

IMPLANTE INMEDIATO POST-EXTRACCIÓN ASOCIADO A *SOCKET PRESERVATION* (PRESERVACIÓN DE ALVÉOLO)

Empleo de una pasta ósea y de una matriz de colágeno para la gestión del alvéolo post-extracción.



Caso del Dr. Giacomo Tarquini
Dentista independiente
en Roma, Italia
g_tarquini@libero.it

El manejo correcto del alvéolo post-extracción es de fundamental importancia para el éxito de la rehabilitación, tanto en caso de colocación inmediata del implante, como diferida.

La colocación de un implante inmediato post-extracción es una elección que ahorra tiempo quirúrgico, logrando una rehabilitación más rápida del paciente.

Al mismo tiempo que se coloca el implante, incluso cuando el grosor del hueso es suficiente para darle estabilidad primaria, a menudo es aconsejable realizar una intervención de regeneración ósea periimplantaria. La regeneración se puede realizar gracias al uso de un biomaterial: esto no solo tiene la función de llenar físicamente la cavidad entre el implante y las paredes del alvéolo, sino también restaurar y preservar la anatomía correcta de los tejidos duros y blandos, para recrear una condición más favorable para el éxito de la rehabilitación, desde un punto de vista tanto estético como funcional.

El cirujano puede dejar que los tejidos blandos cicatricen por segunda intención: esta elección, además de ser más simple y rápida desde el punto de vista de la intervención, también es menos invasiva para el paciente. En este caso, la cicatrización puede facilitarse por la presencia de un andamio apropiado, como una matriz de colágeno, capaz de garantizar una protección adecuada del injerto y, gracias a su estructura tridimensional y la presencia de colágeno, soportar y facilitar la regeneración del tejido blando.

Materiales

La intervención se realizó utilizando un sustituto óseo en pasta (Activabone Mouldable Paste, Bioteck, Italia) y una matriz de colágeno tridimensional (Xenomatrix, Bioteck, Italia).

Activabone consiste en un componente granular disperso en una matriz de polímero. El componente granular está compuesto a su vez por varios componentes: matriz ósea desmineralizada (DBM), microgránulos (<math><0,2\text{ mm}</math> de diámetro) de hueso esponjoso equino, gránulos (0,5-1 mm de diámetro) de hueso esponjoso y hueso cortical

equino. La matriz es un hidrogel polimérico enriquecido con vitamina C. Activabone tiene una maleabilidad excelente y se puede extruir directamente en el sitio del injerto. El sitio fue protegido usando Xenomatrix. Es un andamio tridimensional de colágeno apto para la regeneración de los tejidos blandos: una vez injertado, Xenomatrix puede ser repoblado por las células del tejido conectivo del paciente. También ejerce un efecto barrera que protege el injerto y previene la colonización por parte del tejido blando.



Fig. 1 – Aspecto clínico de la pieza 1.6 antes de la cirugía.



Fig. 2 – La apicectomía del elemento 1.6 se lleva a cabo mediante un dispositivo piezoeléctrico.

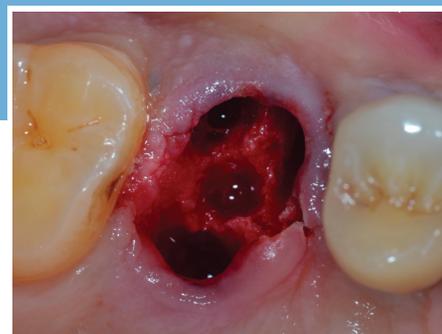


Fig. 3 – Preparación del túnel de implante.



Fig. 4 – Inserción de un implante de 4.0x10 mm.



Fig. 5 – El espacio periimplantario se rellena con injerto óseo en pasta (Activabone Mouldable Paste).



Fig. 6 – Aspecto del alvéolo injertado.

IMPLANTE INMEDIATO POST-EXTRACCIÓN ASOCIADO A SOCKET PRESERVATION (PRESERVACIÓN DE ALVÉOLO)



Empleo de una pasta ósea y de una matriz de colágeno para la gestión del alvéolo post-extracción.

Resultados

La ficha resume el caso de una paciente que presentaba la pieza 1.6 comprometida debido a una fractura de la corona. El plan de rehabilitación acordado preveía la eliminación de la pieza y la colocación inmediata del implante, junto con una intervención de regeneración ósea periimplantaria.

