

Gestión de un alvéolo post-extracción en zona estética con implante Prama RF

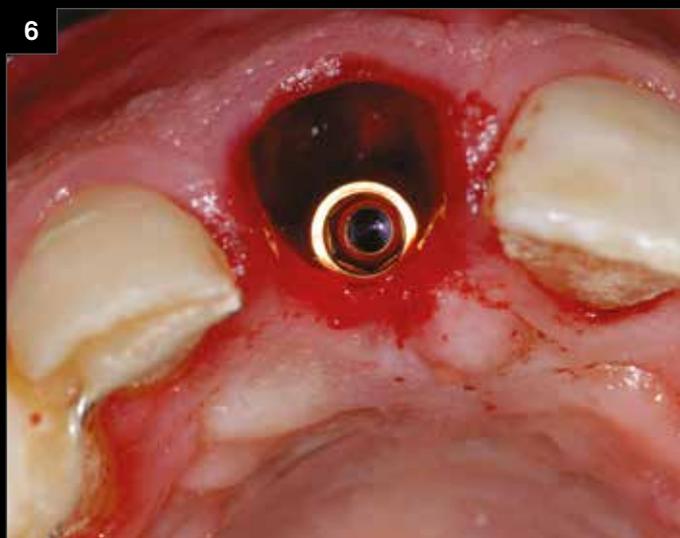
Dr. Roberto Luongo, Prot. Leonardo Colella, Bari, Italia

Un paciente caucásico de 35 años ha sufrido la fractura del elemento 1.1 debido a un accidente de moto. Este accidente supuso la fractura horizontal compuesta del elemento dental que se ferulizaba de manera provisional a los dientes cercanos. Luego se propuso al paciente la extracción del elemento 1.1. y la inserción simultánea de un implante Prama RF post-extracción y rehabilitación protésica con una corona y abutment sin metales.

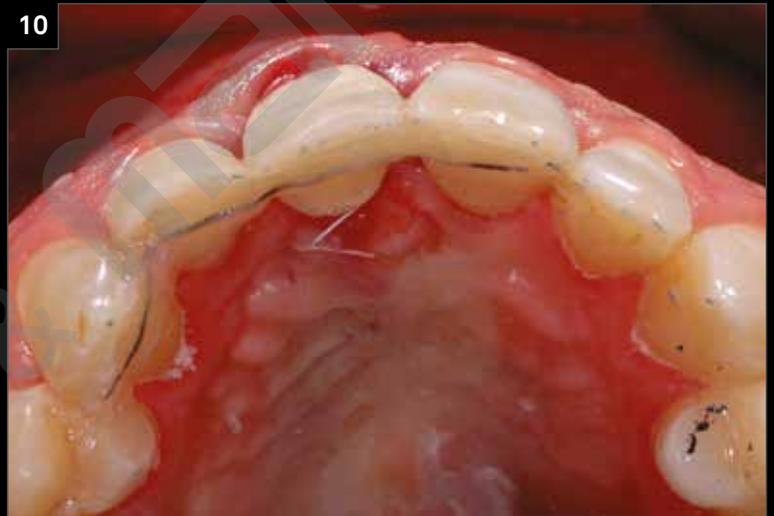
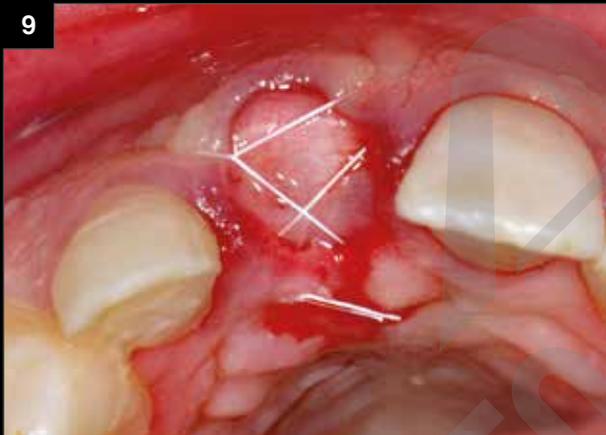
“El uso de un implante Prama RF me ha permitido preservar los volúmenes óseos y gingivales que he conseguido obtener con gran dificultad en la fase post-extracción a través de una técnica de preservación del alvéolo. En particular, la presencia de la unión implante/abutment a nivel supracrestal me ha permitido alejar el microgap de las corticales óseas, reduciendo la reabsorción ósea peri-implantaria y permitiendo una mejor estabilidad de los tejidos gingivales alrededor de la corona protésica. Además, la imagen Cone Beam sacada casi seis meses después de la intervención, evidencia la presencia de hueso en el cuello del implante, lo que refleja la osteo-conductividad del cuello UTM anodizado del implante Prama.

