



Prótesis parcial implantosoportada cementada en implantes Esthetic Plus y Wide-neck del sistema ITI



DR. JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ

AUTOR

Dr. Javier García Fernández
Médico estomatólogo.
Doctor en Medicina y Cirugía
Cirujano oral y maxilofacial.
Periodoncia e Implantología
exclusivas.
Director de la Clinicae Gingiva.
Madrid

Presentación del caso

Paciente que acude a nuestra consulta con un proceso de dolor agudo, presencia de fístula en mucosa vestibular con secreción purulenta al presionar en la zona periapical del primer premolar superior derecho. En la exploración radiológica, con la ayuda de una punta de gutapercha, se observa una lesión radiolúcida periapical, no existiendo signos de lesión periodontal. Ante la sospecha de una fractura radicular, se procede a la realización de un colgajo, confirmándose el diagnóstico.

Resolución del caso. Comentarios a la técnica

En el mismo acto operatorio, se procedió a la exodoncia del diente y la regeneración tisular guiada mediante empaquetamiento de hueso autólogo procedente de la tuberosidad del mismo lado y colocación de una membrana Goretex con refuerzo de titanio. Durante un período de seis meses, la paciente lleva una prótesis removible temporal. Tras este tiempo, se retira la membrana y se colocan dos fijaciones del sistema ITI (superficie SLA). Tras un período de osteointegración de tres meses, se procede a la construcción de la prótesis implantosoportada cementada.





Imagen del tramo edéntulo transcurridos seis meses.



Se realiza incisión supracrestal respetando las zonas papilar distal del canino y mesial del molar y proyectando las incisiones liberadoras hacia el vestíbulo y hacia el paladar.



Se levantan los colgajos vestibular y palatino de espesor total, disecando con cuidado los tejidos para separar y exponer la membrana de regeneración.



Una vez expuesto el borde de la membrana, se irá despegando cuidadosamente de su base ósea con la ayuda de un periosteótomo.



Imagen del proceso alveolar al retirar totalmente la membrana de regeneración. Existe un reborde alveolar de hueso maduro suficientemente ancho y alto para albergar las fijaciones.



La prótesis removible temporal servirá como férula quirúrgica para marcar la ubicación de los implantes.



Se procede al marcaje del hueso con una fresa esférica; en este caso, de un diámetro de 2,3 mm.



Iniciamos la perforación del lecho óseo con una primera fresa piloto helicoidal de 2,2 mm de diámetro, controlando en todo momento la profundidad con verificador de dirección.





Iremos agrandando el diámetro del lecho óseo con una fresa piloto de 2,8 mm y comprobaremos la longitud deseada con un medidor de profundidad de 2,8 mm.



La preparación del implante más mesial, con la finalidad de conseguir un resultado estético, será de dos milímetros más profundo que la longitud del implante a colocar, asegurándonos que el hombro del implante queda subgingival. Con este propósito realizamos el avellanado con una fresa de perfil de 3,5 mm de diámetro.



La siguiente fresa ensanchadora será una fresa helicoidal de 3,5 mm. Con la ayuda del medidor de profundidad para implantes macizos roscados, iremos comprobando la dirección adecuada de las preparaciones. El fresado en este caso deberá coincidir con las fosas oclusales de los dientes antagonistas.



El labrado de rosca del lecho se realiza mediante el macho de terraja de 4,1 mm. Este paso y la inserción del implante se realizan bien de forma manual o bien de forma mecanizada con pieza de mano a baja velocidad.



En el lecho más mesial se colocará un implante macizo roscado Esthetic Plus de 4,1 de diámetro y en el lecho más distal un implante macizo roscado de hombro ancho (Wide-neck) de 4,8 mm, por tanto, en este lugar pasaremos la última fresa helicoidal de 4,2 mm.



Para el implante más distal labraremos la rosca con el macho de terraja de 4,8 mm de diámetro.





