

Extrusión ortodóncica, regeneración ósea guiada e implante para incisivo lateral intruido por un traumatismo



Dr. Jaime Baladrón Romero

AUTORES

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

Dr. Luis Grande Domínguez.
Ortodoncista.
Gijón.

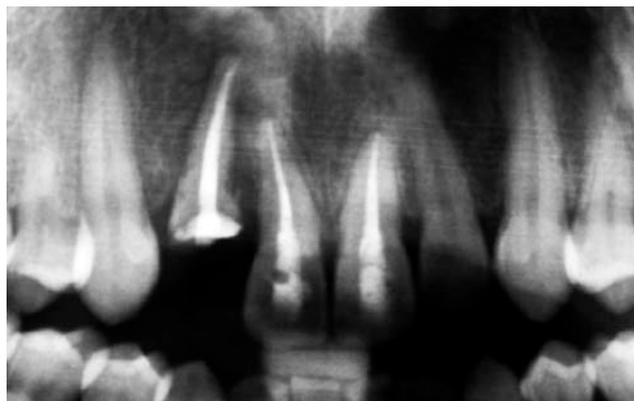
Dr. José M. Fernández Díaz-Formentí.
Prostodoncista.

Juan y Fernando Peña Díaz.
Técnicos de laboratorio.

Oviedo.



Paciente de 31 años, con antecedente de un traumatismo dentoalveolar que ha provocado una fractura del incisivo lateral. Remitida para exodoncia y rehabilitación unitaria sobre un implante. La paciente fuma 20 cigarrillos/día.



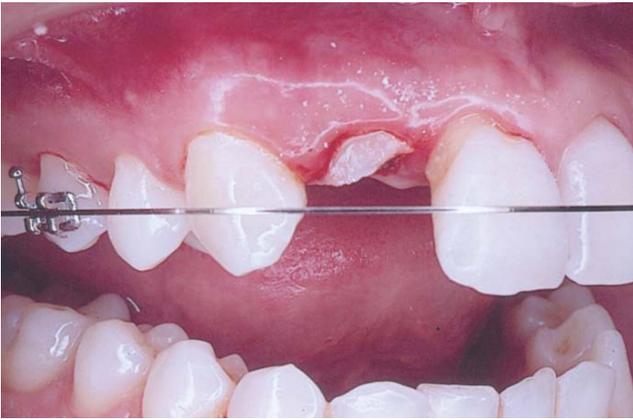
La ortopantomografía muestra la intrusión del fragmento radicular del incisivo #12. Los incisivos #11, #12 y #21 han sido endodonciados debido a la pérdida de vitalidad de los mismos por el traumatismo. Hay una pérdida del "pico" de hueso interproximal distal al incisivo #11, responsable de la pérdida de la papila que compromete el resultado estético de la restauración protética.



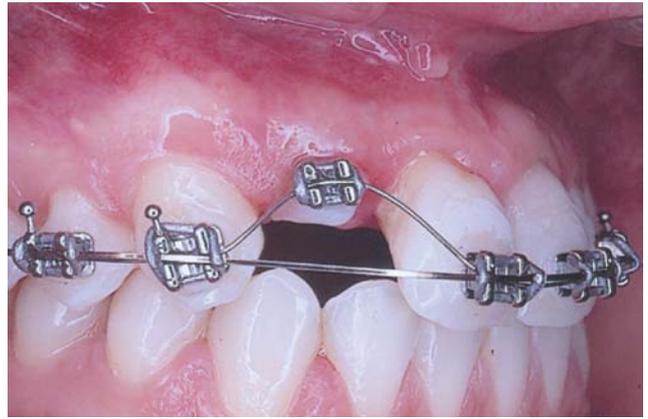
En la vista lateral se observa la intrusión del fragmento radicular del #12 y la pérdida de la papila distal del #11.



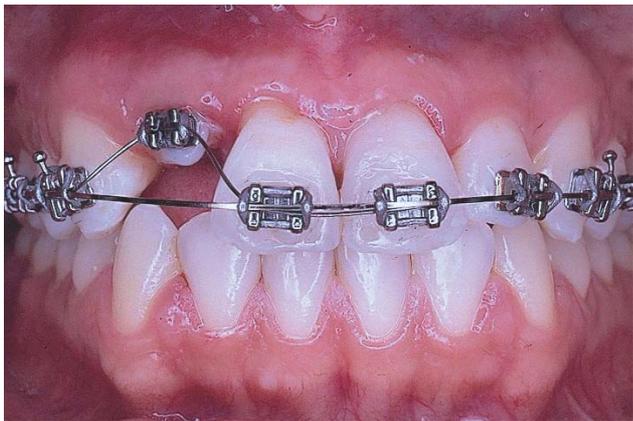
En la vista oclusal se observa una atrofia de anchura vestibulo-palatal en la región del #12.



