

Rehabilitación del maxilar superior con implantes Prama RF posicionados y con carga inmediata

Dr. Leonello Biscaro, Adria (RO), Italia
Prot. Massimo Soattin, Este (PD), Italia

El paciente de 57 años, fumador, acude a la consulta en excelentes condiciones de salud, con la necesidad de una rehabilitación del maxilar superior debido a la movilidad en los tres planos del espacio de la prótesis existente debido a una caries secundaria de los pilares.

La necesidad principal del paciente, además de la mejora estética y funcional, era evitar la inserción de prótesis móviles, aun como solución provisional.

Los datos principales del control objetivo son: Clase dento-esquelética I, ausente la exposición dental superior con labios en reposo, alteración en el plano oclusal superior respecto a los parámetros faciales de referencia, sonrisa gingival más acentuada en los sectores laterales.

Durante la primera consulta, se realizó una imagen CBCT para valorar la cantidad de hueso residual y tener una primera valoración anatómica de la viabilidad y de los riesgos de la terapia implantaria. A pesar de la presencia de lesiones periapicales importantes en la posición 1.7-1.6 y 2.2, la situación anatómica residual era favorable para un enfoque con posicionamiento implantario inmediato y carga inmediata.

Durante la primera consulta se brindó toda la información relativa a la naturaleza de la terapia implantaria, a sus factores de riesgo, a la importancia de dejar de fumar y de someterse a un protocolo riguroso de higiene dental para poder disfrutar de los resultados excelentes que la terapia implantaria puede ofrecer a largo plazo.

Al final de la primera consulta, se explicó la posibilidad no solo de evitar la inserción de prótesis provisionales removibles sino también de poder proceder a la extracción de los dientes residuales, a la inserción inmediata de los implantes y a su carga inmediata a través de una prótesis atornillada de tipo fijo al final de la fase quirúrgica, usando una variante de la técnica del modelo único que desde hace años usamos para la gestión de la carga inmediata. Dicha prótesis se habría sustituido con una prótesis de metal-porcelana 4 meses después de la intervención, una vez finalizada la osteointegración de los implantes.

La opción de los implantes de forma cónica (Prama RF) permitió incrementar la estabilidad primaria, necesaria para esta situación clínica en la que estaba previsto el posicionamiento inmediato de los implantes y su carga inmediata.

Gestión de la terapia

Como en todos los casos de edentulismo total o parcial que se deben tratar con la carga inmediata de los implantes, la gestión de la terapia se divide en tres fases diferentes:

- la fase pre-quirúrgica, de carácter protésico, clínico y odontotécnico
- la fase quirúrgica, de carácter quirúrgico y protésico, tanto clínica como odontotécnica
- la fase post-quirúrgica, de carácter protésico clínico.

Fase pre-quirúrgica

Su objetivo no es solo planificar el caso desde el punto de vista protésico y quirúrgico, sino también construir la placa de transferencia para la gestión de la carga inmediata y realizar la prótesis provisional que se convertirá en la prótesis soportada por un implante con atornillado directo.

Se sacaron fotografías intra y extraorales y se tomaron las impresiones iniciales con una cera en la dimensión vertical existente para montar los modelos en relación céntrica; en este caso coincide con la intercuspidad máxima.

Los modelos se montaron en un articulador con la ayuda de un arco facial de traslado y el protésico dental, según la información sacada del análisis de las fotografías, llevó a cabo el encerado. En este caso para obtener el alargamiento de los dientes fue necesario establecer la posición, longitud, forma y dimensiones partiendo del margen incisal de los dos incisivos centrales. Luego, fue posible intervenir en el plano incisal y en el plano oclusal correspondiente.

El encerado se convirtió en una prueba para poder valorar directamente con el paciente el efecto de alargamiento de los dientes en la arcada superior y de la nivelación del plano oclusal superior para poder aportar todos los cambios necesarios. Durante la prueba del mock-up se mide la extensión apical del área estética y dicho valor se indica en el modelo.

