

Ficha Clínica

LA GESTIÓN DEL ALVÉOLO POST-EXTRACCIÓN

Implante post-extracción diferido y regeneración periimplantaria con sustituto óseo de origen equino mezclado con hueso autólogo y membrana de pericardio.



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

La extracción dental está asociada a la pérdida de volumen de la cresta ósea. Durante la cicatrización de un sitio post-extracción, el hueso alveolar sufre un proceso de atrofia debido a sus naturales procesos de remodelación y, en particular, a la pérdida de vascularización del ligamento periodontal. El fenómeno se desarrolla de forma diferente, según la arcada y el sector donde se encuentra el alvéolo y puede determinar una reabsorción de hasta el 50% del volumen de la cresta implicada¹.

Dado que la reabsorción alveolar puede limitar de manera significativa la posibilidad de inserción implantaria en posición protésicamente ideal, han sido creadas diferentes técnicas de preservación del alvéolo post-extracción. El objetivo es garantizar el mantenimiento de la mayor cantidad posible de hueso para una adecuada rehabilitación implanto-protésica.

¹ Schropp, L. et al. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 23, 313–323 (2003).

Materiales

Para la preservación del alvéolo post-extracción ha sido injertada una mezcla de hueso autólogo y de Osteoxenon (OX) Mix Gel (OSP-OX22, Bioteck). A modo de protección del sitio ha sido colocada una membrana de pericardio de reabsorción lenta (Heart; HRT-002, Bioteck). Ambos materiales están tratados con el exclusivo proceso Zymo-Teck, que extrae los componentes antigénicos del tejido manteniendo intacto su contenido de colágeno.

El OX Mix está constituido por una mezcla de gránulos de hueso equino esponjoso y cortical en un gel inerte de base acuosa. La particular formulación permite que los gránulos estén listos para usar: no es necesario hidratarlos en solución salina antes de la aplicación.

La membrana Heart se obtiene del pericardio equino. La red tridimensional de colágeno que la compone le otorga buena resistencia mecánica y tiempos largos de degradación.



Fig. 1 – Radiografía intraoral preoperatoria que pone en evidencia el defecto óseo del alvéolo post-extracción.



Fig. 2 – Incisión palatina y separación del colgajo.



Fig. 3 – El alvéolo después del curetaje y de la ejecución de la osteotomía implantaria.

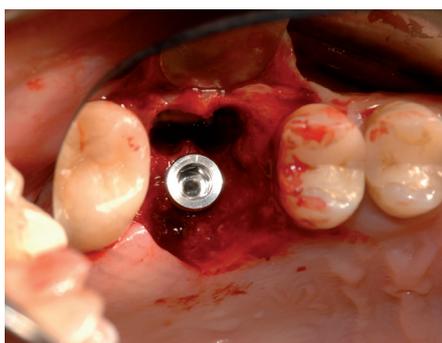


Fig. 4 – El implante in situ (4,5 x 11mm; Xive, Dentsply).

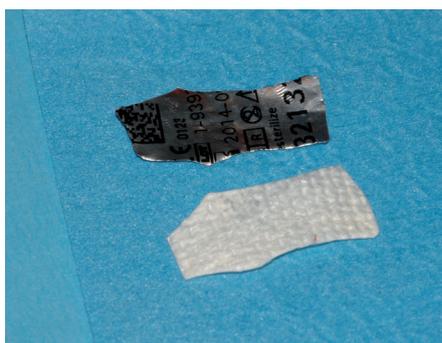


Fig. 5 – Con la ayuda de una plantilla, se recorta la membrana de pericardio según la forma y dimensiones del sitio.

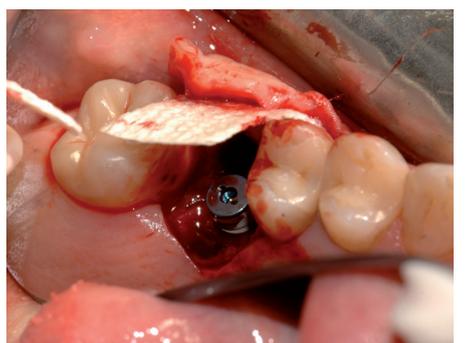


Fig. 6 – La membrana Heart se coloca debajo del lado vestibular del colgajo.

LA GESTIÓN DEL ALVÉOLO POST-EXTRACCIÓN

Implante post-extracción diferido y regeneración periimplantaria con sustituto óseo de origen equino mezclado con hueso autólogo y membrana de pericardio.

Cirugía

El caso se refiere a un paciente sometido a extracción del segundo molar superior izquierdo e inserción implantaria en el alvéolo post-extracción. El alvéolo residual presentaba un defecto óseo extenso. Para una mayor previsibilidad de la intervención, se ha decidido realizar un posicionamiento del implante y una regeneración periimplantaria diferidos, con el fin de obtener tejidos blandos adecuados para recubrir el sitio injertado y la membrana.

