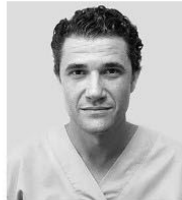




TE LO PERDISTE ... TE LO CONTAMOS

Crónica del Dr. Andoni de Juan Galindez

PONENTE
Dr. David Saura

Martes 21 Mayo 2024 - 21h.

Manejo de
grandes atrofas
en el sector
estético

“Manejo de grandes atrofas en el sector estético. Abordaje sencillo de las atrofas severas en el sector estético”

Presentado por el **Dr. Daniel Torres**, presidente de SECIB, el **Dr. David Saura** acometió en el ciclo on-line de **Formación SECIB** uno de los temas más delicados en cirugía en cuanto a implantología se refiere.

David Saura es licenciado en Odontología por la Universidad “Alfonso X el sabio” de Madrid, profesor del máster de Periodoncia e implantes de la **Universidad de Zaragoza**. Universidad donde hizo el doctorado. Se define como un profesor que le gusta enseñar y se define como “*un clínico*”.

de **D. Buser**. Con el objetivo que nos lleve a definir lo que vamos a poder predecir que vamos a poder conseguir. Lo que él llama “**Control de las expectativas clínicas**”. Donde hay que tener en cuenta todo el entorno que nos movemos y las particularidades específicas y generales de cada paciente. Siendo esto la clave del éxito del tratamiento.

Así fue desgarnado distintos casos en los que mostro dicha estrategia.



NYU DENTISTRY

Universidad
Zaragoza

- Doctor en medicina. Universidad de Zaragoza
- Licenciado en Odontología. Universidad Alfonso X el sabio. Madrid
- Master en cirugía oral e Implantología. New York University College of dentistry. USA
- Postgrado en periodoncia y cirugía mucogingival. Hospital San Rafael. Madrid
- Master en investigación en Medicina. Universidad de Zaragoza
- Profesor Master periodoncia e Implantología. Universidad de Zaragoza
- Director The Spot Study Club Zaragoza



david_saura_dols

drolsaura@gmail.com

Considera que en el manejo de estas situaciones, la estrategia adecuada en la rehabilitación es planificarla y ejecutarla “**de fuera a dentro**”. Priorizando ir regenerando e ir temporizando la regeneración desde el tejido blando “cobertor”, en relación con el adecuamiento y cicatrización de las partes blandas... Empezando por analizar cada caso específicamente, valorando ante lo que nos enfrentamos de forma lo más holística posible. Por supuesto que aplicando en este análisis las distintas clasificaciones de los defectos que existen en la literatura y según nuestras preferencias ... empezando por la clasificación clásica



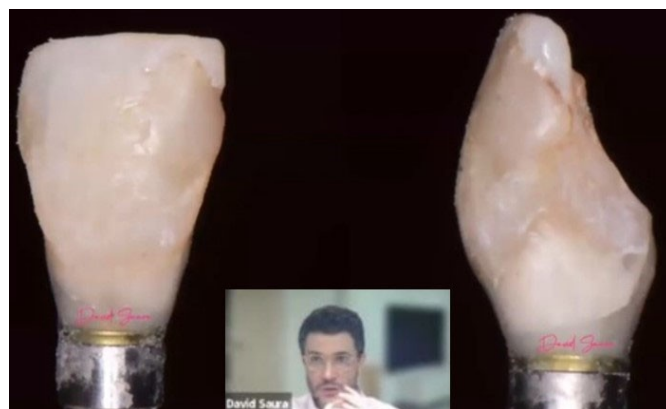
Ante las distintas situaciones, entre regenerar o preservar, en general prefiere preservar y ello implica la inserción precoz de los implantes. Pero siempre que se consiga la estabilidad apical de los mismos y que los tejidos blandos estén en condiciones.

Siempre que se inserte un implante en zona óseo-regenerada previamente, recomienda proteger la zona regenerada con nueva regeneración ósea adicional, que define como de refuerzo. Esto es muy interesante, considera que no debemos conformarnos con lo conseguido en la primera regeneración porque, aunque hayamos esperado el tiempo suficiente de maduración de esta, con el tiempo va a tender a perder volumen. Se considera que

se pierde hasta un 20% de lo conseguido, por ello en la segunda intervención para la inserción del implante en diferido, vuelve a añadir injerto óseo sobre todo en la porción de tabla externa como “refuerzo”.

