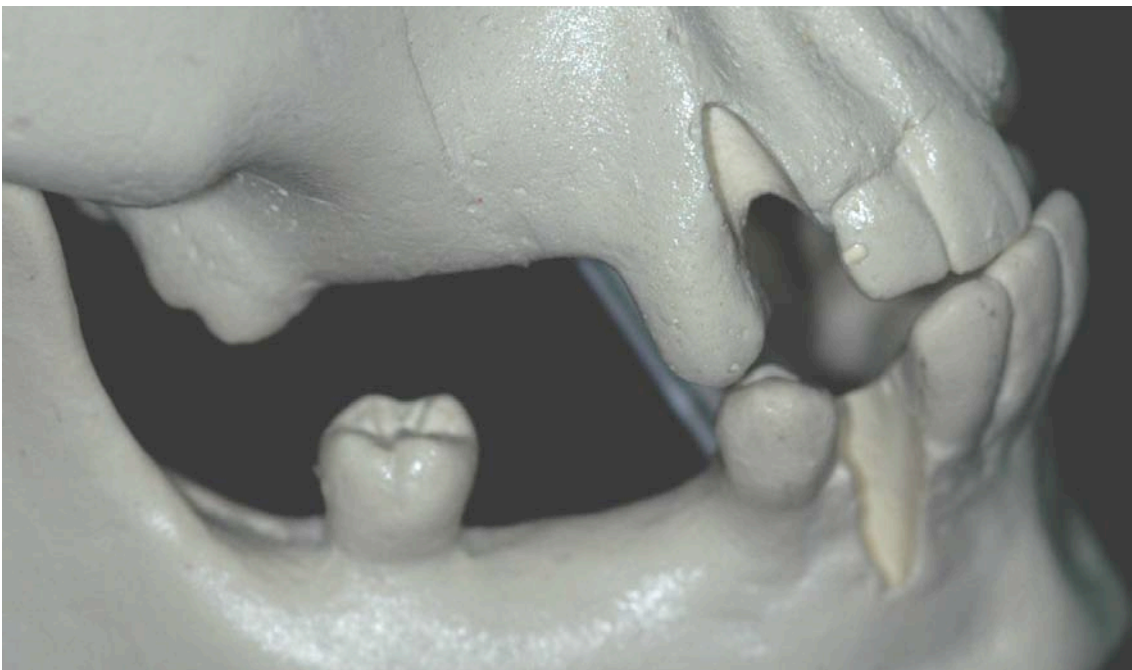


Abril 2009.

PRÁCTICA CIRUGÍA IMPLANTOLÓGICA



Lucía Fernández de Estevan.
Valencia.

XVIII Promoción Máster en Implantología y Rehabilitación Oral.
ESORIB
(European School of Oral Rehabilitation Implantology and Biomaterial.)

ÍNDICE.

1.- PLAN DE TRATAMIENTO.

2.- SECUENCIA DE TRATAMIENTO. (*)

3.- OBSERVACIONES Y OTRAS OPCIONES TERAPÉUTICAS.

(*): hace referencia a las sesiones que presentan otra alternativa de tratamiento.

1.- PLAN DE TRATAMIENTO.

En esquema el plan de tratamiento de elección sería:

- Exodoncia de 1.8, 4.2, 4.1, 3.1.
- Injerto óseo en los defectos: a nivel vestibular del 4.3, 3.2, 3.5 y 1.3. Elevación sinusal traumática en el lado derecho. Tratamiento periodontal de dientes remanentes.
- Endodoncia de 2.6, 2.7, 4.7.
- Prótesis parcial removible provisional. Coronas provisionales sobre dientes 1.4, .12, 1.1, 2.4, 2.6, 2.7, 4.7, 4.4, 3.4
- Elevación atraumática de seno en lado izquierdo. Regularización cresta 3º cuadrante posterior. Implantes en 1.7, 1.6, 1.5, 1.3, 2.1, 2.3, 2.5, 4.6, 4.5, 4.3, 3.3, 3.5, 3.6, y 3.7.
- Rehabilitación provisional sobre dientes e implantes.
- Rehabilitación definitiva sobre dientes e implantes.
- Férula descarga.
- Revisiones, detartrajes, mantenimiento.

2.- SECUENCIA DE TRATAMIENTO.

1ª visita:

Historia clínica general: médica y bucal (descartamos cualquier contraindicación de tratamiento con implantes dentales). Motivo de consulta.

Exploración clínica: dental, periodontal, tramos edéntulos.

Toma de fotografías.

Ortopantomografía.

Impresiones preliminares de alginato para la confección de modelos de estudio del caso.

