

Remodelación de los tejidos peri-implantarios después de la regeneración ósea alveolar e inserción de un implante Prama en una zona estética: seguimiento a los 2 años

Dr. Davide Guglielmi, Dr. Roberto Castellano, Prot. Massimo Marzetta,
Solbiate Olona (VA), Italia

Paciente mujer de 48 años acude a la consulta con dolor a nivel de la semiarcada superior derecha. El análisis objetivo ha detectado la presencia de fístula localizada en la mucosa bucal, a nivel del elemento 1.5, que presentaba movilidad de grado II y una protesización con corona metálico-cerámica (más de 10 años, tal y como explicado por la paciente). El control radiográfico evidencia, en relación con el susodicho elemento dental, una área de radiotransparencia ósea en proximidad del tercer medio y del tercer apical de la raíz.

El diagnóstico de la consulta destacaba una fractura radicular vestibular. De acuerdo con la paciente, se ha optado por un plan terapéutico de extracción del elemento fracturado, de regeneración ósea alveolar, inserción de un implante y siguiente finalización protésica.

La primera fase quirúrgica supuso la extracción de la raíz y el llenado del defecto óseo con hueso bovino particulado desproteinizado, cubierto con una membrana reabsorbible de colágeno.

La segunda fase quirúrgica, al cabo de 7 meses, supuso una incisión crestal en el área con edentulismo y la inserción de un implante Prama en el sitio regenerado.

Luego, de acuerdo con los plazos de cicatrización biológica, se ha procedido a la rehabilitación implanto-protésica.

El éxito de una terapia implanto-protésica depende de la interacción de factores anatómicos, técnicos, quirúrgicos y protésicos. La inserción del implante guiado protésicamente permite obtener un soporte excelente de los tejidos blandos peri-implantarios y el perfil de emergencia ideal de la prótesis final.

Tal y como indicado durante la Consensus Conference de EAO (European Association for Osseointegration) de 2015, los requisitos del éxito de un tratamiento implantario son:

- una buena estabilidad primaria;
- ausencia de ulteriores procedimientos de regeneración ósea en la inserción del implante para la gestión de la dehiscencia residual o defectos de defenestración;
- supervivencia y éxito del implante;
- niveles óseos marginales;
- indicadores BOP (Bleeding On Probing) y PI (Plaque Index) negativos.

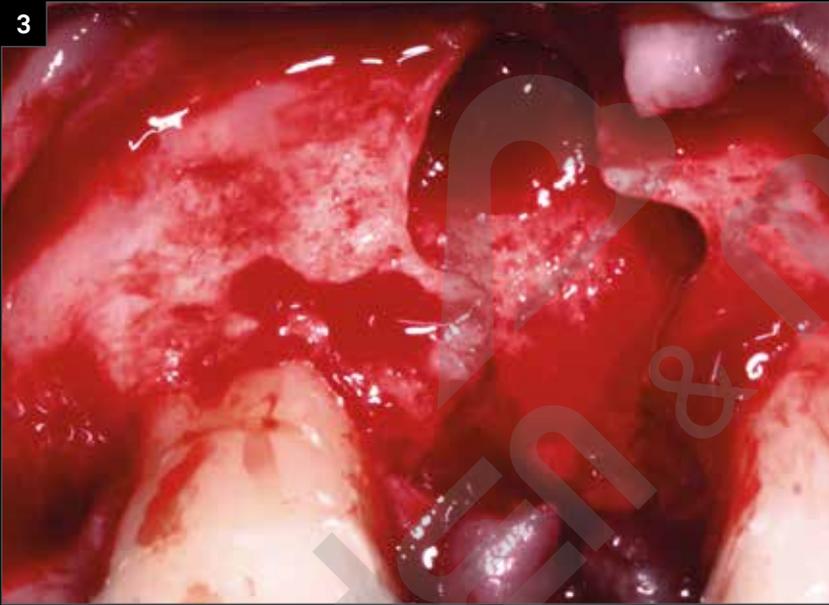
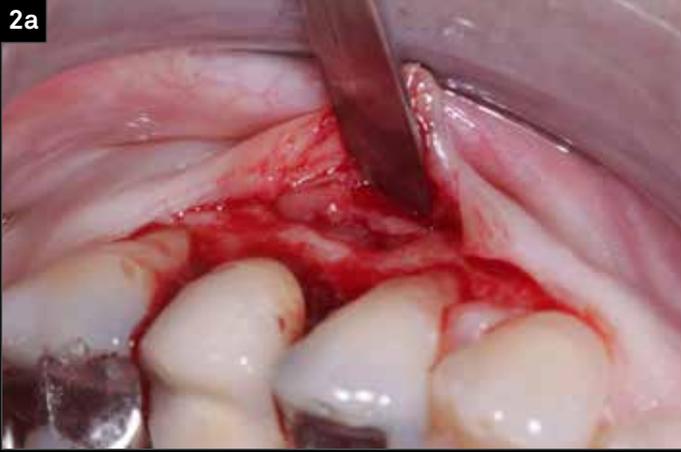
En el caso clínico presentado los objetivos primarios y secundarios se han alcanzado y se han confirmado en el seguimiento al cabo de 2 años.

