

## Atrofia Maxilar Parcial Posterior: Injerto de Tibia e Implantes

**DR. JAIME BALADRÓN ROMERO**

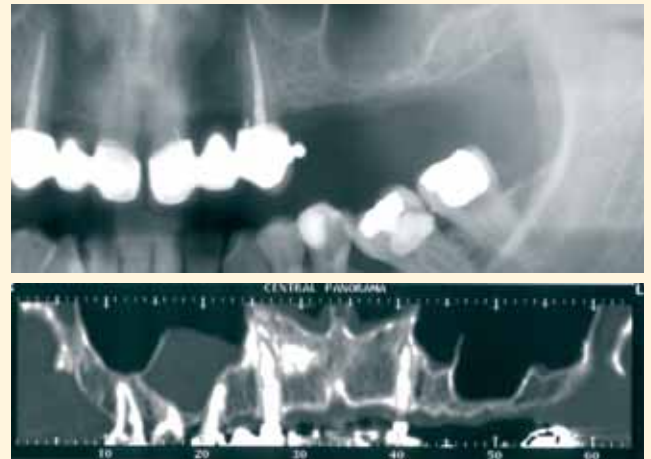
**AUTORES**

**Dr. Jaime Baladrón Romero.** Cirujano maxilofacial.  
**Dr. José María Fernández Díaz Formentí.** Prostodoncista.  
**Juan y Fernando Peña Díaz.** Técnicos de laboratorio.  
Oviedo.



Paciente con edentulismo maxilar parcial posterior izquierdo. Existe atrofia de anchura vestibulo-palatal en la región premolar. El espacio protésico está disminuido por mesialización y extrusión de los molares antagonistas #37 y #38.

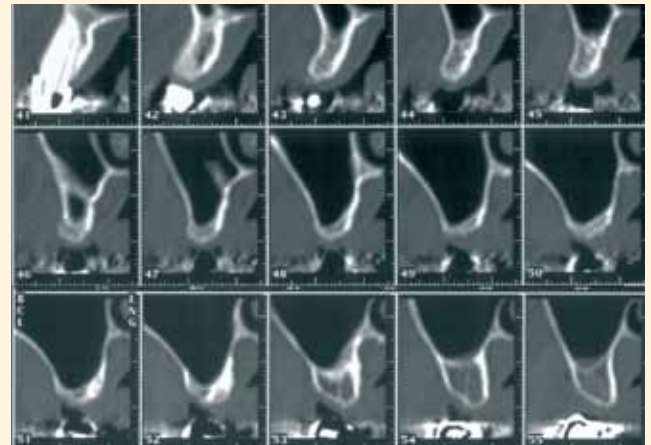
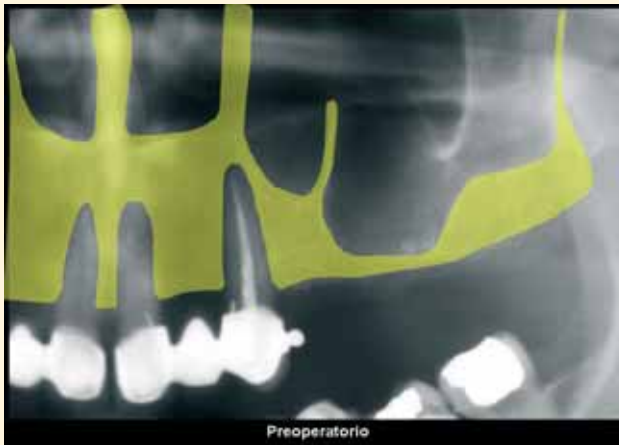
Se realiza un estudio prequirúrgico mediante ortopantomografía y TAC. Ambos senos maxilares están tabicados, y en el lado derecho existe un quiste de retención de moco.



92

Existe una atrofia ósea vertical, por neumatización del seno maxilar izquierdo. El seno está dividido por un tabique.

