

## Fractura de incisivo #21. Reconstrucción con implante inmediato, injerto óseo y colgajo de tejido conectivo



### Dr. Jaime Baladrón Romero

AUTORES

Dr. Jaime Baladrón Romero.  
Cirujano maxilofacial (Oviedo).

Dr. Juan M. Todeschini Bravo.  
Prostodoncista (Pola de Lena, Asturias).



Paciente de 38 años de edad, con antecedente traumático, que ha provocado una fractura radicular del incisivo central #21. El diente está extruido y ha sido inmovilizado y fijado con composite a los dientes adyacentes.

La línea de sonrisa de la paciente es alta y muestra la encía inflamada en la zona cervical del diente fracturado. La paciente es remitida para exodoncia del #21 y colocación de un implante. Es un caso con alto riesgo estético.



La radiografía periapical muestra una fractura en la zona del tercio medio de la raíz del incisivo central izquierdo.



Para acceder al resto radicular apical, se realiza una incisión intra-sulcular con descargas que preservan las papilas de los dientes adyacentes.



Se realiza la exodoncia cuidadosa del resto radicular con odontosecciones múltiples, que permiten preservar la cortical vestibular.



Vista oclusal del alveolo posexodoncia. Con una fresa de fisura se labra un canal en la cortical palatina del alveolo que permita realizar la preparación del lecho del implante en una posición palatina.



Colocación de un implante Biomet de 3i de 4 x 15 mm en el alveolo. El hombro del implante se deja a 3 mm del margen cervical de los dientes adyacentes.



Vista oclusal, que permite observar la posición palatina del implante y la distancia que separa a éste de la cortical vestibular del alveolo. Ese espacio, de aproximadamente 3 mm, se obliterará con un injerto óseo autógeno particulado.



Se realiza una incisión horizontal en el fondo del vestíbulo, que permita el acceso a la zona donante del injerto óseo autógeno.



Con un instrumento desechable angulado (Safescraper) se obtienen virutas de hueso cortical de la región del arbotante zigomático-maxilar derecho, por encima de los ápices de los molares maxilares.

# Sesiones de cirugía



Cierre de la incisión mediante puntos sueltos de Vicryl rapid de 4 ceros. Alternativamente, se puede realizar el mismo abordaje por una incisión vertical, realizada en la mucosa vestibular, en la zona de la raíz mesiovestibular del primer molar superior.



El injerto óseo queda almacenado en una cámara situada por detrás de la cuchilla del Safescraper.



Se coloca un tornillo de cierre sobre el implante.



Se rellena el defecto de congruencia entre el tamaño del alveolo y el diámetro del implante con la viruta de hueso cortical autógeno



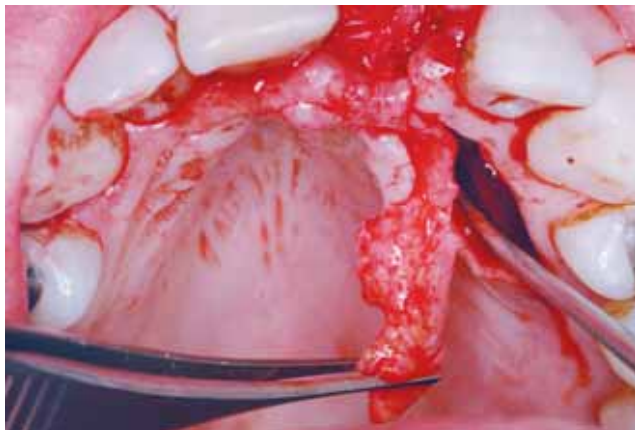
Visión oclusal del alveolo totalmente obliterado con el injerto.



Vista vestibular de la zona receptora del implante y el injerto óseo.



