

PRESENTACIÓN DE CASO

Rehabilitación protésica combinando implante - diente natural

Prosthetic rehabilitation combining implant-natural tooth

Eva Ordaz Hernández¹, Eva Zeida Rodríguez Perera², Hermes Somonte Dávila³, María Eleuteria Marimón Torres⁴, Danay Fleitas Vigoa⁵

¹Especialista de Segundo Grado en Prótesis. Máster Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar. Filial Provincial de Estomatología. Pinar del Río. Correo electrónico: eva@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Segundo Grado en Prótesis. Profesora Auxiliar y Consultante. Máster en Salud Bucal. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Abel Santamaría". Pinar del Río. Correo electrónico: cabrera49@princesa.pri.sld.cu

³Especialista de Segundo Grado en Cirugía Máxilo Facial. Profesor Asistente. Máster en Salud Bucal. Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Correo electrónico: hermes1@princesa.pri.sld.cu

⁴Especialista Segundo Grado en Cirugía Máxilo Facial. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencias Estomatológicas. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Abel Santamaría". Pinar del Río. Correo electrónico: carolina@princesa.pri.sld.cu

⁵Especialista de Primer Grado en Parodontia. Máster en Salud Bucal. Clínica Docente "Ormani Arenado". Pinar del Río. Correo electrónico: vigoa@princesa.pri.sld.cu

Aprobado: 4 de junio del 2013.

RESUMEN

Se presentó un paciente desdentado parcial que fue atendido en la consulta de Implantología de la Clínica Estomatológica "Antonio Briones Montoto" de la ciudad de Pinar del Río remitido por el Servicio de Prótesis Estomatológica de su área de salud. Perdió el lateral superior derecho desde joven y tenía preparación extracoronal en canino superior derecho. Se tuvieron en cuenta las diferentes etapas diagnósticas. Realizados los exámenes de rigor y ser aprobado su tratamiento, se colocó Mini Implante Nano. Se logró adecuada estabilidad primaria, lo que permitió, según lo planificado, pasar a la fase de rehabilitación protésica. Se

cargó inmediatamente el lateral, combinando implante con diente natural. Así quedó unida la rehabilitación del 12 con el 13. El caso presentado demostró la validez de la implantología combinando implante - diente natural, dos elementos con resiliencia diferente, un componente rígido como es el implante oseointegrado y un componente menos rígido como es el diente natural, se consideró al diente natural como un pilar potencial. Conclusiones: esta unión es un tratamiento clínicamente satisfactorio y efectivo a largo plazo, restableció las funciones de la masticación, estética y fonética, proporcionó mayor comodidad y mejoró la calidad de vida y socialización del paciente.

DeCS: Implantes dentales, Rehabilitación bucal, Carga inmediata del implante dental, Oseointegración.

ABSTRACT

A partially toothless patient attended to the implantology Service at "Antonio Briones Montoto" Dentistry Care Clinic in Pinar del Rio city, was referred to the Prosthetic Service from the health area where he belonged to. He lost the right lateral-superior teeth when he was younger and had extra-crown preparation in right superior canine. Different diagnostic stages were considered. Usual examinations were performed in order to be chosen for the treatment, a Mini Implant NANO was placed, achieving an adequate primary stability which allowed, according to the plans, to pass to the prosthetic rehabilitation. Lateral part was immediately loaded with the combination of implant with natural tooth; this way was joined rehabilitation of 12 along with 13. The case showed the validity of implants combined with natural teeth, two elements of different resilience, a rigid component as the osseous-integrated implant and a less rigid component as the natural teeth, the natural tooth was considered as a potential mainstay. Conclusions: this union is a clinical satisfactory treatment and very effective at long term, mastication, esthetic and phonetic functions provided major comfort and improved the quality of life with socialization of patients.

DeCS: Dental implants, Mouth rehabilitation, Immediate dental implant loading, Osseous-integration.

INTRODUCCIÓN

La idea de acortar el tiempo de espera para conseguir que el paciente solucione su estética y a veces también la funcionalidad con una prótesis fija, ha llevado a los profesionales a tratar de reducir los tiempos preestablecidos siguiendo siempre los principios de oseointegración.

