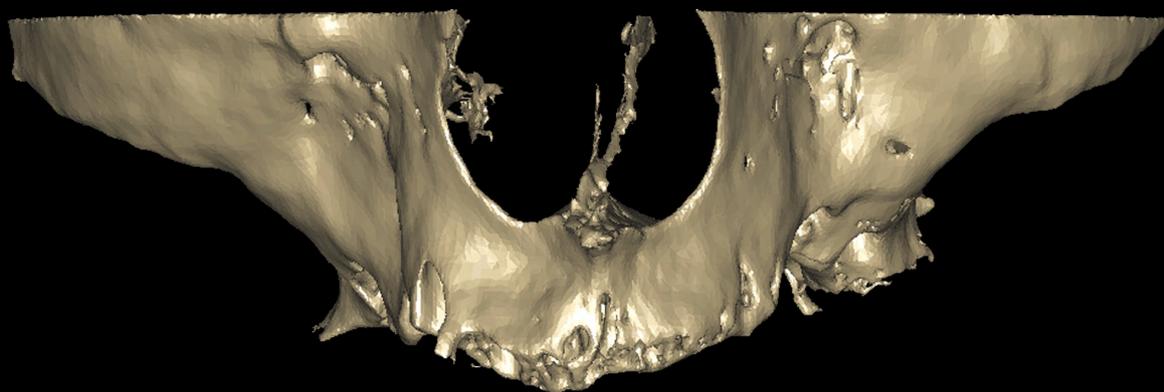


Vol 2. Nº1

2013

Digital Journal of Oral Surgery



Before



After

Anatomía Implantológica - Parte 2/2 -

Dr. Jose Ignacio Fernández Ruiz

Clasificación cronológica de la regeneración ósea en torno a los implantes dentales.

Dr. Juan Alberto Fernández Ruiz

ÍNDICE

VOL 2 N° 1 AÑO 2013 (FEBRERO)

EDITORIAL - PÁGINAS DE 1 A 2 -

ANATOMÍA IMPLANTOLÓGICA (PARTE 2/2).- PÁGINAS DE 5 A 19-

CLASIFICACIÓN CRONOLÓGICA DE LA REGENERACIÓN ÓSEA EN TORNO A LOS IMPLANTES DENTALES.- PÁGINAS DE 22 A 33 -

PRÓXIMA EDICIÓN

VOL 2 N° 2 AÑO 2013

MATERIAL Y TÉCNICAS DE SUTURA.

TÉCNICA DE RANURA: UNA MODIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE INJERTOS ÓSEOS EN BLOQUE PARA LA REGENERACIÓN EN ANCHURA DEL PROCESO ALVEOLAR. COMBINACIÓN DE DISPOSITIVO PIEZOELÉCTRICO DE ÚLTIMA GENERACIÓN Y PIEZA DE MANO CONVENCIONAL.

DIGITAL JOURNAL OF ORAL SURGERY

Dirección y redacción: Dr. Juan Alberto Fernández Ruiz

Diseño, fotografía e ilustración: Patricia Vacas

Coordinación: Alejandro Pola

Versión online: Ricardo Martínez

Diseño y maquetación: Manu Pola

Administración: Javier Mendoza

PUBLICIDAD

info@oralsurgerytube.com

EDITA

ORALSURGERYTUBE, S.L. - Avenida Sagunto, 116, Edificio CEEI Aragón 44002 Teruel

CONTACTO

Info@oralsurgerytube.com

ISSN: 2255-1107

DEPÓSITO LEGAL: DL I 150-2012

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS. EL CONTENIDO DE LA PRESENTE PUBLICACIÓN NO PUEDE REPRODUCIRSE O TRANSMITIRSE POR NINGÚN PROCEDIMIENTO ELECTRÓNICO, MECÁNICO NI POR FOTOCOPIA O CUALQUIER ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN Y SISTEMA DE RECUPERACIÓN SIN EL PREVIO PERMISO DE ORALSURGERYTUBE.COM.



Editorial

Con tan sólo cuatro meses de existencia, y con muchos aspectos por mejorar, han sido los comentarios alentadores de nuestros usuarios los que han hecho que nos sintamos orgullosos del proyecto y los que nos motivan, a todos los componentes de OralSurgeryTube y Digital Journal of Oral Surgery, a continuar con nuestra labor de difundir contenidos clínicos que esperamos sean de utilidad.

En este segundo volumen de la revista se continuará con la descripción de las bases anatómicas, que suponen nuestro campo de batalla y que deben ser dominadas para manejar, con las mejores garantías, nuestras intervenciones. Igualmente, se describirá una clasificación cronológica al respecto de las técnicas de promoción ósea en torno a los implantes dentales.



Queremos destacar la gran acogida internacional que está teniendo el proyecto y esperamos ir adaptando, lo antes posible, el formato de la plataforma en todos sus componentes a los idiomas de referencia y soportes multimedia diversos, es nuestro firme compromiso que acometeremos progresivamente.

Aprovechamos la ocasión para lanzar una propuesta a nuestros lectores, estaremos encantados de recibir propuestas de colaboración en forma de casos clínicos en cualquier formato audiovisual, artículos que puedan ser de interés para el resto de compañeros de profesión y por otra, opiniones, comentarios o solicitud de que tratemos temas que consideren de interés y que aún no hayan sido incluidos.

La plataforma de formación OralSurgeryTube, en la que está inmersa esta publicación, está concebida para crecer de la mano de todos aquellos profesionales que consideren que el intercambio de experiencias, el esfuerzo por mejorar cada día en la práctica diaria y el compromiso absoluto para con nuestros pacientes son más que un derecho, un deber.

INFODENT™

I N T E R N A T I O N A L
C O N N E C T I N G D E N T A L B U S I N E S S W O R L D W I D E

We help you
target new markets



www.infodent.com

FADENTE

DIGITAL CONCEPT BY PROCLINIC

PLANMECA

CONCEPT & IMAGE & CONFORT



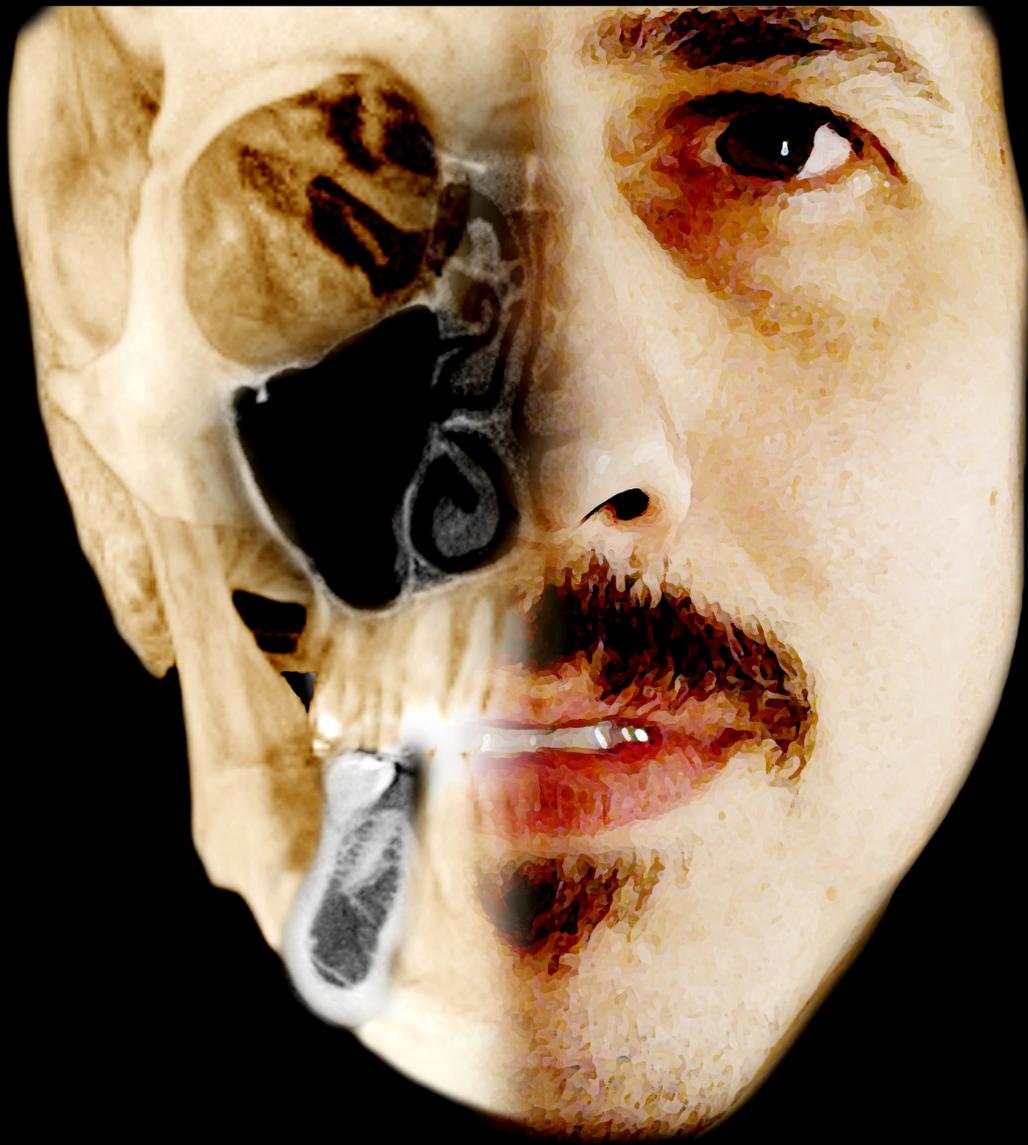
FADENTE
DIGITAL CONCEPT BY PROCLINIC

Consúltenos en **900 22 24 26** / info@fadente.es
o visítenos en www.fadente.es

ANATOMÍA IMPLANTOLÓGICA

- Parte 2/2 -

Dr. Jose Ignacio Fernández Ruiz



ANATOMÍA IMPLANTOLÓGICA

- Parte 2/2 -

Dr. Jose Ignacio Fernández Ruiz

MUSCULATURA

Musculatura peribucal:

La zona peribucal está formada por numerosas estructuras de importancia. El hecho de ser una zona muy frecuente de colocación implantes, en muchos casos la única zona posible receptora sin cirugías de injertos óseos. Hace de la zona anterior, tanto maxilar como mandibular una fuente del preciado tejido óseo. No obstante, las frecuentes reabsorciones y el reservorio de hueso que muchas veces nos brinda el mentón, nos obliga a despegamientos amplios, con fuerte componente muscular, por lo que debemos conocer perfectamente las estructuras, consecuencias y posibles complicaciones que nuestras maniobras pueden originar, así como la forma de evitar o minimizar sus efectos.

Depresor del tabique nasal o músculo del septo: Se origina desde el maxilar por encima del incisivo lateral y se inserta en la zona móvil del tabique nasal.

