

Rehabilitación implantosoportada con cirugía guiada en el sector anterosuperior afectado por quistes radiculares



Ciencia y práctica



Dr. Pedro C. Peguero Moreira

Dr. Pedro C. Peguero Moreira

Doctor en Odontología por la Universidad Autónoma de Santo Domingo (República Dominicana).
Homologación del título a Licenciado en Odontología por la Universidad de Granada.
Máster en Implantología (ESORIB).
Diploma universitario en Cirugía Oral y Maxilofacial (Universidad de París XII, Francia).
Socio de la SEMO y la SEPA.
Zaragoza.

Dra. Arantazu Fernández Larrañaga.

Licencia en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona.
Cirujana maxilofacial.
Zaragoza.

Juan Manuel Cuevas.

Laboratorio dental.
Huesca.

Introducción

Muchas veces los quistes de los maxilares, y en especial los de origen dental, además de ser los más comunes, pueden comprometer la cantidad de hueso a la hora de rehabilitar un sector por medio de implantes. Cada vez los pacientes nos piden más las soluciones implantológicas, pero hay situaciones que pueden modificar el tratamiento y hacerlo un poco más largo. Si la pérdida

ósea se debe a un quiste, primero hay que eliminarlo, hacer una regeneración ósea y luego, cuando el hueso esté consolidado, proceder a la colocación de las fijaciones.

Si estos grandes quistes se producen en el sector anterior, el compromiso estético es mayor a la hora de reponer las piezas.

Para conseguir resultados favorables, tenemos que tratar de regenerar la mayor cantidad de hueso posible, ya que habrá una reabsorción vestibular. Además, la cantidad regenerada debe ser suficiente para garantizar buenos resultados con nuestros implantes. No nos podemos olvidar de la cantidad y la calidad de encía queratinizada, ya que ésta es de suma importancia para un buen pronóstico de las rehabilitaciones. En caso de que la encía no tenga un espesor adecuado, con vendría hacer un aumento de encía queratinizada.

Para conseguir la satisfacción del paciente, debemos respetar los siguientes aspectos: poner unos implantes capaces de soportar la prótesis, tratar de preservar encía queratinizada, respetar la distancia mínima entre implantes, tratar de confeccionar un espacio biológico en la interfase implante-prótesis y colocar los implantes protésicamente guiados. Así podremos confeccionar una prótesis lo suficientemente estética para conseguir la aceptación del paciente. En cuanto a la prótesis, ésta debe tener un buen ajuste y una buena elaboración. Los procedimientos Cad-Cam son una buena opción a la hora de conseguir resultados correctos.

El procedimiento de elaboración de la prótesis aquí expuesta es el siguiente:

1. Toma de impresión de los implantes.
2. Escaneado de la impresión.

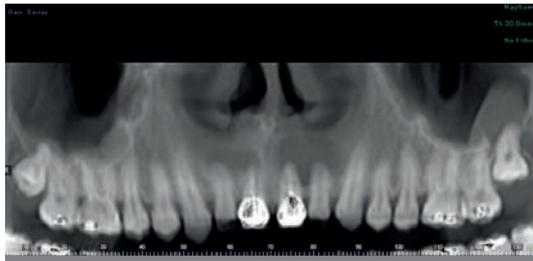


Figura 1.



Figura 2.

3. Confección de estructura Cad-Cam.
4. Colocación de porcelana de última generación.
5. Terminado.

El objetivo de este artículo es mostrar cómo con grandes pérdidas óseas producidas por quistes en el sector anterosuperior podemos conseguir buenos resultados con las rehabilitaciones implantosoportadas.

Caso clínico

Un paciente de 30 años acude a nuestra consulta aquejado de un proceso infeccioso con dolor en el sector anterosuperior. Hacemos un examen clínico y radiológico (TAC) y observamos dos quistes radiculares, uno de ellos de gran tamaño, que involucran a las piezas 12, 11, 21 y 22.

Nuestro proceder es el siguiente: eliminación de los quistes junto con las piezas afectadas, regeneración ósea con un material osteoconductor y membrana de colágeno, colocación de cuatro implantes protésicamente guiados y confección de prótesis Cad-Cam.

Paso a paso

- Paso 1: llevamos a cabo la intervención quirúrgica para eliminar los quistes y retirar las piezas 12, 11, 21 y 22. Hay gran pérdida ósea y destrucción de las paredes vestibular y palatina en la zona del 21 y el 22 (figs. 1 a 3).

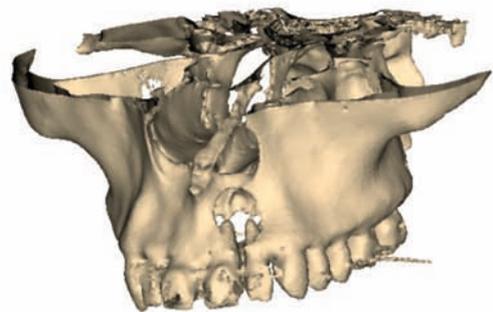


Figura 3.

