



**Dr. Carlos A. Acuña Priano**  
 MÁSTER POR LA EUROPEAN SCHOOL OF ORAL REHABILITATION IMPLANTS AND BIO MATERIALS (ESORIB).  
 MIEMBRO ADJUNTO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE IMPLANTES.  
 MIEMBRO FUNDADOR DE LA ACADEMIA INTERNACIONAL DE IMPLANTOLOGÍA Y PERIODONCIA AIPP.  
 FELLOW DEL ICOI (INTERNATIONAL CONGRESS OF ORAL IMPLANTOLOGIST).  
 MIEMBRO DE LA COMISIÓN CIENTÍFICA DEL COLEGIO DE DENTISTAS DE MÁLAGA  
**Colaboración:**  
**D. Salvatore Fiorillo**  
 TÉCNICO DENTAL

# Protocolo en rehabilitación oral integral. El sentido de la rehabilitación oral y su organización oclusal

Ratificación del Protocolo en Rehabilitación Bucal a pesar de las incidencias propias de cada caso clínico.  
 A propósito de un caso (Tercera parte)

Mientras dichos movimientos ortopédicos se producen (periodo que supondrá otros seis meses), estudiamos los actos quirúrgicos a realizar en los cuatro implantes que pondremos:

De acuerdo al estudio Dentalscan realizado observamos tres situaciones diferentes:

— Primera: El primer molar inferior izquierdo, lo instalamos mediante cirugía mínimamente invasiva, con la aplicación de una férula quirúrgica obtenida de los datos del escáner tratados con un programa de CMI

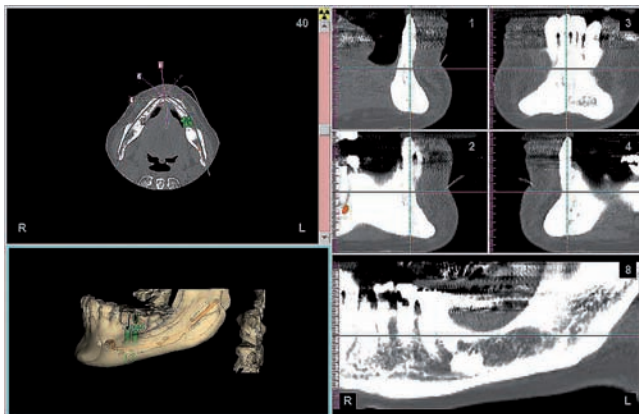
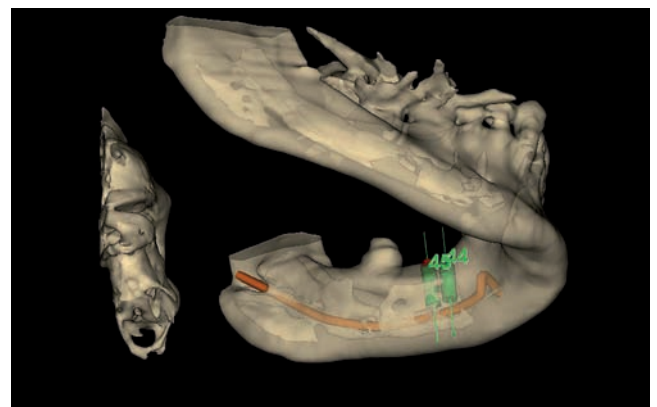
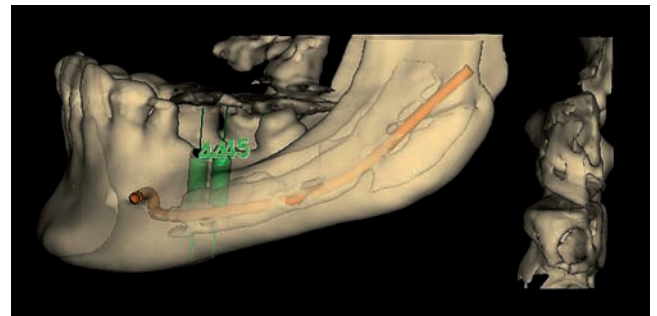


Figura 1. Dentalscan



Figuras 2 y 3. Tridimensionalización mediante implametry ensayo de colocación de implantes

(Cirugía Minimamente Invasiva), previa prueba en un modelo estereolitográfico, ya que la altura ósea era apenas de 9 mm.

Se utilizarán dos implantes roscados de 8 mm de longitud por 3,8 mm de ancho (**Figuras 1 a 17**).