Buccinador: Se encuentra en el espesor de la mejilla, situado en el mismo plano que el constrictor de la faringe. Está cubierto por una expansión anterior de la fascia bucofaríngea. Nace en las superficies externas del maxilar y la mandíbula, en relación a los molares y también en una línea de unión fibrosa con el constrictor superior de la faringe, o rafe pterigomandibular, que se extiende desde la apófisis pterigoides hacia la extremidad posterior de la línea milohioidea. Las fibras del buccinador se dirigen, hacia delante, para entremezclarse con las del orbicular de la boca, prácticamente en ángulo recto.

Orbicular de la boca: Es un músculo esfintéreo, que recibe fascículos de otros músculos. Rodea la boca, con una extensión en sentido vertical, que va desde el del tabique nasal hasta un punto situado a medio camino entre el mentón y el borde libre

del labio inferior. Las fibras más profundas se continúan con el buccinador. Las fibras más superficiales derivan de otros músculos de la expresión facial.

Músculos del labio superior.

Elevador del labio superior y del ala de la nariz: Se origina apófisis frontal del maxilar y se dirige hacia abajo para insertarse en el ala de la nariz, en la piel y en los músculos del labio.

Elevador del labio superior: Se origina por encima del agujero infraorbitario y se inserta en el orbicular de la boca en labio superior.

Cigomático menor: Pequeño haz muscular que desde la superficie superior del hueso cigomático se dirige hacia la piel y el músculo del labio superior.

Cigomático mayor: Algo más amplio que el menor, se origina en el cigoma y se inserta en el ángulo de la boca.

Canino o elevador del ángulo de la boca: De origen inferior al agujero infraorbitario, se inserta en el ángulo de la boca, en el orbicular y la piel.

Músculos del labio inferior.

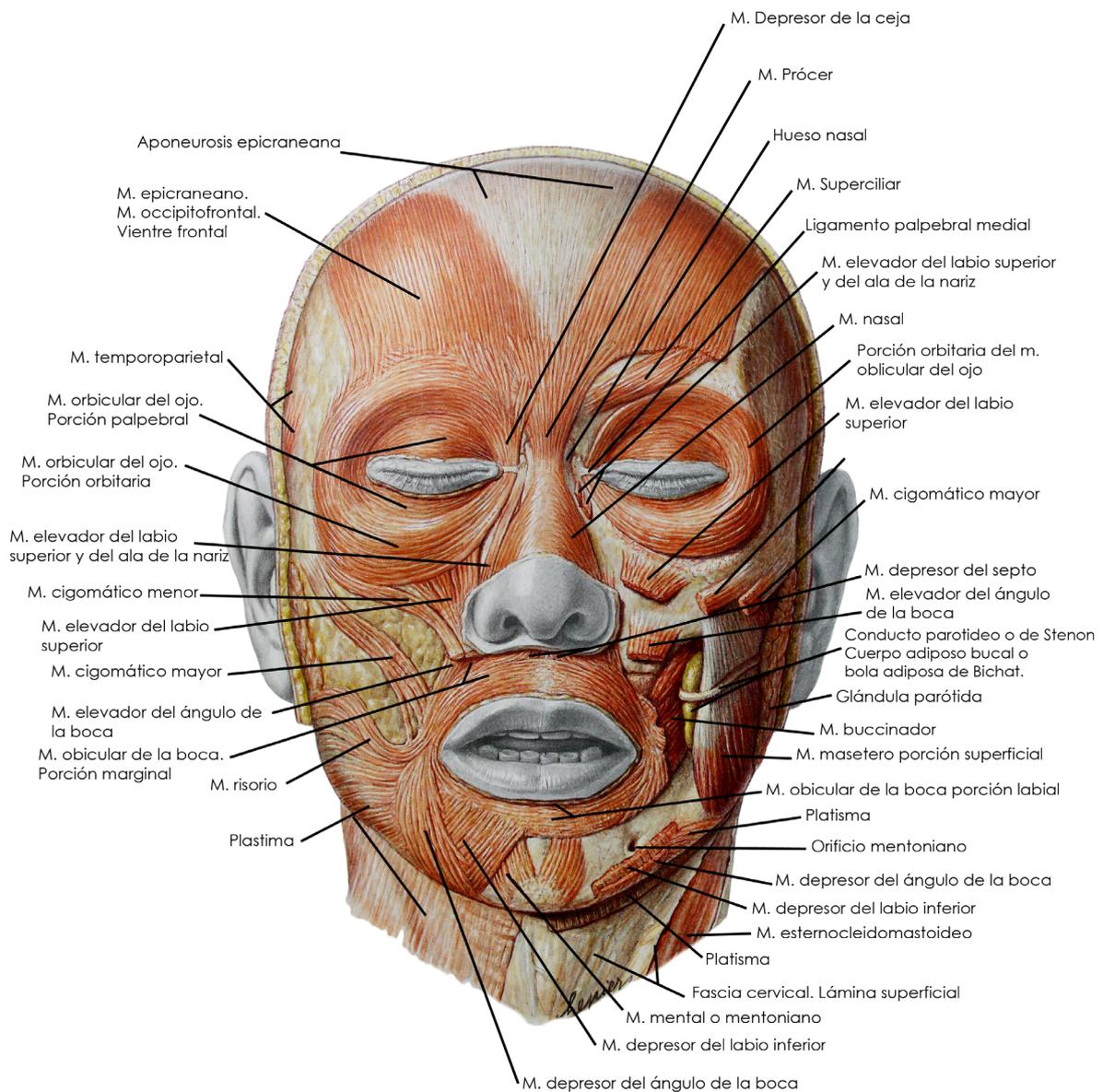
Depresor del labio inferior o cuadrado: Se origina en la línea oblicua, en la superficie externa de la mandíbula, entre la sínfisis y el agujero mentoniano. Sus fibras se dirigen, hacia arriba y medialmente, hacia la piel del labio inferior y el orbicular.

Depresor del ángulo de la boca: Se origina inferolateralmente al depresor del labio inferior. Sus fibras convergen en el ángulo de la boca, para insertarse en la piel y en el orbicular.

Borla del mentón: Pequeño músculo que se origina en la mandíbula debajo del incisivo y se dirige caudalmente para insertarse en la piel del mentón, es el único músculo de los labios que no tiene relación con el orbicular.

Risorio: Desde la fascia de la parótida hacia la piel del ángulo de la boca a menudo se fusiona con el platisma.

Platisma: Se origina en la piel y en la fascia superficial y en las regiones pectoral superior y deltoidea. Cruza la clavícula y se dirige hacia arriba en la zona anterior y lateral del cuello. Sus fibras anteriores se cruzan con las del lado opuesto por debajo del mentón. Las fibras intermedias se insertan en el borde inferior del cuerpo. Las fibras posteriores cruzan la mandíbula superficialmente y se dirigen hacia delante para entremezclarse con los depresores del ángulo de la boca y del labio inferior, insertándose así en el modiollo y en el labio superior. Las fibras más superiores son reforzadas por el risorio, con cuyas fibras se continúa.



Músculos faciales y masticadores. Ilustración SOBOTTA.

ANATOMÍA SECTORIAL

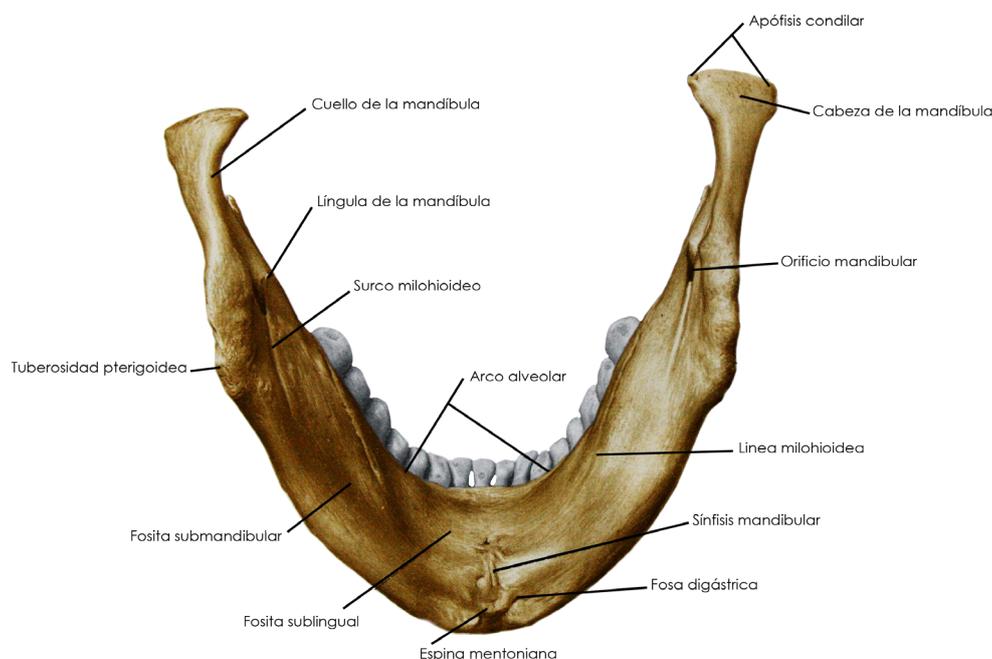
A continuación, pasaremos a describir en cada una de las zonas receptoras de implantes, las relaciones anatómicas más importantes, describiendo su trayecto y mostrando figuras que nos aclaren su localización y recorrido.

MANDÍBULA

La mandíbula la podemos dividir en dos grandes zonas: la región situada entre los agujeros mentonianos y las zonas distales a éste.

