

17

AUMENTO DEL REBORDE ALVEOLAR EN EL
MAXILAR SUPERIOR ANTERIOR MEDIANTE EL
MÉTODO DE ROG CON MEMBRANA TRICAPA

DR. GUY SHARFI

 **ALPHABIO'S
GRAFT**

Su trabajo, en buenas manos

AUTOR:

DR. GUY SHARFI

odontólogo, cirujano oral y maxilofacial

El Dr. Sharfi recibió su título de odontólogo en la Universidad Semmelweise de Budapest, Hungría.

Completó sus estudios de posgrado en cirugía oral y maxilofacial en la Facultad de Odontología de Hadassah, Universidad Hebrea de Jerusalén; actualmente es instructor clínico en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la misma institución, donde dicta cursos sobre cirugía e implantes dentales.

El Dr. Sharfi realiza cirugías (trasplantes dentales, reconstrucción mandibular y procedimientos menores) en numerosas clínicas odontológicas de todo el país.

AUMENTO DEL REBORDE ALVEOLAR EN EL MAXILAR SUPERIOR ANTERIOR MEDIANTE EL MÉTODO DE ROG CON MEMBRANA TRICAPA



AUTHOR:
DR. GUY SHARFI
 ODONTÓLOGO, CIRUJANO
 ORAL Y MAXILOFACIAL

Dr. Guy Sharfi, odontólogo, especialista en cirugía oral y maxilofacial, miembro del equipo académico de Alpha-Bio Tec. En los últimos 10 años, la rehabilitación dental con implantes en pacientes edéntulos se volvió un tratamiento de rutina con resultados confiables a largo plazo. Sin embargo, esta alternativa no siempre resulta ideal, ya que la existencia de condiciones locales desfavorables del reborde alveolar (atrofia, enfermedad periodontal, traumatismo) puede conducir a una pérdida ósea tridimensional (horizontal, vertical y sagital) en el espacio intermaxilar que podría afectar la posición del implante, así como dañar su función y su estética.

MÉTODOS DE AUMENTO

1. INJERTO ONLAY

Método que puede aplicarse extrayendo hueso autógeno de sitios intraorales (mentón, rama mandibular, tuberosidad) o extraorales (hueso calvario, pelvis, tibia, fibula, escápula), o bien empleando un bloque de hueso alógeno.

2. TÉCNICA INLAY

Método también conocido como "la técnica sándwich". Se realiza una osteotomía para formar un segmento móvil en el reborde alveolar y para separarlo del segmento fijo sin comprometer la irrigación sanguínea de la zona; así, se crea un espacio en el que se inserta el sustituto óseo. Por último, los segmentos se fijan con una placa de titanio.

3. OSTEOGÉNESIS DE DISTRACCIÓN

Método en el cual se realiza una osteotomía para obtener un segmento óseo de 5 mm; luego, el instrumento distractor se ajusta a los segmentos móvil y fijo y los separa lentamente al tiempo que el reborde es elevado junto con el tejido blando.

4. INJERTO ÓSEO REVASCULARIZADO

Método en el cual se extrae tejido óseo vital y se lo une a vasos sanguíneos del sitio del implante. Esta unión garantiza la supervivencia inmediata del implante óseo.

5. REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA (ROG)

El uso de sustitutos óseos y membranas para aumentar el reborde alveolar tanto horizontal como verticalmente; la membrana se emplea para formar una barrera entre los sustitutos óseos y el tejido blando.

En este artículo, nos centraremos en el aumento del reborde alveolar en el maxilar superior anterior mediante el método de ROG con membrana tricapa como preparación para la colocación de implantes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presentó un paciente de 57 años para evaluar la posibilidad de colocarle implantes en el maxilar superior anterior. Una TC dental exhibió el defecto vestibular en el piso de la nariz (Imagen 1). Es necesario resaltar que la placa palatina sirvió como punto de referencia para calcular la altura del aumento. Asimismo, se previó la extracción de las piezas 12, 21 y 23.

Los antecedentes médicos del paciente no presentaron contraindicaciones para realizar una restauración quirúrgica y una colocación de implantes.

