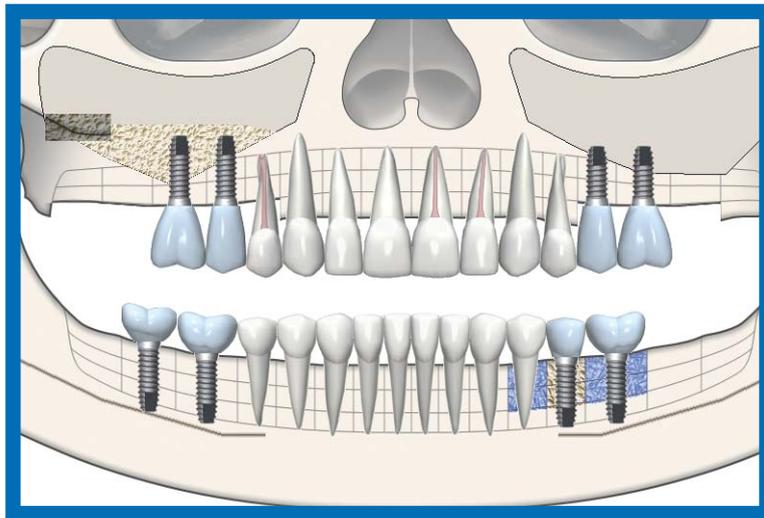


Sesiones de cirugía



Dr. Jaime Baladrón Romero

AUTORES

Dr. Jaime Baladrón Romero.

Cirujano maxilofacial.

www.baladron.com.

Oviedo

Dr. Antonio Clavero Garín.

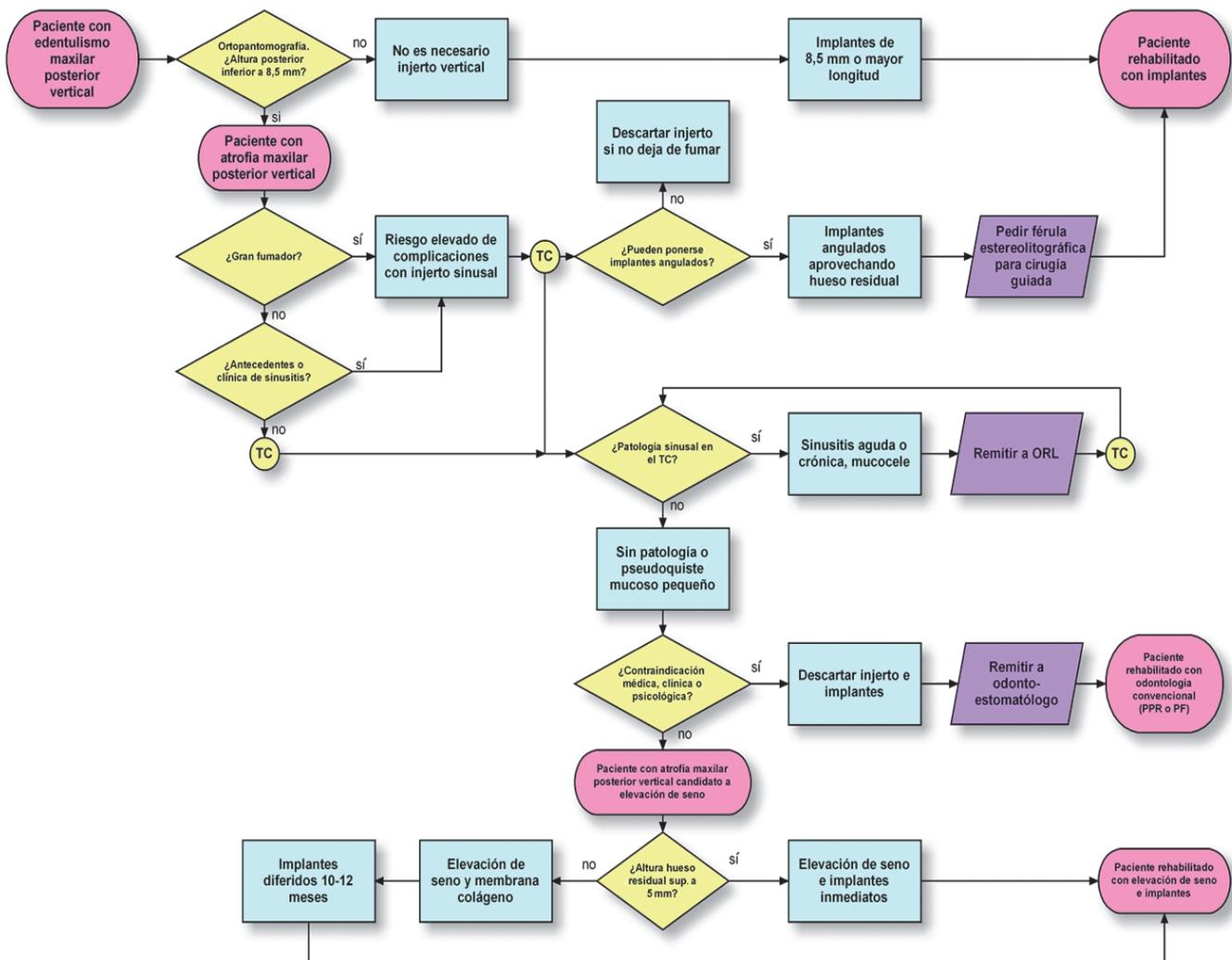
Cirujano maxilofacial.

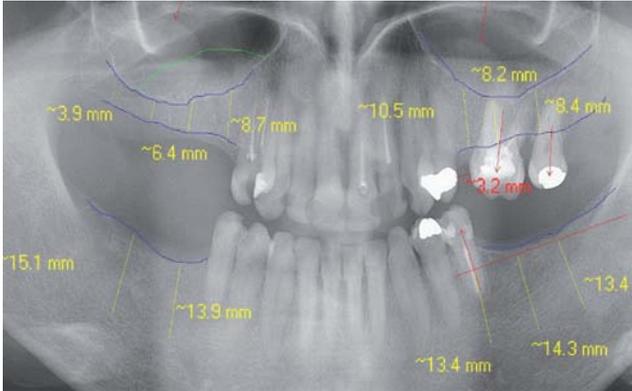
Valladolid

Edentulismo maxilomandibular parcial posterior.