Acto seguido, se realiza la regeneración ósea con material osteoconductor Bio-Oss y membrana de colágeno reabsorbible Bio-Gide, de la casa Geistlich.

Ponemos un provisional durante el periodo de cicatrización, que será de unos ocho meses.

- Paso 2: se hace una TAC ocho meses después. El hueso conseguido es considerable (figs. 4 a 10). Sobreponemos el modelo con el encerado en el 3D y hacemos una

planificación virtual de los implantes protésicamente guiados (figs. 11 a 13).

Una vez hecha la planificación, se confecciona una férula quirúrgica Implant Guide, de Nemotec, para la colocación de los implantes (fig. 14).

- Paso 3: se colocan cuatro implantes Mozo-Grau Osseous (3,75 x 13 mm) con la férula y se pone otra vez el provisional. Esperamos tres meses.



Figura 4.



Figura 5.

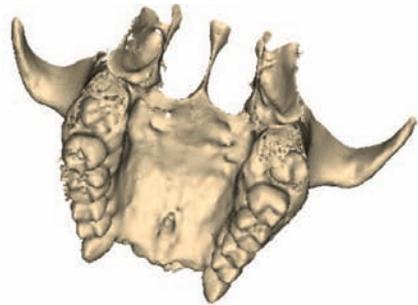


Figura 6.

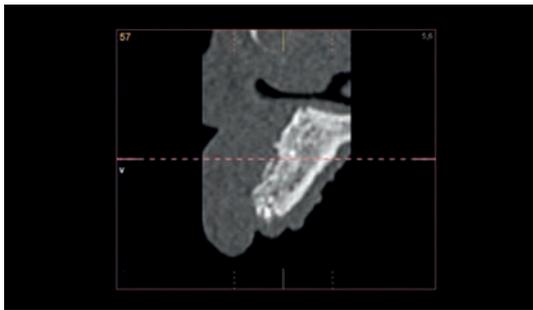


Figura 7.

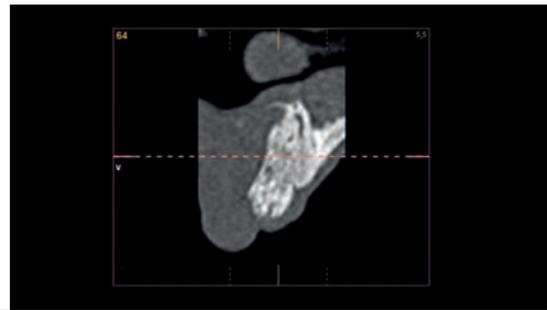


Figura 8.

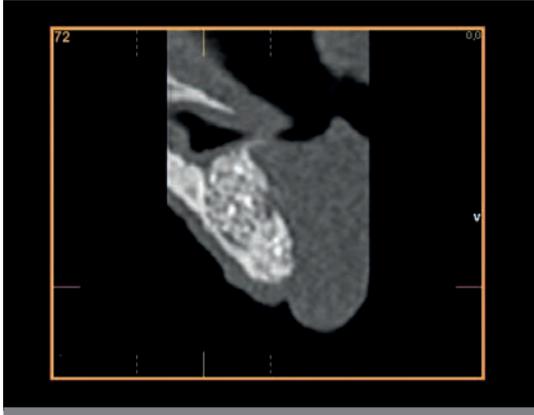


Figura 9.

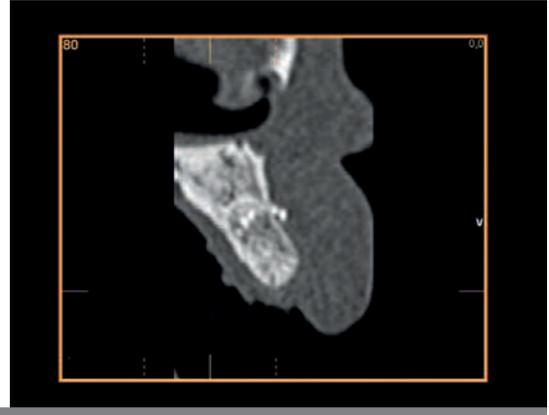


Figura 10.

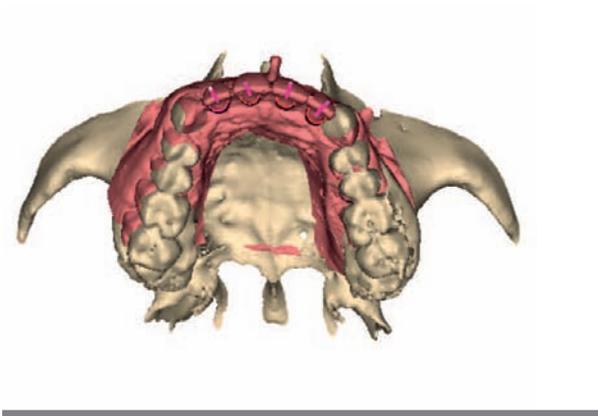


Figura 11.

