

Inserción de implantes Prama con carga diferida en posición 1.1 y 2.1

Dr. Stefano Conti, Laboratorio Furlotti, Parma, Italia

Paciente M.B. de 63 años, con una enfermedad periodontal anterior con grado de movilidad 2 en los dos incisivos centrales.

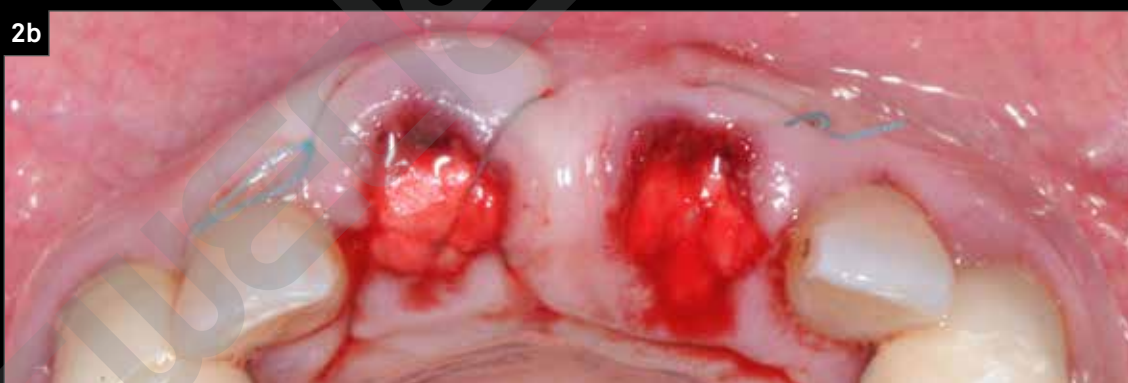
El plan de tratamiento supone la extracción de los elementos perjudicados y la inserción con carga diferida de dos implantes Shelta, con coronas de metal-cerámica cementadas.

Durante la fase quirúrgica, el bajo torque de inserción del implante y la situación sumamente perjudicada del alvéolo en posición 2.1, con una dimensión vertical con una reabsorción de más de 2 mm respecto al alvéolo 1.1 y con un espacio alveolar mayor sin hueso, nos hacen dudar acerca de la cicatrización del 2.1. Se opta, por tanto, por mantener el implante *in situ* y se espera el periodo de cicatrización, controlando de manera especial la progresión del implante en posición 2.1.

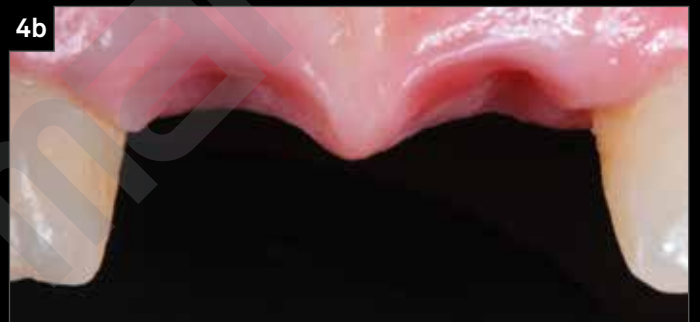
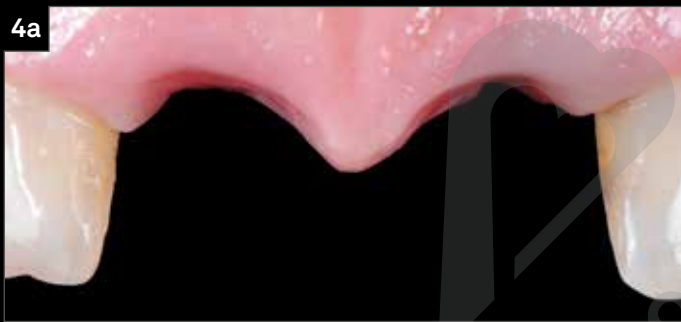
A pesar de nuestro control atento, como temíamos, durante la fase de impresión el implante en posición 2.1 presenta movilidad. Se opta, por tanto, por la eliminación del implante y se decide esperar otros 2 meses antes de la inserción de otro implante. Dado el gran desnivel presente a nivel óseo en posición 1.1. y 2.1, se opta por la inserción de un Prama, que gracias a su cuello permite una compensación protésica.