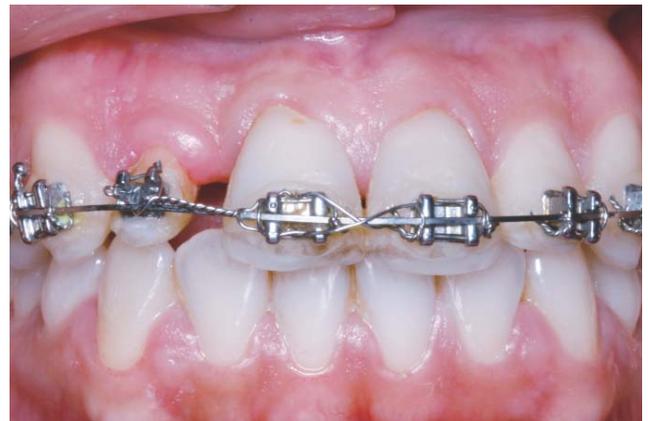
Se decide intentar recuperar parte de la pérdida de la papila distal del incisivo #11, mediante extrusión ortodóncica del fragmento radicular del #12.



Vista lateral tras la colocación de un alambre de Nitinol para realizar la extrusión del #12. Como anclaje se emplea un arco de base rectangular grueso, unido al resto de los dientes maxilares.



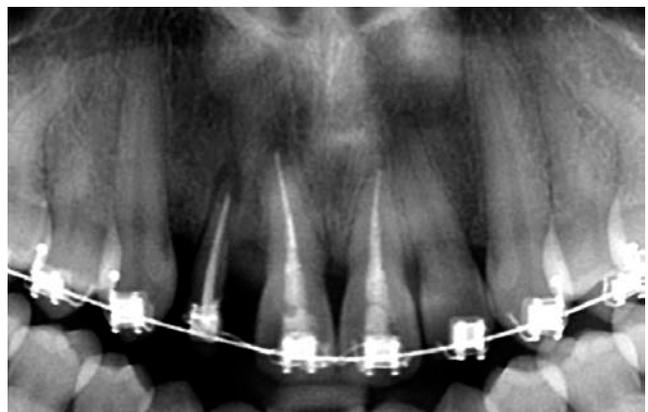
Vista frontal. Al ir recuperando su forma, el alambre de Nitinol activado irá ejerciendo una fuerza extrusiva sobre el fragmento radicular del #12.



Tras varios meses de tracción, el ortodoncista ha realizado un descenso progresivo del fragmento radicular, recuperando parte de la papila perdida entre el #11 y el #12.

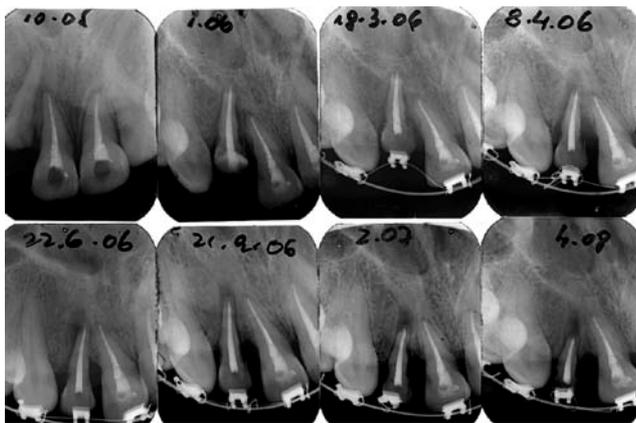


Ortopantomografía antes de la extrusión ortodóncica.



Ortopantomografía al finalizar la extrusión ortodóncica. Se ha recuperado parte del "pico de hueso interproximal" perdido tras el traumatismo.

