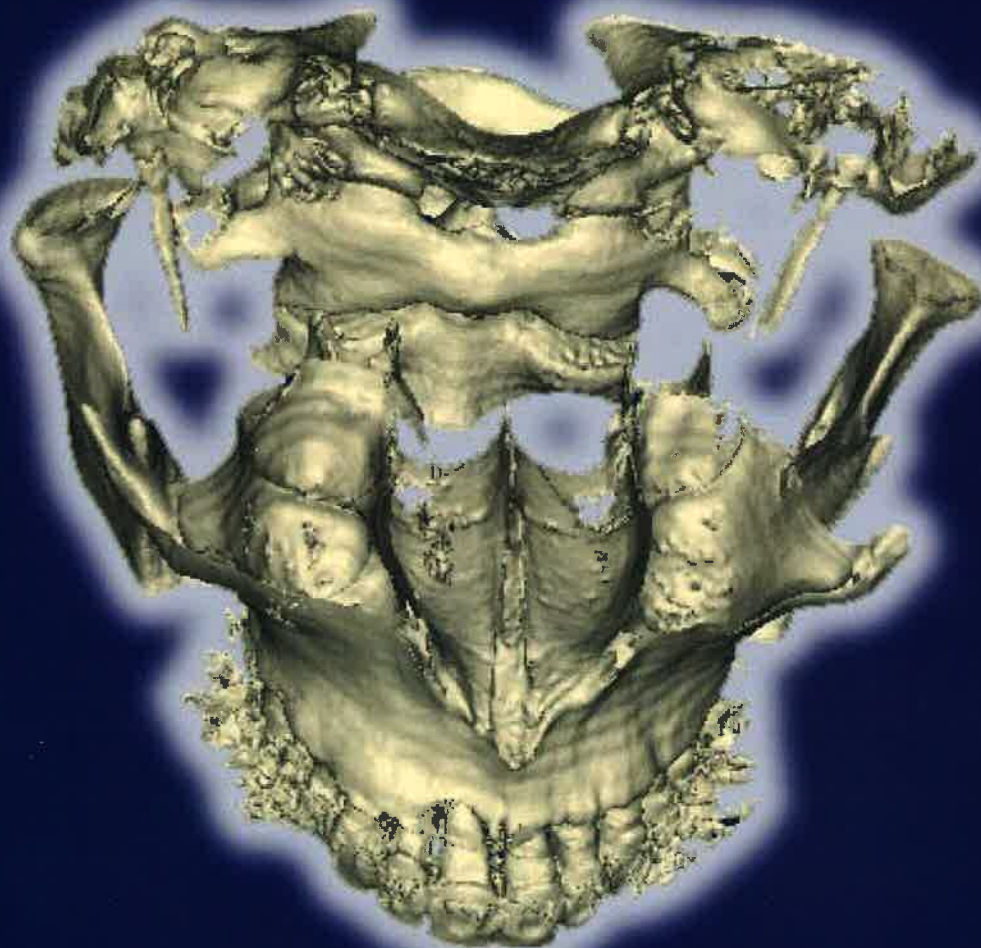


REVISTA ESPAÑOLA

ODONTOESTOMATOLÓGICA DE IMPLANTES

Nº 1 JUNIO ■ 2011



Cirugía guiada paso a paso



Sociedad Española de Implantes

Implantología en Español en Las Vegas

**Mantenimiento del margen gingival mediante
modelado con resina en carga inmediata**



AAID 60ª REUNIÓN ANUAL REALIDADES DE LA IMPLANTOLOGÍA DENTAL

Las Vegas, NV

19 al 22 de octubre de 2011

VIAJE EN GRUPO DESDE ESPAÑA

Salida: desde Madrid y Barcelona el 18 de octubre

Regreso: desde Las Vegas el 23 de octubre

PRECIO

Por persona en habitación doble: 1.707,50 €

Por persona (doble uso individual): 2.425,80 €

EL PRECIO INCLUYE

Vuelo en línea regular (clase turista)

Traslados de entrada y salida a Las Vegas

5 noches de Alojamiento y desayuno en el hotel Bellagio o Caesars Palace

ORGANIZACIÓN

VIAJES IEST - Pº Alcobendas, 10. CC El Bulevar. La Moraleja. Madrid

Contacto: Hilario de la Mata - Teléfono: 916503311 - E-mail: hilariodelamata@iest.es