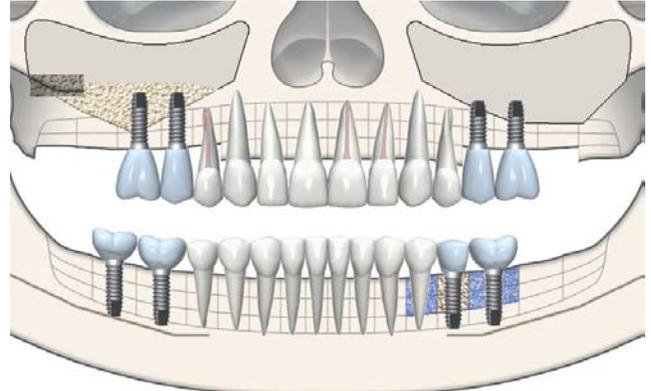
Pseudoquistes de retención mucosa en el seno.
 Colapso oclusal posterior por extrusión dentaria.
 Reconstrucción con implantes simultáneos
 con elevación de seno y ROG.

Proceso de Clínica Baladrón para rehabilitación del edentulismo maxilar parcial posterior





Paciente de 58 años de edad, con edentulismo maxilomandibular parcial posterior bilateral. En el lado derecho del maxilar, hay atrofia ósea en altura. En el lado izquierdo, existe un colapso oclusal por extrusión dentaria por falta de antagonistas.



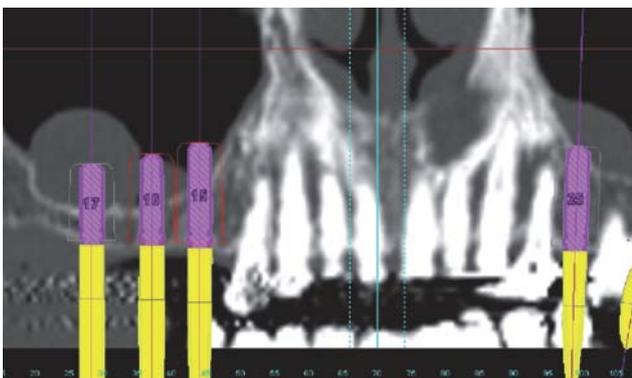
El plan de tratamiento incluye la reconstrucción de la atrofia del lado derecho, mediante una elevación de seno maxilar, y la nivelación del plano oclusal del lado izquierdo, con exodoncias de los dientes extruidos (#26, #27 y #35), y rehabilitación con prótesis sobre implantes.



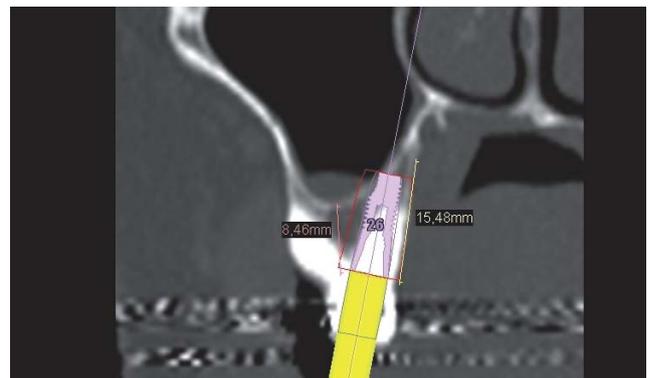
En la vista frontal, se observa el colapso oclusal posterior izquierdo por extrusión de los molares maxilares por falta de molares mandibulares antagonistas.



Tras la exodoncia de los dientes extruidos (#26, #27 y #35), se recupera el espacio protésico para la reconstrucción de la oclusión posterior en el lado izquierdo.

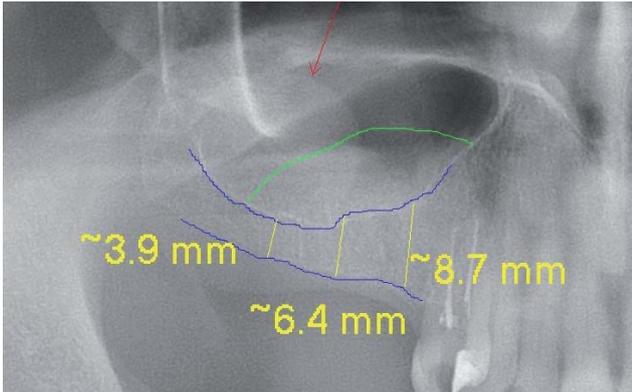


En la TC, se observa una imagen radiopaca en el suelo del seno maxilar, compatible con pseudoquistes de retención de moco. La lesión no es grande y el seno está bien aireado, por lo que no se considera una contraindicación para realizar una elevación de seno maxilar en la zona del #15 y del #16.

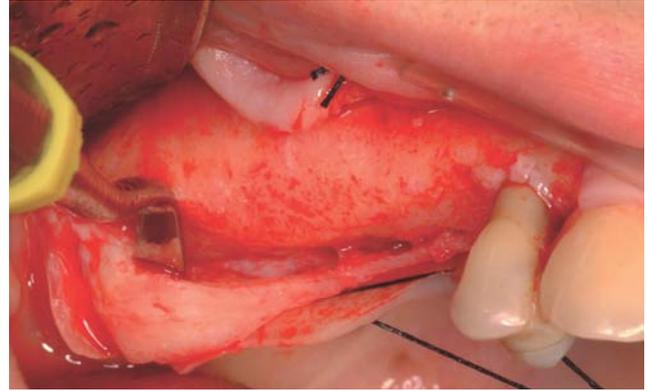


En el lado izquierdo, se puede evitar la elevación de seno, angulando el implante y colocándolo en la región ocupada por la raíz palatina del molar #26.

