

## CASOS CLÍNICOS

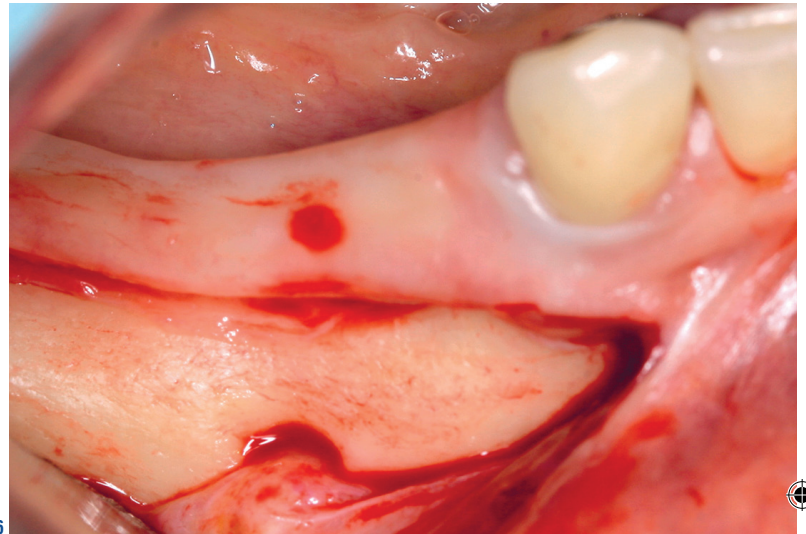
**CASO 1.** Paciente A. G; 58 años, de edad, sexo masculino, leucoderma, con pérdida dentaria posterior bilateral de mandíbula, desde los premolares a los molares, con una altura de la cresta del reborde a la cortical superior del canal mandibular de 10 mm y reabsorción del proceso alveolar de aproximadamente 7 mm.



