

Sobredentadura total superior implantosoportada

Superior total overdenture on implants

Luis Orlando Rodríguez García^I; Naydit Martínez Gómez^{II}; Antonio O. Blanco Ruiz^{III}; Eneida López García^{IV}

^I Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Asistente. Facultad de Estomatología, Ciudad de La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor. Facultad de Estomatología, Ciudad de La Habana, Cuba.

^{III} Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Auxiliar. Facultad de Estomatología, Ciudad de La Habana, Cuba.

^{IV} Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Auxiliar. Facultad de Estomatología, Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un caso de un paciente desdentado total superior, rehabilitado en la consulta de implantología de la Clínica "Pedro Ortiz" del municipio Habana del Este en Ciudad de La Habana, Cuba, en el año 2009, mediante prótesis sobre implantes osteointegrados, técnica que se ha incorporado a la práctica estomatológica en Cuba como alternativa al tratamiento convencional en los pacientes desdentados totales. Se siguió un protocolo que comprendió una fase quirúrgica, procedimiento con o sin realización de colgajo y carga precoz o inmediata. Se presenta un paciente masculino de 56 años de edad, que acudió a la consulta multidisciplinaria, preocupado, porque se le habían elaborado tres prótesis en los últimos dos años y ninguna reunía los requisitos de retención que él necesitaba para sentirse seguro y cómodo con las mismas. El resultado final fue la satisfacción total del paciente, con el mejoramiento de la calidad estética y funcional.

Palabras clave: sobredentadura, carga inmediata.

ABSTRACT

This is the case of a total maxilla edentulous patient seen in consultation of the "Pedro Ortíz" Clinic Implant of Habana del Este municipality in 2009 and con rehabilitation by prosthesis over osteointegration implants added to stomatology practice in Cuba as an alternative to conventional treatment in patients totally edentulous. We follow a protocol including a surgery or surgical phase, technique without or with flap creation and early or immediate load. This is a male patient aged 56 came to our multidisciplinary consultation worried because he had three prostheses in last two years and any fulfilled the requirements of retention to feel safe and comfortable with prostheses. The final result was the total satisfaction of rehabilitated patient improving its aesthetic and functional quality.

Key words: Overdenture, immediate load.

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación mediante prótesis sobre implantes osteointegrados se ha incorporado a la práctica estomatológica, como alternativa al tratamiento convencional en los pacientes desdentados totales. Generalmente se sigue un protocolo que comprende una cirugía; técnica con o sin realización de colgajo, y carga precoz o inmediata.

Recientemente *Chiapasco y otros*¹ presentaron los resultados de un estudio multicéntrico retrospectivo en 226 pacientes desdentados mandibulares, con buena calidad de hueso, tratados con sobredentaduras. Un total de 904 implantes de diferentes características (*ITI, Mathys, Friatec*) con al menos 3,5 mm de diámetro y 10 mm de longitud fueron insertados entre los agujeros mentonianos y fueron cargados en 2 días. 776 implantes fueron seguidos durante un periodo medio de 6,4 años, con un éxito del 96,9 %, y del 98,5 % para las sobredentaduras.²

Desde el punto de vista de la carga funcional se han realizado protocolos que preconizan la carga precoz y/o inmediata de los implantes para obtener un menor tiempo de rehabilitación y favorecer de esta forma el bienestar psicológico de los pacientes.

El estudio pionero de *Ledermann*³ sobre la utilización de implantes osteointegrados para sobredentaduras mandibulares constituyó el primer protocolo de carga inmediata con implantes dentales.

Además de las sobredentaduras maxilares con implantes cargados inmediatamente, se han desarrollado protocolos similares con prótesis fija. *Schnitman y otros*⁴ rehabilitaron a 9 pacientes mediante la inserción de 58 implantes en hueso de buena calidad y anclaje bicortical en la zona anterior intermentoniana. El seguimiento clínico varió de 3 a 9 años y la tasa de supervivencia fue del 85,7 %. *Tarnow y otros*⁴ han presentado los resultados del tratamiento con 107 implantes en 10 pacientes desdentados (6 desdentados mandibulares y 4 desdentados maxilares) a los que insertaron un mínimo de 10 implantes en cada arcada, de los que solamente 5 fueron cargados de forma inmediata con una prótesis fija

provisional. El seguimiento clínico fue de 1 a 5 años, con una supervivencia del 97,4 %. De ellos dos implantes fracasaron y fueron extraídos). *Branemark* y otros⁴ han desarrollado un nuevo tratamiento implantológico en la rehabilitación de la mandíbula desdentada, que consiste en la inserción de 3 implantes ferulizados y una prótesis de resina atornillada, con 150 implantes en 50 pacientes. Los resultados preliminares, de entre 6 meses y 3 años, indican una tasa de supervivencia del 98 %.

