

# IMPLANTES RETROSINUSALES COMO ALTERNATIVA AL LEVANTAMIENTO DEL PISO DEL SENO MAXILAR

ZLOTOGWIAZDA, HÉCTOR\*; RODENSTEIN, ALBERTO\*\*

\*Odontólogo, integrante del Servicio de Rehabilitación Implanto-Asistida del Ateneo Argentino de Odontología (AAO). Unidad Operativa de la Universidad Favaloro.

\*\*Odontólogo, ex integrante del Servicio de Rehabilitación Implanto-Asistida del Ateneo Argentino de Odontología (AAO). Unidad Operativa de la Universidad Favaloro.

## RESUMEN

En maxilares superiores edéntulos con senos neumatizados, que presenten tejido óseo retro sinusal aceptable, es posible la colocación de implantes en posición angulada con la técnica mínimamente invasiva (flapless) como alternativa al levantamiento del piso del seno maxilar.

En los casos de patologías sinusales que desaconsejan la invasión de los mismos para la colocación de implantes, esta alternativa sería la más indicada para solucionar el problema protético del pilar distal. Si bien se requiere experiencia y habilidad en la técnica, no cabe duda de los beneficios en costos y en postoperatorios para el paciente.

**Palabras clave:** tuberosidad maxilar, técnica mínimamente invasiva, implantes angulados.

## ABSTRACT

A possible choice for implant rehabilitation in the toothless maxilla with pneumatized sinus, is to use the pre and retro sinusal zones, whenever the bone volume allows doing so in order to avoid the sinus bottom lifting technique, which, even though it has good predictability and success, it is a much more traumatic and expensive surgical procedure than the mere placing of angled retrosinusal implants that, with the help of Computerized Axial Tomography, could be installed with a minimumly invasive technique (flapless).

**Keywords:** maxillary tuberosity, flapless, minimumly invasive technique, angulated implants.

## PRESENTACIÓN

Se presentan dos casos con implantes retrosinusales con la técnica mínimamente invasiva de flapless (sin colgajo) y su resolución protética. Ambos casos tienen más de nueve años de evolución.

En el caso A el paciente padece de una sinusitis crónica. En el caso B los senos maxilares son sanos y el paciente prefirió la no invasión del mismo alentado por un costo más económico y un postoperatorio menos traumático.

### Caso A

Paciente masculino de 59 años, buen estado de salud general, manifiesta padecer sinusitis crónica.



FIGURA 1: PREOPERATORIO.



FIGURA 2: PREOPERATORIO.



FIGURA 3: POSTOPERATORIO DESPUÉS DE 2 AÑOS.



FIGURA 4: POSTOPERATORIO DESPUÉS DE 9 AÑOS.

### Caso B

Paciente masculino de 63 años con antecedentes de neoplasias (Enfermedad de Hodgkin (1977), tiroidectomía (1982)), tratadas y controladas.



FIGURA 5: PREOPERATORIO.

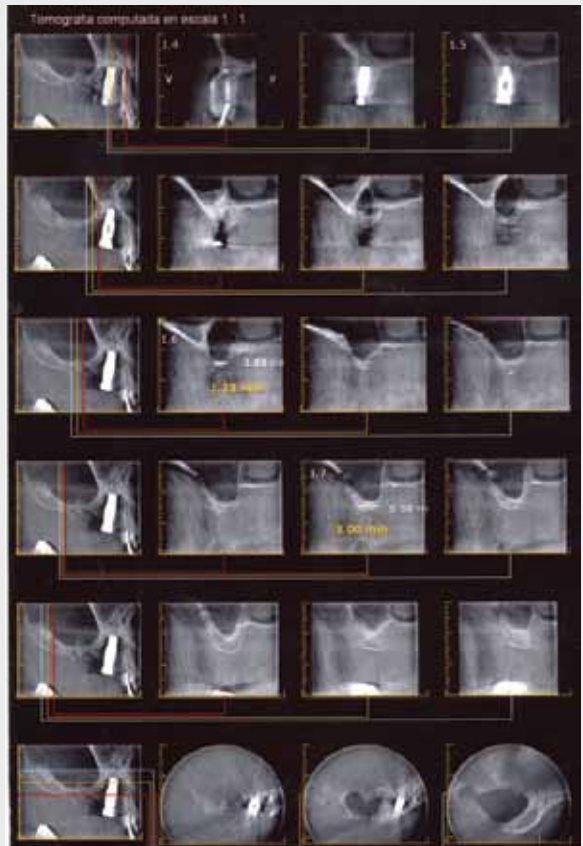


FIGURA 6: PREOPERATORIO.