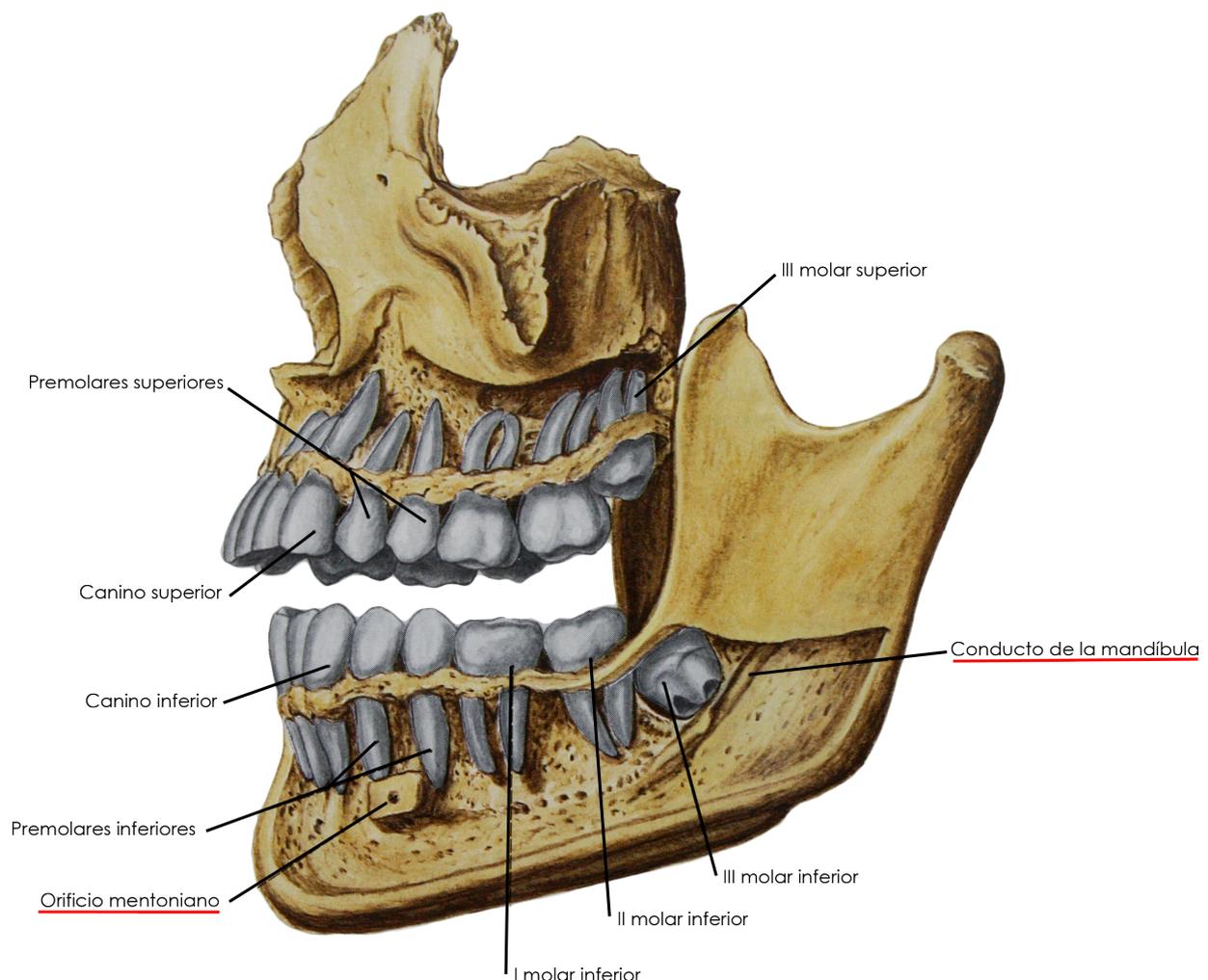
La región sinfisaria es la zona receptora de implantes más clásica, y la recomendada para iniciarse en la implantología. Es una zona en la que suele encontrarse suficiente hueso remanente de una notable calidad. Además, las relaciones con estructuras anatómicas importantes la hacen menos susceptible de complicaciones, no obstante presenta una serie de relaciones que debemos recordar y evitar que la relajación nos lleve a obviar.

Seguidamente se exponen las relaciones más importantes a nivel mandibular.



Mandíbula, visión inferior. Ilustración SOBOTTA.

Dentario inferior: Es sin lugar a dudas la estructura que más determina la posibilidad de colocar implantes en la región mandibular, proporciona inervación a las piezas dentarias del lado correspondiente, y su rama terminal mentoniana inerva el labio y el mentón. Por lo que una lesión de este provocaría una anestesia de estas estructuras. Inicia su recorrido en la espina de Spix y desemboca en el agujero mentoniano donde proporciona sus dos ramas terminales el n. Mentoniano y el incisivo. Discurre por debajo de los ápices dentarios y debemos localizarlo en las panorámicas y tomografías para colocar nuestros implantes con un margen de seguridad estipulado de dos milímetros.



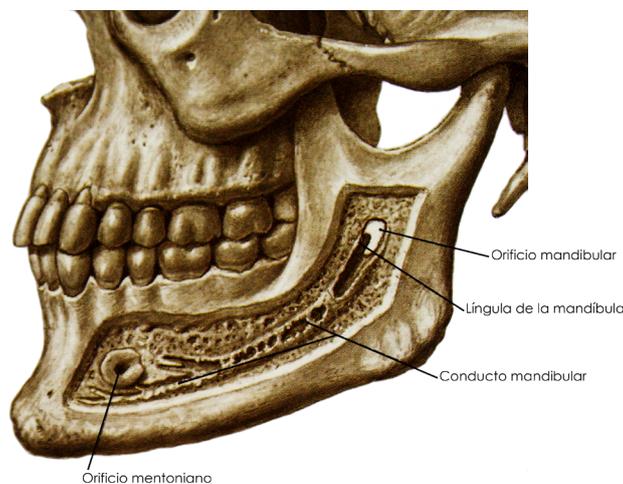
Maxilar y mandíbula. Ilustración SOBOTTA.

Agujero mentoniano: Se localiza, en el paciente dentado, por debajo de los ápices del primer y segundo premolar. Debemos localizarlo y disecarlo suavemente en todas las intervenciones cercanas a éste para evitar su lesión y poder observar su anatomía en busca de algún bucle que pueda existir, antes de la desembocadura del nervio mentoniano. Es importante recalcar que en casos de reabsorción extrema del proceso alveolar el orificio mentoniano se llega a localizar en la cresta mandibular, por lo que la incisión debemos realizarla más lingualmente para evitar la sección del pedículo.



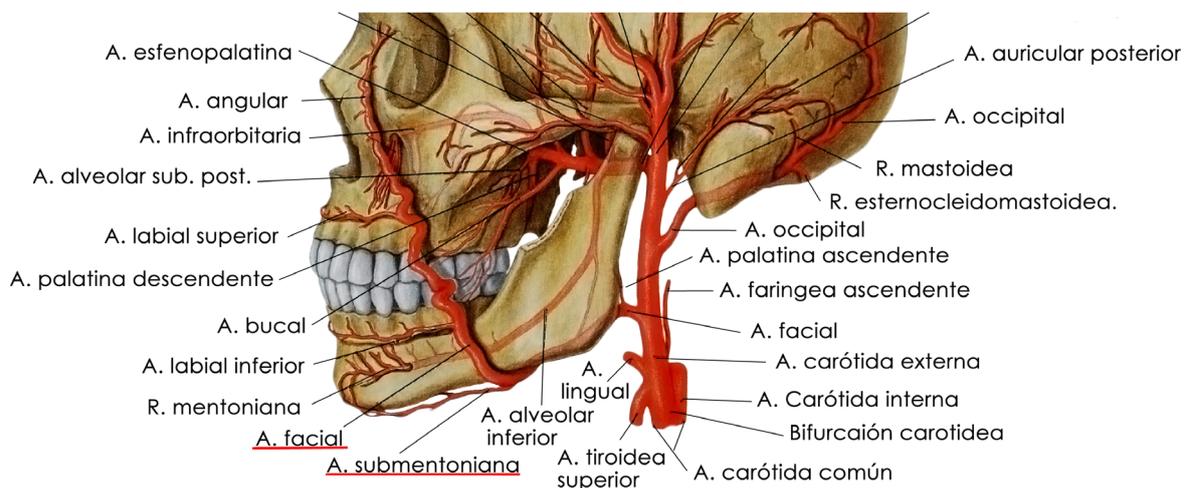
Dos cuerpos de mandíbulas. Ilustración SOBOTTA.

Nervio incisivo: inerva el grupo incisivo inferior y clásicamente se le considera de poca importancia, sin embargo debemos tener la precaución de que el implante no quede en contacto con éste, es decir que se sitúe por encima o por debajo del mismo pero no a su nivel, ya que podría ser fuente de neuralgias por no haber tomado dicha precaución. Debemos acostumbrarnos a localizarlo en las pruebas radiológicas.



Detalle del cráneo, visión lateral estratificada. Ilustración SOBOTTA.

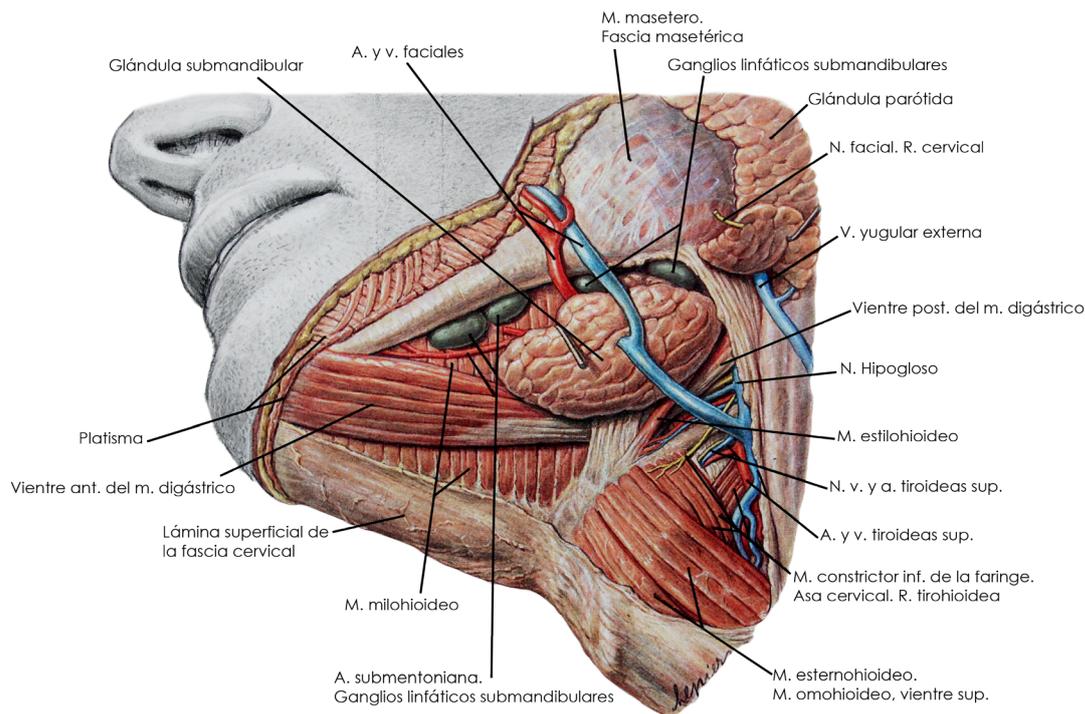
Arteria facial: Se hace superficial, rodeando el reborde mandibular, medialmente al músculo masetero. Durante maniobras quirúrgicas habituales resulta imposible lesionarla, no obstante la gravedad que conllevaría nos obliga a tenerla muy en cuenta sobretodo en casos muy severos de reabsorción, en injertos óseos y en pacientes que por traumatismos, extirpación de tumores, etc. pudiesen, nuestras maniobras, lesionar dicha arteria en una anatomía alterada.