La experiencia clínica, sin embargo, recomienda que en la rehabilitación del paciente desdentado completo mediante la carga inmediata de los implantes debe exigirse un número mínimo de 4 implantes conectados con una prótesis de estructura rígida y una gran estabilidad primaria, en un hueso con buena calidad, lo cual permite un buen pronóstico para el éxito de esta técnica implantológica. Recientemente *Malo* y otros⁵⁻⁷ reportaron una nueva técnica en el tratamiento del maxilar o la mandíbula desdentados completos, mediante la inserción de 4 implantes y su carga inmediata con una prótesis atornillada. En este sentido, 44 pacientes fueron tratados con 176 implantes *Branemark*,^{4,8} de los que 45 implantes en 12 pacientes fueron insertados post-extracción, cargados inmediatamente en la región anterior mandibular con prótesis fija de resina acrílica. Globalmente se perdieron 5 implantes en 5 pacientes, antes de los 6 meses de seguimiento clínico, para un 2,8 %, de los cuales 2 eran implantes post-extracción (4,4 %), y 3 en zonas desdentadas ya cicatrizadas (2,3 %). La supervivencia de los implantes ha sido del 98,2 %, mientras que la de las prótesis ha sido del 100 %.^{9,10}

La técnica implantológica consiste en la inserción de implantes en el espacio óseo donde se presentan las condiciones idóneas para tal fin; y posteriormente en la misma sesión se sitúan los aditamentos protéticos necesarios, por el método de rebasado, y se coloca la prótesis en uso del paciente. Este procedimiento aumenta la retención y logra en buena medida la satisfacción del paciente.

Reportamos este caso con el propósito de demostrar la eficacia de la técnica implantológica por sobredentadura, con la consecuente mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 56 años de edad que acudió a la consulta multidisciplinaria, preocupado, porque se le habían elaborado tres prótesis en los últimos dos años y ninguna reunía los requisitos de retención que él necesitaba para sentirse seguro y cómodo con las mismas.

En una primera fase clínica, después de los estudios realizados, se confirmó la ausencia de enfermedades orgánicas que contraindicaran el uso de implantes dentarios. Con Rx panorámicos y periapicales se verificó que las características óseas y anatómicas no imposibilitarían la realización de esta terapéutica. Los modelos de estudio colocados en un articulador determinaron la posición que alcanzarían los implantes en el reborde alveolar residual, con la previa confección de una férula guía (Fig. 1).

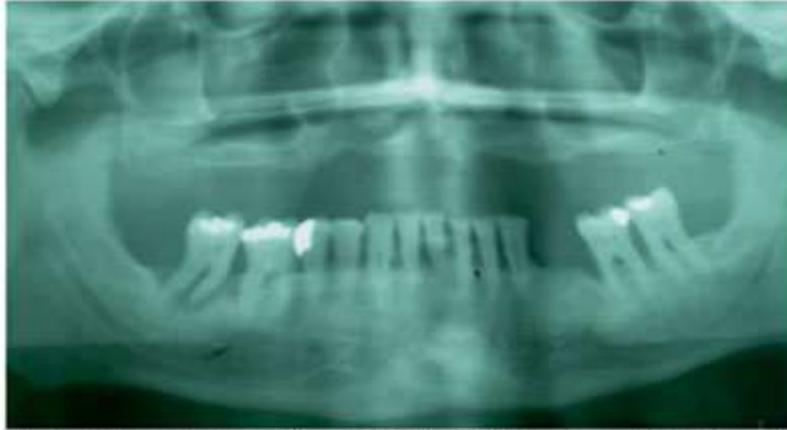


Fig.1. Ortopantomografía pre-implantológica para determinar el área de soporte adecuado para la colocación de los implantes.

