

Dr. Manuel De la Rosa Garza
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERIODONCIA
UNIVERSIDAD DE MONTERREY
México

Dr. Manuel Pérez Fierro
PROFESOR DEPARTAMENTO DE PERIODONCIA.
UNIVERSIDAD DE MONTERREY
México

Dr. Héctor Juan Rodríguez Casanovas
DOCTOR EN ODONTOLOGÍA
MÁSTER EN PERIODONCIA UT HOUSTON
Gijón-Gáldar

Manejo interdisciplinario de implantes en la zona del lateral superior. Aspectos a considerar en la planificación

INTRODUCCIÓN

Una de las zonas más complejas para colocar implantes individuales es la zona del lateral superior. Si bien es cierto que el sector anterosuperior tiene mejor acceso quirúrgico que los posteriores y pudiera facilitar la inserción del implante, también presenta ciertos conceptos que debemos analizar y considerar en nuestra ejecución para lograr un éxito total en la rehabilitación de este diente.

El lateral superior es el diente con ausencia congénita más común de todos, por lo que es frecuente recibir casos remitidos por ortodoncista, ya tratados de ausencia congénita de laterales, y con el espacio suficiente para para la colocación de un implante y sustituir así su diente lateral ausente.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Múltiples consideraciones deben

ser tenidas en cuenta a la hora de reponer un incisivo lateral superior, si bien son las básicas para cualquier otro caso de implantes, aunque hay dos condicionantes a considerar: la estética de la zona, y el espacio protético disponible, que condicionan todo el caso.

1. Consideraciones periodontales

Es fundamental tener un paciente con ausencia de enfermedad periodontal, sin pérdida de tejido blando en la zona a colocar el implante ni en los dientes vecinos.

Procuraremos tener un buen grosor del proceso edéntulo que debería ser de no menos de 5 mm de ancho vestibulo-palatino. Si el paciente presenta un periodonto grueso, la situación es aún más favorable, ya que el resultado será más predecible.

Si contamos con un proceso edéntulo de menor grosor, debere-

mos colocar el implante ya sea combinado con aumento de proceso alveolar o en dos tiempos, primero regenerando el proceso alveolar y después colocando el implante.

2. Consideraciones prostodóncicas

Desde el punto de vista oclusal, será importante evaluar la función de la guía anterior o canina (según el caso) y que dispongamos del espacio suficiente para restaurarlo.

La valoración del espacio es complicada, ya que la mayoría de los ortodoncistas proponen dejar un espacio de 5 mm pensando en que con esto será suficiente, si bien hay que considerar factores anatómicos y de biotipo, que suelen modificar este axioma. Normalmente este punto está muy vinculado al tipo y sistema de implante que usaremos.

3. Consideraciones estéticas

Buser et al (2000) considera que para poder contar con una papila al final del tratamiento, cuando se coloque la corona, debemos dejar cuando menos un espacio de 1 mm entre el cuello del implante y el diente vecino. Si a este espacio de 1 mm por cada lado (total 2 mm) se le agrega el diámetro del implante a utilizar (3,5 por ejemplo) entonces tenemos un total de 5,5 mm. Esto nos indica que si queremos colocar un implante y respetar las condiciones para lograr contar con una corona de perfil de emergencia adecuado y papilas debemos contar con al menos 5,5 mm de espacio mesiodistalmente. Esto, considerando una colocación perfecta sin margen de error en ella, de tal manera que normalmente se pide cuanto menos 6 mm de distancia o espacio mesiodistal para lograr un resultado más cómodo.

4. Consideraciones quirúrgico-implantológicas

Uno de los factores más importantes a considerar es la angulación y profundidad del implante a colocar (Spears y Kokich 1996).

La angulación debe ser tal que permita al odontólogo restaurador colocar una corona ya sea cementada o atornillada. Para esto lo ideal es colocar el implante a nivel del cingulum del encerado de diagnóstico realizado de la pieza en cuestión. Si fallamos en la angulación del implante a colocar, el trabajo protésico será muy complicado de terminar correctamente.

