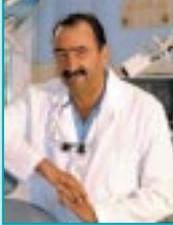




La Implantología Sencilla Paso a Paso Edentulismo Parcial con Compromiso Estético

Fase quirúrgica

DR. JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ



Médico estomatólogo.
Doctor en Medicina y Cirugía.
Cirujano oral y maxilofacial.
Periodoncia e Implantología exclusivas.
Director de la Clínicae Gingiva. Madrid.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente portadora de una prótesis removible superior.

Presenta edentulismo parcial bilateral por ausencia de 16, 14, 13, 23 y 24.

En la exploración clínica mediante palpación, se observa un grosor adecuado del proceso alveolar y un espacio interoclusal conservado.

Mediante estudio radiográfico y tomográfico, se comprueba la calidad y cantidad de hueso disponible y se calcula la longitud de fijaciones que serán implantadas.

Se indican la colocación de 5 implantes del sistema ITI superficie SLA para la rehabilitación protésica.





Sobre modelos de estudio, y con la ayuda de los indicadores de distancia para implantes, podemos confeccionar, de forma sencilla, férulas o guías quirúrgicas de resina acrílica.



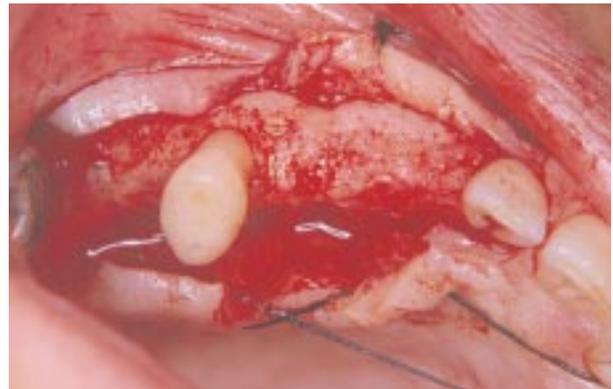
Se inicia el procedimiento quirúrgico con una incisión supra-crestal ligeramente desplazada hacia palatino en el tramo edéntulo e incisiones intrasulculares en los dientes vecinos.



Estas férulas serán de gran ayuda para realizar el fresado inicial, evitando la colocación de los implantes en zonas inadecuadas (espacios interdentarios).



Se levanta tanto por vestibular como por palatino un colgajo mucoperióstico de espesor total.



24

Vista general de las férulas quirúrgicas.



Con la ayuda de la férula quirúrgica iniciamos el fresado secuencial con la fresa esférica de marcaje.



Con la ayuda de la férula quirúrgica y los indicadores de distancia para implantes comprobamos la idoneidad de la posición de nuestro fresado inicial.



Con la ayuda de paralelizadores se prepararán los siguientes lechos, comprobando que la dirección de los mismos es adecuada, evitando la excesiva inclinación hacia vestibular o hacia palatino.



Debemos comprobar que existe el espacio suficiente para la formación de neopapilas entre los implantes y entre los implantes y los dientes naturales, y facilitar así la higiene de estos espacios.



Se aumentará el fresado del lecho progresivamente con las fresas de 2,8 mm y 3,5 mm.



Se realiza la preparación progresiva de los lechos óseos mediante fresas helicoidales. Fresa de 2,2 mm.

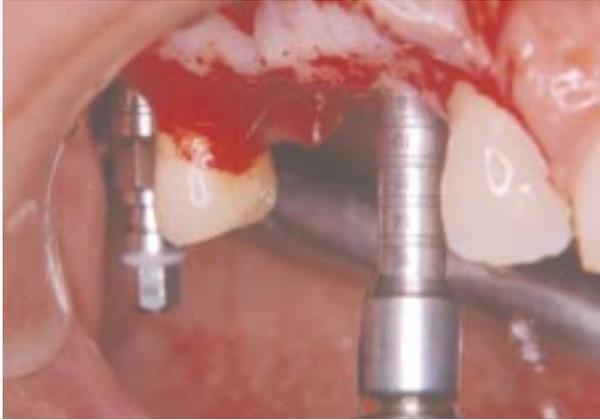


Una vez comprobado que el lecho óseo tiene la longitud adecuada, mediante la regla-paralelizador, se realiza el avellanado del hueso para recibir la porción más cervical del implante.

