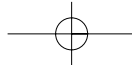


Ciencia y práctica

Un paso más: exodoncia + implante + provisional inmediato + injerto de conectivo simultáneo





Dr. Ramón Gómez Meda

Licenciado en Odontología. Universidad de Santiago de Compostela, 1996.

Premio "Fin de Carreira da Xunta de Galicia á Excelencia Académica".

Posgrado en Periodoncia e Implantes.

Práctica privada en Ponferrada (León).

formacion@cogomezmeda.com

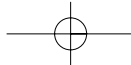


Introducción

Mujer joven, compañera de profesión (médico estomatólogo), que acude a nuestro centro tras notar estallido de la raíz del 21 y posterior movilidad de la antigua restauración protésica realizada sobre la pieza. En el estudio radiográfico observamos que la pieza presenta tratamiento endodóntico, perno-muñón colado y corona metal-cerámica. Confirmamos la movilidad y la fractura de la raíz. Planificamos retirar la prótesis, extraer la raíz fracturada, colocar un implante Xive® 4.5 x 15 mm (Friadent® Dentsply®), una corona provisional sobre el transportador del implante y un injerto de tejido conectivo, para evitar la recesión y el colapso de los tejidos blandos y conservar las papilas. Todo al mismo tiempo. Recetamos antiinflamatorios y antibióticos no esteroideos, previamente a la cirugía.



Radiografía panorámica inicial y vista en detalle.



Ciencia y práctica



Vista frontal previa al tratamiento.



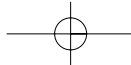
Vistas iniciales: lateral derecha y lateral izquierda.



Vistas oclusal superior y oclusal inferior.



Vistas oclusal superior en detalle y frontal en detalle.



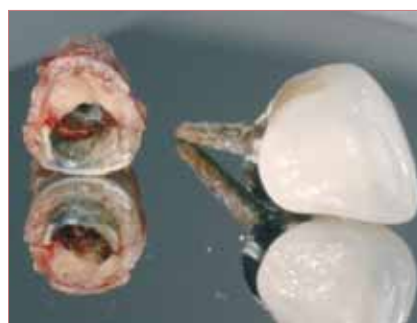
Ciencia y práctica



Obsérvese la fractura vertical longitudinal que presenta el 21. Con un periotomo extraeremos el incisivo superior con mucha delicadeza.



Situación inmediatamente posterior a la extracción.



Raíz una vez extraída. La antigua corona con el perno y la raíz.

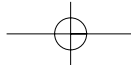


Medimos la distancia interdientaria. Obsérvese cómo la encía queratinizada del alveolo posextracción tiende a colapsarse con una ligera presión.

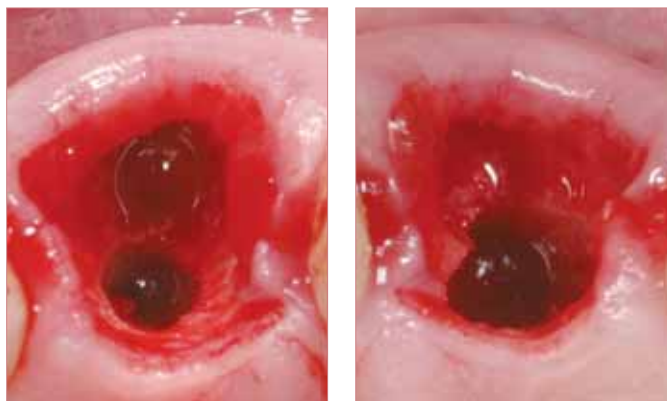


Fresamos un nuevo alveolo hacia palatino para evitar perforar la cortical vestibular, cuidando mucho la emergencia del centro del implante. Obsérvese ya el colapso de la encía en vestibular de la pieza exodonciada.





Ciencia y práctica



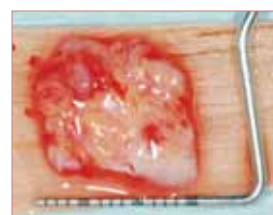
Merece especial atención el nuevo alveolo labrado en palatino de la posición que tenía el diente. Las imágenes corresponden al lecho labrado por la penúltima y última fresa.



Obsérvese que la emergencia del implante debe ser por palatino de la línea imaginaria que une los bordes incisales de los incisivos. Obsérvese ya el colapso de la encía en vestibular inmediatamente después de la extracción.



Vista vestibular del implante con el transportador en su sitio. El implante es un Xive® 4,5 x 15 mm (Friadent®-Dentsply®).



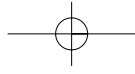
Tomamos un injerto de conectivo del paladar y lo introducimos, realizando una incisión a espesor parcial, entre la tabla ósea vestibular con su periostio y el colgajo vestibular (la incisión con el bisturí debe sobrepasar la línea mucogingival y liberar bien las inserciones fibrosas para crear una bolsa que englobe el injerto).



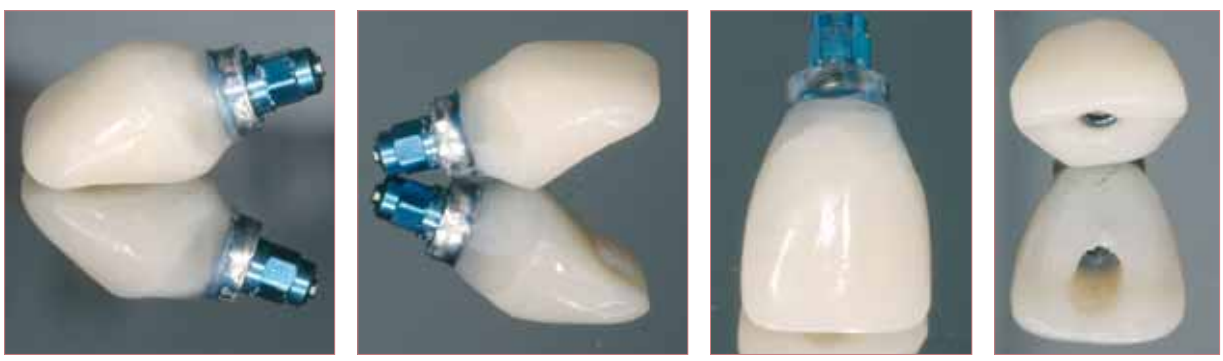
Suturamos con polipropileno de 6/0, simplemente para estabilizar el injerto.