FIGURA 7: POSTOPERATORIO.



FIGURA 8: POSTOPERATORIO DESPUÉS DE 10 AÑOS.

### **Flapless: técnica mínimamente invasiva**

La técnica sin colgajo (Flapless) para colocación de implantes requiere:

1. Exhaustivo análisis del estudio tomográfico para tener idea exacta de la inclinación del reborde óseo (RO).
2. Con un explorador a través de la encía, se localizan las vertientes vestibulares y linguales del RO.
3. En un punto equidistante de los anteriores se atraviesa la encía con un explorador hasta encontrar el RO y con una pinza para sutura se marca la profundidad de la penetración que, al medirla, nos dará el grosor gingival.
4. Tomando como referencia el punto equidistante antes mencionado, con un punch en el contra ángulo se perfora hasta el RO y se retira el correspondiente «tubo» de encía. Se cuetea el RO expuesto.
5. Con una fresa redonda se perfora el RO. A partir de este momento, se utiliza la fresa lanza y las restantes con la técnica convencional, hasta lograr la

profundidad y ancho necesario para la colocación del implante, teniendo el reparo de sumarle al largo de las fresas, los milímetros que tiene el grosor gingival.

Ventajas de la técnica Flapless:

1. Mínimo trauma operatorio y, consecuentemente, menor edema y dolor postoperatorio.
2. Se reduce considerablemente el tiempo operatorio al evitar el colgajo y la sutura posterior.

### **Transferencia de implantes angulados**

La transferencia de los implantes angulados retrosinuales se realizaron con llave de acrílico y dawel pin.

La llave de acrílico con dawel pin se realiza en el laboratorio sobre un modelo primario obtenido por transferencia con los implantes no angulados. Esta llave se ajusta al implante más próximo al angulado y se lo une a este, para luego incluirlo al modelo primario.

Hay implantes colocados en esta situación que admiten postes maquinados de 25°, quizás acompañados con cierta inclinación adecuada del pilar mesial.

### **CONCLUSIÓN**

Es incuestionable la predictibilidad que ofrece actualmente la rehabilitación protética sobre implantes en los maxilares.

También es alto el porcentaje de éxito obtenido en las técnicas quirúrgicas de elevación de piso de seno maxilar cuando el caso así lo indica. Sin embargo hay casos con afecciones sinusales que limitarían la utilización de este recurso, imposibilitando la resolución protética implanto-soportada en esa región.

En los maxilares con senos muy neumatizados que conserven una zona de tuberosidad retrosinusal aceptable es posible la colocación de un implante en posición angulada como pilar protético distal.

Es fundamental, en estos casos, contar con una excelente tomografía axial computada para determinar el tamaño, la entrada e inclinación del implante.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1- UN RIDELL, GRØNDAHL K , L SENNERBY. La colocación de Brånemark implantes en zona retrosinusal: consideraciones anatómicas, técnica quirúrgica y los resultados a largo plazo. Clin Oral Implants Res. 2009, 20 ene (1) :94-8.

2- CANNIZZARO G., P FELICE , LEONA M , V CHECCHI , ESPOSITO M. Cirugía sin colgajo versus cirugía con colgajo en pacientes parcialmente edéntulos sometidos a carga inmediata: 1-año los resultados de una fracción de la boca ensayo controlado aleatorio. Eur J Oral en implantología. Otoño 2011, 4 (3):177-88.

3- HASKEL , YOEL. Implantes en región Pterigomaxilar: Alternativa al aumento del seno maxilar. Actas Odontológicas. 2008, 5(1):5-13.

4- BER J & COLS. Implantes pterigoideos. Revista de operatoria dental y endodoncia (RODE). 2006, 5:52.

5- PI-URGELL J. Implantes en la región pterigomaxilar: estudio retrospectivo con seguimiento de 1 a 10 años.RCOE. 1998, 3: 339-48.

6- LAZARA – VENTURELLI (1995) Osteointegración en la práctica clínica. Implantes en la tuberosidad maxilas. Cap. 8 pag.145-155. 2da rev. Ed. Biomam.

7- HASKEL – MORERE – ALVAREZ VILAR (2010) Implantes Pterigomaxilares; valoración de riesgos anatómicos. Actas odontológicas. Vol. 7 N°1 pag. 8-13

*Correo electrónico: hzloto@gmail.com*