Esquema de la arteria carótida externa y sus ramas. Ilustración SOBOTTA.

Arteria submentoniana: Rama voluminosa de la facial, se origina a nivel de la glándula submaxilar y se dirige hacia delante sobre milohioideo, hasta alcanzar el mentón.

Arteria sublingual: Se desliza entre los músculos milohioideo y geniogloso para irrigar la glándula sublingual. Se han descrito casos de lesión de esta arteria al buscar la bicorticalidad en la cortical lingual, lo que obliga a localizar la arteria y coagularla. Por lo que debemos evitar dicha complicación despegando un colgajo amplio en la zona y visualizar la cara interna mandibular.



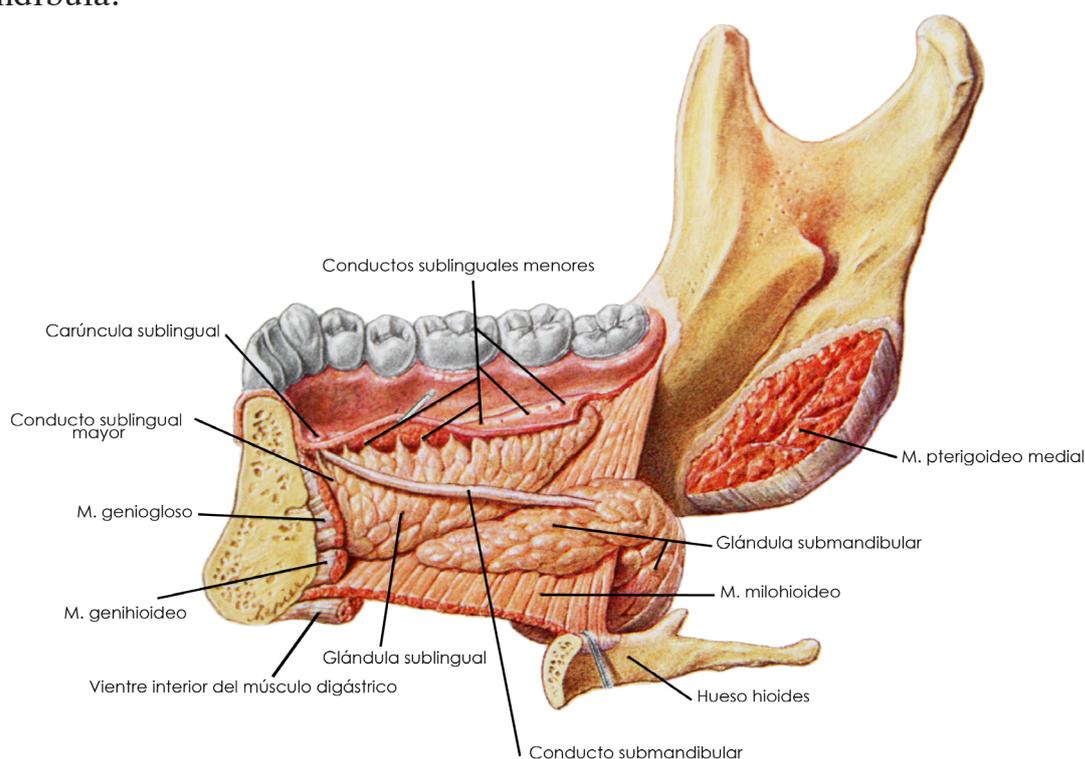
Visión de las glándulas salivares mayores. Ilustración SOBOTTA.

Glándula submandibular: Presenta una parte superficial amplia y una pequeña porción profunda.

La porción superficial ocupa el triángulo digástrico y está rodeada laxamente por las hojas superficial y profunda de la fascia cervical superficial, que llegan respectivamente al borde inferior y a la línea milohioidea de la mandíbula.

La porción profunda se extiende anteriormente sobre el músculo hiogloso, superiormente al milohioideo.

Arteria milohioidea: Se desprende de la alveolar inferior a nivel del orificio superior del canal mandibular, discurre por el canal milohioideo y se distribuye por el músculo correspondiente. Su lesión es una complicación poco frecuente, pero posible, al situar implantes que atraviesen la cortical interna de la zona lateral de la mandíbula.



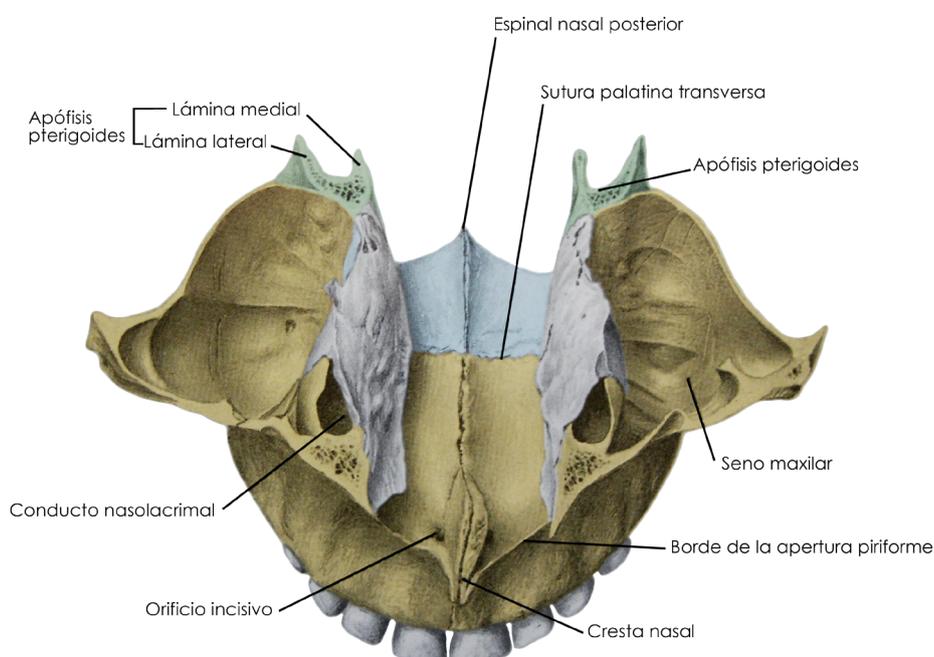
Situación de las glándulas submandibular y sublingual. Ilustración SOBOTTA.

Nervio lingual: Se incurva, hacia delante, entre la rama ascendente mandibular y el pterigoideo interno. Se sitúa entre la mucosa y el cuerpo de la mandíbula, inmediatamente por debajo del último molar y por encima del extremo posterior de la línea milohioidea. A nivel del segundo molar el nervio lingual discurre entre los músculos hiogloso y milohioideo por lo que ya no puede ser lesionado con maniobras habituales.

MAXILAR

El maxilar superior presenta una serie de características que lo diferencian de la mandíbula. Es un hueso mucho menos compacto, menos denso y repleto de cavidades aéreas. Por lo que debemos buscar la bicorticalidad para garantizar la estabilidad primaria básica para la osteointegración de nuestras fijaciones. La propia naturaleza del hueso lo hace más susceptible a la reabsorción en la zona anterior, que además es la de mayor demanda estética, por lo que el conocimiento de la anatomía se hace imprescindible.

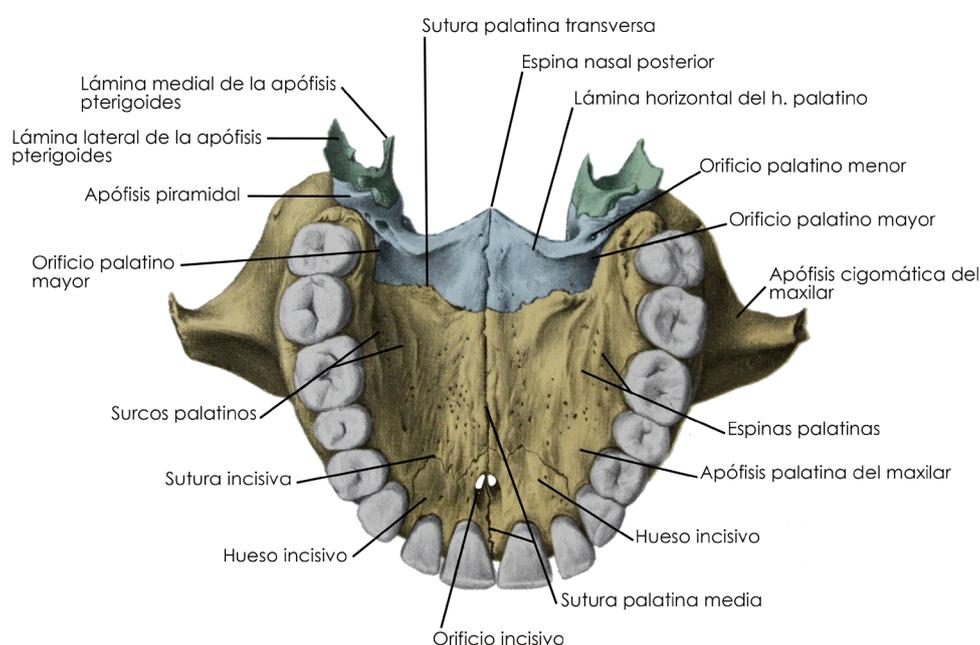
Suelo de la cavidad nasal: De 10-12 mm. de ancho, está formado por las apófisis palatinas de los dos maxilares y por las láminas horizontales de los huesos palatinos. Está “tapizado” por una mucosa relativamente gruesa. Durante la colocación de nuestras fijaciones debemos evitar perforarla, ya que sería una posible vía de entrada para los gérmenes.



Paladar óseo, seno maxilar, cornete nasal inferior. Visión superior (desde la cavidad nasal). Ilustración SOBOTTA

Canal palatino anterior: Laterales a la línea media, por él discurre el nervio nasopalatino. Su sección no supone ningún inconveniente, anestesia temporal de la zona anterior del paladar, no obstante es una zona vacía, por lo que en caso necesario es conveniente eliminar el paquete vásculo-nervioso y rellenar la cavidad con hueso, para poder colocar los implantes.

Al igual que el nervio incisivo inferior debemos evitar un contacto terminal del implante con el nervio, ya que de ser así el paciente podría referir neuralgias.

