

Lámina cortical OraGRAFT®

Aumento óseo mediante la técnica de cajita



Antecedentes de la técnica de cajita:

La técnica de cajita es un método típico para aumento óseo que implica la preparación de un compartimento biológico para el injerto óseo usado para la reconstrucción de la atrofia severa de la maxila o mandíbula.

Los estudios demuestran que el aumento horizontal o vertical de la cresta atrofiada con bloques mandibulares finos, en combinación con injertos óseos particulados, ofrecen un nivel de hueso periimplantario estable a lo largo del tiempo (Khoury 2017). La técnica de cajita implica el uso de una fina lámina de hueso cortical para crear un contenedor que puede crear y mantener el espacio necesario para el injerto óseo particulado, mientras que la lámina actúa como material estable y de lenta reabsorción.

Khoury y Hanser (2015) publicaron un análisis prospectivo de 10 años sobre el uso de más de 3800 bloques en más de 3300 pacientes. En su estudio, extrajeron bloques de hueso de la línea externa oblicua de la mandíbula en base al protocolo de MicroSaw. Los bloques de hueso eran partidos con un disco de diamante en dos bloques más finos, de acuerdo a la técnica split bone block (SBB) para procedimientos de injerto biológicos. Peck (2015) describió un caso usando aloinjerto con la técnica de Khoury con el fin de evitar algunos de los problemas potenciales en la recuperación de la técnica usando hueso autógeno.

Indicaciones para la técnica de la placa

- Aumento vertical
- Aumento horizontal
- Brechas dentales

Descripción y propiedades de la placa cortical OraGRAFT

El injerto es un injerto osteoconductor hecho 100% de hueso cortical humano donado. Se ha demostrado que el hueso cortical se remodela lentamente y de manera controlada (Pendarvis WT, Sandifer JB. 2008).

- Dimensiones 30x15x1 mm
- Material: Hueso cortical humano donado
- Esterilidad: Preparado utilizando el proceso Allowash XG® exclusivo de LifeNet Health que hace que el tejido tenga un Nivel de Garantía de Esterilidad (Sterility Assurance Level, SAL) de 10^{-6}
- Preservación: El injerto se conserva mediante el proceso patentado de preservación Preservon® de LifeNet Health y se puede mantener en un estado hidratado a temperatura ambiente.
- Duración: Cinco años en almacenamiento a temperatura ambiente.

Uso de la placa cortical OraGRAFT con otros materiales

La placa cortical OraGRAFT se puede utilizar con materiales adicionales de injerto. La selección del material debe basarse en la morfología del defecto, el estado de salud del paciente, los resultados deseados y la preferencia del cirujano.

Puede considerar el particulado OraGraft 70/30 mineralizado/desmineralizado por el potencial osteoinductivo de la porción

desmineralizada, así como por su potencial osteoconductor en la porción mineralizada.

También puede mezclar el material del injerto con el propio hueso del paciente. Finalmente, la reconstrucción debe cubrirse con una membrana de barrera de acción prolongada.

Evaluación del paciente y planificación del tratamiento

La selección del paciente es esencial para lograr un buen resultado quirúrgico. Debe prestarse especial atención a los factores que puedan impedir la curación ósea. La anatomía, la calidad del hueso y la altura y anchura residual son los principales factores a considerar para determinar si el paciente es un candidato aceptable para el procedimiento.

Evaluación del paciente y planificación del tratamiento: incluir determinar el tipo ideal de implante, el diámetro y la longitud. Estos factores

ayudarán a determinar la cantidad requerida de hueso nuevo. Asegúrese de que haya suficiente tejido blando adecuado para garantizar que el cierre primario esté libre de tensión. De ser posible, también deben determinarse el tamaño y la posición de la placa durante la planificación.

Encontrará una lista con las contraindicaciones y las precauciones en las instrucciones de uso (Instructions For Use, IFU) incluidas con el injerto.

Lámina cortical OraGRAFT®

Aumento óseo mediante la técnica de cajita



Instrucciones paso a paso

Preparación del sitio

- Preparación del colgajo: Colgajo lo suficientemente grande como para permitir un acceso completo al área del defecto.
- Dimensiones: Confirme que el tamaño y la posición del injerto sean adecuados.
- Recorte: Recorte al tamaño apropiado.
- Hidratación: No se requiere.
- Preparación del hueso receptor: Se ha demostrado que perforar el hueso receptor para crear una zona de sangrado ayuda a obtener mejores resultados.

Posicionamiento y fijación

- Cree un compartimento colocando la placa a la distancia deseada del hueso receptor.
- La placa debe estar al menos a 1 mm del borde del implante con respecto a la posición deseada del implante.
- La placa debe estar lo más derecha posible y con una flexión mínima.
- Asegure la placa al hueso receptor con al menos dos tornillos para que no se desplace de su lugar. La perforación previa del hueso reducirá el riesgo de fractura de la placa. Es preferible usar tornillos perfilados. No avellane las cabezas de los tornillos.

Redondeo de los bordes

- Evite irritaciones o perforaciones del tejido blando por los filos de los bordes o las esquinas de la placa usando una fresadora.

Llenar el defecto

- El espacio entre la placa y el defecto debe llenarse con injerto particulado. El hecho de mezclar aloinjerto con algo de hueso del paciente puede ayudar a la cicatrización y la incorporación del material a la reconstrucción.

Cobertura con una membrana de barrera

- Se recomienda cubrir con una membrana de barrera.

Cierre de la herida

- Manejar adecuadamente los tejidos blandos es esencial para lograr un buen resultado. La cobertura del tejido blando debe ser sin tensión.

Tiempo de curación

- Se recomienda un mínimo de seis meses, sin embargo, el tiempo de curación lo determinará mejor el cirujano, según el historial médico y de salud del paciente.

Colocación del implante

- Los tornillos de fijación deben retirarse y deben colocarse los implantes. Los implantes deben estar rodeados por al menos 1 mm de hueso.

Referencias

1. Khoury F. (2017) Augmentation of severe bony defects with intraoral bone grafts: biological approach and long-term results. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2017.02.099>
2. Khoury F. and Hanser T. (2015) Mandibular bone block harvesting from the retromolar region: a 10-year prospective clinical study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2015 May-Jun;30(3):688-97. doi: 10.11607/jomi.4117
3. Peck MT (2015) Alveolar Ridge Augmentation Using the Allograft Bone Shell Technique *J Contemp Dent Pract* 2015; 16 (9): 768-773 Pendarvis WT, Sandifer JB. (2008) Localized ridge augmentation using a block allograft with subsequent implant placement: A case series. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2008 Oct; 28(5): 509-515.
4. Pendarvis WT, Sandifer JB. (2008) Localized ridge augmentation using a block allograft with subsequent implant placement: A case series. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2008 Oct;28(5):509-515.



OFICINA

Balmes 190, 4º
08006 Barcelona
T +34 932 380 735

MADRID

Tr. José Arcones Gil, 3
28017 Madrid
T +34 672 796 315

BARCELONA

Balmes 190, 4º
08006 Barcelona
T +34 676 476 091

PORTUGAL

rmartins@salugraftdental.com
T +351 936 655 507

salugraft@salugraftdental.com
www.salugraftdental.com

