

# Implantes oseo-integrados. Caso clínico

**Rony Joubert H.**

Profesor Titular Coronas y Puentes, Universidad Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)

*Planificación, colocación de un implante óseo-integrado y su posterior rehabilitación como una corona de porcelana sobre metal.*

## Introducción

La aparición de la técnica de óseo-integración en el mundo de la odontología ha provocado cambios importantes en el área de la prostodoncia.

Hoy con los nuevos bio-materiales, con las técnicas quirúrgicas modernas y con el conocimiento de los principios necesarios para realizar rehabilitaciones oclusales correctas, podemos hacer reconstrucciones protésicas que descansen sobre pilares artificiales (implantes) con altísimo índice de éxito.

La técnica para la óseo-integración demanda una selección correcta del paciente, una cirugía rigurosamente certera y en las mejores condiciones de asepsia y luego una rehabilitación protésica con un correcto balance oclusal.

El paciente candidato a implante debe presentar un óptimo estado de salud. Condiciones tales como diabetes, discrasias sanguíneas, trastornos de tiroides, problemas en el metabolismo del calcio y del fósforo, etc., comprometerían la óseo-integración de los implantes.

La cirugía debe realizarse de forma tal que el manejo de los tejidos sea el más delicado posible. Básicamente el procedimiento consiste en el

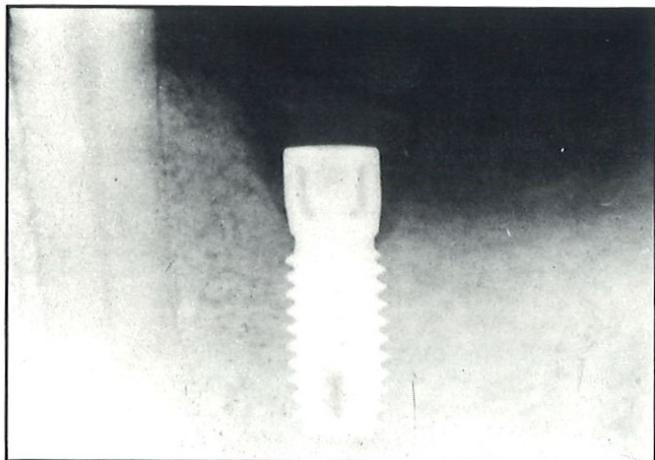
levantamiento de un colgajo muco-perióstico y la posterior confección de un lecho óseo donde se colocará el implante. El lecho se realiza con fresas calibradas de alto poder de corte y con irrigación interna para no sobrecalentar el hueso. Una temperatura que sobrepase los 47°C comprometería y degradaría las proteínas óseas evitando así la óseo-integración del implante.

Las fresas standarizadas van acorde a los implantes de forma tal que éstos entran congruentemente en el lecho óseo que ha sido preparado con una fresa determinada.

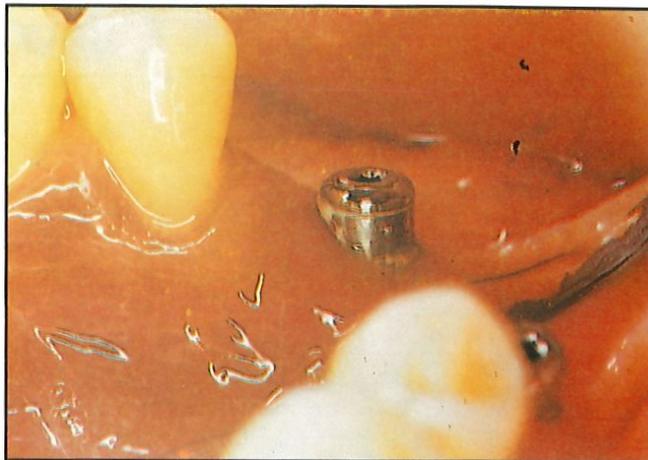
Son muchos los materiales propuestos para ser utilizados en la técnica de óseo-integración. De todas maneras, los estudios longitudinales más importantes han sido realizados con implantes a base de:

- A) Titanio comercialmente puro
- B) Aleaciones de titanio
- C) Hidroxiapatita

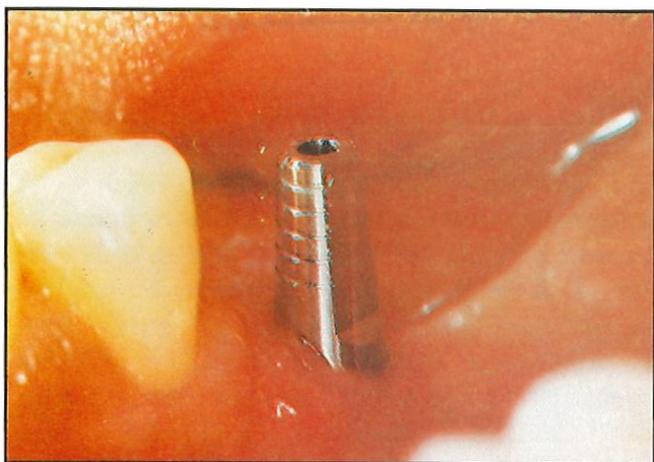
La reahabilitación protésica debe cumplir con los principios fundamentales de la oclusión, vale decir que en céntrica existan contactos múltiples bilaterales y estables, así como una guía incisiva anterior y una correcta disclusión canina.