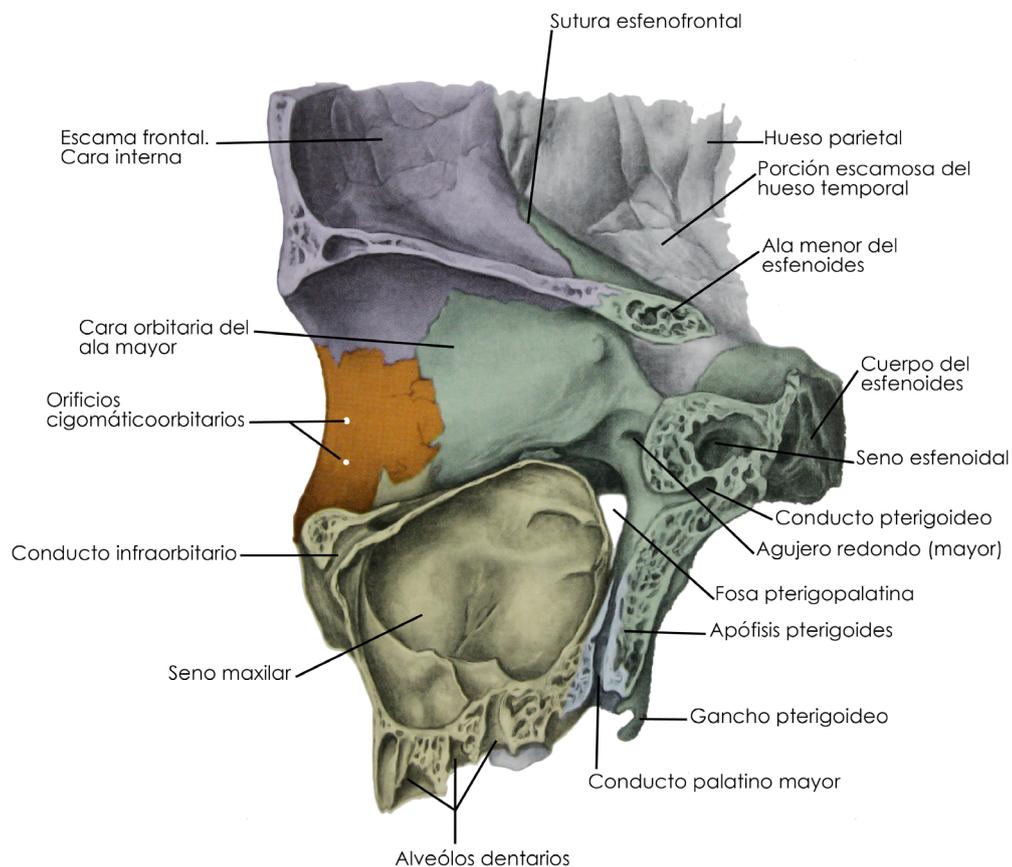


Paladar óseo, visión inferior (desde la cavidad bucal). Ilustración SOBOTTA

Seno maxilar: Es una cavidad de tamaño y forma variables. Clásicamente de forma piramidal, el vértice se sitúa en la apófisis cigomática del maxilar y la base o pared medial, constituye la parte inferior de la pared lateral de la fosa nasal. El suelo está sobre los procesos alveolares del maxilar y las raíces de los premolares y molares. Las variaciones de tamaño pueden limitar su extensión a los tres molares o aumentarla para incluir todos los molares, premolares y el canino. La mucosa sinusal es más fiable que la nasal y en ausencia de patología podemos elevarla sin inconvenientes.

Pilar canino: Es, sin lugar a dudas, la zona del maxilar más susceptible de recibir implantes. Solemos disponer de una altura de hueso importante y sobretodo de la anchura requerida, ya que en esta zona la reabsorción centrípeta no es tan masiva.

Limitado anteriormente por las fosas nasales y posteriormente, por la extensión del seno maxilar, debemos realizar las pruebas tomográficas pertinentes para determinar su extensión.



Órbita derecha, seno maxilar y fosa pterigopalatina. Visión medial desde la pared lateral de la órbita. Ilustración SOBOTTA

CONCLUSIONES

La anatomía como rama que estudia las zonas a intervenir, su topografía, su distribución y sus relaciones; debe ser conocida, es más dominada, por todo aquel profesional de la salud que decida actuar sobre ella; es por lo tanto inconcebible e inadmisibles, que desconozcamos nuestra “zona de batalla”.

Tratamos a personas, seres humanos que sin duda pretenden algo más en la vida que ser tratados odontológicamente.

Debemos extremar la prudencia en realizar una buena historia clínica, tomarnos el tiempo necesario para conocer a nuestros pacientes, llegar a sentir y ofrecer la calidad humana que ambas personas llevan dentro.

Entender los objetivos que el paciente quiere alcanzar y exponer las distintas posibilidades, alternativas y resultados a obtener. Además de explicar las posibles complicaciones postoperatorias, e intraoperatorias que pueden modificar el tratamiento previamente acordado, con sus susceptibles modificaciones.

Resulta de vital importancia realizar las pruebas complementarias necesarias, para el correcto estudio del caso, y no dejar que la suerte, la Fe o cualquier otro amuleto guíen nuestras intervenciones. Ya que éstos, no responden de las posibles complicaciones ni de nuestra autoestima ni valía profesional.

ENDOSCOPIA DENTAL ENDOCIRUGIA

La tecnología endoscópica aplicada al campo dental permite ver, revisar y compartir imágenes de sus intervenciones intranasales, endosinusales, cigomáticas y un largo etc.



OPTOMIC®

producing quality

OPTOMIC ESPAÑA, S.A.

C/Madroño 4 · Pol. Ind. La Mina · 28770 Colmenar Viejo · MADRID · Tel: 902 22 11 77 · Fax: 902 22 11 78 · comercial@optomic.com · www.optomic.com

Esterilizarías todo.



La Línea de Esterilización Euronda se ocupa de todas las fases del proceso de esterilización protegiéndote a tí y a tus pacientes de las infecciones. Te sentirás tan seguro mientras trabajas que no podrás prescindir de ella.



CLASIFICACIÓN CRONOLÓGICA DE LA REGENERACIÓN ÓSEA EN TORNO A LOS IMPLANTES DENTALES.

Dr. Juan Alberto Fernández Ruiz



CLASIFICACIÓN CRONOLÓGICA DE LA REGENERACIÓN ÓSEA EN TORNO A LOS IMPLANTES DENTALES.

Dr. Juan Alberto Fernández Ruiz

I.- Introducción:

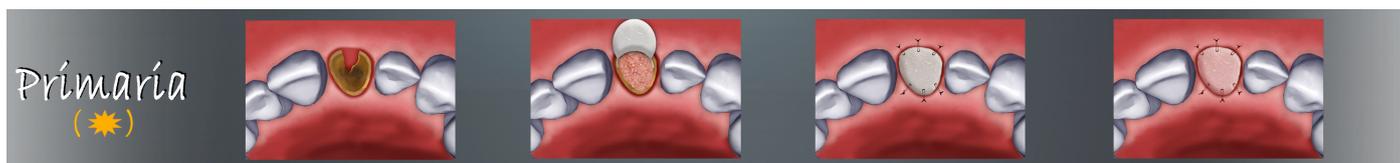
Dado que la colocación de implantes dentales viene íntimamente relacionada a la disponibilidad ósea, y que ésta se encuentra en numerosas ocasiones reducida. Se convierte en una necesidad cotidiana la conveniencia de reconstruir el hueso perdido para la correcta estabilidad de nuestros implantes dentales.

Hasta la fecha existen multitud de clasificaciones al respecto de la morfología de los defectos óseos y de su evolución cronológica. Pero, se carecía de una clasificación que ordenara los distintos momentos en los que se pueden realizar técnicas de osteopromoción en relación a los implantes dentales.

La clasificación propuesta ordena, en 5 categorías, los distintos procedimientos de regeneración ósea en torno a los implantes dentales. Dichas categorías hacen referencia al momento de la colocación de los implantes dentales, diferenciando cinco estadios según sean realizados para disminuir o corregir la atrofia ósea previa a la colocación de los implantes dentales. En este artículo se propone una clasificación de las técnicas de regeneración en torno a los implantes dentales, en cinco estadios: primaria, secundaria, terciaria, cuaternaria y quinaria. Además, se sugieren técnicas para el manejo de cada una de las situaciones y se presentan ejemplos clínicos de casos reales.



Fig. 1: Clasificación cronológica de regeneración ósea en torno a implantes dentales.



II.I - Regeneración ósea primaria:

Engloba las técnicas que se realizan antes o en el mismo momento de la extracción dentaria y que pretenden reducir la atrofia inherente a la misma o la previamente existente. En éste apartado tienen cabida entre otros:

- Técnicas de preservación del alveolo: Bio-col.
- Tratamiento de conductos: para prevenir o reducir una lesión osteolítica.
- La terapia periododental regenerativa: técnicas de Regeneración Tisular Guiada (RTG).
- Extrusión ortodóntica.

Dichos procedimientos pueden hacer innecesario el tratamiento regenerativo posterior o cuanto menos minimizarlo.

Al respecto de las técnicas de preservación del alveolo, cuando un diente tiene una historia de traumatismo, de infección, de tratamiento endodóntico y/o de cirugías previas, debemos estar alerta (e informar al paciente) ya que dichas situaciones pueden alterar la circulación local, lo que puede ocasionar que al reentrar nos encontremos con un material de consistencia análoga al momento de su colocación.

Al margen de la falta de integración del material de injerto, otras posibles complicaciones son:

- Exposición de las membranas de Regeneración Ósea Guiada (ROG) al medio oral con la consiguiente contaminación.
- Infección del material aplicado.
- Dehiscencia de suturas.
- Extrusión del material injertado.