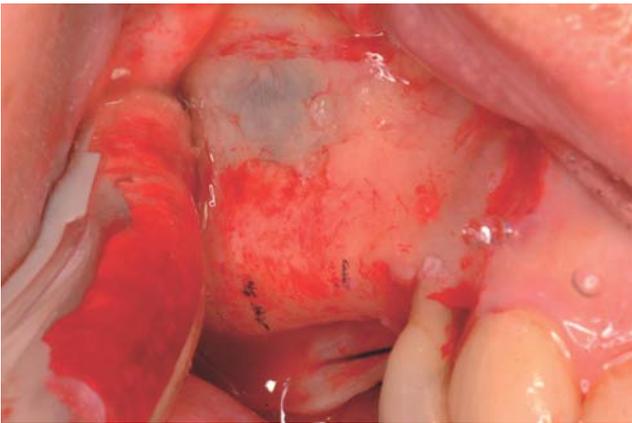
Primer cuadrante: elevación de seno e implantes simultáneos



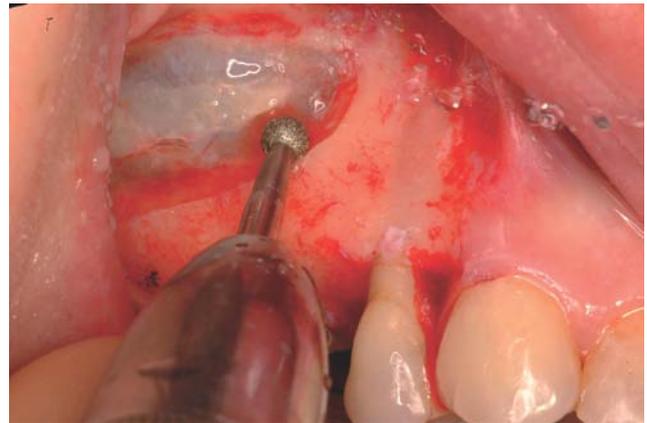
La ortopantomografía muestra una imagen compatible con un pseudoquistes de retención de moco en la zona posterior del seno maxilar derecho y un hueso residual de más de 5 mm. Se planifica una elevación de seno con colocación de implantes inmediatos.



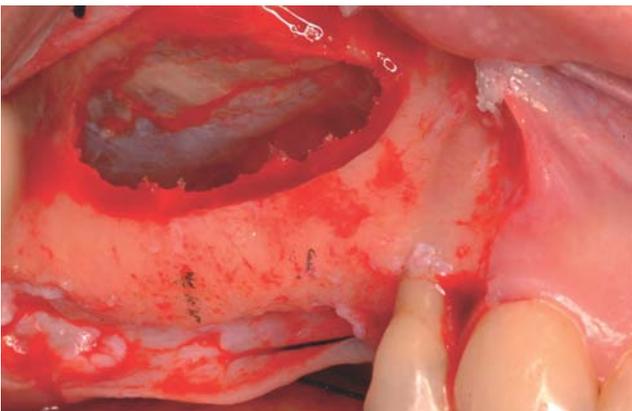
Incisión crestral con descargas mesial y distal y despegamiento mucoperiostico. Se toma un injerto conectivo de la región de la tuberosidad maxilar derecha.



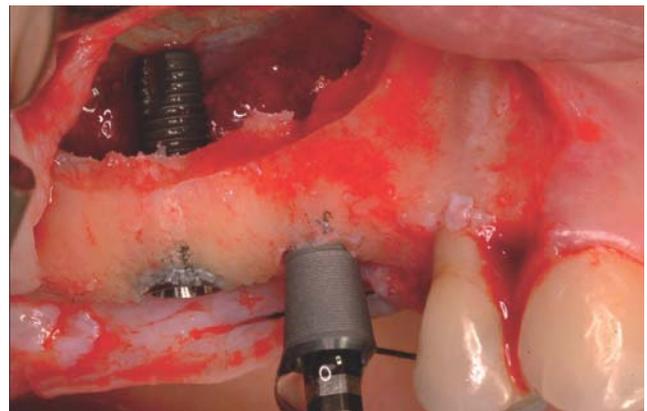
Toma de injerto autógeno particulado, con instrumento desechable (safescraper), del arbotante zigomático-maxilar derecho.



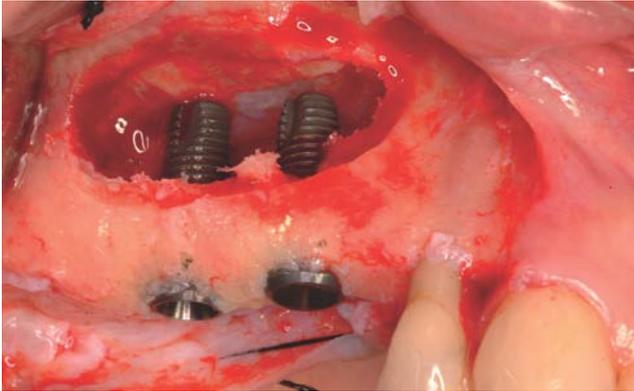
Delimitación de la ventana de antrostomía con fresa de diamante.



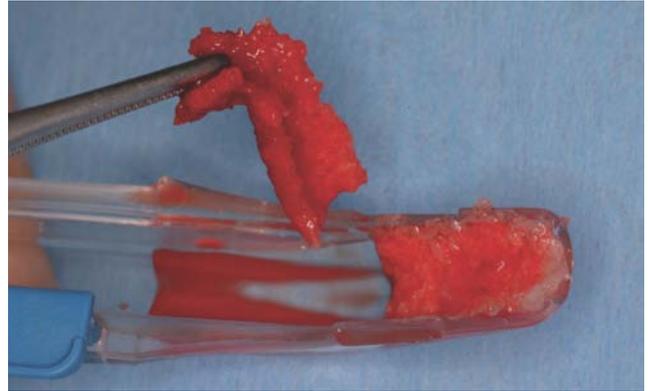
Elevación del suelo del seno maxilar derecho, sin evidencia de perforaciones.



