



Dr. Luis Cuadrado de Vicente
Médico Estomatólogo. Especialista en Cirugía Plástica

Dra. Cristina Canals Salinas
Médico Estomatólogo

Dr. Alfonso García
Odontólogo. Master Implantología Esorib

Dra. Almudena Martínez Bravo
Odontólogo. Especialista Implantoprótesis UCM

Dra. Valeria García
Odontólogo. Esp. Cir. NYU

D. Iñaki Lauret
Responsable Multimedia i²

Dra. María Garrido Salinas
Odontólogo.

Centro i2 de Implantología Madrid

Cristina Cuadrado Canals
Alumna Odontología U. Europea de Madrid

Cirugías atípicas en la sínfisis mandibular

El tratamiento quirúrgico habitual, en la sínfisis mandibular, consiste en la colocación de implantes osteointegrados con técnicas convencionales.

La posibilidad de aplicación de estas técnicas depende, lógicamente, de que exista una adecuada cantidad y calidad ósea en dicha zona, así como de unos tejidos blandos de características favorables al tratamiento implantológico, en ausencia de patología o tratamientos con bifosfonatos.

Existen situaciones en las que tenemos que modificar nuestras técnicas para poder solventar el caso de una manera “sencilla” y predecible.

Entre estas situaciones encontramos:

Inadecuado sustrato óseo

Normalmente por patologías previas dentales que provocan reabsorciones óseas atípicas e intensas. Muy frecuente en el caso de patología periodontal avanzada, sobre todo en aquellos casos de piezas ferulizadas por puentes fijos, que hacen que la decisión de consulta por parte del paciente y la exodoncia se pospongan. Además, encontramos una reacción del hueso perilesional, ante la agresión bacteriana, con gran aumento de la densidad.

También en la actualidad encontramos pacientes con fracaso de implantes por periimplantitis, después de varios años de su tratamiento. En este caso no solo nos enfrentamos a la pérdida ósea producto del fracaso del tratamiento sino que, además, tenemos que retirar quirúrgicamente las fijaciones fracasadas, eliminando para

ello aún más hueso. Sobre todo en el caso de pacientes tratados con implantes cilíndricos lisos, sin espiras, implantes de lámina y yuxtaóseos.

Encontramos también fracturas de implantes colocados en huesos atróficos, sobre todo soportando híbridas fijas.

Presencia de piezas incluidas

Debemos realizar su exodoncia quirúrgica, normalmente coincidiendo con la colocación de los implantes. Tendremos que modificar la técnica para insertar las fijaciones y reconstruir el defecto creado. En este caso la posibilidad de complicaciones es mayor que con la técnica clásica.

Tratamientos con bifosfonatos orales

Como escribimos en la ficha clínica anterior las recomendaciones son:

- 1.- Uso de implantes cortos, ideal 10-11,5 mm.
- 2.- Fresado muy progresivo, poco agresivo, con intensa irrigación; fresas nuevas con adecuado corte.
- 3.- Aumentar el diámetro de la preparación muy poco a poco, pasando más fresas de las habituales.
- 4.- Despegamiento mucoperiostico mínimo. Si es posible utilizar técnica casi transgingival, eliminando solo la encía de la zona de entrada del implante.

5.- Preparar al paciente con enjuagues de clorhexidina la semana anterior, intensa higiene dental y cobertura de antibióticos correcta y mantenida.

Para el tratamiento de estos casos necesitamos desplegar toda nuestra destreza quirúrgica, echando mano de aquellas técnicas que nos permitan solventar el caso.

Tenemos que abordar el caso con una información completa, sabiendo con certeza a que nos vamos a enfrentar y con un plan de tratamiento claro y realizable. Es necesario realizar, además de la ortopantomografía, un CBCT del caso para localizar las estructuras nobles y comprobar el alcance de la atrofia, de las lesiones y planificar las alternativas quirúrgicas.

