

Implante posextracción en molar inferior mediante flujo digital y cirugía guiada: maximizando preservación de tejidos y perfiles de emergencia

La implantología digital inmediata representa un avance significativo hacia tratamientos más predecibles, eficientes y centrados en el paciente. La integración de flujos de trabajo digitales permite optimizar la planificación, mejorar la precisión quirúrgica y favorecer resultados estéticos y funcionales más consistentes. En este contexto, el uso de soluciones como Healfit de Anthogyr contribuye a simplificar y mantener la estabilidad de los tejidos blandos, facilitando una transición más controlada hacia la rehabilitación protésica definitiva.



Dr. Nuño Gil Cabeza

- Director médico de Clínica Dental Nuño Gil en Burgos.
- Director del Centro de Formación de Clínica Dental Nuño Gil.
- Especialista en Odontología e Implantología Digital.
- Licenciado en Odontología por la Universidad Alfonso X en 2003.
- Especialista en Estética Dental Avanzada por la SCOE.
- Diplomado en Estética Dental por la Academia Newton Fahl en Curitiba, Brasil.
- Diplomado por el grupo Implanteperio en Implantología y Periodoncia en 2012 y 2015 en Sao Paulo, Brasil.
- Ponente en diferentes conferencias a nivel nacional e internacional.

La colocación de implantes en alveolos frescos es un procedimiento altamente desarrollado a nivel clínico y científico, consolidándose en las últimas décadas con distintos fines terapéuticos y voluntad de acortar tiempos de tratamiento. La necesidad de preservar las estructuras alveolares es una obligación si queremos obtener buenos resultados estéticos y funcionales a largo plazo otorgando una buena salud periimplantaria a nuestras fijaciones. Como ya sabemos, desde el punto de vista biológico, el éxito de la implantología posextracción depende de la osteointegración, proceso mediante el cual el implante se integra íntimamente con el hueso circundante sin interposición de tejido fibroso.

Para lograrlo, es esencial alcanzar una estabilidad primaria adecuada, generalmente obtenida mediante el anclaje del implante en hueso apical o en las paredes óseas remanentes del alveolo, después de realizar el proceso de la exéresis quirúrgica de la manera más atraumática posible para minimizar el trauma ejercido a los maxilares y disminuir al máximo la remodelación de los tejidos circundantes. Es fundamental evaluar el estado del hueso alveolar, la ausencia de infecciones agudas no controladas y la calidad de los tejidos blandos. La planificación mediante radiografías tridimensionales (CBCT) (Fig. 1) y el registro de archivos STL mediante escáneres intraorales (Fig. 2) es clave para desarrollar férulas de cirugía guiada, optimizando al máximo nuestros resultados y permitiéndonos

evaluar el volumen óseo, estructuras anatómicas críticas así como la posición tridimensional del implante, por supuesto, protéticamente guiado. (Fig. 3 y 4). Aunque es una técnica segura y ampliamente contrastada, existen situaciones que requieren precaución o contraindicación en el procedimiento, como pueden ser las infecciones activas extensas, defectos óseos que no nos permiten un anclaje correcto de nuestras fijaciones, enfermedades sistémicas o una mala planificación por parte del clínico a la hora de evaluar los distintos biotipos gingivales y arquitecturas alveolares, que junto con altas expectativas estéticas puedan comprometer un resultado final satisfactorio desde el punto de vista funcional y biológico.

La implantología postextracción presenta numerosos beneficios:

- Disminución de actos quirúrgicos.
- Reducción del tiempo de cicatrización.
- Preservación con técnicas sencillas del volumen de los tejidos duros y blandos.
- Técnicas más atraumáticas.
- Mayor potencial en resultados estéticos.
- Mayor comodidad para el paciente, aceptando positivamente la sustitución de su pieza natural en el mismo acto quirúrgico.

Numerosos estudios muestran tasas de supervivencia comparables entre implantes inmediatos y diferidos cuando obviamente se siguen protocolos adecuados. Sin embargo, lograr el éxito estético en el sector anterior es un reto mayor, ya que la demanda estética no es comparable con el de las zonas posteriores, donde existe mayor cantidad de hueso y no es tan susceptible la pérdida de la lámina dura vestibular y la correcta posición tridimensional del implante.

