

Ficha Clínica

INJERTO «ONLAY» CON EXTRACCIÓN DE LA RAMA

Aumento de cresta horizontal con extracción de la rama homolateral.



Caso del Prof. Danilo Alessio Di Stefano
Profesional independiente en Milán,
Italia
distefano@centrocivitali.it

La extracción de sitios intra-orales es una opción de tratamiento preferible en caso de reconstrucciones alveolares de media o pequeña entidad, dado que es menos invasivo respecto a las extracciones extra-orales, que deben reservarse para las reconstrucciones mayores.

La rama montante se encuentra entre los sitios para donación más indicados para el objetivo, dado que está asociada a una baja morbilidad respecto a otras sedes de extracción.¹ De este sitio se extrae un hueso prevalentemente cortical que presenta buena densidad y una escasa reabsorción.

Las ventajas para el paciente respecto a la extracción de otros sitios intra-orales y en particular respecto de la sínfisis mentoniana, incluyen un menor malestar funcional y estético, dada la baja incidencia de alteraciones neurosensoriales en la zona de extracción y el reducido compromiso que este acceso le genera al perfil del rostro.²

1. Capelli M., et al. Autogenous bone graft from the mandibular ramus: a technique for bone augmentation. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 23,277–285 (2003).

2. Misch CM., et al. Ridge augmentation using mandibular ramus bone grafts for the placement of dental implants: presentation of a technique. *Pract. Periodontics Aesthetic Dent.* 8,127–135 (1996).

Materiales

Una vez terminada la intervención reconstructiva, el sitio injertado ha sido recubierto con la membrana de pericardio Heart (HRT-002, Bioteck).

La membrana Heart se obtiene de pericardio equino mediante un exclusivo proceso patentado que preserva su contenido de colágeno original y la trama tridimensional. Esto le otorga elevada resistencia

mecánica, largos tiempos de reabsorción y una buena manejabilidad, características útiles sobre todo para cubrir defectos extensos. Se adapta fácilmente a los perfiles anatómicos y no precisa fijación con tornillos o clavos.

Una vez injertada inicia una lenta degradación hasta su completa reabsorción.

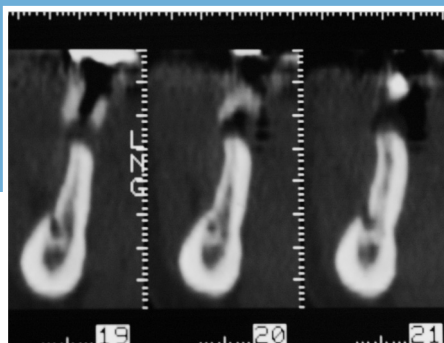


Fig. 1 – Tomografía computarizada preoperatoria de la cresta atrófica en sección transversal.

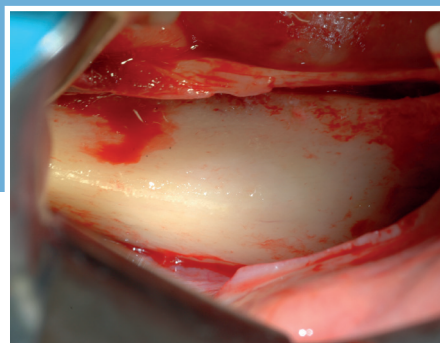


Fig. 2 – Desprendimiento del colgajo mucoperiostio y exposición de la rama mandibular.

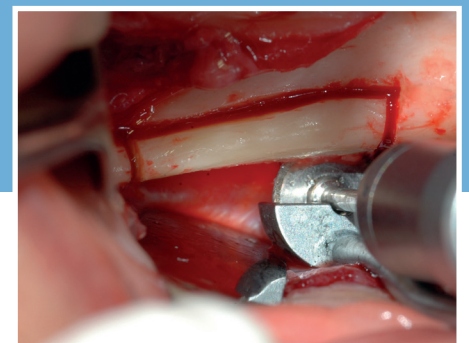


Fig. 3 – Un pasaje de la osteotomía realizado con instrumento rotatorio.



Fig. 4 – Fijación del injerto con un tornillo de osteosíntesis. Nótese como la parte posterior del injerto no está en contacto con el sitio receptor.

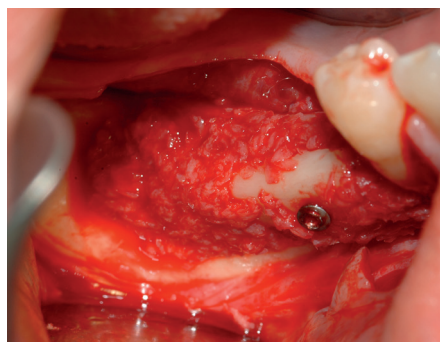


Fig. 5 – Llenado del espacio entre los dos corticales con chips de hueso autólogo.

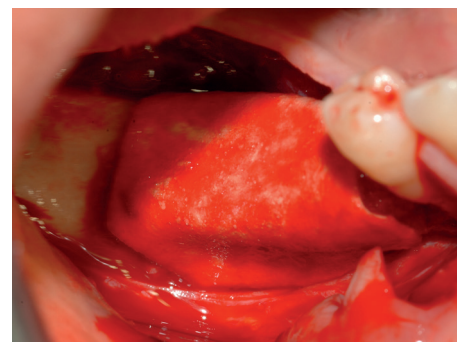


Fig. 6 – Cubierta del sitio injertado con la membrana de pericardio Heart.

