



Dr. Guido A. Petrin
Cirujano oral
Stuttgart
Alemania

Caso clínico: Rehabilitación compleja después de un traumatismo incisal

En la presentación de este caso se colocó un implante Straumann® SLActive.

La restauración protésica se realizó con Straumann® CARES.

Figura 1. Un paciente de 17 años de edad se presentó en la consulta en junio de 2004 con un hueco frontal en el maxilar derecho. A la edad de 7 años el paciente perdió el diente incisivo superior derecho debido a un traumatismo incisal. Aunque en el pasado había llevado un mantenedor de espacio ortodóntico, el paciente presentaba un hueco mesiodistal en la posición 11 demasiado estrecho.

Figura 2. El hueco se abre con la ayuda de un aparato multibandas. Inicio del tratamiento: octubre de 2004.

Figura 3. En la vista oclusal se ve claramente la falta de hueso y de tejido blando.

Figura 4. El severo defecto óseo no permite una inserción primaria del implante. En diciembre de 2004 se realizó primero el transplante de un injerto corticoesponjoso en bloque de la región retromolar de la mandíbula. Para conseguir una osteosíntesis de compresión, el

bloque óseo se fija al lecho óseo con un tornillo de osteosíntesis enrasado. Las irregularidades existentes se rellenan con un sustituto óseo. Adicionalmente la elevación se cubre con una membrana reabsorbible.

Figura 5. En mayo de 2005, después de una fase de cicatrización de cinco meses, la elevación estaba madura y era estable.

Figura 6. Después de retirar el tornillo de osteosíntesis, se realiza una osteotomía de modelación para permitir un perfil natural de emergencia de la restauración prospectiva.

Figura 7. El lecho del implante es realizado a una longitud de 12 mm de acuerdo con el protocolo estándar.

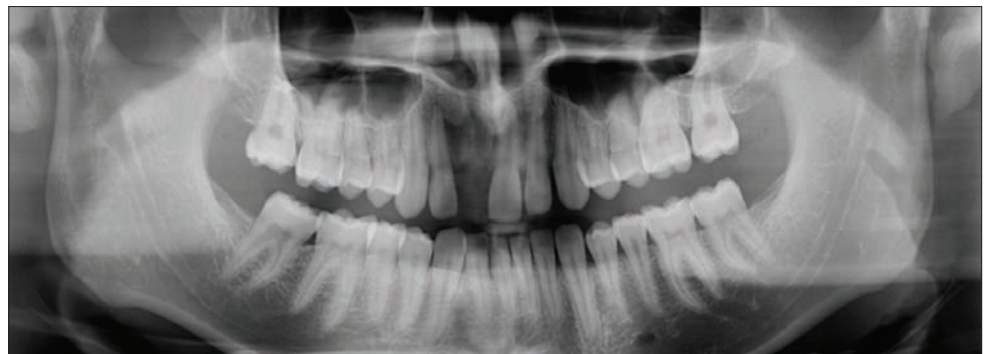


Figura 1



Figura 2

Figuras 8 y 9. Como el implante se encuentra en varios puntos en contacto con hueso regenerado, se ha seleccionado un implante Straumann® Standard Plus con superficie SLActive (Ø 4,1 mm, RN, longitud 12 mm; en ese momento el implante se encontraba todavía en

la fase de prueba clínica).

Figura 10. El implante se coloca con la ayuda de la plantilla quirúrgica conforme a las estrictas directrices protésicas y estéticas. El hombro del implante se encuentra 2 mm por debajo del límite amelo-cementario del diente vecino 21.



Figura 3

Como el hueso por debajo del hombro del implante parece ser demasiado fino, se procede a aplicar un poco más de sustituto óseo en esta zona antes del cierre estético de la herida.

Figura 11. El control radiológico postoperatorio con-

firma la posición correcta de la posición del implante.

Figuras 12 y 13. Cuatro semanas después se procede a la exposición microquirúrgica mediante colgajo tubular vestibular pediculado.

