



Injerto Óseo de Rama Ascendente, Conectivo e Implante

DR. JAIME BALADRÓN ROMERO

AUTORES

Dr. Jaime Baladrón Romero. Cirujano maxilofacial (Oviedo).
Dr. Luis Cabeza Alvarado. Prostodoncista (Oviedo).



Paciente de 35 años de edad, con edentulismo maxilar unitario en el #11. Hace un año habían realizado la exodoncia del incisivo central del #11 por una fractura del mismo. El paciente tiene una línea de sonrisa alta y grandes expectativas estéticas (había realizado un tratamiento de ortodoncia).



La ortopantomografía muestra una altura ósea suficiente para la colocación de un implante en el #11i. La raíz del incisivo lateral se ha mesializado hacia el espacio edéntulo, por lo que se le pide al ortodoncista que intente, en la medida de lo posible, distalizarla.



Durante el tratamiento de ortodoncia, el paciente lleva un diente unido al arco de ortodoncia como prótesis provisional. En esta imagen se observa la pérdida de tejidos duros y blandos en la región de la papila distal del #11, como consecuencia de la fractura y la atrofia posexodoncia.



La radiografía periapical muestra una pérdida ósea de 2 mm en la región mesial del incisivo lateral del #12, responsable de la atrofia de la papila mesial del #12. Obsérvese la diferente altura entre los "picos" de hueso interproximal por mesial y por distal del espacio edéntulo, responsable de la asimetría de los tejidos periodontales.



Aspecto al terminar el tratamiento de ortodoncia. Existe una atrofia ósea en sentido vestibulo-palatal, que se planea reconstruir con un injerto monocortical tomado de la rama ascendente mandibular derecha, en la región del #48. Obsérvese la posición distalizada del frenillo labial, que se mantendrá hasta el final del tratamiento.



Incisión intrasulcular, sin descargas verticales. Disección subperióstica del colgajo.



La imagen oclusal permite confirmar la existencia de una atrofia ósea vestibulo-palatal que impide la colocación del implante en su posición ideal.



Toma del injerto monocortical de la rama ascendente mandibular derecha. Se realiza una incisión similar a la empleada para abordar un cordal inferior. Tras la disección subperióstica, se talla el injerto monocortical con fresa de fisura, con cuidado de no lesionar el nervio alveolo-dentario inferior.



Aspecto de la zona donante tras desprender el injerto monocortical con la ayuda de un botador angulado.



Se realizan pequeñas perforaciones de la cortical del lecho receptor hasta alcanzar la medular ósea y producir sangrado, que favorezca la revascularización del injerto.



Adaptación del injerto monocortical de mentón al defecto e inmovilización del mismo mediante pinza de injertos, mientras se preparan los orificios para los tornillos de osteosíntesis.



Fijación rígida del injerto mediante dos tornillos de osteosíntesis de Osteomed de 1,5 x 8 mm. Se redondean los bordes del injerto para evitar decúbitos en el colgajo durante el periodo de cicatrización.



Se realizan un corte en el periostio de la base del colgajo, para permitir su reposición pasiva, y un cierre sin tensión. Se sutura con monofilamento de 5 ceros (nylon). A los 10 días, se retiran los puntos.



Ortopantomografía de control cuatro meses después. Se observa el injerto inmovilizado con dos tornillos de titanio y la curación de la zona donante mandibular.



Aspecto a los cuatro meses de la reconstrucción ósea, en el momento de realizar la segunda intervención, para la colocación del implante.



Se vuelve a usar una incisión intrasulcular extendida sin descargas en los extremos. Tras realizar la disección subperiosteal, se observa la remodelación del injerto óseo. El injerto se encuentra integrado. Obsérvese cómo el objetivo del injerto ha sido únicamente la reconstrucción del defecto óseo horizontal, y no se ha intentado una reconstrucción vertical.



Colocación de un implante 3i Certain Prevalí, de conexión interna de 4 x 4,8 x 4,1 x 11,5 mm. Se ha elegido este implante para poder utilizar el concepto de "intercambio de plataforma".



El hombro del implante se ha dejado ligeramente supracrestal, a 2,5 mm de profundidad respecto a la línea amelocementaria de los dientes adyacentes.



Se ha dado al implante una orientación ligeramente palatal, para permitir la construcción de una prótesis atomillada.



Se conecta un pilar de cicatrización Certain de 4 x 5 x 4 mm, con "intercambio de plataforma" (se utilizan componentes de prótesis de 4 mm sobre un implante de plataforma de 5 mm), para intentar mantener al máximo el hueso crestal y el soporte para las papilas.



Se toma un injerto de tejido conectivo subepitelial de la región premolar palatina y se coloca bajo el colgajo vestibular para engrosar la encía queratinizada y conseguir un biotipo gingival grueso en la región del implante.



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



Aspecto a los cuatro meses de la colocación del implante, en el momento de comprobar la osteointegración de la fijación.



La visión oclusal muestra la reconstrucción de la atrofia vestibulo-palatal mediante una combinación de un injerto óseo monocortical y un injerto de tejido conectivo.



La radiografía periapical permite constatar un mantenimiento de los "picos" de hueso interproximal preoperatorios.



sesionesdecirugíaoral



Visión oclusal de la prótesis ceramo-metálica atomillada.



Prótesis ceramo-metálica sobre el implante #11i. Las cicatrices no son visibles al no haber empleado incisiones de descarga.



Radiografía periapical de control tras la colocación de la prótesis.

Imágenes al comienzo del tratamiento multidisciplinario.

Imágenes del resultado final.