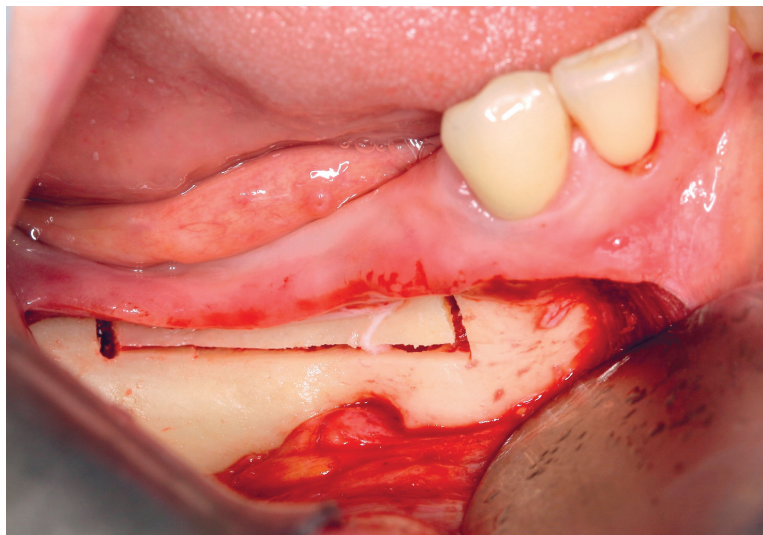
10.14



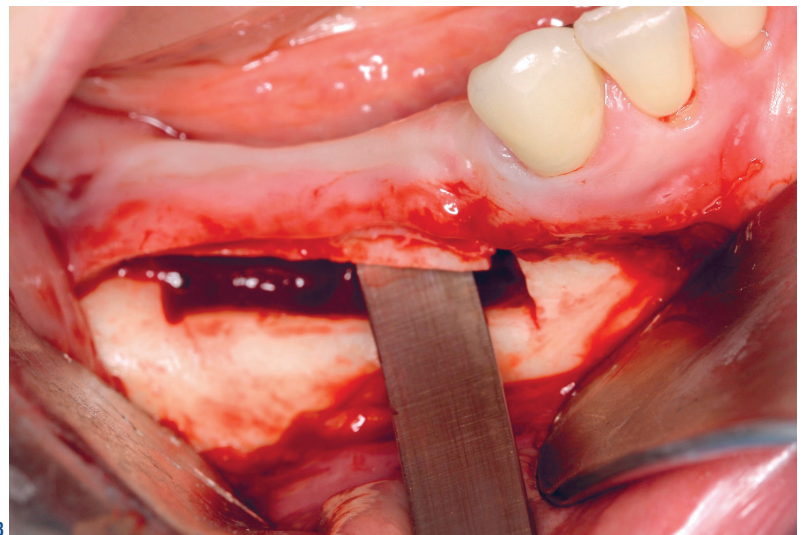
10.15



10.16



10.17



10.18

**Figura 10.14**

Aspecto intrabucal mostrando deficiencia en altura en la región posterior izquierda de la mandíbula.

**Figura 10.15**

Imagen parcial de radiografía panorámica mostrando la deficiencia en altura en la región posterior derecha del maxilar inferior. De acuerdo con la planificación, es necesaria una ganancia de altura de unos 7 mm aproximadamente.

**Figura 10.16**

Incisión vestibular para el acceso al cuerpo mandibular. Se debe tener cuidado especial en este caso con la elevación y la manipulación del nervio mentoniano. La elevación deberá ser ejecutada sólo en el aspecto vestibular, preservando la adherencia por lingual.

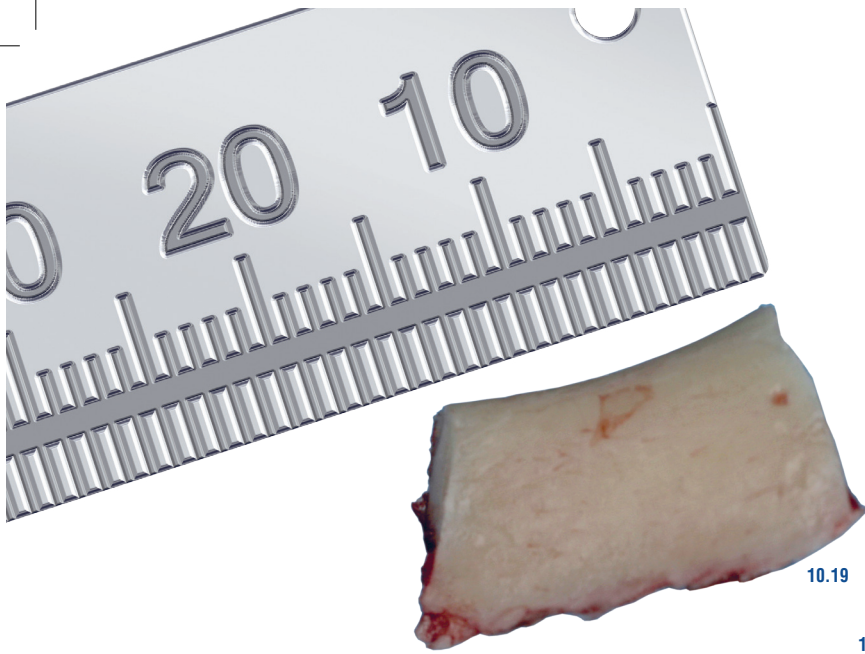
**Figura 10.17**

Osteotomía compuesta por un componente horizontal y dos verticales, realizada en el sentido de movilizar el segmento en el sentido cervical. Se recomienda un cuidado especial en mantener la distancia segura de dos milímetros desde la raíz del diente adyacente al defecto.