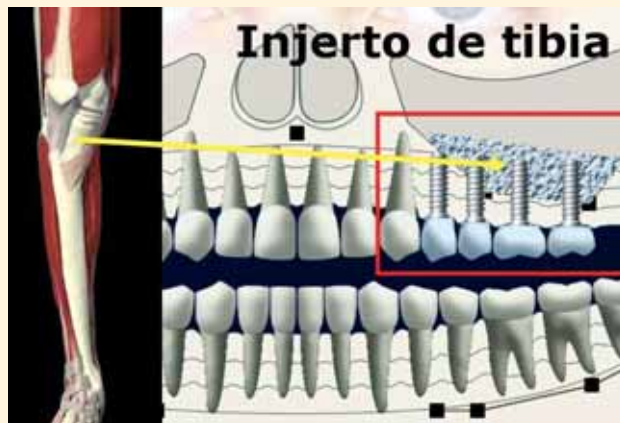
La TAC muestra una altura ósea residual insuficiente para la colocación de implantes. Será necesario realizar un injerto óseo previo.



Planificación del injerto en el seno maxilar izquierdo.



Se proyecta la reconstrucción del defecto óseo mediante un injerto óseo autólogo de medular de tibia y, cuatro meses después, la colocación de cuatro implantes para rehabilitar el cuadrante edéntulo.



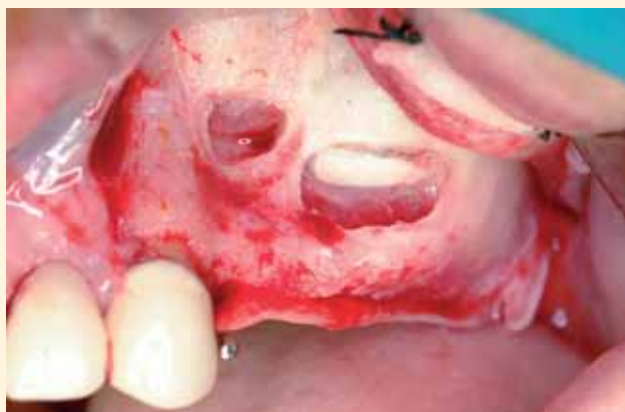
Se realiza una toma de hueso esponjoso de la medular de la tibia derecha, por un abordaje medial. Con una fresa de trefina de 1 cm de diámetro se realiza una osteotomía circular y se retira el fragmento de la cortical de la tibia para acceder al hueso medular.

Con cucharillas, se obtiene el injerto óseo de la medular de la tibia. Se coloca un apósito hemostático de Surgicel, se repone el fragmento cortical en la zona donante y se sutura por planos.



Como el seno maxilar se encontraba tabicado, se realizan dos elevaciones independientes de la mucosa del suelo sinusal, a ambos lados del septo óseo.

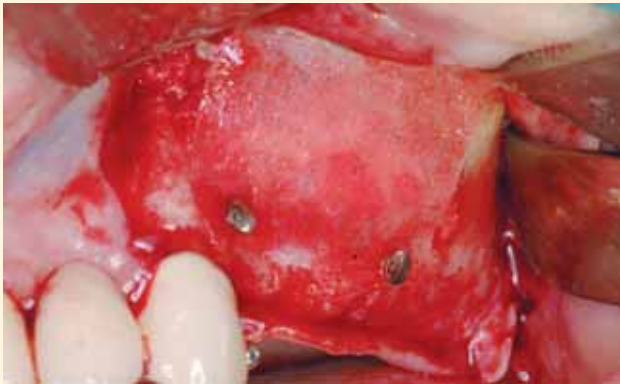
Colocación del injerto óseo autógeno bajo la membrana sinusal elevada y reconstrucción del defecto de anchura vestibulopalatal de la región premolar mediante el injerto óseo sobrante.