Sociedad Española de Implantes

Fundada en 1999



AMERICAN ACADEMY
OF IMPLANT DENTISTRY

Fundada en 1951



Federación Española
de Odontólogos

Fundada en 1917

Editorial

Queridos compañeros:

Es para mí un honor y un placer el presentaros este nuevo número de la Revista Española Odontostomatológica de Implantantes. Tras una larga época en la que el Dr. Esteban Padullés ha dirigido y afianzado esta publicación, ha llegado el momento de comenzar un nuevo período con ideas evolucionadas desde la excelente base de la que partimos.

Como siempre ha sido, la revista está abierta a todos los socios de SEI, prioritariamente, y a todos los profesionales relacionados con la Implantología, de España y de cualquier parte del mundo. Es precisamente esta vocación, que pretende ser lo más amplia posible, la que nos ha llevado a organizar la revista en una serie de secciones que descubriréis en el Sumario, pero que os quiero explicar más en detalle en lo referente a los artículos científicos.

Los artículos científicos se clasificarán en 4 tipos:

Artículo "en portada", que se refiere al que ocupará la portada de la revista, y serán artículos originales, de investigación o de revisión.

Casos clínicos, en los que se presentarán aquellos casos que nos enviéis, fruto de vuestra experiencia y que queremos que tengan la mayor y mejor iconografía posible.

Revisiones bibliográficas, que pretendemos sean un importante revulsivo y una eficaz puesta al día para nuestra práctica clínica.

Actualizaciones, en las que os animamos a presentar nuevas técnicas, fruto de vuestra experiencia clínica.

Junto con las nuevas secciones que vais a descubrir, creo que conseguiremos hacer una revista referente en nuestro sector, que junto con nuestra nueva "hermana", el European Journal of Oral Implantology, eficazmente dirigida por el Dr. Carlos Aparicio, pondrán a la SEI en un punto de máxima especialización en la prensa científica española.

Como veis, los objetivos son ambiciosos, pero para poder alcanzarlos es indispensable vuestra colaboración, y por ello os pedimos, como siempre, que nos enviéis vuestra experiencia, vuestros casos y vuestro apoyo y críticas que nos ayudarán a crecer y a mejorar.

Por mi parte, quiero agradecer a todas las personas que entusiásticamente están ayudando a que esta revista salga adelante: en primer lugar a la Junta Directiva de SEI, que ha confiado en mí y en el comité editorial para que encabece este proyecto: tan importante ha sido el apoyo que incluso se ha aprobado la creación de dos premios, al mejor artículo y a la mejor revisión bibliográfica publicados en la revista, con carácter anual y con una importante dotación económica. En especial, tengo que agradecer, y mucho, a la Dra. Araceli Morales, nuestra Presidenta la eficacia, trabajo y cariño que ha puesto en este proyecto (como en todos los que hace para la SEI) y su ayuda, fundamentales para el éxito.

Tenemos la suerte de contar también con un Comité Editorial que es una perfecta muestra de juventud, experiencia e ilusión y que han respondido a nuestra llamada sin reparos y con unas tremendas ganas de trabajar. El Comité Científico es uno de los pilares en los que se sustenta la Revista, y desde aquí quiero agradecer a todos sus prestigiosos componentes su apoyo y presencia.

Al personal administrativo de la SEI, por su eficaz colaboración y ayuda en todo el proceso editorial y, como no podía faltar, a toda la Industria y anunciantes que colaboran con la SEI: son fundamentales para que los proyectos lleguen a buen puerto.

Como podéis apreciar estamos en el comienzo, lo tenéis "caliente", en vuestras manos, de una nueva etapa de revista, y el límite no sabemos cuál será... el cielo, tal vez, o incluso más allá, pero ponerlo es una tarea de todos, porque sin vosotros, esta revista y la SEI no tienen sentido.

Hasta pronto y muchas gracias.



