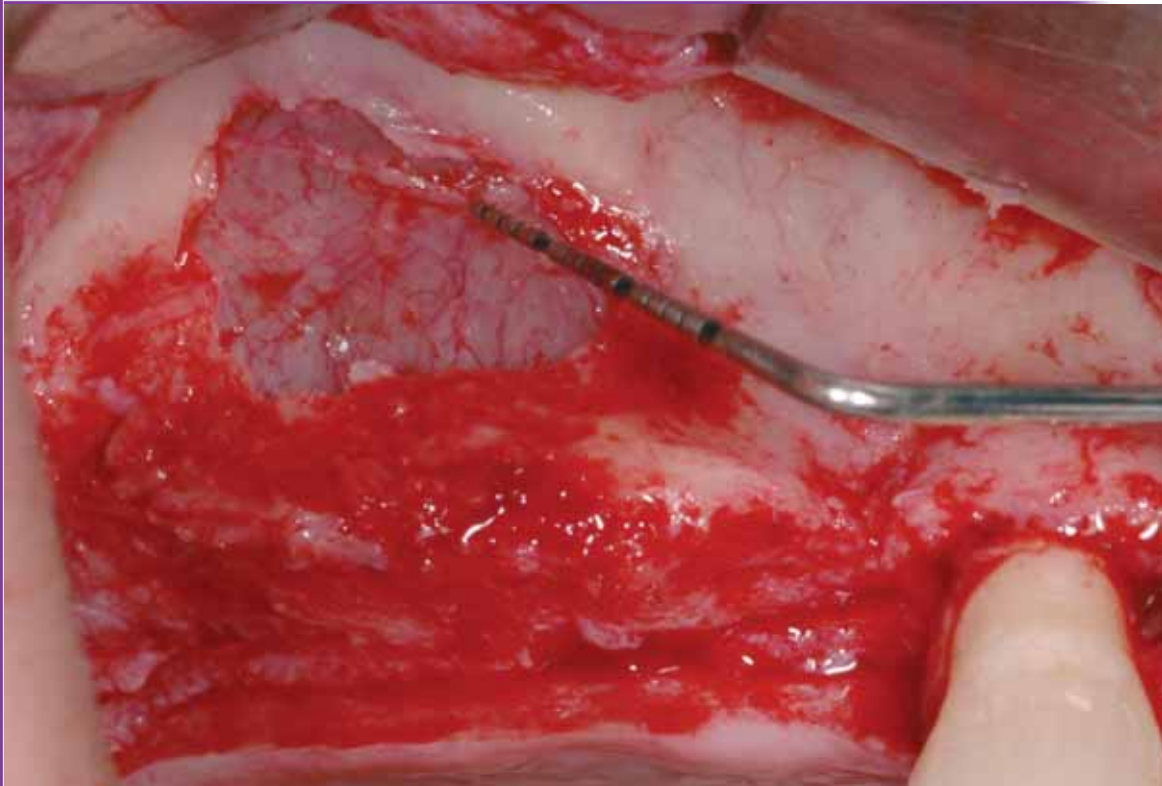


## Elevación de seno maxilar en presencia de exostosis: obtención de hueso con rascador



# Ciencia y práctica

Paciente periodontal, de 52 años de edad, que acude a consulta remitida por su odontólogo general para la colocación de implantes en el lado superior derecho. Su dentista ya le había informado de la imposibilidad de colocar implantes con una técnica convencional por la poca cantidad de hueso en ese área.

La paciente no presenta antecedentes médicos de importancia, tan sólo cabe destacar el hecho de que

es fumadora de un paquete diario de tabaco. Esto constituye un factor de riesgo, pero no una contraindicación, ya que la paciente está dispuesta a abandonar el hábito 15 días antes de la cirugía. Informada de las posibles alternativas de tratamiento y de todos los riesgos, la paciente ha aceptado someterse a una cirugía de elevación de seno, firmando el consentimiento informado.

