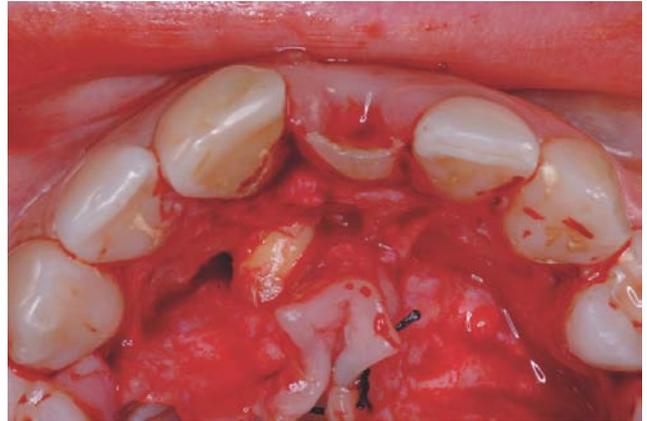


Radiografía oclusal de la región de los incisivos centrales, en la que se muestra una lesión periapical en el resto radicular del #21 y el diente supernumerario incluido. Se planifica la exodoncia del mesiodens, el resto del #21 y la reconstrucción del proceso alveolar, para realizar, posteriormente, una rehabilitación mediante una corona sobre un implante.

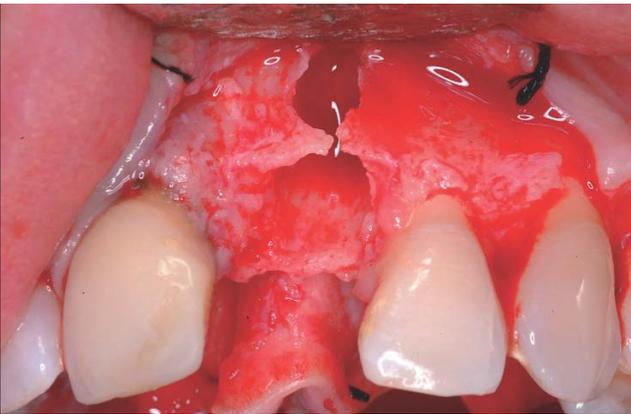
## Exodoncias y reconstrucción ósea



Incisión intrasulcular extendida, sin descargas. Despegamiento mucoperióstico, con exposición del resto radicular y un defecto de la cortical vestibular, tipo fenestración, producido por la lesión periapical.



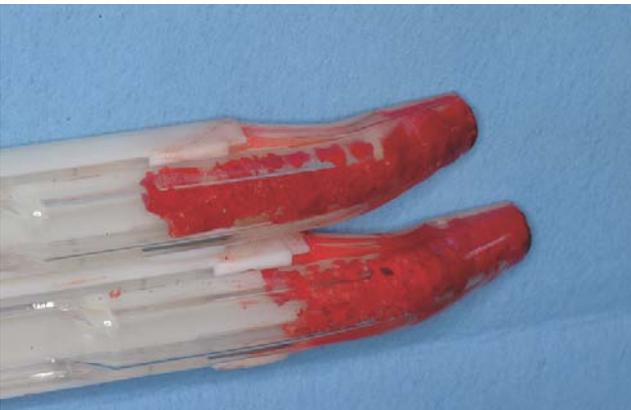
Abordaje palatino, ostectomía y luxación del diente supernumerario, junto al ápice del incisivo central #11, endodonciado.



Luxación y exodoncia del resto radicular del #21. Legrado periapical. Se aprecia un defecto importante de la cortical vestibular, tipo fenestración, y se mantiene un pequeño puente de hueso en la región más coronal, muy importante para la regeneración del defecto óseo.



En la misma intervención, se realizaron las exodoncias de los cordales inferiores incluidos. Se aprovechó el abordaje para la toma de un injerto óseo autógeno particulado. En la imagen, se muestra el resto radicular del #21, el tejido de legrado periapical, el mesiodens y los cordales inferiores #38 y #48.