No creo que hubiera podido obtener estos mismos resultados en cuanto a integración biológica y estética con otro tipo de implante. Prama me ha permitido disfrutar tanto de las ventajas de un implante «tissue level» con conexión protésica supracrestal como de las de un implante «bone level», permitiéndome realizar una cirugía de dos fases, lo que resulta muy importante en casos de estabilidad implantaria no adecuada para el posicionamiento de un provisional inmediato.”

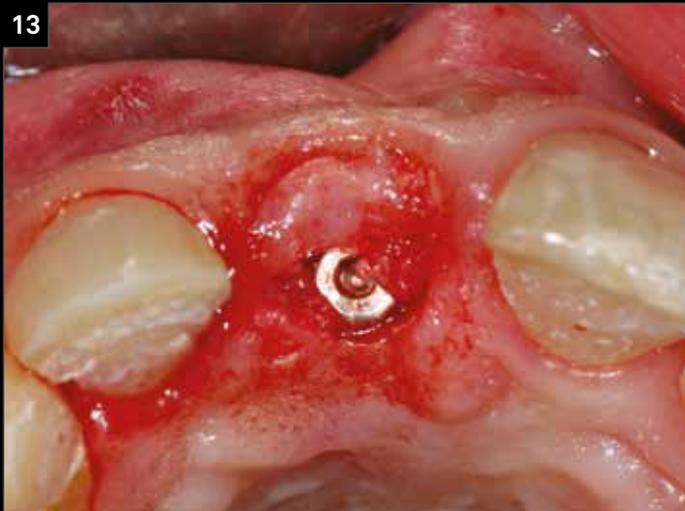
(Dr. Roberto Luongo)



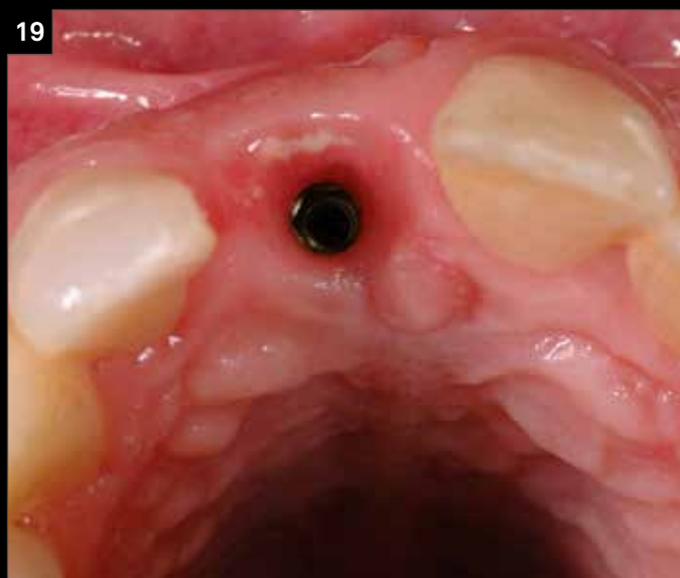
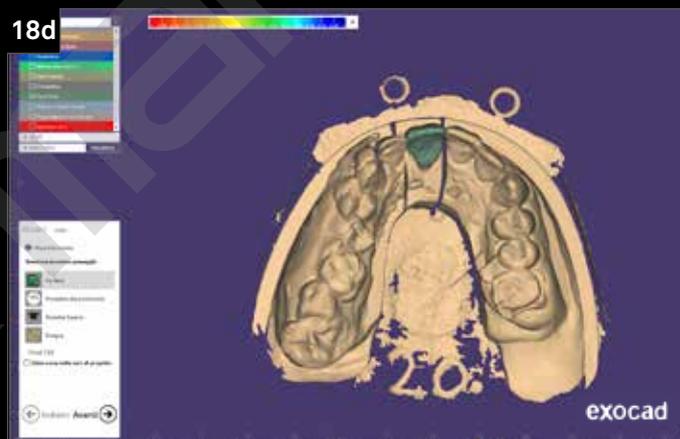
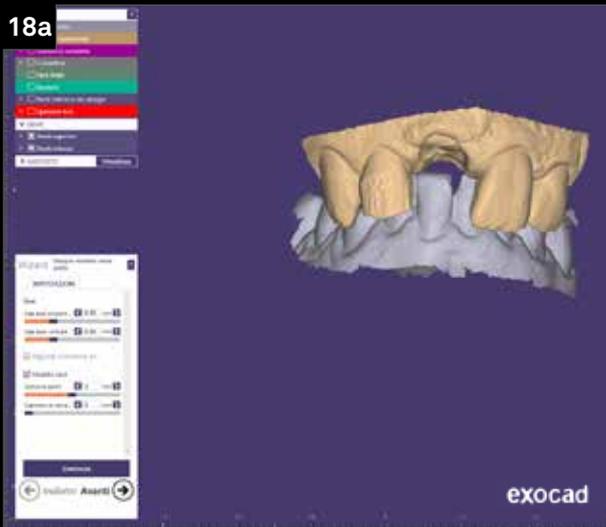
1. Situación radiográfica inicial de la que se observa la fractura del elemento 1.1
2. Situación clínica inicial.
3. Se realiza la extracción atraumática del elemento fracturado y el desbridamiento del alvéolo.
4. Sondaje de la cresta ósea residual que detecta la falta parcial de la pared ósea vestibular.
5. Preparación del sitio implantario con fresas específicas prestando atención a ocupar la pared ósea palatal.
6. Después de comprobar la preparación correcta del sitio implantario en los tres planos del espacio, se inserta un implante Prama RF 4.25 x 13 mm.