En este caso los programas de cirugía guiada, como Nobelguide nos permiten, aunque no vamos a hacer cirugía guiada, una planificación 3D de la colocación de los implantes.

El gran reto es colocar los implantes con seguridad en la zona de emergencia del nervio mentoniano.

Recordar aquí, como mostramos en las imágenes y de acuerdo a lo descrito hace años por Krekmanov, que la colocación bicortical de implantes inclinados en esta zona, salvando la emergencia del mentoniano e incluso la posición del nervio dentario inferior por lingual, nos permite colocar fijaciones adicionales a las principales, a fin de ayudar a las principales en la distribución de cargas protéticas, disminuyendo los cantilevers. Esta técnica debe ser realizada exclusivamente por cirujanos expertos ya que las posibilidades de yatrogenia son muy elevadas.

Nuestra recomendación es usar Cuidado Anestésico Monitorizado (sedación consciente) en el tratamiento de estos pacientes.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS Y FIGURAS

Caso 1

Figuras 1, 2, 3 y 4

Fig. 1.- Rx panorámica preoperatoria.

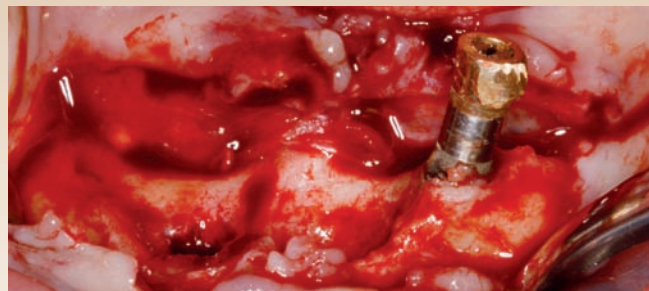
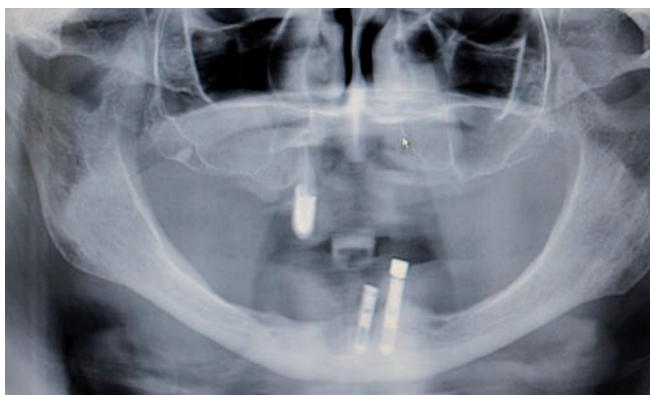


Fig. 2.- Imagen intraoperatoria donde se observan los implantes remanentes y la pérdida de hueso.

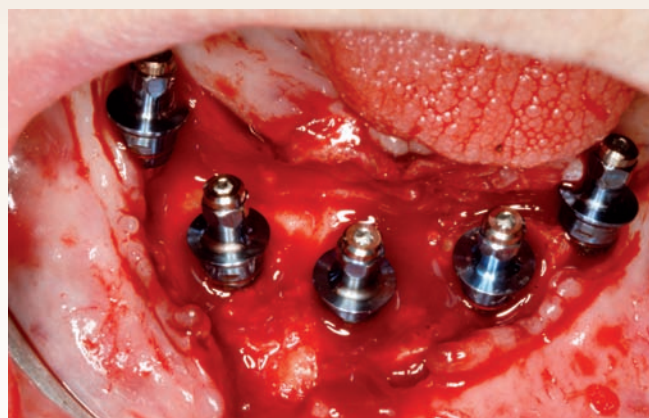
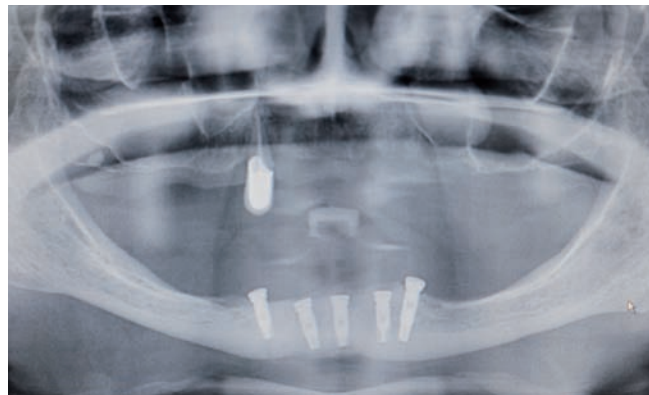


