



Implantes de Diámetro Reducido para Sustitución de Dos Incisivos Laterales en una Paciente con Enfermedad Periodontal y Compromiso Estético (Parte I)

DR. JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ



Médico estomatólogo.
Doctor en Medicina y Cirugía.
Cirujano oral y maxilofacial.
Periodoncia e Implantología exclusivas.
Director de la Clínicae Gingiva. Madrid.

Paciente de 32 años de edad, que acude a nuestra consulta para su tratamiento periodontal y la sustitución de la prótesis fija en el sector anterior. La paciente es portadora de una prótesis fija, mal ajustada, y presenta una sonrisa muy gingival, que le confiere un aspecto bastante antiestético. En el estudio radiológico se observa un patrón de pérdida ósea horizontal con ausencia de ambos laterales en un patrón facial biprotusivo.

Tras el estudio radiológico, se planificó la colocación de dos implantes de diámetro reducido Narrow Neck del sistema ITI y de dos coronas Procera en incisivos centrales.

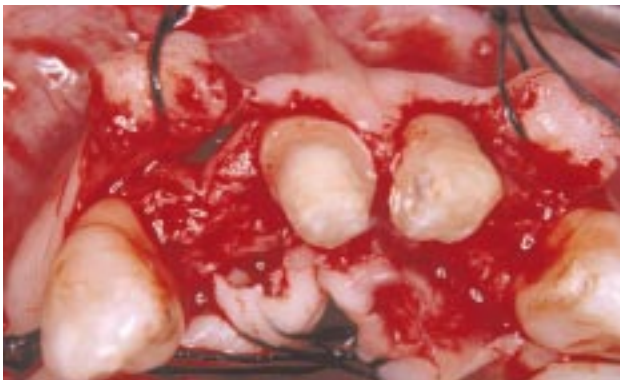




Se inicia el procedimiento quirúrgico con incisiones intra-sulculares en los dientes a los tramos edéntulos e incisiones supracrestales ligeramente palatinizadas.



Se levantan a espesor total los colgajos y, para una mejor visualización y separación de los mismos en el acto operatorio, se suturan con seda.



Con la primera fresa helicoidal piloto de 2,2 mm de diámetro iremos labrando el lecho receptor de forma progresiva.



Con los medidores e indicadores de dirección iremos comprobando la longitud del lecho labrado.



Para los implantes de diámetro reducido de 3,3 pasaremos una segunda fresa de 2,8 mm de diámetro.



22 La prótesis antigua nos sirve como vía quirúrgica para realizar el primer marcaje mediante fresas cilíndricas de diámetro reducido de 2,3 mm de diámetro.



Con la fresa de diámetro grande 3,1 marcamos la localización definitiva de nuestra preparación. Especial cuidado tendremos en mantener una equidistancia con los dos dientes vecinos.



Con indicadores de dirección podremos comprobar la profundidad final del lecho receptor y saber el perfil de emergencia que tendrá en un futuro nuestra prótesis. En este caso, por la disposición del hueso maxilar, los implantes tienen una dirección muy vestibulizada.



Se realiza el aterrajado del lecho óseo con una terraja de 3,3 mm de diámetro.



Con irrigación profusa colocamos a baja velocidad los implantes de diámetro reducido. Estos implantes son roscados y macizos de 3,3 mm.



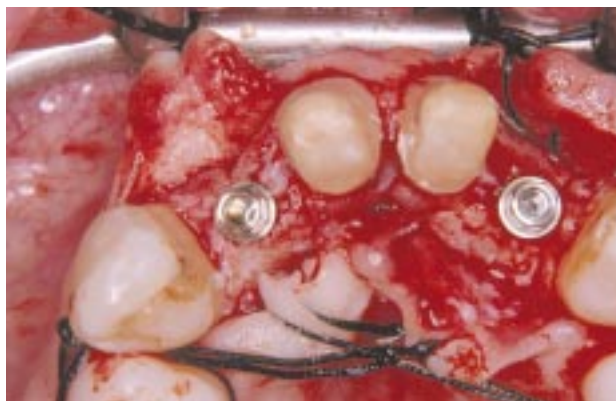
Fotografía en detalle de la cabeza del implante cuya anchura de hombro es de 3,5 mm, teniendo un cuello mecanizado de 1,8 mm de altura que permitirá la formación de una anchura biológica adecuada.



La estabilidad final del implante se consigue mediante el uso de una carraca manual. Fotografía del uso de la carraca en los lados derecho e izquierdo.



Vista oclusal de los dos implantes de diámetro reducido. Apréciase la colocación equidistante de ambos implantes con respecto a los dientes vecinos.



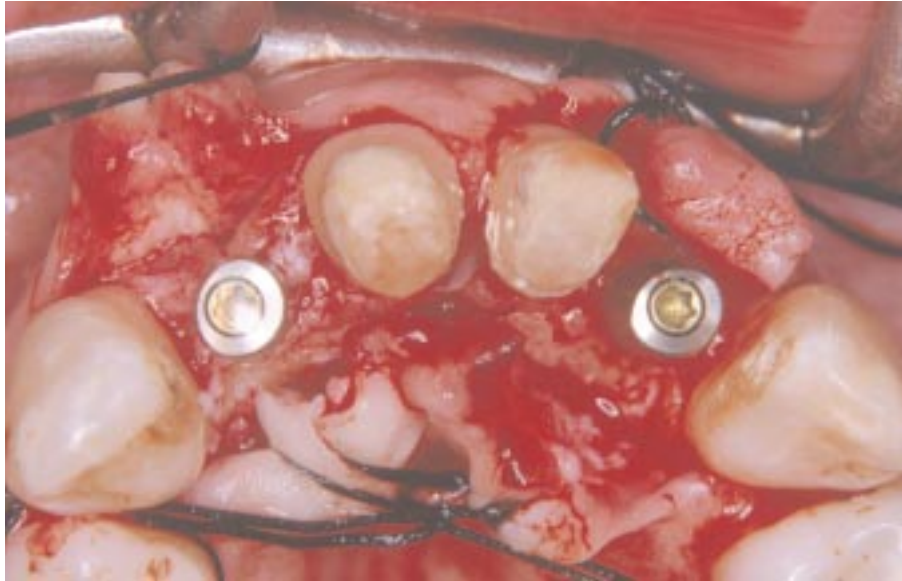
La montura de los implantes nos permite apreciar la dirección y emergencias de los mismos. Podemos realizar en este momento una comprobación radiológica de la situación final de los implantes.



Para favorecer el acondicionamiento del tejido blando en la vertiente vestibular, usamos un casquillo o tornillo de cicatrización biselado de titanio con un chafán labial.



Imagen oclusal de ambos implantes con sus tornillos de cicatrización.



Podemos colocar la prótesis antigua para comprobar la localización y emergencia de los implantes para valorar la prótesis que en un futuro tenemos que construir.



24

Los colgajos se reponen de tal forma que dejaremos semienterrados los implantes en su vertiente vestibular.

Imagen de los implantes tras un periodo de cicatrización de 20 días. Durante este periodo la paciente usará la prótesis antigua.