“La inserción del implante Prama en una posición correcta desde el punto de vista biológico y protésico ha sido posible gracias a la morfología especial de su cuello convergente, con una longitud de 2.80 mm y superficie UTM. El uso de un implante bone level tradicional habría requerido la adopción de técnicas de regeneración para compensar el defecto óseo vestibular o bien un posicionamiento más apical del implante y, por consiguiente, una dificultad de gestión estética y del mantenimiento de los tejidos blandos peri-implantarios a lo largo del tiempo.”

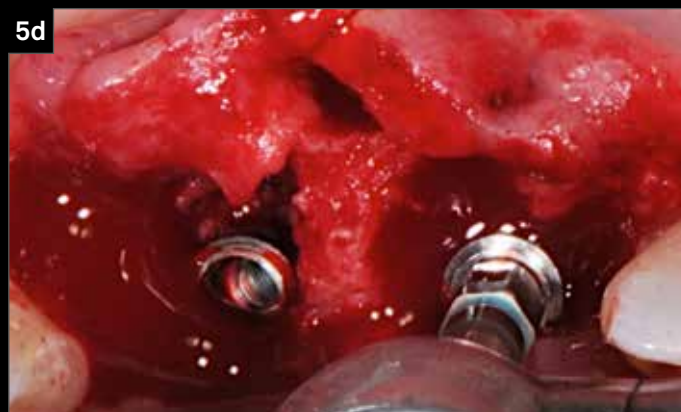
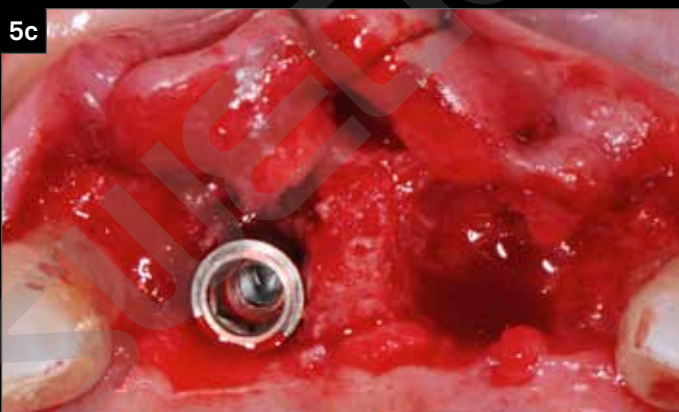
(Dr. Stefano Conti)



1. Situación clínica inicial.
2. Se procede a la extracción de los incisivos y a la preservación de los alvéolos con biomateriales y colágeno.