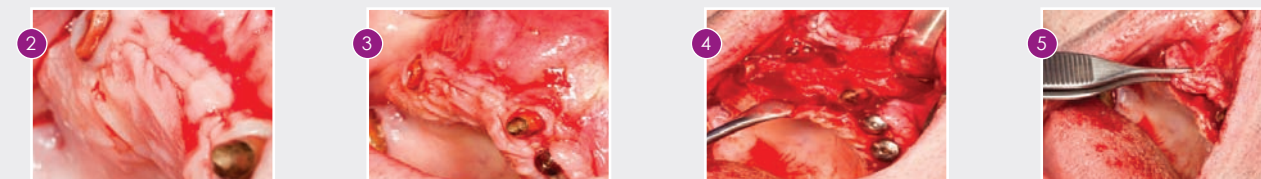
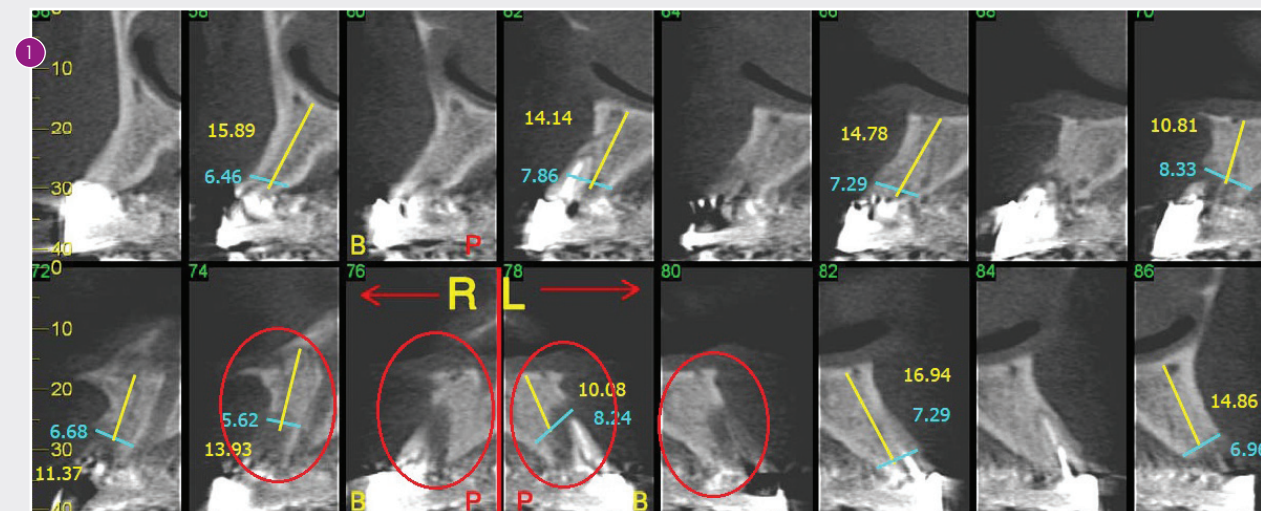
Se presentó el caso al paciente, junto con varias opciones para realizar el aumento lateral necesario. Se acordó

llevar a cabo un procedimiento en dos etapas: la primera consistiría en el aumento del reborde alveolar mediante una ROG con membrana tricapa, y la segunda, en la colocación de los implantes. La idea fue prevenir complicaciones a futuro, tales como la apertura del colgajo vestibular (dehiscencia de la herida), la exposición del hueso o una inestabilidad inicial del implante al momento de llevar a cabo el aumento.

Luego de la extracción no traumática de las piezas 12, 21 y 23, y de la cauterización profunda del tejido granular, el grosor del reborde alveolar quedó en 2 mm (se requiere un grosor mínimo de 5 mm para colocar un implante). Se dejó transcurrir un período de 6 semanas a fin de lograr

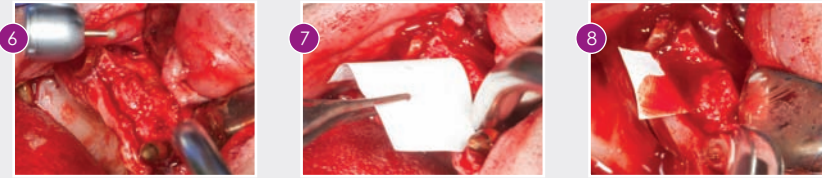
la máxima cicatrización del tejido blando (encia fija).

Con anestesia local, se realizó una incisión palatina a lo largo del reborde en la zona edéntula e incisiones de descarga vertical distales a las piezas 13 y 22 (Imágenes 2 y 3). El colgajo vestibular fue elevado hasta que quedó expuesto el piso de la nariz (fosa piriforme, Imagen 4) y luego fue liberado con una incisión en el periostio hecha en una zona elevada del colgajo a fin de garantizar un cierre sin tensión del tejido blando tras el aumento del reborde (Imagen 5).



6

Se hicieron orificios en el hueso cortical para fomentar la irrigación de sangre rica en factores de crecimiento y plaquetas hacia el sitio del implante (Imagen 6). Las imágenes 7 y 8 muestran la preparación de la membrana (pericardio) y su penetración en el colgajo vestibular.