Fig. 3.- Imagen intraoperatoria con las nuevas fijaciones colocadas. (3i)

Paciente tratado hace años con implantes cilíndricos lisos. En este tipo de implantes la frecuencia de periimplantitis es muy alta. Además el tratamiento de esta periimplantitis es muy difícil y, normalmente, se produce el fracaso de las fijaciones y del tratamiento. La pérdida de implantes condiciona reabsorciones óseas muy marcadas y la presencia de implantes, aún con unión ósea, implica la necesidad de retirarlos mediante trefinas que, a su vez, provoca más pérdida de hueso.

En este caso se ha procedido a retirar los implantes remanentes, legrado intenso de la sínfisis hasta conseguir

Fig. 4.- Ortopantomografía postoperatoria.



Fichas técnicas

una eliminación del tejido de granulación y una meseta ósea suficiente para colocar nuevas fijaciones.

Caso 2

Figuras 5 a 10



Fig. 5.- ortopantomografía preoperatoria.

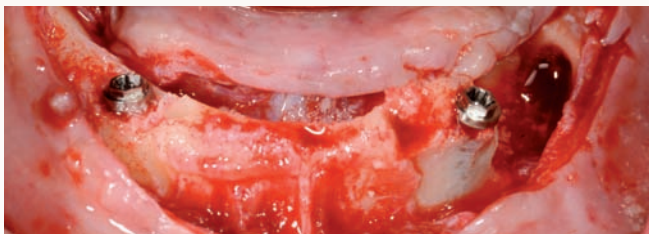


Fig. 6.- Dos fijaciones ya colocadas. Son las dos mesiales a la salida del nervio mentoniano las primeras que se colocan, para poder seguir trabajando con seguridad en la zona mentoniana , donde colocaremos mas fijaciones.

Fig. 7.- detalle de la inserción de un implante MKIV (Nobel Biocare)

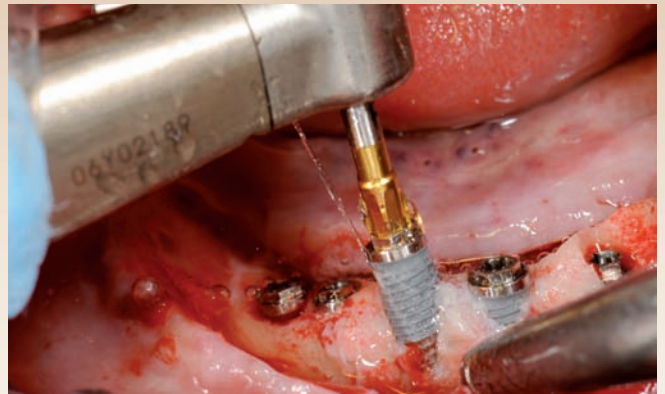
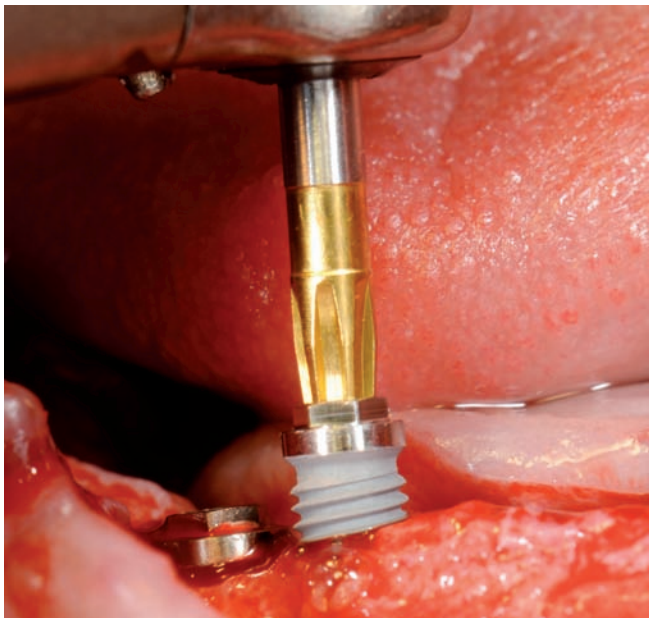