Toma del arco facial. Toma de relaciones intermaxilares. (si consideramos que no tenemos suficientes referentes oclusales para poder montar los modelos de forma estable, pediríamos al laboratorio planchas base con rodetes de cera para poder tomar el arco y las relaciones intermaxilares para realizar el montaje en la siguiente visita).

Montaje en el articulador.

Tras el montaje en el articulador y el estudio del caso, realizamos un encerado diagnóstico. Dicho encerado es nuestra guía de referencia tanto para la colocación de implantes elaborando una férula radio-quirúrgica, como para establecer la posición, tamaño, perfil de emergencia, etc. de las piezas de nuestra rehabilitación, así como su oclusión, por ello el encerado es la referencia tanto en la prótesis provisional como en la definitiva.

2ª visita:

Realización de TAC con la férula radiológica. Estudio del TAC.

Con todo ello (TAC y montaje en articulador) confeccionamos el plan de tratamiento y el presupuesto del mismo.

3ª visita:

Explicación del plan de tratamiento y aceptación por parte del paciente, firma consentimiento informado. Planificación de citas.

Entregaremos al paciente las pautas a seguir previas a las cirugías y durante todo el tratamiento: medicación, higiene, tipo de dieta, etc.

Detartraje de las piezas dentales remanentes.

4ª visita:

Exodoncias, de forma lo mas atraumática posible, de las piezas: 1.8, 4.2, 4.1, 3.1. (*1) . Sutura.

5ª visita:

A los 10 días aproximadamente revisión y retirada de sutura.

6ª visita:

Bajo anestesia general toma de injerto de hueso de cresta ilíaca. <Dado que el mejor biomaterial es el hueso autólogo y tenemos múltiples zonas que rellenar con el injerto, por lo que no considero suficiente el hueso que podemos obtener de las zonas donantes intraorales (mentón, rama, tuberosidad) sin comprometer posteriormente la colocación de implantes en ellas> (*2).

Injerto óseo en los defectos vestibulares a nivel del 4.3, 3.2, 3.5 y 1.3. Elevación sinusal traumática en el lado derecho. Aprovecharemos la cirugía para realizar con visión directa un tratamiento periodontal con ultrasonidos y curetas de los dientes remanentes. Sutura.

7ª visita:

A los 10 días aproximadamente revisión y retirada de sutura. Control radiológico (al menos uno mensual).

8ª visita:

Endodoncia y reconstrucción de 2.6, y 2.7 (ya que invaden el espacio oclusal antagonista y requerirán un tallado agresivo). (*3)

9ª visita:

Endodoncia y reconstrucción 4.7 (ya que invade el espacio oclusal antagonista y requerirá un tallado agresivo). (*3)

Tomaremos impresiones de alginato para pedir al laboratorio que confeccione 2 planchas base superiores y una plancha base inferior, todas con rodetes de cera.

10ª visita:

Tallado de piezas dentales: 1.4, 1.2, 1.1, 2.4, 2.6, 2.7, 4.7, 4.4 y 3.4.

Toma de impresiones con silicona para la elaboración de unos provisionales metal-resina de larga duración sobre dientes y una prótesis parcial removible. <Dado que nuestra intención es minimizar las fuerzas sobre las zonas de injertos y además aportarle comodidad y función a nuestro paciente desde el inicio del tratamiento reduciremos la parte removible realizando una prótesis fija sobre dientes ferulizada de 2.7 a 1.4 pudiendo darle una extensión a nivel del 1.5 y evitando la prótesis removible superior. En la arcada inferior, ya que tenemos mayor número de ausencias, para no realizar una prótesis provisional fija demasiado arriesgada que nos pueda dar más problemas que ventajas, realizaremos coronas provisionales metal-resina sobre los dientes remanentes y una prótesis parcial removible para suplir las ausencias>. (*4)

Toma de relaciones intermaxilares y de la dimensión vertical (determinada ya en el encerado) y toma del arco facial para remontaje de modelos en el articulador.

Toma- elección del color de la rehabilitación.

Confección y cementado provisional de coronas provisionales en clínica sobre dientes tallados en base a un duplicado del encerado diagnóstico.

11ª visita:

Prueba, y si todo es correcto, cementado de provisionales de larga duración sobre dientes y entrega de prótesis parcial removible. El paciente llevará estos provisionales durante el período de integración del injerto hasta la colocación de implantes y posteriormente a la colocación de éstos durante la osteointegración (anquilosis) de los mismos.

12ª visita:

Revisión y ajuste oclusal (si es necesario). Control radiológico de los injertos y de la elevación sinusal.

