

Split crestal, colocación de implantes y rehabilitación oral en el área de prácticas especializadas de SEPOI

Berro, Mariela; Samprón, María Laura; Tomaghelli, Emanuel Ricardo

Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata



Categoría: Casos Clínicos

Resumen

Introducción: El uso de implantes y su posterior rehabilitación ha tomado un gran auge en los últimos años y se han convertido en el tratamiento estándar para la rehabilitación de pacientes total y parcialmente desdentados. Tras la extracción de un diente, puede sobrevenir un colapso óseo, lo que tiende a provocar un espesor insuficiente a nivel de la tabla vestibular. La posibilidad de insertar implantes en crestas óseas estrechas, de una forma poco traumática, ha sido posible gracias a la introducción de los expansores óseos, así como la técnica de corticotomía crestal, (Split crestal). Esta técnica, ha adoptado la ventaja de nuevas tecnologías como el uso de piezotome volviendo menos traumático el procedimiento, a su vez que disminuye las complicaciones quirúrgicas y evita el daño a estructuras vecinas blandas. **Caso Clínico:** Paciente femenino de 64 años, que ingresa a la clínica del SEPOI con ausencia de piezas dentarias 44 45 46 47y 35 **Conclusión:** El desarrollo de la implantología ha hecho posible que el tratamiento con implantes sea una realidad aún en casos de escasa disponibilidad ósea. Además de los injertos óseos existen otras alternativas terapéuticas en las que se encuentra la expansión crestal, que contribuyen a solucionar con éxito casos complejos

Introducción

El uso de implantes y su posterior rehabilitación ha tomado un gran auge en los últimos años y se han convertido en el tratamiento estándar para la rehabilitación de pacientes total y parcialmente desdentados, mostrando porcentajes de éxito superiores al 89% en períodos de observación entre 10 y 15 años.

Tras la extracción de un diente, puede sobrevenir un colapso óseo, lo que tiende a provocar un espesor insuficiente a nivel de la tabla vestibular con la consiguiente falta de inclusión ósea total del implante; lo que con frecuencia induce al clínico a optar por una marcada posición palatina de la fijación. Esto puede producir:

1. Problemas funcionales provocados por las alteraciones oclusales con los dientes antagonistas, cuando la vestibulización del implante no se puede corregir con un pilar angulado.
2. Problemas estéticos provocados por la concavidad de la cresta edéntula
3. Problemas higiénicos provocados por la exagerada vestibulización de la corona colocada con respecto al perfil crestal, intentando enmascarar el defecto óseo y gingival

La posibilidad de insertar implantes en crestas óseas estrechas, de una forma poco traumática, ha sido posible gracias a la introducción de los expansores óseos (utilizados para maxilar superior), así como la técnica de corticotomía crestal, Split crestal (indicada para ambos maxilares). El aumento del reborde alveolar mediante una corticotomía y posterior expansión de la cresta para la inserción de implantes, ha sido sugerida por algunos autores para evitar el trauma de la realización de injertos y la exposición de membranas. Estas técnicas pretenden corregir, en primer lugar, la concavidad bucal que en ocasiones aparece tras la extracción dentaria, recuperando los requisitos de anchura mínima exigida para la colocación de implantes. En segundo lugar, lateralizar el eje implantario, pero sin aumentar los grados de inclinación del mismo. En tercer lugar, la expansión tiene como misión crear el espacio para el implante y conseguir un perfil de emergencia estéticamente ideal que ayude y favorezca la higiene domiciliar de la fijación derivada de la óptima posición y axialidad de la corona. Por último, la expansión de la cresta alveolar pretende una estabilidad a largo plazo del hueso peri implantario, lo que en localizaciones estéticas permite la estabilidad a largo plazo de los tejidos blandos

La expansión quirúrgica de la cresta alveolar es una técnica quirúrgica que tiene como objetivo la expansión de la cresta edéntula en dirección horizontal y representa una alternativa terapéutica para incrementar el grosor del reborde edéntulo. La colocación de implantes dentales puede efectuarse de manera inmediata o tardía. Esta técnica, que inició hace más de dos décadas utilizando fresas y cindeles, ha adoptado la ventaja de nuevas tecnologías como el uso de piezotome volviendo menos traumático el procedimiento, a su vez que disminuye las complicaciones quirúrgicas y evita el daño a estructuras vecinas blandas.