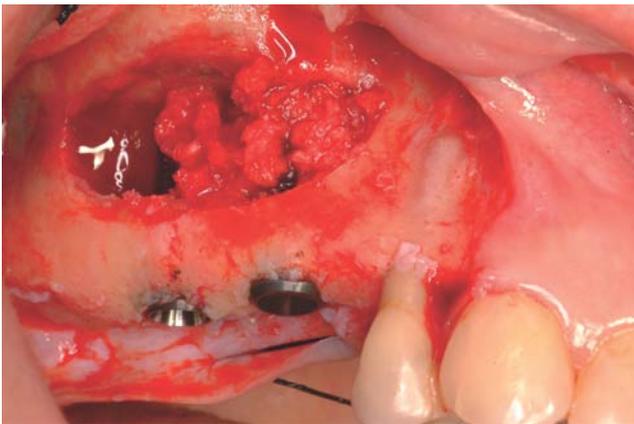
Colocación de dos implantes Astra de 5 x 13 mm, infrapreparando los lechos de las fijaciones.



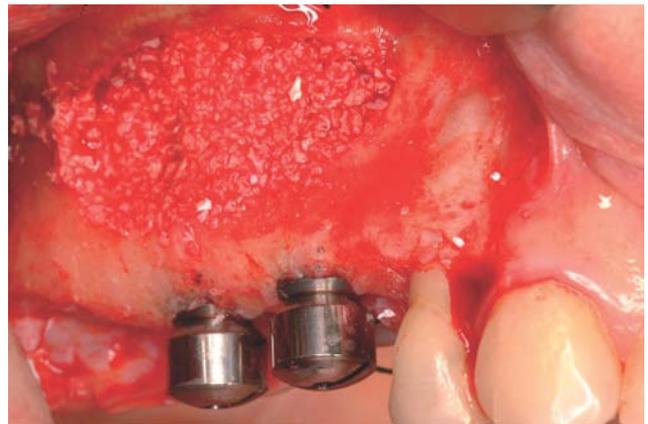
La forma troncocónica del cuello del implante permite alcanzar una buena estabilidad primaria en los 5 mm de hueso residual.



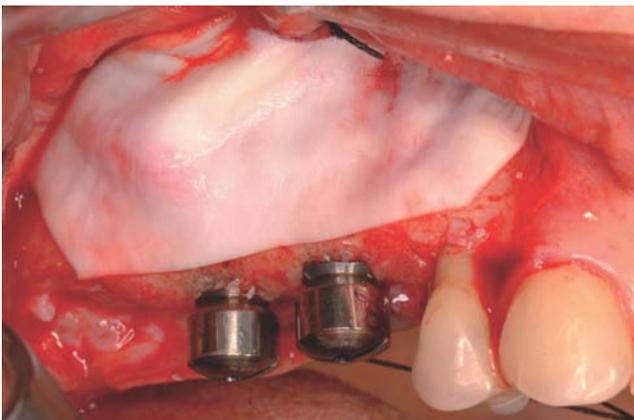
El injerto óseo autógeno es fácilmente manipulable, gracias al coágulo de sangre que rodea y aglutina las virutas óseas.



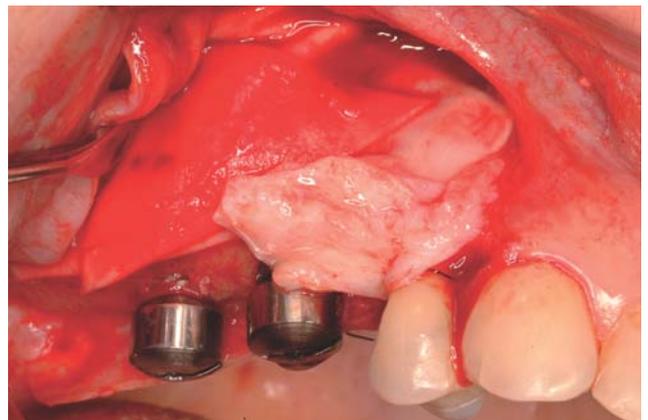
Colocación del injerto óseo autógeno en el suelo del seno maxilar.



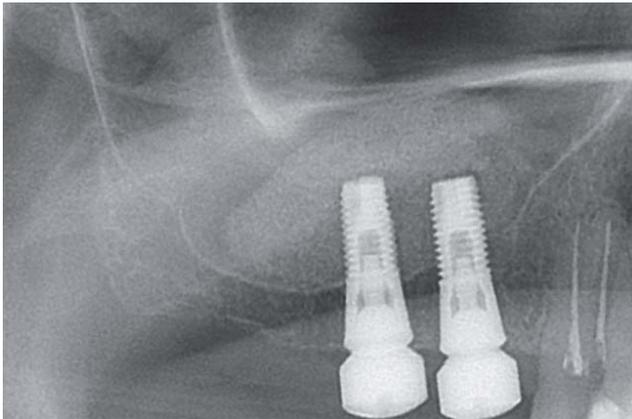
Se añade un xenoinjerto óseo de origen bovino (Bio-Oss) para rellenar el espacio entre el suelo del seno elevado, los implantes y el hueso residual.



El injerto se cubre con una membrana de colágeno, que se recorta para evitar la proximidad de la misma a los bordes de la incisión.