Figura 14. Una semana des-

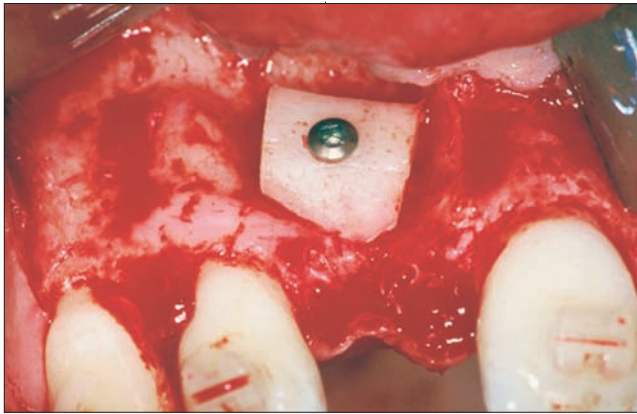


Figura 4

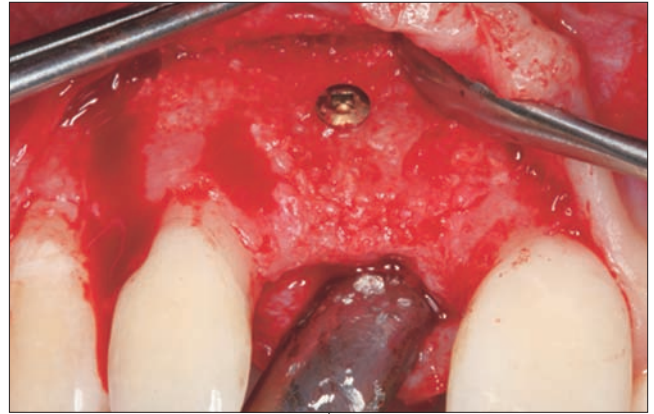


Figura 5



Figura 6

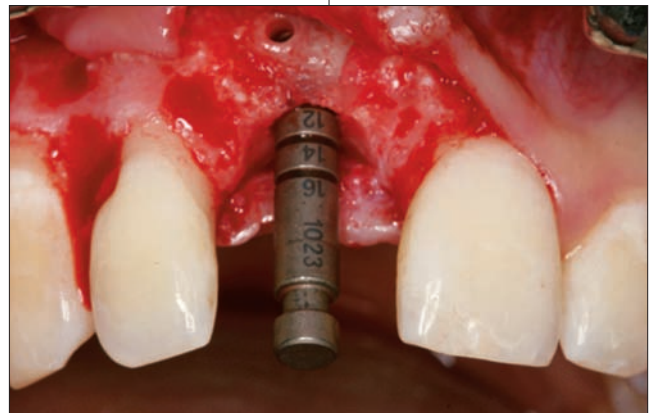


Figura 7

pués, estado tras la retirada de la sutura.

Figura 15. Después del encerado se corta la mascarilla gingival en el modelo segueteadado.

Figuras 16 y 17. Corona provisional revestida con material sintético.

Figura 18. La corona provisional inmediatamente después de la colocación.

El tejido periimplantario es suavemente premodelado y se espera hasta la maduración del tejido.

Ahora pueden realizarse las medidas complementarias de corrección de la "estética gingival", de los trasplantes de tejido conjuntivo y la cirugía plástica de las transposiciones de colgajos.

Figura 19. Después de una nueva impresión – en agosto de 2005 – se fabrica un pilar de oro individualizado con hombro cerámico situado en todo el contorno en posición subgingival.

Figuras 20-22. Restauración implantosoportada acabada.

Figura 23. Mediante el hombro cerámico continuo del pilar se evita el antiestético brillo grisáceo en la zona de la encía. La capa de espaciador se encuentra aproximadamente 1 mm subgingival por lo que puede ser controlada de forma óptima.

Figura 24. Restauración de cerámica sobre metal en 11 después de su colocación en octubre 2005. Bajo con-

diciones cambiantes de luz pueden verse bien los puntos débiles debidos a la fabricación. La claridad, el tono del color, la saturación de la restauración y el perfil de emergencia no óptimo afectan negativamente a la impresión general.

Figura 25. Febrero 2006. Para la elaboración de un pilar de dióxido de zirconio individual con Straumann® CARES el modelo maestro se rocía con polvo para escaneado.

Figura 26. El diseño del pilar se realiza en la pantalla. El modelado del pilar sólo requiere un par de minutos.

Figura 27. Pocos días después del envío online de los

datos de la construcción se entrega el pilar de dióxido de zirconio CARES.

Figura 28. El pilar individual de dióxido de zirconio en el modelo segueteadado.

Figuras 29 y 30. Febrero 2006. El comportamiento estético de la restauración cerámica es el correcto bajo condiciones cambiantes de luz. La cresta mesial del diente 12 se realizó con compuesto.

CORRESPONDENCIA

Dr. Guido A. Petrin
Cirujano oral
Consultorio dental compartido por los doctores Wolfgang Lang y Guido A. Petrin.
Breitscheidstraße 6 D
70174 Stuttgart