La profundidad del implante también es de suma importancia ya que es el punto central sobre el cual se basa el perfil de emergencia de la corona a colocar sobre el implante.

Aquí también juega un papel importante el tipo de implante que se utilice, pero generalmente una distancia de 3 mm del margen coronal del implante y el margen cervical de la corona a colocar es la distancia conocida como ideal. Debemos tener en cuenta que estos 3 mm que estamos respetando serán los que formarán posteriormente el surco peri-implantario, habrá también un espacio más apical a este en el cual se formará el espesor biológico alrededor de los implantes (Cochran 1997). El espesor biológico siempre se formará alrededor de los implantes y tendrá una relación directa del tipo de implante que utilizemos, de tal manera que si usamos un implante de hexágono interno, el espesor biológico que se formará será diferente en su relación con el contacto del implante que si usamos un implante de hexágono externo. Así, es evidente que para cuestiones de profundidad y angulación del implante individual es de suma importancia la utilización de una guía quirúrgica que duplique el margen cervical de la corona a realizar.

Los problemas referidos tanto al espacio protésico como a angulación y a profundidad de inserción de implante cambiaron cuando Biohorizons introdujo el implante de 3 mm de diámetro en una sola pieza al mercado. Al contar con un implante de menor diámetro, tenemos más posibilidades para manejar los otros parámetros. Además al colocar un implante de menor diámetro, se disminuye el número de fresas a utilizar y se facilita la colocación del implante. Otra de las ventajas que tenemos al usar estos implantes es que el poste protésico ya viene incorporado como parte del implante y esto facilita el manejo de un provisional de manera directa desde el día de la colocación, formando así un perfil

de emergencia más estético gingivalmente.

5. Consideraciones ortodónticas

El parámetro de ortodoncia más importante a valorar es la angulación de las raíces de las piezas vecinas. Se debe considerar que durante toda la extensión de la raíz de los dientes vecinos debemos respetar la distancia mínima mesiodistal buscada (normalmente 6 mm), para evitar algún accidente en el que se lesione la raíz de un diente vecino al realizar la osteotomía del implante.

También es importante valorar la angulación vestibulo palatina de los dientes adyacentes, que nos indica el grado de dificultad que tendremos al crear el perfil de emergencia de la corona del implante. Cuanto más plano sea el perfil, más complicado será el crear un perfil de emergencia estético.

La evaluación de todos estos parámetros nos permitirá planear de una manera más completa la inserción de un implante, con las participación de un equipo interdisciplinario, y con el conocimiento y aplicación de todos estos conceptos tendremos menos probabilidades de fracasar en nuestros tratamientos con implantes en las zonas de laterales superiores ausentes.

CASO CLÍNICO

Paciente referida por el ortodoncista cuando su terapia de ortodoncia estaba a punto de terminar. A la evaluación encontramos que contaba con las necesidades periodontales y de espacio ideales para considerar la alternativa de colocar un implante (Figura 1).

Presenta un periodonto mediano, con ausencia de recesión gingival en los dientes vecinos, con una anchura del proceso alveolar suficiente para contar con un perfil de emergencia natural.

Se coloca el implante en el centro del espacio edéntulo, y al tener una anchura ósea suficiente, se evita la fenestración o una dehiscencia ósea (Figura 2). El implante queda colocado en la posición ideal, totalmente rodeado de hueso

y con los tejidos gingivales totalmente adaptados

Al final de la etapa de cicatrización se puede apreciar la buena salud gingival de los tejidos que rodean al implante, así como la ausencia de recesiones

gingivales en el implante, así como en los dientes vecinos (Figura 3).

Finalmente, podemos ver la corona final del implante con una estructura gingival ideal rodeándola (Figura 4).

