

Tratamiento de la agenesia de un incisivo lateral superior



Dr. Daniel I. Ostrowicz

Odontólogo.
Barcelona.



Introducción

En múltiples ocasiones, la posibilidad de colocación de implantes se encuentra con ciertos desafíos a la hora de realizarlos.

El enfoque de la odontología integrada nos da una interrelación entre las distintas especialidades, fundamental para el logro de un resultado estético y funcional óptimo.

Cabe señalar que la estética dental se ha convertido en objetivo primario en el tratamiento odontológico moderno.

Debido a la gran demanda estética exigida por nuestros pacientes, que ven su dentadura como una parte importante de su imagen personal, ha obligado a los profesionales, conjuntamente con la industria, a que dediquen continuos esfuerzos para investigar técnicas y materiales que faciliten lograr ese objetivo.

Uno de los casos más frecuentes es la falta de espacio entre las piezas vecinas, que puede deberse a extracciones realizadas hace mucho tiempo, y que no contaron con la reposición debida o con mantenedores de espacio, o bien a la ausencia de piezas dentarias por agenesia.

La mayoría de estos casos requieren tratamiento ortodóntico previo a la implantación.

Es propósito de este artículo presentar un caso de agenesia de un incisivo lateral superior.

Agenesia de un lateral superior

Una paciente, con una radiografía panorámica, fue remitida a mi consulta para solicitar la colocación de un implante en la zona del 22.

Clinicamente observamos que la paciente está bajo tratamiento ortodóntico. La radiografía panorámica (fig. 1) nos corrobora nuestra impresión clínica.

Lo primero que podemos notar es la convergencia apical de las piezas 21 y 23, que hacen imposible cualquier intento de una correcta implantación (fig. 2). Igualmente, observamos una situación similar en la zona 25-27 (fig. 3).

En este artículo sólo nos ocuparemos de la zona del incisivo lateral superior izquierdo. Previa conversación con el profesional que está realizando el tratamiento ortodóntico, la paciente fue remitida nuevamente al especialista a fin de que procediera a la mejora del paralelismo de las raíces de dichas piezas dentarias (21-23) y buscara una solución a la zona del 26.

Mientras el ortodoncista procedía a corregir los problemas anteriormente señalados, se llevó a cabo el tratamiento de la zona 45-47, con la exodoncia del 47 y la colocación de implantes, así como sus respectivas restauraciones (fig. 4).

Una vez logrado por medio de la ortodoncia el paralelismo apical de los dientes 21 y 23, tendremos la posibilidad de proceder a la colocación del implante requerido (figs. 5 y 6).

Como casi siempre ocurre en los casos de agenesia, el espesor óseo bucolingual es angosto y no es el adecuado para recibir un implante, por lo que requiere la utilización de diversas técnicas quirúrgicas a fin de poder solucionar el caso favorablemente (figs. 7 y 8).



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

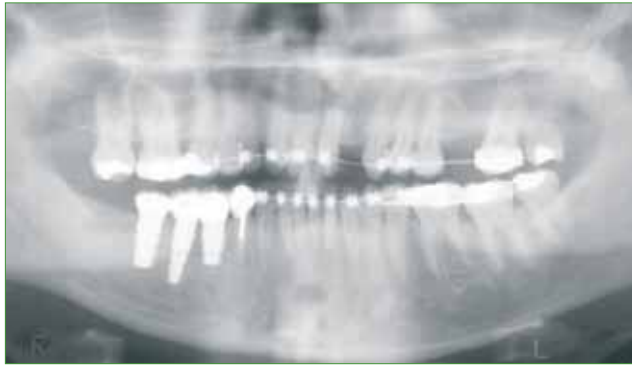


Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.



Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.



Fig. 13.



Fig. 14.



En este caso se ha recurrido a la expansión crestal, junto con un aumento por bucal de la tabla ósea por medio de la regeneración ósea guiada, en la que se ha utilizado hueso bovino y una membrana de colágeno.

La expansión crestal, si bien es una técnica relativamente sencilla, requiere de paciencia, ya que debe realizarse lentamente.

Previa anestesia infiltrativa vestibular y lingual, levantamos un colgajo a espesor total respetando la papila distal del 21 y la mesial del 23 (fig. 9).

Con el uso de un bisturí óseo ultrasónico (Piezosurgery, Mectron) (fig. 10) hacemos un corte a lo largo de la cresta.