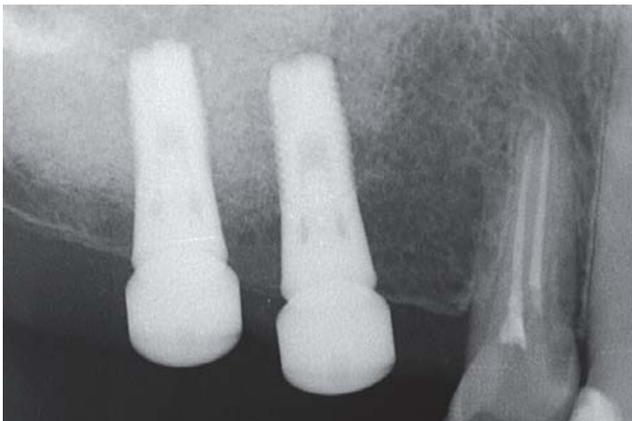
Se coloca el injerto conectivo para aumentar el volumen vestibular y engrosar la encía queratinizada en #15 y #16.



Ortopantomografía de control posoperatoria. Se observa la colocación de los dos implantes #15i y #16i, la elevación de seno y el pseudoquiste de retención de moco, intacto, en la parte posterior del suelo del seno.



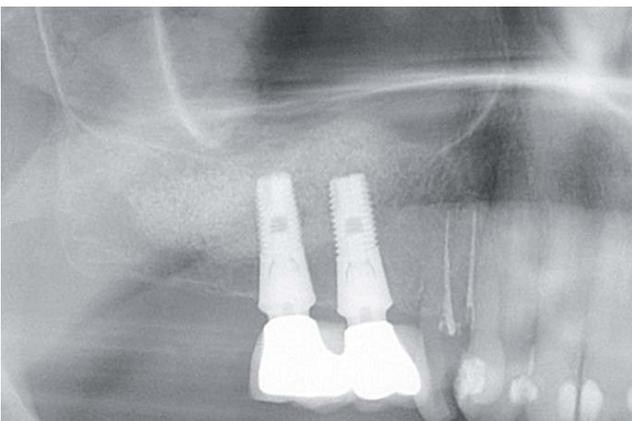
Reposición del colgajo mucoperióstico y sutura con monofilamento de 5 ceros (Monosof).



Radiografía periapical de control a los cinco meses de la intervención. Los implantes se encontraron inmóviles y se remitió a la paciente a su prostodoncista.



Prótesis ceramometálica atornillada sobre los implantes.

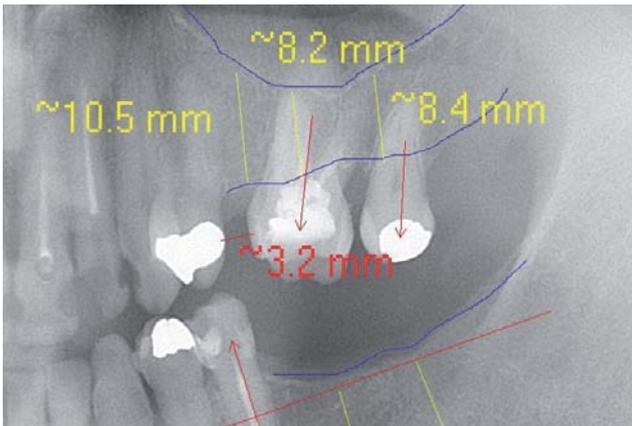


Ortopantomografía de control tras la colocación de la prótesis. Se observa que el pseudoquiste de retención de moco, en la parte posterior del suelo del seno, aparentemente no ha cambiado de tamaño desde la radiografía inicial.



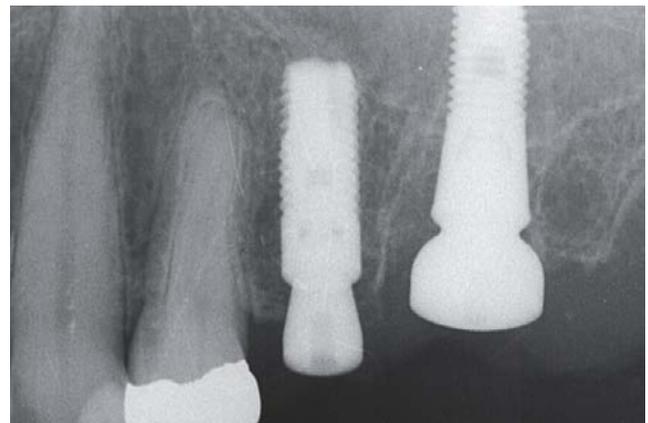
Rehabilitación de la oclusión posterior derecha con prótesis sobre implantes.

Segundo cuadrante: implante inclinado hacia palatino para evitar el seno



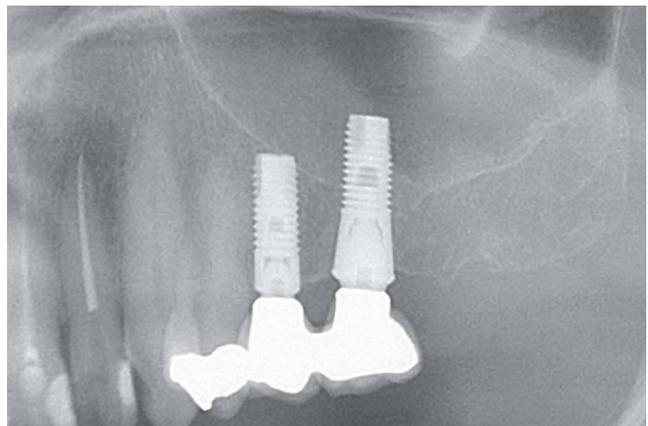
En el lado posterior izquierdo, la paciente presenta ausencia del #25, y extrusión muy marcada del #26 y del #27 por falta de antagonista. Si se cortase el #26 para recuperar el espacio protésico, el posterior alargamiento de la corona del mismo expondría la furca del molar.

El premolar #35 y los molares #26 y #27 extruidos impiden la rehabilitación adecuada del caso. Se decide realizar las exodoncias de los mismos.