13ª visita:

Después de 4 meses de espera, tras la colocación de injertos y la elevación sinusal, procedemos a la cirugía de implantes en la que realizaremos:

Elevación atraumática con osteotomos del seno maxilar en lado izquierdo.

Regularización cresta 3º cuadrante posterior.

Colocación de implantes a nivel de: 1.7, 1.6, 1.5, 1.3, 2.1, 2.3, 2.5, 4.6, 4.5, 4.3, 3.3, 3.5, 3.6 y 3.7 (empleando férula quirúrgica en base al encerado diagnóstico). (*5)

Sutura.

14ª visita:

A los 10 días aproximadamente revisión y retirada de sutura. Control radiológico (al menos uno mensual).

15ª visita:

A los 3 meses realizamos la segunda cirugía para descubrir los implantes, colocando pilar de cicatrización para ir modelando la emergencia del implante en la encía y manejar así los tejidos blandos. (*6)

16ª visita:

Revisión y retirada de sutura a los 10 días.

Toma de impresiones de alginato para pedir al laboratorio la confección de 2 cubetas individuales fenestradas para la toma de impresión de los implantes superiores e inferiores, y 3 planchas base con rodetes de cera (2 superiores y 1 inferior).

17ª visita:

Toma de impresiones con silicona o poliéter sobre los implantes, técnica de arrastre de los transfer de impresión.

Toma de relaciones intermaxilares y arco facial con las planchas base para remontaje del caso en el articulador.

En el laboratorio:

Confección de los muñones sobre los implantes de forma individualizada, conforme al perfil de emergencia y el espacio que nos indica el encerado. Prestaremos especial atención a todos los detalles, ceramizando los muñones del sector anterior para lograr mejor estética .

18ª visita:

Prueba y, si todo va bien, colocación de los muñones sobre implantes en boca (torque). Retallado de los dientes remanentes.

Toma de impresiones con silicona sobre dientes y muñones sobre implantes como si de una prótesis fija convencional se tratara.

Toma de relaciones intermaxilares con mordidas de cera y arco facial para remontaje en el articulador.

Toma del color, confirmación si es correcto el del primer juego de provisionales.

En el laboratorio nos confeccionan unos provisionales sobre dientes e implantes, basados en el encerado diagnóstico y copia de nuestra futura rehabilitación definitiva, para terminar de controlar los tejidos blandos y poner a prueba por nuestro paciente la estética, la dimensión vertical, la función, etc., de nuestra rehabilitación.

El esquema de la rehabilitación será:

- Coronas individuales sobre dientes en 4.7, 4.4, 3.4, 1.4, 1.2, 1.1, 2.4, 2.6, y 2.7.
- Coronas individuales sobre implantes en 1.3, 2.5.
- Coronas ferulizadas sobre implantes en 1.7-1.6-1.5, 4.6-4.5 y 3.5-3.6-3.7.
- Puentes sobre implantes de 2.1 a 2.3 (2.2 pónico) y 3.3 a 4.3 (4.2, 4.1, 3.1, 3.2 pónicos).

19ª visita:

Cementado provisional sobre dientes e implantes de nuestros provisionales que mantendremos aproximadamente 1-2 meses, para manejo de tejidos blandos, prueba estética, etc. (*7)

20ª visita:

Toma de impresión de alginato de los provisionales colocados en boca, si todo es correcto, para darle una información adicional a nuestro protésico.

Toma de impresiones con silicona sobre dientes (retallado si es necesario) y muñones sobre implantes como si de una prótesis fija convencional se tratara.

Toma de relaciones intermaxilares con mordidas de cera y arco facial para remontaje en el articulador.

El laboratorio nos confeccionará la prueba del núcleo metálico de las coronas ceramo-metálicas sobre dientes e implantes

21ª visita:

Prueba de metal de las coronas cementadas sobre implantes y dientes (ajuste, espacio para la porcelana, etc.).

Toma de relaciones intermaxilares.

Toma-confirmación del color.

El laboratorio realizará la prueba de bizcocho de las coronas de nuestra rehabilitación sobre dientes e implantes

22ª visita:

Prueba de bizcocho de las coronas sobre implantes y dientes (ajuste, color, puntos de contacto, oclusión, etc.)

Si todo es correcto pediremos el terminado de las prótesis fijas sobre implantes y dientes.

(Si fuera necesario repetiríamos cualquiera de las pruebas).

23ª visita:

Cementado provisional de la rehabilitación definitiva sobre dientes e implantes.

24ª visita:

Cementado definitivo de la rehabilitación definitiva sobre dientes e implantes.

25ª visita:

Revisión. Control radiológico y oclusal. Toma de impresiones de alginato para la confección de férula miorrelajante, como protección de nuestro tratamiento.