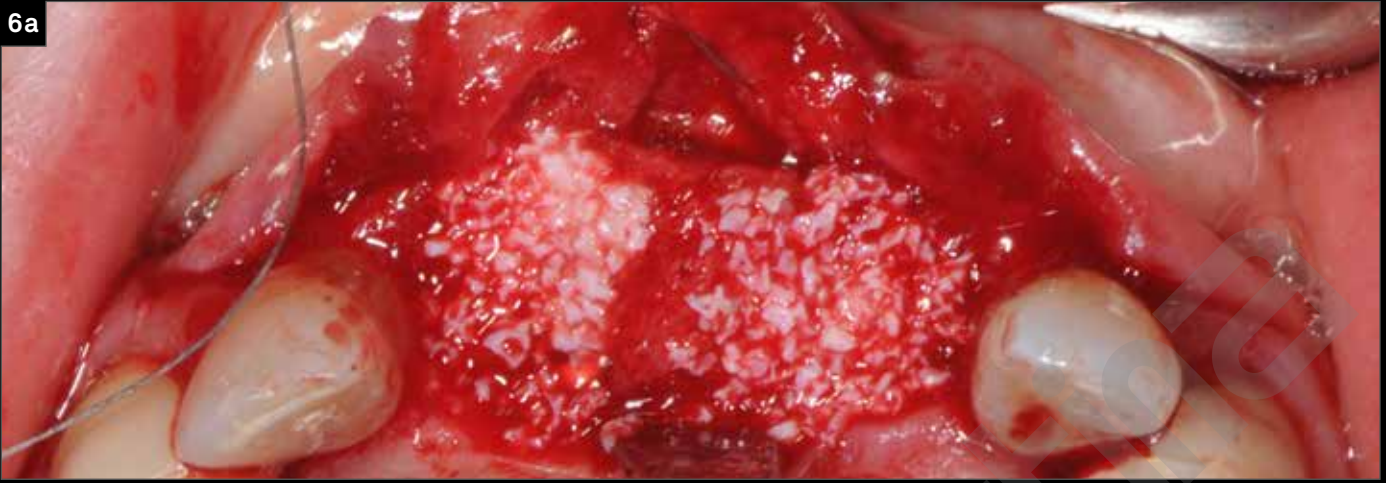


3. De manera simultánea a la preservación del alvéolo, se inserta un provisional ovoide cementado de manera adhesiva en los dientes adyacentes, durante casi 60 días.
4. Imagen clínica de los tejidos blandos a los 60 días de la extracción.

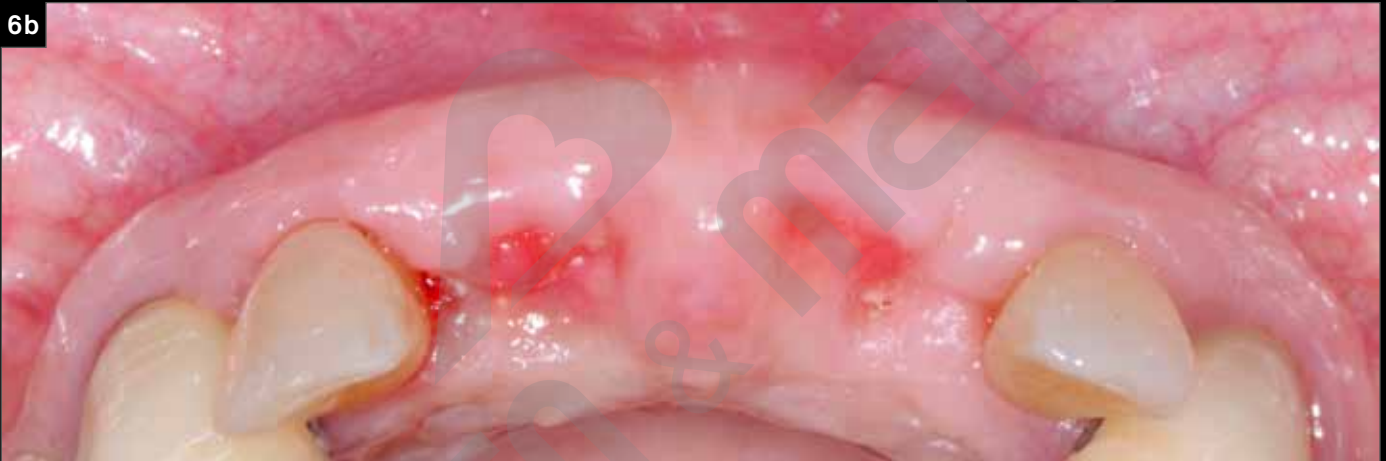


5. Inserción en posición 1.1 y 2.1 de dos implantes Shelta con diámetro de 3.80 mm y altura de 11.50 mm. En posición 2.1 se detecta un torque de inserción sumamente bajo. Se realiza un colgajo paramarginal y colgajo palatal paramarginal, intrasulcular en 1.2 y 2.2, con incisiones verticales de descarga y preservación de las papilas. El torque de inserción bajo y la situación del alvéolo 2.1 sumamente perjudicado respecto al contralateral hacen temer acerca del resultado de la cicatrización. De todas formas, se opta por esperar el plazo de cicatrización.