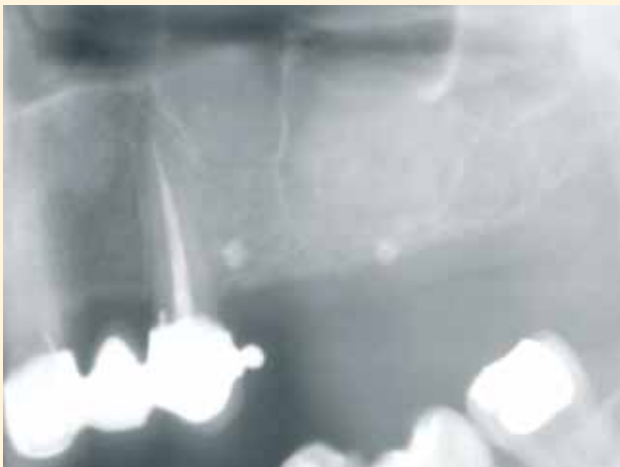


# sesiones de cirugía oral

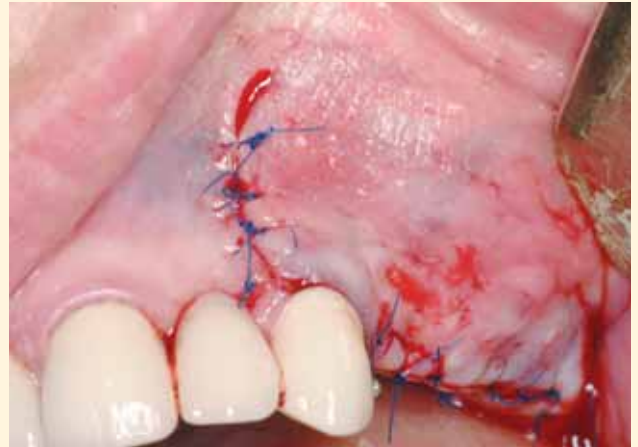
Se protege el injerto óseo cubriéndolo con una membrana de Gore-tex Resolut, inmovilizada por dos chinchetas de titanio. Los bordes de la membrana están alejados de las incisiones, para disminuir la posibilidad de una exposición de la misma.



Ortopantomografía de control posoperatoria.



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



Radiografía de control de la zona donante. Sólo se visualizan los bordes de la osteotomía de acceso en la visión lateral.



94

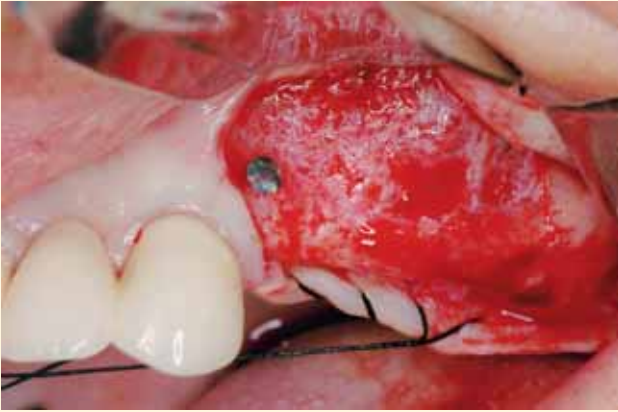
Cuatro meses después se planifica la colocación de los implantes. Obsérvese la limitación del espacio protésico en la zona posterior y la visión, por la transparencia de la mucosa, de una de las chinchetas de titanio.



La férula quirúrgica provoca prematuridades por contacto con los molares mandibulares extrusionados, que deberán ser tallados para recuperar el espacio protésico perdido.