Figura 8



Figura 9



Figura 10

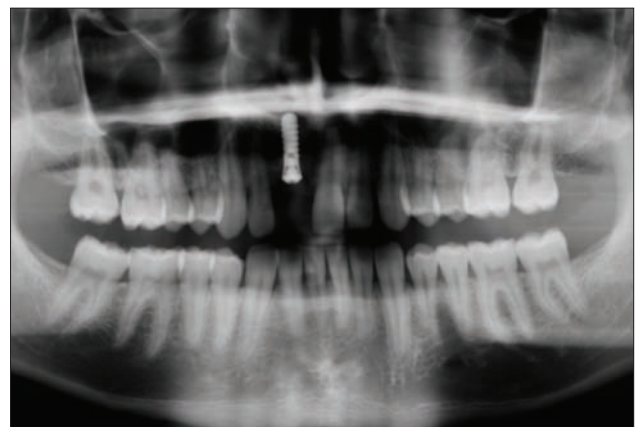


Figura 11



Figura 12



Figura 13



Figura 14

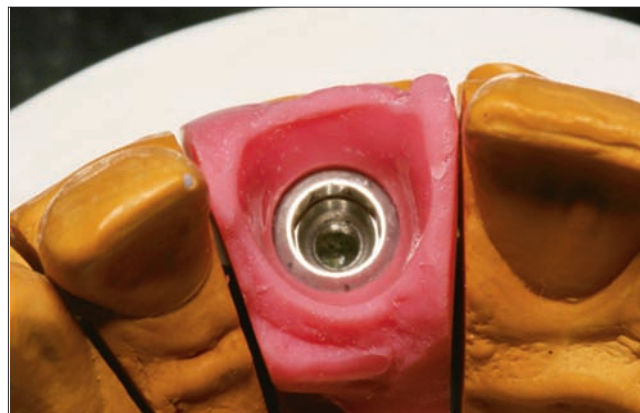


Figura 15



Figura 16



Figura 17



Figura 18

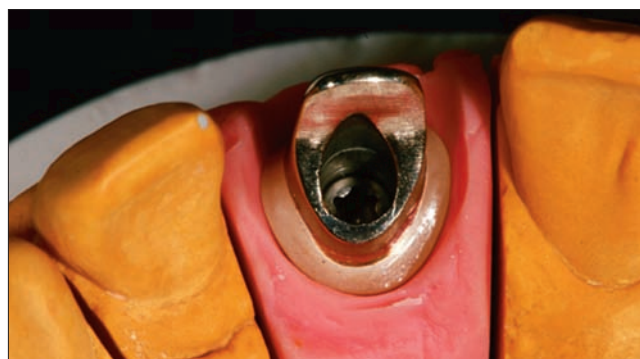


Figura 19



Figura 20



Figura 21

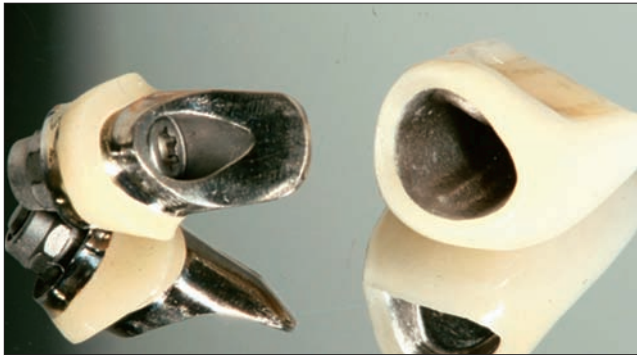


Figura 22



Figura 23



Figura 24



Figura 25

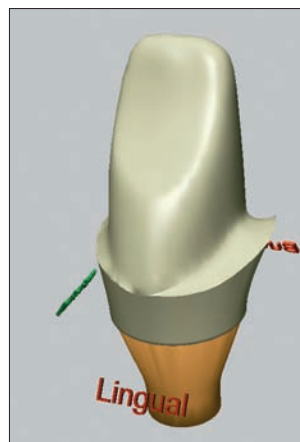


Figura 26



Figura 27



Figura 28



Figura 29



Figura 30

BIBLIOGRAFÍA

1. **Grunder U.** Immediate functional loading of immediate implants in edentulous arches: two-years results. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2001; 21: 545-551.
2. **Cooper LF, Rahman A, Moriarty J, Chaffee N, Sacco D.** Immediate mandibular rehavilitation with endosseous implants:simltaneous extraction, implant placement, and loading. *Int. J Oral Macilifac Implants.* 2002; 17: 517-525.
3. **Jaffin RA, Kuar A, Berman CL.** Immediate loading of dental implants in the completely edentulous maxila: a clinical report. *Int J Oral Maxilofac Implants.* 2004; 19: 721-730.
4. **Cochar D.** Experimental studies with the new SLActive surface. International Team for Implantology World Symposium. June 18-20, 2005, Munich, Germany.
5. **Buser D, Broggini N, Wieland M, Schenk RK, et al.** Enhanced bone apposition to a chemically modified SLA titanium surface. *J Dent Res.* 2004; 83: 529-533.
6. **Zöllner A.** First clinical results from the SLActive Multicenter study. European Association for Osseointegracion, 14 annual scientific meeting, September 22-24 2005, Munich, Germany.
7. **Gallucci GO, Bernard JP, Bertossa M, Belser UC.** Immediate loading with fixed screw-retained provisional restorations in edentulous jaws: the pickup technique. *Int J Oral Maxilofac Implants.* 2004; 19: 524-533.