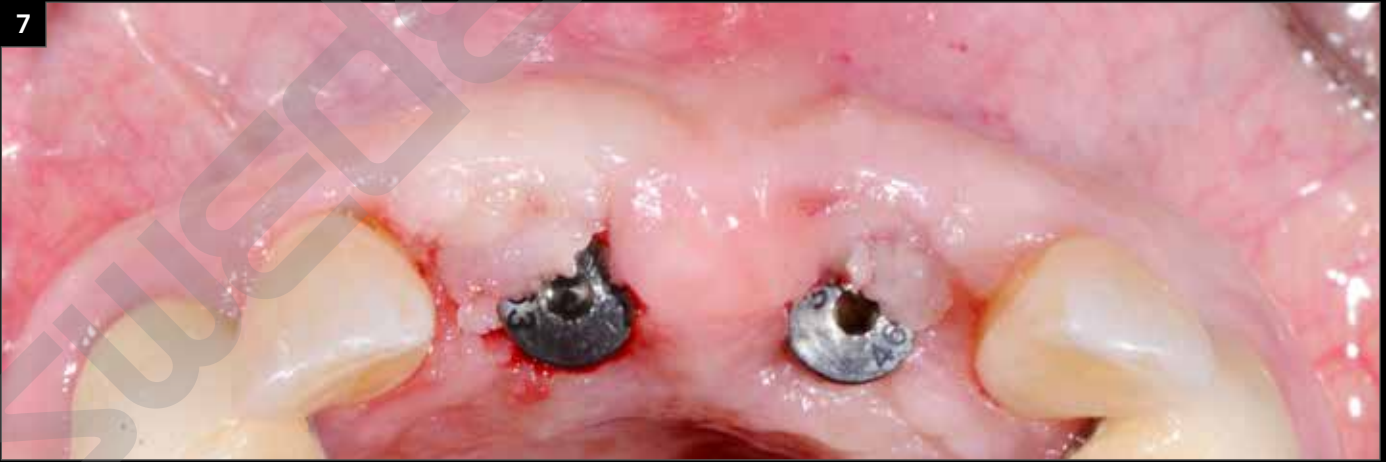
6a



6b



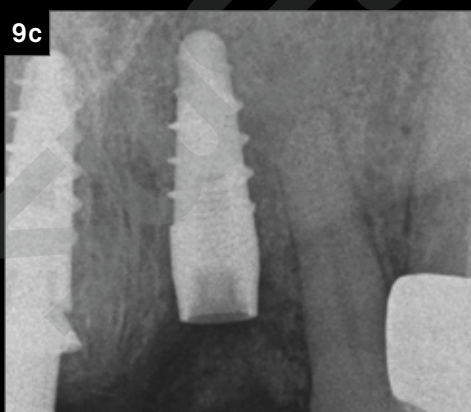
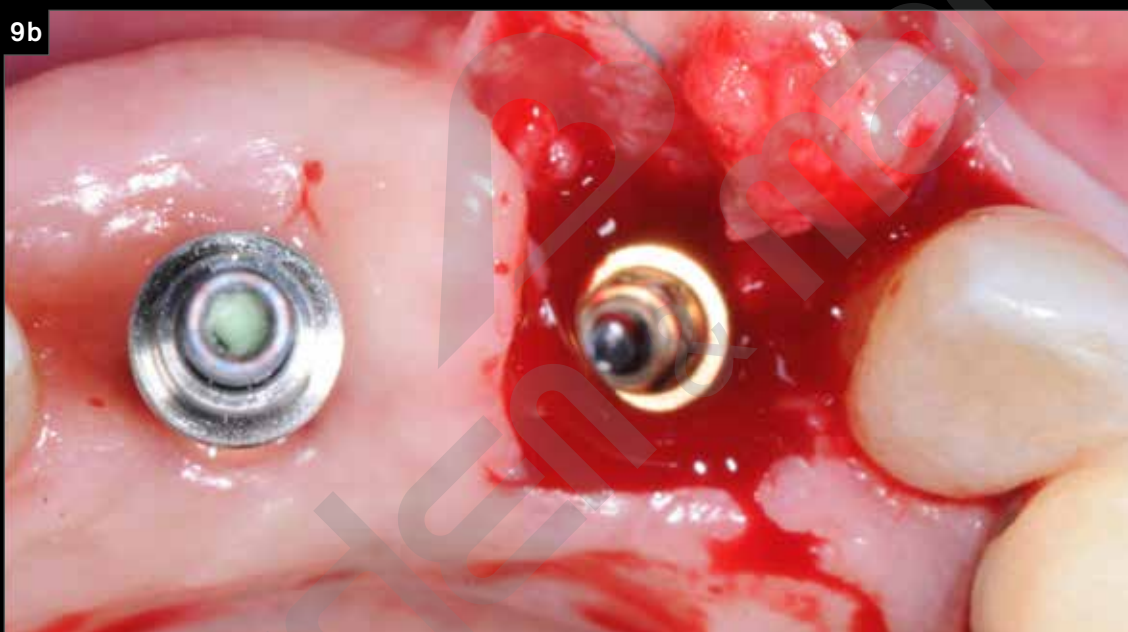
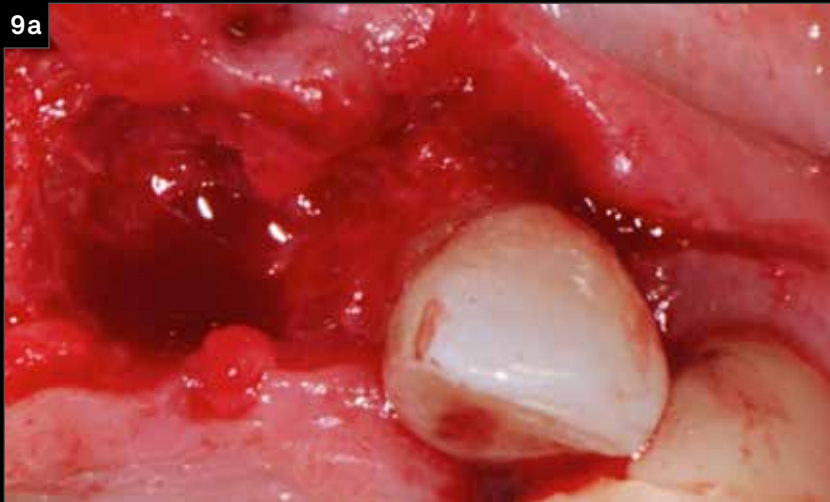
7



6. Inserción de biomateriales y llenado del hueco y de los defectos óseos alveolares presentes, cierre del colgajo y tiempo de espera para la segunda intervención quirúrgica después de casi 3 meses.
7. Apertura después de 3 meses de la primera intervención.



8. Carga de los implantes con provisionales atornillados a los 3 meses de la inserción y toma de impresión siguiente con técnica Pick-up. Durante la toma de impresión, el implante en posición 2.1 presenta movilidad. Se opta por esperar 2 meses antes de la inserción de un implante nuevo en la misma posición.