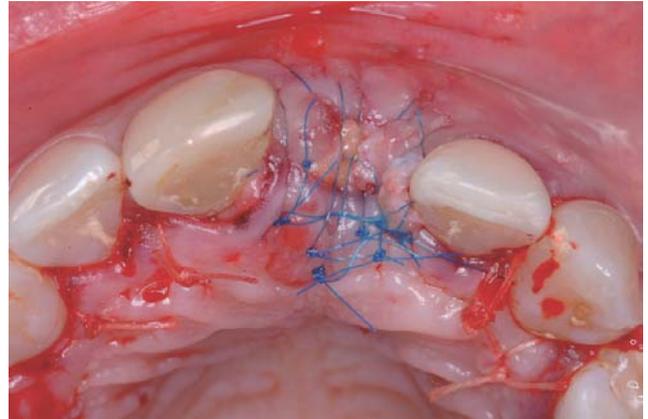
Injerto óseo autógeno particulado, obtenido con dos instrumentos desechables (Safesraper) de la región de la línea oblicua externa mandibular.



Reconstrucción del defecto óseo de las exodoncias del resto radicular #11 y el diente supernumerario, con el injerto óseo autógeno particulado. No se utilizó membrana.



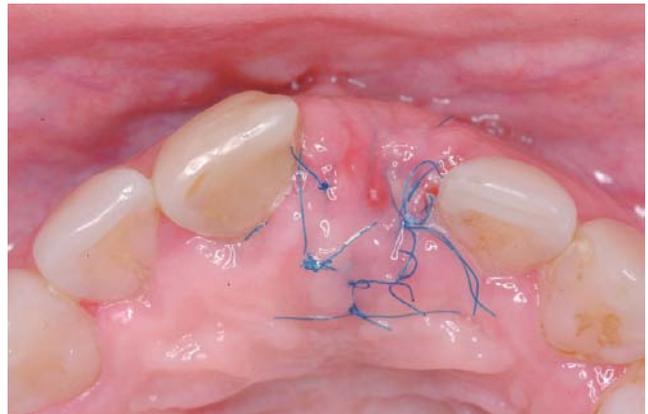
Reposición de los colgajos mucoperiosteicos y sutura con monofilamento (Nylon) de 5 ceros.



Vista oclusal. El alveolo del incisivo #11 se selló con dos injertos de tejido conectivo tomados del paladar, para evitar la comunicación entre el injerto óseo y el medio intraoral.



Aspecto a los 15 días de la intervención, en el momento de retirar los puntos de sutura.



Vista oclusal. Los injertos conectivos están epitelizando por segunda intención. Obsérvese el volumen vestibular mantenido con los injertos.



Tres meses después de las exodoncias, aparece una fístula vestibular en relación con el incisivo #11 endodonciado. Se remite a la paciente al endodoncista para realizar una reendodoncia del mismo.

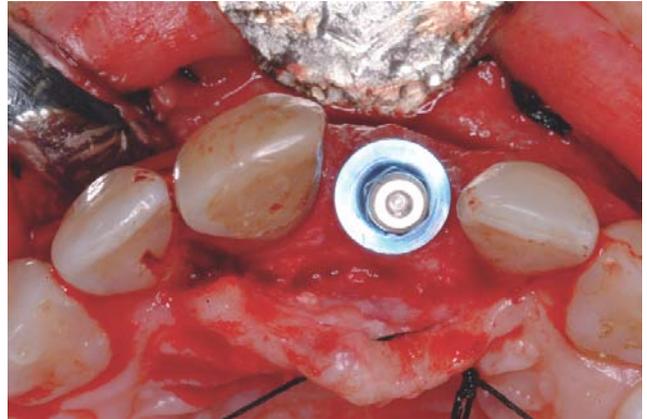


Radiografía periapical después de la reendodoncia. Se aprecia la lesión periapical en el #11 y la aparente osificación del alveolo del #21.

## Apicectomía del #11 y colocación de implante en #21i



Dos meses después, se repite el mismo abordaje de la intervención anterior (intrasulcular) para la colocación del implante. La calidad ósea es de tipo III y el implante alcanza una buena estabilidad inmediata. Los defectos de las exodoncias estaban totalmente regenerados. Existe una fenestración apical en la región del #11, ocupada por tejido inflamatorio, que se legra.



Vista oclusal. Se instala una fijación Biomet 3i de 4 x 15 mm en posición #21, de manera que permita la rehabilitación del caso mediante una prótesis atornillada. Obsérvese el volumen vestibular conservado por el injerto óseo realizado en el momento de las exodoncias.