Recomienda ir trabajando las partes blandas en los procesos de cicatrización y osteo-integración, usando la provisionalización para ir generando tejidos blandos favorables con pónicos que vayan dando forma a los tejidos.

Defiende que la técnica de **“Restauración dentoalveolar inmediata” (IDR)**, descrita por el **Dr. M da Rosa**, como la más adecuada para acometer de forma sencilla y predecible los retos de rehabilitación en atrofas o riesgo de estas, en estos sectores anteriores. El fundamento es, una vez analizado el caso, mantener el nivel gingival y la arquitectura ósea al máximo. Es decir, no diferir el proceso en fase aguda haciendo las extracciones que se requieran y dejando que cicatrice de forma espontánea, para luego acometer la regeneración. Si no que actuar ya de forma inmediata, **“más vale preservar que tener que regenerar”**, es decir, insertando el implante de forma inmediata... Lo considera más predecible. Evita tener que regenerar porque consigue que no se pierda tanto el nivel gingival y la arquitectura alveolar... Recomendable siempre que consideremos que vamos a conseguir estabilidad apical del implante. Clave es reconstruir de fuera a dentro, que significa que en el fresado del lecho para el implante y en vez de insertar el implante y luego rellenar el **“gap”**... Dejando la fresa “piloto” posicionada, primero coloca el injerto de tejido conectivo en la zona vestibular de partes blandas, luego el injerto de tejido óseo con mezcla de tejido óseo autólogo y xenoinjerto. Por último, quitando la fresa piloto en el **“pseudo alveolo neoformado”**, inserta el implante seleccionado. Siendo clave **“infra fresar”** en anchura, para conseguir la estabilidad deseada. Esto además hará un efecto de **“condensador roscado”** cuando se inserta el implante. Todo ello se termina con una prótesis o corona inmediata con los perfiles adecuados, que dará soporte a los tejidos blandos en la cicatrización.



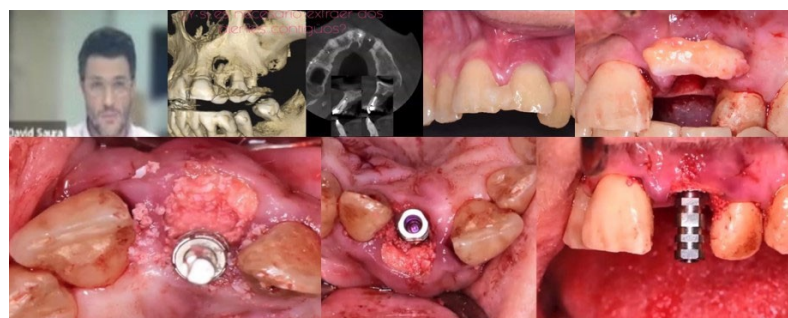
¿Dónde está el límite de esta técnica?

Considera que es importante las particularidades y subjetividades de cada paciente. Y como hemos dicho requiere un exhaustivo estudio y planificación para llegar al “control de las expectativas clínicas”, tanto con relación a la capacidad individual del profesional como a las expectativas del paciente y sus circunstancias. En el uso de material para regeneración ósea recomienda uso de tejido autólogo en mayor proporción, aun usando xenoinjerto, mezclándolo.

“2 stage approach”

La estrategia de acometer situaciones más complejas, en cuanto interesa a varios dientes. La clave está en individualizar cada caso y simplificar acometiendo la IDR por tramos individualizando cada diente. Acometiendo secuencialmente la preservación, técnica que llama **“2 stage approach”**.

Empezando por el diente más afectado e ir consiguiendo que la capacidad regenerativa juegue a favor. Sería una técnica en dos estadios para rehabilitar dos dientes contiguos, el truco está en mantener el hueso interproximal que haya, como sea. Primero se acomete la rehabilitación de uno, cuando se ha conseguido osteo-integración del implante en el primero con provisionalización durante 6 o 8 semanas, se extrae el otro diente y se rehabilita también hasta provisionalización, dejando ahí que maduren ambos el tiempo necesario.