Se debe señalar que cuanto más profundo y largo sea el corte, mejor se permitirá la separación en dos partes de la cresta, menor resistencia ofrecerá el hueso a la expansión ósea y, de esta manera, se evitará hacer cortes en el hueso para las descargas laterales.

A partir de este momento, comenzamos a utilizar los expansores roscados atraumáticos (Implant Microdent System) que nos permitirán ir lentamente y aumentar el espesor de la cresta (figs. 11 y 12).

Hemos elegido este tipo de expansores porque son muy confortables para el paciente, al evitar el uso del martillo, y al operador le resultan muy controlables.

Una vez obtenido el espesor óseo deseado, colocamos un implante Alpha Bio, de 3,3 mm de diámetro y, mediante un simulador de pilar de 15°, lo centralizamos para darle la exacta posición del hexágono interno, lo que facilitará la elección futura del pilar definitivo (fig. 13).

En sustitución del tornillo tapón primario para el sellado del implante, utilizamos el de cicatrización de segunda fase, ya que colocaremos los elementos protéticos dentro de los primeros quince días tras realizar el tratamiento quirúrgico (figs. 14 y 15).

Con la finalidad de que el grosor de la tabla vestibular no quedara muy delgado, y con el objetivo de mejorar el aspecto estético final, se agrega hueso bovino combinado con PRP (plasma rico en plaquetas) (figs. 16 y 17) y lo cubrimos con una membrana reabsorbible de colágeno (Collagene AT).

Sobre esta membrana utilizamos la fibrina obtenida del PRP (fig. 18).



Fig. 15.



Fig. 16.



Fig. 17.



Fig. 18.



Fig. 19.



Fig. 20.



Fig. 21.



Fig. 22.

Procedemos a hacer un ojal en la encía (colgajo), lo pasamos a través del tornillo de cicatrización y suturamos con hilo reabsorbible (figs. 19, 20 y 21).

A la semana nos encontramos con el aspecto reflejado en las figuras 22 y 23.

Al retirar el tornillo de cicatrización de segunda fase, se observa la cantidad de tejido blando que hemos obtenido, lo que nos podrá ir dando una idea del resultado estético final (fig. 24).

Procedemos a tomar la impresión con silicona de adición, intentando reproducir al máximo el espacio biológico.

Utilizamos para ello el poste de transferencia revestido en resina, que vamos adicionando lentamente en la medida que se va polimerizando (fig. 25).

Obtenido el modelo de trabajo, se prepara en el mismo el pilar y una funda provisional, con la finalidad de eliminar por una parte la ortodoncia y, además, preservar el espacio biológico conseguido, estimular la formación de las papilas y evitar la posible aparición de los "espacios negros interproximales" (figs. 26 y 27).

Basados en trabajos de investigación, es universalmente aceptado que este tipo de procedimiento se puede realizar durante los primeros quince días de cicatrización después de la colocación del implante dental.

La funda provisional será colocada de tal manera que esté fuera de contacto oclusal.

Pasados dos meses, hacemos un rebase de la funda provisional y comenzamos a provocar presión sobre la encía periimplantaria, que dará como consecuencia una isquemia temporal, pero que provocará el desplazamiento lateral de los tejidos blandos y terminará de dar forma casi definitiva a las papilas y un buen perfil de emergencia (fig. 28).

A los tres meses de la implantación, tomamos la impresión definitiva y, previamente a las pruebas pertinentes de color y de oclusión, se instala la funda de porcelana definitiva (figs. 29, 30 y 31).

En un control efectuado a los tres años, podemos ver cómo tanto el exámen radiográfico como la evaluación clínica nos demuestran los excelentes resultados funcionales y estéticos (figs. 32 y 33).

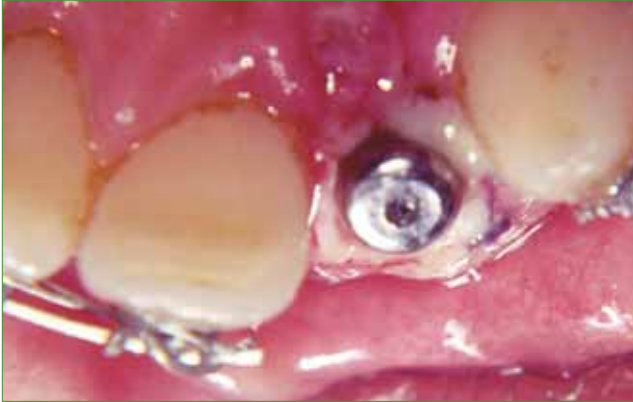


Fig. 23.



