

RESPUESTAS A CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1.

PREGUNTA 1.

En la imagen panorámica que permite una primera impresión del caso, en el maxilar superior se aprecia una prótesis fija realizada sobre 4 pilares 15,13,23,25, de los cuales el 15 y 13 se encuentran con tratamiento de conductos y reconstruidos con espigas muñones.

En la radiografía no se aprecian imágenes susceptibles de infección, aunque si se observa a nivel del 27-28 una imagen radioopaca, de un posible resto radicular. El maxilar superior presenta una hiperneumatización severa con reabsorción moderada del reborde alveolar. A nivel de senos parece apreciarse un engrosamiento de la mucosa a nivel del 1.6 con posible presencia de septos a nivel de 1.6 y 2.4.

PREGUNTA 2.

Como la paciente desea una mejora de su estética, ello implicaría el estudio del todo el maxilar superior. Inicialmente la exploración intraoral debe ir dirigida a descartar patología dentaria y periodontal. Se debe descartar lesiones mucosas. Control de posible patología de ATM. La paciente es fumadora. Valorar el biotipo gingival, anchura alveolar, presencia de encía queratinizada y estado de los pilares. Sondaje periodontal. Periodontograma.

PREGUNTA 3.

Solicitaríamos un montaje articular, previa toma de impresiones y vaciado, una serie fotográfica. y un CBCT. El CBCT nos proporcionará la oferta ósea en altura y anchura (mm) de todos los sectores del maxilar superior. La presencia de septos en el seno maxilar, la posible presencia de arteriolas que pueden complicar la cirugía, el grosor de la membrana sinusal...

PREGUNTA 4.

Como solo disponemos en este momento de la imagen panorámica, hay que pensar que la prótesis fija soportada por 4 pilares con un frente anterior (que al parecer además no gusta a la paciente ya que quiere mejorar su estética), es insuficiente para mantener a largo plazo la reconstrucción.

Como la rehabilitación del caso exige elevaciones de seno, una posible alternativa sería tratar de mantener temporalmente los pilares con su prótesis (o con un puente de acrílico y refuerzo metálico) mientras se realizan las elevaciones de seno y se permite tiempo para consolidación del injerto. La colocación de implantes simultánea a la elevación sinusal hubiera sido otra alternativa pero presentaba alta dificultad a nivel del 1.6 debido a la baja altura ósea remanente.

A los 5-6 meses de la elevación de seno, mediante estudio de CBCT y articulador se determinan las posiciones de colocación de implantes. Si se pueden ubicar en las posiciones donde no hay pilares permitiría bajar el puente, implantar y volver a recolocar el puente mientras osteointegran los implantes. En este caso se extrajo el

1.5 y se mantuvo el puente sobre 3 pilares durante 10 semanas, hasta el comienzo de la rehabilitación.

La paciente portó su prótesis hasta la prueba de la estructura de metal sobre implantes, momento en el que se extrajeron los 3 pilares.

Otra alternativa hubiera sido la extracción de todas las piezas y realizar una prótesis removible convencional, pero hubiera exigido el apoyo sobre la mucosa.

PREGUNTA 5.

Tras la elevación sinusal se esperarían aproximadamente 5-6 meses, mientras que tras la colocación de implantes en hueso regenerado sería recomendable esperar un mínimo de 12 semanas.

CASO CLÍNICO 2.

PREGUNTA 1.

- Seno libre de infección aguda
- Que haya estabilidad primaria de los implantes, existe consenso que al menos la altura ósea residual debajo del seno debe ser 4 mm .
- Que la membrana esté íntegra o reparada, permitiendo la contención del injerto en el seno.

PREGUNTA 2.

Que tras la separación y elevación completa de la membrana de Schneider suelo del paladar y antes de insertar los implantes, se debe introducir el material de injerto hacia la base del seno en la pared nasal para garantizar la existencia del injerto en la pared palatina y hacia la parte posterior y anterior ya que una vez insertados los implantes va a ser muy difícil garantizar que puedan quedar cubiertos del material del injerto. Tras la inserción hay que completar el relleno en las áreas vestibulares.

PREGUNTA 3.