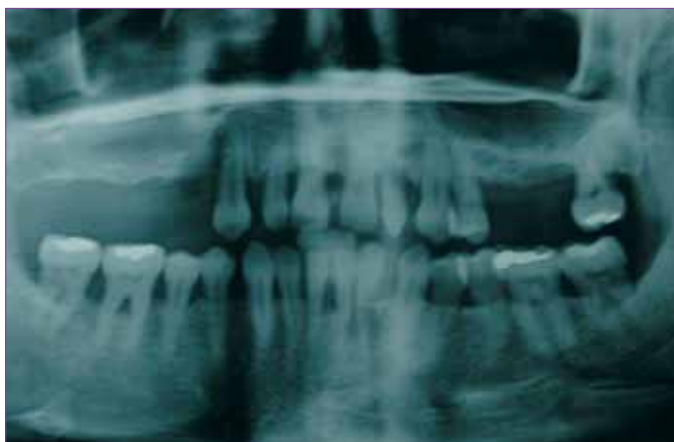
## *Dr. Ramón Gómez Meda*

Licenciado en Odontología. Universidad de Santiago de Compostela, 1996.  
Premio "Fin de Carreira da Xunta de Galicia á Excelencia Académica".  
Práctica privada en Ponferrada (León).  
formacion@cogomezmeda.com

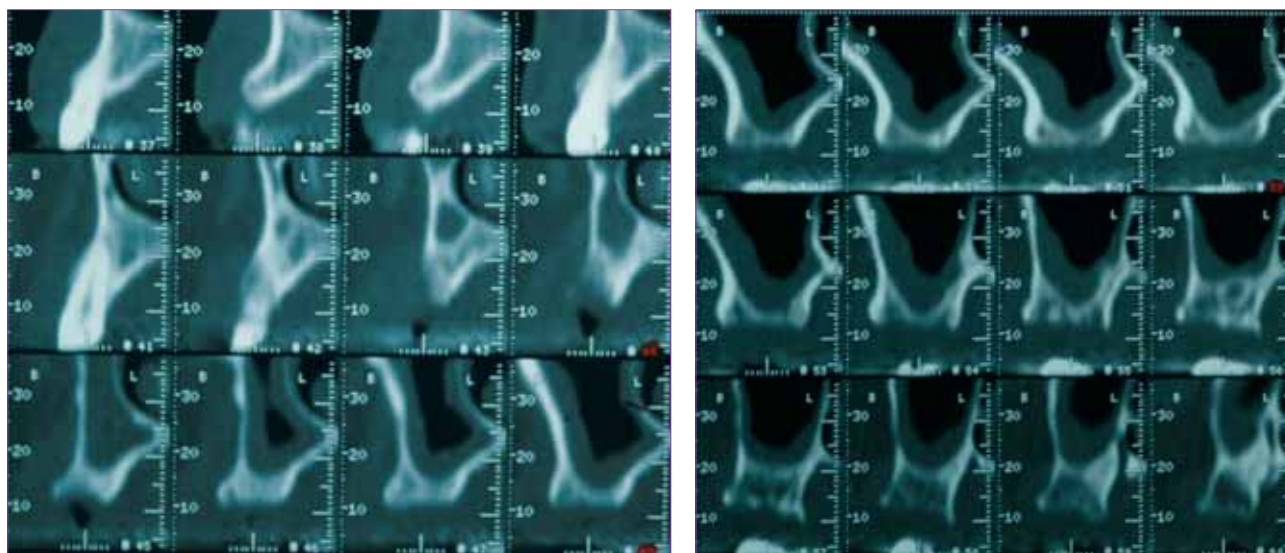




Vistas oclusal y lateral antes de la cirugía. Obsérvese en la foto derecha que el espacio interoclusal está reducido. Esto es un factor a tener en cuenta en la planificación de la prótesis implantosoportada.

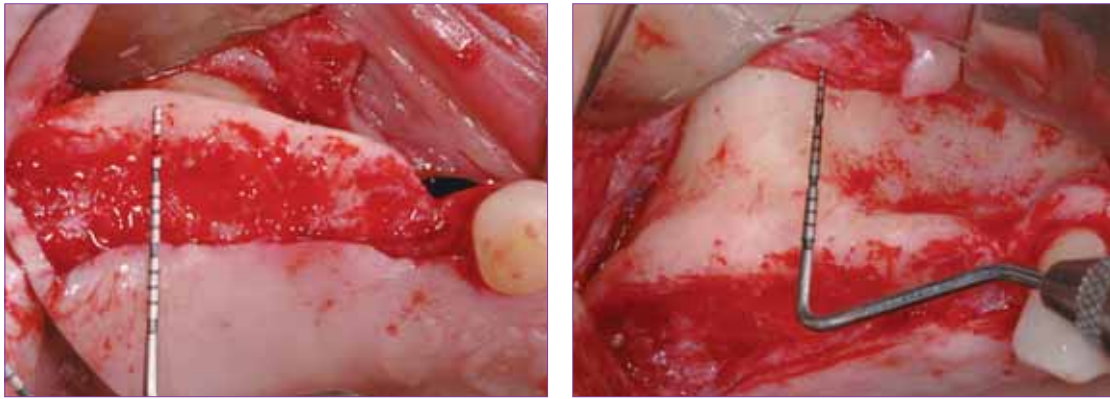


La paciente aporta la radiografía panorámica.



