

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

Año 2019 / Nº 7

- **COMPLICACIONES EN REGENERACIONES ÓSEAS VERTICALES EN LOS MAXILARES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

- **IMPLANTE INMEDIATO COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN UNA FRACTURA DE UN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO**

- **TRATAMIENTO CONSERVADOR DE UN QUISTE INFLAMATORIO DE GRAN TAMAÑO EN EL MAXILAR ANTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO**



Asociación
Andaluza
de Cirugía Bucal

Revista Andaluza de
Cirugía Bucal

DIRECTORES:

José Luis Gutiérrez Pérez
Daniel Torres Lagares

EDITORES:

Aida Gutiérrez Corrales
Ignacio Fernández Asián

COMITÉ EDITORIAL:

Tatiana Ortiz Alves
Iñigo Fernández - Figares Conde
M^a Ángeles Serrera Figallo
Emilio Perales Rodríguez



biohorizons
camlog

oxteia



Osteogenos
Dental Surgical Devices



NORIS Medical®
ENGINEERED FOR HEALTH



NORMON
DENTAL



klockner®



inibsa
DENTAL



Dentsply
Sirona

IMPLANTE INMEDIATO COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN UNA FRACTURA DE UN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marrufo Sánchez, M., Mateo Hernández, M., Márquez Padilla, A., Fernández Conde, I., Flores Palma, A., Flores Ruiz, R.

Título de Experto en Implantología Estética y Multidisciplinar de la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la sonrisa constituye un factor determinante en la estética facial y el incisivo central se identifica como el elemento dominante de la sonrisa. En los últimos años, el motivo de consulta de nuestros pacientes ha cambiado gradualmente, convirtiéndose la estética en la disciplina de nuestra profesión más solicitada en nuestras consultas y que cada vez adquiere más importancia tanto en foros profesionales como sociales. El éxito de un tratamiento implantológico en el sector anterior no solo persigue la osteointegración y función como se ha hecho tradicionalmente, sino que necesitamos alcanzar una armonía periimplantaria con tejidos sanos y estables consiguiendo así una réplica exacta de los dientes adyacentes. Conseguir un resultado lo más similar posible a lo que la propia naturaleza nos aporta debe ser nuestro objetivo.

La estética y la función deben ir de la mano cuando restauramos dientes anteriores. La reposición de un diente anterior mediante un implante osteointegrado requiere manejar factores funcionales, biológicos y estéticos con el fin de conseguir un resultado óptimo para el paciente. Es por ello que la restauración inmediata provisional sobre implante juega un papel clave para conseguir esos objetivos ayudándonos y marcándonos el camino ^(1,2) para que la anatomía de los tejidos periimplantarios se pueda reproducir de la forma más predecible posible y lo más similar al diente natural, consiguiendo así un resultado estético óptimo. La excelencia estética estará íntimamente relacionada con la fase pre-prótesis. ^(3,4)

Las fracturas de los incisivos superiores, ya sean radiculares o coronales sin posibilidad de restauración conllevan, en la mayor parte de los casos, la pérdida del diente afectado. La exodoncia y posterior rehabilitación mediante prótesis fija convencional o mediante implante diferido conlleva una pérdida del reborde alveolar en altura y en anchura que es tanto mayor cuanto mayor es el tiempo transcurrido entre la pérdida dentaria y su reposición. ⁽⁵⁾ La restauración en el sector anterior mediante implantes inmediatos sin colgajo y con carga inmediata permite la rehabilitación estética de la zona así como minimizar las alteraciones volumétricas y estéticas del reborde alveolar. ^(6,7)

OBJETIVOS

Presentamos dos casos con los que pretendemos mostrar que el implante inmediato es una magnífica alternativa de tratamiento ante situaciones cuyo único tratamiento posible sea la extracción del incisivo central superior, reduciendo así la pérdida ósea que se produciría si el tratamiento se prolongara en el tiempo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El paciente acude a nuestra consulta tras un traumatismo en la región anterosuperior. Tras comprobar radiológicamente la existencia de una fractura radicular en el incisivo central superior izquierdo (Figuras 1 y 2), se procedió a su cuidadosa exodoncia intentado



Figura 1. Fotografía intraoral frontal 1.