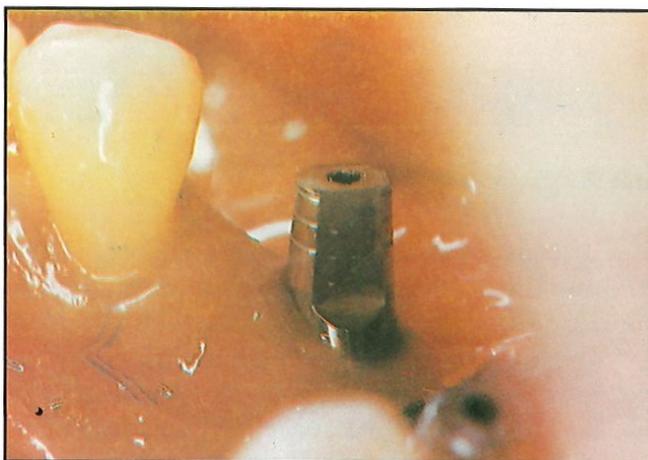
**Figura 1.** Implante con correcto paralelismo (4 meses después de su colocación).



**Figura 2.** Tapón para la cicatrización mucosa (20 días luego de colocado).



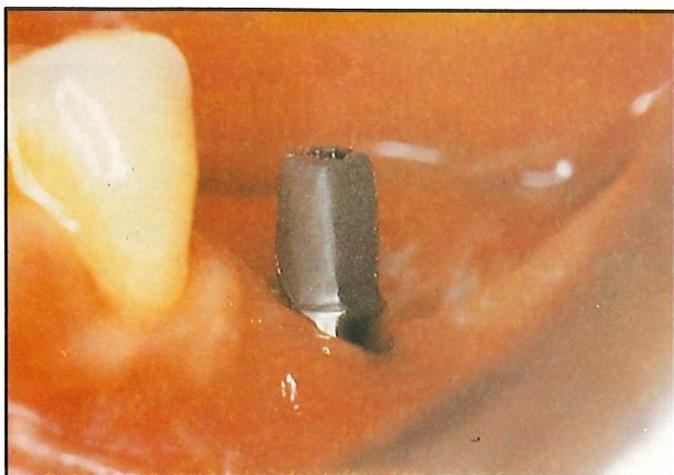
**Figura 3.** Muñón prefabricado de titanio (calibrado en mm).



**Figura 4.** Muñón de titanio recortado para crear el espacio interoclusal para los materiales restauradores.



**Figura 5.** Muñón retallado con terminación supra gingival bien definida.



**Figura 6.** Muñón arenado para cementación adhesiva. Nótese que la zona cervical está altamente pulida. Existe una buena salud gingival.



**Figura 7.** Corona Ceramo-Metálica Colocada

### Datos del paciente

Paciente de sexo masculino, raza negra, 30 años de edad y sin antecedentes médicos de importancia.

Las pruebas de laboratorio que se le indicaron (hemograma, glicemia, PXT, PTT, HIV, etc.) estaban dentro de los límites normales.

En la arcada superior se presentaban restauraciones tanto protésicas como de operatoria dental convencional correctamente realizadas.

La arcada inferior presentaba una prótesis adhesiva reemplazando el primer molar inferior derecho. En el lado opuesto los 3 molares estaban ausentes.

### Tratamiento

Luego de realizado el estudio clínico-radiográfico correspondiente y hacer un análisis de los modelos de estudios montados, se planificó colocar un implante en la zona del primer molar inferior izquierdo para posteriormente colocarle una corona ceramo-metálica.

No se contempló el reemplazo del segundo

y tercer molar de esa zona ya que no presentaban dientes antagonistas.

En la primera cirugía se levantó un colgajo angular muco-perióstico que se extendía desde el segundo pre-molar hasta el segundo molar. Con las fresas calibradas se creó un lecho en la zona correspondiente al 6. Para estos fines se usaron fresas calibradas, con irrigación interna y un micro-motor eléctrico de bajas revoluciones (Dina Surg. Micro). Las fresas montadas en el contra ángulo se hicieron rotar entre 600/800 RPM para perforar el tejido óseo y crear el nicho. Posteriormente, el implante fue insertado con la técnica manual para estos fines.

Cuatro meses más tarde se realizó una segunda cirugía haciendo una incisión inmediatamente sobre la zona del implante y colocando allí un tapón para cicatrización gingival. Se le indicó al paciente el uso de enjuagatorios con clorexidina al 0.2% durante 10 días. Luego se volvió a citar el paciente se eliminó el tapón de cicatrización mucosa y se utilizó cemento y se enroscó el muñón definitivo. Posteriormente se realizó la corona de porcelana sobre metal, siguiendo los principios básicos utilizados en rehabilitación protésica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ADELL R. et al: A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw, Int J Oral Surg 10:387. 1981.
2. ALBREKTSSON T. JACOBSON M.: Bone-metal interface in osseointegration, J Prosthet Dent 57:597, 1987.
3. American Academy of Periodontology Newsletter 20:1. 1985.
4. BRANEMARK PI., ZARB G., ALBRETKSSON T., editors: Tissue integrated protheses, osseointegration in clinical dentistry, Chicago, 1985, Quintessence Publishing Co., Inc.
5. ROBERTS W.E.: Bone tissue interfaced, J Dent Educ 52:804, 1988.



**MANOLITO DENTAL, S.A.**  
VENTA DE MATERIALES Y EQUIPOS DENTALES

**Vendemos los mejores productos  
y damos el mejor servicio**

- Coltex y Coltoflax
- Carbocaina
- Kodak
- Ney
- Monoject
- 3-M
- Vacudent
- Hygenic
- Sterident
- Sultan
- Lang

Av. Independencia No. 1155 • Esq. Pte. Hipolito Irigoyen  
Teléfono: 533-2532 • 533-5369. Santo Domingo, R.D.