Cortes tomográficos que nos indican la escasa presencia de hueso, apenas 1 mm en algunos puntos, por lo que decidimos realizar la colocación de los implantes en una segunda cirugía posterior a la elevación de seno. También podemos observar la enorme dimensión vestibulo-palatina del seno maxilar, con más de 15 mm de anchura, que nos requerirá ingentes cantidades de hueso. El engrosamiento de la membrana es típico en pacientes muy fumadores.

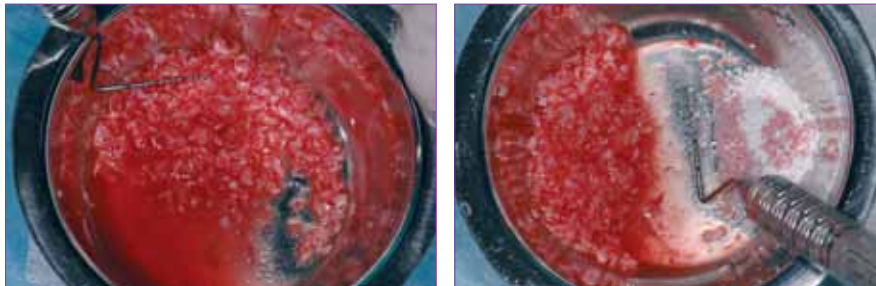
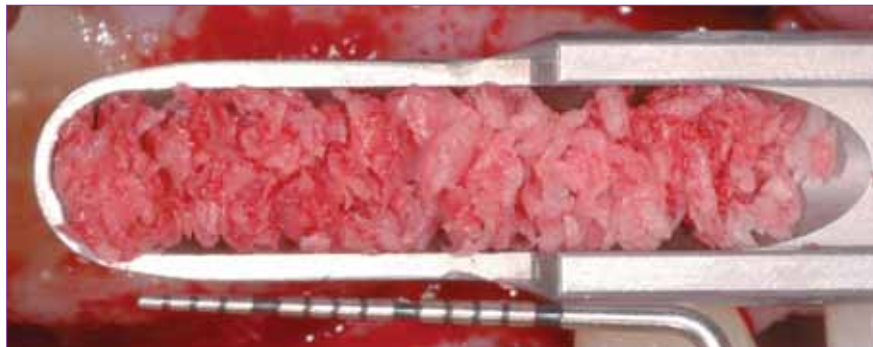




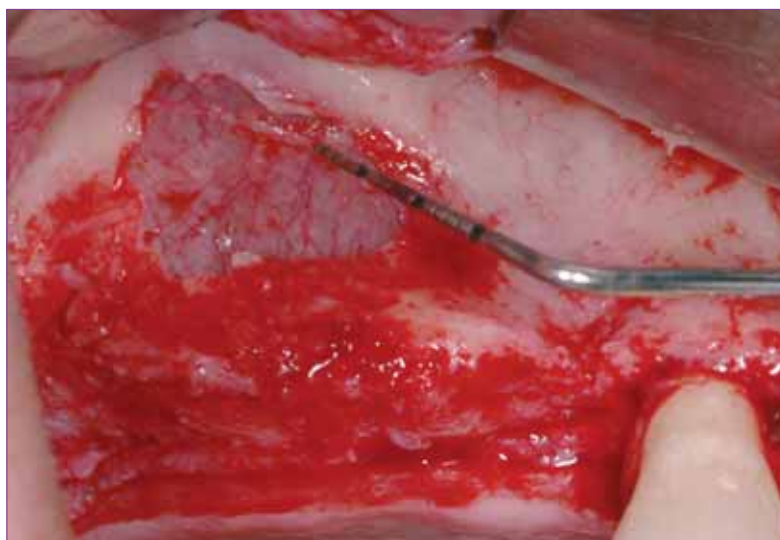
El reborde alveolar es inusualmente ancho y nos va a permitir extraer con un rascador suficiente cantidad de hueso para injertar todo el seno maxilar mezclando con un xeno injerto (Bio-Oss® Geistlich Pharma).



