

PROTOCOLO DE DECISIÓN QUIRÚRGICA PARA UNA PREDECIBLE COLOCACIÓN DE IMPLANTE EN ZONA ESTÉTICA

STATUS	1RA CIRUGÍA	2DA CIRUGÍA	3RA CIRUGÍA
PIEZA DENTARIA SOCKET I 2.1.A	<ul style="list-style-type: none"> -Extracción inmediata. -Colocación de implante. -Carga inmediata. -Injerto de tejido conectivo. 	NO	NO
PIEZA DENTARIA SOCKET II 2.1.B	<p>En función del grado de defecto se realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cirugía a colgajo con preservación de papila o tunelización en casos de defecto óseo leve para colocación de implante. -Injerto de tejido conectivo -Carga inmediata en función del biotipo y grado de defecto así como estabilidad primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> -Carga temprana (6-8 semanas) para comenzar con la manipulación del tejido blando. 	NO
PIEZA DENTARIA SOCKET III 2.1.C	<ul style="list-style-type: none"> -Extracción dentaria. 	<ul style="list-style-type: none"> -Colocación de implante temprano (4-6 semanas) tras epitelización. -R.O.G inmediata a la colocación e injerto de tejido conectivo inmediato o diferido. 	<ul style="list-style-type: none"> -Posible injerto de tejido conectivo diferido en función del grado de defecto regenerado. (6-8 semanas) con carga diferida provisional. Posible carga diferida provisional a las 4 semanas del injerto de tejido conectivo.

STATUS	1RA CIRUGÍA	2DA CIRUGÍA	3RA CIRUGÍA
PIEZA DENTARIA SOCKET IV 2.1.C.1	<ul style="list-style-type: none"> -Extracción dentaria. -Preservación alveolar con Biomaterial, preferiblemente mix de aloinjerto-xenoinjerto-autógeno para recomposición del soporte alveolar perdido. -Uso de PRGF (GF) en casos extremos como este. 	<ul style="list-style-type: none"> -Colocación de implante a los 6 meses. -Carga inmediata en función del grado de Estabilidad primaria del implante o diferida en caso de valores bajos (menos de 60). -Injerto de tejido conectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Modificación del provisional en función de la migración del margen gingival periimplantar.
PIEZA DENTARIA PERIO 2.2.D	<ul style="list-style-type: none"> -Extracción dentaria. -Colocación de implante. -Carga inmediata* -Injerto de tejido conectivo* 	<ul style="list-style-type: none"> -Posible injerto de tejido conectivo diferido en función del caso* 	NO
PIEZA DENTARIA PERIO 2.2.E	<ul style="list-style-type: none"> -Extracción dentaria. 	<ul style="list-style-type: none"> -Colocación de implante temprano (4-6 semanas) tras epitelización. -R.O.G inmediata a la colocación e injerto de tejido conectivo inmediato o diferido. 	<ul style="list-style-type: none"> -Posible injerto de tejido conectivo diferido en función del grado de defecto regenerado. (6-8 semanas) con carga diferida provisional. Posible carga diferida provisional a las 4 semanas del injerto de tejido conectivo.
PIEZA DENTARIA PERIO 2.2.F	<ul style="list-style-type: none"> -Extracción dentaria. -Preservación alveolar con Biomaterial, preferiblemente mix de aloinjerto-xenoinjerto-autógeno para recomposición del soporte alveolar perdido. -Uso de PRGF (GF) en casos extremos como este. 	<ul style="list-style-type: none"> -Colocación de implante a los 6 meses. -Carga inmediata en función del grado de Estabilidad primaria del implante o diferida en caso de valores bajos (menos de 60). -Injerto de tejido conectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Modificación del provisional en función de la migración del margen gingival periimplantar.
ATROFIA LEVE	<ul style="list-style-type: none"> -Colocación de implante. -Carga inmediata. -Injerto de tejido conectivo inmediato o diferido en función de la ROG llevada a cabo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Posible injerto de tejido conectivo diferido en función del caso* 	<ul style="list-style-type: none"> -Modificación del provisional en función de la migración del margen gingival.

STATUS	1RA CIRUGÍA	2DA CIRUGÍA	3RA CIRUGÍA
ATROFIA MODERADA	-Colocación de implante. -ROG. -Injerto de tejido conectivo*	-Carga temprana (6-8 semanas) para comenzar con la manipulación del tejido blando.	-Modificación del provisional en función de la migración del margen gingival.
ATROFIA SEVERA Injerto de encía libre 2 meses previos a la cirugía de Regeneración para incrementar la cantidad de encía adherida / queratinizada y restablecer línea mucogingival.	-ROG. -Injerto en bloque. -Injerto de cortical y autógeno Khoury Technique. Etc...	-Colocación de implante a los 6 meses. -Injerto de tejido conectivo.	-Carga diferida a los 3 meses de colocación para asegurar valores óptimos de Estabilidad Secundaria.

Esta clasificación ha sido diseñada en exclusividad por el Dr Nicolás Aronna Mallía, con Copyright © y se prohíbe su venta o distribución fuera del ámbito de Dental Surgery Channel® By Nicolas Aronna con Registro propio.

*ROG: Regeneración Ósea Guiada.

*PRGF: Plasma Rich in Growth Factors.

*GF: Growth Factors (Factores de Crecimiento)

FACTORES ADICIONALES A TENER EN CUENTA CUANDO REALICEMOS LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES EN ZONA ESTÉTICA

1-. Se asume que aquellos casos en los que un apiñamiento severo inferior con sobremordida aumentada, pacientes periodontalmente comprometidos y no colaboradores así como grandes fumadores, inmunodeprimidos y situaciones oclusales adversas se verá comprometido el resultado si no se realiza correctamente la selección de paciente candidato a llevar implantes dentales o carga inmediata en aquellos elegidos como aptos.

2-. También se asume que en todos los casos de extracción inmediata se rellenará el Gap vestibular con biomaterial seleccionado por el profesional en función de las propiedades biológicas del injerto a utilizar e intención quirúrgica del clínico.

3-. Preferiblemente se realizará una profesionalización fija tipo Maryland para evitar micromovimiento del provisional. Se mantendrá el contacto pónico con tejidos blandos durante todo el proceso de cicatrización de los mismos para generar una guía de estimulación del tejido y apoyo del mismo. Lo mismo se aplicará en la zona de las papilas.

4-. La carga inmediata o diferida se consideraría dependiente del grado de Estabilidad de implante que se presente en el momento. A mayores valores de 60 mejor pronóstico y menos probabilidad de fracaso temprano con consiguiente fibrointegración.

Aseguraremos una completa ausencia de contacto oclusal con antagonista en movimientos de céntrica y lateralidades.

5-. El uso de tejido conectivo inmediato o diferido también dependerá de la carencia de tejido conectivo o no en zona receptora, biotipo del paciente así como grado de regeneración simultánea. En casos de gran regeneración puede posponerse el injerto de conectivo en un segundo abordaje.

6-. La tunelización de estos casos de extracción inmediata y colocación de implante quedaría limitada a grados de defecto leves ya que aquellos provocados por traumas con consiguiente dehiscencia en tallo verde moderada o severa, con bordes cortantes irregulares, presencia de extenso tejido de granulación con gran dificultad para su eliminación y despegamiento así como riesgo de mantener restos de adherencia perióstica en la superficie de la zona a regenerar podría provocar una potencial encapsulación de nuestras partículas con la consiguiente pérdida parcial o total de nuestro injerto vestibular.