26ª visita:

Entrega férula.

27ª visita:

Revisión. El paciente deberá acudir a revisiones, detartrajes de forma periódica para mantener en buen estado sus implantes y las coronas sobre ellos.

3.- OBSERVACIONES Y OTRAS OPCIONES TERAPÉUTICAS.

(*1) Las extracciones las podemos realizar de forma seriada, evitando la pérdida ósea, en varias visitas.

También tenemos la opción de mantener los incisivos inferiores y realizarles endodoncias y tallados para corregir su posición y poder así rehabilitar la guía anterior adecuadamente.

Otra alternativa terapéutica sería la ortodoncia.

(*2) Si consideramos que podemos obtener buena estabilidad primaria de los implantes podemos realizar en esta fase su colocación y aprovechar la anestesia general para realizar en este acto todos los procedimientos quirúrgicos, reduciendo así el tiempo final del tratamiento y los pasos a seguir.

Además del hueso autólogo podemos emplear biomateriales tipo hidroxiapatita para reducir la reabsorción que sufrirá el injerto dentro del seno maxilar.

Podríamos plantear la opción de implantes pterigoideos, para evitar la elevación sinusal.

Otra alternativa terapéutica, dada la discrepancia entre maxilar y mandíbula sería la cirugía ortognática: realizando un Lefort maxilar (adelantándolo y ensanchándolo) y Obwegeser mandibular y aprovechando el hueso eliminado para rellenar los defectos óseos.

(*3) Valoraremos la necesidad de tratamiento endodóncico del resto de piezas remanentes, en función de su vitalidad y agresividad de tallado.

(*4) Hablaremos con el paciente sobre la necesidad o no de provisionales en la fase de integración de los injertos, en función del tiempo que ha estado desdentado, si ya es portador de algún tipo de prótesis removible, que podamos adaptar y emplear como provisional, de su preocupación por la estética, etc. Pudiendo colocar una prótesis removible también en la arcada maxilar.

(*5) Podemos plantear otras posiciones de implantes: no colocando implante a nivel del 3.5 por el defecto óseo de la cresta a ese nivel, realizando una extensión desde 3.6 y 3.7 ferulizados.

Podemos colocar un implante a nivel de incisivos centrales.

Podemos evitar el implante a nivel del 1.6, realizando un puente sobre implantes (1.7 y 1.5).

(*6) Evaluaremos también el estado de los tejidos blandos, si consideramos necesario realizar injertos de tejido para aumentar la cantidad de encía queratinizada, o ser más conservadores en la realización de la segunda cirugía.

(*7) Debemos estudiar la necesidad real de provisionales sobre implantes en este caso concreto, ya que tratándose de una rehabilitación completa, resulta conveniente.

Podríamos realizar los provisionales sobre implantes, en lugar de cementados directamente sobre los muñones definitivos individualizados, atornillados sobre los implantes y tras el período de estabilización estético y funcional, realizar la prótesis definitiva sobre implantes y dientes sobre los muñones individualizados directamente.

En función de la estabilidad primaria de los implantes podemos plantear, aunque asumiendo más riesgos, la posibilidad de realizar provisionales inmediatos sobre ellos y así evitar la segunda cirugía y adelantar el período de provisionales sobre implantes, para manejo de tejidos blandos, reduciendo así el tiempo final del tratamiento y los pasos a seguir.

(*) Existe la posibilidad que el paciente no quisiera colocarse implantes y rechazara nuestro plan de tratamiento ideal, en ese caso podemos plantearle la confección de unas prótesis removibles convencionales, combinadas o no con prótesis fija sobre los dientes remanentes.

Según el estudio radiológico y clínico nuestros implantes tendrán las siguientes dimensiones aproximadamente:

Implante en 1.7: 4,4 x 12 mm.

Implante en 1.6: 4,4 x 12mm.

Implante en 1.5: 3,9 x 12mm.

Implante en 1.3: 3,6 x 14 mm.

Implante en 2.1: 3,9 x 14 mm.

Implante en 2.3: 3,9 x 14 mm.

Implante en 2.5: 3,9 x 12 mm.

Implante en 4.6: 4,4 x 12 o 10 mm.

Implante en 4.5: 4,4 x 12 o 10 mm.

Implante en 4.3: 3,9 x 12 o 14 mm.

Implante en 3.3: 3,9 x 12 o 14 mm.

Implante en 3.5: 3,9 x 12 o 10 mm.

Implante en 3.6: 4,4 x 12 o 10 mm.

Implante en 3.7: 4,4 x 12 o 10 mm