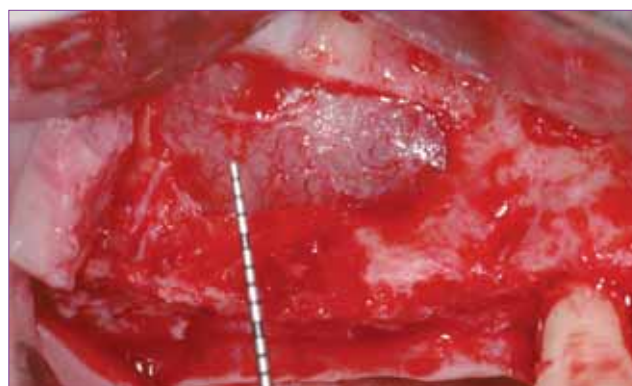
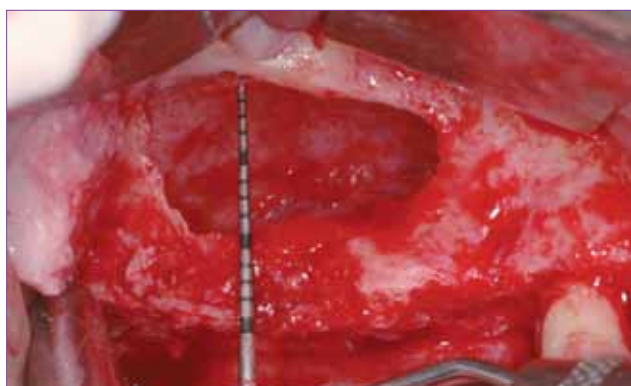
Como siempre, comenzamos a adelgazar la pared ósea vestibular con ayuda del rascador. En este caso, adelgazamos también el reborde alveolar con la utilización del mismo instrumento.



Obsérvese la cantidad de chips óseos que podemos obtener de la pared ósea vestibular y del reborde alveolar. No fue necesario recurrir al arbotante zigomático para obtener suficiente cantidad de hueso. En estos casos, en los que el seno maxilar tiene un gran volumen y la cantidad de hueso residual es muy poca, nos gusta usar Bio-Oss® Geistlich Pharma y hueso autógeno en una proporción 1:1, como hemos defendido en artículos anteriores (MAXILLARIS febrero, mayo y noviembre de 2009). En esta ocasión, y pese a usar sólo un campo quirúrgico, hemos conseguido una proporción de 2:1 a favor del hueso autógeno. La cantidad de hueso que vemos a la derecha del bol, junto a la sonda periodontal, equivale a un bote de 0,5 g de Bio-Oss® Geistlich Pharma. Por tanto, hemos obtenido más de 2 cc de hueso autógeno simplemente con la ayuda de un rascador.



Conseguimos separar la membrana sin perforarla y sin dañar la pequeña arteriola que descansa sobre ella.



Con los movimientos respiratorios, percibimos la integridad de la membrana.

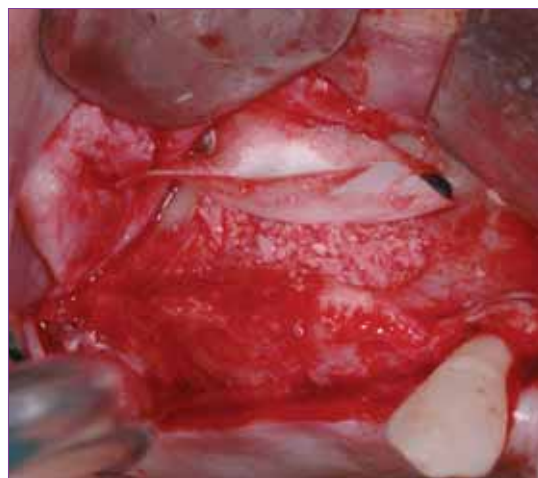
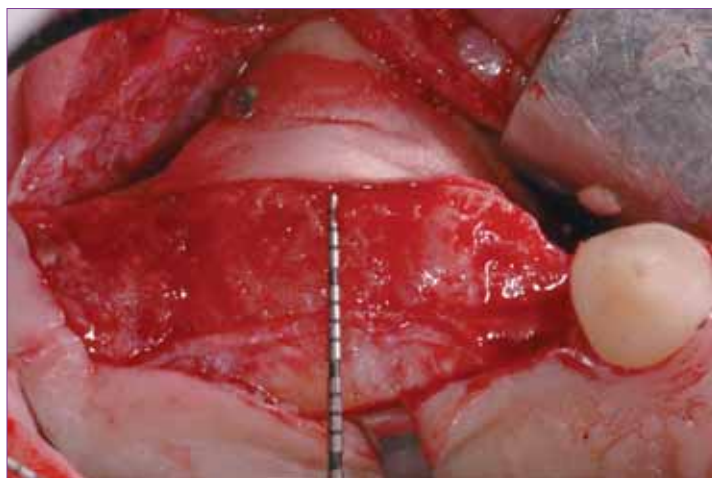


Obsérvense las dimensiones del seno maxilar. Es muy importante, antes de proceder al relleno del seno maxilar, comprobar no sólo la integridad de la membrana sino también que la hemos despegado perfectamente de la pared medial del seno (foto de la izquierda), pues esta pared posee gran potencial osteogénico.