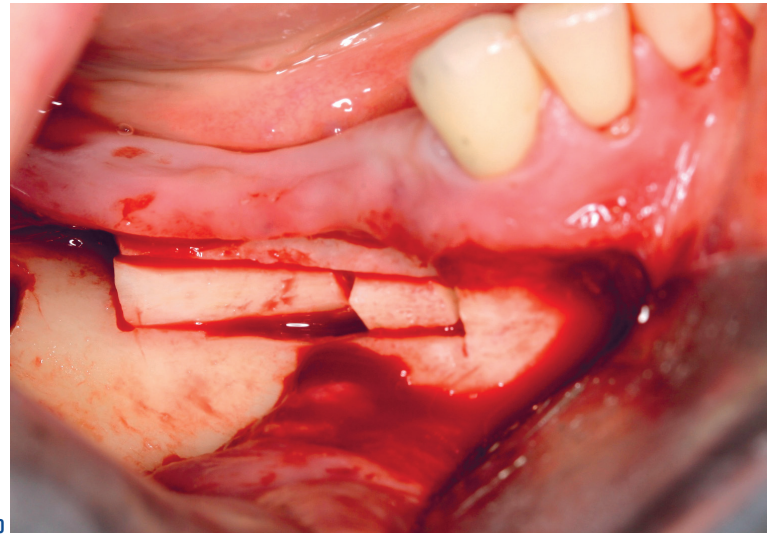
**Figura 10.18**

Segmento óseo, movilizado con cincel y mantenido sólo con la adhesión del tejido blando lingual.