Se coloca un pilar de cicatrización de 4 x 5 x 4 mm sobre el implante #21i. Se decide realizar una apicectomía del #11 con lesión periapical.



Tras realizar la apicectomía del incisivo central #11, se realizó una preparación del canal mediante instrumental ultrasónico y un sellado a retro con cemento MTA.



Reposición de los colgajos mucoperiosticos y sutura con monofilamento de 5 ceros.

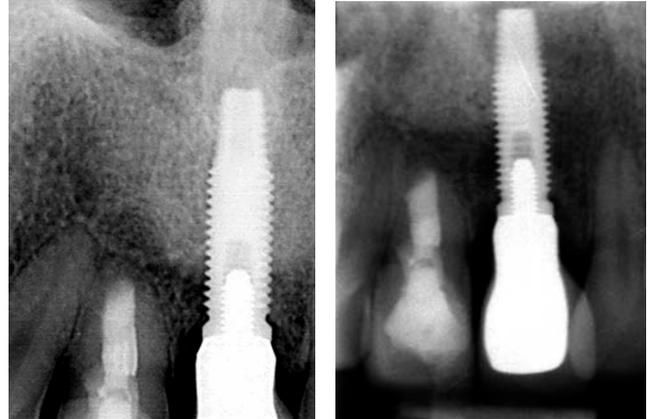


Cicatrización dos semanas después, en el momento de retirar los puntos de sutura. Tras unos meses de espera, se comprobó la osteointegración del implante y se remitió a la paciente al prostodoncista para su rehabilitación protésica.

## Prótesis cinco años después



El prostodoncista rehabilitó a la paciente con una carilla cerámica en el incisivo endodonciado #11 y una prótesis ceramo-metálica sobre el implante #21.



Radiografías periapicales de control a los cinco años de la rehabilitación del implante. El nivel óseo crestal permanece estable y hay una curación periapical completa de la apicectomía del #11.



Vista frontal a los cinco años de la rehabilitación. La fístula ha desaparecido. Los márgenes gingivales son simétricos y estables.



Vista oclusal a los cinco años de la restauración.



Vista lateral derecha.



Vista lateral izquierda. Obsérvese el perfil de emergencia natural de la prótesis sobre el implante #21.

## Sonrisa



La línea de la sonrisa de la paciente muestra todas las papilas y márgenes gingivales del maxilar superior, lo que supone un reto estético alto.



Detalle del aspecto de los incisivos centrales, enmarcados por la encía y el labio superior.



Vista lateral derecha.



Vista lateral izquierda.



Vista frontal.



Detalle de los incisivos centrales a los cinco años de la restauración protésica con carilla de porcelana en el #11 y prótesis ceramometálica sobre el implante #21i.

## Antes



Vista frontal antes del tratamiento.

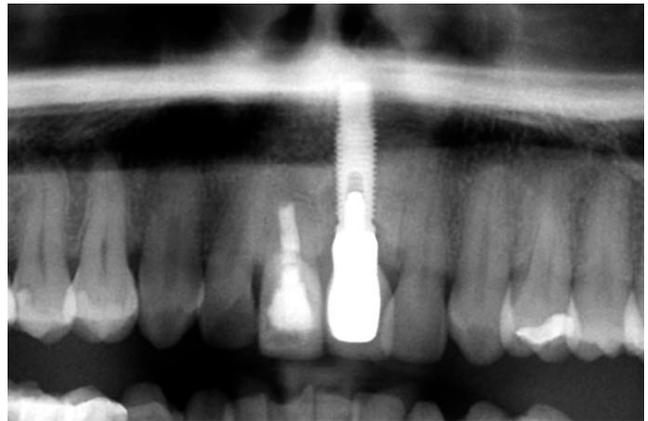
## Después



Vista frontal cinco años después de haber concluido el tratamiento multidisciplinar de endodoncia, cirugía y prótesis.



Ortopantomografía antes del tratamiento.



Ortopantomografía a los cinco años de haber concluido el tratamiento: exodoncias del mesiodens y el #21, reconstrucción ósea, microcirugía periapical en el #11, implante en #21 y prótesis.



Sonrisa de la paciente antes del tratamiento.



Sonrisa de la paciente cinco años después de la finalización del tratamiento.