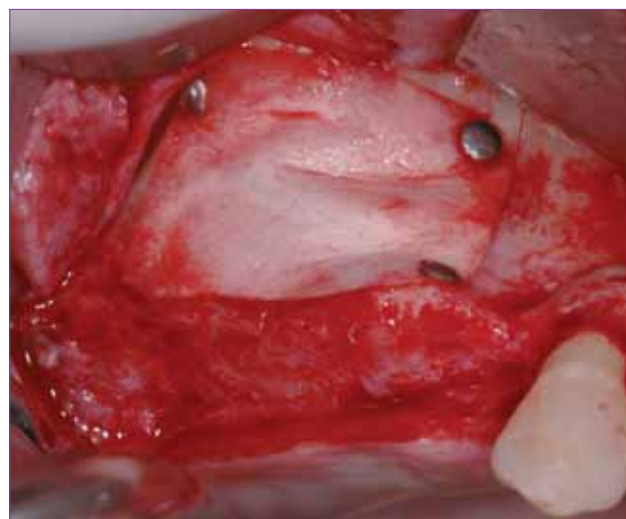


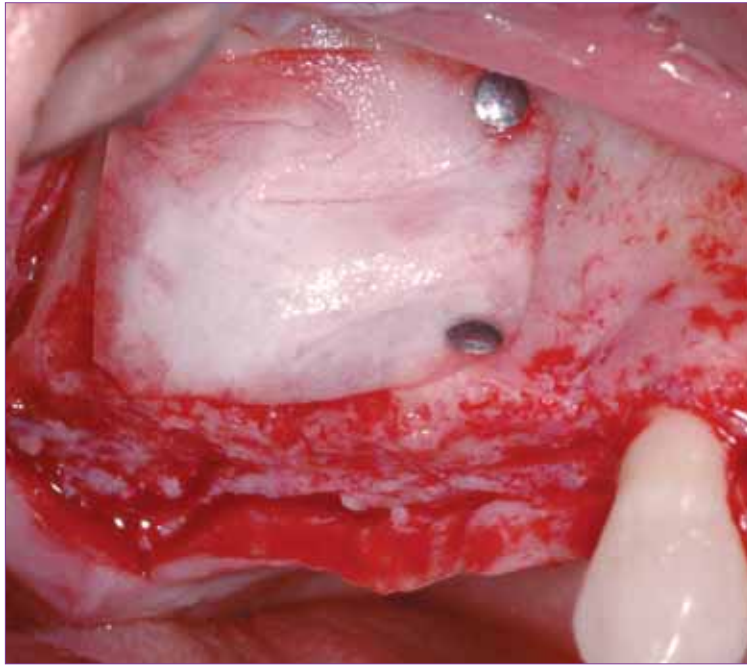


Observamos el gran porcentaje de hueso autógeno dentro de la mezcla.



Colocamos una membrana de colágeno BioMend, de Zimmer, y, tras estabilizarla, terminamos de rellenar el seno.





Combinación de puntos simples, de colchonero y continuos. Sutura de poliamida de 4-0.



Radiografía panorámica el mismo día de la realización de la elevación de seno.

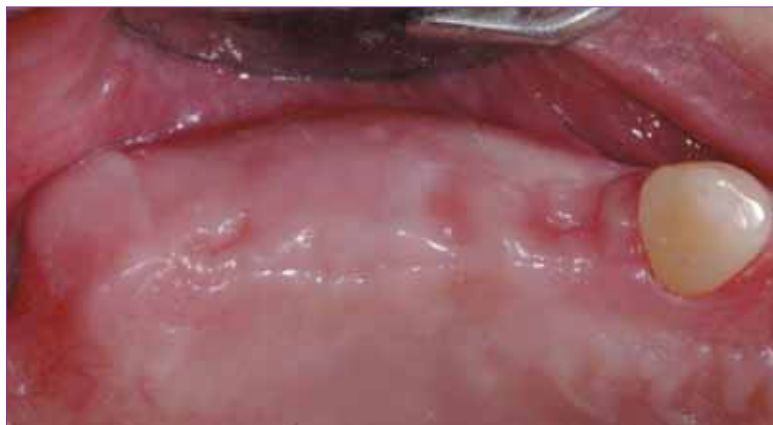


Un mes después de la cirugía.