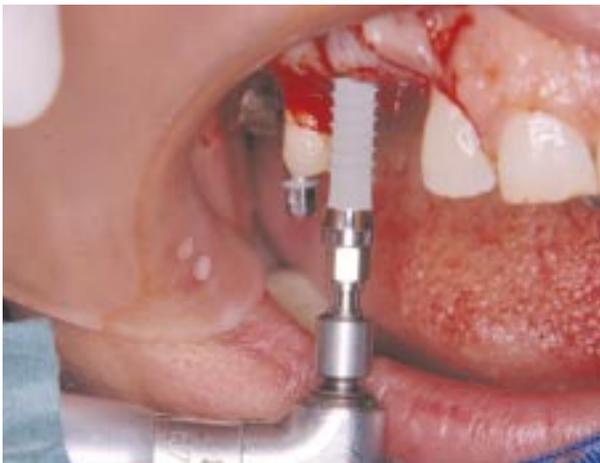




Con la ayuda del macho de terraja se realiza, a baja velocidad, el labrado de la rosca. Este paso a su vez puede realizarse manualmente con una llave de carraca.



Cuidadosamente llevamos el implante al lecho receptor, evitando en todo momento contaminar su superficie estéril.



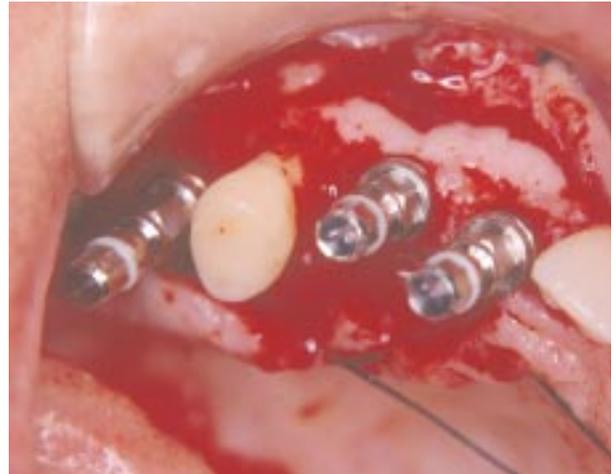
Con irrigación profusa, para evitar el calentamiento del hueso, los implantes son roscados de forma mecánica a baja velocidad.



La colocación de los implantes también puede llevarse a cabo mediante una llave de carraca. Con esta maniobra comprobamos la estabilidad primaria de los implantes.



Imagen de los implantes una vez colocados con las piezas transportadoras.



Para la retirada de estas piezas transportadoras usaremos una llave antirrotacional que estabilice el implante y usaremos la llave de carraca con un sentido antihorario.



Para proteger la rosca interna del implante, se colocan "tornillos de cierre". En las zonas estéticas donde los implantes quedarán enterrados, estos tornillos quedarán a ras del cuello de los implantes.

En el implante a nivel del 16, colocaremos un tornillo alto, ya que será su proceso de cicatrización en una fase.



Los implantes son enterrados bajo el colgajo mucoperiostico y éste es suturado mediante puntos sencillos con sutura de seda 2/00.



En el tramo edéntulo izquierdo (23, 24) se colocan dos implantes con el mismo procedimiento.



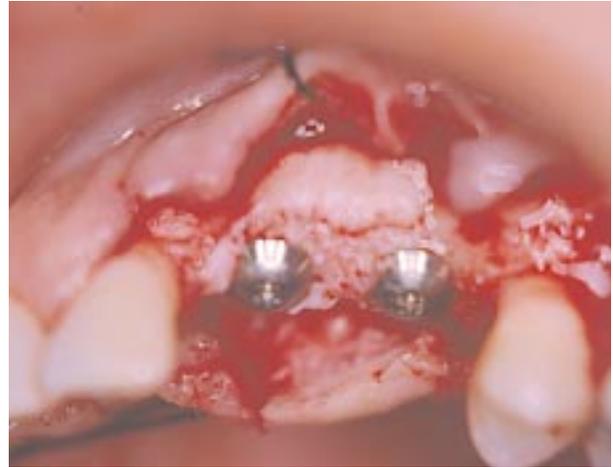


Imagen de la zona quirúrgica tras la retirada de la sutura. El periodo de osteointegración será de 3 meses.