En este caso concreto, debido a la necesidad de entregar el provisional el mismo día, en vez de construir una estructura de refuerzo se construyó un provisional CAD-CAM para aprovechar las propiedades físicas y mecánicas de la resina PMMA obtenida a través de fresado.

Se lleva a cabo un primer escaneado del encerado y luego se descarta el yeso hasta la marca hecha en correspondencia de la línea de la sonrisa (área estética). Luego se llevó a cabo otro escaneado para realizar un filete que se fresará. En el producto obtenido se quita en correspondencia de la brida de la prótesis y rellenando con resina para paladar para prótesis removible.

Fase quirúrgica

Para poder entregar la prótesis inmediatamente después de la intervención, las fases quirúrgicas y protésicas (clínicas y odontotécnicas) se deben solapar.

La fase quirúrgica empieza siempre en el sector anterior y, después de posicionar los dos implantes centrales en posición 1.2 y 2.2, los transfer correspondientes se conectaron a la placa de transferencia que se mantuvo en posición en la superficie oclusal de las prótesis existentes. La placa con los transfer conectados se entrega al protésico dental.

El protésico dental, después de haber atornillado los análogos en los transfer y haber posicionado la placa de referencia, incorpora los análogos de los implantes anteriores en el modelo en el que se había construido el provisional. Según los volúmenes valorados con el duplicado de silicona de la prótesis provisional, se han atornillado los abutment en la cabeza de los análogos; las cánulas provisionales de titanio, atornilladas en los abutment y dimensionadas de manera oportuna, se han conectado con resina a la prótesis provisional, que se mantuvo perfectamente en posición en el modelo gracias a las referencias anteriormente construidas: la prótesis está por convertirse en prótesis soportada por un implante con atornillado directo.

Descripción de la cirugía posterior

Mientras el protésico trabajaba en el laboratorio en el sector anterior del modelo, la fase quirúrgica siguió en los sectores posteriores: se posicionaron 4 implantes Prama RF en posición 1.7-1.5-2.5 y 2.7. Se atornilló un abutment preangulado de 30 grados en el implante angulado en posición 2.5 y se conectaron entre ellos 3 transfer atornillados en la cabeza de los implantes en posición 1.5-1.2-2.2 y 2.7; el transfer atornillado en el P.A.D. preangulado en posición 2.5 para formar una férula rígida con resina; se construye otra férula rígida de la misma manera. Las dos férulas se llevaron al laboratorio. Se atornillaron dos pilares de cicatrización anchos para la carga y los colgajos se suturaron.

Se atornillaron los transfer en los análogos, se excavó el yeso en correspondencia de los análogos y, aprovechando la posición de los análogos anteriores, los análogos posteriores se enyesaron en el modelo que se convirtió en el modelo de trabajo. Con la segunda férula se controló la posición de los análogos. Como el provisional pre-fresado se construyó hasta los quintos, se decidió no realizar carga en el implante en posición 2.7.

Fase post-quirúrgica

Después de una hora de intervención, se atornillaron los abutment tal y como indicado por el protésico y la prótesis provisional se atornilló en la boca del paciente, realizando los mínimos retoques oclusales necesarios.