La pieza afectada ha sido extraída de forma atraumática, mediante apicectomía con insertos piezoeléctricos. El túnel del implante se preparó utilizando una técnica mixta, que implicó el uso de fresas rotatorias e insertos piezoeléctricos.

Fue insertado un implante oseointegrado de 4x10 mm. El injerto se realizó con la pasta moldeable Activabone: la pasta ósea se extruyó directamente en el sitio para rellenar el espacio periimplantario, con el fin de restaurar y conservar los volúmenes de cresta.

El sitio injertado se protegió utilizando una doble capa de matriz de Xenomatrix, como se describe en literatura¹⁻², colocando una porción en contacto directo con el injerto y solapando una segunda porción que se colocó debajo de los márgenes gingivales ligeramente desprendidos. Después de colocar la matriz, los colgajos se suturaron

con un punto en cruz pero quedando separados, dejando que se produzca la cicatrización por segunda intención. Tres meses después de la operación, se realizó una radiografía de control, que mostró la regeneración del tejido óseo dentro del alveolo post-extracción.

El implante luego se descubrió utilizando la técnica roll-flap. La observación clínica destacó el mantenimiento de la cresta ósea y la integración del biomaterial.

Se colocó un tornillo de cicatrización para permitir el acondicionamiento de los tejidos blandos.

Después de un período adecuado de cicatrización, el paciente fue rehabilitado definitivamente colocando una corona de metal y cerámica. A seis meses de la intervención, se realizó un control radiográfico que permitió evaluar el mantenimiento de los niveles periimplantarios.

1. Leonida A, et al. Rigenerazione dei tessuti molli perimplantari: case report (Regeneration of peri-implant soft tissues: a case report). Implant Tribune Italian Edition, November, 28-30 (2013).
2. Leonida A, et al. Socket preservation using enzyme-treated equine bone granules and an equine collagen matrix: a case report with histological and histomorphometrical assessment. J Contemp Dent Pract, 17, (11), 890-896 (2016).

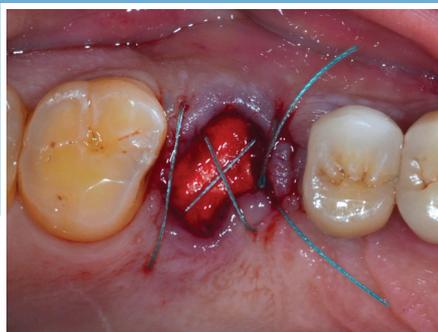


Fig. 7 - Injerto protegido por la matriz Xenomatrix estabilizada por un punto de sutura.



Fig. 8 - Radiografía intraoral 3 meses después de la intervención: es evidente la regeneración ósea en el alvéolo post-extracción.



Fig. 9 - Aspecto clínico del sitio a 90 días del injerto. Se destaca la excelente cicatrización de los tejidos blandos.

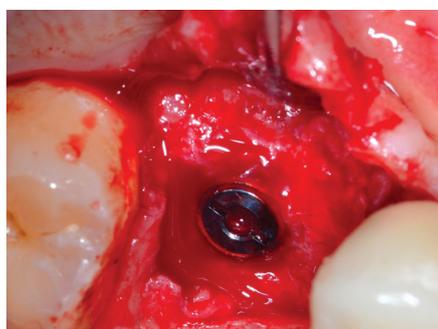


Fig. 10 - Exposición del implante: la observación clínica evidencia el mantenimiento de los volúmenes óseos.



Fig. 11 - Entrega de la prótesis definitiva de metal-cerámica.

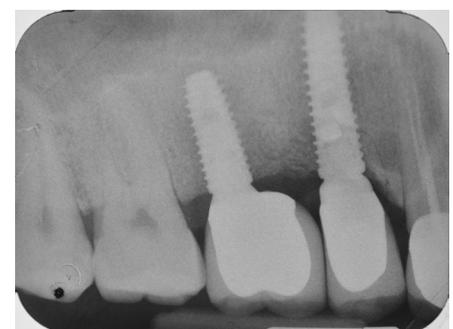


Fig. 12 - Radiografía 6 meses después de la intervención: excelente estabilidad de la cresta y trabéculas del tejido regenerado indistinguible del tejido que lo rodea.



Visite www.bioteckacademy.com para otras fichas clínicas y para acceder a literatura científica siempre actualizada.