INJERTO «ONLAY» CON EXTRACCIÓN DE LA RAMA

Aumento de cresta horizontal con extracción de la rama homolateral.

Cirugía

El caso describe la rehabilitación implanto protésica de una paciente parcialmente edéntula a nivel del cuarto cuadrante. El examen clínico y radiográfico evidenciaba una marcada atrofia de la cresta en sentido horizontal.

Se planificó una intervención de dos tiempos y una sola sede quirúrgica, que preveía un incremento horizontal con hueso autólogo extraído de la rama homolateral de la reconstrucción, después del posicionamiento de tres implantes. La ejecución de una extracción homolateral tenía el objetivo de reducir los tiempos quirúrgicos y los malestares para el paciente durante la intervención y durante el postoperatorio.

Después de haber cortado y desprendido un colgajo en todo el espesor a lo largo de la cresta ósea de la rama y de haberlo prolongado a la rama montante

de la mandíbula, se extrae una porción de hueso cortical utilizando un instrumento piezoeléctrico y uno con cuchilla rotatoria (MicroSaw Frios, Dentsply). Con un rascador de hueso se recogen astillas de hueso cortical. El taco óseo se fija al sitio receptor únicamente por el lado medio, generando un espacio entre la cortical lingual y el injerto que se rellena con astillas de hueso autólogo extraídas de la rama. Todo se cubre con la membrana de pericardio Heart.

Cinco meses después, se procedió al posicionamiento del implante en las sedes 4.5, 4.6 y 4.7 previa extracción de biopsias destinadas al análisis histológico. El descubrimiento de los implantes (XiVE, Dentsply) se realizó tres meses después y, pasados otros tres, se entregó la prótesis provisoria. Siete meses más tarde se completó la rehabilitación definitiva.



Fig. 7 – Reapertura del sitio regenerado. El tornillo de osteosíntesis evidencia el punto de posicionamiento del injerto; nótese la óptima integración entre este y el sitio receptor.

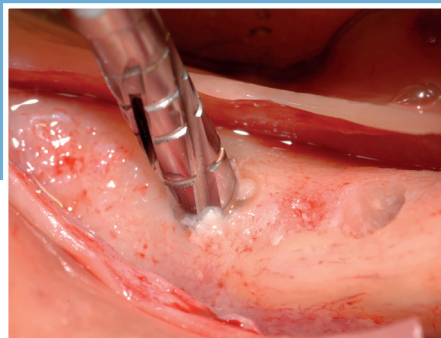


Fig. 8 – Extracción de muestras óseas de los sitios de posicionamiento del implante.

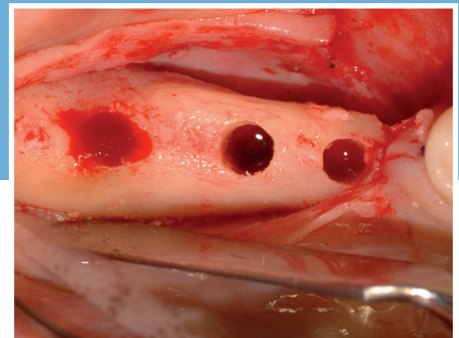


Fig. 9 – Osteotomías implantarias. Nótese el abundante sangrado de los sitios, signo de un buen arraigo del injerto y factor propedéutico para la osteointegración.

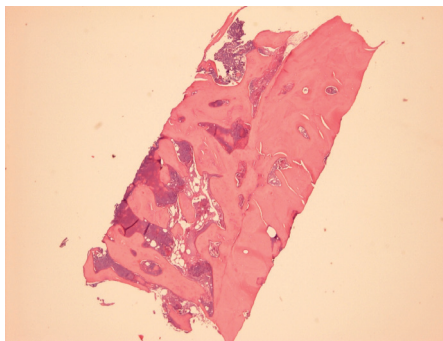


Fig. 10 – Coloración hematoxilina/eosina de una muestra ósea extraída del sitio regenerado. Nótese la preponderancia de material eosinófilo, correspondiente al hueso neoformado.

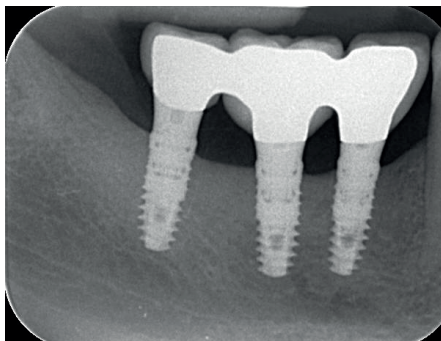


Fig. 11– Radiografía intraoral a los seis años y cuatro meses del posicionamiento del implante que muestra los implantes correctamente ubicados y el mantenimiento del volumen óseo vertical.



Fig. 12– TAC Cone Beam realizada seis años y siete meses después de la implantación que pone en evidencia el mantenimiento del volumen horizontal del sitio injertado.