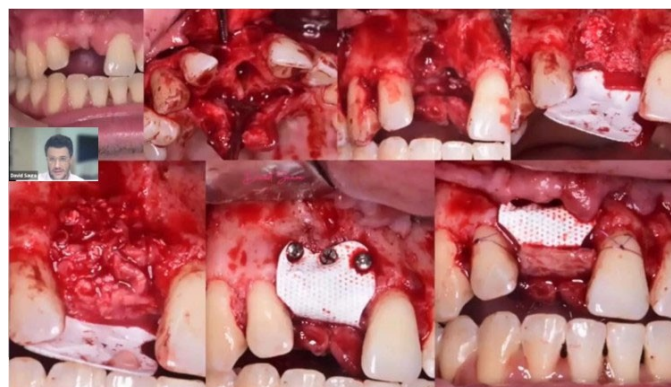
Si ya no tenemos diente o ha habido un tratamiento previo fallido

Propone hacerlo en tres fases.

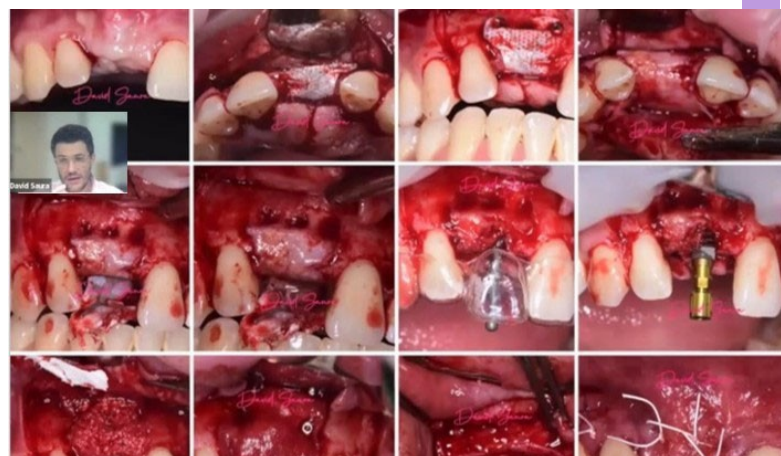
Primero eliminar lo que hay que eliminar, aquí ya no se puede preservar, habrá que regenerar. En el caso que presento de un fracaso de una rehabilitación sin éxito de un central con un implante, lo primero es eliminar dicha rehabilitación aprovechando en este momento para ir mejorando los tejidos blandos con injertos (*Step 1*).



Se espera a maduración de los tejidos y se realizará la primera regeneración ósea (*step 2*).



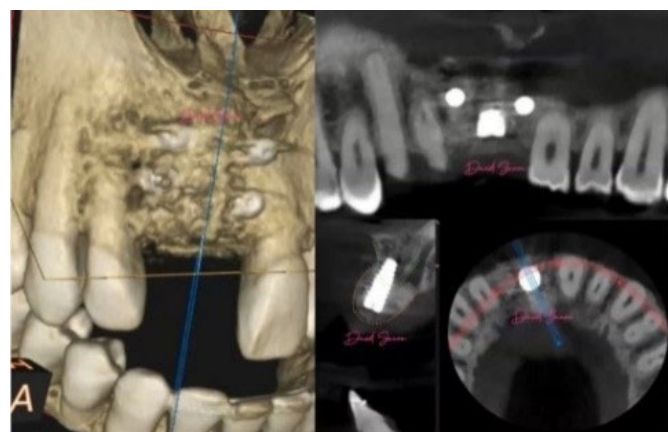
Se espera a maduración entre 6 a 10 meses dependiendo del material de osteo-regeneración elegido y realiza la inserción del implante en la posición adecuada, recomendando el uso de guías quirúrgicas orientativas, volviendo a regenerar para proteger la regeneración previa (*Step 3*).