En la etapa de aumento, se decidió emplear 3 capas de sustitutos óseos:

1. MASILLA ("PUTTY")

Sustituto óseo alógeno formado en el tejido edematoso, elástico al tacto; puede introducirse en cavidades ocultas y formar un volumen en bloque en el sitio del implante.

2. CaSO4

Sustituto óseo alógeno de sulfato de calcio empleado para realizar el aumento de pequeños defectos vestibulares en la región alveolar, con una absorción ósea relativamente rápida.

3. Xenoinjerto

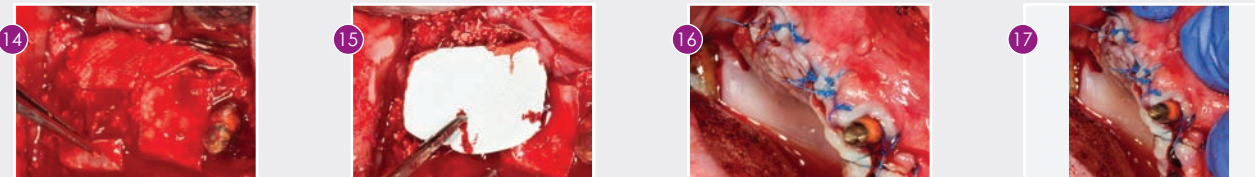
Sustituto de hueso bovino; se absorbe lentamente.

El aumento se llevó a cabo pasando por las etapas 1 a 3 en orden ascendente, siempre intentando preservar el implante óseo con una mínima absorción. La masilla se colocó como capa primaria (Imágenes 9 y 10) debido a la flexibilidad del hueso, selló por completo las cavidades ocultas en el sitio del implante y conformó un volumen óseo no menos estable que un bloque óseo. Debido a la alta temperatura y la presencia en el sitio

del implante de fluidos tales como esputo y sangre que afectan la fuerza y la estabilidad del hueso (in vivo), se decidió emplear un sustituto óseo de CaSO4 como capa secundaria (sólo el componente de polvo; ver Imágenes 11 y 12), a fin de estabilizar, al menos levemente, la capa externa de masilla. Para equilibrar la rápida absorción de los sustitutos óseos 1 y 2, se decidió rellenar el sitio del implante con hueso en polvo (xenoinjerto; ver Imagen 13), que resulta más adecuado para lograr una absorción lenta que los otros sustitutos óseos.



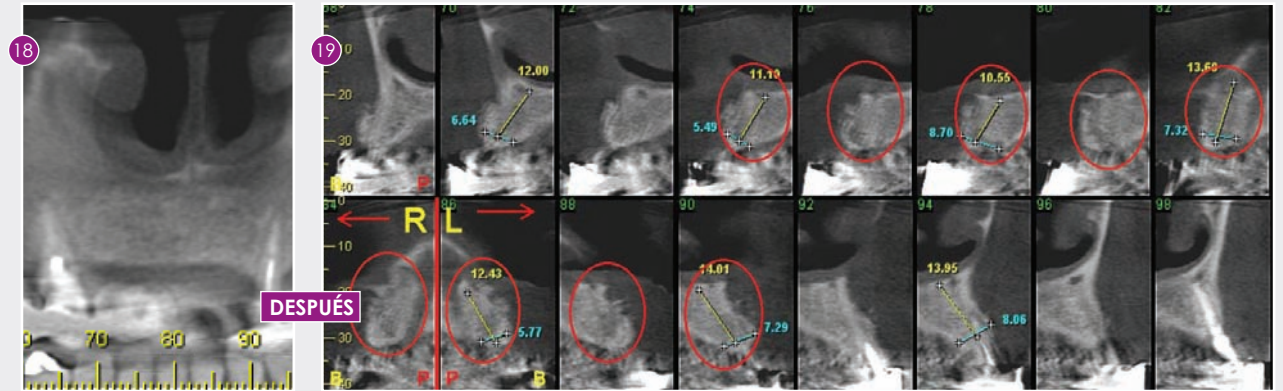
Colocación de las membranas del área palatina al área vestibular (técnica del túnel), y colocación de una membrana adicional para cubrir el hueso implantado en el área vestibular (Imágenes 14 y 15, respectivamente). Cierre sin tensión del colgajo vestibular mediante suturas de colchonero verticales y suturas verticales estándar (interrumpidas) en las incisiones verticales (Imágenes 16 y 17).