# Sesiones de cirugía



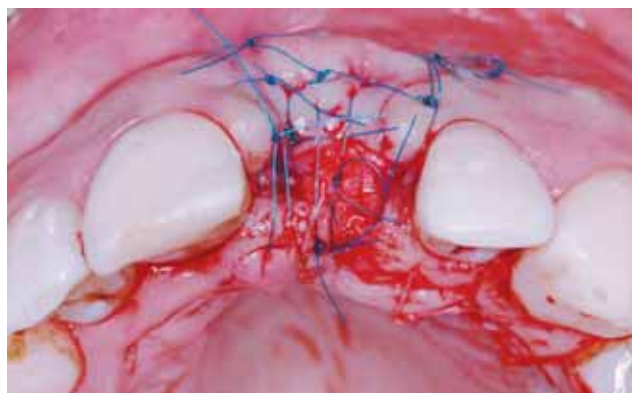
Para sellar el alveolo se empleará un colgajo de tejido conectivo palatino, de pedículo palatino anterior (según técnica de Sclar), que se extiende desde distal del segundo premolar hasta la región del incisivo #21.



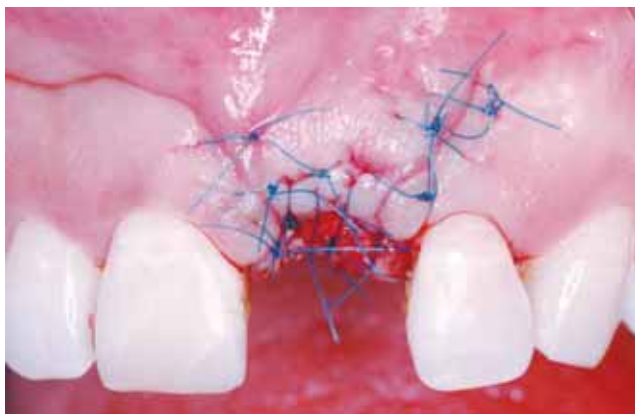
Se libera el colgajo para permitir su rotación en la zona del pedículo palatino anterior.



Se rota el colgajo por encima del alveolo, se inmoviliza y se sutura por debajo del colgajo vestibular.



Se reponen los colgajos mucoperiosticos y se suturan con monofilamento de 5 y 6 ceros. El injerto óseo y el implante quedan aislados del medio intraoral por el colgajo de tejido conectivo.

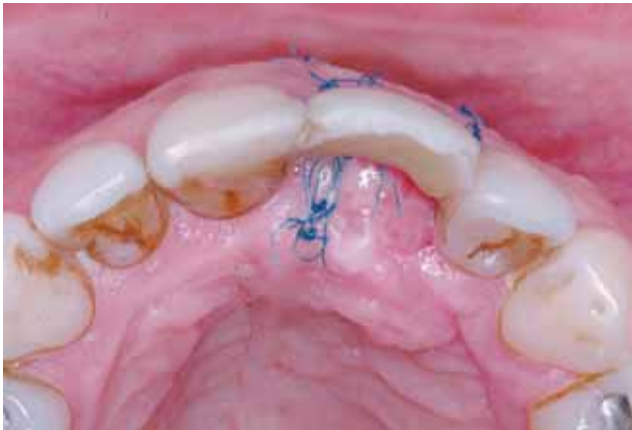


Vista oclusal del colgajo vestibular suturado por encima del colgajo de tejido conectivo con monofilamento de 6 ceros. Esta técnica permite el sellado del alveolo con tejido autógeno, sin necesidad de movilizar coronalmente el colgajo vestibular (lo que alteraría la línea mucogingival).



Imagen 15 días después de la primera intervención, en el momento de retirar los puntos de sutura. La paciente lleva una prótesis provisional dentosoportada (adherida con composite a los dientes vecinos), que se ha aliviado para que no comprima la región reconstruida.

# Sesiones de cirugía



Vista oclusal de la prótesis provisional dentosoportada, que no ha impedido la epitelización del colgajo de tejido conectivo que había quedado expuesto en la región del alveolo del #21.