Figura 2. Fotografía intraoral frontal 2.

que fuera lo más atraumática posible (Figuras 3, 4 y 5). Posteriormente, se realizó la inserción inmedia



Figura 3. Incisión previa a la exodoncia.



Figura 4. Diente extraído.



Figura 5. Alveolo postextracción.

ta de un implante Nobel Replace Tapered Groovy de cinco milímetros de diámetro por trece milímetros de longitud (Figura 6).

A continuación, rellenamos el gap con mezcla de hueso autólogo obtenido del fresado junto a xenoinjerto, en este caso BioOss de Geistlich. Mediante la férula



Figura 6. Colocación de implante postextracción.

transparente que habíamos realizado previamente, fabricamos una corona provisional. Para ello, atornillamos un pilar provisional y perforamos nuestra férula. Seguidamente, rellenamos la zona correspondiente al 21, con material específico para restauraciones provisionales realizando una buena conformación del perfil de emergencia dando apoyo a los tejidos blandos impidiendo su colapso (Figuras 7 y 8).



Figura 7. Preparación del pilar ceramizado.



Figura 8. Modelado del provisional.

Una vez conseguido esto se colocó la corona provisional y se cerró la chimenea de acceso al tornillo con teflón y composite. Se chequea la oclusión cuidando mucho la eliminación de los contactos, sobre todo en los movimientos excéntricos. Transcurrido el periodo de osteointegración, se procedió al tallado del incisivo

central superior derecho y a la toma de impresiones para la confección de las restauraciones definitivas de 1.1 y 2.1.

Se probaron las cofias cerámicas y el pilar ceramizado. Una vez recibidas las coronas de porcelana terminadas, procedimos a su cementado y a la comprobación de la oclusión. Tras la colocación de la corona sobre el implante en 2.1, se observó como el nivel del margen gingival, altura ósea y nivel de inserción de papila son idénticos al del 1.1, que recibió una corona cerámica (e-Max) de recubrimiento total (Figuras 9, 10 y 11). Esto, unido a la buena labor del protésico



Figura 9. Fotografía intraoral frontal final.



Figura 10. Fotografía intraoral frontal final 2.



Figura 11. Fotografía intraoral frontal final 3.

En implantes inmediatos el gap entre el implante y la pared ósea puede sufrir relleno óseo y resolución del defecto. Esto ocurre por formación ósea desde dentro del defecto y reabsorción de las paredes desde fuera.^(8,9) El hecho de realizar la inserción inmediata del implante y la colocación de un provisional que de buen soporte a la encía busca que no exista migración apical de ese tramo de encía ni de las papilas. La colocación de implantes inmediatos es una técnica aparentemente simple pero extremadamente precisa, sensible y que puede ser recomendada para áreas anteriores solamente en indicaciones específicas que incluyan:

- Una extracción atraumática sin pérdida de soporte óseo para mantener la forma esencial de los tejidos blandos (en particular de las papilas interproximales).
- Abordaje sin incisión (para el posicionamiento del implante en el alveolo) con un diámetro reducido apicalmente (para impedir la perforación de la superficie vestibular ósea).
- Superficie rugosa (permitiendo una rápida osteointegración).
- Restauración provisional no funcional (evitando el compromiso estético).⁽¹⁰⁾

Las contraindicaciones de esta técnica incluyen las siguientes: - Presencia de infección activa. - Hueso insuficiente. - Ausencia de hueso en el ápice alveolar (para la estabilidad inicial del implante). y - Fenestración de la pared vestibular.⁽¹¹⁾ Las ventajas entre tanto son: - Preservación del hueso y contorno gingival y - Mantenimiento de la forma de la interfase restauradora gingival maximizando el resultado estético.

Sigue existiendo discusión entre la colocación inmediata o diferida del implante tras la extracción pero el camino que está siguiendo la Odontología apunta a que existen muchas más ventajas si realizamos la colocación del implante y su carga inmediata en el mismo momento.^(12,13)

CONCLUSIONES

El hecho de no diferir en el tiempo el tratamiento de una fractura radicular secundaria a un traumatismo mejora la conservación de los tejidos en mayor o menor medida.