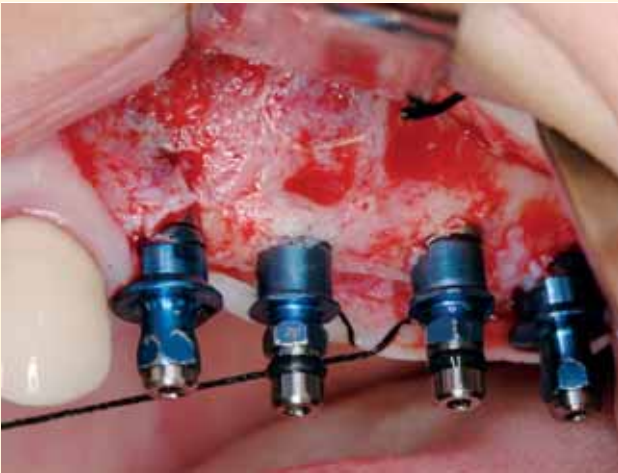
Incisión que preserva la papila del diente mesial. Despegamiento mucoperiostico, sin encontrar restos de la membrana y observando una integración completa del injerto en la zona receptora. Se retiran las chinchetas de titanio.



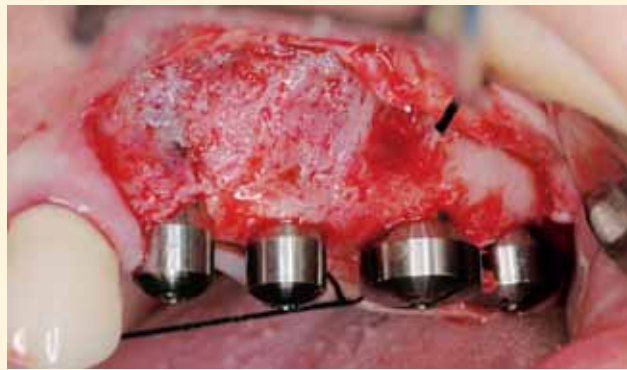
Con la ayuda de la férula quirúrgica, se preparan los lechos óseos de los implantes. La férula es dentosoportada (para que sea más estable) y sólo tiene la mitad vestibular de los dientes ausentes.



Colocación de cuatro implantes (dos 3i y dos BTI) en las posiciones #24i, #25i, #26i y #27i.



Colocación de dos pilares de cicatrización de diámetro estándar (4 x 5 x 4) en los premolares y dos de gran diámetro en los molares (4 x 7,5 x 4). Obsérvese que existen más de 3 mm de separación entre los hombros de los implantes, para intentar disminuir la reabsorción ósea crestal y mantener las papilas.



Aspecto a los 10 días, en el momento de retirar los puntos. Ha sido necesario tallar un poco el #38 antagonista para evitar la carga prematura sobre los implantes #26i y #27i.

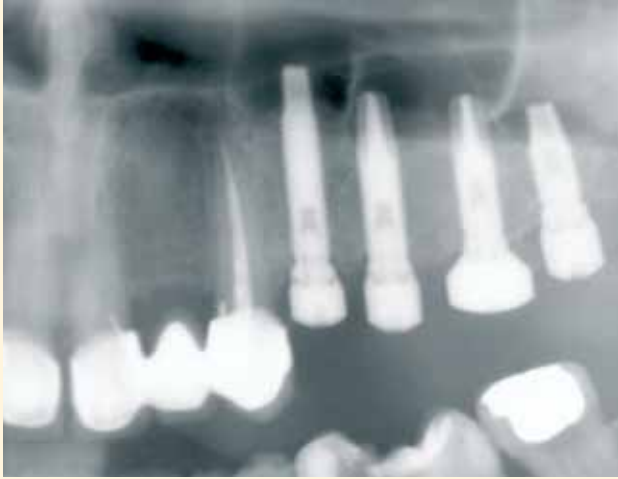


Cuatro meses después se realiza la comprobación de la osteointegración. La arquitectura gingival, inicialmente plana, muestra ahora unas papilas pequeñas.