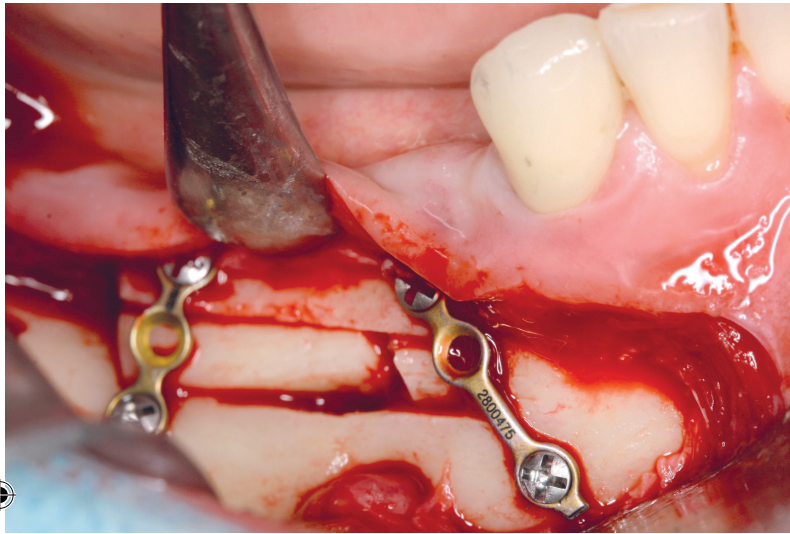




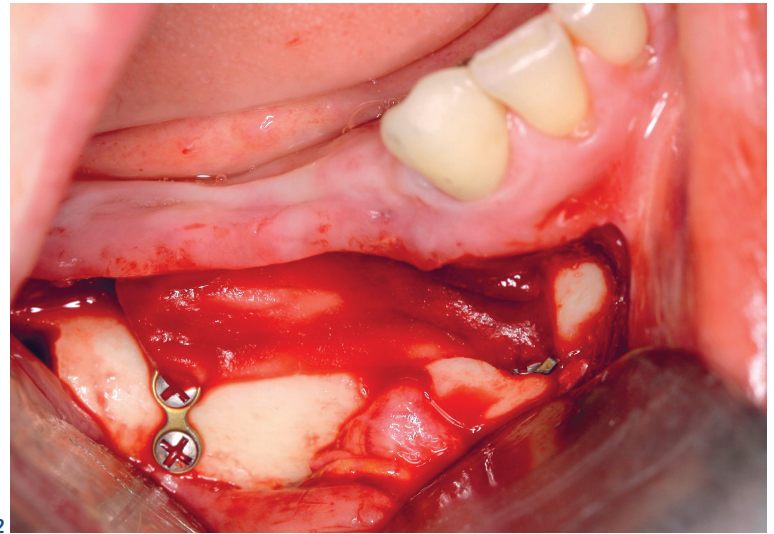
10.19



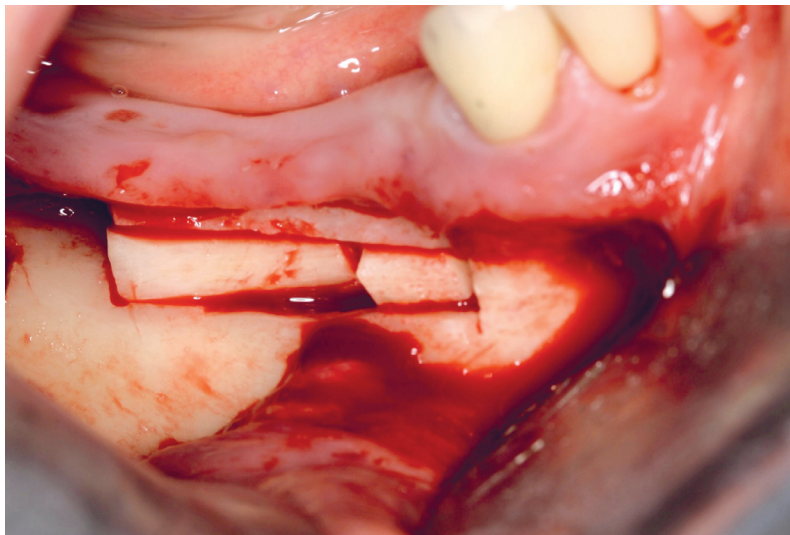
10.20



10.21



10.22



10.23



10.24

**Figura 10.19**  
Injerto óseo autógeno removido de la rama mandibular del mismo lado del área a ser reconstruida. El espesor del injerto debe aproximarse a la ganancia ósea planificada; en caso contrario, el injerto deberá ser dividido en dos segmentos.

**Figura 10.20**  
Injerto óseo autógeno posicionado, teniendo el cuidado de posicionar la porción cortical hacia vestibular.

**Figura 10.21**  
Conjunto que contiene el injerto óseo autógeno y el segmento óseo movilizado los cuales fueron fijados con placas y tornillos del sistema de 1,5 mm, otorgando estabilidad al conjunto.

**Figura 10.22**  
Aspecto clínico después de la colocación de una membrana de colágeno reabsorbible, estando el área apta a ser suturada.

**Figura 10.23**  
Imagen parcial de radiografía panorámica mostrando el injerto interposicional fijado con placas y tornillos, a los 15 días del postoperatorio.

**Figura 10.24**  
Postoperatorio a los 5 meses, momento en el que serán insertados los implantes. Después de que la placa y los tornillos fueron removidos, es posible notar la incorporación del injerto en los segmentos óseos nativos.



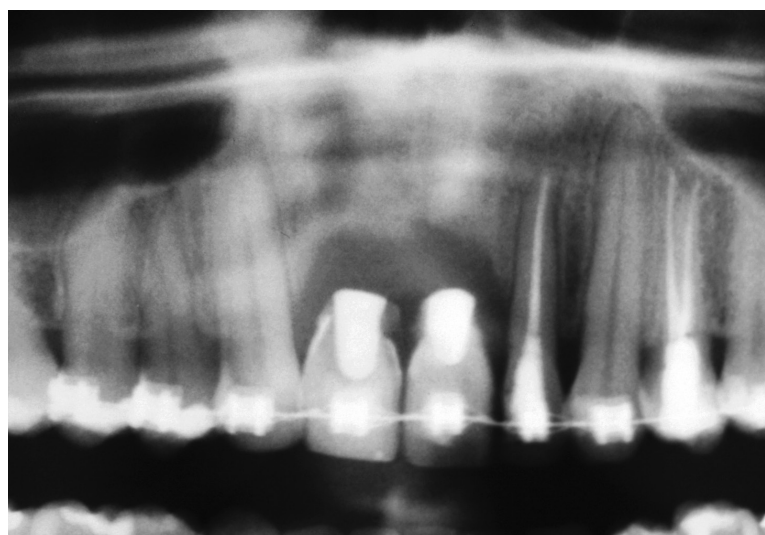


10.25

**CASO 2.** Paciente S.A.B.; 32 años de edad, sexo femenino, leucoderma, con historia de inserción fracasada de 2 implantes en la región anterior del maxilar superior y pérdida vertical de aproximadamente 10 mm del reborde. La paciente rechazó ser sometida a la técnica de distracción, por no aceptar la presencia de perno de activación en la región estética. Planificación: injerto interposicional para ganancia de aproximadamente 6 mm de altura, con ganancia concomitante en espesor, y una segunda cirugía con injerto en bloque para finalizar el caso.



