

Implantología y expansión de cresta ósea alveolar (I)

Autores:

Maribel González Martín

Profesora del Master de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla

Grupo de Cirugía Bucal:

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***

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***

Implantología y expansión de cresta ósea alveolar (I)
González M, Infante P, Torres D, Gutiérrez JL
Revista Secib On Line 2004;1:24-28
ISSN 1697-7181

Presentamos el caso clínico de una mujer de 48 años de edad y profesión enfermera, que presenta mal estado de su salud bucodental por padecer fobia al colectivo de odontólogos. No presenta ningún antecedente de interés.

El motivo de su consulta es la fractura del 12 endodonciado y reconstruido con la ayuda de un perno intrarradicular; la situación del 12 impide su conservación. En este momento, la paciente se plantea seriamente la reposición de las piezas ausentes en el maxilar superior mediante una rehabilitación fija.

Como hábitos presenta tabaquismo de 20 cigarrillos diarios, aunque se compromete a abandonar el hábito en breve, y bruxomania. La situación de partida es la presencia del 18, 17, 12, 22, 23, 27 y 28 y un parcial de resina superior desajustado, que la paciente no se quita para dormir y que le ha producido una infección por *Candida* en el paladar duro de larga evolución (Figura 1 y 2).



Figura 1

Estado clínico inicial del paciente con su parcial de resina superior colocado



Figura 2
Visión intraoral de las ausencias dentarias

Se le solicita una ortopantomografía (Figura 3). Diagnosticamos una enfermedad periodontal crónica del adulto; granuloma apical a nivel del 22 por un tratamiento de conductos mal realizado, que se corresponde clínicamente con una fístula que drena pus discretamente; enfermedad periodontal avanzada en el 12, 22 y 23 con pérdida de más del 50% del nivel de hueso y movilidad de grado II.

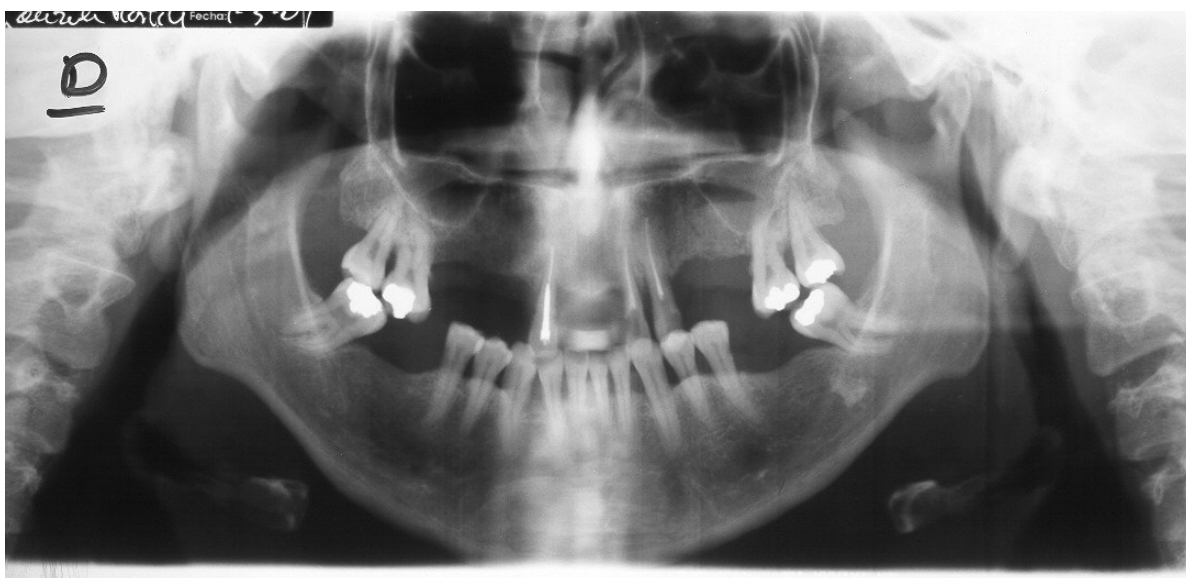


Figura 3
Ortopantomografía inicial del paciente

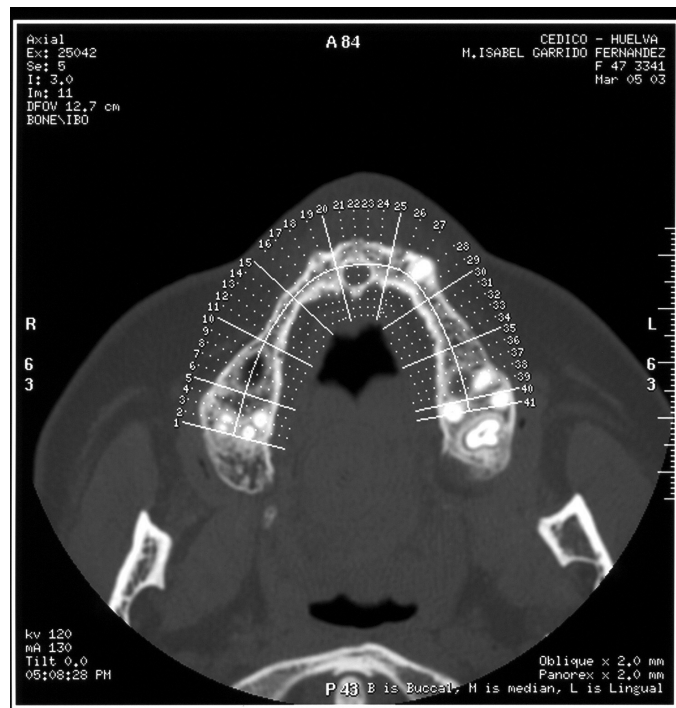


Figura 4
Tomografía Axial Computerizada de maxilar superior

Dado que la paciente solicita una rehabilitación fija, solicitamos una TAC maxilar (Figura 4). El radiólogo realiza las mediciones y determina que existe una altura y anchura ósea a lo largo del maxilar estudiado que son las siguientes:

- En sectores laterales derechos (zona de 16 a 14): disponemos de una altura entre 14 y 15 mm y una anchura algo limitada, de unos 5 ó 6 mm.
- A nivel del sector anterior (zona de 13 a 23): existe una altura de hasta 15 mm a nivel del 13, pero va decreciendo hasta 12 mm en incisivos centrales y sube otra vez alcanzando hasta 17 mm a nivel del 23. A este nivel, aumenta considerablemente el grosor óseo.
- Y a nivel del sector lateral izquierdo (zona 24 a 26) existe una disminución de la altura y de la anchura del hueso gradual conforme



nos alejamos del canino, siendo de 14 a 15 mm a nivel de premolares y de 12 a 13 mm a nivel más posterior.

Dejamos aquí la exposición del caso clínico para que se valoren y justifiquen las alternativas de tratamiento más adecuadas, teniendo en cuenta que en principio no existe un problema económico por parte del paciente, aunque sí una negativa total a la realización de técnicas de cirugía avanzada.