Fig. 8.- Detalle de la inserción de las fijaciones siguientes. Se intentará colocar implantes de diámetro mínimo 4 mm. Esto condiciona la existencia de dehiscencias que deberán reconstruirse con técnicas de ROG.

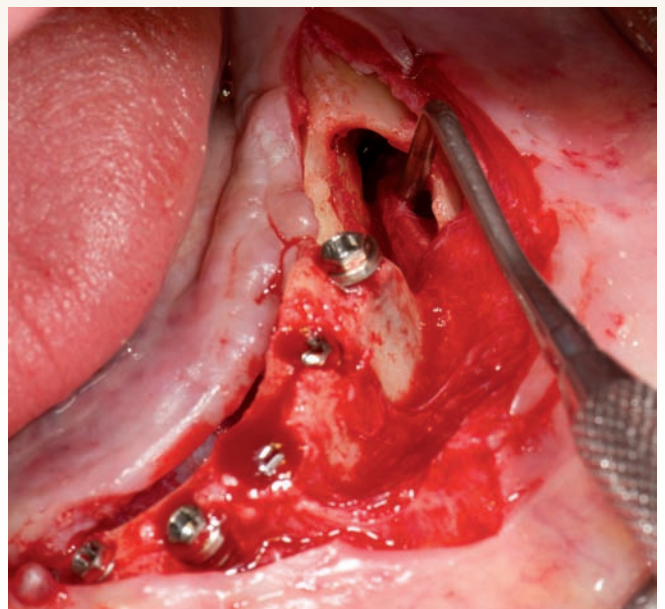


Fig. 9.- Fijaciones ya colocadas. Detalle del nervio dentario comprobando que está indemne.

Fig. 10:- Rx post.



Fichas técnicas

Premolar incluído situado englobando el nervio dentario inferior y con atrofia en anchura.

Se realiza la exodoncia quirúrgica del premolar y se colocan fijaciones entre los mentonianos para poder soportar una prótesis híbrida fija.