Los implantes dentales de titanio se utilizan desde hace muchos años en la rehabilitación de pacientes total o parcialmente edéntulos, con una efectiva tasa de éxito a largo plazo, comprendida entre un 90% y un 98%.¹

Quiénes han seguido los pacientes de implantes por carga inmediata constatan el bienestar que les produce el acortamiento de los tiempos quirúrgicos y protésicos, Para efectuarla es necesario realizar un minucioso diagnóstico, incluyendo estudios radiológicos específicos, sondeo e información sobre el hueso y un gran

conocimiento protésico y quirúrgico, haber analizado la personalidad del paciente eliminando todos los casos en los que exista parafunción y hábitos que pudieran ensombrecer un pronóstico desfavorable.

Se deben descartar quienes tengan un déficit en su inmunidad, problemas de coagulación, diabetes mellitus no controlada, enfermedades psiquiátricas y fumadores. Desde el punto de vista quirúrgico el principal objetivo consiste en conseguir la estabilidad primaria de los implantes; imprescindible para poder obtener una posterior oseointegración.

En cuanto a la oclusión deberá prevenirse cualquier fuerza nociva que pudiera producirse cuando el paciente realice parafunciones o carga excesiva por inadecuada masticación o tipo de alimentos. Protésicamente se busca que al ferulizar exista una restauración provisional rígida para que no se produzcan fuerzas de flexión, que generarían tensiones negativas sobre la estabilidad de la misma.²⁻⁴

El éxito en implantología, plantea Manzanares⁵, depende de muchos factores, uno de ellos es el control de las cargas, no depende exclusivamente de realizar un protocolo quirúrgico y protésico correcto y mantener los tejidos periimplantarios sanos, sino de los principios biomecánicos y de oclusión, estos últimos cobran especial importancia en la carga inmediata ya que numerosos autores recomiendan ausencia de contacto en posición de máxima intercuspidación (PMI) y en movimientos excéntricos, otros plantean contactos suaves en PMI y ausencia de contactos en movimientos excéntricos.

Es importante tener en cuenta que el implante y los dientes presentan una resiliencia muy diferente, por lo que hay que ajustar la corona del implante para compensar la elasticidad del ligamento periodontal.⁶

Las evidencias científicas actuales han demostrado que la carga inmediata del implante es un procedimiento exitoso siempre que existan las condiciones anátomo funcionales que se requieren. Los especialistas aseguran que la principal polémica se centra en la determinación de los casos en los que su aplicación esté indicada, deben ser realizados, en aquellos pacientes que tengan una buena cantidad y calidad de hueso.^{7, 8}

Numerosos autores han discutido el riesgo teórico inherente a unir los implantes con los dientes naturales, éstos tienen un grado de movimiento diez veces mayor que una fijación oseointegrada. El diente natural y el implante disipan la energía de diferente forma; el implante como elemento rígido es conservador de energía, el estrés mecánico originado por la carga se trasmite al conjunto pilar-implante y al hueso de soporte de forma atenuada produciendo una deformación elástica. El diente natural trasmite prácticamente la totalidad de la carga hacia el ápice en forma de estrés ondulante a través del ligamento periodontal produciendo una deformación elástica - inelástica. Como resultado el elemento que recibe mas carga es el diente y no el implante como se había descrito.⁹⁻¹¹

Lo antes expuesto lleva a plantear la necesidad de que este tratamiento sea planeado y realizado por un equipo multidisciplinario, filosofía de trabajo que garantiza la obtención de mejores resultados estéticos, funcionales y biológicos. Utilizando este método, en el presente trabajo los autores se propusieron presentar la rehabilitación protésica de un paciente, combinando implante - diente natural, con el fin de mostrar los beneficios del tratamiento.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 52 años de edad que acude a consulta de Implantología de la Clínica Estomatológica "Antonio Briones Montoto" de la ciudad de Pinar del Río, remitido por el Servicio de Prótesis Estomatológica de su área de salud.

Expresó en el interrogatorio que perdió el lateral superior derecho desde joven, le realizaron prótesis parcial removible, posteriormente prótesis parcial fija con la cual no tuvo éxito pues se le desplazaba frecuentemente, en estos momentos estaba usando una prótesis removible acrílica con la cual no se sentía cómodo y necesitaba recuperar su estética y función.