No hay evidencia que justifique la utilización de membranas en la ventana de acceso vestibular al seno maxilar, respecto a la supervivencia de los implantes. Si se intuyera un riesgo relativo de que el injerto pudiera expulsarse hacia la zona bucal o el periostio del colgajo estuviera comprometido sería recomendable la colocación de una membrana. La utilización o no de la membrana, quedará a decisión del clínico.

PREGUNTA 4.

Anotaríamos:

- altura de hueso residual
- Material de injerto utilizado, gramos, tamaño de partícula
- Grado de resistencia al fresado y la utilización o no de osteotomos
- Si se colocan implantes inmediatos anotaríamos el torque de inserción de los mismos, coeficiente de estabilidad (ISQ).
- Incidencias quirúrgicas durante la manipulación de la membrana.
- Angulación de los implantes, para decidir antes de la segunda cirugía si se colocan pilares rectos, angulados o bien solo pilares de cicatrización.

CASO CLÍNICO 3.

PREGUNTA 1.

Tratar de plegar la membrana sobre sí misma o cubrir el desgarro con una membrana de colágeno y seguir con la intervención.

PREGUNTA 2.

En los casos de amplio desgarro, no hay unanimidad, pero desgarros que se acerquen a los 10 mm, reducen la supervivencia de los implantes. En estos casos en los que se abandona el procedimiento quirúrgico, el tiempo medio aconsejado para reentrar a elevar la membrana del seno es de 3 meses.

PREGUNTA 3.

Membrana de colágeno.

Sutura reabsorbible mínimo de 6/0. Si la membrana del seno es fina la sutura es una solución poco fiable.

Utilizar equipo de magnificación de imagen para la sutura de la membrana.

PREGUNTA 4.

Mediante las maniobras de Valsalva y Rosenlicht.

CASO CLÍNICO 4.

PREGUNTA 1.

Consentimiento informado personalizado. Disponer de un estudio CBCT conociendo oferta ósea en altura y anchura que permita la implantación y determinar la anchura y altura del implante. En el caso de este caso unitario, elevar un colgajo con incisión horizontal más hacia palatino despegando hacia vestibular por mesial y distal de los dientes proximales, sin incisiones de descarga.

Tras la exposición ósea iniciar el proceso de perforación con fresa de marcaje y fresas helicoidales hasta llegar al diámetro deseado pero quedándonos siempre a 1-2mm de la basal del seno. Posteriormente mediante osteotomos cóncavos procederíamos a romper la basal del seno de una manera controlada introduciendo el osteotomo 1.2 mm en el seno. Sacaríamos el osteotomo, introduciríamos injerto óseo a través del lecho y volveríamos a introducir el osteotomo para desplazar ese injerto en el seno. y levantar la membrana.

PREGUNTA 2.

Osteotomos cóncavos por si utilizamos injerto.

PREGUNTA 3.

Con injertos alturas de hasta 4mm son predecibles. Sin injertos entre 2mm-3mm.

PREGUNTA 4.

Con la técnica de dilatación con osteotomos los posibles desgarros son mínimos, pero si se tuviera la certeza, debería realizarse una antróstomía para reparar la membrana y colocar el injerto.

CASO CLÍNICO 5.

PREGUNTA 1.

En un caso clínico como el de la imagen radiográfica es necesario además de la panorámica, un montaje de modelos en articulador. Un CBCT para evaluar la densidad ósea, descartar patologías, estudiar la calidad y cantidad de oferta ósea, confeccionar una férula quirúrgica con marcas de contraste que ayuden a determinar la posible situación de los implantes que favorezcan la estabilidad y la estética final de la prótesis. En la imagen se aprecian los testigos radioopacos de una férula radiológica que será usada posteriormente como férula quirúrgica.

PREGUNTA 2.

Estado del seno maxilar, patologías óseas (quistes, osteítis..) o dentarias (restos radiculares...). Clínicamente lesiones de partes blandas (liquen, leucoplasia..). En la imagen del TAC se aprecian septos de distinta altura que deberán estudiarse correctamente antes de proceder a la elevación sinusal.

PREGUNTA 3.

El engrosamiento de la membrana no supone una contraindicación y es variable dependiendo de las personas. Engrosamientos hasta 2 mm se pueden considerar fisiológicos. Engrosamientos entre 2mm-5mm se puede realizar la elevación con precaución contra el desgarro. Engrosamientos de más de 6mm contraindican la elevación sinusal y sería necesario consultar con un ORL.