

Incorrecta planificación en casos de implantes bucales óseointegrados

A case presentation related to an accurate planning in bone-integration buccal implants

Dra. Zoraya Almagro Urrutia ^I; Dr. Rolando Sáez Carriera ^{II}; Dra. Leticia María Lemus Cruz ^{III}; Dra. Clara Sánchez ^{IV}

^I Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Profesora Auxiliar. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Titular. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Facultad de Estomatología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Profesora Titular. Facultad de Estomatología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

^{IV} Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Profesora Asistente. Máster en Urgencias Estomatológicas. Facultad de Estomatología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

RESUMEN

La implantología oral ha experimentado un extraordinario avance en los últimos años; gracias a ella, las posibilidades terapéuticas tienen un alto grado de capacidad funcional y estética. La correcta planificación protésica de los casos ante la pérdida dental favorece no solo la función masticatoria, sino también el aspecto estético de la persona. El objetivo de este trabajo consiste en describir alternativas de rehabilitación protésica para solucionar casos incorrectamente planificados. Se concluye que la evaluación inicial del paciente, el cumplimiento de la planificación del tratamiento y el uso de la guía quirúrgica, son fundamentales para el éxito de los resultados, aunque exista ingeniosidad y empeño tanto de técnicos como protesistas en la solución de los problemas.

Palabras clave: implantología oral, oseointegración.

ABSTRACT

Implantation science has experienced a extraordinary advance in past years, thanks to it, therapeutical possibilities have a high degree of functional and aesthetic capacity. The proper prosthetic planning of cases before teeth loss favors not only mastication but aesthetic look of person. The aim of present paper is to describe alternatives of prosthetic rehabilitation to correct the incorrectly planned cases. We conclude that first assessment of patient, fulfillment of treatment planning, and the use of a surgical guide, are essential for results success, although there is ingeniousness and persistence of prosthesis technicians in solution of problems.

Key words: Implantation science, oral, bone-integration.

INTRODUCCIÓN

A pesar que los implantes dentales brindan *confort* y aportan confianza a los pacientes para sonreír, comer y hablar, no son para todos. El paciente ideal debe tener un buen estado de salud y hueso adecuado.

Igualmente es importante el compromiso de una higiene bucal excelente y visitas periódicas al estomatólogo.

Deben ser evaluados todos los tejidos blandos y duros en cuanto a calidad y cantidad,¹⁻³ inspección de la mucosa bucal y los tejidos periodontales,⁴ prueba de vitalidad si fuera necesario, diagnósticos de caries, así como una evaluación radiográfica completa que asegure la ausencias de patologías y defectos óseos, verificación de la completa cicatrización y estado de salud de los tejidos posextracciones.

Deben observarse detalladamente el trabeculado óseo y en particular los tejidos blandos del área de implantación, los tejidos gingivales, las inserciones musculares y frénicas, si no hay suficiente calidad y cantidad de tejido queratinizado, el plan de tratamiento inicial debe ser dirigido a la modificación de los mismos.

El chequeo de las relaciones cráneo-mandibulares también resulta de gran importancia. Si son necesarias correcciones ortodóncicas, también deben realizarse previamente al tratamiento de implantación, y controlar la salud de los dientes remanentes.⁵

Es importante que se evalúen todos los movimientos mandibulares y que los hábitos parafuncionales sean diagnosticados y tratados.

En implantología es muy importante la selección del paciente según los criterios diagnósticos establecidos para ello, pues al hacer una selección correcta de los pacientes que serán tributarios a este tratamiento, permitimos que este sea exitoso

y que cumpla su objetivo fundamental, que es restituir las funciones masticatorias, estéticas, fonéticas y psicológicas. Para ello es necesaria una visión integrada de la ciencia y práctica odontológica y una adecuada coordinación de los profesionales del equipo multidisciplinario con criterios de valoración unánimemente compartidos, tanto para establecer el cronograma como para decidir el enfoque terapéutico adecuado. El paso más importante en la evaluación es la historia médica, que permite valorar el estado sistémico del paciente.⁶⁻¹⁴

En función de los datos clínicos y radiográficos recolectados, se lleva a cabo una consideración final con respecto de lo que se puede esperar y de lo que es posible realizar. El estomatólogo protesista transmite al cirujano la terapia óptima para el paciente, de modo de poder establecer la planificación del tratamiento con enfoque de equipo.¹⁵ Con el fin de crear una función y una estética aceptables, se debe identificar la mejor ubicación y dirección de los implantes junto con el número y tipo de implantes que podrán ser insertados.

Después se debe realizar un encerado para estudiar el resultado del tratamiento sugerido y mostrar al paciente el resultado previsto. Sobre la base del encerado, se confecciona una guía quirúrgica, cuyo diseño debe ser simple y posible de esterilizar. Después de obtener el consentimiento del paciente, finalmente se puede ejecutar la inserción del implante.