El uso de la cirugía piezoeléctrica para la realización de la osteotomía en esta técnica de *Split* presenta ventajas sobre la cirugía convencional mediante discos o cindeles. La utilización de cindeles provoca molestos golpes en el paciente que pueden causar estrés y malestar durante la cirugía. Los discos rotatorios u oscilantes son menos estresantes para el paciente, pero presentan limitaciones importantes como la posibilidad de lesión de labios, lengua o tejidos blandos circundantes, además, de problemas en la accesibilidad que complican el procedimiento. El bisturí piezoeléctrico utiliza una frecuencia de ultrasonidos que permite una gran precisión y seguridad al realizar la osteotomía ósea debido a que el rango de vibración en el que trabaja es capaz de cortar tejidos duros como el hueso sin dañar otros tejidos blandos como la encía, vasos sanguíneos, nervios o membrana sinusal. Otro punto importante a destacar es que la viabilidad biológica del hueso tratado mediante ultrasonidos es comparable a la del hueso tratado con otras técnicas quirúrgicas, y los pacientes refieren menos molestias postoperatorias cuando se realiza con este tipo de dispositivos.

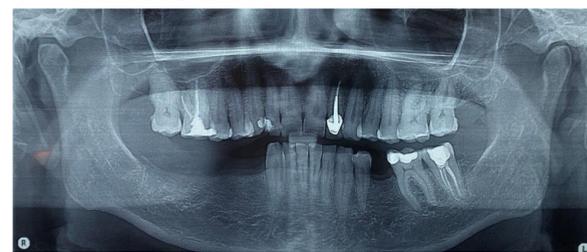
Para la rehabilitación de los implantes oseointegrados, debe realizarse una impresión para transferir la posición de los implantes a un modelo de trabajo. La misma puede realizarse con cubeta cerrada o con cubeta abierta, Esta última, si bien es compleja, permite la ferulización de las cofias de transferencia entre si y a la cubeta, lo que garantiza la exactitud de la posición de los análogos y la consecuente pasividad de estructuras que se colocarán en la rehabilitación. Esto garantiza la continuidad y la salud de los implantes colocados.

Conclusiones

El desarrollo de la implantología ha hecho posible que el tratamiento con implantes sea una realidad aún en casos de escasa disponibilidad ósea. Además de los injertos óseos existen otras alternativas terapéuticas en las que se encuentra la expansión crestal, que contribuyen a solucionar con éxito casos complejos de crestas alveolares estrechas. Las técnicas de expansión se han convertido en una forma habitual de trabajo en la práctica diaria, consiguiendo con la misma una máxima longevidad en los tratamientos implantológicos.

Descripción del Caso

Paciente femenino de 64 años, que ingresa a la clínica del Servicio de Prácticas Profesionales Supervisadas. En la inspección clínica presenta ausencia de piezas dentarias 44, 45, 46, 47y 35 con una evidente pérdida ósea horizontal de ambos lados. Se programa cirugía para la colocación de 4 implantes con split crestal mediante la utilización de cindeles y piezo surgery; sutura y controles inmediatos. Transcurridos cuatro meses, se realiza la segunda cirugía y colocación de cicatrizales, impresión preliminar y confección de cubeta individual perforada. Se realiza impresión definitiva de transferencia con silicona y ferulización con acrílico duralay, modelo para tallado de pilares rectos, coronas de porcelana sobre metal. Para finalizar, torque de los cuatro pilares a 32 Ncm, sellado de chimeneas y cementado con hidróxido de calcio.



Referencias

- “La expansión quirúrgica de la cresta alveolar mediante corticotomía” Dr. Borja Dehesa Ibarra. Dr. Mariano Herrero Climent, Dr. Pedro Lázaro Calvo. Universidad de Sevilla. GACETA DENTAL 227, julio 2011
- “Expansión de cresta maxilar y regeneración ósea guiada para la colocación de implantes” Gómez TD y cols. Rev Mex Periodontol 2017; VIII (1): 11-15
- “Rehabilitación de atrofia alveolar horizontal mediante Split de cresta mandibular” <https://roee.es/articulo/12>