Dos meses después, se colocan dos implantes Astra de 4 x 11 y 5 x 13 mm en posiciones #25i y #26i, respectivamente. La fijación posterior se angula hacia palatino siguiendo el alveolo de la raíz palatina del molar, para aprovechar el hueso residual y evitar una elevación de seno.

Radiografía periapical de control tras la colocación de las fijaciones.



El espacio protésico se ha recuperado, lo que permite la rehabilitación sobre los implantes.

Ortopantomografía de control tras la colocación de la prótesis. El implante distal, aparentemente en el seno maxilar, realmente no lo invade, al estar inclinado siguiendo el alveolo de la raíz palatina del molar #26 (ver la planificación previa mediante TC).

Tercer cuadrante: implantes simultáneos con ROG



Dos meses después de la exodoncia del #35 extruido, se planea la colocación de dos implantes en posiciones #35i y #36i. La ortopantomografía muestra una osificación incompleta del alveolo del #35.



Incisión crestral con dos descargas en los extremos. El despegamiento mucoperióstico permite observar un defecto de la cortical vestibular y un alveolo no osificado.



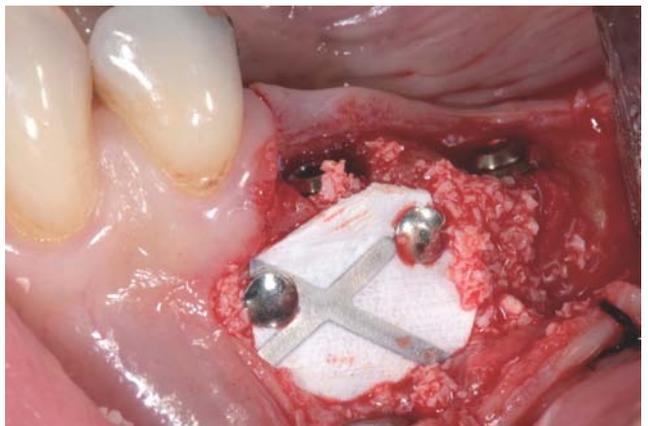
Se colocan dos implantes Astra de 4 x 13 mm y 4 x 11 mm en posiciones #35i y #36i, respectivamente. Existe un defecto de la cortical vestibular tipo dehiscencia, con exposición de los 7 mm más coronales de la fijación mesial.



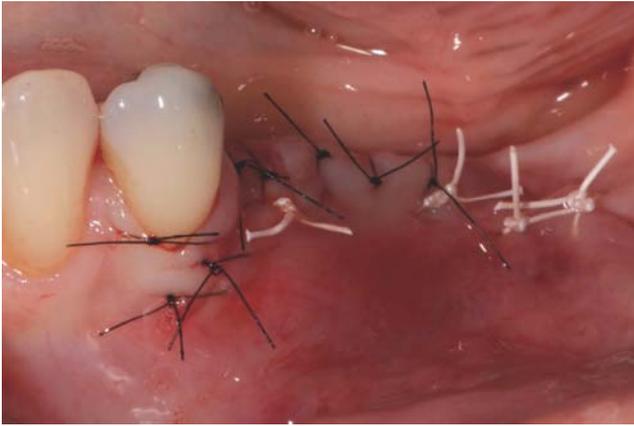
Se cubren las espiras expuestas del implante mediante un injerto autógeno particulado, tomado con un instrumento desechable (Micro-Oss) de una zona adyacente.



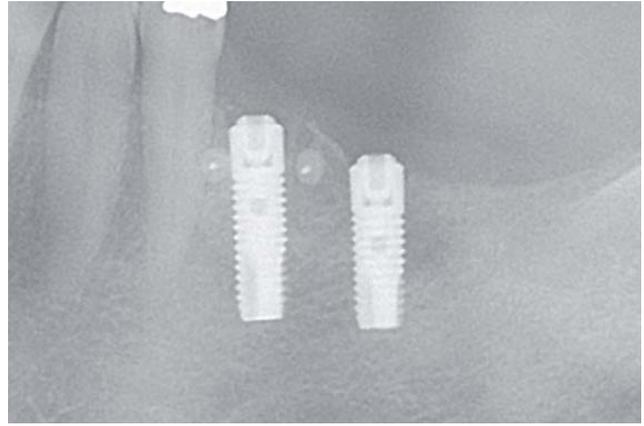
Se coloca una segunda capa de xenoinjerto de origen bovino (Bio-Oss) por encima del injerto autógeno.



Se cubren los injertos con una membrana de Gore-tex con refuerzo de titanio, inmovilizada mediante dos chinchetas de titanio (Frio-Oss).



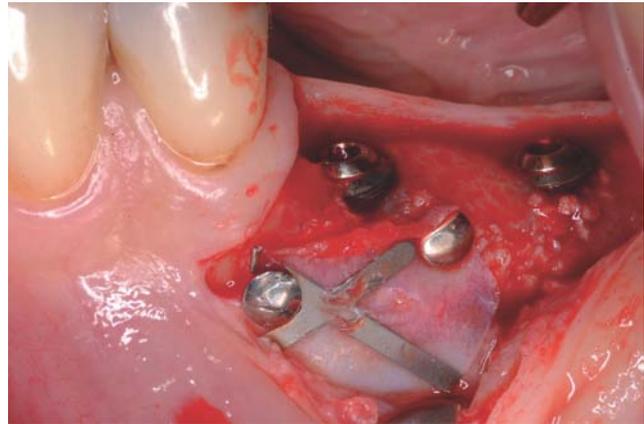
Reposición del colgajo y sutura con monofilamento (Monosof) y Gore-tex de 5 ceros.



Radiografía de control tras la colocación de las fijaciones (implantes sumergidos, en dos fases).



