



Doctor Luis Cuadrado De Vicente

MÉDICO ESTOMATÓLOGO
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA

Doctora Valeria García

ODONTÓLOGO

Doctor Alfonso García

ODONTÓLOGO

Doctora Cristina Canals Salinas

MÉDICO ESTOMATÓLOGO

Doctora Almudena Martínez Bravo

ODONTÓLOGO

D. Iñaki Lauret

MULTIMEDIA

Centro i2 Implantología Madrid

Cristina Cuadrado Canals

ALUMNA ODONTOLOGÍA UEM

Atrofia de maxilar superior: tratamiento con injerto de cresta iliaca e implantes cigomáticos. Caso clínico.

En fichas clínicas anteriores hemos hablado del tratamiento de la atrofia del maxilar superior con injertos de cresta iliaca y con implantes cigomáticos.

El abordaje de este tipo de pacientes exige trabajar en equipo, valorando todas las posibilidades de tratamiento, tanto quirúrgicas como protéticas.

En la presente ficha clínica presentamos un caso de atrofia de maxilar con la peculiaridad de presentar un tratamiento previo, de dos años de evolución, de elevación sinusal bilateral con Bio-oss.

La paciente, de 53 años, acude a consulta enviada por su Cirujano Plástico que, ante la evidencia de su atrofia maxilar, prefiere su rehabilitación oro-maxilar previa al tratamiento de Cirugía estética, a fin de dar soporte a los tejidos blandos.

En la exploración oral efectivamente se comprueba la intensa atrofia del maxilar. La paciente es portadora de una prótesis completa superior que en la actualidad precisa de adhesivos para tener una mínima retención. Se comprueba al remover la prótesis que no existe adecuado soporte a los tejidos faciales en su tercio medio. En el maxilar inferior presenta prótesis fija, de características provisionales, atornillada a implantes en sínfisis.

Realizamos una primera ortopantomografía en la que se evidencia una atrofia bilateral, asimétrica y una elevación de seno bilateral. En la panorámica se observa un relleno irregular de la cavidad sinusal y la presencia de zonas de radiolucidez dentro del relleno sinusal. Al parecer se realizaron las elevaciones dos años antes y en los

meses siguientes se produjo extrusión del material de injerto y sinusitis bilateral, que cedió meses después del tratamiento, sin necesidad de tratamiento quirúrgico. Desde entonces la paciente no ha vuelto a recibir ningún tratamiento reconstructor del maxilar superior.

Realizamos un TAC del maxilar superior donde se confirma la atrofia y el relleno irregular de ambos senos maxilares. Además el injerto del seno derecho se encuentra situado en una posición muy medial, prácticamente fuera de la zona donde se deberían colocar los implantes dentales. El piso del seno derecho, base del maxilar de la paciente, se encuentra situado al mismo nivel que el de las fosas nasales. Toda la zona premaxilar presenta una atrofia completa. En el seno maxilar izquierdo el relleno es igualmente irregular e incompleto, quedando por rellenar la parte más distal del seno. En esa zona se objetiva, además, una tremenda concavidad sobre la zona donde se realizó la ventana de la elevación lo que crea un marcado defecto estético por hundimiento de las partes blandas.

De la lectura de ambas exploraciones radiológicas obtenemos las siguientes conclusiones, que pasan a formar parte de nuestro plan de tratamiento:

1. La elevación sinusal bilateral, lejos de ayudarnos nos complica el tratamiento ya que no podemos colocar implantes dentales, ni en la adecuada posición ni en el número necesario, para resolver el caso. Por tanto decidimos elegir tres zonas en el hueso neoformado, adecuadas para la instalación de fijaciones, descartando un uso mayor del injerto sinusal.

Colocaremos implantes a nivel de 16-17, 14-15, 26, éste último inclinándolo desde distal a mesial para evitar la zona sin injerto y poder colocar un implante de las mayores dimensiones posibles .

2. Encontramos zonas de rescate (zonas con masa ósea crítica, aquellas en las que de una manera cuidadosa, aún se pueden colocar implantes ,de una manera predecible) a nivel de 11, 23.

El de 11 aprovechando el hueso cercano al nasopalatino y el de 23 en el arbotante

Naso-sinusal en la zona canina. Ahí encontramos hueso de excelente calidad, de espesor 2,3 mm..

3. En el sector 2 no es necesario colocar implante cigomático.

4. En el sector 2 es necesario realizar la elevación de seno en la zona distal, no tratada. Posteriormente colocaremos ahí nuevas fijaciones.

