

Uso de un implante Prama RF en un sitio sometido a terapia regenerativa

Dr. Giuseppe Pellitteri, Laboratorio Pellitteri Martini, Bolzano, Italia
Fotografías realizadas por Martina Cestarollo

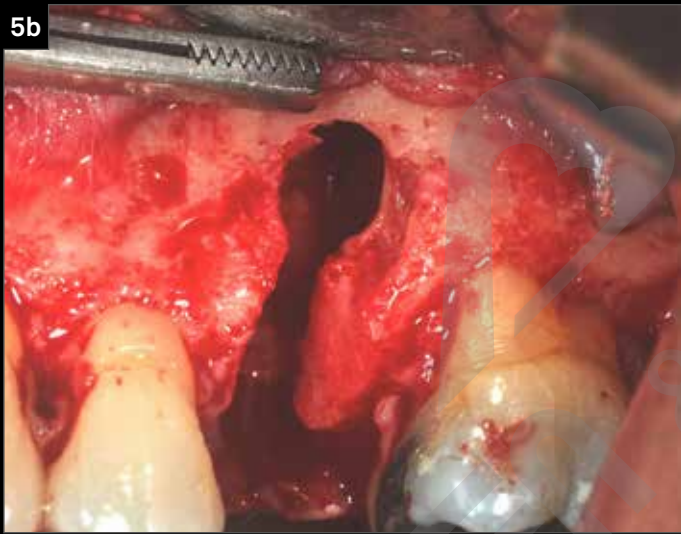
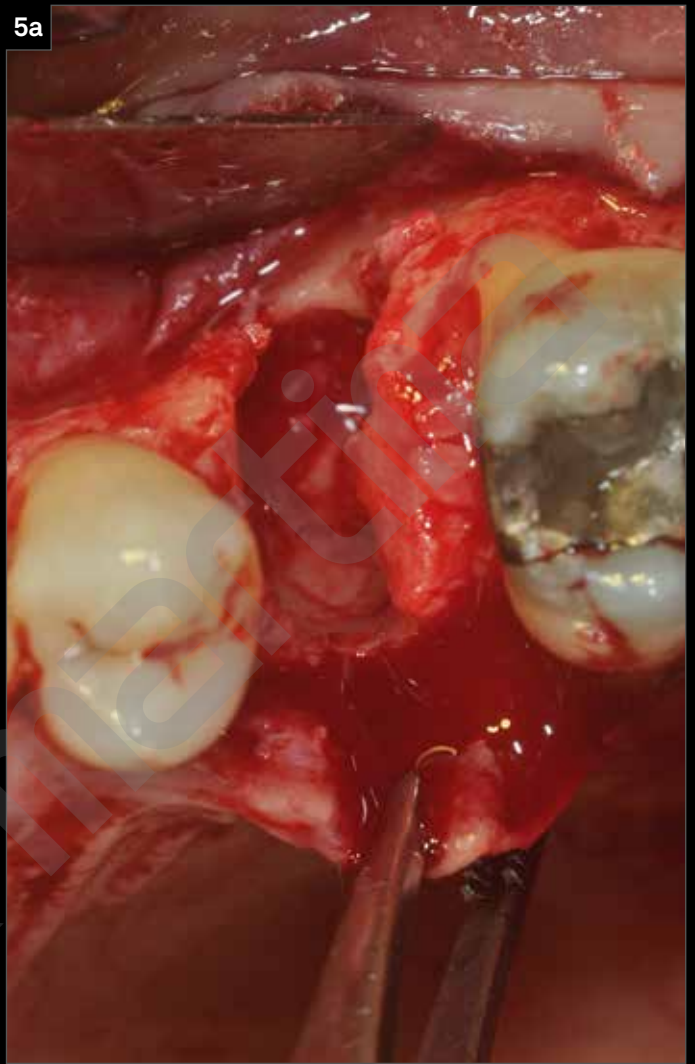
El paciente acude a la consulta adoleciendo de hinchazón y con sensación de movilidad del elemento 2.5, que había sido sometido a tratamiento endodóntico 10 años antes. La movilidad adolecida le impedía llevar a cabo una higiene oral correcta de la zona interesada. El control radiológico muestra una fractura radicular vertical, el sondaje vestibular se revela muy profundo, mientras en el plano mesial y distal casi no se produce. Se opta, por tanto, por levantar un colgajo con espesor total y extraer el diente. La lesión resulta muy amplia, sobre todo en la zona periapical, donde el poste radicular ha fracturado la raíz. Después de la extracción del elemento, se opta por una regeneración con una combinación de hueso autólogo y hueso bovino desproteínado (DBBM), junto con amoxicilina y cubierto con una membrana reabsorbible OSSIX™ Plus. A los 7 meses se opta por posicionar un implante Prama RF, sumergido hasta la porción cilíndrica del cuello convergente, y se posiciona de inmediato un provisional obtenido por el rebasado de resina de una corona individualizada preparada en el laboratorio. A los 3 meses es posible proceder con la inserción de la prótesis definitiva con cierre en el cuello del implante, que finaliza el caso tal y como se había programado. A los 3 años los tejidos duros y blandos resultan estables y gozan de un estado de salud perfecta.

