

Caso Clínico

Implante post extracción y carga inmediata en la zona de alta exigencia estética

Aspectos quirúrgicos y protésicos para lograrla.

Dr. Mariano Estrada

Director programa Implantología, especialización Cirugía Buco Maxilofacial. Hospital Dr. Darío Contreras.

Director de Vital Tech Dental Academy

Práctica exclusiva en prótesis y cirugía.
Santo Domingo, Rep. Dominicana, 2013.

Objetivos

Colocación inmediata del implante post extracción para reducir la pérdida ósea, mantener la correcta emergencia de la corona clínica, la arquitectura de los tejidos blandos y las papilas interdentales a través de un provisional inmediato, para lograr la excelencia estética en la zona anterior.

Resumen

La sustitución de un incisivo superior con un implante, ha sido "el gran reto" para los rehabilitadores, por el gran compromiso estético y fonético. El conocimiento del estado óseo y de la arquitectura gingival son las claves del éxito o del fracaso, procedimientos de colocación inmediata del implante post extracción *(1) reducen la reabsorción de hueso y el tiempo de tratamiento, *(2) la colocación de un provisional inmediato ayuda a lograr un correcto perfil de emergencia, manteniendo los tejidos blandos y la maduración del espacio biológico y obtener estética a través de las modernas técnicas de pilares y restauraciones libres de metal CAD/CAM y de esta manera obtener resultados comparables con los dientes naturales en zonas de alta exigencia estética.

Claves Quirúrgicas:

- Evaluación del hueso.
- Evaluación del biotipo periodontal.
- Colocación inmediata vs. Diferida.
- Correcta posición tridimensional del implante
- Diseño y características del implante.

Claves protésicas y estéticas

- Provisionalización inmediata
- Oclusión controlada
- Altura Punto de contacto
- Pilar de zirconia
- Corona CAD/CAM
- Estratificación cerámica



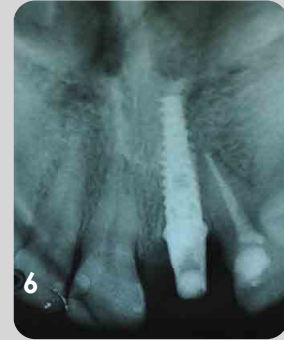
Procedimientos y Métodos

Paciente femenina de 28 años de edad, raza negra, (foto#1-2) con fractura de poste intraradicular en pieza central superior izquierdo #2.1 (foto#3), luego de la evaluación de las condiciones óseas (a través de radiografías y tomografías). Examen del biotipo gingival favorable, se realizó extracción atraumática con el "Extraction Kit de Piezotome Satellec", limpieza y curetaje del alvéolo, seguido de *(2) fresado a expensas de la pared palatina asegurando no dejar una tabla vestibular muy fina que va a ir desapareciendo en el momento que se lleve a cabo la remodelación del espacio biológico, por eso tampoco se debe seguir el eje del alvéolo dentario, así con la realización de la osteotomía hacia la tabla palatina conseguimos mejor calidad ósea, previniendo posible desplazamiento hacia vestibular en la inserción del implante, obteniendo mayor espacio para lograr una tabla vestibular más ancha y *(3) rellenando el gap entre el implante y la tabla vestibular con hueso bovino compuesto 50% orgánico e inorgánico 50% (GenMlx Baumer partículas 250 a 1000 microns), rellenando totalmente el gap, a seguidas la colocación de un implante cónico diámetro estrecho **Adin Touareg OS 3.5 x 13mm** a un torque 55 N/cm. *(4) (FOTO#4)

Para hacer carga inmediata elegimos un diseño de Implante cónico pues éste logra mayor estabilidad inicial y 0 % de inestabilidad, comparado con implantes de paredes paralelas. *(5) Dejando un espacio mesio distal entre ambos dientes naturales aproximadamente de 1.9 mm por mesial y 1.5mm por distal. *(6-7) La Altura ápico coronal se prepara el fresado profundizando de 4 a 5 mm más allá de la punta del alvéolo y se deja la plataforma del implante aprox. 3 mm por debajo de la unión amelo cementaria del diente central #1.1. *(8-9) Luego de colocado el implante en la mejor posición tridimensional posible, para mantener la correcta emergencia que tenía el diente natural, se procede a la provisionalización inmediata mediante un **pilar recto ADIN Ti con hombro de 1mm** y corona provisional acrílica atornillada por palatino, preferimos un provisional atornillado para lograr un ajuste pasivo durante el periodo de integración y para que no queden restos de cemento que puedan afectar a los tejidos blandos ni al material injertado, este se aprieta manualmente hasta sentir resistencia cerca de 15 a 20 N/cm. (fotos #5 ,6 y 7).

*(10-11-12-13-14-15-16) Para lograr conservar las papilas interdentales, se mantuvo un punto de contacto interdentario entre la restauración provisional y los dientes naturales vecinos de aprox. 6.5mm promedio, hasta la cresta ósea mesial y distal.

Posterior a la cirugía para la carga inmediata, se dejó la corona provisional en infra oclusión, sin contactos tanto en relación céntrica, como en los movimientos excursivos excéntricos.





!



White esthetic score		
1	Forma/contorno/volumen dental	3 (4)
2	Translucidez/ caracterización	2 (2)
3	Superficie textura	2 (2)
4	Color (matiz/valor)	2 (2)
Scores		9V (10)

Conclusiones: Queda demostrado que la colocación de implantes post extracción en dientes anteriores, de acuerdo al concepto de colocación y carga temprana, es una modalidad de tratamiento predecible y segura desde el punto de vista funcional y estético.