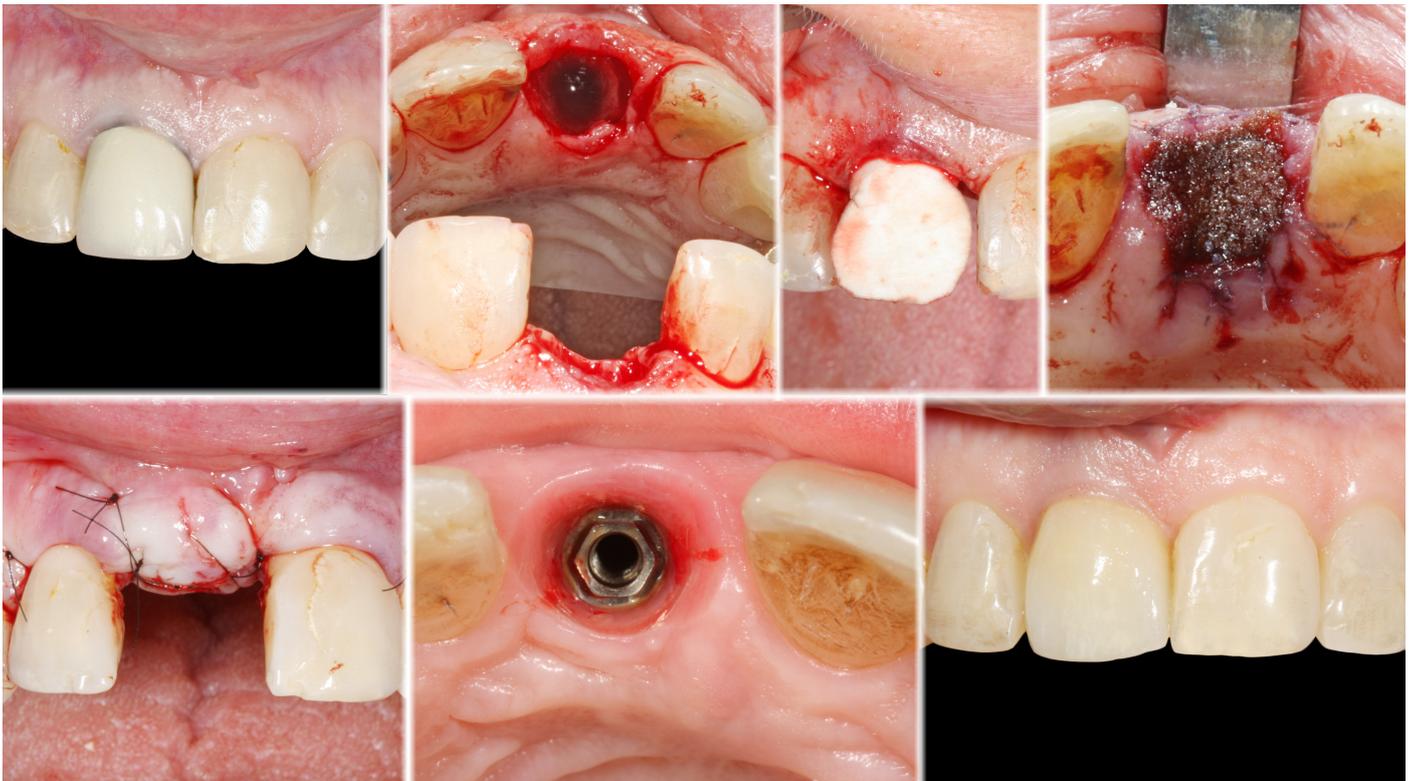
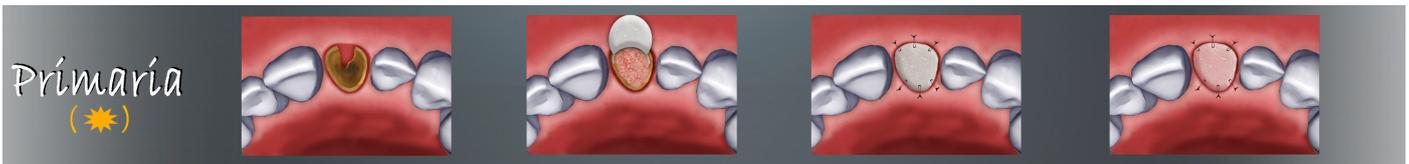


Fig. 2: Paciente mujer de mediana edad que acude por fractura a nivel 11, se realiza técnica de biocol y, después de 6 meses, se procede a la colocación de un implante y posterior restauración implantosoportada.



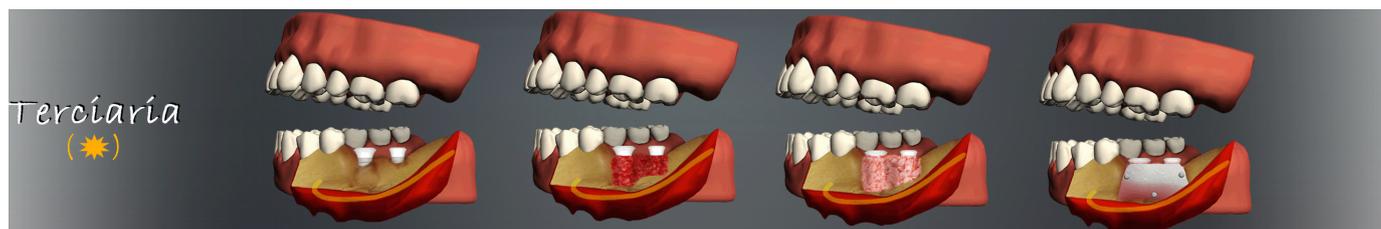
II.II - Regeneración ósea secundaria:

Hace referencia a los procedimientos que se realizan una vez ya está instaurada la atrofia y es previa a la implantación. Se trata, por lo tanto, de la concepción clásica de cirugía preprotésica. Incluye técnicas de regeneración ósea guiada, injertos onlay, inlay y saddle, así como la elevación del suelo sinusal o de la fosa nasal, entre otros.

En éste tipo de procedimientos las complicaciones más frecuentes son la infección del material de injerto y la dehiscencia de suturas, pudiendo ocurrir ausencia de integración parcial o total del injerto, invasión de tejidos blandos, reabsorción parcial o total y un largo etcétera.



Fig. 3: Paciente mujer de 22 años que acude a la consulta por fistula localizada en apical del 12, se procede a la realizacion de tratamiento de conductos sin observar mejoría alguna. Posteriormente, ante la ausencia de respuesta, se decide la exodoncia del diente, donde se confirma el diagnóstico de sospecha (surco de desarrollo completo de la raíz del diente), después de la regeneración del defecto óseo se pasa a la colocación del implante y posterior restauración.



II.III - Regeneración ósea terciaria:

Es aquella que se realiza simultáneamente a la colocación de las fijaciones. Comprende entre otras:

- Técnicas de Regeneración Ósea Guiada (ROG).
- Colocación de implantes junto a la elevación de seno maxilar y/o elevación de la fosa nasal.
- Procedimientos de expansión de cresta.
- Elevación atraumática del seno con adición de hueso (ESSOAH).

Se trata de una situación arriesgada, en el sentido de que la presencia de cualquier eventualidad se acompañará prácticamente siempre de la afectación del implante en cuanto a su cobertura ósea o de tejidos blandos. Es fundamental realizar un estudio meticuloso del caso y respetar siempre los principios que rigen la regeneración ósea. Son, por norma general, procedimientos muy sensibles a la técnica que deben ser realizados a pacientes seleccionados y por profesionales que dominen las distintas técnicas a emplear.

La dehiscencia de suturas, la exposición de las membranas, la pérdida del material aplicado pueden llevar al traste el procedimiento, afectando tanto a los aspectos biológicos, con ausencia de integración del implante, como provocando alteraciones estéticas que requieran posteriores actuaciones.

Nota: Como situación compartida consideramos la técnica de implantes inmediatos postextracción como un procedimiento que comparte características de las regeneraciones primaria y terciaria.

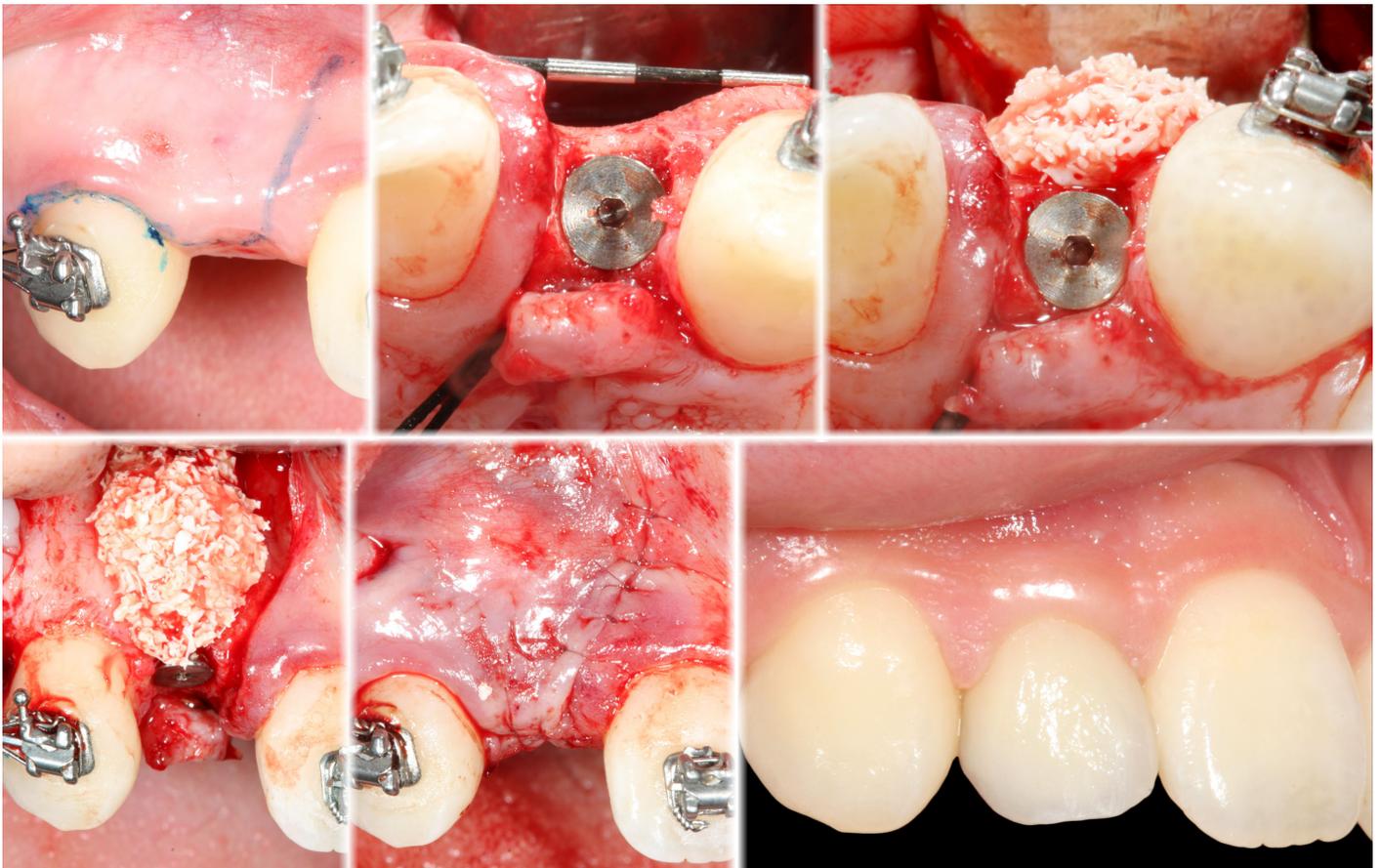
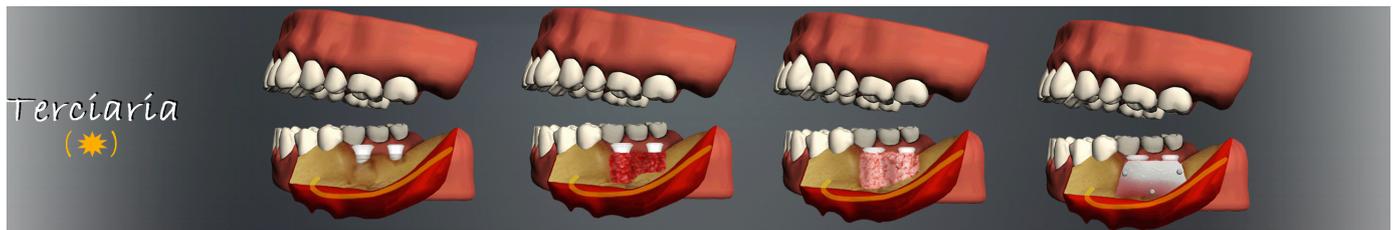
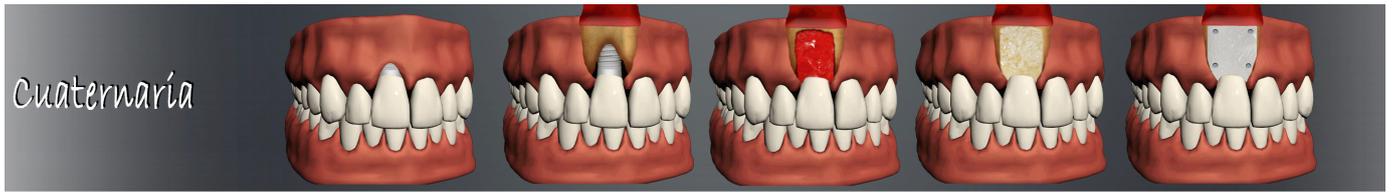


Fig. 4: Manejo de agenesia de incisivo lateral superior derecho, mediante la colocación de implante dental y regeneración simultánea para la mejora de los tejidos blandos y conformación de un perfil de emergencia armónico.