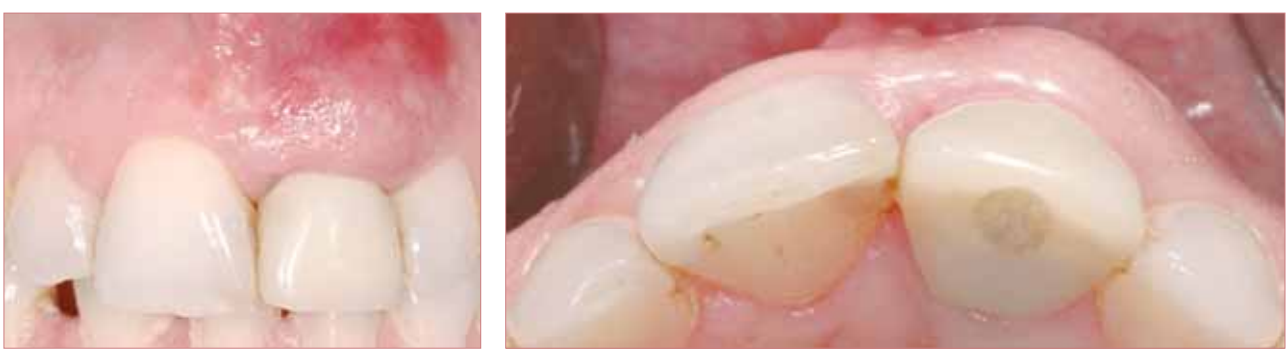
Implante e injerto conectivo en su sitio (vista en detalle).



Ciencia y práctica



Realizamos un provisional con una corona de policarbonato rebasada sobre el transportador del implante. Obsérvese el perfil de emergencia del provisional en la radiografía.

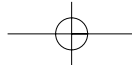


Cicatrización de los tejidos transcurrido un mes (el tejido conectivo todavía no está maduro).



Tras la maduración de los tejidos, cuatro meses después.





Ciencia y práctica



Obsérvese el perfil de emergencia de la corona temporal: está ligeramente subcontorneado, con el objeto de facilitar la revascularización del tejido injertado y conseguir la sobrecorrección de los tejidos blandos. A posteriori, la corona definitiva tendrá un perfil de emergencia más exagerado que imita al diente natural y provoca la ligera retracción de la encía queratinizada sobrecorregida.



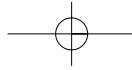
Cuatro meses después de la inserción del implante: hemos esperado el momento idóneo para la toma de la impresión definitiva, en función de la maduración de los tejidos blandos y no de la osteointegración del implante: pretendemos resaltar el concepto de sobrecorrección de los tejidos blandos a través de la cirugía plástica periimplantaria.



Selección de color y toma de impresión. Radiografía con pin de impresión en posición.



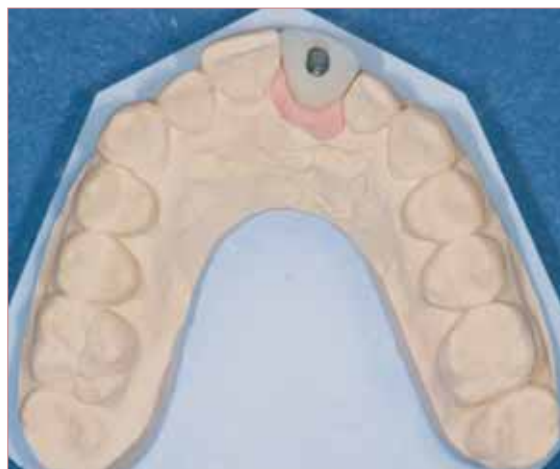
Muy importante: obsérvese las proyecciones oclusales, lo importante que es sobrecorregir el contorno gingival con el injerto conectivo, ya que parte lo perderemos durante la maduración de los tejidos.



Ciencia y práctica

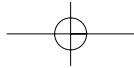


Vista en detalle de la cicatrización de los tejidos blandos periimplantarios en el momento de la toma de impresión.



Fabricamos el modelo de escayola y recortamos parte de la falsa encía con el objeto de obtener el perfil de emergencia adecuado y lo más parecido posible al diente adyacente.





Corona definitiva realizada por el laboratorio de José Avelino Méndez (Ponferrada-León).



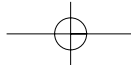
Vistas vestibular y palatina de la corona definitiva en el modelo.



Corona definitiva en el momento de la colocación.



Evolución del caso.



Ciencia y práctica



Aspecto al mes de la colocación.



Sonrisa de la paciente. La corona integrada en el conjunto de la sonrisa.



Radiografías finales: observe en la telerradiografía el eje de inserción del implante entre las corticales vestibular y palatina. En la radiografía periapical observamos que hemos usado una aurobase de 3,8 mm para un implante de 4,5 mm Xive. Este es el concepto de "switch-platform".



Comparación del antes y el después (tres meses después del emplazamiento de la prótesis definitiva).