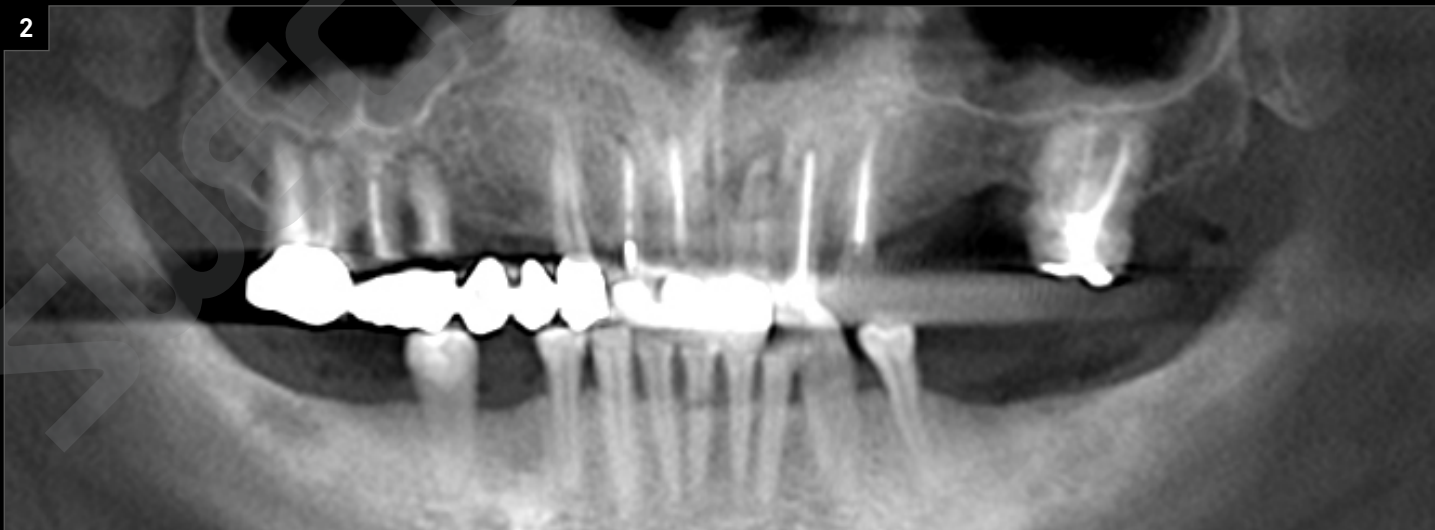
Después de 4 meses, comprobando la osteointegración de los implantes con carga y sin carga, se tomaron las impresiones definitivas y se construyó una prótesis de metal-cerámica, híbrida, con tejido artificial para sustituir el componente ortopédico de la rehabilitación, bien integrada en el contexto facial del paciente.

“En este caso se programó el uso de implantes Prama RF con posicionamiento supracrestal del cuello implantario: se optó por esta solución dada la ventaja biológica procedente del posicionamiento supracrestal del microgap que permite el restablecimiento de la amplitud biológica evitando la reabsorción ósea crestral que acompaña el uso de los implantes bone level.”

(Dr. Leonello Biscaro)

Bibliografía:

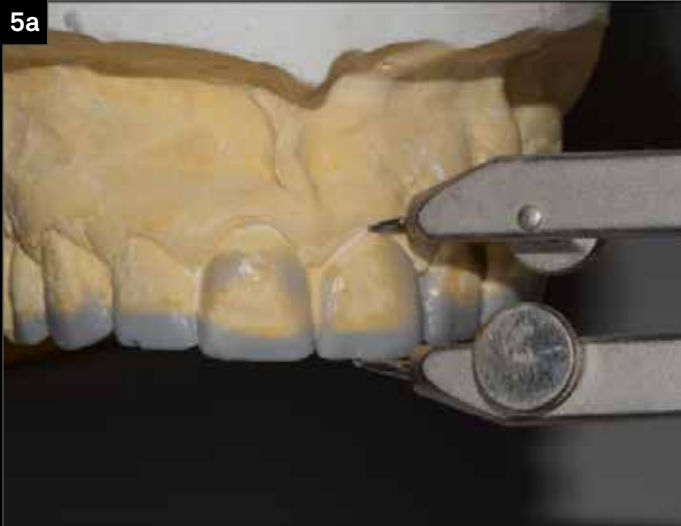
Hermann JS et al. Crestal bone changes around titanium implants. A radiographic evaluation of unloaded nonsubmerged and submerged implants in the canine mandible. J Periodontol 1997; 68:1117-1130
Hermann JS et al. Crestal Bone Changes Around Titanium Implants. A Submerged Implants in the Canine Mandible. J Periodontol 2000; 71: 1412-1424).



