



# Implante inmediato en un caso de fractura radicular



DR. JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ

## AUTOR

**Dr. Javier García Fernández**  
Médico estomatólogo.  
Doctor en Medicina y Cirugía  
Cirujano oral y maxilofacial.  
Periodoncia e Implantología  
exclusivas.  
Director de la Clinicae Gingiva.  
Madrid

## El problema: presentación del caso

- Paciente remitida a nuestra consulta por su odontólogo general, presentando un absceso agudo palatino a nivel del segundo premolar izquierdo, que fistuliza posteriormente a unos 3 mm del margen gingival. El diente soporta una corona de metal porcelana. Al sondaje periodontal se aprecia una bolsa profunda de 12 mm en el ángulo mesiopalatino.
- A la exploración radiológica se aprecia una imagen radiolúcida en dicho ángulo.

## La solución: plan de tratamiento

- Ante la evidente sospecha de un síndrome de fractura radicular se procede a la exposición quirúrgica de la raíz, confirmándose este diagnóstico.
- Tras el desbridamiento de los tejidos de granulación se aprecia una línea profunda de fractura radicular. Se indica su exodoncia quirúrgica.
- Para evitar el colpaso del alveolo, regenerar el defecto óseo y mantener al máximo los tejidos gingivales, eliminando la infección, se deja enterrada la raíz durante un período de dos meses.
- Se procede a la exodoncia quirúrgica del resto radicular, colocando un implante Frialit 2.
- Tras un período de osteointegración de seis meses, se conecta el pilar de cicatrización.
- A los 15 días, tras la cicatrización mucosa periimplantaria, se procede a la confección de la prótesis de metal porcelana.

## Situación clínica previa.

Imagen clínica del absceso palatino una vez fistulizado. Al sondaje periodontal se encuentra una bolsa de gran profundidad (12 mm).



En la radiografía periapical se aprecia una imagen radiolúcida en la zona mesial del segundo premolar. Los tabiques óseos interproximales se encuentran conservados.





- Al realizar la exploración quirúrgica, levantando un colgajo de espesor total, y una vez eliminados los tejidos de granulación, se aprecia un gran defecto angular en la zona mesio-palatina de una sola pared, aunque en profundidad el defecto es de tres paredes.
- La raíz presenta una línea de fractura longitudinal desde la corona hasta su ápice.



Mediante una fresa de diamante a alta velocidad se procede a la sección de la corona. Rebajamos la raíz a la altura de los márgenes óseos.



- Se procede al raspado y alisado radicular del resto radicular y a la limpieza cuidadosa del defecto óseo, eliminando restos de tejido infectado y de granulación.
- El defecto óseo es rellenado mediante un injerto óseo autólogo recogido de la zona vestibular y tuberositaria de la paciente, mezclado con injerto óseo liofilizado desmineralizado.



Para promocionar la regeneración tisular guiada se coloca una membrana reabsorbible de colágeno (Paroguide) y así sellar tanto la raíz como el defecto óseo alveolar.



El colgajo palatino y vestibular se sutura con hilo de seda de 2/0, intentando aproximar al máximo sus bordes.



- Imagen del alveolo una vez cicatrizado.
- Obsérvese que no existe el colapso del hueso alveolar y que se mantiene, casi totalmente, cubierto el resto radicular por los rodetes gingivales.





A los dos meses se realizan incisiones intrasulculares con dos descargas verticales a nivel de las papilas mesiales del primer premolar y se levanta un colgajo de espesor total.



Gracias al crecimiento de los tejidos blandos por encima del resto radicular, podemos suturar el colgajo vestibular y palatino por primera intención, contactando sus bordes. Para facilitar esta operación, podemos despegar ampliamente el colgajo vestibular de su unión perióstica.



- Con un botador fino se procede a la exodoncia cuidadosa del resto radicular.
- Obsérvese la regeneración del defecto óseo en el ángulo mesio-palatino.

- Imagen a los 20 días de la intervención.
- Obsérvese que no existe exposición del implante.



En este momento se procede a la colocación de un implante inmediato de 6,5 de diámetro y 13 mm de longitud, del tipo Frialit 2.

Durante un periodo de seis meses el implante queda enterrado para su osteointegración.





Transcurrido este tiempo se procede a la conexión de un modelador gingival o pilar transepitelial de cicatrización.



A los 15 días, una vez cicatrizados los tejidos blandos alrededor del implante, se realiza la toma de impresión con un pilar de transferencia.



Conexión al implante del pilar transepitelial definitivo, adaptándose en el laboratorio protésico la altura transepitelial necesaria.



Imagen de la radiografía periapical, donde se comprueba la perfecta adaptación del pilar al implante.



Prueba de la estructura metálica de la corona.



- Colocación de la corona de metal porcelana atornillada al pilar transepitelial (trabajo técnico realizado por don José Ángel Ávila).
- Se sella mediante una obturación de composite.



Imagen radiológica a los cuatro años de la finalización del tratamiento.



Imagen clínica de la corona a los cuatro años de finalización del tratamiento.

