



Implantes pterigoideos para rehabilitación maxilar fija

Paciente de 54 años, con edentulismo parcial maxilar y mandibular. Remitida para la colocación de implantes para rehabilitación maxilar completa y mandibular parcial fija.

En el maxilar superior sólo tiene dos incisivos: el #11 y el #12. En la ortopantomografía se observa la existencia de una altura de hueso suficiente para la colocación de implantes, salvo en la región molar del maxilar superior. El premolar #44 está endodonciado y tiene una lesión periapical, por lo que se recomienda su exodoncia.

En las vistas laterales se comprueba la existencia de una atrofia vertical importante del proceso alveolar en la zona molar de la mandíbula, que provoca un aumento del espacio protésico en esa zona.

Dr. Jaime Baladrón Romero

AUTORES

Dr. Jaime Baladrón Romero.
Cirujano maxilofacial.

Dr. José María Fernández-Díaz Formentí. Prostodoncista.

Juan y Fernando Peña Díaz.
Técnicos de laboratorio.

Oviedo.

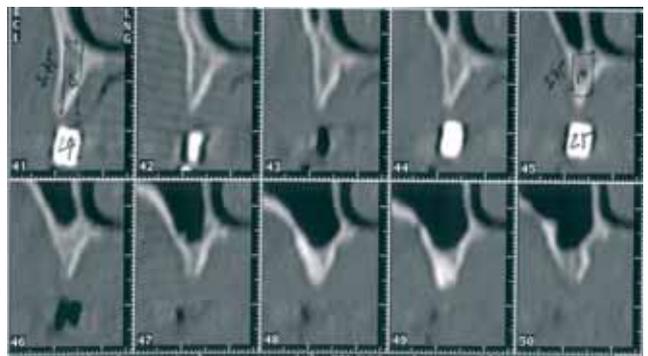
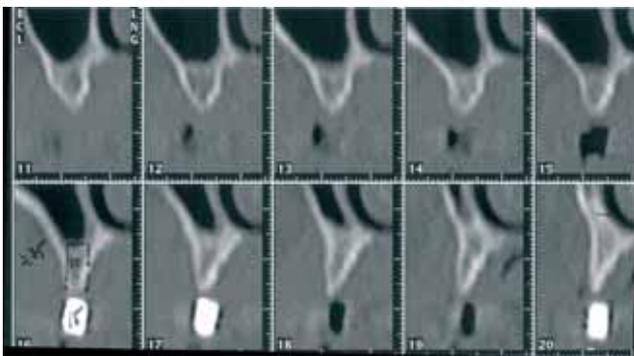


La paciente utiliza prótesis parciales removibles, que no le resultan cómodas. La altura de la línea de la sonrisa es media (enseña el margen gingival anterosuperior). Se toman impresiones y se pide al laboratorio que haga un nuevo montaje de dientes y que suprima el faldón vestibular de la prótesis, para comprobar el soporte labial que daría a la paciente una prótesis fija maxilar exclusivamente dentaria.

Una vez aprobado el montaje de dientes en cera, se devuelve al laboratorio para que lo transfieran a una férula de acrílico transparente, que lleve incorporados marcadores radioopacos de gutapercha. Esa prótesis se utilizará como férula diagnóstica para la realización de la TAC.



En la TAC se confirma la existencia de una altura ósea insuficiente para la colocación de implantes convencionales en las regiones molares del maxilar. En los segundos premolares se pondrán implantes de 10 mm. Las alternativas disponibles para rehabilitar los molares son la realización de un injerto óseo en el suelo del seno (sinus-lift) o la colocación de implantes angulados largos, que permitan alcanzar la región pterigopalatina. Finalmente, se opta por esta segunda opción, porque permite evitar el tiempo de espera para la maduración del injerto óseo necesario para la elevación del seno.

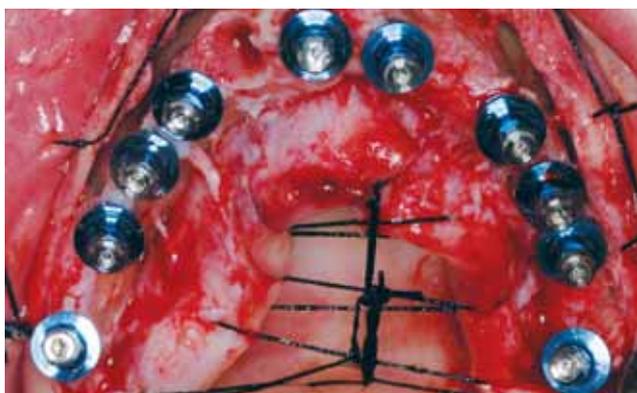


Sesiones de cirugía oral

Se planifica la colocación de los implantes en dos intervenciones separadas: una para el maxilar superior y otra para la mandíbula. El laboratorio realiza la férula quirúrgica, conserva sólo la mitad vestibular de los dientes de acrílico transparente y confecciona unos retenedores metálicos que permitan estabilizarla utilizando como apoyo los incisivos #11 y #12.