Fig. 24.



Fig. 25.

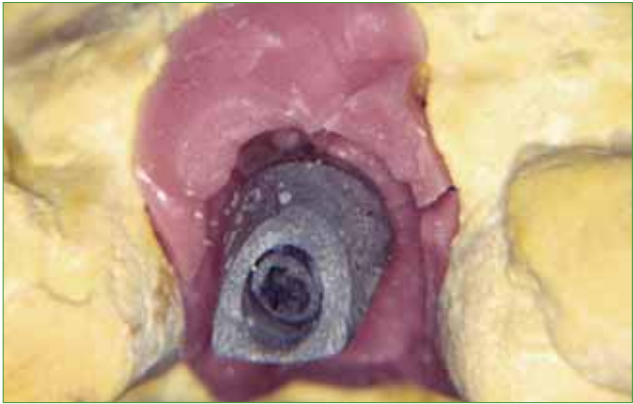


Fig. 26.



Fig. 27.



Fig. 28.



Fig. 29.



Fig. 30.



Fig. 31.



Fig. 32.



Fig. 33.

Conclusiones

Indudablemente, los parámetros de la estética se han convertido en el concepto más exigido dentro de nuestra práctica profesional. De hecho, si un tratamiento no comienza por tener claro el impacto estético que tendrá en nuestro paciente, el resultado puede ser negativo.

Ante casos de este tipo, donde en primera instancia el espesor óseo no es el ideal para la colocación de un implante de diámetro adecuado, es necesario recurrir a técnicas que permitan un aumento de dicho espesor, tratando además de evitar en lo posible las técnicas más agresivas, como son los autoinjertos tomados quirúrgicamente de otras zonas.

También es deseable recurrir a técnicas que den como resultado no tener que hacer más de una intervención quirúrgica, como la RTG (regeneración tisular guiada), además de la espera consabida.

La combinación en la utilización de un bisturí óseo ultrasónico y los expansores atraumáticos roscados dan un excelente resultado, por lo que es una técnica de fácil realización, menos agresiva, de resultados predecibles y que se lleva a cabo en una sola intervención. □

Bibliografía

1. Park, J.B. Ridge Expansion with acellular dermal. Matriz and deproteinized bovine bone: A case report. *Clinical Science and Techniques. Implant Dentistry* 16(3)246-251, September 2007-11-11.
2. Blus C, Szmukler-Monder S. Split-crest and immediate placement with ultra-sonic bone surgery: a 3-year life-table analysis with 230 treated sites. *Clinical Oral Implants Research*, Volume 17, Issue 6, Page 700-707, Dec 2006.
3. Von Arx T, Buser Horizontal D. Bridge augmentation using autogenous block grafts and the guided bone regeneration technique with collagen membranes: a clinical study with 42 patients. *Clinical Oral Implants Research*, Volume 17, Issue 4, Page 359-366, Aug 2006.
4. Adell R, Lekholm U, Gröndahl K, Branemark P-I, Lindström J, Jacobson M. Reconstruction of severely resorbed edentulous maxillae using osseointegrated fixtures in immediate autogenous bone grafts. *Int. J. Oral Maxillofac Implants* 1990; 5:233-46.
5. Sethi A, Kaus T. Maxillary Ridge Expansion with simultaneous implant placement 5-year Results of an Ongoing Clinical Study. *Int J. Oral Maxillofac Implants* 2000; 15:491-9.
6. Coatoam GW, Mariotti A. The segmental ridge-split procedure. *J. Periodontology* 2003;74:757-70.
7. Eppley, Barry L, MD, DMD. Periodontal evaluation in patients undergoing maxillary expansion. *Clinical notes. Journal of Craniofacial surgery* 12 (1):95, enero 2001.
8. Spear FM, Kokich VG, Mathews, DDS. Tratamiento interdisciplinar de intervenciones estéticas-dentales anteriores. *Jada*, Vol.1 n°2 diciembre 2006.
9. Gómez G, Handtmann S, Axmann D, Wuest AK, d'Hoedt B, Schulte W. La implantación con ensanchamiento simultáneo de cresta alveolar. *Quintessence* (ed esp) 1996;9:185-94.
10. Silverstein LH, Kurtzman GM, Moskowitz E, Kurtzman D, Hahn J. Aesthetic enhancement of anterior dental implants with the use of tapered osteotomes and soft tissue manipulation. *J Oral Implantol* 1999; 25:18-22.