— Segunda: El primer molar superior derecho, se implantará mediante una ligera elevación atraumática (transalveolar) de seno una vez logrado el espacio mesio distal necesario.

Verificamos también el escaso ancho crestal, lo que nos obliga a utilizar dilatadores roscados y un osteótomo para elevar inicialmente la membrana de Schneider.

Cubrimos con membrana reabsorbible (**Figuras 18 a 30**).

— Tercera: El incisivo central superior derecho ausente cuenta con un sustrato óseo prácticamente inexistente. El espesor de la tabla era de menos de 2 mm. (**Figuras 31 a 32**).

Los caminos posibles a seguir para contar con una rehabilitación de piezas independientes son dos:

- A) Injerto óseo en bloque.
- B) Dilatación crestal mediante dilatadores roscados previa corticotomía vertical.

Optamos por esta segunda opción por ser menos

cruenta y no necesitar de una zona dadora. Técnica esta que pondremos en práctica en dos etapas diferidas:

— PRIMERA:

Incisión horizontal palatinizada, incisiones peri rodetes gingivales e incisiones de descarga (**Figuras 33 a 36**).

Dilatación que comenzamos con dos incisiones de



Figura 4. Modelo estereolitográfico



Figura 5. Balcón lingual acentuado



Figura 6. Férula quirúrgica



Figura 7. Perforación de prueba en mod. Estereolit



Figura 8

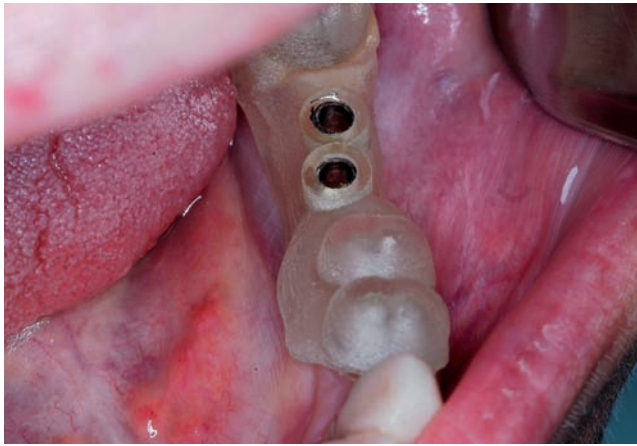


Figura 9

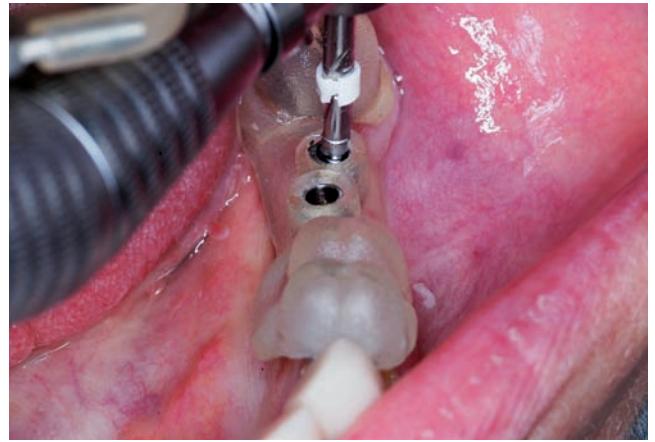


Figura 10



Figura 11



Figura 12



Figura 13



Figura 14

descarga sobre la cortical vestibular realizadas con disco (**Figuras 37 y 38**) y el comienzo de la dilatación propiamente dicha mediante una hoja de bisturí (**Figura 39**) para luego seguir con un periostótomo (**Figura 40**).

Inmediatamente después de alcanzada una cierta separación de la cortical vestibular de la palatina,

empezamos con los dilatadores roscados (**Figuras 41 a 43**).

En este punto podríamos haber utilizado sin riesgos un implante de 3,8 mm de diámetro, pero a fin de mejorar la estética del pilar emergente decidimos rellenar con material osteoconductor y osteoinductor (BiOss) y cubrir mediante membrana reabsorbible (Bio Guide).