Cuando las exigencias del tratamiento son muy elevadas, como en los casos que hemos descrito anteriormente, el triángulo que forman el paciente - odontólogo- protésico, debe ser perfecto. La restauración final solo tendrá un aspecto natural si la comunicación entre el equipo clínico y técnico es efectiva. Este intercambio de conocimientos también incluye al paciente, que participará activamente formando la "triada del éxito".

BIBLIOGRAFÍA

1. Hinds KK. Custom impression coping for an exact registration of the heated tissue esthetic implant restoration. *Int J Periodont Rest Dent*. 1997; 17: 584 - 591.

2. Davidsoff SR. Developing soft tissue contours for implant supported restorations: A simplified method for enhanced aesthetics. *Pract periodont Aesthet Dent*. 1996; 8: 507 - 513.

3. Busking R, Salinas TJ. Transferring emergence profil created from the provisional to the definitive restoration. *Pract Periodont Aesthet Dent*. 1998; 10: 1171 - 1179.

4. Attard N, Barzilay I. A modified impression technique for accurate registration of periimplant soft tissue. *J Can Dent Assoc*. 2003; 60: 80 - 83.

5. Gamborena J, Blatz M. Transferring the emergence profile of single tooth implant restorations. *Implant prosthodontic*. Quintessence Int. 2004; 27: 119 - 131.

6. Stumpel LJ, Heachler W, Bedrossian E. Customized abutments to shape and transfer periimplant soft tissue contours. *J Calif Dent Assoc*. 2008; 28: 301 - 309.

7. Buser D. 20 years of guided bone regeneration in implant dentistry. 2nd. Ed. University of Bern, Switzerland: Quintessence Int; 1994.

8. Chu SJ, Tarnow DP, Tan JH, Stappert CF. Papilla proportions in the maxillary anterior dentition. *Int J Periodont Rest Dent*. 2009; 29: 385 - 393.

9. Esposito M, Maghaireh H, Grusovin MG, Ziouas I, Worthington HV. Soft tissue management

for dental implants: what are the most effective techniques. A Cochrane systematic review. *Eur J Oral Implantol*. 2012; 5 (3): 221 - 238.

10. Allen EP. Use of mucogingival surgical procedures to enhance esthetics. *Dent Clin North Am* 1998;32:307,1988.

11. Martínez Canut P. Alarmiento de corona dentaria. Bases anatómicas aplicadas. *Periodoncia*. 1996; 6 (3): 153 - 163.

12. Fombellida Cortazar F. Elongación coronaria quirúrgica: su importancia para el estomatólogo general. Presentación de casos clínicos. *Rev Vasca Odont-Estomatol*. 1993; 5: 380.

13. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontol* 2000. 1996 Jun; 11 (1): 18 - 28.



biohorizons
camlog

oxteia



Osteogenos
Dental Surgical Devices



NORIS Medical®
ENGINEERED FOR HEALTH



NORMON
DENTAL



klockner®



inibsa
DENTAL



Dentsply
Sirona

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Andaluza de Cirugía Bucal publica artículos científicos relacionados con el campo de la Cirugía Bucal que sean de interés para cualquier odontoestomatólogo que desarrolle dicha área en su práctica profesional.

El Comité Editorial seguirá de forma estricta las directrices expuestas a continuación, siguiendo la normativa de Vancouver. Los artículos que no se sujeten a ellas serán devueltos para corrección, de forma previa a la valoración de su publicación.

Todos los artículos remitidos a esta revista deberán ser originales, no publicados ni enviados a otra publicación, siendo el autor el único responsable de las afirmaciones sostenidas en él.

Todos aquellos autores que quieran mandar su artículo científico podrán hacerlo enviándolo vía e-mail a **revista@aacib.es** con copia a **danieltl@us.es**, enviando un archivo con el texto del manuscrito en formato Word para PC, y las imágenes en archivos distintos en formato TIFF o JPG.

TIPOS DE ARTÍCULOS

1. Artículos originales, que aporten nuevos datos clínicos o de investigación básica relacionada con la Cirugía Bucal.

2. Revisiones y puesta al día que supongan la actualización, desde un punto de vista crítico científico y objetivo, de un tema concreto. No existe limitación en el número de citas bibliográficas, si bien se recomienda al autor o autores, que sean las mínimas posibles, así como que sean pertinentes y actualizadas. Además, dado el interés práctico de esta publicación, el texto debe estar apoyado en un adecuado material iconográfico.