Se comienza colocando los dos implantes pterigoideos (3i de 4 x 20 mm), comenzando el fresado en el segundo molar y se angula la preparación aproximadamente 45 grados respecto al plano oclusal. Durante el fresado, se nota el cambio de calidad ósea cuando la fresa penetra en la región pterigoidea (de calidad ósea tipo I o II). Ese hueso distal es el que dará mayor estabilidad primaria a los implantes pterigoideos.

Utilizando la férula quirúrgica, se colocan los implantes restantes #15i, #14i, #13i, #21i, #23i, #24i y #25i (3i de 10/15 mm de longitud y 3,25/3,75/4 mm de diámetro). Debido a la atrofia vestibulopalatal del proceso alveolar, la cortical vestibular queda extremadamente fina, por lo que se coloca por encima de ésta un injerto óseo autógeno particulado, obtenido del fresado de los lechos óseos de los implantes, mediante un filtro desechable Astra. Finalmente, se realizan las exodoncias del #11 y el #12 y se coloca un implante inmediato en el alveolo del incisivo central #11. Se usa un injerto de tejido conectivo para sellar los alveolos de las exodoncias del #11 y del #12 y se suturan los colgajos mucoperiosticos con monofilamento de 5 ceros (nylon).



Sesiones de cirugía oral

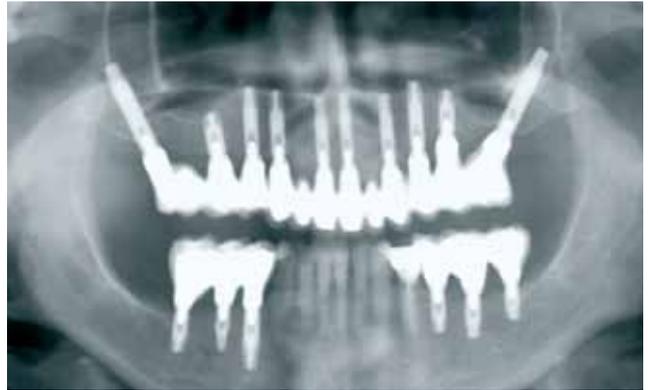
Unos meses después, se realiza la segunda fase de los implantes maxilares y se realizan nuevos injertos de tejido conectivo para aumentar el grosor del tejido queratinizado por vestibular de las fijaciones osteointegradas. El prostodoncista y los técnicos de laboratorio realizan la rehabilitación del maxilar superior con tres tramos de prótesis ceramometálicas: un tramo anterior, de canino a canino, con púnticos en los incisivos laterales, y dos tramos posteriores, que incluyen los premolares y los primeros molares.

Los implantes mandibulares (BTI y 3i) se colocan con un protocolo de una sola fase quirúrgica y, tras unos meses de espera, se comprueba su oseointegración y se rehabilitan con prótesis parciales fijas ceramometálicas.



Imágenes de las prótesis ceramometálicas sobre los diez implantes maxilares y seis implantes mandibulares. Los implantes pterigoideos han permitido que la rehabilitación maxilar incluya los primeros molares sin necesidad de recurrir a injertos óseos en los senos maxilares.

En la vista lateral derecha de la oclusión se puede observar la emergencia angulada del implante pterigoideo derecho, en el #17, que permite un apoyo distal para el #16.



Sesiones de cirugía oral

Imágenes de antes y después de la rehabilitación del maxilar superior y los sectores posteriores mandibulares, mediante el tratamiento multidisciplinario de cirugía y prótesis. La exodoncia de los incisivos #11 y #12 ha permitido conseguir un resultado simétrico en la rehabilitación de la sonrisa, que no habría sido posible si se hubiera optado por conservarlos (compárese la altura de la papila entre los dientes naturales #11 y #12 y entre el implante #11i y el pónico #12).