El implante Wide-neck, en este caso, fue de 12 mm de longitud. Este implante tiene un hombro de 6,5 mm de diámetro, necesiéndose para su fijación una anchura de cresta ósea de más de 7 mm.



Imagen de ambos implantes antes de proceder a la retirada de los dispositivos de transporte. Previamente se comprobará la estabilidad primaria de los implantes con la llave de carraca y su adaptador manual.



Para retirar los transportadores de los implantes usaremos la llave de retención para la pieza de trasferencia, como antitorque y la llave de carraca accionada en sentido antihorario.



Imagen de los implantes una vez retiradas las piezas de transferencia.



Con la ayuda de una pinza AS con bloqueo y el destornillador SCS, colocaremos los tornillos de cierre. En el implante con compromiso estético, colocaremos un tornillo de cicatrización biselado hacia vestibular con la intención de que quede semienterrado por el colgajo mucoperióstico. En el implante WN se colocó un casquillo de cicatrización de 3 mm.



Imagen de los implantes antes de proceder a la sutura del colgajo mucoperióstico.

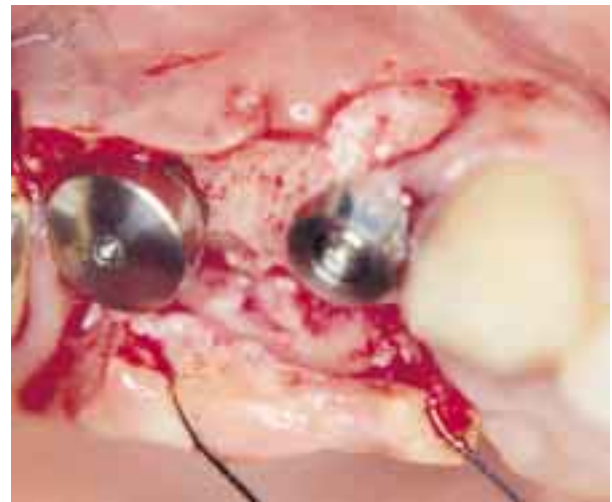




Imagen del caso al concluir la intervención. Obsérvese cómo el implante Esthetic Plus queda semicubierto por el colgajo. Imagen a los siete días, previa a la retirada de las suturas, e imagen a los tres meses de espera para la osteointegración.



Para mejorar el resultado estético se optó por la colocación de pilares macizos para prótesis cementada. Con la ayuda de un destornillador SCS se colocó un pilar WNI y con el instrumento de inserción de pilares un pilar estándar, ambos de 6° y una altura de 4 mm. Estos pilares se atornillan y aprietan con la llave de carraca y dinamómetro con un torque de 35 Ncm. Por medio de casquillos de transferencia de plástico y sus correspondientes cilindros de posicionamiento...



...se procede a la toma de impresión con materiales de impresión elastoméricos. Para proteger los pilares macizos se colocarán, durante el tiempo de confección de la prótesis, casquillos de protección fijados con cemento provisional.



En el laboratorio se procede a la elaboración del modelo de trabajo colocando las réplicas de los muñones en los casquillos de transferencia, vaciándose con escayola dura y máscara gingival (trabajo de prótesis realizado por D. Antonio Ávila Mañas).





Para la elaboración de la supraestructura se realiza un encerado diagnóstico y una llave de silicona como guía para respetar los espacios protéticos.



Se adaptarán a las réplicas de los pilares casquillos calcinables y, una vez cortados a la altura de dichos pilares, se procede al modelado en cera y al colado de la supraestructura metálica.



Una vez colada la estructura metálica se envía a la clínica para realizar su prueba en boca. Es de suma importancia el asentamiento pasivo de los pilares y comprobar el ajuste de la estructura mediante radiografías.



El trabajo se termina realizando el revestimiento con porcelana, el ajuste oclusal definitivo y el cementado de la prótesis.