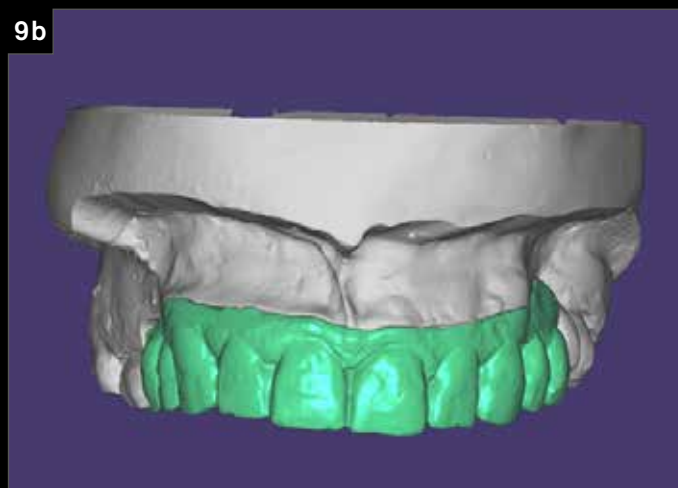
1. Caso inicial.
2. Ortopantomografía inicial.



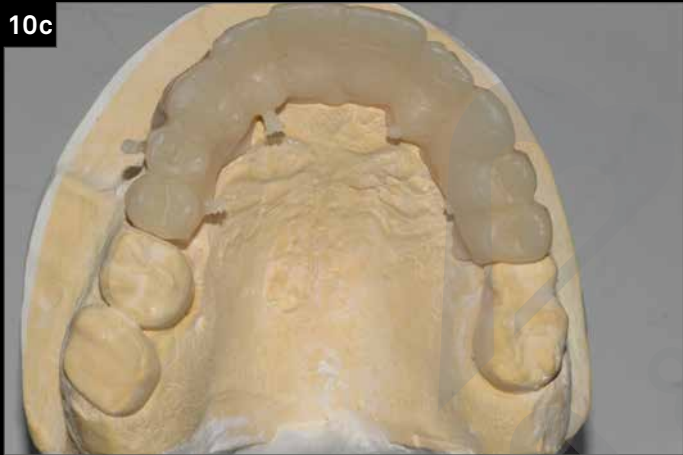
3. Modelo obtenido a través de las impresiones iniciales y montado en un articulador.
4. Encerado diagnóstico: se modifica el margen incisal para montar los modelos en relación central con la intercuspidad máxima.



5. Para obtener el alargamiento de los dientes es necesario establecer la posición, longitud, forma y dimensiones partiendo del margen incisal de los dos incisivos centrales.
6. El encerado se convierte en un modelo para poder valorar directamente con el paciente el efecto del alargamiento de los dientes para aportar todos los cambios necesarios.