Caso 3

Figuras 11 a 18

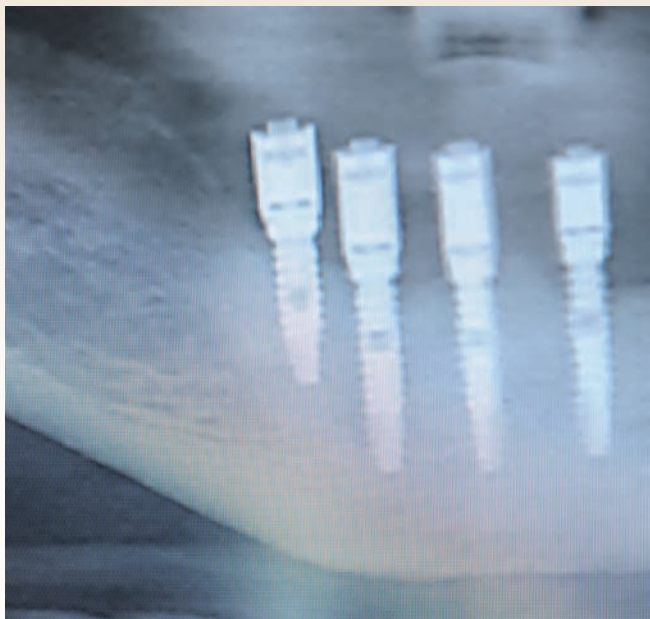


Fig. 11.- panorámica donde se observa la fractura del implante nivel 34. Se ha producido, además una reabsorción ósea secundaria a la fractura. El objetivo del retratamiento quirúrgico es intentar colocar el nuevo implante en la misma posición que poseía