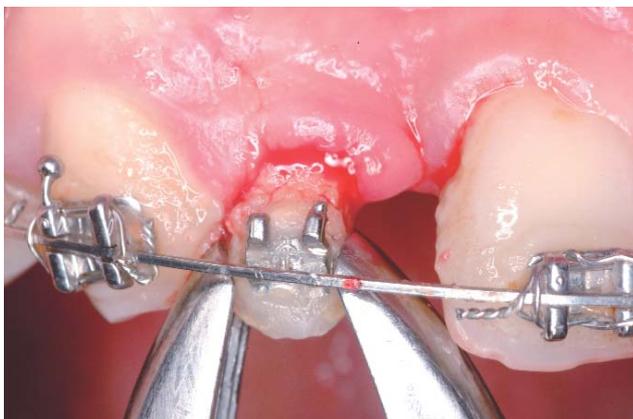
Sesiones de cirugía



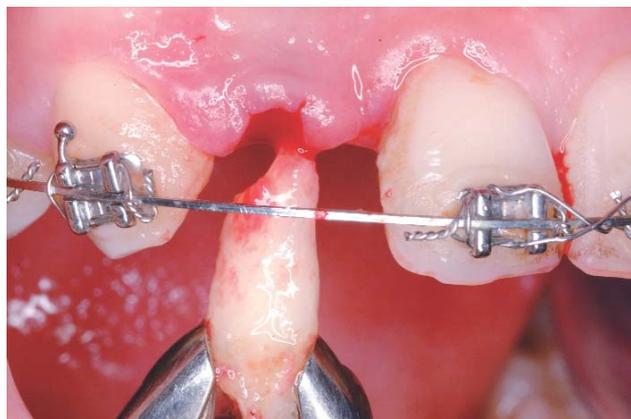
Radiografías periapicales seriadas durante la fase de extrusión ortodóncica del resto radicular del #12.



Tras unos meses de consolidación, la imagen radiolúcida perirradicular ha disminuido. Resta un defecto residual del "pico" de hueso interproximal mesial del #12. Se planifica la exodoncia y colocación de un implante inmediato.



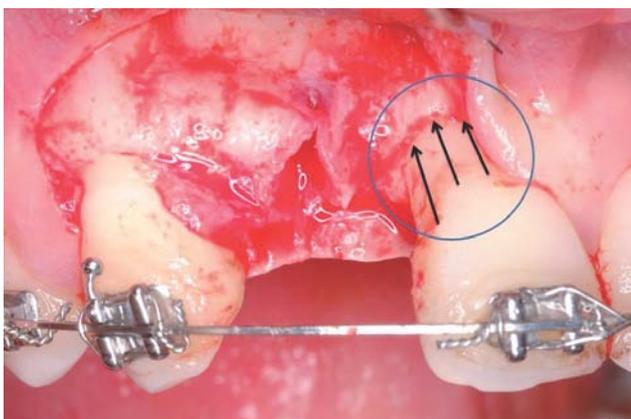
Luxación del resto radicular. Se observa una recesión gingival en el incisivo central #11.



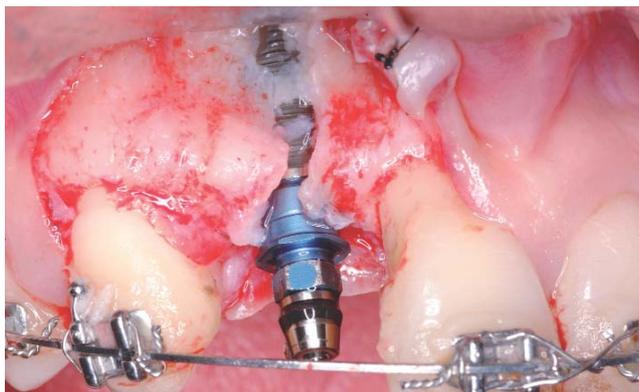
Exodoncia del resto radicular del #12.



Se observa cómo la regeneración de la papila ha sido menor en la región distal del #11 que en la mesial del #12.



Incisión crestal e intrasulcular con una descarga distal. Tras realizar el despegamiento mucoperióstico, se observa la pérdida de soporte periodontal en la región crestal vestibular y distal del incisivo #11, responsable de la recesión gingival en el mismo. El deterioro periodontal del incisivo central limitará el resultado estético final de la rehabilitación del #12. Existe una dehiscencia de la cortical vestibular en la región de la exodoncia.



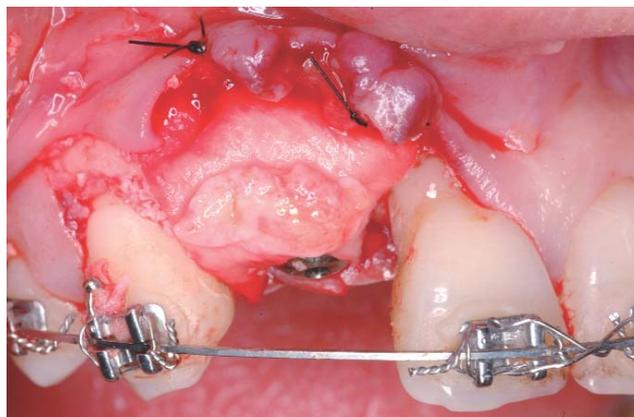
Se logra el tejido blando periapical y se instala un implante BTI de 3,75 x 11,5 mm inmediato posexodoncia. Se observa el defecto periodontal del #11 y la dehiscencia y fenestración de la cortical vestibular en el #12i.