Un mes después de la extracción, se procedió a cortar y desprender un colgajo palatino en todo el espesor. Se realizó la limpieza y curetaje del alvéolo post-extracción y, una vez preparada la osteotomía implantaria, se introdujo el implante (Xive, Dentsply).

Para cubrir el alvéolo se colocó una membrana de pericardio equino de reabsorción lenta. La membrana se perfiló según la forma y las

dimensiones del alvéolo y se colocó debajo del colgajo a lo largo del lado vestibular de la cavidad alveolar. El injerto se realizó con una mezcla de hueso autólogo tomado durante la preparación del túnel para el implante y un biomaterial en jeringa compuesto por gránulos corticales y esponjosos de hueso equino libre de antígenos. La membrana de pericardio se colocó debajo del lado palatino del colgajo para contener eficazmente el material injertado. La sutura de los tejidos blandos se realizó mediante la aplicación de puntos sueltos con monofilamento no reabsorbible.

Cuatro meses después del posicionamiento del implante, se procedió al descubrimiento del implante y a la aplicación del tornillo de cicatrización. Un mes después se atornilló la prótesis provisoria y, pasado el mes siguiente, el muñón y la corona definitivos.



Fig. 7 – La mezcla de hueso autólogo y OX Mix Gel. El biomaterial está contenido en jeringas estériles para permitir una fácil aplicación.

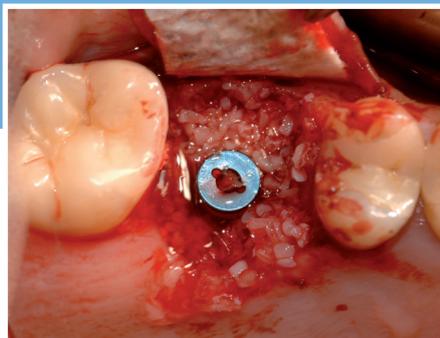


Fig. 8 – Llenado del espacio alveolar alrededor del implante.

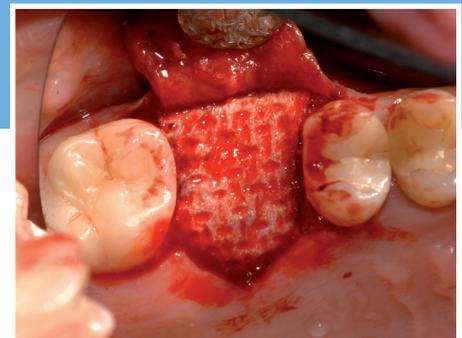


Fig. 9 – La membrana Heart colocada en la zona palatina cubriendo el injerto.

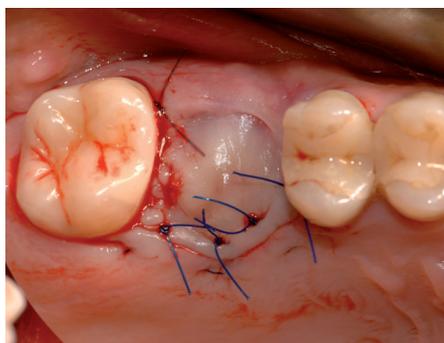


Fig. 10 – Cierre de los tejidos blandos mediante suturas no reabsorbibles. La presencia de tejidos blandos adecuados garantizará una cicatrización por primera intención.

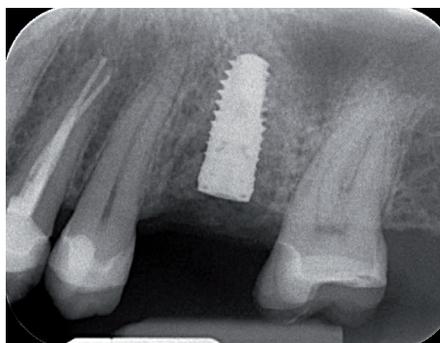


Fig. 11 – Radiografía de control postoperatoria que pone en evidencia el posicionamiento correcto del implante en el alvéolo injertado.

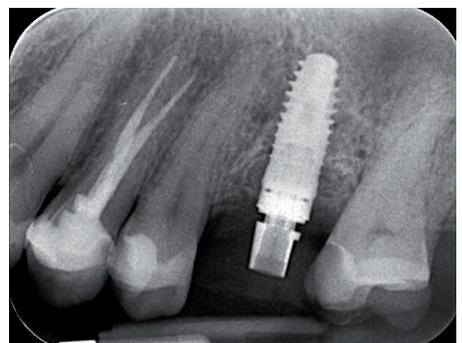


Fig. 12 – Radiografía intraoral 5 meses después de la inserción. Nótese el trabeculado óseo que se aprecia en el sitio regenerado.