ANTONIO BOWEN ANTOLÍN
DIRECTOR

Nuevo Esterilizador LINA 22 litros Clase B



Un gran esterilizador a un precio muy pequeño



* Oferta LINA 22 litros IVA y transporte no incluidos válida hasta el 31 de Julio de 2011.
SOLICITE FOLLETO DE OFERTAS A SU DISTRIBUIDOR

W&H Ibérica
46017 Valencia
t +34 96 353 20 20
e oficinas.es@wh.com

lina

wh.com

Sumario

PÁG. 3 → Editorial.

PÁG. 5 → Sumario.

PÁG. 6 → Puesta al día.

PÁG. 7 → **REPORTAJE DE PORTADA.** Cirugía guiada paso a paso.

PÁG. 18 → **ENTREVISTA AL EXPERTO.** Esteban Padullés-Roig. Conversación entre amigos: Alejandro Padrós y Esteban Padullés. La casualidad de un primo común.



PÁG. 22 → **CRÓNICAS DE LA SEI.**

→ Gran éxito de participación en el XXV Congreso Nacional y XVIII Internacional de la Sociedad Española de Implantes.

PÁG. 24 → Es la primera vez que el Congreso de la Sociedad Española de Implantes va a ser celebrado en Valencia.

PÁG. 26 → Implantología en Español en Las Vegas.

PÁG. 28 → Convenio de colaboración entre la Academia Americana de Implantología (AAID) y la Sociedad Española de Implantes (SEI).

→ Calendario SEI 2011.

PÁG. 29 → III Residencia Quirúrgica Universitaria en Implantología UNPHU-EFOI.

→ Maxicourse.

PÁG. 30 → **CASO CLÍNICO 1.** Mantenimiento del margen gingival mediante modelado con resina en carga inmediata.

PÁG. 40 → Premios Revista SEI.

PÁG. 42 → **CASO CLÍNICO 2.** Manejo del fracaso de implantes en zona estética con injertos y reimplante: a propósito de un caso.

PÁG. 46 → Normas de Publicación.

PÁG. 48 → Noticias de Empresa.



STAFF

REVISTA ESPAÑOLA ODONTOESTOMATOLÓGICA DE IMPLANTES

DIRECTOR D. Antonio Bowen Antolín.

JUNTA DIRECTIVA PRESIDENTA Dña. Araceli Morales Sánchez **VICEPRESIDENTE** D. Juan Carlos Asurmendi Zulueta **SECRETARIO GENERAL** D. Ignacio Corral Pazos de Provencs **TESORERO** D. Pedro Fernández-Palacios Ruiz **VOCALES** D. Antonio Bowen Antolín, D. Luis M^º Ilzarbe Querol, Dña. Inmaculada González Morán, D. Rafael Carroquino Cañas, D. Fidel San Román Ascaso, D. Armando Badet de Mena, D. Francisco Torres Lear, Dña. Carmen Vera Moros **ASESOR JURÍDICO** D. Francisco Valero (Auren S.A.).

COMITÉ EDITORIAL D. Joaquín Carmona Rodríguez, D. Alfonso González de Vega y Pomar, Dña. Inmaculada González Morán, Dña. Rocío Hernández-Sanjuán, D. Esteban Padullés-Roig, D. Francisco Torres Lear, Dña. Carmen Vera Moros.

RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD Dña. Patricia de Lorenzo. E-mail: patricia.delorenzo@sociedadsei.com.

WEB www.sociedadsei.com **E-MAIL** revista@sociedadsei.com

EDITA SEI (Sociedad Española de Implantes). C/ Orense 51, bajo C. 28020, Madrid. Teléfono: 91 555 09 50. Fax: 91 597 28 71.

DISEÑO ORIGINAL María José Moratino, para APRILSA.

IMPRIME Gráficas Naciones S.I. C/ Río Guadiana, 8, 28110 Algete, Madrid. Teléfono: 91 629 21 45.

DEPÓSITO LEGAL B-16837-1993

ISSN 1133-1615



Muchos son los objetivos que esta nueva Junta se propuso tras ser elegida en Sevilla.

Desde elaborar propuestas docentes tan exigentes como útiles, hasta lograr una mayor proyección internacional, pasando por una mayor dedicación a los más jóvenes, una mayor colaboración con las Universidades y un reconocimiento explícito de la excelente labor clínica desempeñada por los "socios SEI".