En los últimos tiempos, la industria ha ido desarrollando diferentes aditamentos que nos ofrecen soluciones de cicatrización anatómica y manejo de tejidos blandos, con el objetivo de optimizar el perfil de emergencia y simplificar el flujo protésico en implantología, especialmente en protocolos inmediatos y estéticos, como el sistema Healfit de Anthogyr (Straumann Group). El sistema Healfit es básicamente un pilar de cicatrización anatómico con diferentes alturas gingivales y dimensiones protésicas con el objetivo de sustituir y preservar el perfil de emergencia tras la exodoncia y a la vez, es un pilar escaneable con diseño biomimético. Todo esto está pensado para:

- Cicatrización de tejidos.
- Modelado del perfil gingival.
- Permitir una impresión directa.
- Disminuir la desconexión de las interfaces al mínimo.

Este pilar, aparte de aportar las bondades anteriormente citadas, combinado con la conexión cónica avanzada del sistema de implantes Anthogyr X3 (Straumann Group) nos permite replicar exactamente el mismo perfil de emergencia en nuestra interfase final, ya que es exactamente igual para todos los diámetros de implante que podamos utilizar, eliminando así cualquier cambio dimensional de los tejidos.

Caso clínico

En el caso que expongo a continuación nos encontramos a una paciente mujer de mediana edad, sin antecedentes médicos reseñables, no fumadora con buena salud oral, donde en la pieza 36 se realizó años atrás un tratamiento de conductos exitoso

hasta que se produjo una fractura vertical en el acto de la masticación, produciendo una fragmentación de la pared vestibular de la corona, imposibilitando cualquier tipo de operatoria dental con el fin de restaurar el diente.(Fig. 5)

Se planificó la posibilidad de la colocación de un implante Axiom X3 de Anthogyr (Straumann Group) posextracción (Fig. 1, 2, 3 y 4) mediante cirugía guiada con el Sistema Integral de la misma marca (Fig. 6) con el objetivo de preservar los tejidos duros y blandos y la colocación simultánea de un pilar Healfit (Fig. 7) para mantener el perfil de emergencia, volumen de la mucosa y establecer un flujo digital directo con el laboratorio, sin necesidad de realizar ninguna desconexión hasta la colocación directa de la restauración protética definitiva. Se realizó la extracción de la manera más atraumática posible y una vez explorado el alveolo fresco se procedió a la colocación del implante Axiom X3 mediante un protocolo de fresado individualizado para la estabilidad óptima primaria del implante y que nos permitiera atornillar el pilar cicatrizador/escaneable.(Fig. 8, 9, 10 y 11).

Posteriormente se rellenó el alveolo con xenoinjerto (Xenograft Straumann Group

- Fig. 12) y se instaló el pilar Healfit en la posición 36 (Fig. 13), realizando un sellado del mismo.

Una vez finalizado el periodo de osteointegración se realizó la impresión óptica del pilar escaneable que se envió al laboratorio para la realización del diseño y fabricación de la restauración definitiva, que en este caso fue una corona cemento-atornillada (Fig. 15 y 16) sobre una interfase X-Base (Anthogyr-Straumann Group) en zirconio monolítico, manteniendo el perfil protésico constante que este gran sistema nos aporta.

Conclusión

La implantología digital inmediata representa un avance significativo hacia tratamientos más predecibles, eficientes y centrados en el paciente. La integración de flujos de trabajo digitales permite optimizar la planificación, mejorar la precisión quirúrgica y favorecer resultados estéticos y funcionales más consistentes. En este contexto, el uso de soluciones como Healfit de Anthogyr contribuye a simplificar y mantener la estabilidad de los tejidos blandos, facilitando una transición más controlada hacia la rehabilitación protésica definitiva. ●