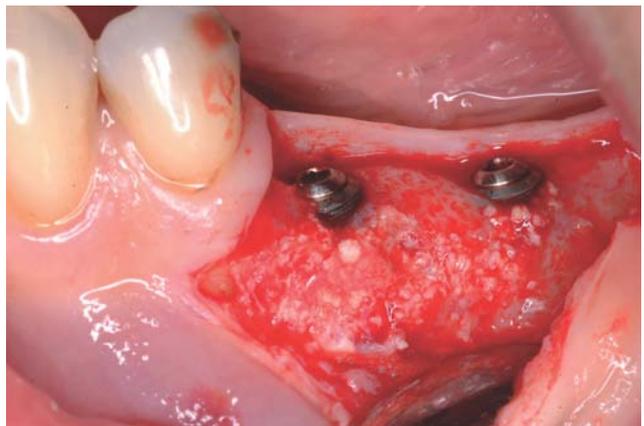
Cinco meses después, se realiza la segunda fase, para comprobar la osteointegración de los implantes. La membrana no ha sufrido ninguna exposición prematura.



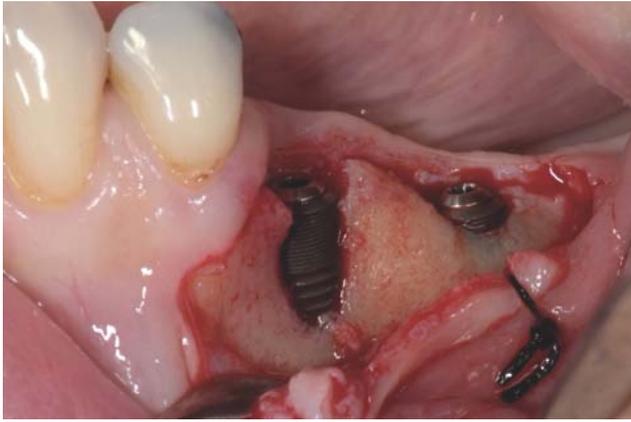
Aspecto de la membrana de Gore-tex antes de ser retirada.



Membrana de Gore-tex retirada, chinchetas y tornillos de cierre de los implantes.



Se observa una reconstrucción completa del defecto de la cortical vestibular, mediante la técnica de regeneración ósea guiada (ROG).



Para poder realizar la comparación, se muestra la imagen del defecto tipo dehiscencia de 7 mm encontrado en la **primera** cirugía de implantes (antes).

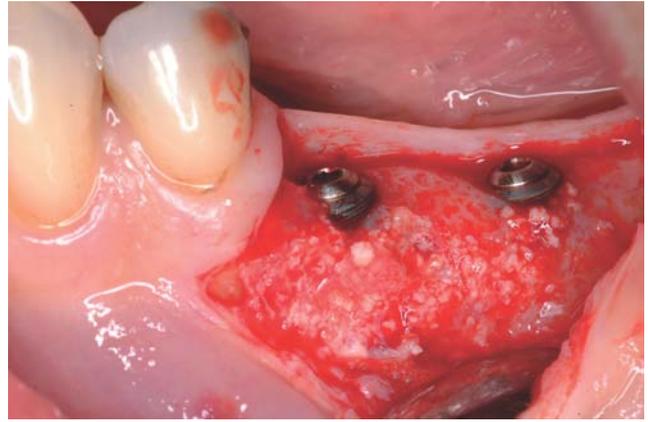
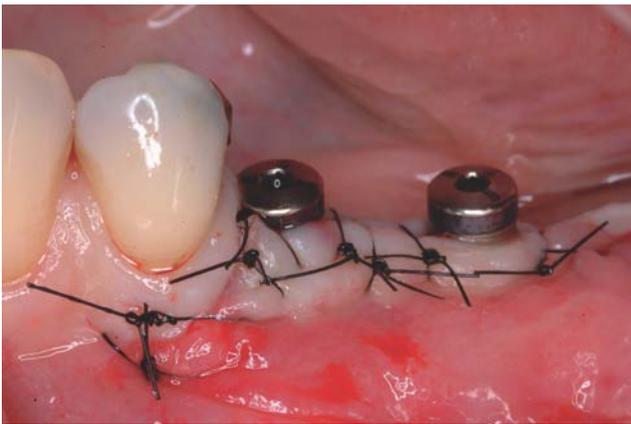
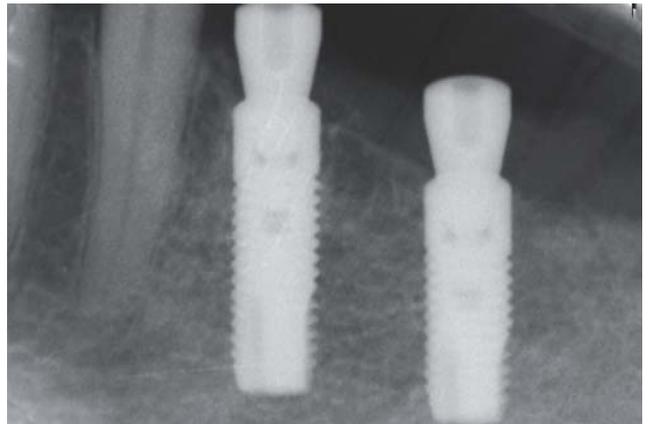


Imagen del defecto reconstruido mediante ROG, en la **segunda** cirugía de implantes (después).



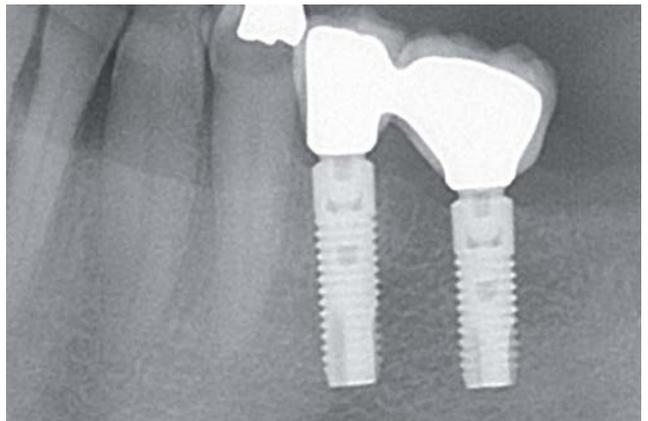
Se colocan los pilares de cicatrización. Los implantes se encontraron inmóviles y asintomáticos. Se repusieron los colgajos mucoperiosticos y se suturó con monofilamento de 5 ceros.