10.26



10.27 10.28

**Figura 10.25**

Imagen parcial de radiografía panorámica mostrando los implantes posicionados sobre el área previamente injertada.

**Figura 10.26**

Aspecto clínico inicial, con prótesis provisional elongada y gran falla estética en la región de los dientes 11 y 21.

**Figura 10.27**

Imagen parcial de una radiografía panorámica mostrando un defecto óseo extenso en altura, de aproximadamente 10 mm.

**Figura 10.28**

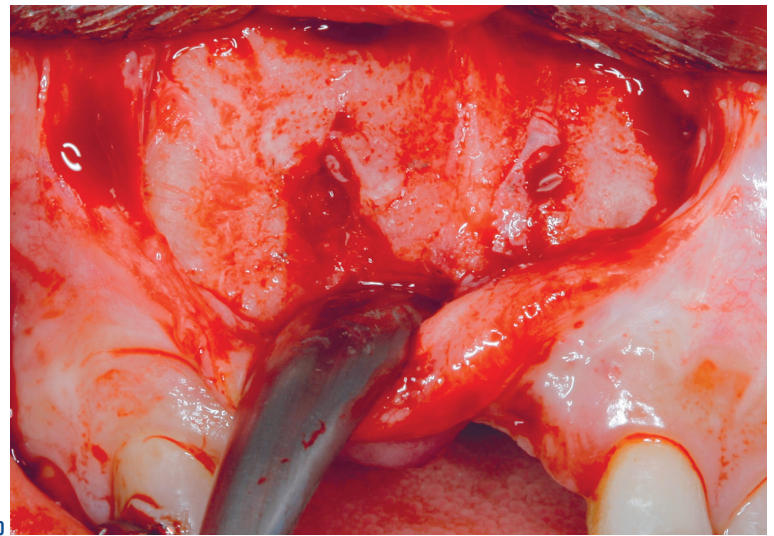
Aspecto clínico, sin los provisionales, mostrando un extenso defecto en altura, tanto de tejido óseo como de tejido blando.