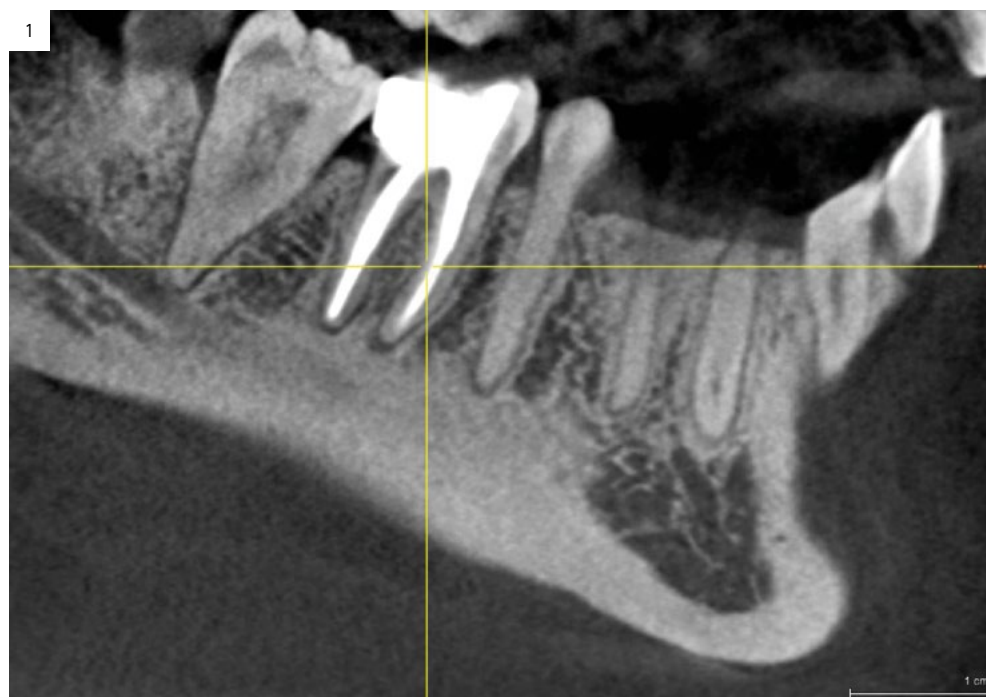


Fig. 1. Vista sagital pieza 36.



Fig. 2. Registro intraoral.

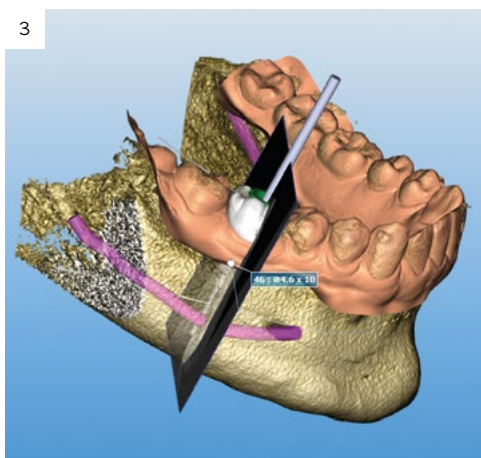


Fig. 3. Planificación quirúrgica.

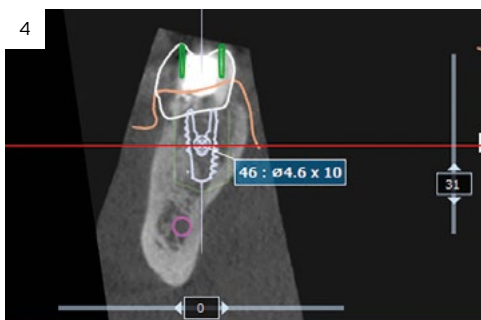


Fig. 4. Posición tridimensional implante 36.



Fig. 5. Fractura vertical pieza 36.



Fig. 6 y 7. Férula Sistema Integral y Pilar Healfit de Anthogyr.