el implante anterior. Es casi imposible, pero debemos intentar realizarlo para minimizar los gastos protéticos.

Fig. 12.- Detalle del implante fracturado, después de eliminar el tejido blando.

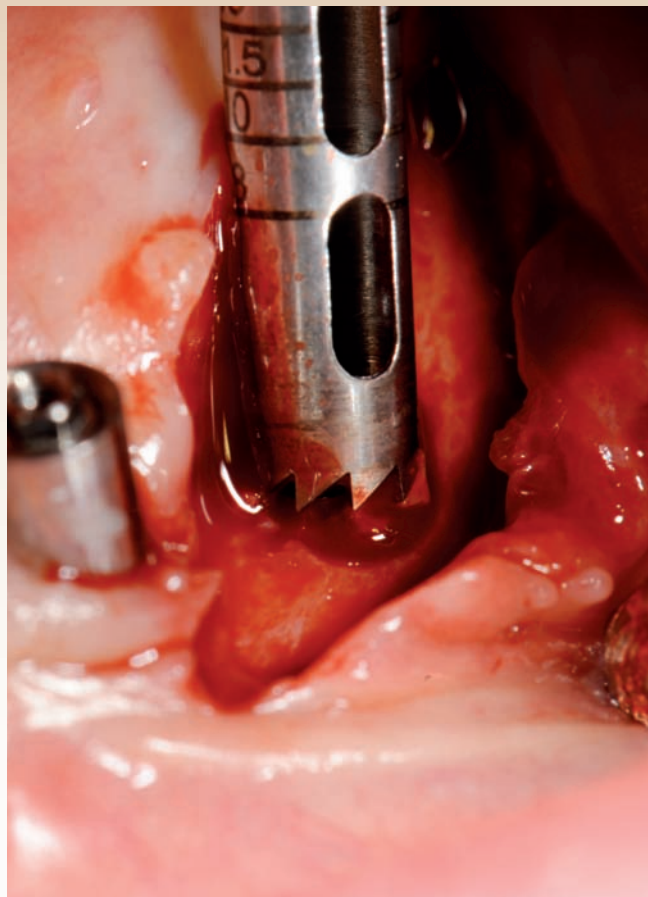
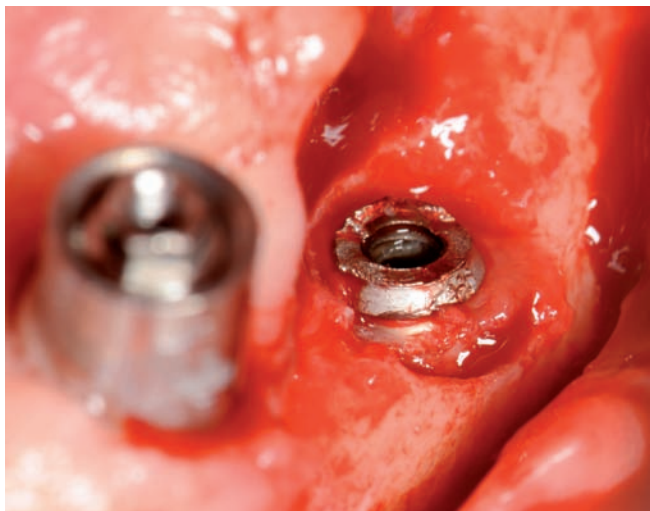
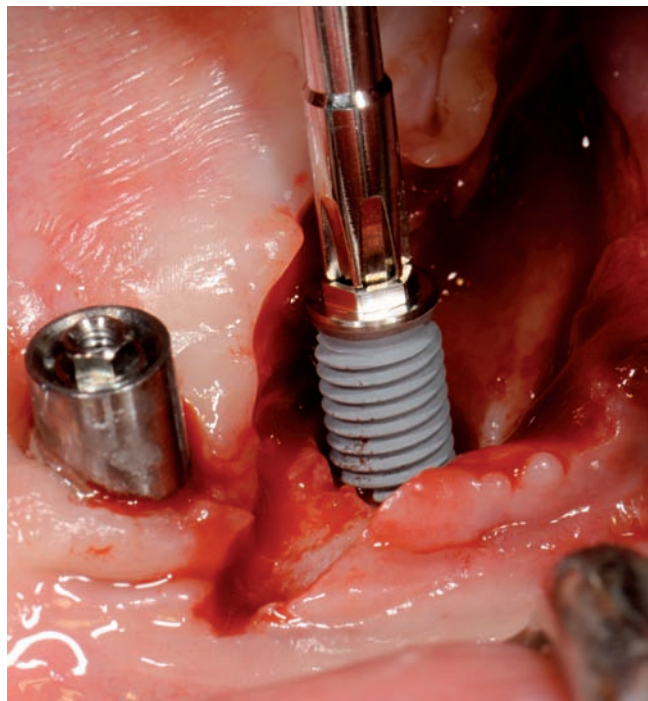