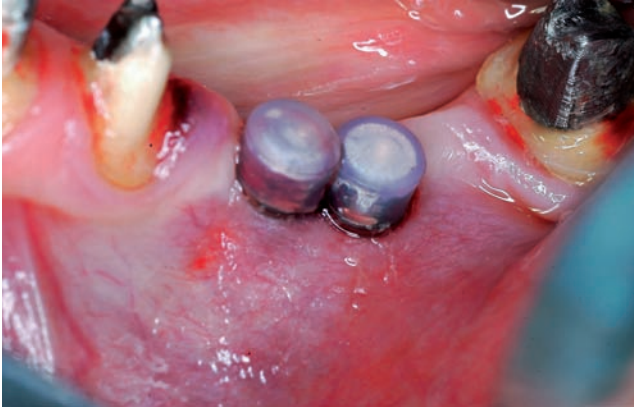


Figura 15



Figura 16. Control de emergencia en la provisoria

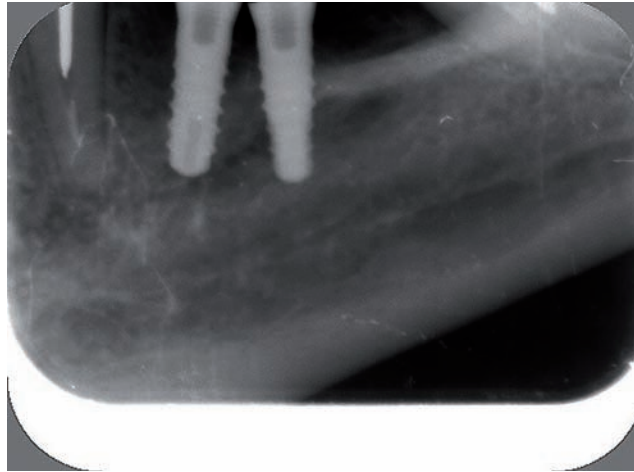


Figura 17



Figura 18

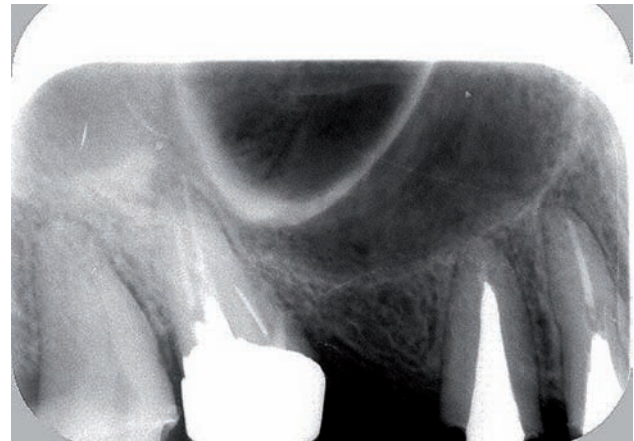


Figura 19



Figura 20

Esperamos seis meses antes de implantar (**Figuras 44 a 48**).

— SEGUNDA:

Implantación seis meses después.

Mientras se van cumpliendo los tiempos antes mencionados, y comprobamos reiteradamente la funcionalidad de la oclusión con los provisorios, tomamos impresiones definitivas y construimos primero el maxi-

lar inferior, para definir en primer término la porción inferior de la guía anterior, y a nivel posterior curvas y microplanos (**Figuras 49 a 57**).

Para luego realizar los cuadrantes premolar-molar del superior (**Figuras 58 a 64**).

La espera de la regeneración ósea y sus tiempos pertinentes, más la espera de los tiempos de la implantación, nos obligaron a modificar las etapas del