5. En el sector 2 es necesario colocar injertos en onlay para tratar la acentuada concavidad, dando soporte a los tejidos blandos y en las que podamos posteriormente colocar más fijaciones.

6. En la zona subnasal es necesario colocar injerto en onlay.

7. En el sector 1 tenemos que colocar un implante cigomático que tenga su emergencia en 13. La colocación será muy dificultosa por la situación tan baja del malar en relación al piso maxilo-nasal y por la emergencia baja del nervio cigomático maxilar. Esta rama nerviosa hay que evitarla siempre cuando coloquemos estos implantes. Se encuentra en la cara anterior del malar, en este caso muy baja. La posición relativa de estas estructuras entre sí condicionarán el fresado y la vía de colocación del implante. Tendremos que realizar el fresado de delante atrás y de arriba hacia abajo, casi plano en relación al paladar ya que la realacción ósea es muy desfavorable. Será necesario hacer suficiente espacio en la zona nasal del paladar para poder insertar el implante. Además, tenemos que entrar en el seno a través del injerto de BioOss, dejando espacio distal para poder colocar los dos implantes de 16-17, 14-15. Por tanto el implante cigomático deberá dejar espacio por distal y vestibular para estos implantes.

8. En el sector 1 debemos colocar injertos en bloque para dar soporte a los tejidos, cubrir el implante cigomático que quedará en vestibular del hueso y poder colocar en una segunda cirugía más implantes convencionales.

9. Los implantes inferiores, aunque muy próximos entre sí, parecen estar bien integrados y parecen viables para soportar una prótesis fija en la arcada inferior.

La intervención se realiza bajo anestesia general con intubación nasotraqueal. Se realiza infiltración con anestesia local (articaína mas adrenalina). La incisión es medio-crestal ligeramente palatinizada. Se realiza un amplio despegamiento subperióstico y, en el sector 1, se continúa la desperiostización hasta identificar la salida del nervio infraorbitario, la escotadura del cigoma y toda la cara lateral del maxilar.

En el cuerpo del malar identificamos la salida del nervio cigomático facial, para no lesionarlo. A continuación en la cara lateral maxilar se realiza, lo más craneal posible, una perforación, intentando no lesionar la membrana sinusal. Se trata de elevar la membrana sinusal íntegra, lo que, en muchas ocasiones no es posible. Tratamos de localizar intrasinusalmente la base del malar en la zona de perforación. A continuación, siempre con control visual, se realiza el fresado progresivo hasta poder colocar el implante cigomático. Mientras tanto se ha ido obteniendo el injerto de cresta iliaca. En este momento se instalan las fijaciones definitivas clásicas y posteriormente se colocan por vestibular los injertos , mediante microtornillos.

La sutura es por puntos simples sueltos.

El tiempo de integración de los implantes y los bloques es de seis meses. Transcurrido este tiempo el plan es descubrir los implantes, retirar los tornillos de osteosíntesis y colocar al menos un implante más en sector 1 y dos , tres, en sector 2.

Sobre los implantes que hemos colocado en el primer tiempo quirúrgico realizaremos una prótesis fija , provisional que la paciente usará hasta poder cargar todos los implantes.

Presentamos a continuación las imágenes de diagnóstico, intraoperatorias y de control.