“No habíamos encontrado nunca un implante que, por sus características únicas, conjugara un resultado protésico con sumo valor estético y el máximo respeto de la salud de los tejidos peri-implantarios.”

(Dr. Davide Guglielmi y Dr. Roberto Castellano)



1. Foto clínica y radiografía inicial de la corona del elemento 1.5 La radiografía periapical evidencia una lesión radiotransparente alrededor del tercer medio y apical de la raíz.



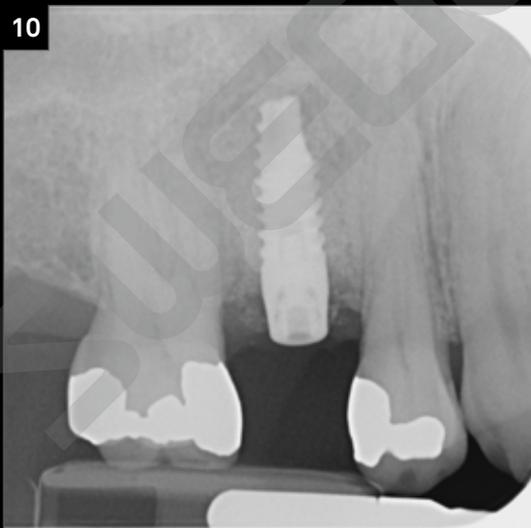
2. Primera fase quirúrgica: se realiza una incisión en el sitio, se quita la corona vieja y se expone la fractura.
3. Tras la extracción de la raíz fracturada se observa el defecto óseo.
4. Regeneración ósea: el alvéolo se rellena con hueso bovino particulado desproteínizado y luego se cubre con una membrana reabsorbible de colágeno.



5. Cierre de la herida por segunda intención sin tensión con suturas PTFE. La eliminación de la sutura tiene lugar al cabo de 2 semanas.
6. Visión vestibular y oclusal del sitio post-quirúrgico al cabo de 1 mes de la inserción del material de regeneración: se observan la fase inicial de cicatrización de los tejidos blandos y la recuperación progresiva de los volúmenes.



7. Radiografía y foto clínica a los 7 meses de la regeneración alveolar: el control radiográfico evidencia que los volúmenes óseos resultan satisfactorios y los tejidos blandos aparecen totalmente cicatrizados. Se opta , por tanto, por proceder a la segunda fase quirúrgica.
8. Segunda fase quirúrgica: cuando se levanta el colgajo se aprecian los volúmenes óseos regenerados. Se inserta un poste de paralelismo después de la preparación del sitio quirúrgico para comprobar el eje de inserción del implante.



9. Implante Prama *in situ* e inserción de un tornillo quirúrgico de cierre. Se cierra el sitio quirúrgico por segunda intención sin tensión con suturas de PTFE. La eliminación de la sutura tiene lugar al cabo de 2 semanas.
10. Radiografía post-operatoria para comprobar la inserción correcta del implante Prama.
11. A los 4 meses de la intervención, los volúmenes se restablecen y los tejidos blandos resultan sanos clínicamente.