Cuatro meses después de la cirugía.





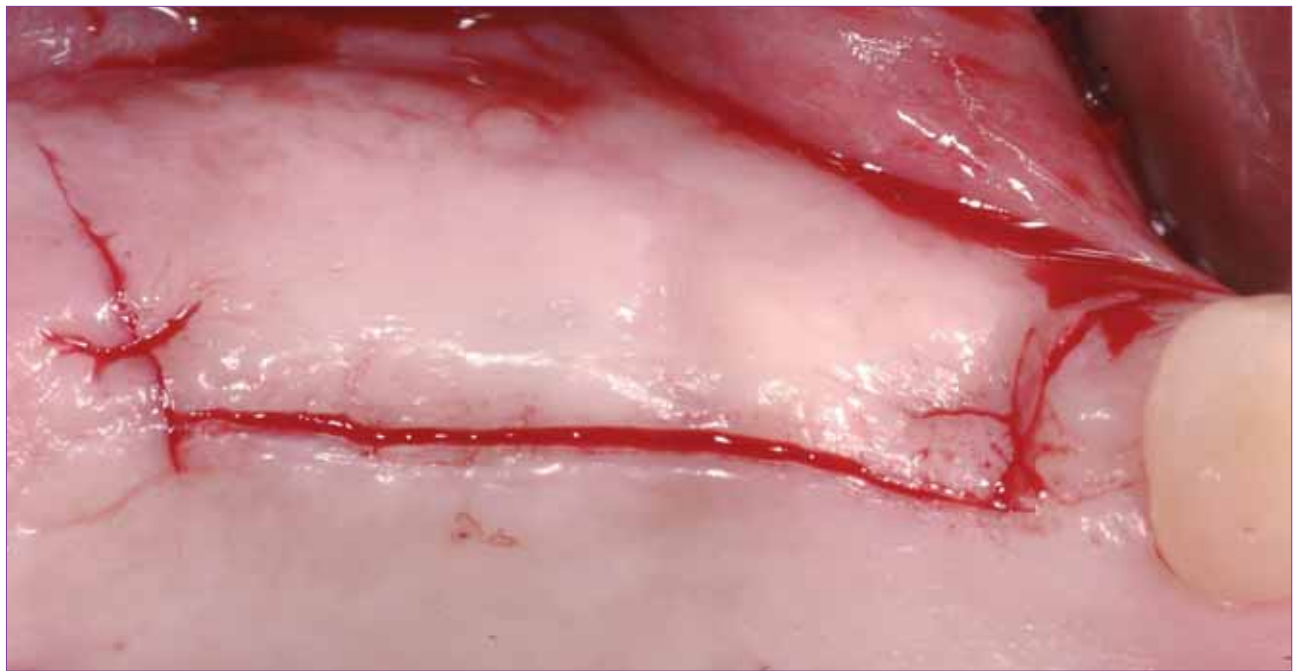
Siete meses después de la cirugía.



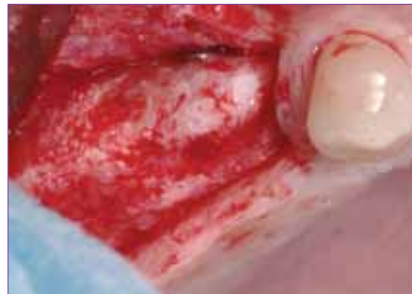
Control radiográfico siete meses después de la realización de la elevación de seno.



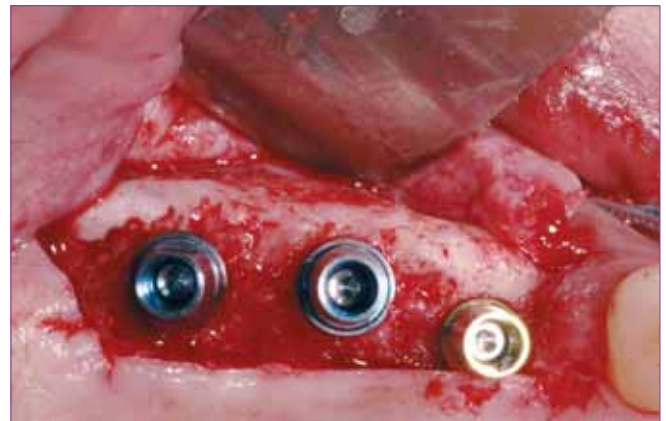
10 meses después de la cirugía...