El equipo multidisciplinario del municipio Habana del Este determinó colocar dos implantes a nivel de los caninos, y cargarlos el mismo día por sobredentadura. En la fase quirúrgica se procedió a la conformación de los nichos donde se alojaron los implantes de 13 mm × 2,5 mm, con previa aplicación de anestesia local con lidocaína al 2 %, mediante técnica infiltrativa (Fig. 2). En la segunda fase se procedió a rehabilitar con la misma prótesis que utilizó el paciente, la cual reunía los requisitos de estética, dimensión vertical y de oclusión adecuados. Para ello se utilizó el procedimiento de retirada de la cazoleta con técnica de rebasado con acrílico autopolimerizable (Fig. 3). Una vez colocados los aditamentos, se le indicó al paciente la forma de inserción y desinserción de la prótesis, así como las medidas de higiene y conservación; y se citó para los controles mediatos e inmediatos que fuesen necesarios: Primero a las 24 horas, después a los 7 días, y posteriormente un control mensual durante un año, para valorar el estado de los implantes, la osteointegración, y el uso y conservación de la prótesis.



Fig. 2. A y B. Cirugía implantológica transmucosa. C. Colocación de los implantes en la región entre bicúspides y caninos.



Fig.3. A. Prótesis total del paciente. **B.** Colocación de las cazoletas con los teflones en los pilares implantológicos. **C.** Rebasado con acrílico autopolimerizable.

Transcurrido el periodo de rehabilitación del paciente, se obtuvo en este caso un resultado satisfactorio, ya que se le mejoró la calidad estética y funcional del implante realizado (Fig. 4).



Fig. 4. Logro de la satisfacción del paciente, por la retención y estabilidad adecuadas de la prótesis.

CONCLUSIONES

Hubo ausencia de complicaciones inmediatas o tardías con respecto al tratamiento implantológico, quirúrgico y protésico en este paciente. El tiempo medio de seguimiento clínico desde la carga funcional de los implantes fue de 12 meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ranalli, Oscar Alberto. Implantología del nuevo milenio. Brazilia: Ed Medica; 2002.
2. Fernández BE. Principios Fundamentales de Regeneración Ósea; su aplicación para implantes endo-óseos. AOA. 2001;9:34-9.

3. Block SM, Kent NJ, Guerra RL. Implants in Dentistry. New York: W.B. Saunders Company; 1997.
4. Cacciacane TO. Bases para el tratamiento implanto-protético. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2003.
5. Rompen E, DaSilva D, Hockers T, Laundgren AK, Gottlow J, Glauser R, et. al. Influence of implant design on primary fit and stability. A RFA and histological comparison of Mk III and Mk IV Branemark implants in the dog mandible. Applied Osseointegration Res. 2007;32(3):24-36.
6. Romanos G, Toh-chooi G, Siar-Chong H, Swaminathan D, Ong Ah H. Histologic and Histomorphometric Evaluation of Peri-implant Bone subject to immediate loading: an experimental Study with Macaca Fasciculares. Int J oral Maxillofac Implants. 2005;17(1):44-51.
7. Romanos G, Toh-chooi G, Siar-Chong H, Swaminathan D, Ong Ah H, Donath Karl, et. al. Peri-implant Bone reactions to immediate loaded implants. An experimental Studying monkeys. J periodontol. 2007;72(1):506-511.
8. Salama H, Rose L, Minsk L, Klinger E. Immediate Loading of TPS Root-Form Implants in the Human mandible. 11th Annual meeting of Academy of Osseointegration. Int J Oral Maxillofac Implants. 2006;11(1):125.
9. Bellota RA. Conferencias dictadas en los cursos de implantología integral. Clínica del Dr. Alberto Horacio Bechelli. Milan, Italia. 2003.
10. Feine JS. We can do a lot better for our denture patients. Quintessence Int. 2003;341:5-6.

Recibido: 7 de enero de 2010.

Aprobado: 11 de marzo de 2010.

Dr. Luis Orlando Rodríguez García. Facultad de Estomatología, Ciudad de La Habana, Cuba. E-mail: luisor.garcia@infomed.cu