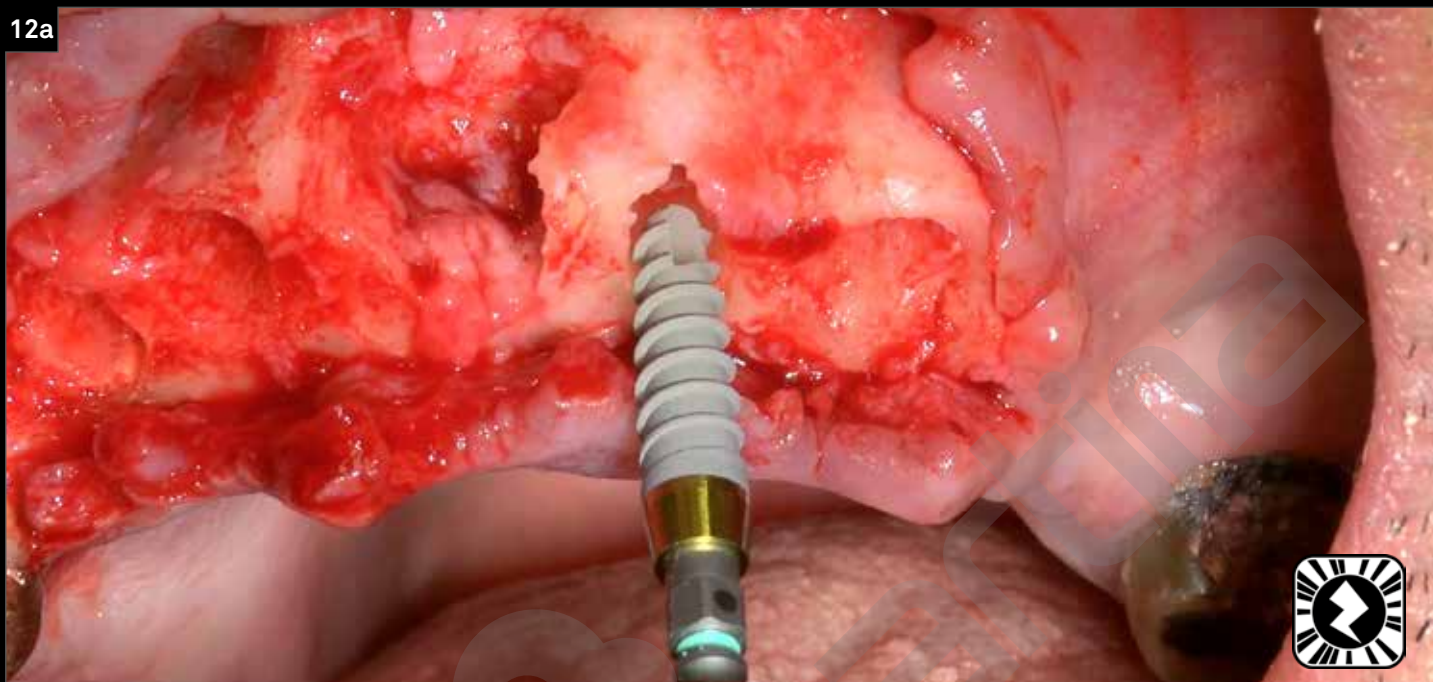
7. Durante la prueba del mock-up se mide la extensión apical del área estética y dicho valor se indica en el modelo.
8. Se lleva a cabo un primer escaneado del encerado y luego se descarta el yeso hasta la marca hecha en correspondencia de la línea de la sonrisa (área estética).
9. Luego se lleva a cabo otro escaneado para realizar un fichero que se fresará de PMMA.