3. Resúmenes comentados de literatura actual. Serán encargados por la Revista a personas cualificadas e interesadas en realizar una colaboración continuada.

4. Casos clínicos, relacionados con problemas poco frecuentes o que aporten nuevos conceptos terapéuticos, serán publicados en esta sección. Deben contener documentación clínica e iconográfica completa pre, per y postoperatoria, y del seguimiento ulterior, así como explicar de forma clara el tratamiento realizado. El texto debe ser conciso y las citas bibliográficas limitarse a las estrictamente necesarias. Resultarán especialmente interesantes secuencias fotográficas de tratamientos multidisciplinarios de casos complejos o técnicas quirúrgicas.

5. Cartas al director que ofrezcan comentarios o críticas constructivas sobre artículos previamente publicados u otros temas de interés para el lector. Deben tener una extensión máxima de dos folios tamaño DIN-A4 escritos a doble espacio, centradas en un tema específico y estar firmadas. En caso de que se viertan comentarios sobre un artículo publicado en esta revista, el autor del mismo dispondrá de la oportunidad de respuesta. La pertinencia de su publicación será valorada por el Comité Editorial.

6. Otros, se podrán publicar, con un formato independiente,

documentos elaborados por Comités de Expertos o Corporaciones de reconocido prestigio que hayan sido aceptados por el Comité Editorial.

AUTORES

Únicamente serán considerados como autores aquellos individuos que hayan contribuido significativamente en el desarrollo del artículo y que, en calidad de tales, puedan tomar pública responsabilidad de su contenido. Su número, no será, salvo en casos excepcionales, superior a 7. A las personas que hayan contribuido en menor medida les será agradecida su colaboración en el apartado de agradecimientos. Todos los autores deben firmar la carta de remisión que acompañe el artículo, como evidencia de la aprobación de su contenido y aceptación íntegra de las normas de publicación.

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

El documento debe ser enviado, en formato Word para PC sobre una página de tamaño DIN-A4 blanco, a 1,5 espacio de interlineado, con márgenes mínimos de 25 mm y con hojas numeradas. Asimismo, se enviarán las imágenes en formato JPG o TIFF en archivos independientes al documento, nunca insertadas en el texto.

Los artículos originales deberán seguir la siguiente estructura:

Primera página

Debe contener:

1. El título del artículo y un subtítulo no superior a 40 letras y espacios, en español.
2. El nombre y dos apellidos del autor o autores, con el (los) grado(s) académico(s) más alto(s) y la afiliación a una institución si así correspondiera.
3. El nombre del departamento(s) e institución(es) responsables.
4. La negación de responsabilidad, si procede.
5. El nombre del autor responsable de la correspondencia sobre el documento.
6. La(s) fuente(s) de apoyo en forma de subvenciones, equipo o fármacos y el conflicto de intereses, si hubiera lugar.

Resumen

Una página independiente debe contener, el título del artículo y el nombre de la revista, un resumen estructurado del contenido del mismo, no superior a 200 palabras, y el listado de palabras clave en español. Las palabras clave serán entre 3 y 10 términos o frases cortas de la lista del «Medical Subject Headings (MeSH)» del «Index Medicus».

Los trabajos de investigación originales contendrán resúmenes estructurados, los cuales permiten al lector comprender rápidamente, y de forma ordenada el contenido fundamental, metodológico e informativo del artículo. Su extensión no debe ser superior a 200 palabras y estará estructurado en los siguientes apartados: introducción (fundamento y objetivo), material y metodología, resultados y conclusiones.

Introducción

Debe incluir los fundamentos y el propósito del estudio, utilizando las citas bibliográficas estrictamente necesarias. No se debe realizar una revisión bibliográfica exhaustiva, ni incluir datos o conclusiones del trabajo que se publica.