Radiografía periapical de control tras la segunda fase de los implantes. La paciente es remitida al protodoncista para la confección de la prótesis.

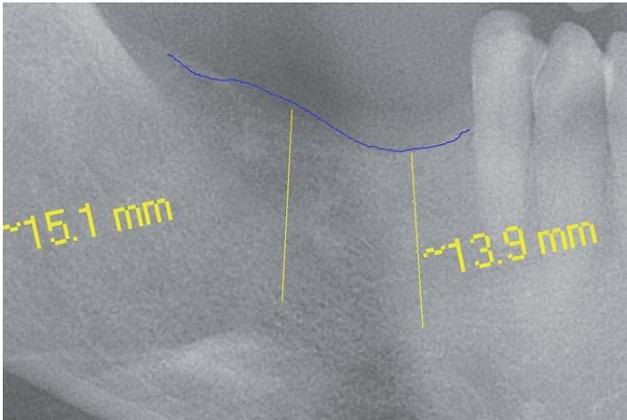


Prótesis ceramometálica sobre los implantes #35 y #36.



Ortopantomografía de control tras la colocación de la prótesis.

Cuarto cuadrante: dos implantes sin injertos



La ortopantomografía muestra una altura ósea suficiente para la colocación de dos implantes en posiciones #46i y #47i.



Tras usar la fresa de inicio, se colocan dos indicadores de dirección BTI.



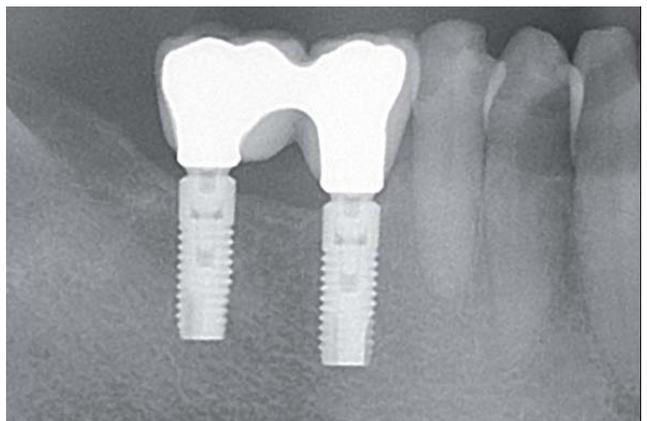
Se colocan dos implantes Astra de 4 x 11 mm en posiciones #46i y #47i y pilares de cicatrización (implantes en una sola fase quirúrgica).



Se reponen los colgajos mucoperiosticos y se sutura con monofilamento de 5 ceros.

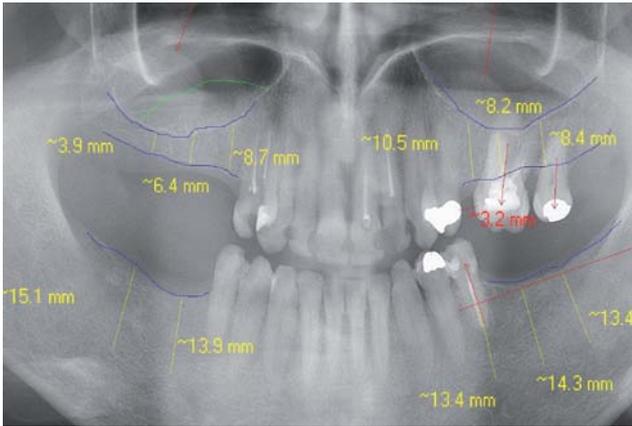


Tres meses después, se realiza la comprobación de la osteointegración. Los implantes se encontraron inmóviles y asintomáticos. La mucosa queratinizada vestibular del implante mesial es muy escasa. La paciente se habría beneficiado de un injerto de tejido conectivo a ese nivel.



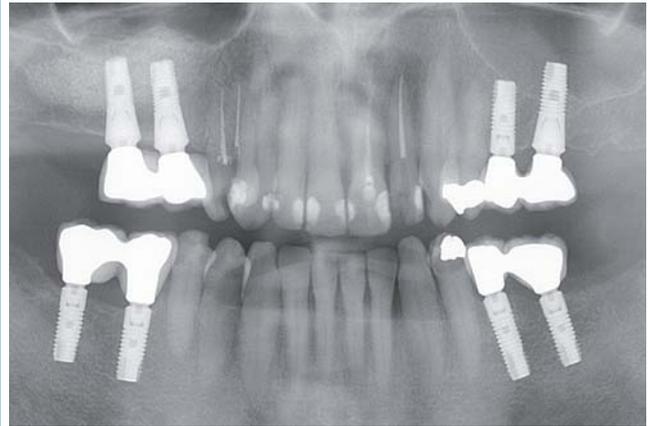
Ortopantomografía de control tras la colocación de la prótesis ceramometálica por el prostodoncista.

Antes



Ortopantomografía al inicio del tratamiento.

Después



Ortopantomografía al final del tratamiento. La paciente ha recuperado la oclusión posterior bilateral y el plano oclusal es único y horizontal.



Imagen frontal preoperatoria, en la que se muestra el colapso oclusal posterior izquierdo por extrusión de los molares maxilares por falta de antagonistas.



Imagen frontal posoperatoria, en la que se muestra la recuperación del plano oclusal, con la rehabilitación mediante prótesis sobre implantes.



Vista lateral izquierda antes de comenzar el tratamiento. Se muestra la pérdida del espacio protésico por extrusión del #35, el #26 y el #27, secundaria al edentulismo de largo tiempo de evolución.



Vista lateral izquierda después del tratamiento combinado de cirugía y prótesis.