“La posibilidad de cerrar, sin distinción, la corona en el pilar o en el cuello del implante me permite ocuparme solo del mejor posicionamiento quirúrgico posible del implante, que puedo modular en cada caso. Esta flexibilidad respecto a mis necesidades es el aspecto que más aprecio del implante Prama.”

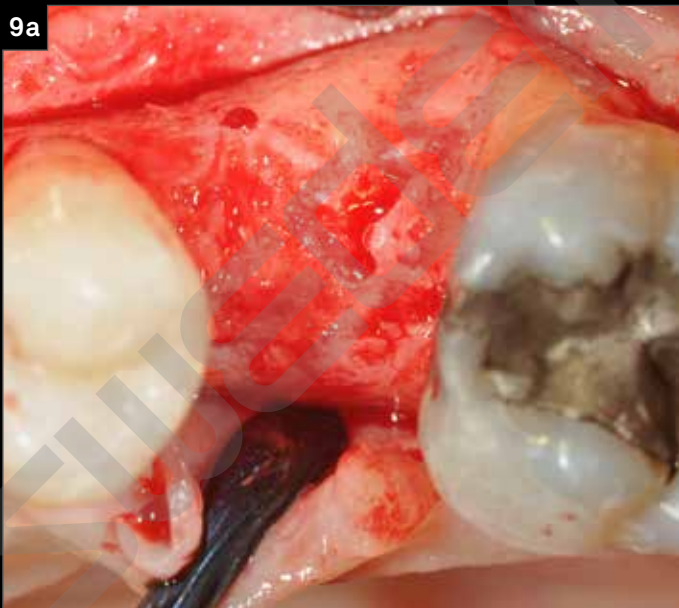
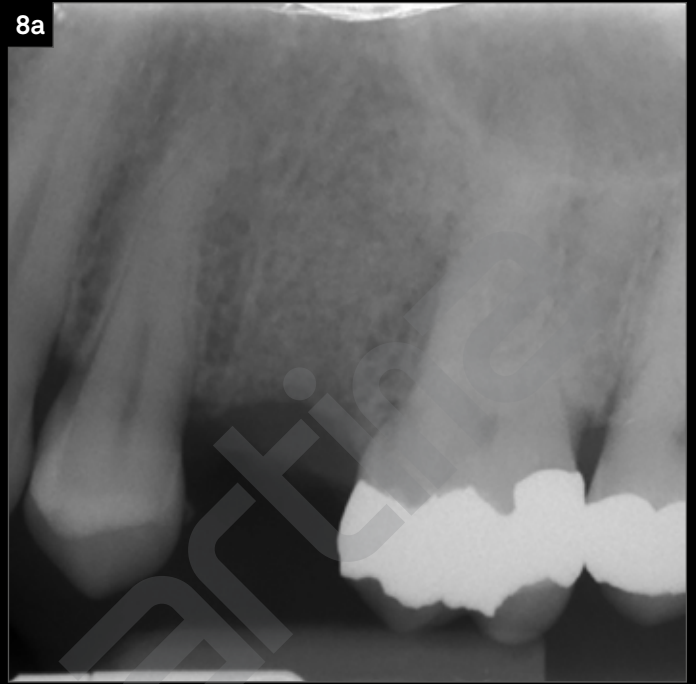
(Dr. Giuseppe Pellitteri)



