

# Rehabilitación de un incisivo lateral periodontalmente afectado con amplio defecto óseo vestibular

Dr. Giuseppe Pellitteri, Bolzano  
Prot. Sonia Cattazzo, Trento, Italia  
Fotografías realizadas por Martina Cestarollo

La paciente, fumadora y con higiene oral escasa, acude a la consulta debido a la movilidad del elemento 1.2. Según el control radiológico y el sondaje, la causa de la movilidad del diente es la presencia de un espacio periodontal muy amplio debido a un trauma oclusal y enfermedad periodontal. Por este motivo en la planificación protésica final se opta por confeccionar la estructura protésica apoyando el margen incisal en la cresta mesial del antagonista, libre de impedimentos en cuanto a lateralidad y protusión.

Por tanto, se opta por la extracción del elemento perjudicado y la inserción inmediata de un implante Prama. Para resolver el amplio defecto vestibular detectado durante el sondaje del alvéolo post-extracción, se opta por rellenar el espacio vestibular de dos maneras, es decir, dejando el hueso autólogo recuperado por la fresa en contacto con la superficie del implante y colocando en el espacio sobrante particulado de hueso bovino desproteneizado (DBBM). La posibilidad de elegir la morfología endo-ósea cilíndrica y posicionar el implante con mayor profundidad ha permitido obtener, por un lado, una mejor estabilidad primaria y, por el otro, adaptar la morfología del cuello a lo que queda en el alvéolo receptor.

Gracias a una modulación progresiva de los tejidos blandos, obtenida a través de adaptaciones diferentes del provisional y apoyada por una regeneración con tejido conectivo, es posible obtener una rehabilitación estable y estética hasta la recuperación del volumen vestibular.

Tras el restablecimiento del elemento 1.2, la paciente acepta un injerto de conectivo a nivel de los elementos 2.2 y 2.3 para que el perfil de las parábolas sea más simétrico y armónico.

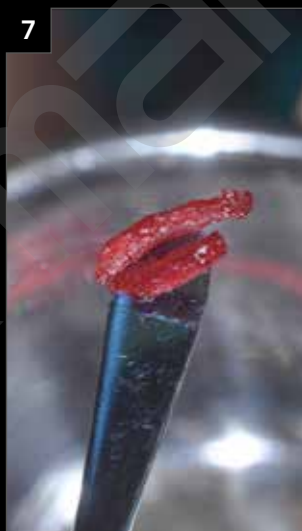
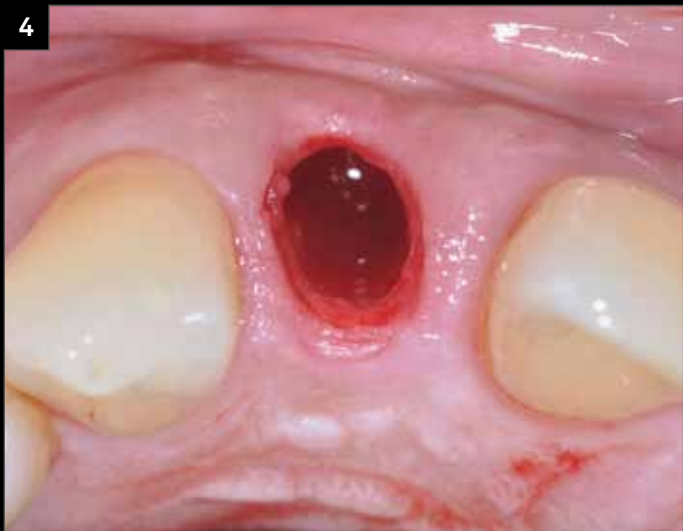
---

**“En este caso el posicionamiento más profundo del implante permite una mejor adaptación del cuello convergente respecto a los picos óseos residuales.”**

**(Dr. Giuseppe Pellitteri)**

---





4. Visión oclusal después de la extracción lo más conservadora posible del elemento perjudicado.
5. El sondaje y la valoración del alvéolo natural revelan un defecto óseo muy amplio.
6. Se opta por una morfología cilíndrica del implante para aumentar la superficie de contacto hueso-implante, dado que la calidad del hueso (D3-D4) no garantizaba una excelente estabilidad primaria.
7. El hueso recogido por la fresa se usa para rellenar el alvéolo natural en la porción en contacto con el implante, mientras para el hueco residual se usa biomaterial a base de hueso bovino desproteneizado.
8. Imagen radiográfica del posicionamiento del implante.
9. Inserción del pilar provisional de PEEK a base de titanio, fresado por el laboratorio para obtener una morfología sin margen.