El final del tratamiento multidisciplinario debe buscar en definitiva, la solución global tanto para la boca como para la cara del paciente, y contemplar: la función, la estética y la durabilidad. Es necesario que el paciente gane nuestra confianza, por lo tanto, debemos darle toda la información necesaria con respecto al tratamiento que recibirá. El paciente satisfecho es aquel que recibe una información clara y concisa junto con un trato personalizado.¹⁵

La implantología, como el resto de las especialidades de la odontología, no se escapa de los diferentes parámetros que debemos tener en cuenta a la hora de establecer un plan de tratamiento rehabilitador.

Colocar implantes y no establecer un correcto diagnóstico que determine la causa de la pérdida de los dientes, así como dotar al sistema de los medios suficientes para retrasar al máximo la aparición de nuevas patologías, aumentará el porcentaje de fracasos a corto y mediano plazo. Evidentemente, el diagnóstico, la planificación y el desarrollo correcto de nuestro trabajo son imprescindibles para poder cumplir con las expectativas de nuestros pacientes.¹⁶

Lo más importante en implantología es la selección correcta de los pacientes y la adecuada planificación del tratamiento. No hay buenos tratamientos, sino buenos diagnósticos; sin un excelente diagnóstico no se realizará un correcto tratamiento.^{17,18}

Objetivos

Describir alternativas de rehabilitación protésica para solucionar casos incorrectamente planificados.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1

Paciente masculino de 22 años de edad que perdió el incisivo central superior izquierdo por un trauma a temprana edad, al que por mala planificación del tratamiento y la no utilización de la guía quirúrgica, fue imposible colocarle el implante en posición adecuada y el mismo fue insertado con gran inclinación hacia la región palatina. Con la ingeniosidad de nuestros técnicos del laboratorio de implante, mediante un encerado cuidadoso, se llegó a lograr una posición adecuada de su rehabilitación, cumpliendo con las funciones estéticas y funcionales, así como una gran satisfacción para el paciente (figs. 1, 2, 3, 4, 5 Y 6).



Fig. 1. Implante en posición inadecuada .



Fig. 2. Pilar calcinable y encerado de la corona.



Fig. 3. Restauración colada en modelo de trabajo.



Fig. 4. Restauración colada en boca. Restitución de puntos de contactos proximales.



Fig. 5. Restauración colada con frente estético.



Fig. 6. Contorno estético y funcional de la restauración.

Caso 2

Paciente femenina de 38 años de edad, a la cual se le colocaron 4 implantes en la región de incisivos superiores. En este caso no se logró la oseointegración de los implantes colocados al nivel de los incisivos centrales y fue necesaria la extracción de los mismos.

Después de un análisis por parte del equipo multidisciplinario sobre la calidad de oseointegración de los 2 implantes restantes, se tomó la decisión de rehabilitar a la paciente con un puente fijo utilizando los mismos como pilares, logrando una buena estética, función y comodidad ([figs. 7 y 8](#)).



Fig. 7. Análogos en modelo de trabajo.

DISCUSIÓN

Nuestra misión es diagnosticar rigurosamente el problema, comprender claramente la demanda del paciente, y conseguir la aceptación confiada de nuestras propuestas terapéuticas, para finalmente lograr una recuperación arquitectónica y funcional, estética y satisfactoria para el paciente, tanto en cuanto a la belleza del resultado como a su funcionalidad.^{3,17}

La sustitución de un diente único con implantes, por ejemplo, requiere de un apoyo óseo suficiente y el control de todas las fuerzas que no sean paralelas al eje longitudinal del implante; estas fuerzas pueden hacer peligrar el apoyo óseo óptimo. Se tiene que tener igualmente en cuenta la forma con la que se va a configurar la supra construcción; es necesario considerar aspectos como conseguir unas buenas condiciones para la higiene bucal, por ejemplo, con cepillos interdentes. Se debería asimismo, asegurar el acceso a los tornillos, así como la oclusión dentaria y los puntos de contacto.¹⁹

El caso 1 demuestra lo importante que resulta la evaluación inicial del paciente, una adecuada planificación del tratamiento, siguiendo siempre un enfoque multidisciplinario y sobre todo, el cumplimiento de dicha planificación para el éxito de los resultados, y que la ingeniosidad y empeño de técnicos y protesistas es de suma importancia para la solución de los problemas.^{14,15,20-22}

Los fracasos aparecen rápidamente, y la mayoría ocurren en los primeros 6 meses, antes de su conexión por la expulsión espontánea o durante, constatándose su movilidad.

La mayoría de las veces, después de la retirada del implante y una cicatrización de 6 semanas, es posible recolocar un implante en el mismo lugar, lo cual se acompaña de éxito.