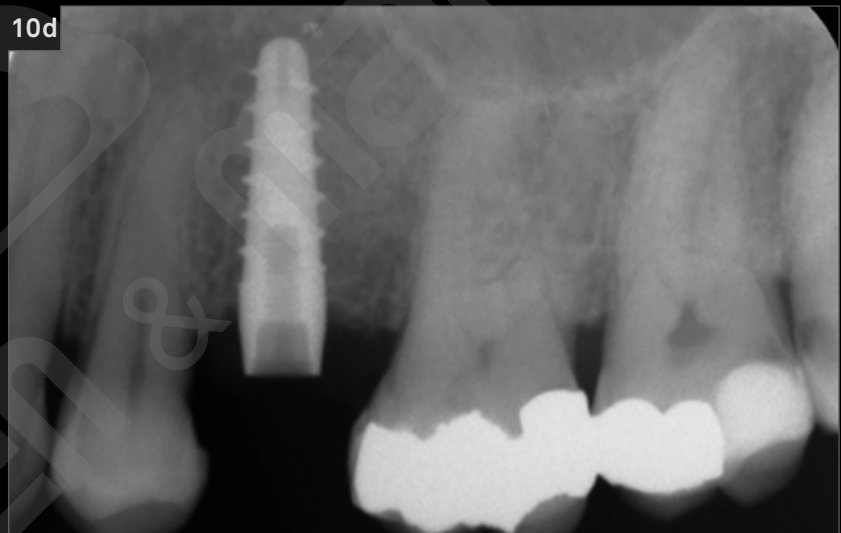
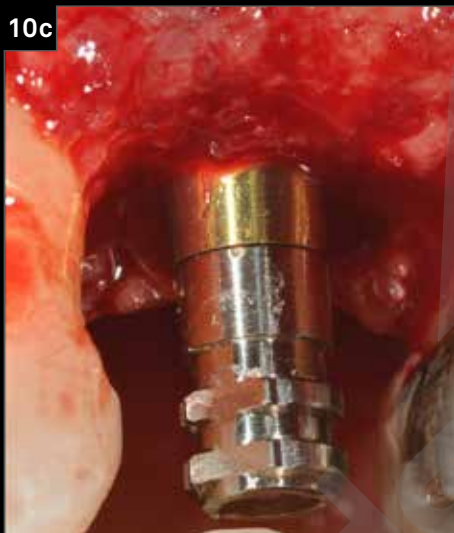
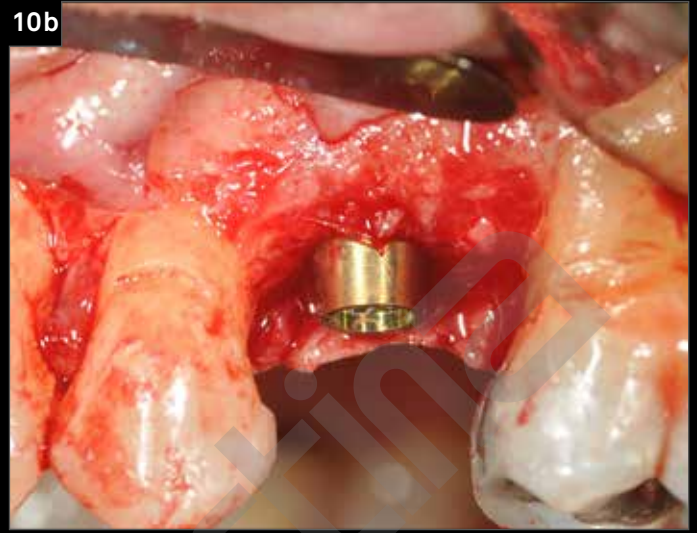
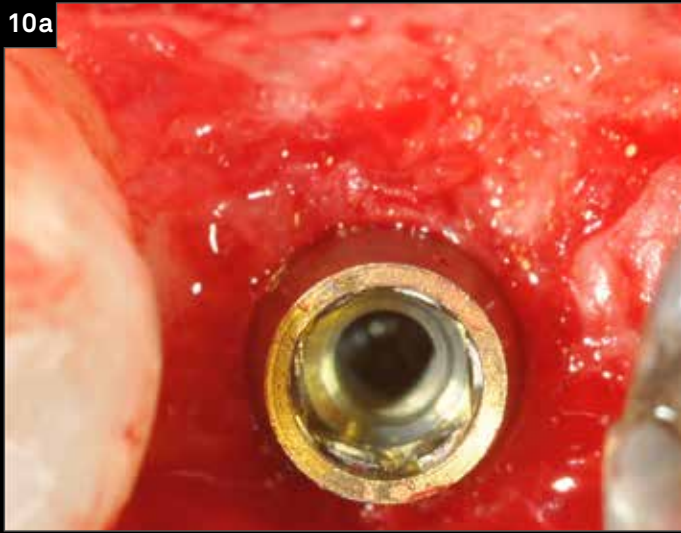
1. Caso inicial: el elemento 2.5, que había sido sometido a tratamiento endodóntico 10 años antes por otra clínica, está hinchado y provoca dolor. La sensación de movilidad perjudica incluso las maniobras de higiene diaria.
2. Radiografía endoral que detecta una fractura radicular muy amplia.
3. Cuando se levanta el colgajo, se observa una lesión muy amplia en correspondencia de la fractura.