10. Rebasado y abrillantado del provisional cuya morfología contribuye a detener el sangrado y, por consiguiente, estabilizar el coágulo.
11. Eliminación de la corona provisional a las 4 semanas. El tejido epitelializado alrededor de los bordes del provisional está en su fase de maduración; sin embargo, ya es posible ver la adaptación alrededor de la morfología de la corona.
12. Modulación del provisional a los 30 días de la intervención para la adaptación progresiva de los tejidos blandos: la corona se acorta de unos 3 mm.



13. Al cabo de un mes, la mucosa se ha adaptado al perfil nuevo tanto en dirección mesial como distal y casi ha alcanzado el objetivo preestablecido.
14. Corrección ulterior del provisional: se deja espacio para que las papilas se engruesen tanto en dirección mesial y distal como apical y coronal.
15. Imagen clínica oclusal que evidencia un desarrollo excelente del túnel mucoso. Sin embargo, aún permanece el defecto óseo vestibular, por lo que se programa una cirugía muco-gingival para corregirlo.
16. Diseño de los colgajos: dos incisiones en el tejido queratinizado en las papilas, dos incisiones verticales de descarga. Luego, se levanta el colgajo primario y se realiza una extracción para el injerto conectivo.
17. Injerto de tejido conectivo que se ha recogido, desepitelializado, limpiado y medido.

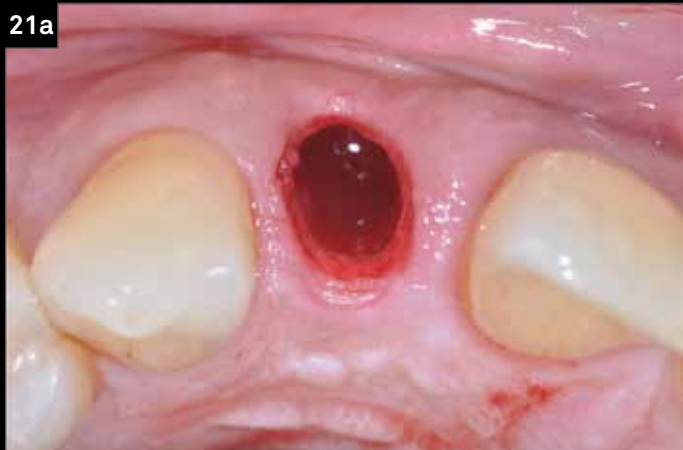




18. Sutura del injerto unido al colgajo primario.

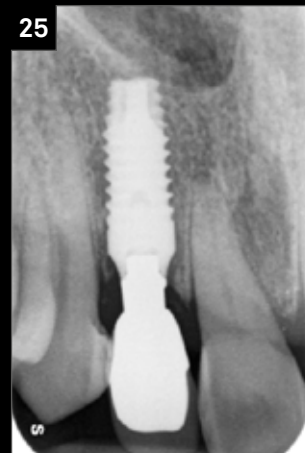
19. Visión oclusal del injerto suturado. En este momento la sutura tiene el deber de acercar los colgajos para garantizar una cicatrización por primera intención.

20. A los tres meses de la cicatrización de los tejidos, se posiciona un provisional que se ha acortado de manera ulterior que permite la cicatrización de las mucosas y su migración en dirección apical y coronal.



21. Cotejo de las imágenes clínicas: durante la extracción del diente (a), la inserción del implante (b), a los 3 meses de la inserción (c) y a los 8 meses (d) después de la cirugía muco-gingival.
22. Detalle del caso inicial y final. Para compensar el diastema, el composite se ha corregido hacia el elemento 1.1





23. Injerto de conectivo a nivel de los elementos 2.2, 2.3.

24. Cotejo del caso inicial y el seguimiento a los 3 años. El producto protésico se ha realizado apoyando el margen incisal en la cresta mesial del antagonista, tal y como se había planificado, vista la situación clínica inicial.

25. Control radiográfico a los 3 años.



Pide tu copia gratuita

**PRAGMATICO**

en el siguiente [enlace](#)