12a



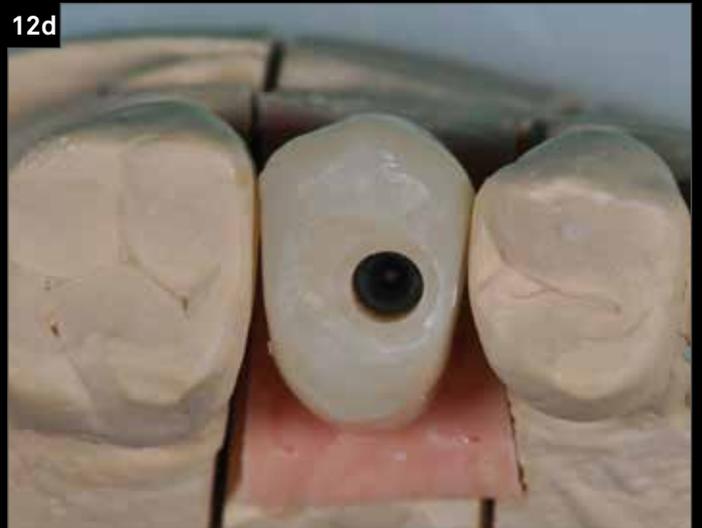
12b



12c



12d



12. Impresión y realización de la corona provisional.

13



14



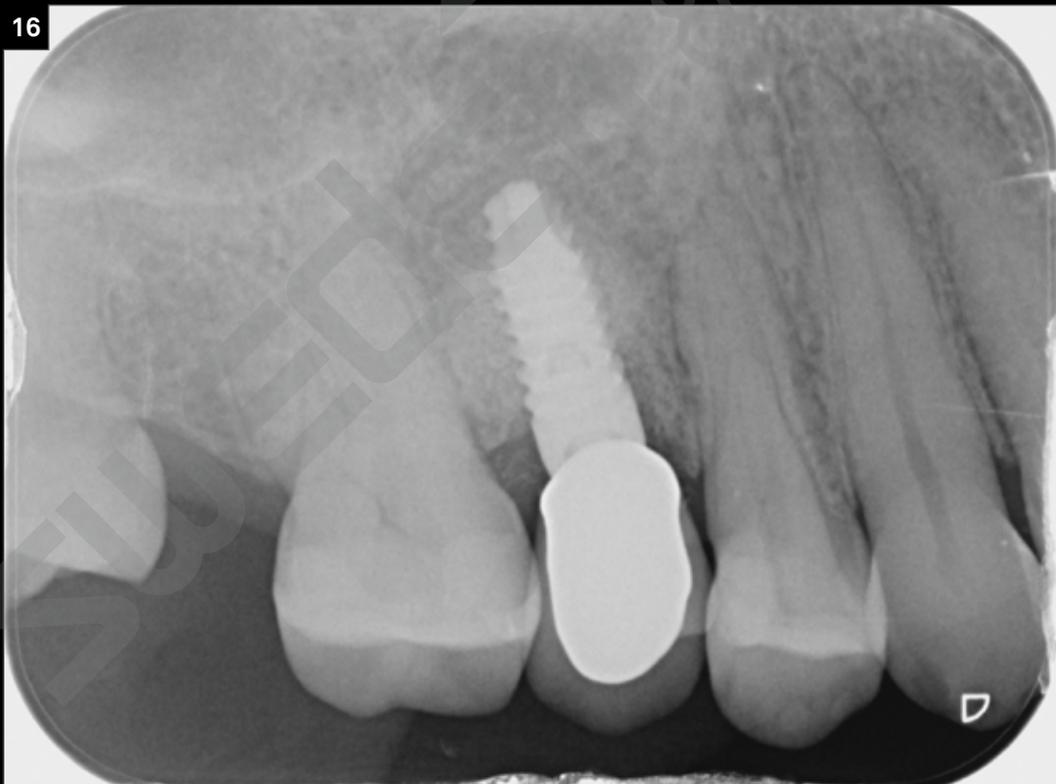
13. Corona provisional *in situ*: nótese la isquemia de los tejidos blandos para el acondicionamiento del tejido a través de la manipulación del provisional.

14. A los 4 meses de la cirugía, el sitio se vuelve a abrir para tomar la impresión definitiva: se aprecia la cicatrización excelente de los tejidos blandos peri-implantarios.

15



16



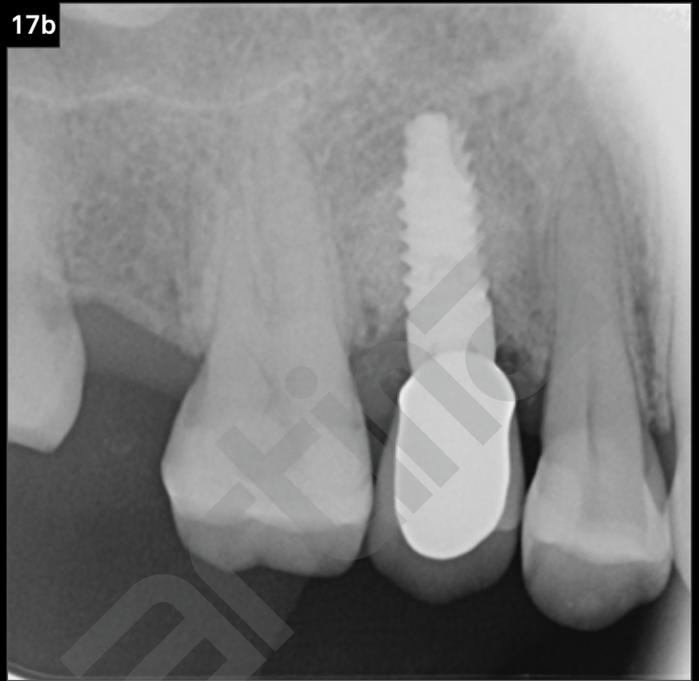
15. A los 4 meses de la cirugía se entrega la corona definitiva.

16. Radiografía de control al cabo de un año de la extracción: los volúmenes óseos peri-implantarios aparecen estables.

17a



17b



17c



17. Seguimiento a los 2 años. Es posible apreciar una maduración correcta de los tejidos peri-implantarios y, por consiguiente, un resultado estético excelente. La radiografía confirma el mantenimiento de los niveles óseos. Se detectan sondajes fisiológicos e índices negativos de sangrado: sin duda se deben a una densidad conectiva peri-implantaria excelente alrededor del cuello convergente UTM del implante Prama.

Pide tu copia gratuita

PRAGMATICO

en el siguiente [enlace](#)