7. Visión vestibular del implante *in situ*.
8. Para evitar el colapso fisiológico de la pared ósea vestibular residual, ya perjudicada de manera parcial, se inserta una membrana reabsorbible de cortical ósea porcina y biomaterial granular con colágeno de origen porcino.
9. Sutura con la parte coronal de la membrana para la protección del sitio.
10. Posicionamiento de la corona del elemento extraído, moldeado de manera adecuada en su porción cervical y ferulizada en el lado palatal de los dientes cercanos a través de un hilo ortodóntico y con técnica adhesiva.
11. Control radiográfico durante la intervención.
12. Apertura a los 4 meses de la intervención.

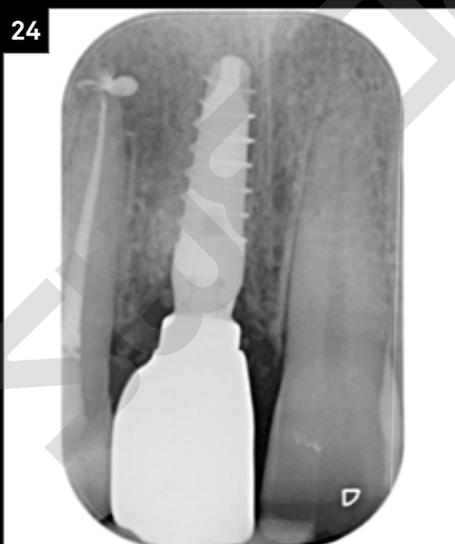
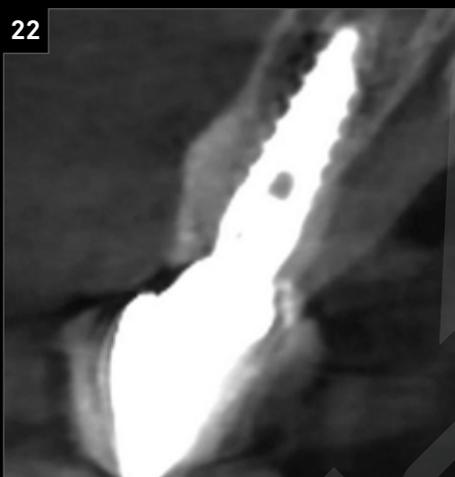


13. Se procede a la apertura del tornillo quirúrgico de cierre del implante a través de una incisión semilunar.
14. Toma de impresión de precisión.
15. Visión frontal del pilar de zirconio *in situ*.
16. Visión oclusal del pilar de zirconio *in situ*.
17. En la misma sesión se posiciona un provisional para acondicionar los tejidos.



18. Diseño CAD-CAM de la corona definitiva.

19. Detalle de la cicatrización de los tejidos peri-implantarios en el momento de la entrega de la corona definitiva: residuos de particulado englobado en los tejidos blandos vestibulares sin indicios clínicos de inflamación evidencian su buena cicatrización.



- 20. Corona definitiva de disilicato de litio cementada con cemento resinoso *in situ*.
- 21. Detalle de la cicatrización de los tejidos.
- 22. Imagen Cone beam a los 6 meses en la que es posible observar el engrosamiento óseo obtenido en la pared ósea vestibular, fundamental para el mantenimiento de los tejidos blandos a largo plazo.
- 23. Seguimiento clínico a los 12 meses.
- 24. Seguimiento radiográfico a los 12 meses.

Pide tu copia gratuita

PRAGMATICO

en el siguiente [enlace](#)