...procedemos a la segunda fase, con la colocación de los implantes.

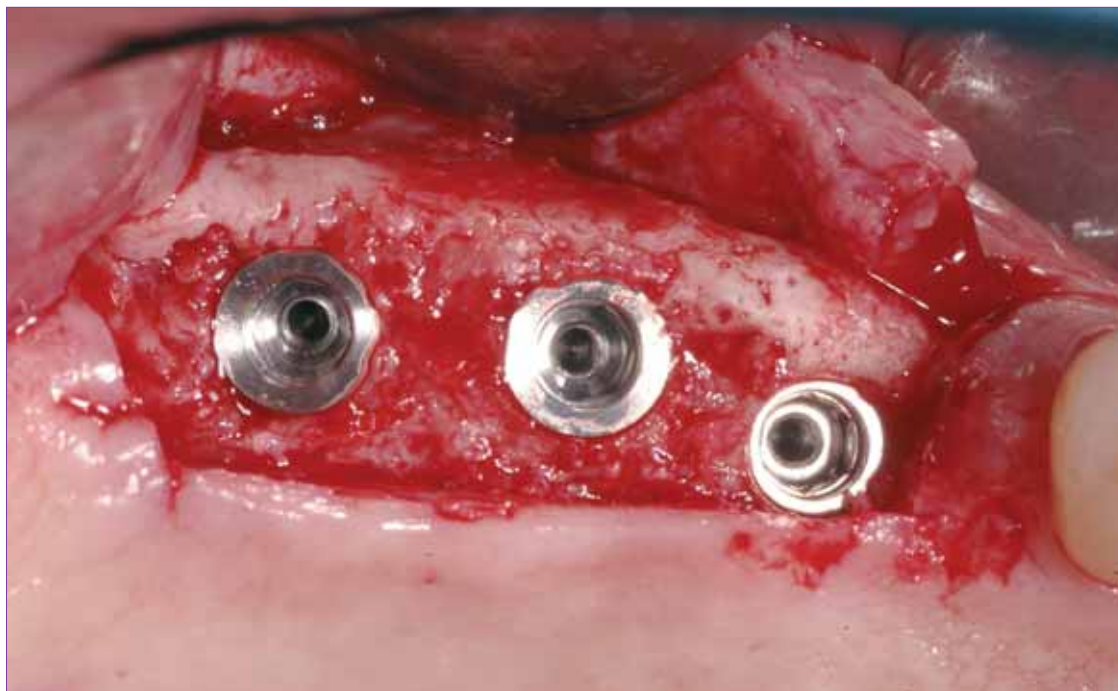
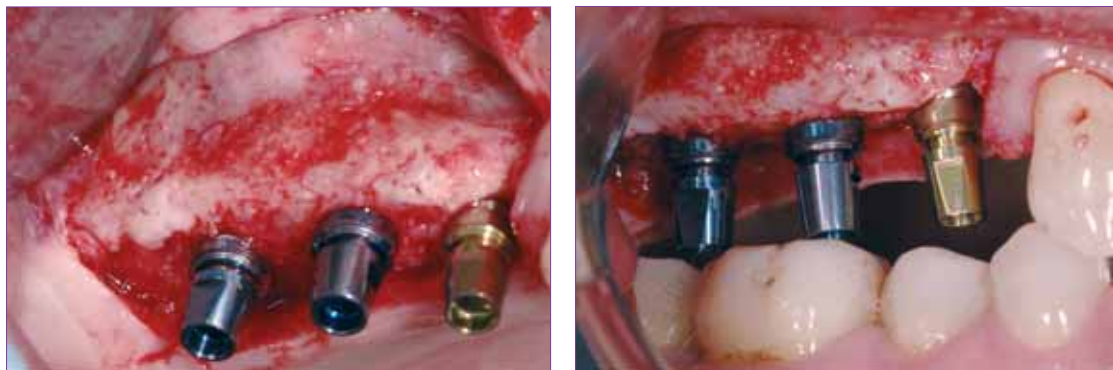


Apenas es perceptible la ventana ósea.



Implantes: pieza 24: Xive® 3,8 x 11; pieza 25: Xive® 4,5 x 13; pieza 26: Xive® 4,5 x 13 (Friadent, Dentsply).



