

# Implantología y expansión de cresta ósea alveolar (II)

Autores:

Maribel González Martín

Profesora del Master de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla

Dr. José Luis Gutiérrez Pérez

Director del Equipo Docente de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

Profesor Titular de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario  
Virgen del Rocío

Dr. Pedro Infante Cossío

Profesor Asociado de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

Facultativo Especialista del Área del Servicio de Cirugía Oral y

Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío

Dr. Daniel Torres Lagares

Profesor del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

Becario de Docencia e Investigación de la Universidad de Sevilla

Dirección de contacto:

Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla

C/ Avicena s/n Sevilla 41009

Tlfno - Fax 954481129

Implantología y expansión de cresta ósea alveolar (II)

González M, Gutiérrez JL, Infante P, Torres D

Revista Secib On Line 2005;1:6-10

ISSN 1697-7181



Decidimos rehabilitar a la paciente mediante prótesis fija sobre implantes. En primer lugar, se le realiza una nueva prótesis parcial de resina para que vaya desapareciendo la infección por *Candida* que tiene en el paladar duro (Figura 1), se le receta Mycostatin<sup>®</sup>, se le insiste en la importancia de mejorar su higiene bucal diaria, así como la del parcial de resina y se le aconseja encarecidamente que no duerma con la prótesis.



Figura 1.- Candidiasis palatina

En cuanto al hábito del tabaquismo, la paciente se ha comprometido a dejar de fumar en cuanto se le someta a la 1<sup>o</sup> cirugía de implantes. Se fija la cita para ésta y se determina la colocación de unos 8 implantes aproximadamente, aunque serán las condiciones intraoperatorias, las que determinen el número exacto.

Así pues, planificamos la cirugía realizando simultáneamente las extracciones de 12, 22 y 23 (Figura 2). Los 2<sup>o</sup> y 3<sup>o</sup> molares no van a ser exodonciados de momento, ya que nos van a servir para la sujeción de la férula quirúrgica (Figura 3) y para soportar el parcial todo el tiempo que se determine que vamos a esperar a la osteointegración de los implantes, previamente se le añadirán los dientes que se han exodonciado, en el período de cicatrización, en el que la paciente no va a utilizar la prótesis por indicación nuestra, y todo el período que vamos a tardar en confeccionar la prótesis definitiva, siendo también modificado por la nueva situación que quedará tras la realización de la 2<sup>o</sup> cirugía de implantes.



Figura 2.- Inicio de la cirugía de inserción de implantes con la exodoncia de los dientes anterosuperiores



Figura 3.- Férula quirúrgica en boca apoyada sobre los molares superiores

En la cirugía (Figura 4), logramos colocar 8 implantes; en posición 15 y 14 colocamos dos implantes de 3,75 x 13 mm, utilizando para ello la ayuda de los expansores autorroscantes. A nivel del 13 se utilizó también un implante de 3,75 x 13 mm y decidimos no colocar ningún implante en el alveolo dejado por el diente 12, al encontrarse éste con un tratamiento de conductos fracasado y una importante enfermedad periodontal. A nivel del 11 se colocó un implante de 3,75 x 10 mm y un implante de 3,75 x 11,5 mm a nivel del 21.



Figura 4.- Implantes colocados

Por presentar el periápice del 22 un absceso activo que había llegado a perforar la tabla externa, se desechó esta localización, aunque sí se colocó un implante de 4 x 15 mm a nivel del alveolo dejado tras la extracción del 23, utilizando el hueso recuperado del fresado en el filtro de hueso para corregir la discrepancia que existía entre la cabeza del implante y el hueso a nivel



crestal, por la diferencia del tamaño de ambos, así como también realizamos una compresión con un fórceps para intentar aproximar el hueso a la cabeza del implante.

A nivel del 14, colocamos un implante de 3,75 x 13mm y a nivel del 25, un 3,75 x 11,5. Todos los implantes tuvieron estabilidad primaria. Decidimos la colocación de tornillos de cierre para dejar unos meses a que transcurra el proceso de la osteointegración y la regeneración de los alvéolos en las localizaciones en las que realizamos extracciones.

Transcurridos 6 meses de la primera intervención, sometimos a la paciente a la 2ª cirugía, donde encontramos todos los implantes integrados. Sólo había un pequeño defecto a nivel de la tabla externa de los implantes 14 y 15 a nivel gingival, que creemos se solventará cuando éstos se sometan a carga. Colocamos los tornillos de cicatrización (Figura 5) y tras unos 4 días, volvimos a readaptar su prótesis parcial a la nueva situación creada.



Figura 5.- Tras la realización de la segunda cirugía de implantes

Una vez completada la cicatrización alrededor de los pilares, se tomó una impresión con los coping de impresión directos a implantes (Figura 6) colocados para ver la orientación de los mismos y confirmar el tratamiento protésico que se le planteó inicialmente a la paciente, que consistía en una prótesis de 14 + 15 + 16 en extensión, una prótesis de 13 + 12 + 11, otra de 21 + 22 + 23 y otra de 24 + 25 + 26 en extensión (Figuras 7 a 11).

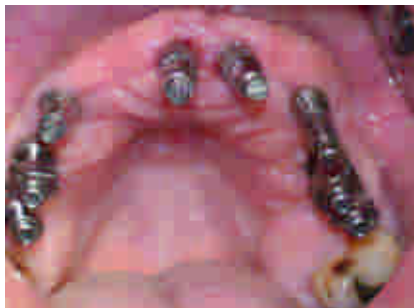


Figura 6.- Colocación de los pilares de impresión



Figura 7.- Tejidos gingivales óptimos para confeccionar una prótesis adecuada



Figura 8.- Los pilares fueron ferulizados con Duralay® para confirmar la correcta transferencia de la situación de los implante en el modelo



Figura 9.- Prueba de metal



Figura 10.- Prótesis terminada sobre modelo



Figura 11.- Prótesis colocada en boca