



Implante unitario en una enfermedad periodontal avanzada. Sistema ITI*.

Fase quirúrgica (1ª parte)



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

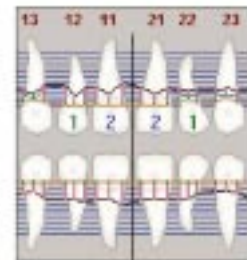
Presentación del caso

Paciente de nuestra consulta diagnosticada y tratada de una enfermedad periodontal rápidamente progresiva. Al comienzo de su tratamiento presenta una movilidad de grado 2 en el incisivo central superior derecho, con pérdida de inserción, tanto por vestibular como por palatino, de 6 a 8 milímetros. En la radiografía periapical se aprecia una destrucción ósea que llega al tercio apical de la raíz.



Resolución del caso. Comentarios a la técnica

Durante la fase desinflamatoria de raspado y alisado radicular se procedió a la exodoncia del 11 y a la colocación de una prótesis inmediata provisional. Tras la fase quirúrgica, y una vez controlada su enfermedad periodontal, se procede a la colocación de un implante unitario del sistema ITI (superficie SLA) transmucoso para evitar dañar las papilas interdentarias. Transcurridos tres meses de osteointegración, se procede a la construcción protética del incisivo central.



| | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Profundidad Sonda Vestibular | 040206 | 071386 | 080408 | 080406 | 040304 | 040304 |
| Recesión Gingival Vestibular | 010201 | | | | 010204 | 010304 |
| Pérdida de Inserción Vestibular | 020407 | 071386 | 080408 | 080406 | 020505 | 020505 |
| Profundidad Sonda Palatina | 040306 | 060607 | 060608 | 060606 | 060604 | 030304 |
| Recesión Gingival Palatina | | | | | | |
| Pérdida de Inserción Palatina | 040306 | 060607 | 060608 | 060606 | 060604 | 030304 |

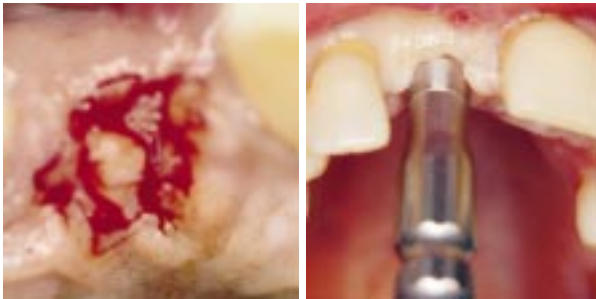
(*) Superficie chorreada con arena de grano grueso y atacado con ácido.



Imagen clínica a los 15 días tras realizar la exodoncia. Debemos esperar a la cicatrización completa de los tejidos blandos del alveolo y a la maduración de las papilas interdenciales. Con la ayuda de la radiovisiografía (Digora) y tomografía se proyecta la colocación de un implante de 14 mm de longitud por 4,1 de diámetro roscado macizo.



Con la ayuda de un bisturí circular de 4,2 mm de diámetro delimitamos una incisión circular en el centro del reborde alveolar edéntulo.



Eliminamos el botón epitelial y conectivo mediante hoja de bisturí nº 15 de Bard Parker, exponiendo una superficie ósea de 4,2 mm de diámetro.



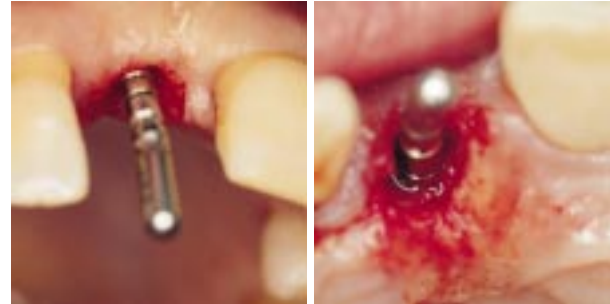
Se inicia el fresado del lecho óseo con el marcaje con fresa esférica de 3,1 de diámetro (velocidad 1.000 rpm) e irrigación profusa con suero salino estéril.



Se labra el lecho óseo con una fresa piloto de 2,2 de diámetro (velocidad 800 rpm) con irrigación profusa con suero estéril para refrigerar la fresa.