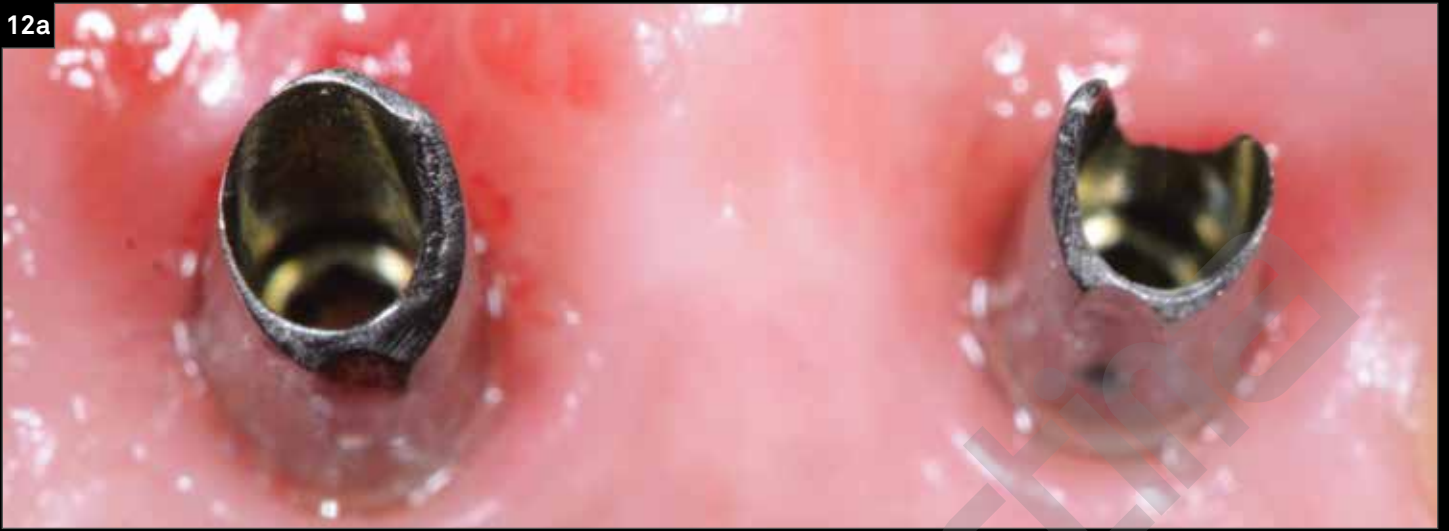


9. A los 2 meses de la extracción del implante anterior en posición 2.1 con un alvéolo implantario aún en fase de cicatrización y con un defecto vertical de los tejidos duros vestibulares de casi 2 mm, se opta por insertar un implante Prama RF con diámetro de 3.80 mm, longitud de 11.50 mm y carga diferida a los 3 meses. La morfología especial del cuello del implante permite compensar el desnivel óseo y optimizar la gestión protésica siguiente.



10. A los 3 meses de la carga de los implantes Shelta en posición 1.1 y Prama en posición 2.1, nótese que los tejidos blandos aparecen sanos y estables. El posicionamiento ápico-coronal de la conexión implantaria es ideal para ambos implantes. Además, gracias al cuello del implante Prama, con altura de 2.80 mm, ha sido posible llevar la conexión implantaria al mismo nivel de la conexión del implante adyacente, sin la necesidad de usar técnicas regenerativas.
11. Radiografía durante la inserción del implante y fotografía a los 3 meses de carga con el provisional. Los tejidos blandos peri-implantarios que envuelven de manera apical y en diferentes puntos el cuello del implante Prama crean una barrera natural adicional precisamente en la zona sub-crítica del implante.

12a



12b



12c



12. Para la finalización de la corona protésica se usan pilares de titanio con técnica de preparación vertical y enfoque protésico B.O.P.T. con coronas cementadas de metal-cerámica.

13a



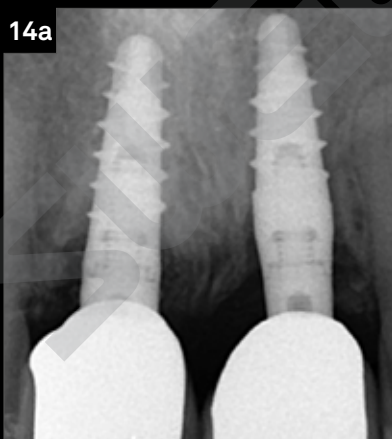
Caso inicial

13b

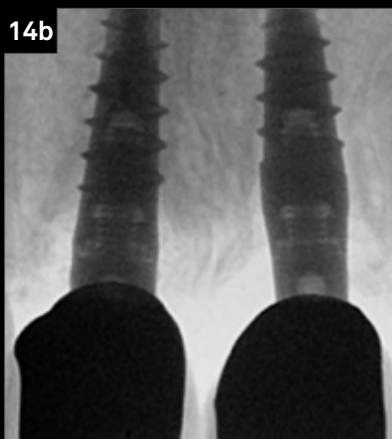


Seguimiento a los 2 años

14a



14b



13. Cotejo del caso inicial y del seguimiento a los 2 años.

14. Control radiográfico a los 2 años: se observa el buen mantenimiento de los tejidos peri-implantarios.

Pide tu copia gratuita

PRAGMATICO

en el siguiente [enlace](#)