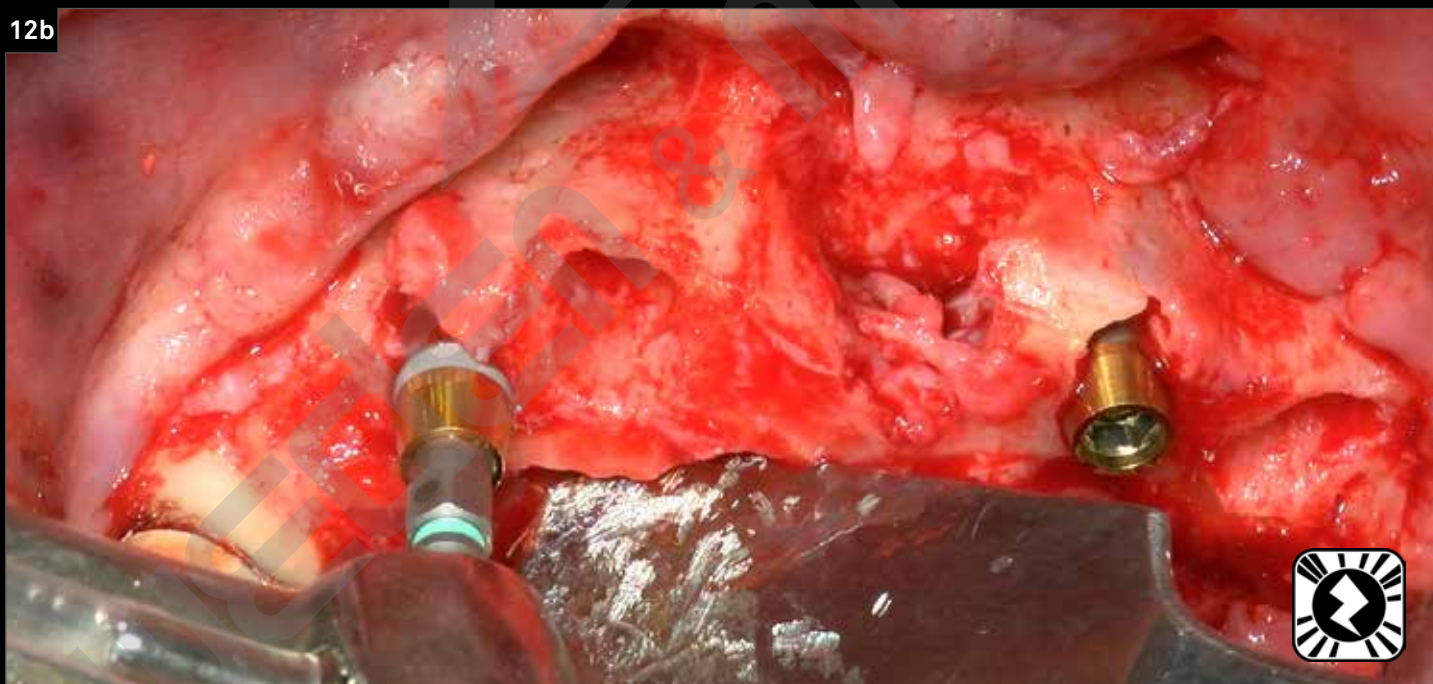
10. Provisional de PMMA obtenido con la tecnología CAD-CAM.

11. En el producto obtenido se quita en correspondencia de la brida de la prótesis y rellenando con resina para paladar para prótesis removible.

12a



12b



12. La cirugía empieza siempre en el sector interior y, después de haber posicionado los dos implantes centrales en posición 1.2 y 2.2, los transfer correspondientes se conectan a la placa de transferencia mantenida en su posición en la superficie oclusal de las prótesis existentes.