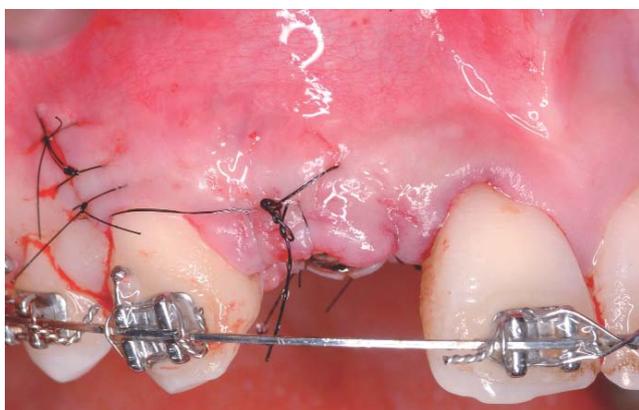
Se coloca un pilar de cicatrización estrecho (4 x 4 x 4 mm) y se reconstruye la pérdida de la cortical vestibular con un xenoinjerto particulado (Bio-Oss 0,5 g).



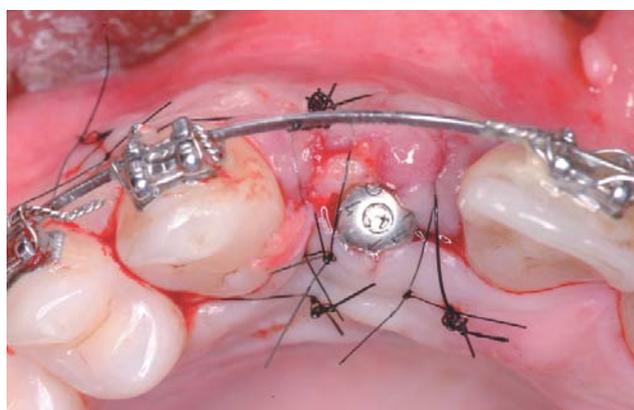
El injerto óseo se recubre con una membrana de colágeno (Bio-Guide), que se recorta de forma que no toque los dientes adyacentes para disminuir las posibilidades de exposición posoperatoria.



Por encima de la membrana se coloca un injerto de tejido conectivo tomado de la región premolar del paladar. El injerto engrosará la mucosa queratinizada en la región del implante.



Reposición del colgajo y sutura del mismo con Monosof de 5 y 6 ceros.



Vista oclusal de la reconstrucción de la atrofia vestibulo-palatal con los injertos de hueso y tejido blando.

Sesiones de cirugía



Tres meses después, se realiza la comprobación de la osteointegración, encontrando el implante inmóvil y asintomático.



No se observan signos radiológicos de pérdida ósea anormal en las radiografías periapicales.



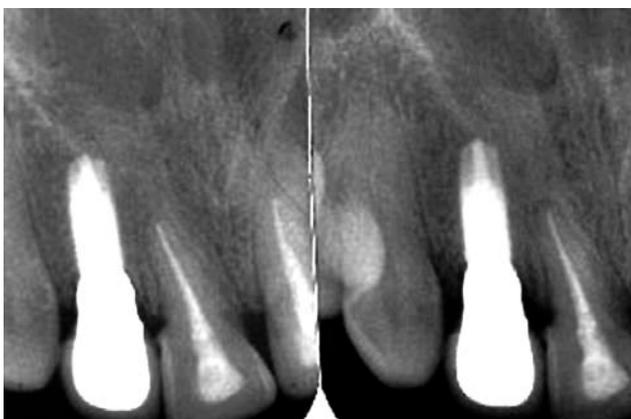
Vista lateral. Persiste la recesión gingival en distovestibular del incisivo #11, provocada por la pérdida ósea existente a ese nivel.



En la vista oclusal se observa la reconstrucción del reborde alveolar con los injertos de hueso y tejidos blandos.



Prótesis ceramometálica sobre el implante #12i.



Radiografías periapicales de control tras la colocación de la prótesis.

Antes



Vista frontal antes del tratamiento multidisciplinar.

Después



Vista frontal después del tratamiento de ortodoncia, cirugía y prótesis. La extrusión ortodóncica ha permitido recuperar parte de la papila perdida entre el #11 y el #12.



Vista lateral derecha antes del tratamiento.



Vista lateral derecha al final del tratamiento. La pérdida de tejidos periodontales en las caras vestibular y distal del incisivo central #11 es un factor limitante del resultado estético final.



Sonrisa de la paciente durante la extrusión ortodóncica.



Sonrisa de la paciente al final del tratamiento.