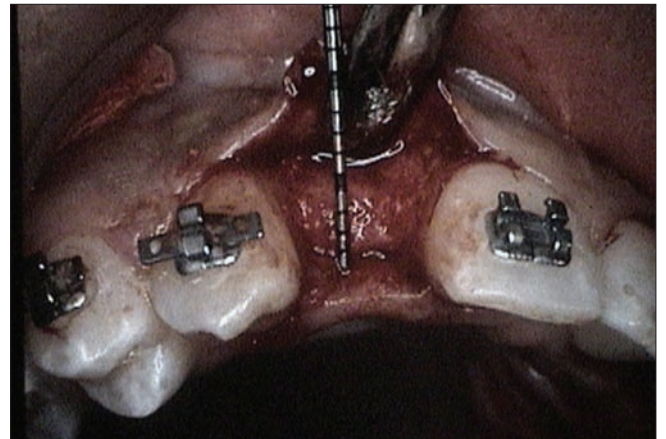
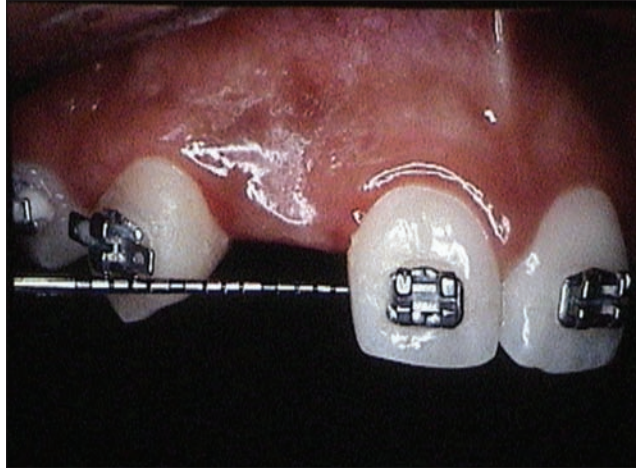


Figura 1

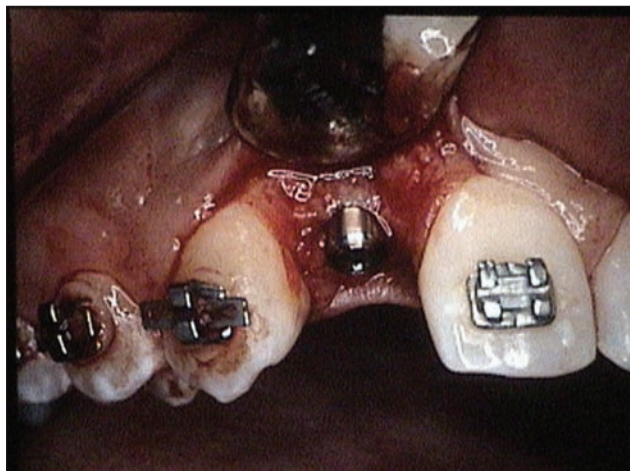


Figura 2



Figura 3



Figura 4

BIBLIOGRAFÍA

1. **Buser D, Von Arx T.** Surgical procedures in partially edentulous patients with ITI implants. *Clin Oral Implants Res* 2000; 11(Suppl 1): 83-100.
2. **Sois J.** Predictable single tooth peri-implant esthetics: Five diagnostics keys. *Compend Contin Educ Dent* 2001; 22: 199-206.
3. **Cochran D, Hermann J, Schenk R, Higginbottom F, Buser D.** Biologic width around titanium implants. A histometric análisis of the implanto-gingival junction around unloaded and loaded nonsubmerged implants 4. **Hermann J, Buser D, Schenk R, Higginbottom F, Cochran D.** Biologic width around titanium implants. A physiologically formed and stable dimension over time. *Clin Oral Implants Res* 2000; 11: 1-11.
5. **Belser U, Bernard J, Buser D.** Implant-supported restorations in the anterior region: Prosthetic considerations. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1996; 8: 875-883.
6. **Spears F, Mathews D and Kokich V.** Interdisciplinary management of single tooth implants. *Seminars in Orthodontics* 1997; 3, 45.