Material y metodología

Será presentado con la precisión que sea conveniente para que el lector comprenda y confirme el desarrollo de la investigación. Métodos previamente publicados como índices o técnicas deben describirse solo brevemente y aportar las correspondientes citas, excepto que se hayan realizado modificaciones en los mismos. Los métodos estadísticos empleados deben ser adecuadamente descritos, y los datos presentados de la forma menos elaborada posible, de manera que el lector con conocimientos pueda verificar los resultados y realizar un análisis crítico. En la medida de lo posible las variables elegidas deberán ser cuantitativas, las pruebas de significación deberán presentar el grado de significación y si está indicado la intensidad de la relación observada y las estimaciones de porcentajes irán acompañadas de su correspondiente intervalo de confianza. Se especificarán los criterios de selección de individuos, técnica de muestreo y tamaño muestral, empleo de aleatorización y técnicas de enmascaramiento. En los ensayos clínicos y estudios longitudinales, los individuos que abandonan los estudios deberán ser registrados y comunicados, indicando las causas de las pérdidas. Se especificarán los programas informáticos empleados y se definirán los términos estadísticos, abreviaturas y símbolos utilizados.

En los artículos sobre ensayos clínicos con seres humanos y estudios experimentales con animales, deberá confirmarse que el protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos y Experimentación Animal del centro en que se llevó a cabo el estudio, así como que el estudio ha seguido los principios de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983.

Los artículos de revisión deben incluir la descripción de los métodos utilizados para localizar, seleccionar y resumir los datos.

Resultados

Aparecerán en una secuencia lógica en el texto, tablas o figuras, no debiendo repetirse en ellas los mismos datos. Se procurará resaltar las observaciones importantes.

Discusión

Resumirá los hallazgos relacionando las propias observaciones con otros estudios de interés y señalando las aportaciones y limitaciones de unos y otros. De ella se extraerán las oportunas conclusiones, evitando escrupulosamente afirmaciones gratuitas y conclusiones no apoyadas completamente por los datos del trabajo.

Agradecimientos

Únicamente se agradecerá, con un estilo sencillo, su colaboración a personas que hayan hecho contribuciones sustan-

ciales al estudio, debiendo disponer el autor de su consentimiento por escrito.

Bibliografía

Las citas bibliográficas deben ser las mínimas necesarias. Como norma, no deben superar el número de 30, excepto en los trabajos de revisión, en los cuales el número será libre, recomendando, no obstante, a los autores, que limiten el mismo por criterios de pertinencia y actualidad. Las citas serán numeradas correlativamente en el texto, tablas y leyendas de las figuras, según el orden de aparición, siendo identificadas por números arábigos en superíndice.

Se recomienda seguir el estilo de los ejemplos siguientes, que está basado en el Método Vancouver, «Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles», que se puede consultar en la siguiente web: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Se emplearán los nombres abreviados de las revistas de acuerdo al «Abridged Index Medicus Journal Titles», basado en el «Index Medicus». Puede consultarlo aquí (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/aim.html>)

Es recomendable evitar el uso de resúmenes como referencias, y no se aceptará el uso de «observaciones no publicadas» y «comunicaciones personales». Se mencionarán todos los autores si son menos de seis, o los tres primeros y et al, cuando son siete o más.

Tablas

Deben presentarse en hojas independientes numeradas según su orden de aparición en el texto con números arábigos. Se emplearán para clarificar puntos importantes, no aceptándose la repetición de datos bajo la forma de tablas y figuras. Los títulos o pies que las acompañen deberán explicar el contenido de las mismas.

Figuras

Serán consideradas figuras todo tipo de fotografías, gráficas o dibujos, deberán clarificar de forma importante el texto y su número estará reducido al mínimo necesario.

Se les asignará un número arábigo, según el orden de aparición en el texto, siendo identificadas por el término «Figura», seguido del correspondiente guarismo.

Los pies o leyendas de cada una deben ir indicados y numerados.

Las imágenes deben enviarse, preferentemente en formato JPG o TIFF, con una resolución de 300 píxeles por pulgada, nunca pegadas en el documento de texto.

AUTORIZACIONES EXPRESAS DE LOS AUTORES A RACIB

Los autores que envíen sus artículos a RACIB para su publicación, autorizan expresamente a que la revista reproduzca el artículo en la página web de la que RACIB es titular.