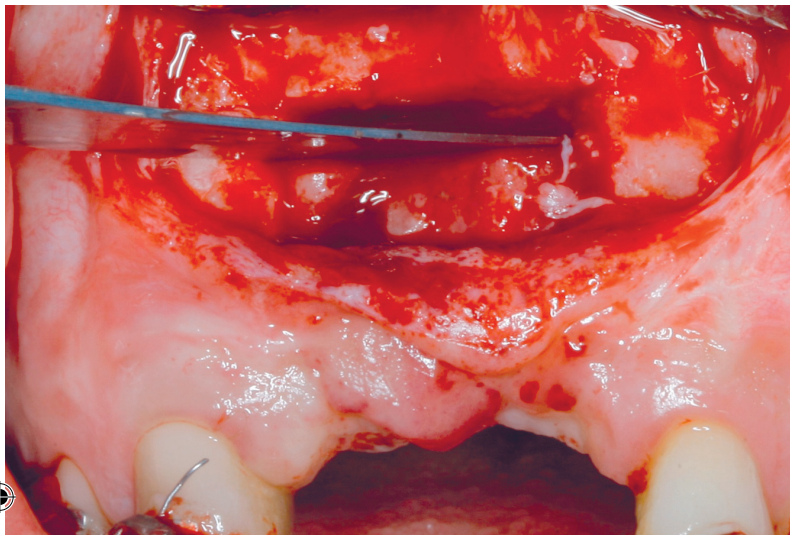




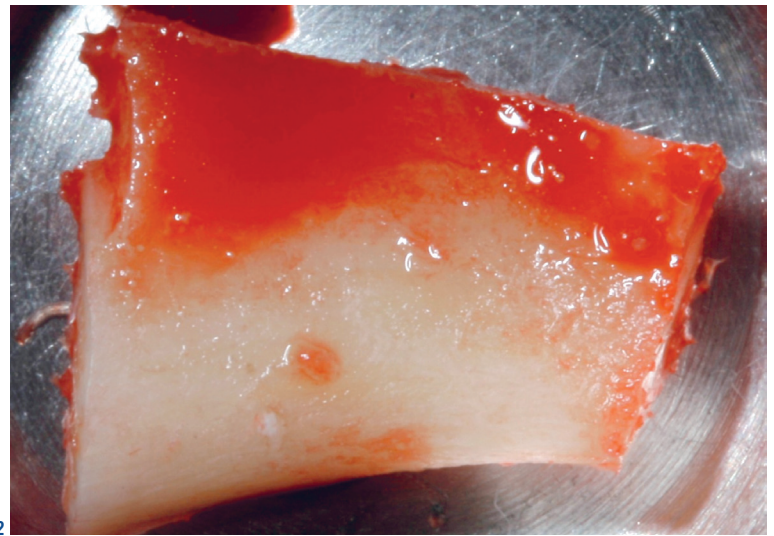
10.29



10.30



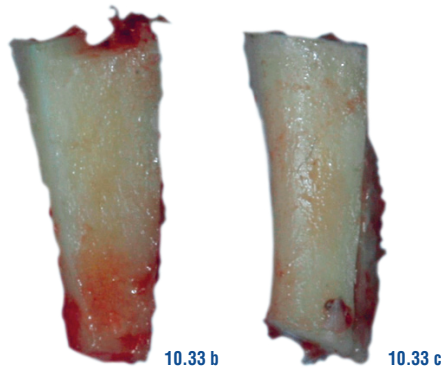
10.31



10.32



10.33 a



10.33 b

10.33 c

**Figura 10.29**  
Imagen oclusal mostrando la presencia de un defecto en espesor asociado con el defecto en altura.

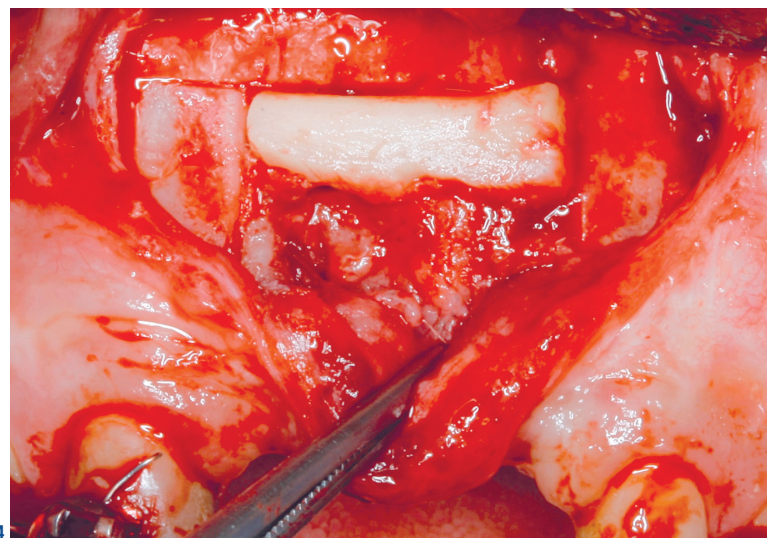
**Figura 10.30**  
Incisión horizontal, sin incisiones de relajación y elevación del colgajo mucoperiostico para el acceso al reborde alveolar. La región de la cresta del reborde correspondiente a la zona exacta del elevador confirma el gran defecto en altura y espesor.

**Figura 10.31**  
Después de la realización de las osteotomías, el segmento óseo es movilizado con un cincel delgado y afilado reteniendo el cuidado de no lacerar la mucosa palatina, fuente de nutrición para el injerto.

**Figura 10.32**  
Bloque corticomedular con extensión horizontal del defecto removido de la rama mandibular.

**Figura 10.33 a-c**  
El bloque es dividido en dos segmentos, uno que será utilizado para el injerto interposicional y otro, para el injerto en espesor.

**Figura 10.34**  
Injerto interposicional insertado, con la cortical dirigida hacia vestibular.



10.34