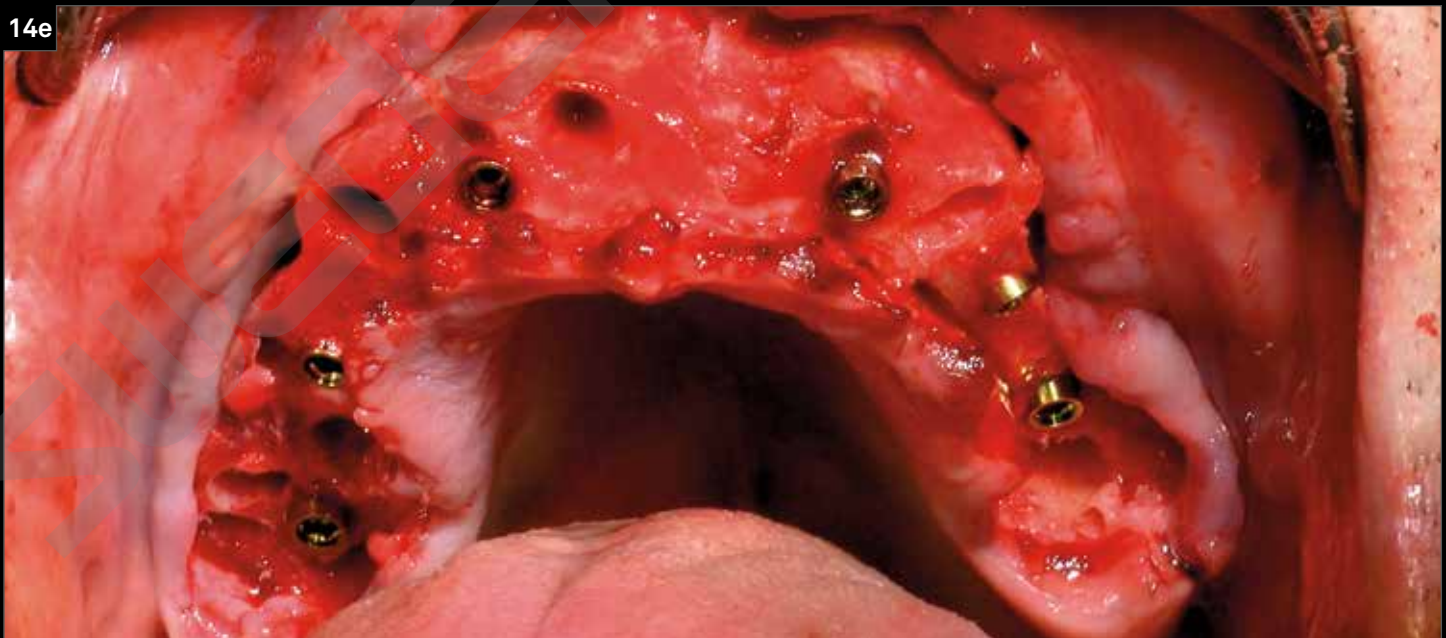
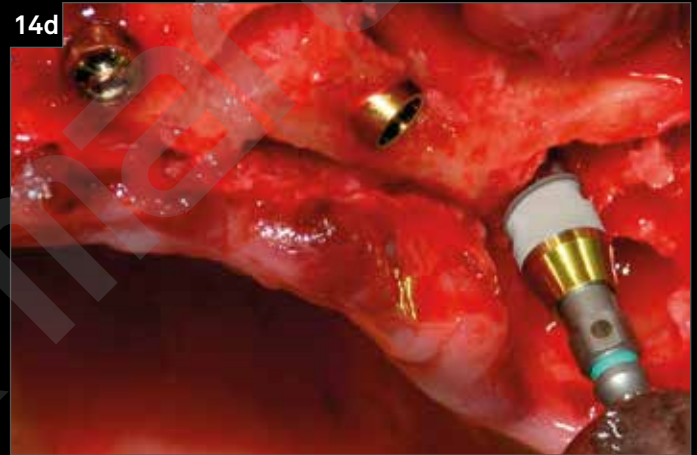
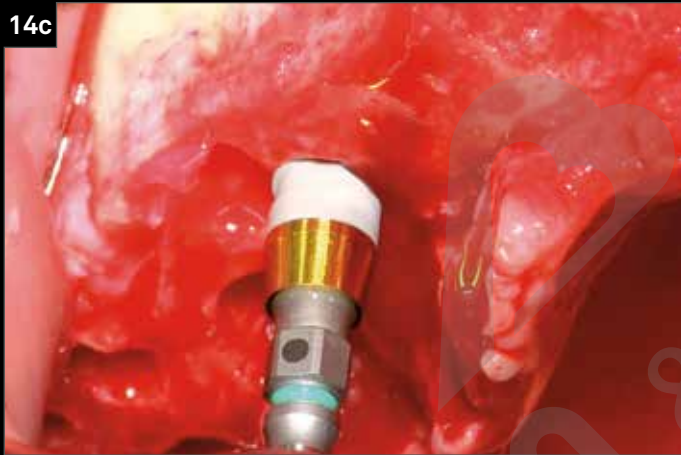
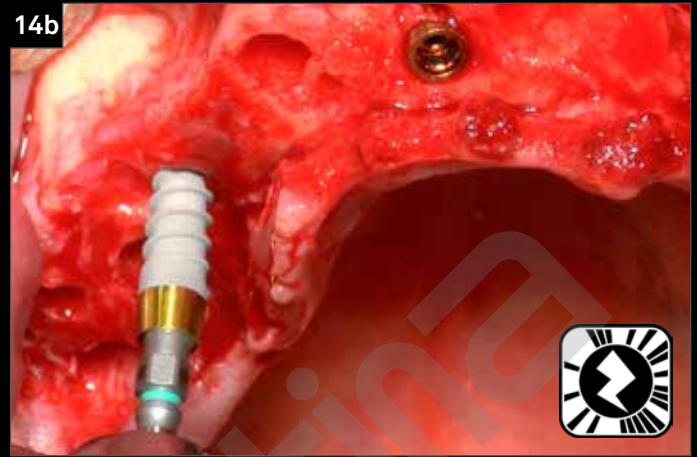
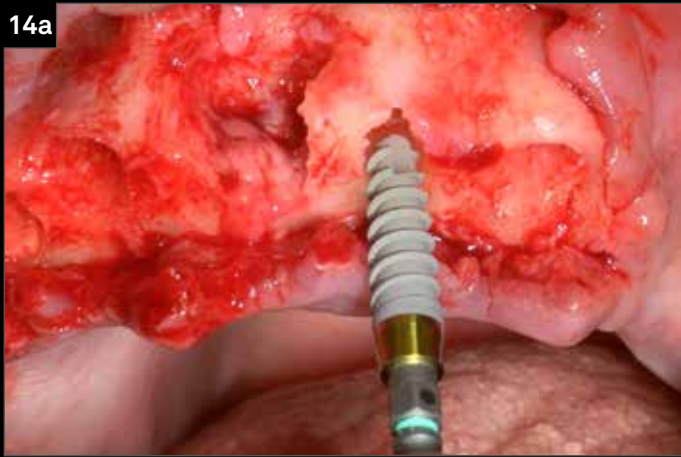
13a