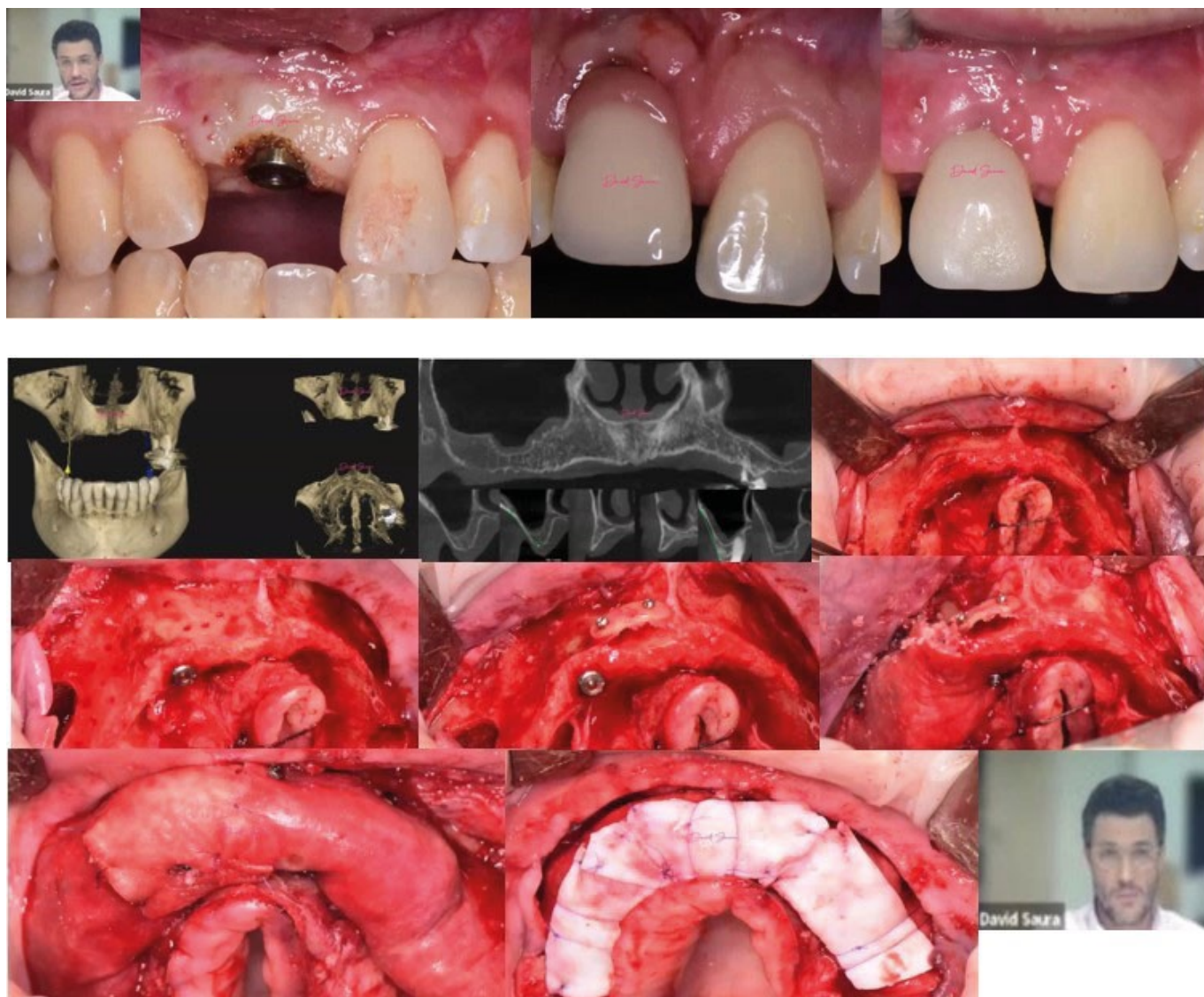


Tras el tiempo de osteointegración, todavía nos quedará mejorar los tejidos blandos de soporte que será la garantía de mantenimiento en salud de lo realizado, regenerando una banda encía insertada suficiente, acometiendo técnicas de vestibulo plastia para mejora de las condiciones que hayamos podido perder en todo el proceso. Presentó una técnica de desplazamiento de injerto hacia coronal cubriendo el defecto en apical con una membrana de colágeno (*Step 4*).