II.IV - Regeneración ósea cuaternaria:

La que se practica sobre implantes ya integrados. Puede realizarse sobre una superficie implantaria que previamente estuvo recubierta de hueso sano, o bien, en áreas que jamás tuvieron una adecuada cobertura ósea.

Su principal objetivo es modificar las condiciones locales minimizando la pérdida de hueso existente para obtener mejoras tanto estéticas como biomecánicas.

Aparte del correcto manejo de tejidos blandos y duros es, igualmente, imprescindible el tratamiento adecuado de la superficie implantaria mediante limpieza, detoxificación y/o implantoplastia.

En éste apartado las complicaciones más frecuentes afectan a los tejidos blandos, pudiendo aparecer dehiscencia de sutura, necrosis de parte o de todo el injerto, recesión gingival, etc .

Es imprescindible que el paciente entienda que se trata de una terapia de rescate y que, por consiguiente, puede no conseguir los fines deseados o que el resultado sea insuficiente o no satisfaga sus expectativas.

Evidentemente la prevención es el mejor enfoque posible. Pero, cuando es necesario realizarla conviene ser máximamente cauto y estricto en la ejecución de la técnica, así como en las instrucciones postoperatorias que debe seguir el paciente.



Fig. 5: Imágenes superiores: Manejo de lesión ósea en torno a implante dental con pérdida de hueso tipo cráter, se resuelve el caso mediante implatoplastia, decontaminación y técnicas de regeneración ósea guiada. Imágenes inferiores: Manejo de periimplantitis, mediante injerto de tejido conectivo.



II.V - Regeneración ósea quinaria:

Aborda aquellos procedimientos que se desarrollan una vez que el paciente ha sido portador de implantes dentales y éstos han fracasado.

Lamentablemente es cada vez más una realidad que supone un reto para el profesional y que debe ser afrontado desde un MÁXIMO RESPETO tanto de los aspectos técnicos, como de los biológicos, sin olvidar jamás los de un cada día más menoscabado código ético entre profesionales.

Es, sin lugar a dudas, una situación donde se aúnan una serie de peculiaridades que modifican el pronóstico y por tanto el manejo del caso:

- Antecedentes de cirugías previas en el área a intervenir.
- Posibilidad de que el paciente pierda la confianza en la implantología.

Por otra parte el profesional debe analizar los motivos que llevaron al fracaso previo para de éste modo no tropezar dos veces en la misma piedra. Especial atención se deberá prestar a:

- Los aspectos biomecánicos de la restauración.
- Revisión del estado de salud del paciente y de su historial clínico.
- Al mantenimiento que ha realizado el paciente, y a sus hábitos.
- A los tejidos blandos, en cuanto a la presencia de una banda adecuada de encía insertada alrededor de los mismos.

Las complicaciones más frecuentes son: alto riesgo de infección, dehiscencia de suturas y mala integración del injerto por severa alteración de las condiciones locales de irrigación tanto de los tejidos blandos como del hueso subyacente.

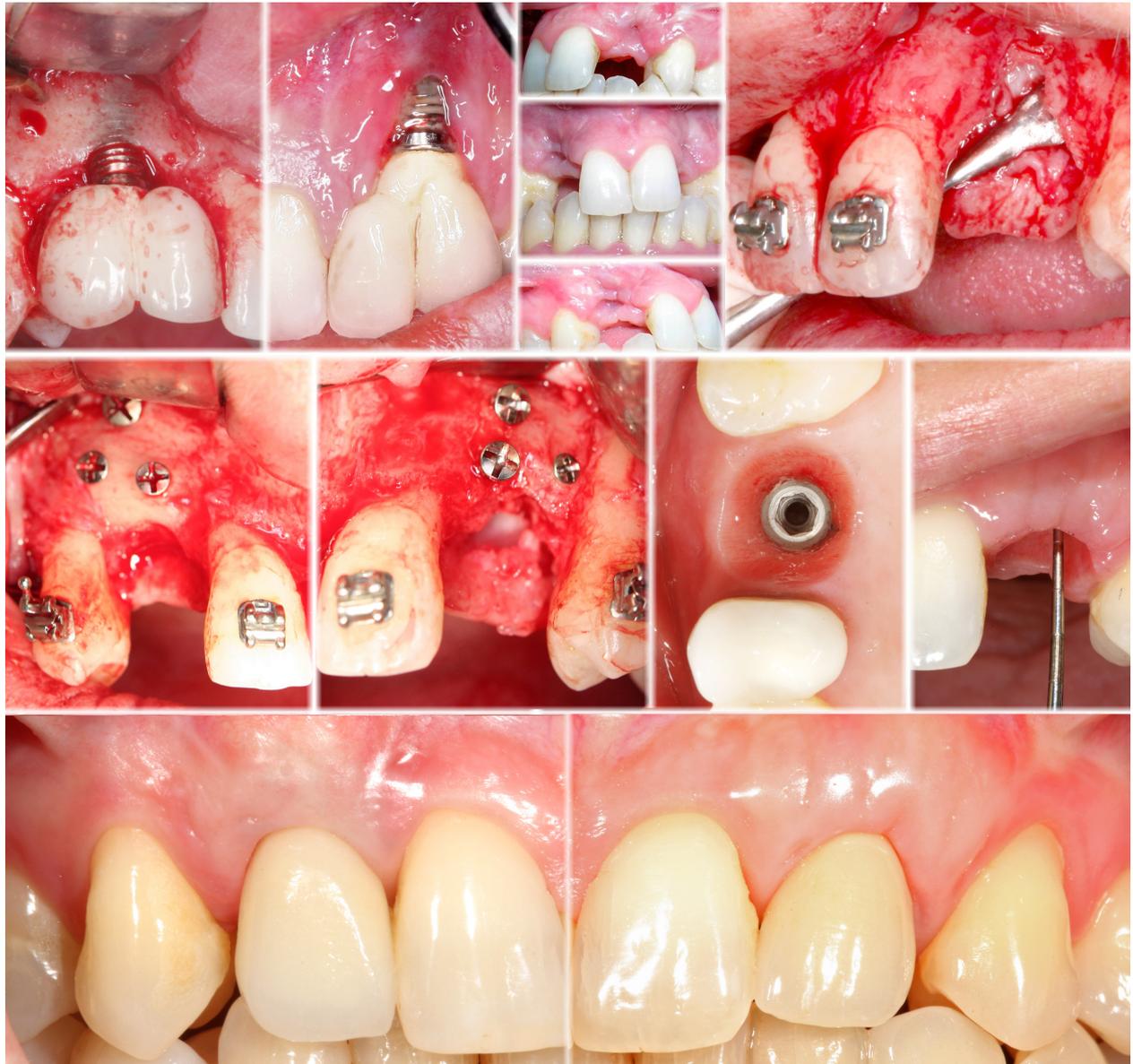
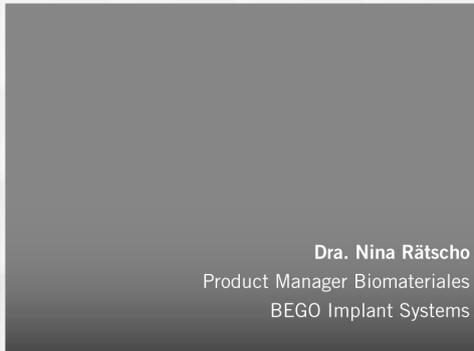
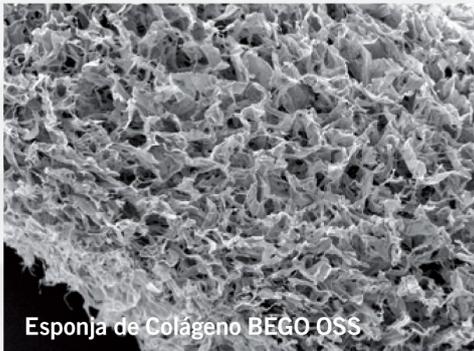
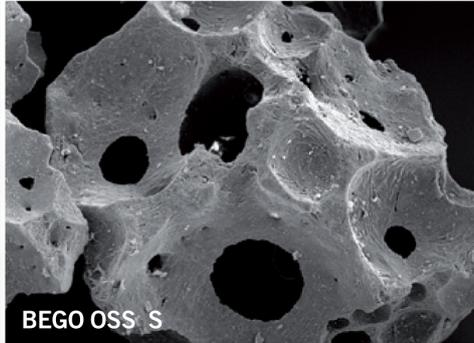
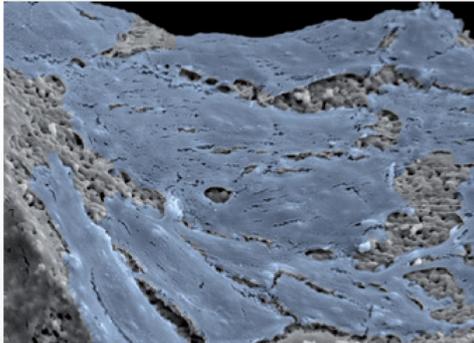
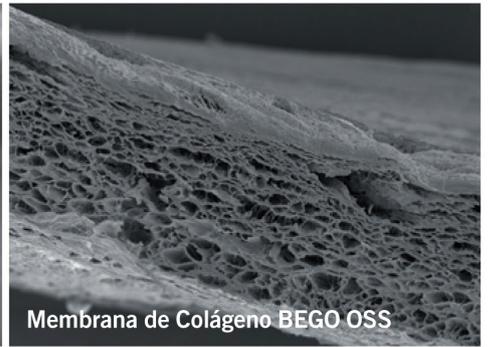
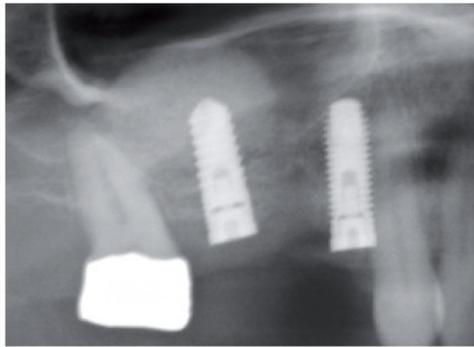
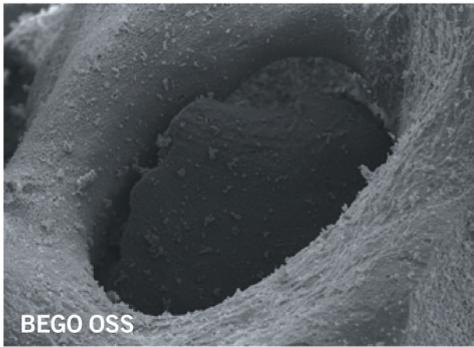


