



## La Implantología Sencilla Paso a Paso: Regeneración ósea de un alveolo mediante plasma rico en factores de crecimiento para la colocación de un implante unitario

### DR. JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ



Médico estomatólogo.  
Doctor en Medicina y Cirugía.  
Cirujano oral y maxilofacial.  
Periodoncia e Implantología exclusivas.  
Director de la Clinicae Gingiva. Madrid.  
[www.gingiva.net](http://www.gingiva.net)

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer joven de 32 años de edad con periodontitis crónica, presenta sintomatología periodontal en el incisivo lateral derecho con gran movilidad (grado 3), abscesos periodontales de repetición, pérdida de la papila y ligera recesión radicular. En la radiografía periapical se aprecia una gran pérdida ósea angular alrededor del 21 en forma de bañera.

La colocación del implante en el hueso remanente conllevaría una relación corono-radicular muy desfavorable, problemas estéticos con aparición de triángulos negros al perderse las papilas interdentarias, obligándonos a confeccionar una corona excesivamente larga.

Tras realizar el control de la periodontitis, se indica la exodoncia del incisivo y la regeneración tisular guiada mediante la colocación de injerto óseo y plasma rico en factores de crecimiento, para evitar el colapso del alveolo y la pérdida de las papilas interdentarias.

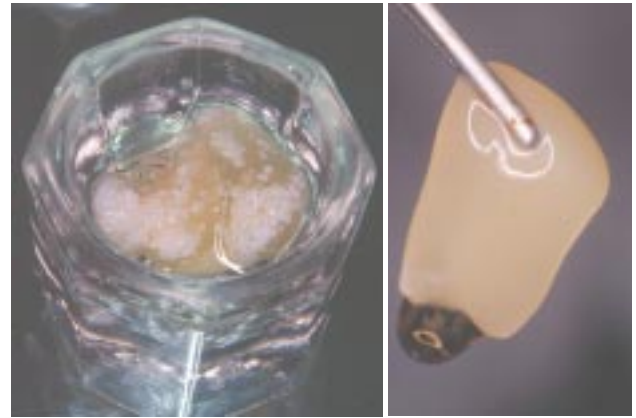




Previa a la exodoncia se realiza una sindesmotomía cuidadosa mediante bisturí, realizando una incisión intrasulcular.



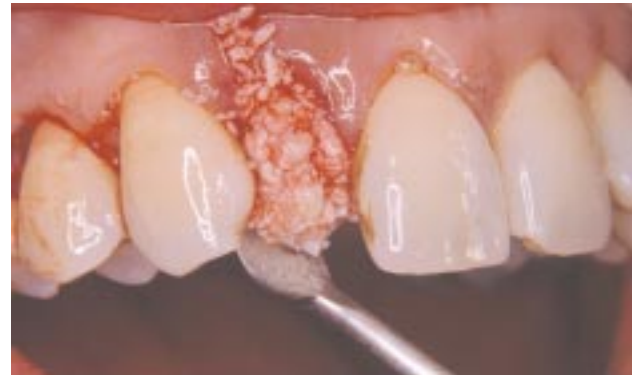
Tras la extracción de sangre de la paciente, se obtiene el plasma rico en factores de crecimiento. La fracción.3 más rica en factores de crecimiento se mezcla con hueso Bio-Oss Spongiosa obteniéndose así el material para injertar.



Se realiza la exodoncia cuidadosamente, evitando dañar el hueso remanente.



El material a injertar se introduce cuidadosamente en el lugar de la extracción con una cureta de Molt...



120

Se realiza el legrado cuidadoso con cucharilla quirúrgica.



...y se condensa progresivamente hasta rellenar totalmente el alveolo.

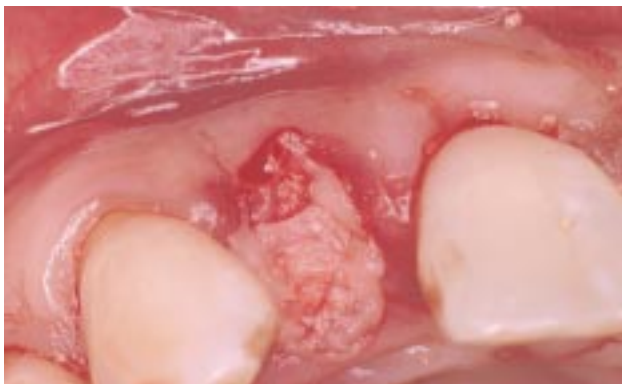


La fracción.2, menos rica en factores de crecimiento, se utilizará como tapón o membrana oclusiva del orificio.