Algo en lo que llevábamos tiempo empeñados era en dotar a la Sociedad de unas publicaciones significativas y estamos en condiciones ahora de ofrecérselo.

Hicimos un apuesta fuerte por conseguir una publicación internacional, indexada, que permitiera a nuestros socios una proyección fuera de España.

Con nuestra incorporación al EJOI, dirigida por el Dr. Carlos Aparicio, lo hemos logrado.

Sin embargo, la Junta convino que SEI no debería perder su cabecera clásica, esa Revista Odontostomológica de Implantes que llevaba con nosotros tantos años y que debemos al denodado esfuerzo del Dr. Esteban Padullés y de la editorial barcelonesa Nexus. A ellos nuestra eterna gratitud.

Nos planteamos, eso sí, renovarla. Creímos que era necesario darle un aire diferente.

Ese objetivo se ha encomendado al Dr. Antonio Bowen, como director, y a un nuevo equipo editorial.

Pensamos que están realizando una estupenda labor. También a ellos nuestro agradecimiento.

Sabéis la ilusión con que estamos preparando nuestra presencia -"y en español"- en el 60 Congreso de la Academia Americana (AAID) en Las Vegas de este año, en Octubre. La satisfacción de nuestra colaboración con sociedades hispanoamericanas, con otras instituciones, con las Universidades. En breve tendréis a vuestra disposición una web nueva y mejorada. Estamos encantados con lo que están trabajando nuestros jóvenes. También pronto veréis los resultados.

Una vez mas nuestro reconocimiento a la Industria, que en momentos tan delicados sigue apoyándonos.

En definitiva, mantenemos las ganas y trabajamos con gusto por todo cuanto nos interesa.

Pero quedamos a la espera de vuestras opiniones que siempre nos motivan.

Son estos unos tiempos difíciles y cambiantes para la profesión. Os aseguramos que también para esto estamos buscando respuestas.

ARACELI MORALES. PRESIDENTA SEI

Cirugía guiada paso a paso

DR. GONZÁLEZ DE VEGA Y POMAR, ALFONSO, alfonso@gonzalezdevega.com, Licenciado en Medicina y Cirugía por Universidad Granada. Licenciado en Estomatología por la Universidad de París V. Práctica privada Madrid.

DR. DELGADO MARTINEZ, JUAN, Licenciado en Odontología. Universidad de Salamanca.

DR. DE FRANCISCO MAGALDE, JORGE, Licenciado en Odontología. Universidad Alfonso X El Sabio.

DR. GARCÍA NAVLET RAFAEL, Licenciado en Odontología. Universidad Alfonso X El Sabio.

INTRODUCCIÓN

La ausencia de piezas dentarias puede suponer un serio problema en el paciente ya que reduce su calidad de vida, al influir en la función masticatoria, la fonación y la estética¹. La colocación de implantes dentales ha demostrado ser uno de los métodos más eficaces para la rehabilitación de los edentulismos ya sean parciales o totales.

El uso de implantes dentales es una técnica muy extendida y con datos de éxito muy elevados por encima de un 90%²⁻⁴, pero para poder conseguir este alto índice de éxito es necesario un exhaustivo conocimiento de la anatomía oral, una correcta planificación de nuestra cirugía, teniendo en cuenta las longitudes y diámetros disponibles así como las angulaciones para evitar posibles iatrogenias, minimizar el tiempo de tratamiento y reducir el estrés del paciente⁵. Actualmente disponemos de un arma muy eficaz, la cirugía guiada por ordenador que nos permite la colocación de implantes dentales de una manera virtual, más segura, rápida y eficaz⁵. Pudiendo evaluar todas las posibilidades disponibles. El éxito en la colocación de los implantes depende de una cuidadosa selección del paciente y un correcto diagnóstico⁶.