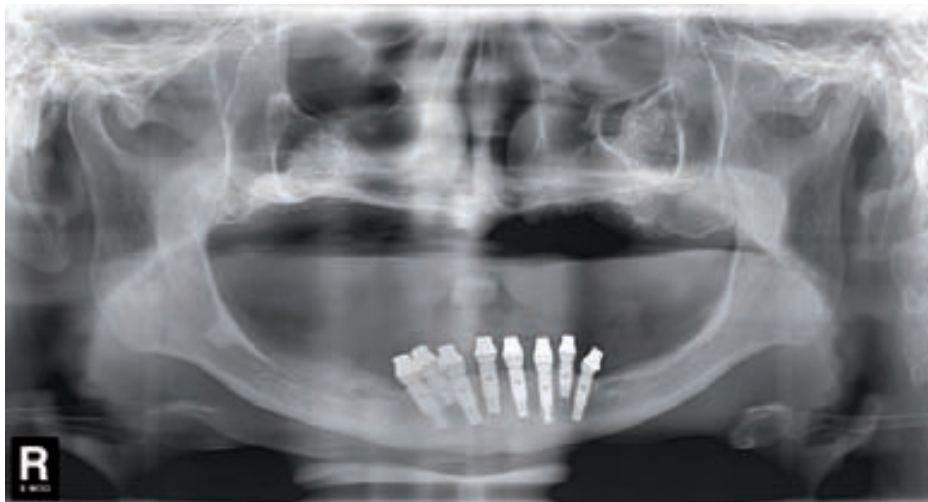


Figura 1. Panorámica preoperatoria

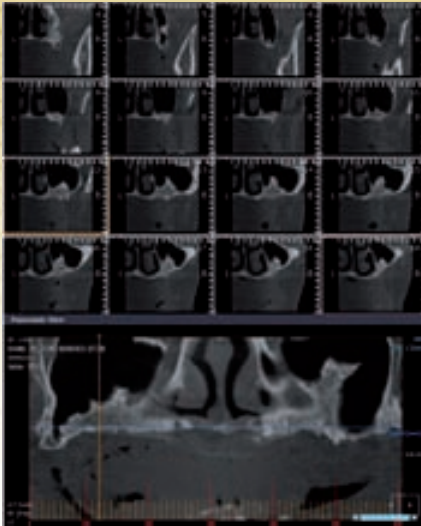


Figura 2. TAC sector 1, distal

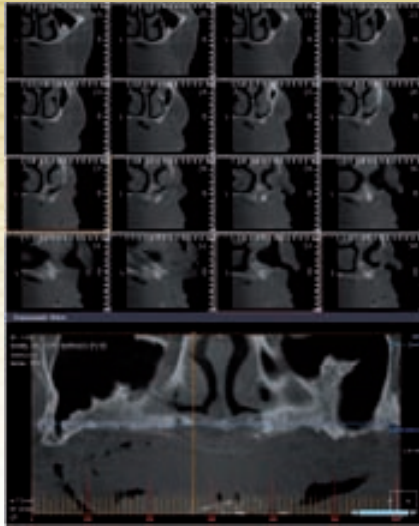


Figura 3. TAC sector 1 anterior

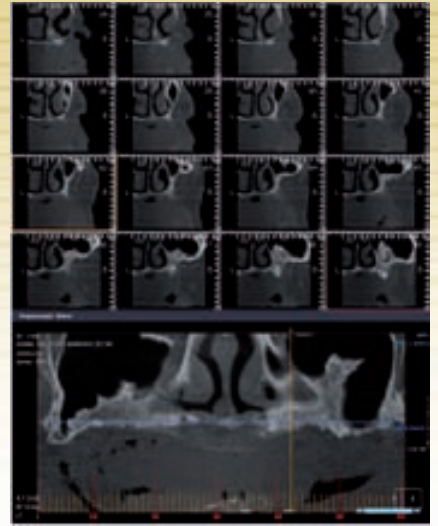


Figura 4. TAC sector 2 anterior

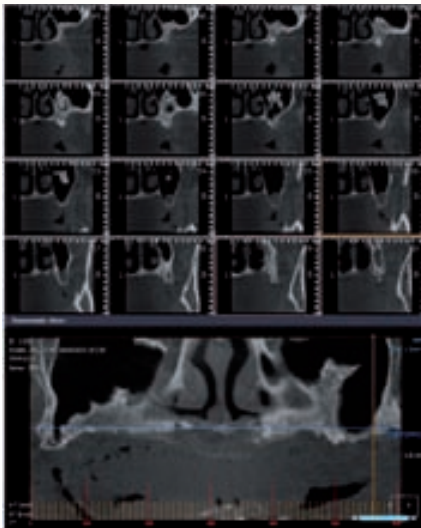


Figura 5. TAC sector 2 distal

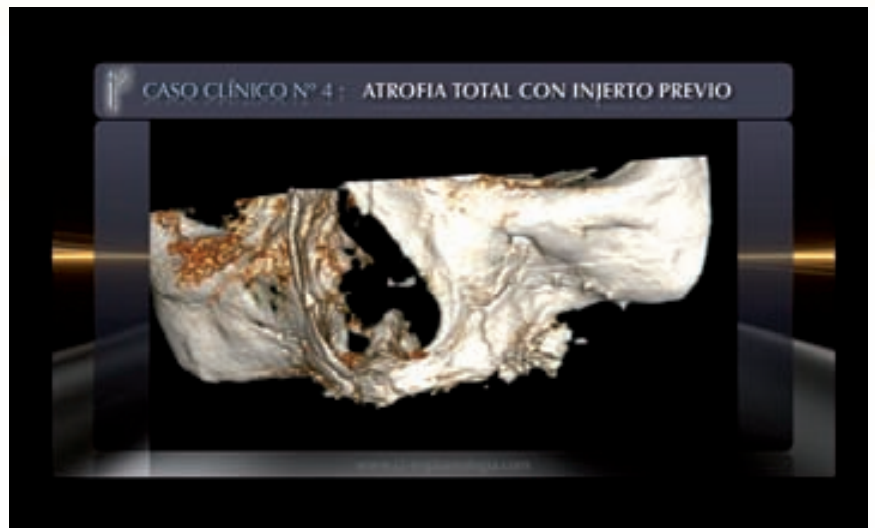


Figura 6. Reconstrucción TAC preoperatorio

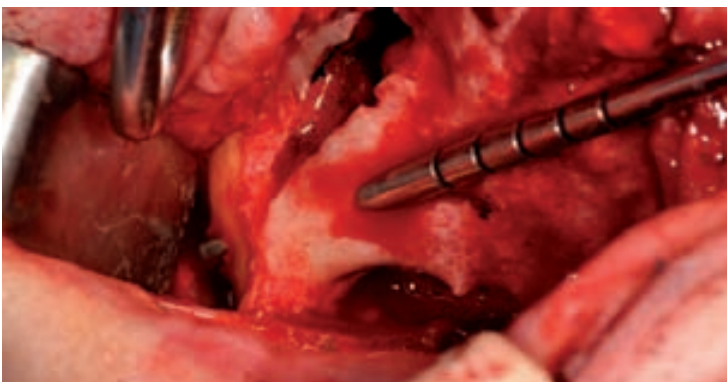


Figura 7. Medidor de profundidad cigoma