Fig. 13.- Uso de la trefina para eliminar el resto del implante.

Fig. 14.- Colocación de una nueva fijación MKIV de 4 x 15 mm.



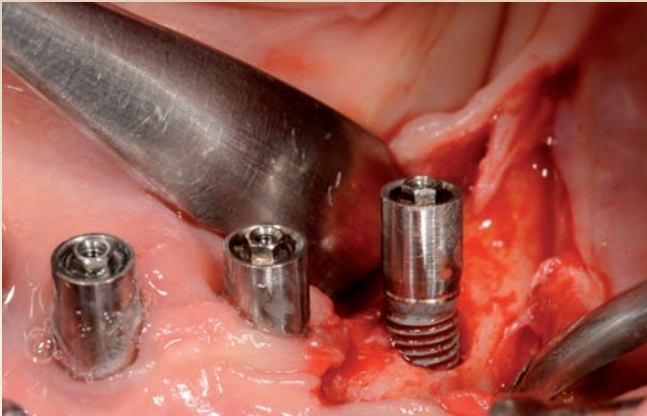


Fig. 15.- Se coloca el antiguo pilar standard de la fijación fracturada.

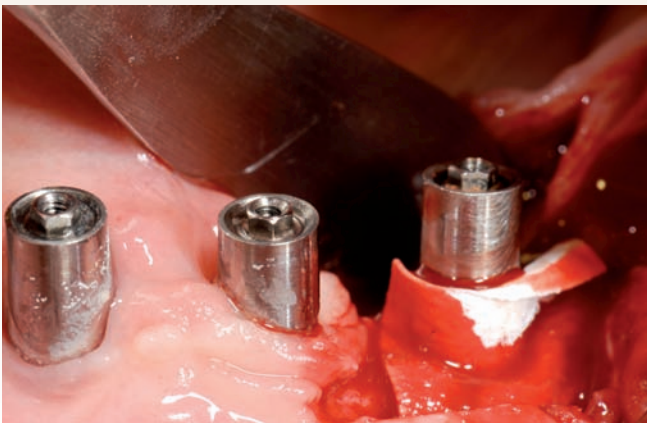


Fig. 16.- Cobertura con Biooss y membrana Bioguide de ROG

Fig. 17.- Sutura

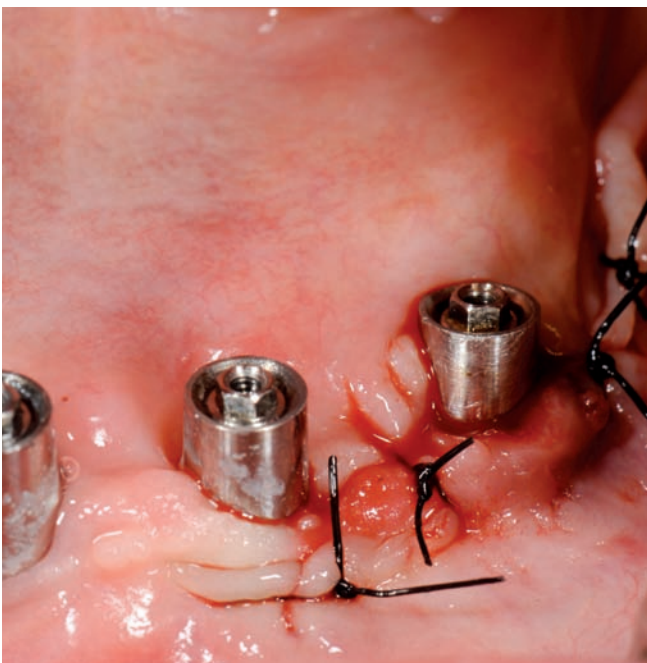
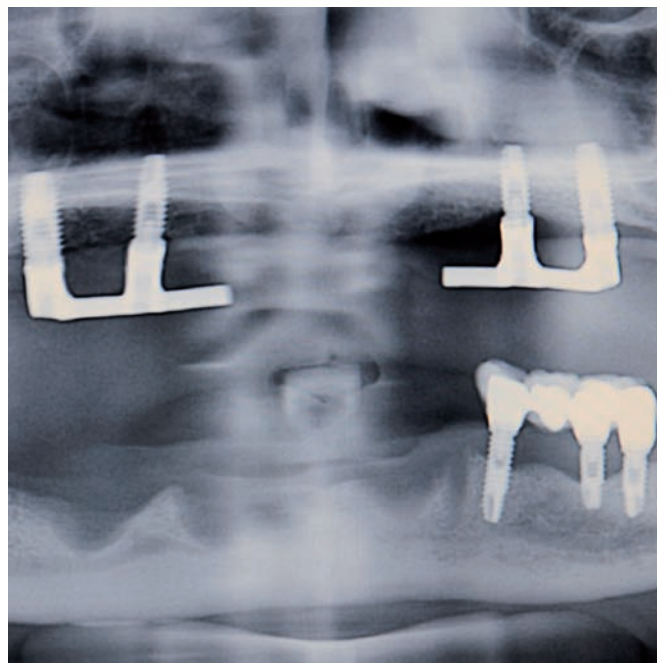


Fig. 18.- Rx post

Caso 4 Figuras 19 a 22

Fig. 19.- Rx panorámica . Implantes en sector 3. En el sector anterior las piezas han sido exodonciadas, dos meses antes ,por una intensa afectación periodontal que dejan como secuela esos graves defectos. Hueso muy eburneo.