Con la ayuda de un verificador de dirección de 2,2 mm de diámetro comprobamos la profundidad del primer fresado y la dirección del mismo. Debemos ser precavidos para hacer un fresado en el proceso alveolar, saliendo, a ser posible, en la zona cingular del diente a tratar.



Aumentamos el lecho óseo de forma progresiva con la segunda fresa piloto de 2,8 mm de diámetro.



En todo momento controlamos la profundidad y dirección del fresado. En este momento usamos el indicador de dirección y profundidad de 2,8 mm de diámetro.

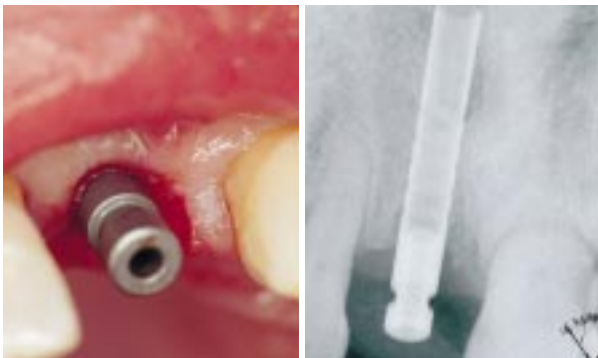




La última fresa que preparará la longitud definitiva del lecho óseo receptor del implante será la fresa helicoidal de sección llena de 3,5 mm de diámetro.



Con la ayuda del medidor de profundidad para implantes macizos de 3,5 mm de diámetro comprobaremos la profundidad final del lecho y su dirección hacia la futura zona cingular del diente. Si no hemos alcanzado la distancia deseada, en este caso de 14 mm, volveremos a profundizar el lecho con la fresa anterior. En este momento podemos realizar una comprobación radiográfica del lecho óseo preparado.



Con la finalidad de enterrar el implante para conseguir un buen resultado estético, avellanamos la entrada del orificio óseo con una fresa de perfil larga, reproduciendo así la configuración cónica del cuello del implante.

Con el medidor de profundidad de 2,8 mm de diámetro comprobamos que en su parte intermedia un hombro queda a ras del hueso.



Una vez terminado el fresado a alta velocidad, pasaremos a labrar las roscas del lecho óseo con un macho de terraja de 4,1 mm de diámetro, bien de forma manual o con instrumento rotatorio a baja velocidad (velocidad 15-25 rpm).



La implantación del tornillo se realizará bien de forma manual con adaptador para llave de carraca o de forma motorizada usando el adaptador para contraángulo.



El implante es introducido en su lecho óseo a baja velocidad (15-25 rpm) y con irrigación profusa con suero salino.



Con la ayuda del adaptador y la llave de carraca se procede a la comprobación de la estabilidad primaria del implante, aplicando dos o tres vueltas finales de forma manual en sentido horario.





Con la llave de retención para la pieza de transferencia estabilizamos el implante. Cambiando el sentido a la llave de carraca, ahora en sentido antihorario, aflojamos y quitamos la montura del implante...



...quedando así el tornillo de titanio enterrado en el fondo de los tejidos blandos.



Con la ayuda de la pinza AS con bloqueo estabilizamos un casquillo de cicatrización Esthetic Plus y lo apretamos con un destornillador SCS largo.



Imagen en detalle una vez concluida la intervención. Al no haber levantado un colgajo no se precisan puntos de sutura.

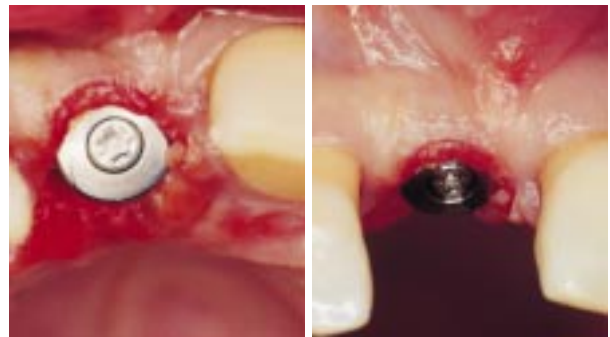


Imagen postoperatoria a los 7 días (izquierda) y a los 15 días (derecha).



Imagen a los 30 días. Hay cicatrización total de los tejidos blandos alrededor del implante, conservándose las papilas interdentarias.