Desde hace ya muchos años la medicina se rige por una frase "Pri-

mun non nocere" lo primero no dañar, y la odontoestomatología como parte de la medicina debe regirse también por este concepto, para ello debemos usar todos los medios diagnósticos que tenemos a nuestro alcance. Widmann & Bale 2006⁷ y Vercruyssen et al. 2008⁸ concluyen que la planificación por ordenador, el uso de férulas quirúrgicas y modelos estereolitográficos

Desde hace ya muchos años la medicina se rige por una frase "Primun non nocere" lo primero no dañar, y la odontoestomatología como parte de la medicina debe regirse también por este concepto, para ello debemos usar todos los medios diagnósticos que tenemos a nuestro alcance

(biomodelos) son muy importantes a la hora de la planificación de las restauraciones con implantes, esto no significa que simplemente por el hecho de utilizar una férula quirúrgica, no tengamos presentes todos los parámetros a la hora de realizar el fresado, debemos utilizarlo como ayuda, y en manos de un implantólogo experimentado puede servir de gran utilidad, aunque no nos salvan de la posibilidad de que existan pequeños errores,

de imagen, técnicos, de registro, de la aplicación o errores humanos⁹⁻¹¹.

La cirugía guiada gracias a la radiografía digital y al procesado de las imágenes por ordenador, nos puede llevar a cambiar muchos hábitos en la odontología actual, podemos llegar a no depender de la mano del cirujano o, en un futuro no muy lejano afrontar las cirugías sin llegar a colocarnos los guantes¹².

Se deben realizar las cirugías basándonos en el T.A.C. (tomografía axial computarizada) y con la ayuda del procesado de imágenes por ordenador, podemos realizar una óptima colocación del implante, ya que es posible determinar la calidad y la cantidad de hueso disponible, la presencia de patologías, la inclinación del proceso alveolar y la relación con las estructuras anatómicas vecinas, como puede ser el seno maxilar, la fosa nasal, el nervio dentario y las

emergencias mentonianas. Además de toda esta información también podemos verificar donde estamos colocando el implante con respecto a las piezas adyacentes, tejidos circundantes y a la oclusión⁶, lo que en definitiva nos aporta una visión tridimensional la cual es muy importante ya no solo por observar detenidamente la anatomía ósea, que es muy compleja, sino que además nos permite valorar las posibles complicaciones estéticas¹³.

INFORMACIÓN QUE OBSERVAMOS EN UN PROCESADO 3D

- La calidad y cantidad ósea.
- La presencia de patologías.
- La inclinación del proceso alveolar.
- La relación con las estructuras anatómicas:
 - Seno Maxilar.
 - La Fosa Nasal.
 - El nervio dentario y sus emergencias.
- Las piezas adyacentes.
- La oclusión.
- La estética.

La cirugía guiada y asistida por ordenador está siendo utilizada en muchos campos: cirugía nasal, maxilofacial, neurocirugía, implantes zigomáticos e incluso para localizar hueso autólogo en el paladar¹³⁻¹⁷. Actualmente, ya se están desarrollando programas que utilizan una conjunción de tomografía axial computarizada (T.A.C.), resonancia magnética (RM) y tomografía por emisión de positrones (PET) que mejoran el rendimiento hasta en un 25% y permite observar los tejidos y las células tumorales¹³⁻¹⁴.

El objetivo de este artículo es realizar un análisis, paso a paso, de cómo

llevar a cabo una cirugía guiada, basándonos en evidencias científicas y con la ayuda gráfica de un caso para que sirva a modo de ejemplo.

CIRUGÍA GUIADA PASO A PASO

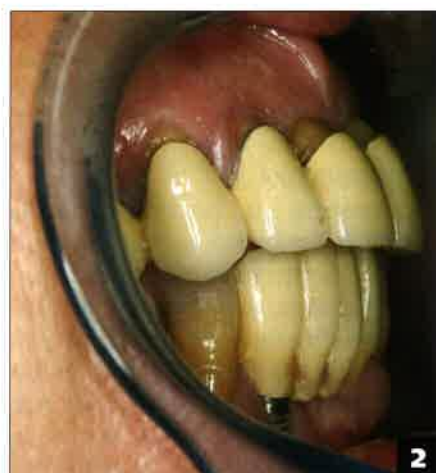
1. Estudio del paciente.
2. Toma de imágenes radiográficas.
3. Planificación en el ordenador.
4. Diseño de férulas y modelos.
5. Colocación de implantes.
6. Prótesis.

1. ESTUDIO DEL PACIENTE

Para un paciente que acude a consulta con motivo de rehabilitar su edentulismo, podemos afirmar que una de las mejores soluciones es el tratamiento implantosoportado. Normalmente debido a la desinformación, el paciente presenta temor y rechazo a la cirugía.