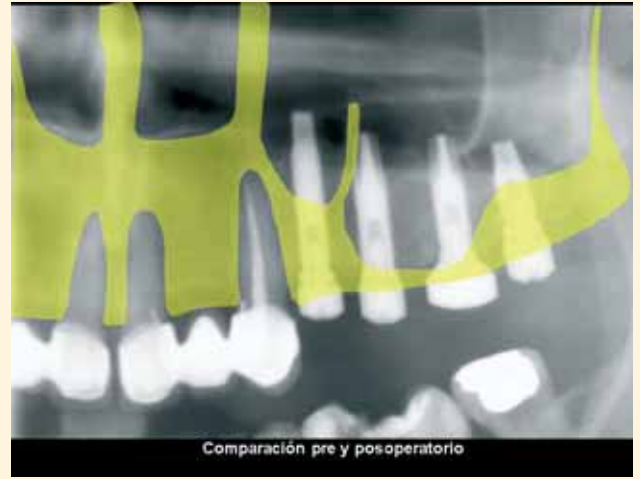




Radiografía de control con los implantes colocados, con anclaje bicortical.



Comparación de la situación ósea antes del injerto óseo y después de la reconstrucción y la colocación de implantes.



Visión oclusal de los pilares de cicatrización de distinto diámetro.



Visión oclusal de los perfiles de emergencia creados por los pilares de cicatrización de distinto diámetro.



Prótesis ceramometálica construida sobre los cuatro implantes. Se ha rehabilitado hasta el segundo molar.



Aspecto al terminar el tratamiento. Existen papilas entre los implantes gracias a la adecuada separación entre los implantes y el perfil de emergencia creado por los pilares de cicatrización y la prótesis.





# sesionesdecirugíaoral

Imagen preoperatoria en la que se visualiza la atrofia ósea maxilar vertical parcial posterior izquierda.

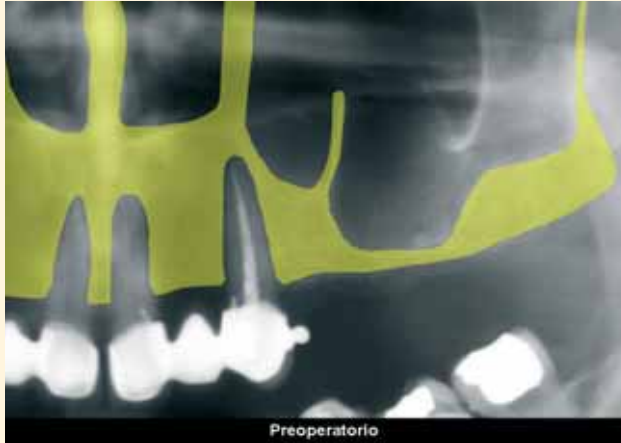


Imagen posoperatoria tras la reconstrucción con el injerto óseo de tibia y la prótesis sobre los cuatro implantes.

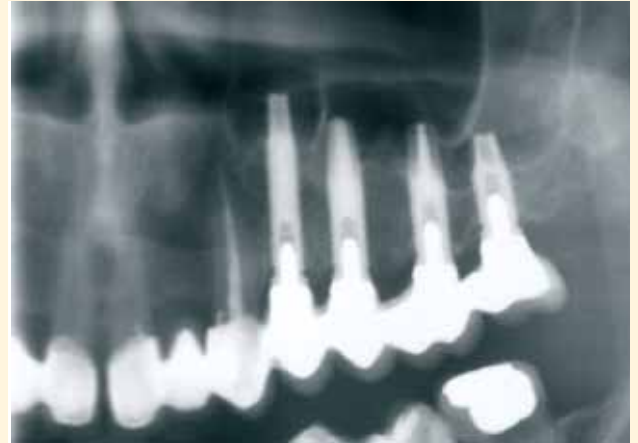


Imagen preoperatoria en la que se visualiza la atrofia en anchura vestibulo-palatal en la región premolar maxilar izquierda (#24).



Imagen al finalizar el tratamiento.



98

Visión oclusal antes del tratamiento.



Aspecto al terminar el tratamiento multidisciplinario mediante cirugía y prótesis.