Fase inicial

Se tuvieron en cuenta las diferentes etapas diagnósticas como determinante fundamental del éxito. Salud general y bucal satisfactoria, no hábitos tóxicos.

Al examen físico se observó adecuada higiene bucal, dientes remanentes con buena implantación, preparación extracoronal con hombro vestibular y palatino en el 13 sin restauración, ausencia de 12 con adecuada disponibilidad ósea en la brecha. (Figura 1)

Para arribar a un adecuado diagnóstico, y posterior tratamiento se realizó la historia clínica, se obtuvieron modelos de estudio, encerado funcional, confección de férulas, examen radiográfico periapical y panorámico, calibración del hueso a nivel de zona del 12, selección del implante y consentimiento informado. Se colocó corona completa provisional en el 13.

Se seleccionó los dientes artificiales de acuerdo a tamaño, forma y color. Se confeccionaron coronas acrílicas para el 13 y el 12, ambas unidas entre sí mediante acrílica, lo que implicó una conexión rígida.



Fig. 1. Fase inicial

Fase terapéutica

Se inició con la colocación del Mini Implante Nano de 2,3 de diámetro y 13 mm de longitud, teniendo en cuenta que presentó una adecuada cantidad y calidad de hueso, donde había tenido lugar una reabsorción residual moderada, se apreció una fina capa de hueso cortical que rodeaba un núcleo de hueso trabecular denso de dureza favorable. Se logró adecuada estabilidad primaria. Lo que permitió, según lo

planificado, pasar a la fase de rehabilitación protésica, se cargó inmediatamente el lateral, combinando implante con diente natural. Así quedó unida la rehabilitación del 12 con el 13. (Figura 2), (Figura 3)

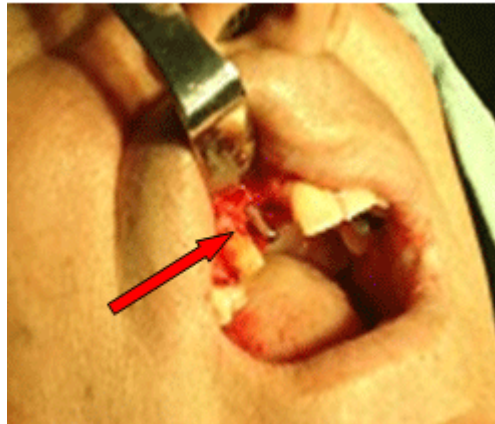


Fig. 2. Fase terapéutica.



Fig. 3. Fase de rehabilitación protésica.

Fase de control

El primer control se realizó a las 72 horas, el segundo a los 7 días coincidiendo con la retirada de sutura. Se realizaron chequeos periódicamente, a los tres, seis y nueve meses, luego anualmente, lo que permitió asegurarse de la buena salud de los diferentes elementos, estos comprendieron radiografías, verificación de la estabilidad de la oclusión y de la salud periimplantaria. (Figura 4) (Figura 5)



Fig. 4. Fase de control: 7 días



Fig. 5. Fase de control: 3 meses

DISCUSIÓN

En la rehabilitación oral no siempre se dan las condiciones para elaborar un plan de tratamiento empleando procedimientos convencionales, debiendo recurrir al conocimiento científico y a técnicas más complejas para resolver una situación clínica, las cuales deben garantizar la integración funcional y atraumática de la rehabilitación protésica en el sistema estomatognático

Lo más importante en implantología es la selección correcta del paciente y la adecuada planificación del tratamiento. No hay buenos tratamientos, sino buenos diagnósticos; sin un excelente diagnóstico no se realizará un correcto tratamiento.

La sustitución de dientes en el sector anterior es un reto en cuanto al resultado final del paciente. En este tratamiento disponíamos de varias posibilidades, alguna de ellas ya colocadas sin éxito, como fue la prótesis parcial removible que por sus características el paciente no se sintió cómodo con dicha rehabilitación, un puente fijo voladizo tomando como pilar el canino utilizando un retenedor extracoronal con la consecuente pérdida de esmalte dentario.