En nuestro caso la paciente era portadora de una rehabilitación ceramometálica durante 15 años, al estudio endobucal se pudo apreciar gran retracción gingival y al estudio radiológico se observa una parodontolisis horizontal generalizada, (fotografías 1-4). El paciente debido a sus compromisos sociales y laborales nos demandó no permanecer edentulo en ningún momento. La decisión clínica fue realizar una prótesis provisional y realizar una cirugía guiada para colocar los implantes mediante una férula quirúrgica.

Decidido el tratamiento con implantes, comenzamos con la toma de impresiones para la realización de modelos de estudio con el fin de analizar oclusión, el espacio protético, etc., cabe añadir que en



1, 2, 3. Aspecto clínico de la paciente al llegar a la consulta.
4. Aspecto después de levantar la rehabilitación ceramo-metálica.

algún caso estos modelos pueden ser utilizados para realizar la férula radiológica.

El laboratorio dental confecciono una prótesis inmediata en resina pensando en colocarla una vez hubiéramos realizado las extracciones de los dientes, debido al rechazo del paciente a portar una prótesis removible se barajó la posibilidad de mantener la rehabilitación original cementada únicamente en los primeros molares. Una vez comprobada la estabilidad de ésta, se procedió al relleno de la rehabilitación con las piezas extraídas previamente, con el objetivo de evitar espacios entre la restauración y la mucosa, consiguiendo que la paciente abandonara la consulta estéticamente igual que entró, ya que la cirugía se realizaría pasado un mes y medio para evitar cualquier posible infección.

El plan de tratamiento inicial consistía en la colocación de 8 implantes en maxilar, realizando elevación bilateral de senos, y la carga inmediata de los implantes comprendidos entre los primeros premolares, manteniendo enterrados los implantes en los que previamente efectuaríamos la elevación para una mejor osteointegración.

En nuestro caso se omitió realización del encerado diagnóstico y de la férula radiológica ya que decidimos mantener la rehabilitación completa como hemos comentado anteriormente. (Fotografías 5-8)

En este momento es importante comprobar la apertura bucal del paciente, ya que, si nos dispuestos a realizar una cirugía guiada, tiene que ser amplia, debido a la mayor longitud de las fresas. Los fabricantes de férulas están intentando solucionar este problema y en esa dirección recientemente se han presentado las férulas quirúrgicas de acceso lateral.

Un apunte aparte de nuestro caso clínico, en caso necesario, an-



5. Observamos el paciente después de la extracción de las piezas dentarias.

6, 7, 8. En las 3 fotografías se muestra la utilización de los propios dientes del paciente adaptados a la estructura ceramo-metálica. Apreciando el resultado estético similar al que la paciente tenía en la primera consulta.

tes de solicitar el T.A.C. deberemos preparar una férula radiológica que realizaremos con una mezcla de acrílico y sulfato de bario. Actualmente se pueden fabricar con una concentración de sulfato de bario de un 15 % para los dientes y un 10 % para la base de la férula, lo que hace que radiográficamente podamos diferenciarlas y, con el software informático separarlas, obteniendo mayor información. Con los dientes podemos conocer la posición idónea para nuestra rehabilitación final y con la prótesis podemos conocer el grosor de los tejidos blandos, favoreciendo también a un mejor resultado estético¹⁸.

VENTAJAS QUE OFRECE UNA FÉRULA RADIOGRÁFICA CON DOS DENSIDADES DE SULFATO DE BARIO

- 15 % DIENTES

Observamos la posición idónea del diente.

- 10 % RESINA

Permite calcular el espesor de los tejidos blandos.

2. TOMA DE IMÁGENES RADIOGRÁFICAS

El descubrimiento de los Rayos X fue llevado a cabo por Roentgen en 1895. Este descubrimiento no tuvo una gran acogida en su época e incluso el presidente de la Sociedad Británica de Física dijo "no sé cómo los rayos X van a ofrecer resultados significantes". Años más tarde el doctor Mouyen desarrollo la radiovisiografía (RVG) convirtiéndose esta un elemento indispensable en los tratamientos que necesitan obtener diagnósticos rápidamente ya que se trata de una técnica que permite gracias al ordenador la obtención de imágenes

nes radiológicas de manera prácticamente instantánea⁵.