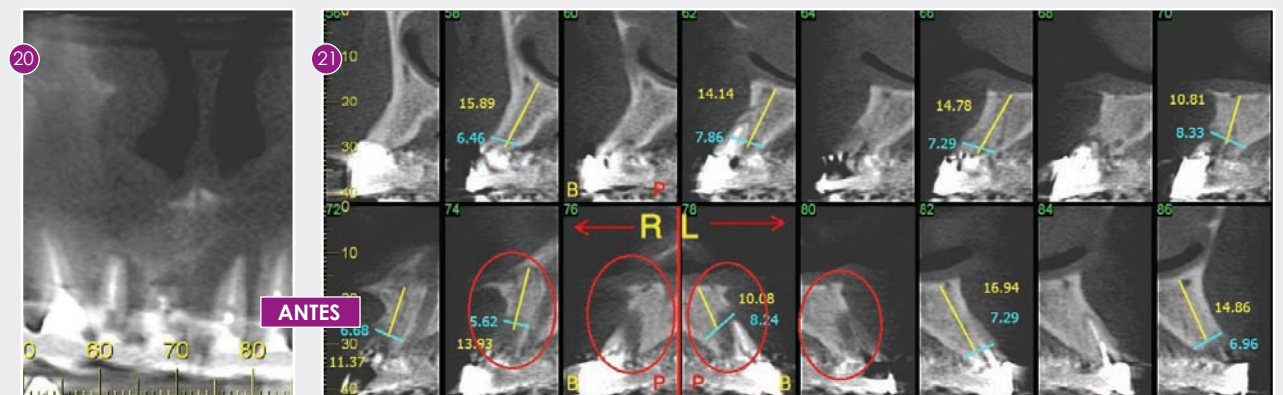
Colocación en el canino de un puente temporal preparado antes del procedimiento, sin ejercer presión en el sitio del implante.

Una TC dental realizada luego de 7 meses comprobó el aumento del hueso lateral en la región del maxilar superior anterior (Imágenes 18 y 19). Puede observarse el aumento del reborde en comparación con el estado inicial (Imágenes 21 y 22).

18

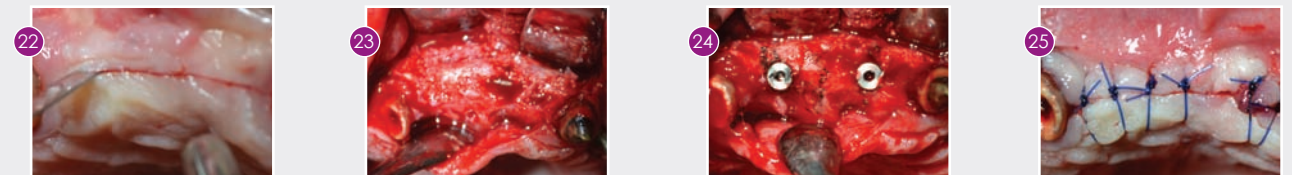


20



Bajo anestesia local, se realizó una incisión palatina sobre la línea del reborde edéntulo (Imagen 22). Se elevó el colgajo mucoperióstico, se expuso el hueso implantado (Imagen

23), se colocaron dos implantes en la zona de las piezas 12 y 21 (Imagen 24) y se suturaron las encías (Imagen 25).



RESUMEN

De acuerdo con la revisión hecha a la bibliografía científica, en la actualidad se practica una gran variedad de procedimientos quirúrgicos para reparar los rebordes edéntulos. Ningún procedimiento es mejor que otro; las ventajas y desventajas de cada uno de ellos deben sopesarse antes de la

operación. Para comprender cuándo realizar un aumento del reborde y qué técnica emplear en cada caso, será necesario llevar adelante investigaciones exhaustivas durante un tiempo prolongado. Además, no hay manera de brindar instrucciones claras de estas técnicas ni de atribuirles

a diversos casos. Se recomienda emplear procedimientos simples, disminuir riesgos y complicaciones, y lograr el objetivo en un período de tiempo relativamente corto.



www.alpha-bio.net

Los productos de Alpha-Bio Tec se encuentran autorizados para su venta en Estados Unidos y cuentan con el sello de conformidad de la Comunidad Europea de acuerdo con la Directiva 93/42/EEC del Consejo y la enmienda 2007/47/EC.

Alpha-Bio Tec cumple con las normas ISO 13485:2003 y con el sistema canadiense para la evaluación de la conformidad de dispositivos médicos (CMDCAS, por sus siglas en inglés).

Alpha-Bio Tec Ltd.

7 Hatnufa St. P.O.B. 3936, Kiryat Arye,
Petach Tikva 49510, Israel
T. +972.3.9291000 | F. +972.3.9235055
sales@alpha-bio.net

International

T. +972.3.9291055 | F. +972.3.9291010
export@alpha-bio.net

EC REP MEDES LIMITED

5 Beaumont Gate, Shenley Hill,
Radlett, Herts WD7 7AR. England
T/F. +44.192.3859810