13b



13. La placa con los transfer conectados se entrega al protésico dental. El protésico dental, después de haber atornillado los análogos en los transfer y haber posicionado la placa de referencia, incorpora los análogos de los implantes anteriores en el modelo en el que se había construido el provisional. Según los volúmenes valorados con el duplicado de silicona de la prótesis provisional, se han atornillado los abutment en la cabeza de los análogos; las cánulas provisionales de titanio, atornilladas en los abutment y dimensionadas de manera oportuna, se han conectado con resina a la prótesis provisional, que se mantuvo perfectamente en posición en el modelo gracias a las referencias anteriormente construidas: la prótesis está por convertirse en prótesis soportada por un implante con atornillado.



14. Mientras el protésico trabaja en el laboratorio en el sector anterior del modelo, la fase quirúrgica sigue en los sectores posteriores: se posicionaron 4 implantes Prama RF en posición 1.7-1.5-2.5 y 2.7. Luego se atornilló un abutment P.A.D. preangulado de 30 grados en el implante angulado en posición 2.5 y se conectaron entre ellos 3 transfer atornillados en la cabeza de los implantes en posición 1.5-1.2-2.2 y 2.7 y un transfer atornillado en el P.A.D. Preangulado en posición 2.5 para formar una férula rígida con resina; se construye otra férula rígida de la misma manera. Las dos férulas se llevan al laboratorio.

15



16



15. Se atornillaron dos pilares de cicatrización anchos para la carga y los colgajos se suturaron.

16. Se atornillaron los transfer en los análogos, se excavó el yeso en correspondencia de los análogos y, aprovechando la posición de los análogos anteriores, los análogos posteriores se enyesaron en el modelo que se convirtió en el modelo de trabajo. Con la segunda férula se controla la posición de los análogos. Como el provisional pre-fresado se construyó hasta los quintos, se decidió no realizar carga en el implante en posición 2.7.



17. Después de una hora de intervención, se atornillaron los abutment tal y como indicado por el protésico y la prótesis provisional se atornilló en la boca del paciente, realizando los mínimos retoques oclusales necesarios.
18. A los 4 meses, comprobada la osteointegración de los implantes con carga y de los que no habían recibido carga, se tomaron las impresiones definitivas y se construyó una prótesis de metal-cerámica, híbrida, con tejido artificial para sustituir el componente ortopédico de la rehabilitación, que se había integrado bien en el contexto facial del paciente.

Pide tu copia gratuita

PRAGMATICO

en el siguiente [enlace](#)