4. Elemento extraído.
5. Exposición de la lesión para su valoración tridimensional.
6. Regeneración ósea obtenida a través de una combinación de hueso autólogo y de hueso bovino desproteneizado (DBBM), a la que se ha añadido amoxicilina.



7. Se realizan dos incisiones de descarga para desplazar hacia coronal los colgajos y no transmitir tensión a la regeneración subyacente.
8. Cicatrización del sitio a los 7 meses.
9. Preparación del sitio quirúrgico.



10. Posicionamiento del implante Prama RF sumergido hasta la porción cilíndrica del cuello convergente: visión clínica y radiográfica.

11. Adaptación del pilar provisional para el rebasado de una corona individualizada preparada en el laboratorio.

12. Aspecto del provisional.



13. Posicionamiento del provisional y gestión de los tejidos blandos peri-implantarios: se opta por un roll flap para recuperar la estética del volumen vestibular.

14. Cicatrización a los 3 meses

15a



15b



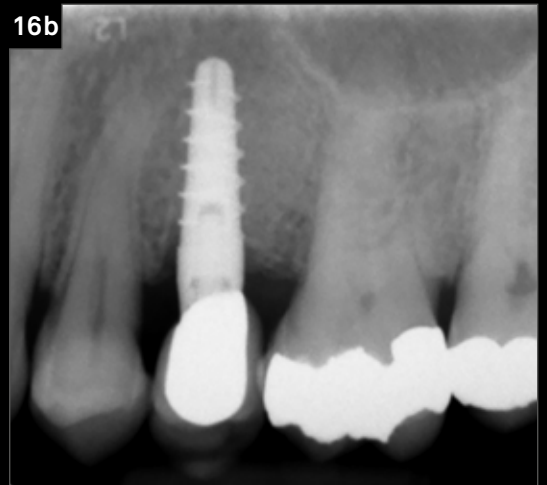
15c



16a



16b



15. Posicionamiento del pilar definitivo: los tejidos blandos resultan más espesos y ya están conformados de manera parcial.

16. Posicionamiento de una corona individual cementada que cierra el cuello del implante.



17. Control clínico y radiográfico a los 3 años que refleja la estabilidad de los resultados obtenidos en el tiempo.

Pide tu copia gratuita

PRAGMATICO

en el siguiente [enlace](#)