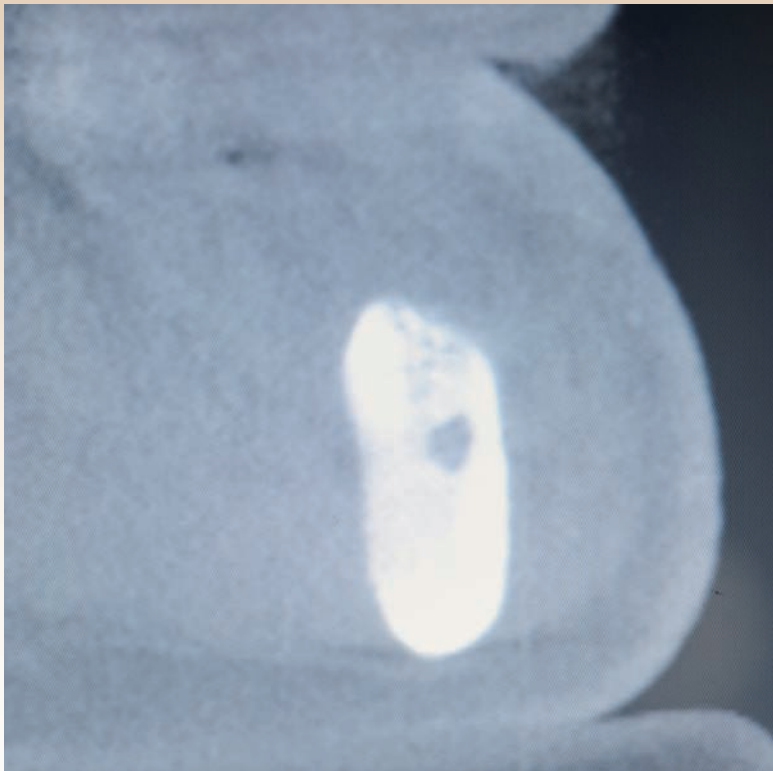


Fig 20.- Corte del CBCT a nivel de 45, donde se observa la disponibilidad ósea por lingual de la emergencia del nervio mentoniano.

Fig. 21.- Fijaciones colocadas. Se ha remodelado el hueso, legrado el tejido blando. Las zonas interimplantarias se han injertado con hueso del fresado, posteriormente se cubren con una membrana Bioguide.

Observar el implante a nivel de 45, colocado salvando la emergencia del nervio. Se coloca con anclaje bicortical, perforando la cortical lingual, con visión y control directos a través de una incisión y despegamiento importante, consiguiendo un torque superior a 45 Ncm y un ISQ de 71.

Este implante es necesario por la gran distancia entre el implante colocado a nivel de 46-47 y el implante de nivel 44. Pretendemos que ayude a las fijaciones principales. Se trata de un MKIII NP de 11,5 mm.

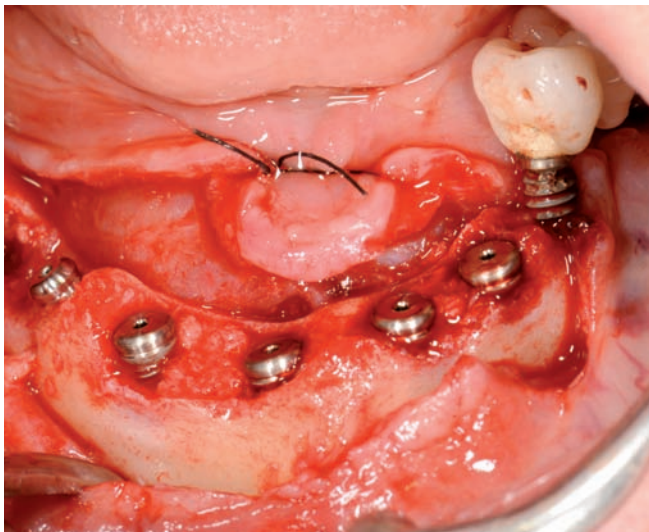


Fig. 22.- Detalle de la fijación colocada a nivel del 45 mostrando la inclinación y el anclaje bicortical.

PATROCINADO POR:

Centro 1² Implantología
C/ Diego de León, 11. Madrid
www.12-implantología.com