Se confirmó la calificación del índice PES/ WES resultando en la evaluación objetiva de la dimensión estética de implantes individuales en dientes anteriores. Sin embargo, aunque estos valores fueron hechos a 13 meses de colocada la restauración final, se necesitan más estudios clínicos prospectivos para validar y refinar este índice.

*(17) Luego de un rápido periodo de entre 2 y 3 meses se logra una correcta oseointegración, gracias a la superficie del **implante Adin Touareg OS** que está tratada con fosfato de calcio, el cual es un medio de arenado reabsorbible biocompatible. Lograda la oseointegración y maduración de los tejidos periodontales, se tomó impresión personalizando el transfer a la emergencia gingival creada por el provisional (foto#8,9), en el laboratorio se preparó un **pilar estético recto de zirconia ADIN ZA**, en el laboratorio se escanea el muñón para confección coping lava zirconia, sobre éste se lleva a cabo la estratificación cerámica con todas caracterizaciones del diente contralateral natural con Vita VM9, se fija el pilar en boca a un torque de 35 N/cm(foto#10,11,12), con la posterior cementación de la corona 3M Lava / Vita.

Resultados Finales (después de 18 meses)

Luego de la remodelación del espacio biológico, radiografía de control (foto#13) y tomografía axial, observándose la correcta adaptación del complejo implante-pilar-corona y el manteniendo del tejido óseo circundante.

*(18) Se evaluó el resultado de los tejidos blandos con el **"Pink esthetic score PES"** obteniendo puntuación de 10V. Además el resultado protésico **"White Esthetic Score"** de 9V. Por lo tanto puede ser calificado de muy bueno. (foto#14).

Pink esthetic score		
1	Papila mesial	2 (2)
2	Papila distal	2 (2)
3	Nivel mucosa labial	2 (2)
4	Curvatura mucosa labial	2 (2)
5	Convexidad" Radicular	2 (1)
6	Color / textura tejidos blandos	V (2)
Scores		10V (10)

Para profundizar en la lectura de este tema, el autor considera interesantes los siguientes artículos y estudios

1. Shropp et al, Recesión primaria (Primary middle facial). 2005.
2. Kan et al, Tejidos blandos Interproximales (Papila). 2010.
3. Small P, Tarnow D. Gingival Recession around Implants: A 1-Year Longitudinal Prospective Study. Int J Oral Maxillofac Implants 2000; 15:527-32.
Kan et col. 2011. (No publicado en proceso).
4. Tarnow D, Cho SC, Wallace S. The Effect of Inter-Implant Distance on the Height of the Inter-implant Bone Crest. J Periodontol 2000; 71:546-9.
5. Sullivan P. Guidelines for optimal fixture placement.
A. En: Parel SM, Sullivan DY, Eds. Esthetic and Osseointegration. Dallas: Osseointegration Seminars Inc, 1989.
6. Elian N, Jalbout Z, Cho SC, Froum S, Tarnow DP. Realities and limitations in the management of the interdental papilla between implants. Three case reports. Aesthetic Dent A. 2003; 15:737-44.
7. Jiménez López V. Prótesis sobre implantes: Oclusión, casos clínicos y laboratorio. Berlín: A. Quintessence Publishing Co Inc, 1994.
8. Jiménez López V. Carga o función inmediata en implantología: Aspectos quirúrgicos, protéticos, oclusales y de laboratorio. Berlín: Quintessence, 2003.
9. Tarnow D, Magner A, Fletcher P. The Effect of The Distance from The Contact Point to The Crest of Bone on The Presence or Absence of The Interproximal Dental Papilla. A. Periodontol 1992; 63:995-6.
10. Grunder U. Stability of the mucosa, topography around single-tooth implants and adjacent teeth: 1 year results. Int J Periodontics Restorative Dent 2000; 20:11-7.
11. Choquet V, Tarnow D. Clinical and Radiographic Evaluation of The Papillae Level adjacent to Single Tooth Dental Implants: A Retrospective Study in The Maxillary Anterior Region. J Periodontol 2001; 72:1364-71.
12. Tarnow D, Elian N, Cho SC et al. The vertical distance from the crest of bone to the height of the interproximal papilla between adjacent implants. J Periodontol 2003; 74:1785-8.
13. Garber D, Salama M. Immediate Total Tooth Placement. Compendium 2001; 22:210-18.
14. Instant provisionalization of immediate single-tooth implants to optimize esthetic treatment outcome. A. De Rouck, T, Collys, K. Clin Oral Implants Res. 2009, Mar 3.
15. Interproximal Papilla Levels Following Early Versus Delayed Placement of Single-Tooth Implants: A controlled Clinical Trial. Schropp, L, Flemming, I. Int. A. Journal of Oral & Maxillofacial Implants, Vol. 20, Number 5, 2005.
16. P. Coelho and R. Jimbo et cols NYU. Histomorphometry and bone mechanical property evolution around different implants systems at early healing stages. NYU experimental study 2011
17. Belser U, Grütter L, Schmid B, Weber HP, Buser D: Early implant placement of single teeth in the esthetic zone: A cross-sectional study in 45 patients with a 2-4 year follow-up. Part II: Outcome evaluation using objective esthetic parameters (PES/WES).



Es la confianza de sentir el éxito desde la colocación.