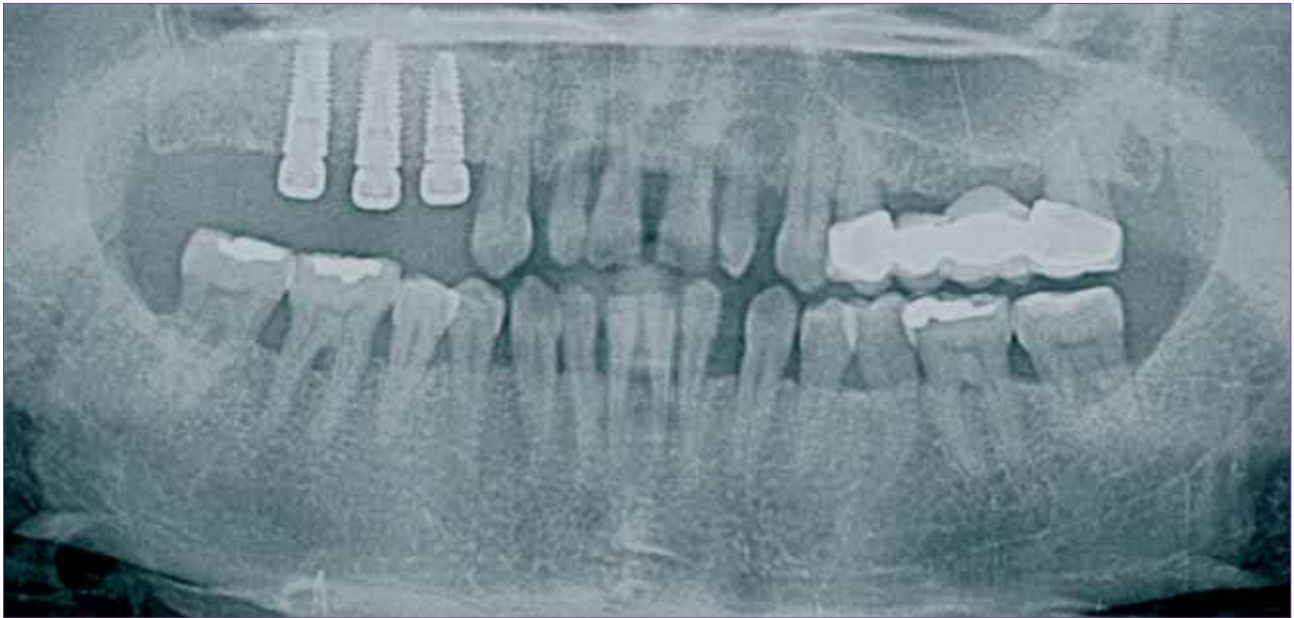


A pesar de haber adelgazado el proceso alveolar y de colocar implantes de 4,5 mm, todavía disponemos de suficiente cantidad de hueso por vestibular de nuestros implantes.

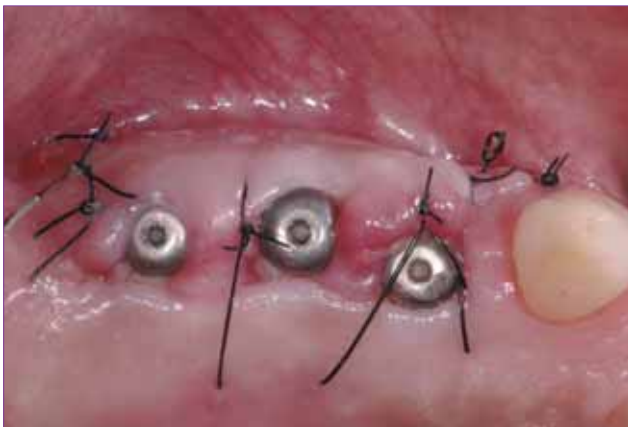


Al disponer de suficiente encía queratinizada, realizamos la variante de Palacci en el momento de la sutura.





Radiografía panorámica una vez colocados los implantes.



10 días después de la segunda cirugía.



Un mes después de la cirugía de exposición.



Tres meses después de la cirugía, durante la toma de impresión.

En la fotografía de la derecha vemos la prueba de bizcocho: fueron necesarios ajustes en el color, perfiles de emergencia, líneas ángulo y apertura de las troneras. Debido al poco espacio interoclusal y la extrusión de la pieza 46, la cúspide mesio-vestibular del 46 debe ser más corta de lo habitual. Sobre los implantes más distales de 4,5 colocamos transeptiliales de 3,8, siguiendo el concepto de cambio de plataforma. □



Prótesis definitiva realizada por el laboratorio dental de Gonzalo Alonso (A Coruña).



Fotos finales que corresponden al control un año después, en las que observamos maduración de los tejidos blandos y relleno de los espacios interproximales.