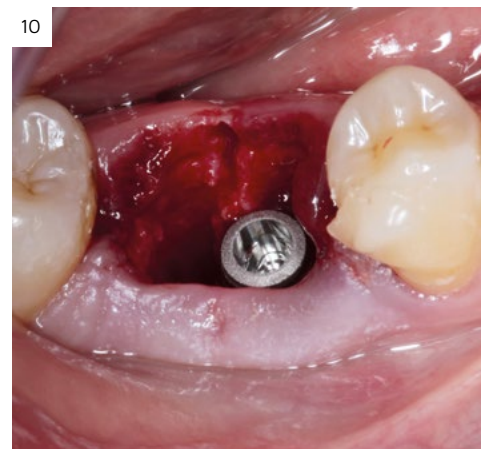


Fig. 10 y 11. Implante Axiom x3 en la posición sub-crestal y tridimensional correcta.

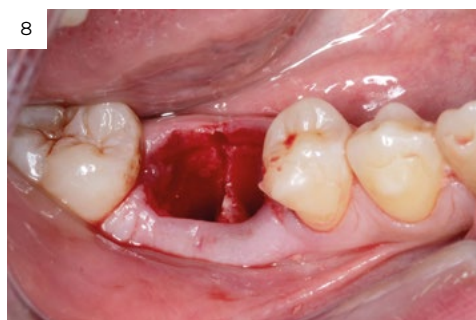


Fig. 8 y 9. Donde apreciamos la arquitectura alveolar y el fresado del alveolo fresco.

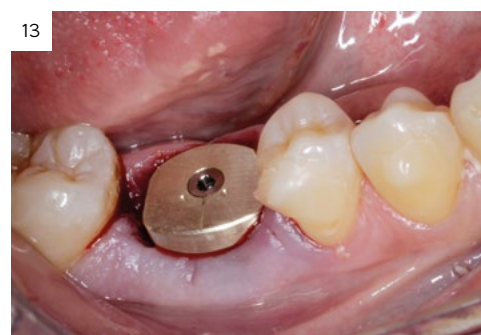


Fig. 12 y 13. Relleno del alveolo con Xenograft y colocación pilar Healfit.

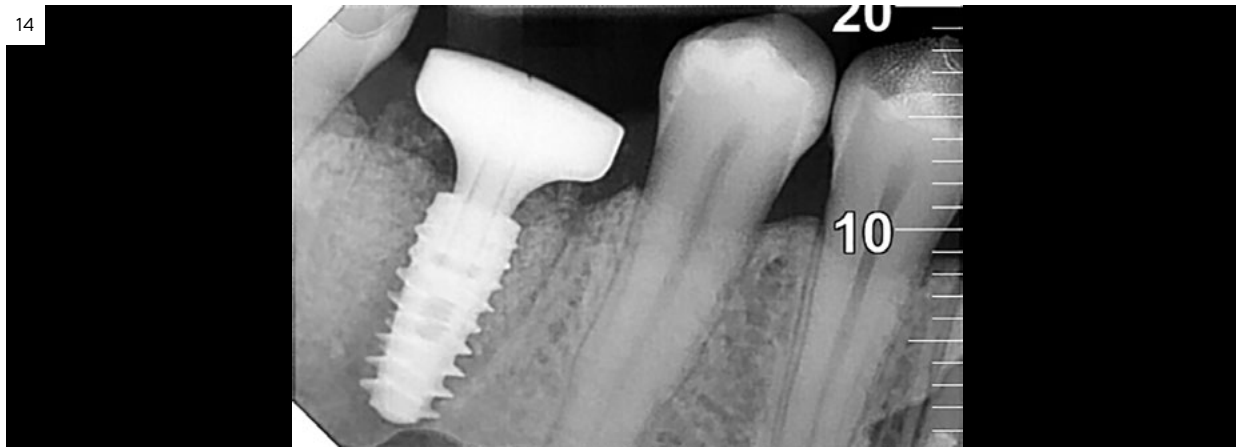


Fig. 14. Aspecto radiográfico del periodo de osteointegración.



Fig. 15. Apreciamos volumen conseguido y el perfil de emergencia.