Los avances en radiología han conseguido aumentar la calidad de las pruebas diagnósticas, y minimizar las distorsiones producidas, con ello podemos afirmar que el T.A.C. es la prueba diagnóstica definitiva que poseemos para realizar nuestros casos. En la Tabla siguiente podemos observar las posibles distorsiones que se producen según la técnica utilizada, obsérvese la precisión que nos ofrece un T.A.C.

ÍNDICE DE DISTORSIÓN DE LAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS

PERIAPICAL	1.9 mm	5.5 mm
PANORÁMICA	3.0 mm	7.5 mm
T.A.C.	0.2 mm	0.5 mm

Una radiografía periapical es muy útil para realizar diagnósticos concretos, al igual que una radiografía panorámica también nos puede aportar múltiples datos acerca de nuestro paciente, la gran limitación que tienen ambas es que muestran imágenes bidimensionales (planas) impidiendo apreciar correctamente la anatomía oral.

En las imágenes 9 y 10 observamos el caso inicial y al paciente una vez realizadas las exodoncias y colocada nuevamente su prótesis.

Para poder observar tridimensionalmente la anatomía Sir Godfrey Newbold Hounsfield desarrolló la denominada tomografía computarizada (T.C.), para muchos este invento revolucionó la medicina moderna, y le llevo a conseguir el premio nobel en 1979¹⁹, se trata de una radiografía multicorte que permite la visualización de imágenes en las tres dimensiones (sagital, axial y panorámico). Actualmente disponemos de dos tomógrafos

diferentes, el T.A.C. helicoidal y el T.A.C. Cone Beam.

La diferencia entre ambos es que la tomografía Cone Beam utiliza un haz de Rayos X de forma cónica, y adquiere todas las imágenes (cortes transversales) con solamente una rotación sin necesidad de mover al paciente. En cambio el helicoidal utiliza un haz de radiación colimado, estrecho y en forma de abanico, que va siendo detectado por un arco lineal, obteniendo cortes limitados del cuerpo, con lo que el paciente tiene que ser movido continuamente dentro del "gantry" mientras el tubo de Rayos X y los detectores giran alrededor.

La tomografía computarizada Cone Beam es una tecnología que permite realizar el escaneado y la adquisición de volúmenes específicos de la cabeza del paciente, con la utilización de dosis de radiación mucho menores que la dosis de la tomografía convencional. Presenta numerosas ventajas sobre las otras modalidades de exámenes por imágenes debido a su exactitud, a su alta velocidad de escaneado y a su seguridad. Es un sistema económico y de buena relación costo-beneficio. El primer escáner tomográfico de uso dental (CBCT) fue desarrollado en 1998 por Mozzo et al, este escáner permite disminuir hasta en un 20% la radicación ab-

sorbida por el paciente, siendo similar a la producida al realizar un estudio periapical completo²⁰.

Esta radiografía se realiza mediante una técnica de doble escaneado: primer escaneado al paciente con la férula radiológica en boca, asegurándonos de su correcto posicionamiento para lo cual nos ayudamos con el registro de mordida y el segundo escaneado únicamente a la férula radiológica, la férula para el segundo escáner tiene que posicionarse de manera lo más parecida al primer examen. Para colocarla debemos utilizar un material que sea lo mas radiolúcido posible²¹.

En los nuevos modelos de CBCT el paciente está sentado o de pie, pero para la realización de tomografías computarizadas convencionales es muy importante la posición del paciente dentro del anillo. Hay que situar al paciente ajustando el plano de oclusión con el plano axial, con la inclinación del gantry (la plataforma donde se coloca el paciente tumbado boca arriba) en 0 grados. Se realiza el escáner con un posicionador de la oclusión para evitar el solapamiento entre las arcadas y el paciente tiene que estar inmobilizado durante el proceso¹⁸⁻²⁴.

Durante años la tomografía axial computarizada ha ido evolucionando hasta el punto que con ayuda de software informáticos podemos



9. Ortopantomografía al inicio del tratamiento.

10. Radiografía panorámica, una vez realizadas las exodoncias, mientras esperábamos un mes y medio para evitar posibles infecciones.