Figura 8. Implante cigomático colocado



Figura 9. Adecuación de la posición del tornillo

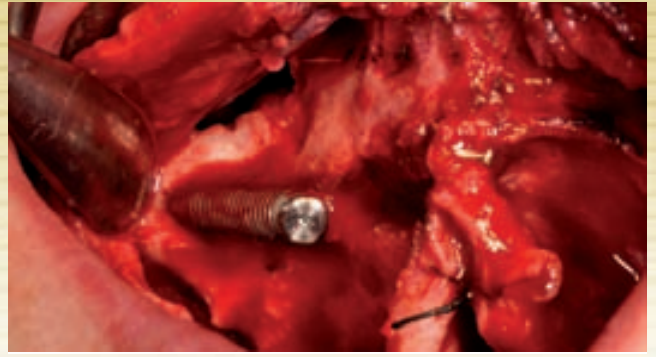


Figura 10. Tornillo cierre cigoma



Figura 11. Colocación de implante 23



Figura 12. Implantes colocados



Figura 13. Implantes colocados



Figura 14. Fijando un bloque sector 2

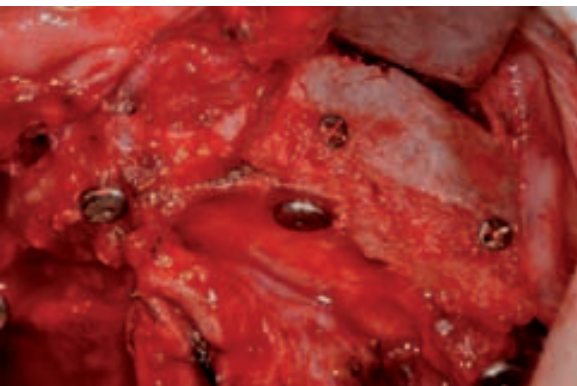


Figura 15. Bloque fijado

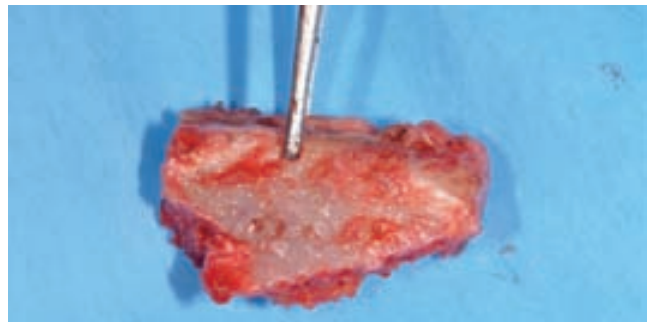


Figura 16. Bloque subnasal

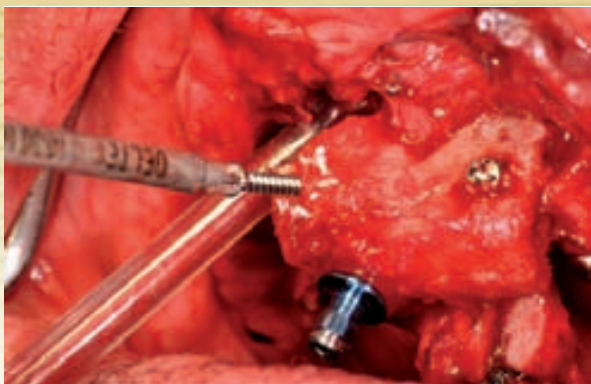