Como se muestra en el caso 2, fracasaron los implantes colocados en región de los incisivos centrales superiores, que pudo deberse a múltiples causas, sobre todo por mala técnica operatoria o por condiciones óseas inadecuadas en dicha región, lo cual coincide con lo planteado por algunos autores, al referirse que aunque el sistema utilizado sea oseointegrable, su oseointegración depende del operador y del respeto de los principios enunciados,^{2,23} así como que la colocación de implantes sobre huesos no adecuados, puede conducir también a fracasos, cuando en el momento de la segunda intervención se descubren dehiscencias y fenestraciones óseas,^{7,9,14,19,20} siendo los signos y síntomas más frecuentes de los fracasos: movilidad, radiolucidez periimplantaria, inflamación, supuración, dolor a la percusión, sonido mate (tejido inflamatorio fibroso).²¹⁻²³

CONCLUSIONES

La evaluación inicial del paciente, el cumplimiento de la planificación del tratamiento y el uso de la guía quirúrgica, resultan fundamentales para el éxito de los resultados, aunque exista ingeniosidad y empeño de técnicos y protesistas en la solución de los problemas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. English CE. Implant-supported versus implant-natural-tooth supported Fixed Partial dentures. J Dent Symp 1993;1(1):65- 6.
2. Esam M, Baraka O. Principles of prosthodontic implants. El Cairo: Al-Azhar University; 2001.

3. Block Michael S. Atlas en color de cirugía implantológica dental. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.
4. Sarment PD. El protocolo de las prótesis periodontales cumple las demandas estéticas y funcionales: un caso clínico. Quintessence Int 2003; XVI(7):423-9 (ed. esp.).
5. Flander S. Periodontic, orthodontic, and endodontic considerations in conjunction with implant dentistry. D Clinic North America 1970;14:137-43.
6. Ritacco AA. Implantes endodónticos. Técnica operatoria. 4 ed. Buenos Aires: Editorial Mundi; 2002.
7. Bert M, Missika P. Implantología quirúrgica y protésica. Barcelona: Masson; 2004.
8. Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológica. 4 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005.
9. Manual S.E.P.A. de Periodoncia y terapéutica de los implantes. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2005.
10. Newman M, Takei HH, Carranza F. Periodontología clínica. México D.F.: MC Graw-Hill; 2004.
11. Ranalli OA. La implantología del tercer milenio. Buenos Aires: El Autor; 2002.
12. Palomero Rodríguez R. Implantología multidisciplinaria, implante inmediato post-extracción con carga inmediata. Rev Maxillaris Act Sector Dent 2005;VII(75):66-76.
13. Gil F. Análisis electroquímico en implantes dentales de titanio para la mejora de la resistencia a la corrosión y la disminución de la liberación de iones metálicos al medio fisiológico. Rev Esp 1998;6(4):221-5.
14. Cacciacane OT. Bases para el tratamiento implanto-protésico. Buenos Aires: Infomed; 2003.
15. Suñé J. Ortodoncia, cirugía ortognática e implantología, prótesis, periodoncia, dentistería. Rev Maxillaris Act Sector Dent 2003;VI(55):36-42.
16. Farga Monzó V. Máximo aprovechamiento en una sola cirugía: extracciones, implantes inmediatos y no inmediatos y prótesis provisional fija con carga inmediata sobre muñones provisionales. Rev Maxillaris Act Sector Dent 2004;VI(62):66-76.
17. Implantes dentarios [en Internet]. 2004? [citado 13 jun 2006]: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://perso.wanadoo.es/e/cgarcima/implantesdentarios.htm>
18. Cardaropoli G, Lekholm U, Wennstrom JL. Tissue alterations at implant supported single-tooth replacement: A prospective clinical study. Clin Oral Implants Res 2006;17:165-72.

19. Albrektsson T, Wennerberg A. The impact of oral implants. Past and future, 1996-2042. J Can Dent Assoc 2005; 71: 327.
20. Campos BL, et al. Coordinación y enfoque multidisciplinar de un caso complejo. Rev del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España 2006; 11(11): 95-103.
21. Evian CL, Al- Momani A, Rosenberg ES. Therapeut management for immediate implant placement in sites with periapical deficiencies where coronal bone is present: Technique and case report. Int J Oral Maxillofac implants 2006; 21: 476-80.
22. Serena E. Manejo de un caso clínico. Treinta y siete años de evolución de un caso. Odontología general, endodoncia. En: Manual Básico de Implantología. <http://www.Expodental.ifema.es/ferias/expodental/default.html>
23. Mangano C, Ripamonti U, Montini S, Mangano F, Superfici biometriche e osteointegrazione: Studio su primati non umani. Italian Oral Surg 2005; 4(2): 9-17.

Recibido: 13 de octubre del 2008.

Aprobado: 12 de enero del 2009.

Dra. *Zoraya Almagro Urrutia*. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. e-mail: rosaez@infomed.sld.cu