No olvidando mejorar los perfiles de emergencia manejando la provisionalización. La clave en todo está también en respetar los tiempos biológicos. En la mejora y diseño de los perfiles gingivales, recomendó el uso del bisturí eléctrico como una herramienta muy útil.

Por último, presento también un caso de atrofia severa maxilar por ausencia total de dientes anteriores. Donde según David, la





clave está en adaptarse al medio, aprovechar el entorno y crear un entorno favorable para anclar los implantes. Sin olvidar las partes blandas, usando la “periostoplastia” para eliminar tensión en los colgajos.

Se recomienda crear entorno biomecánicamente favorable para conseguir que todo lo injertado en la ROG se convierta en tejido óseo autólogo del paciente, siendo fundamental dar tiempo a que ocurra.

Considera apropiado en el mismo tiempo de regeneración de partes duras, regenerar a la vez las partes blandas para ello, aunque considera que con la periostoplastia se puede conseguir cubrimiento suficiente. Si refiere que es aconsejable usar colágeno de xenoinjerto para dar volumen a estas, para ello él usa unas membrabas específicas, que son las “Novomatrix”. Y todo ello lo sutura con suturas por pseudo-planos, es decir utilizar distintos tipos de suturas desde el tipo simple al tipo colchonero, evitando las tensiones.



Para este tipo de retos aconseja el uso de anestesia “general” o al menos con sedación consciente. Siempre antes de iniciar cualquier técnica aditiva para la regeneración considera importantísimo preparar el lecho de tejido óseo receptor limpiándolo

de cualquier resto iatrogénico previo, preparando el lecho para facilitar la angiogénesis necesaria en la regeneración y preparando los lechos teniendo en cuenta la biomecánica que vamos a exigir a la rehabilitación.

Conclusiones:

- Condicionante del paciente es un factor crítico en la elección de la técnica
- Valoración del defecto previo a realizar una exodoncia y valorar el IDR como técnica más sencilla y predecible.
- Es imprescindible conseguir la “retención” del implante
- Fundamental uso de suturas suspensorias para estabilizar el Tejido blando

Y concluyó sentenciando que:

“Es más sencillo mantener el espacio que crearlo o regenerarlo una vez perdido”.

Una vez terminada la exposición se continuo con un interesante debate y sobre todo se preguntó y se dialogó sobre el tipo de sutura, clave para estabilización de los tejidos blandos y que permita una la generación de perfiles favorable. También se comentó

la importancia de la geometría adecuada de los implantes, que favorezcan por un lado la estabilidad suficiente y por otro la regeneración ósea pasando, destacando el concepto de **implantes sub óseos**.

En todos los casos se abogó por el aprovechamiento al máximo de todo aquello que nos encontramos en el medio a rehabilitar y como una idea interesante que aportó, el moderador destacó, en uno de los casos clínicos de rehabilitación de atrofia en maxilar, que al hacer una elevación de seno con antrostomía, el aprovechamiento de la “tapa” de seno para usarla en el encofrado para una ROG en volumen, en este caso en la zona canina.

Por último, destacar que en todos los casos el Dr. Saura, apoya el uso de las estructuras provisionales como soporte, protección y cobertor de la herida quirúrgica generada a fin de estabilizar y permitir madurar los tejidos blandos en el sitio más apropiado.

Muy interesante y practica presentación, lo cual es de agradecer a el Dr. D. Silva y a SECIB por su programación. Creo que los que asistimos a este evento una vez más conseguimos aprender en algunos casos y reforzar en otros, claves que nos van a permitir afrontar estos casos que a veces nos generan cierta incertidumbre.

KEEP IN YOUR POCKET

- Los **condicionantes del paciente** son un factor crítico en la elección de la técnica
- La **valoración del defecto** previo a la exodoncia es fundamental en la técnica IDR
- Necesitais implantes con una **gran retención primaria**
- Obligatorio el uso de **suturas suspensorias** para mantener el tejido blando
- Es mas sencillo mantener el espacio que crearlo un a vez perdido