Fig. 6: Imágenes que muestran el caso de una paciente portadora de implantes que acude por insatisfacción estética. Se procede a la explantación de los mismos y a la regeneración ósea. Posteriormente, en 16 semanas, se procede a la colocación de nuevos implantes, remodelado gingival y prótesis totalmente cerámica.



Dra. Nina Rättscho
Product Manager Biomateriales
BEGO Implant Systems

Sistema de Biomateriales BEGO

Los productos del sistema de Biomateriales BEGO ofrecen la seguridad de conceptos testados y probados en el campo de los biomateriales para la regeneración guiada de tejidos.

- BEGO OSS · material de regeneración ósea de origen bovino
- BEGO OSS S · material sintético de regeneración ósea
- BEGO OSS S Inject · material de regeneración ósea sintético en pasta
- Osseo^{Plus} Transfer · kit de injertos óseos compatible con todos los sistemas de implantes
- Membrana de Colágeno BEGO · membrana natural de pericardio porcino
- Esponjas de Colágeno · de origen porcino

www.begoimplants.es

Juntos hacia el éxito



PATENTADO
PRODUCTO ORIGINAL
TALLADIUM
REGISTRADO



MÁS DE 50.000 SISTEMAS DE PILAR DINÁMICO® COLOCADOS



CALCINABLE



TILITE



CROMO-COBALTO



PEEK



CONOMETRÍA



Tel. 973 289 580
www.talladiumes.com

 **Talladium**
International Implantology

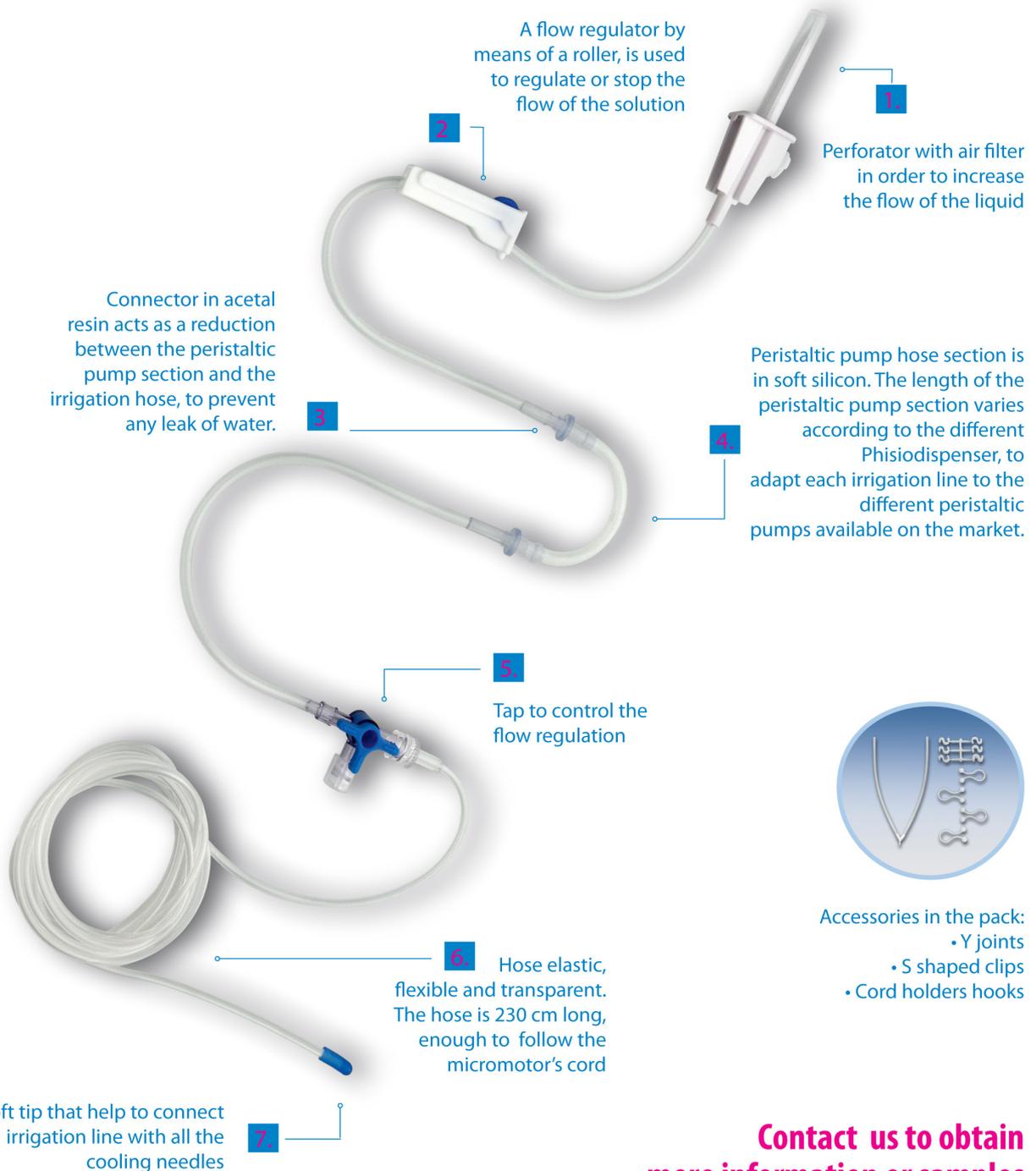
Hacemos fácil tu trabajo





Disposable Medical Devices

You are n°1!
don't be satisfied with a second choice
Pick up Omnia irrigation system!



1. A flow regulator by means of a roller, is used to regulate or stop the flow of the solution

2. Perforator with air filter in order to increase the flow of the liquid

3. Connector in acetal resin acts as a reduction between the peristaltic pump section and the irrigation hose, to prevent any leak of water.

4. Peristaltic pump hose section is in soft silicon. The length of the peristaltic pump section varies according to the different Phisiodispenser, to adapt each irrigation line to the different peristaltic pumps available on the market.

5. Tap to control the flow regulation

6. Hose elastic, flexible and transparent. The hose is 230 cm long, enough to follow the micromotor's cord

7. Soft tip that help to connect irrigation line with all the cooling needles



Accessories in the pack:
• Y joints
• S shaped clips
• Cord holders hooks

Contact us to obtain more information or samples



Implantología y Cirugía Oral en Directo

CIRUGÍA EN DIRECTO

Emisión de cirugías a 4 cámaras con posibilidad de **chat en vivo**. Descubre nuestra gran calidad de imagen. Podrás disfrutar de emisiones semanales abarcando diferentes especialidades de la Cirugía Oral.

VIDEOTECA

Una gran colección de vídeos, **en continuo crecimiento**, para poder disfrutar en cualquier momento. Visualiza las emisiones en directo a las que no pudiste asistir.

CIRUGÍA EN DIRECTO



RECONSTRUCCIÓN MAXILAR
EMITIENDO EN DIRECTO

PRÓXIMA CIRUGÍA:
Cirugía Mucogingival.
Manejo de recesiones de 11 a 14.
Injerto de Tejido Conectivo.
Lunes 17 de Diciembre



MADRID 16:00

SÃO PAULO 13:00

MEXICO DF 09:00

HONGKONG 23:00

NEW YORK 11:00

HAZ CLICK PARA CHATEAR

VIDEOTECA VIDEO DEL MES

Implantes
Injertos Óseos
Elevación de Seno
Manejo de Tejidos Blandos
Miscelánea



Manejo microquirúrgico de perforaciones...
Crecimiento vertical apical simple utilizando para el relleno de la cavidad sinusal, hueso particulado procedente de la Dista Tibial extraído con retractor desmontable. Vídeo sin audio.
Presentado por: Dr. J.Fernández Ruiz
VISTO: 0

VER VÍDEO



Injerto óseo procedente de rama.
Despegamiento de Membrana de Schneider mediante instrumentación manual. Vídeo con audio en vivo.
Presentado por: Dr. J.Fernández Ruiz
VISTO: 0

VER VÍDEO



Injerto gingival libre
Conclusión de la intervención. - Vídeo con audio locutado.
Presentado por: Dr. J.Fernández Ruiz
VISTO: 0

VER VÍDEO

SEGUIMIENTO DE CASOS

Descubre la nueva forma de seguir los casos de nuestros Doctores de referencia. Herramienta de **gran utilidad clínica** que pormenoriza las fases diagnóstica, terapéutica, protésica y su evolución a corto, medio y largo plazo.

MAGAZINE

Revista, de edición trimestral, para **visualizar online y/o descargar**. Ofrece artículos de interés sobre las distintas especialidades de la Cirugía Oral. **Digital Journal of Oral Surgery**.

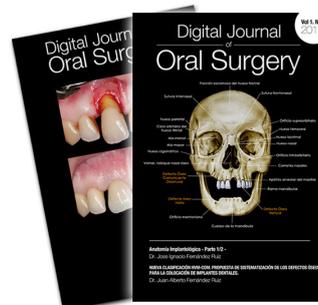
Fecha de Comienzo: 01/07/2011 | Última actualización: 12/01/2013
10 FOTOS / 1 VIDEO / 1 DOCUMENTO

Elevación de seno maxilar y reconstrucción tridimensional del proceso alveolar, con hueso de cresta iliaca.

El paciente portaba implantes que fueron retirados, por Peri-implantitis. la reconstrucción se realiza con hueso de cresta iliaca.



VER CASO



Digital Journal

of

Oral Surgery