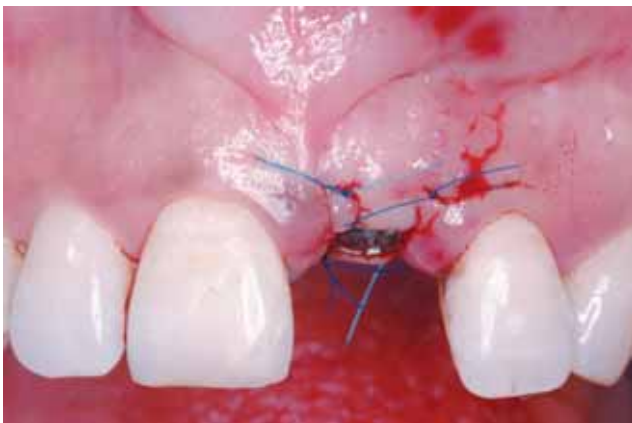
Vista oclusal de la región edéntula seis meses después de la exodoncia y la reconstrucción, en el momento de realizar la segunda fase quirúrgica.



Vista vestibular. Se ha mantenido el nivel de las papilas.



La línea de sonrisa de la paciente es muy alta, por lo que la atención al detalle durante todas las fases del tratamiento resulta imprescindible.



Se realiza un pequeño abordaje para la segunda fase quirúrgica, que permite retirar el tornillo de cierre del implante y colocar un pilar de cicatrización de 4 x 5 x 4 mm.



Se desplaza ligeramente el colgajo vestibular para engrosar aún más la mucosa queratinizada por vestibular del implante. Se sutura con monofilamento de 6 ceros.





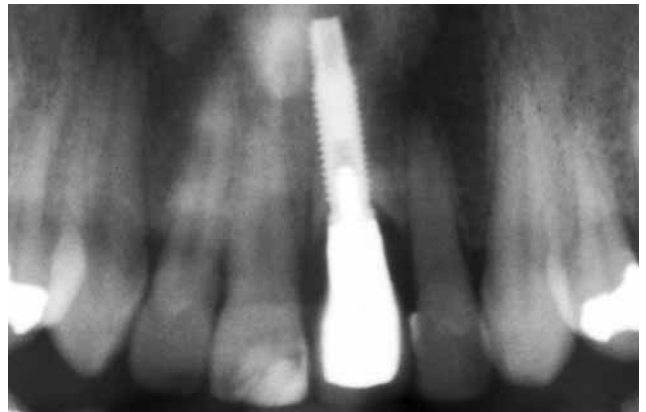
La paciente vuelve a llevar una prótesis provisional dento-soportada, hasta la retirada de los puntos de sutura, quince días después de la segunda intervención.



Vista oclusal de la prótesis definitiva ceramometálica atornillada. Obsérvese la posición palatina del tornillo de acceso a la fijación, para alejar el implante del margen coronal del hueso vestibular.



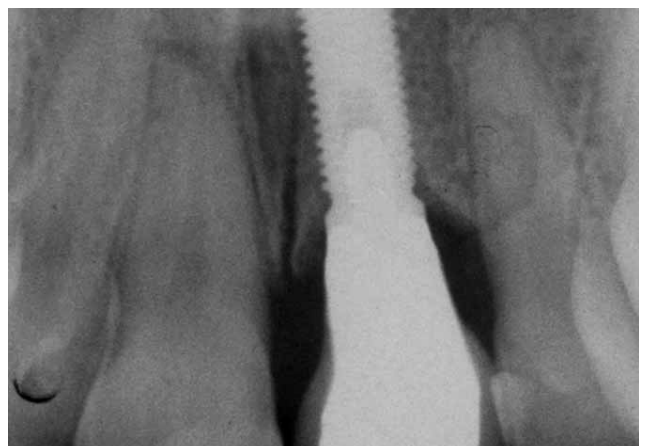
Vista vestibular de la prótesis definitiva ceramometálica sobre el implante.



Ortopantomografía de control dos años después de la colocación del implante.



Las papilas están conservadas a ambos lados del implante.



Radiografía periapical de control dos años después de la colocación del implante.

# Sesiones de cirugía

**Antes**



Vista vestibular antes del tratamiento, con el diente fracturado, inmovilizado con composite a los dientes vecinos.

**Después**



Vista vestibular al final del tratamiento multidisciplinar de cirugía y prótesis.



Vista vestibular de la reconstrucción tisular conseguida tras la primera cirugía.



Vista vestibular de la reconstrucción prostodóntica sobre el implante #21i.



Línea de sonrisa tras la colocación del implante.



Sonrisa de la paciente al finalizar el tratamiento combinado de cirugía y prótesis.