

## INJERTO EN BLOQUE E IMPLANTE INMEDIATO POSEXTRACCIÓN

Un manejo correcto de injertos en bloque puede permitir la colocación inmediata de implantes en alvéolos posextracción.



Prof. Alexandrino Costa Gonçalves  
Asociación Brasileña de  
Odontología, Santana, Brasil  
Universidad de Guarulhos, Brasil  
anchabott@yahoo.com.br

El manejo del alvéolo posextracción, en apariencia sencillo, puede representar un desafío, especialmente cuando afecta los sectores anteriores del maxilar superior y mandíbula inferior, donde es necesario garantizar al paciente no solo una rehabilitación funcional perfecta, sino también un excelente resultado estético. La colocación inmediata de un implante, de ser posible seguida por una carga inmediata, es una opción que agrada al paciente, ya que permite ahorrar un tiempo quirúrgico y, por lo tanto, las consiguientes molestias, además de reducir el riesgo de complicaciones intra y posoperatorias.

Sin embargo, el manejo del alvéolo posextracción con la colocación inmediata de un implante requiere que el cirujano bucal maneje todos los factores que determinarán el éxito de la rehabilitación, tanto a corto como a largo plazo, en un solo tiempo quirúrgico: desde la correcta estabilización del implante y regeneración de cualquier defecto óseo, al manejo correcto de los tejidos blandos. En este contexto, la elección del enfoque regenerativo es crucial. Esta depende estrictamente de una evaluación correcta de la anatomía del proceso alveolar tal como aparecerá una vez realizada la extracción, en relación con la posición que debe tener el implante de acuerdo con los principios de rehabilitación protésica guiada: después de haber verificado que el implante puede ser estabilizado efectivamente, será necesario definir qué enfoque permitirá mejor la regeneración del espesor apropiado de cresta, restaurando el perfil correcto del proceso alveolar para soportar de forma adecuada y también estética, los tejidos blandos.

## Materiales

En este caso se utilizó un bloque esponjoso de origen equino, de 20 x 20 x 10 mm (Bioteck), combinado con gránulos corticoesponjosos (Bioteck), siempre de origen equino, con un diámetro de 0,5-1 mm.

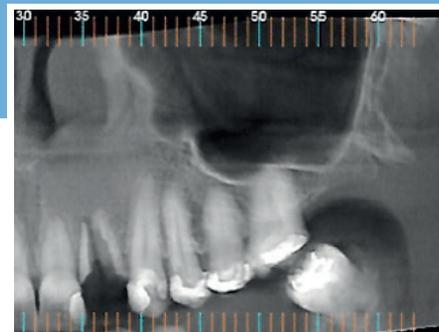
Ambos sustitutos óseos se obtienen eliminando los antígenos del tejido equino mediante un proceso enzimático, Zymo-Teck, que permite preservar inalteradas algunas características del tejido original: entre ellas, la posibilidad de que las células del tejido

óseo del paciente intervengan en un proceso de remodelación fisiológica del injerto y, en el caso de injertos en bloque, la resistencia mecánica.

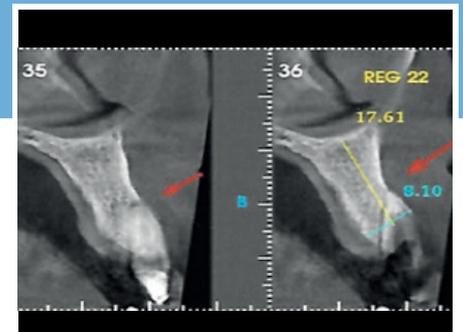
Esta última característica es crucial tanto para estabilizar los injertos en bloque mediante osteosíntesis, como porque permite modelarlos con instrumental giratorio sin el riesgo de romperlos. En este caso también se empleó una membrana de colágeno extraída del tendón de Aquiles equino (Biocollagen, Bioteck).



**Fig. 1** – La paciente llega al control del cirujano sin la corona a nivel del incisivo lateral izquierdo.



**Fig. 2** – Ortopantomografía inicial. Se destaca la fractura del incisivo lateral izquierdo.



**Fig. 3** – El examen tomográfico muestra una contracción horizontal del proceso alveolar.



**Fig. 4** – El alvéolo posextracción es muy ancho y no muy profundo.



**Fig. 5** – La limpieza del alvéolo y su preparación para recibir el injerto también se realizan con la ayuda de instrumental giratorio.



**Fig. 6** – El bloque óseo se fresa para insertarlo en el alvéolo, en contacto con todas las paredes óseas circundantes.

# INJERTO EN BLOQUE E IMPLANTE INMEDIATO POSEXTRACCIÓN

Un manejo correcto de injertos en bloque puede permitir la colocación inmediata de implantes en alvéolos posextracción.

## Resultados

La tarjeta resume el caso de una paciente de 56 años que se presentó al control del cirujano luego de la fractura del incisivo lateral izquierdo. El examen tomográfico mostraba una contracción horizontal del proceso alveolar en el lugar del diente comprometido. Se propuso a la paciente un plan de tratamiento que implicaba la extracción atraumática de la pieza comprometida, seguida de la colocación de un implante inmediato posextracción y la ejecución concomitante de una regeneración ósea periimplantaria para crear el soporte apropiado para el tejido blando y así garantizar el éxito de la rehabilitación a largo plazo tanto desde el punto de vista funcional como estético.

Después de la extracción, el alvéolo posextracción mostraba una profundidad muy pequeña y un diámetro grande. Si bien el examen CBCT evidenciaba que altura de la cresta residual era suficiente para permitir la estabilización efectiva del implante, la anatomía particular del defecto obligó al cirujano a identificar una estrategia alternativa para el manejo de los tejidos duros, pues no se pudo limitar, como había planeado en un comienzo, al simple injerto de

partículas de acuerdo con un enfoque coherente con la técnica de regeneración ósea guiada. Por esta razón, ha recurrido al uso del bloque óseo, que ha conformado de forma adecuada hasta darle la forma del alvéolo; de esta manera, pudo insertar todo el bloque dentro del alvéolo para obtener en este, y en la porción apical del alvéolo, el sitio para la colocación del implante con una única operación de fresado. De esta manera, la colocación del implante ha permitido la estabilización del bloque en sí.

La operación continuó con un injerto de gránulos en el lado vestibular de la cresta, que se protegió con la membrana de colágeno. La paciente fue rehabilitada en el mismo momento con la carga inmediata de prótesis provisional. La prótesis definitiva se le entregó unos meses más tarde.

Durante el seguimiento de dos años, los tejidos aparecen perfectamente regenerados y el implante estable.



**Fig. 7** – El bloque óseo conformado se inserta en el alvéolo. Obsérvese la presencia de un defecto óseo en la cortical vestibular.



**Fig. 8** – El túnel del implante se prepara para atravesar el bloque y continuar hacia la porción apical del alvéolo.



**Fig. 9** – Una vez que se coloca el implante, se realiza un injerto de gránulos en el lado vestibular de la cresta ósea.



**Fig. 10** – El injerto se protege con la membrana de colágeno.



**Fig. 11** – La cirugía termina con la entrega de una prótesis provisional de carga inmediata.



**Fig. 12** – Estado de los tejidos a los dos años de seguimiento de la intervención regenerativa.