Figura 17. Lo fijamos cambiando el implante del 11



Figura 18. En posición

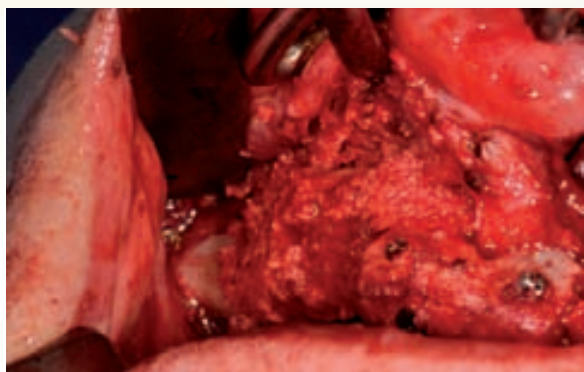


Figura 19. Sector 1 con bloques



Figura 20. Panorámica postoperatoria

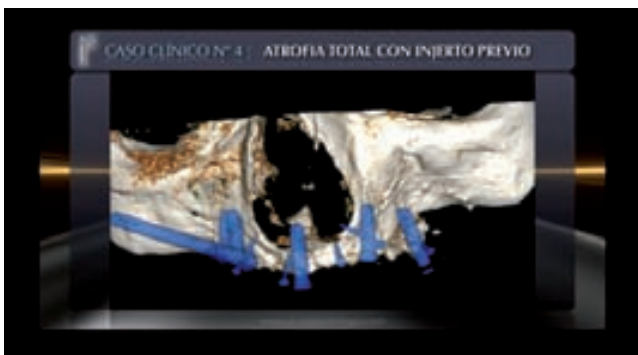


Figura 21. Reconstrucción postoperatoria

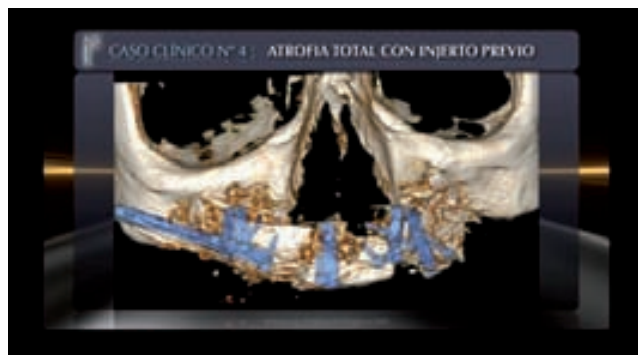


Figura 22. Reconstrucción postoperatoria

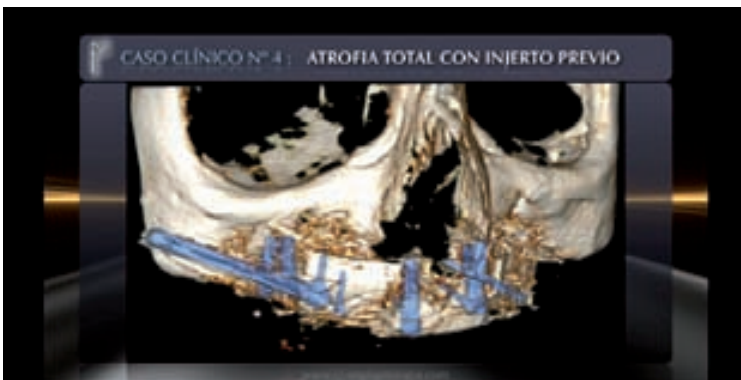


Figura 23. Reconstrucción 3D postoperatoria

PATROCINADO POR:
Centro i² Implantología
C/ Diego de León, 11. Madrid
www.i2-implantología.com