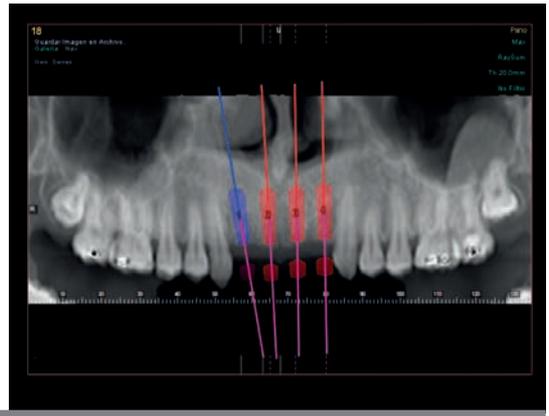


Figura 12.

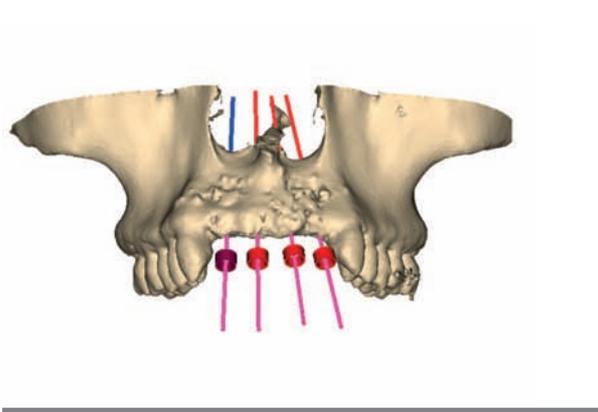


Figura 13.



Figura 14.

- Paso 4: colocamos los tornillos de cicatrización y comprobamos la osteointegración de los mismos (fig. 15).
- Paso 5: tomamos una impresión con transfer y unimos con Duralay, para garantizar una impresión exacta de los implantes (fig. 16). Hacemos el registro de mordida.
- Paso 6: ya que el paciente tiene una ligera clase III mandibular, unida a la reabsorción vestibular superior debi-

do a la cicatrización, decidimos hacer una prótesis atornillada y casi de borde a borde.

Probamos la estructura metálica, que está confeccionada mediante Cad-Cam y es de cromo-cobalto (figs. 17 y 18).

- Paso 7: probamos la porcelana, comprobamos la estética y hacemos algunos ajustes en la oclusión (fig. 19).
- Paso 8: una vez comprobada la satisfacción del paciente, colocamos la prótesis (fig. 20).



Figura 15.



Figura 16.



Figura 17.



Figura 18.



Figura 19.



Figura 20.



Figura 21.



Figura 22.



Figura 23.

Conclusión

En este caso, tras la correcta eliminación de los quistes y la regeneración ósea de la zona afectada, conseguimos una cantidad de hueso suficiente para poder planificar adecuadamente la rehabilitación. El espesor de conectivo y la queratinización del epitelio en la zona vestibular eran idóneos para garantizar un buen pronóstico.

Las técnicas de cirugía guiada por ordenador nos han permitido la colocación de los implantes más adecuados y en el sitio más apropiado, en relación con el hueso y la futura prótesis. Por otra parte, los procedimientos Cad-Cam en la elaboración de la prótesis han permitido hacerla con un ajuste óptimo. El círculo Cad-Cam se cierra con un escaneo de los maxilares superior e inferior, en los que se observa la neoformación ósea, la osteointegración y el ajuste protésico (figs. 21 a 23). Se ha logrado la satisfacción del paciente. ■

Bibliografía

1. Contreras Molina I, Contreras Molina G, Bez L, De Souza Magini R. *Cirugía guiada en implantología*. Rev. Odon. mex. Abril-junio 2013; 117-122.
2. Dinatale E, Guercio E. *Regeneración ósea guiada*. Acta odontológica venezolana. 2008; Volumen 46; Nº 4.
3. Fernández-Tresguerres Hernández Gil I, Alobera Gracia MA, Del Canto Pingarrón M, Blanco Jerez L. *Physiological bases of the bone regeneration I. Hystology and Physiology of bone tissue*. Med Oral Patol. Cir. Bucal. 2006; 11: E 47-51.
4. Fernández-Tresguerres Hernández Gil I, Alobera Gracia MA, Del Cato Pingarrón M, Blanco Jerez L. *Physiological bases of the bone regeneration II. Hystology and Physiology of bone tissue*. Med Oral Patol. Cir. Bucal. 2006; 11:E 151-7.
5. García V, Cuadrado de Vicente L. *Precisión en cirugía guiada*. Gaceta Dental. 2011; 156-168.
6. Horch HH. *Cirugía Odontoestomatológica*. 1992; 173-335.
7. Navarro Villa C. *Cirugía Oral*. 2008; 47-53: 187-95.
8. Pasler Friedrich A. *Atlas de Radiología Odontológica*. 1992; 181- 194.
9. Peña Martínez P, Palomero Langer R, Palomero Rodríguez R. *Protocolos de provisionalización en cirugía guiada*. MAXILLARIS. Junio 2010; 88-98.
10. Wittneben JG, Weber HP. *Extended Edentulous Spaces in the Esthetic Zone*. 2013; 43-182.