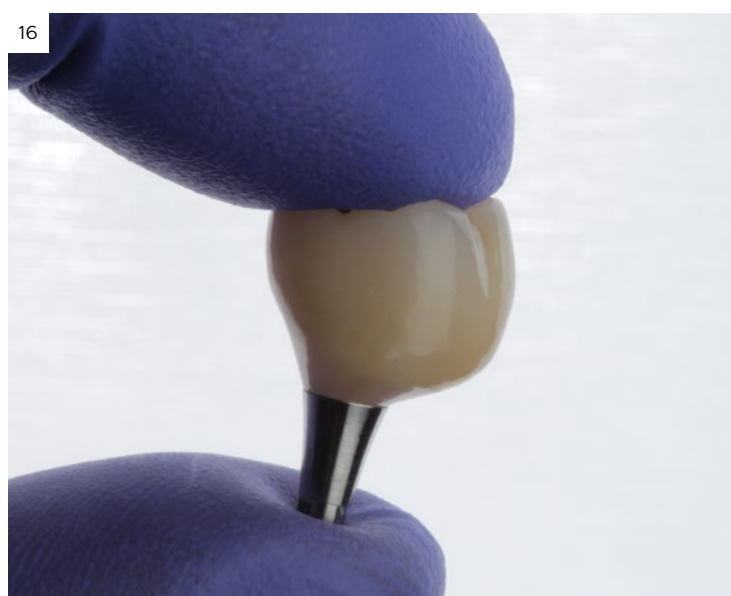


Fig. 16. Restauración definitiva lista para su colocación.

Referencias bibliográficas

1. **Implant Placement Post Extraction in Esthetic Single Tooth Sites: When Early, When Late?**
Periodontology 2000.2017.Buser D,Chappuis V, Belser UC,Chen S.
2. **Clinical and Esthetic Outcomes of Implants Placed in Postextraction Sites.**
The international Journal of Oral and Maxillofacial Implants 2009,Chen ST,Buser D.
3. **Timing of Implant Placement Relative to Tooth Extraction.**
Journal of Oral Rehabilitation, 2008.SchroppL,Isidor F.
4. **Treatment Options for the Management of the Postextraction Socket:Report from the First Giuseppe Cardaropoli Foundation Consensus Conference.**
Journal of Periodontal Research.2025 Cardaropoli D,Araujo M, Buser D,et al.
5. **Intraoral Scanners in Implant Prosthodontics,A Narrative Review.**
Journal of Dentistry 2024,Rutkūnas V,Auškalnis L, Pletkus J.
6. **The Current Clinical Relevancy of Intramural Scanners in Implant Dentistry.**
Dental Material Journal.2020,Sawase T,Kuroshima S.
7. **Introral Scan Versus Cone Beam Computed Tomography to Assess Implant Position: A Systematic Review and Meta-Analysis.**

The Journal of Prosthetic Dentistry. 2025 Suborn NS,Mahardawi B,Jiarnuchart S et al.

8. **Recent Advances in intraoral Scanners.**
Journal of Dental Research.2024. Eggmann F,Blattz MB.
9. **Factors Influencing the Intramural Implant Scan Accuracy:A review of the Literature.**
Journal of Dentistry,2025.Grande F,Nuytens P,Zahabiyoun DS, et al
10. **Current State of the Art of Computer-Guided Implant Surgery.**
Periodontology 2000.2017.D'haese,Ackhurst J,Wismeijer D, De Bruyn H, Tahmaseb A.
11. **Guided Implant Surgery:A Technique Whose Time Has Come.**
Dental Clinics of North America,2021.Chen P,Nikoyan L.
12. **Guided Implant Surgery Risks and Their Prevention.**
Periodontology 2000.2019 .Tatakis DN,Chien HH, Parashis AO.
13. **Guided Dental Implant Surgery:Systematic Review.**
Journal of Clinical Medicine 2023. Dioguardi M,SpiritoF, Quarta C, et al.
14. **Reducing Errors in Guided Implant Surgery to Optimize Treatment Outcomes.**
Periodontology 2000.2022, Chackartchi T,Romanos GE,Parkanyi L, et al.