Apoiados en numerosos estudios que en la última década avalan el éxito del tratamiento con implantes hoy en día, se evaluó la conveniencia de realizar una prótesis parcial fija con unión implante-diente natural.^{9, 12-14}

Al plantearse la posibilidad de la unión del implante con el diente natural, se tuvieron en cuenta cuestiones fundamentales, entre ellas: respetar el principio de que las prótesis sobre implantes deben ser relativamente fáciles de retirar, proteger el pilar natural, el tamaño de la corona, configuración de la raíz, la relación corona raíz, paralelismo diente implante, valoración periodontal; propiciar la restauración de los contornos gingivales más rápidamente y contribuir a la mejor evolución de la gíngiva.

Esta unión implicó unir dos elementos con resiliencia diferente, un componente rígido como es el implante oseointegrado y un componente mucho menos rígido como es el diente natural, por consiguiente se consideró al diente natural como un pilar potencial. El implante fue unido rígidamente al diente natural, se mantuvo libre de cargas en los diferentes movimientos mandibulares para evitar entorpecer el proceso de oseointegración, aunque, en realidad, las técnicas más avanzadas permiten proporcionar prótesis sobre implantes con poco tiempo de colocados.

El caso presentado demuestra la validez de la implantología combinando implante - diente natural.

CONCLUSIONES

La unión implante-diente constituyó un tratamiento clínicamente satisfactorio y efectivo a largo plazo.

No se observó intrusión dental cuando se realizó la unión con una conexión rígida.

Restableció las funciones de masticación, estética y fonética.

Proporcionó mayor comodidad.

Mejóro la calidad de vida y socialización del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azzi EJ, Acuña MJ, Juárez RP, Pira DA. Periimplantitis: fisiopatología y diagnóstico mediante pruebas bioquímicas. Rev Fac de Odont Arg. Univ Nac del Nd. 2011; 4(1): 48-51.
2. Alonso-Albertini-B. Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral. 2 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2008.
3. Holcman M, Chilvarquer I, Curcio R, Rapoport A. Estudio de implantes en forma de parafuso com corpo único en função imediata. Rev bras cir cabeça pescoço. 2009; 38(4).
4. Romanos GE. Carga imediata de implantes: pasado, presente y futuro. Rev. Periodoncia y Osteointegración. 2009; 19(4).
5. Manzanares M. Soluciones estéticas en el sector anterior. Dental Tribune. 2011; 8(4):

6. Calvo PL, Gil Mur FJ, Ríos Santos JV, Bullón Fernández P, Herrero Climent M. Sustitución de un incisivo central y lateral superior mediante la colocación de un único implante. *Gaceta Dental Ciencia*. 2011; 227.
7. Albrektsson T, Zarb GA. *The Branemark Osseointegrated Implant*. Chicago: Edit Quintessence; 2004.
8. González Olazábal M, Carrazana Moya JA, Torres López M, Pérez Fernández AM. Rehabilitación protésica sobre implantes dentarios. *Gaceta Médica Espirituana*. 2007; 9(2).
9. Badet A, Galera M. Una alternativa para la rehabilitación. La unión implante-diente. *Dental Tribune*. 2011; 8(3):4-6
10. Almagro Urrutia Z, Saez Carriera R, Lemus Cruz LM, Sánchez C. Incorrecta planificación en casos de implantes óseointegrados. *Rev Cub Estomat*. 2009; 46(1).
11. Lemus Cruz LM, Justo Díaz M, Almagro Urrutia Z, Saez Carriera R, Triana K. Rehabilitación sobre implantes óseointegrados. *Rev Cub Estomat*. 2009; 46(1).
12. Muñoz Chávez A, Mollo de Assis Junior F, Belloto Correa C, Muñoz Chávez OF. Instalación inmediata de prótesis provisionales en la reapertura de implantes. *Rev Cubana Estomatol*. 2007 Mar; 44(1).
13. Peniche Rodríguez R. Consideraciones quirúrgico_protésicas para la carga oclusal inmediata en implantología oral. *Rev ADM*. 2011; 68(4).
14. Martínez de Pisón J. La estética integral. *Dental Tribune*. 2011; 8(1): 4.

Dra. Eva Ordaz Hernández. Especialista de Segundo Grado en Prótesis. Máster Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar. Filial Provincial de Estomatología. Pinar del Río. Correo electrónico: eva@princesa.pri.sld.cu