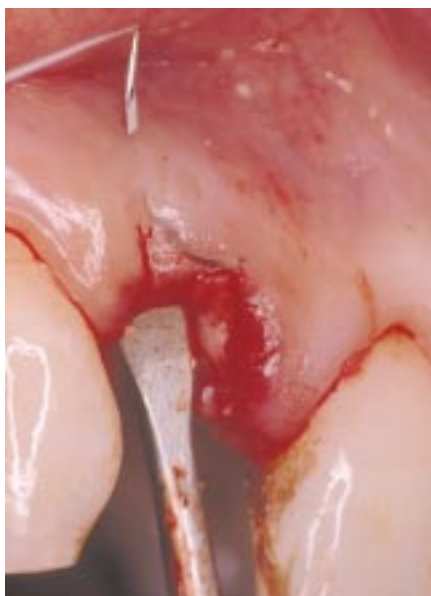


...y en las papilas palatinas.

- Este tapón es asimismo condensado dentro del alveolo, formando a modo de membrana de fibrina una barrera que previene la exfoliación del material y disminuyendo el riesgo de infección del alveolo.



Vista vestibular y palatina del alveolo una vez suturado.

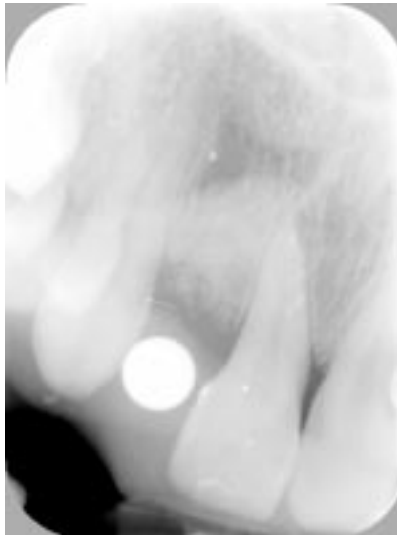
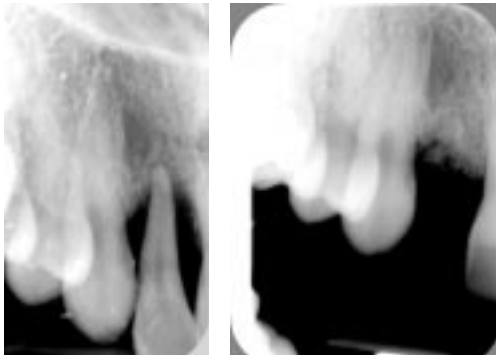


Para estabilizar el tapón y mantener la altura de las papilas interdetales, se realiza una sutura sencilla en colchonero vertical en las papilas vestibulares...





La paciente, durante el periodo de maduración ósea, llevará una prótesis removible atraumática. Pasado un periodo de tres meses se realiza una radiografía periapical donde se aprecia el injerto óseo.



Con la ayuda de una esfera metálica de diámetro conocido, se calcula el tamaño del implante.

Para la fabricación del modelo de trabajo se realizó una toma de impresión con la transferencia atornillada. Esta técnica se aconseja cuando el tornillo del implante se encuentra profundamente enterrado en los tejidos gingivales. Antes de tomar la impresión, realizamos una radiografía periapical para asegurarnos de la completa adaptación de la transferencia al implante.



Como pilar definitivo se usa el pilar SynOcta roscado en el octógono del implante. Este pilar será atornillado al acabar el trabajo a 35 Ncm



122

Se colocó un implante macizo roscado estándar del sistema ITI (superficie SLA). El tiempo de osteointegración fue de tres meses. Imagen del implante sin el tornillo de cicatrización una vez han madurado los tejidos blandos.



Se fabrica en el laboratorio un muñón sobrecorado individualizado. Este muñón se prueba en boca del paciente para comprobar que su posición y adaptación se corresponden con el modelo de laboratorio.



Para su adaptación usaremos una férula de posicionamiento de acrílico.



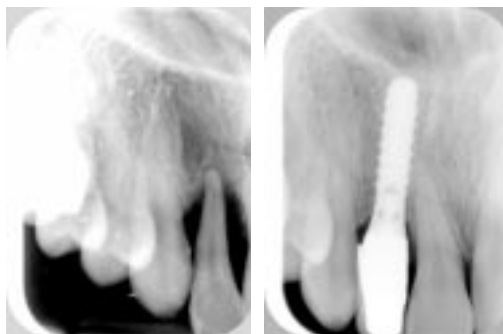
Imagen de la corona de metal porcelana colocada sobre el pilar individualizado (trabajo protésico realizado por el Laboratorio Ávila Mañas).



Se comprobará asimismo radiológicamente la perfecta adaptación del muñón al pilar SynOcta y al implante.

En la radiografía periapical se aprecia que el muñón no acaba de asentar en la cabeza del implante.

Radiografía periapical una vez terminado el trabajo. Obsérvese el tejido óseo regenerado comparando con la situación inicial.



El pilar es atornillado a 35 Ncm y la corona se cementa eliminándose los restos de cemento subgingivalmente.





Imagen de la corona en relación con la línea de la sonrisa. Se mantiene una altura adecuada de las papilas interdentarias.



Imagen de la corona implantosoportada al final del tratamiento e imagen inicial.



Imagen de la sonrisa al terminar el tratamiento. Imagen inicial del caso.