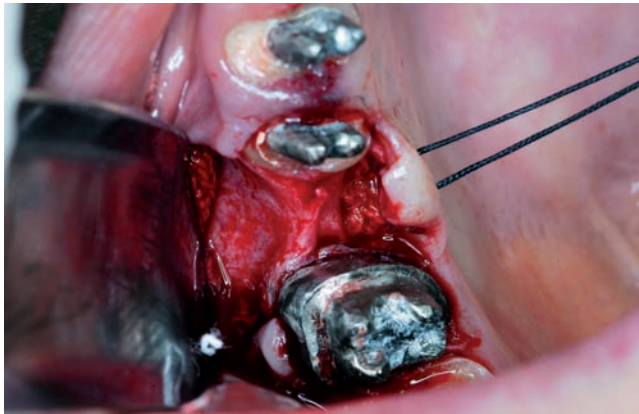


Figura 21

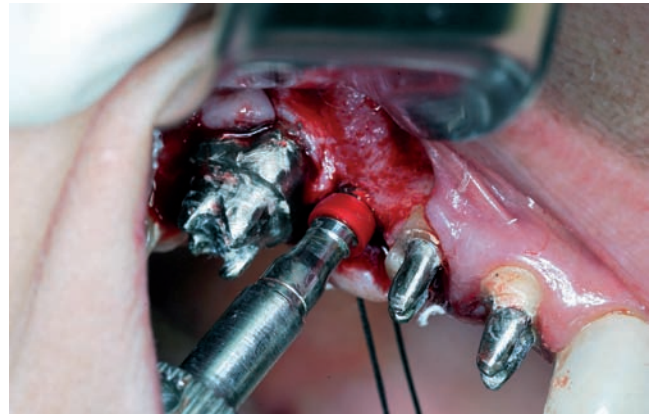


Figura 22

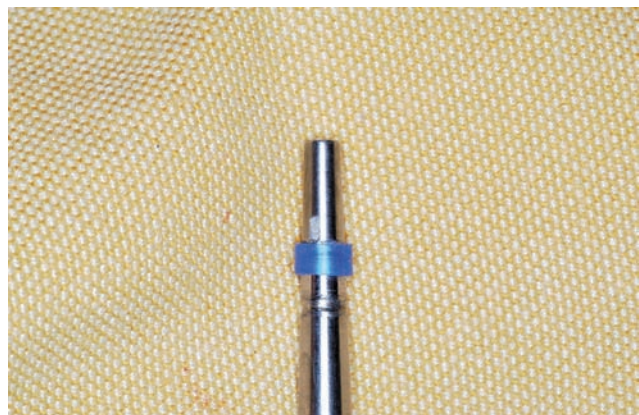


Figura 23

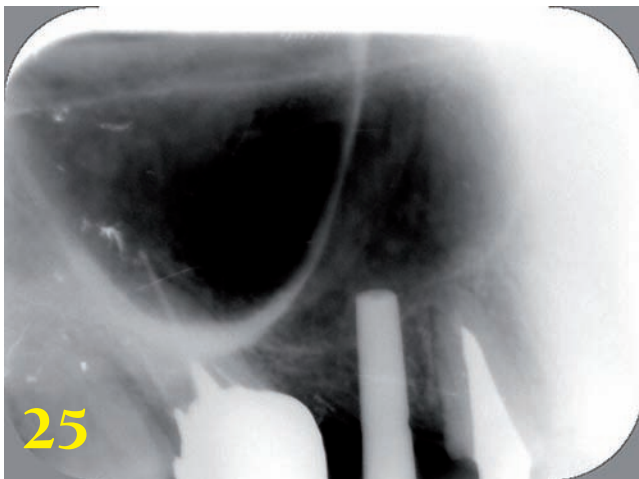
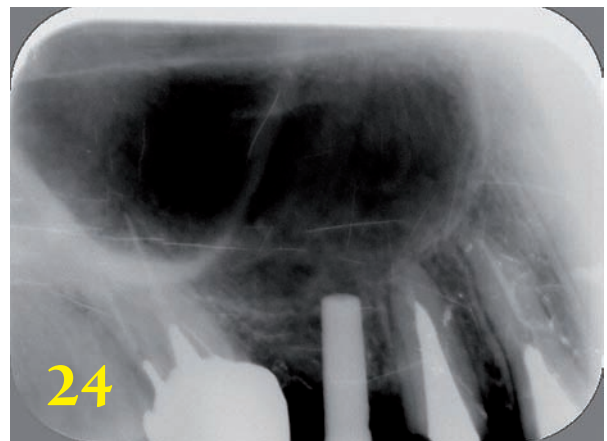


Figura 24 y 25. Elevación de membrana mediante periostótomo

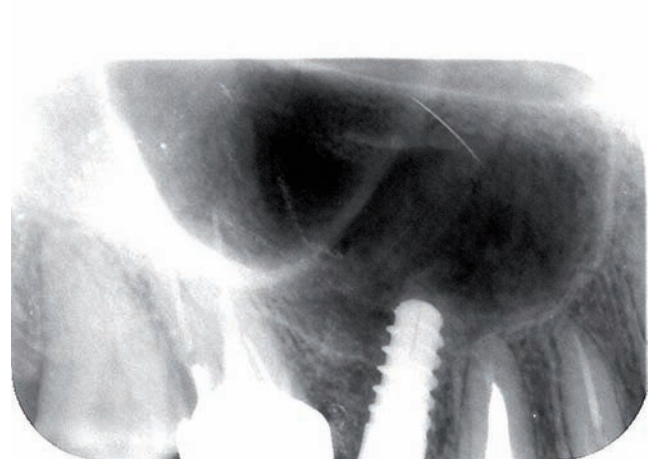


Figura 26

protocolo D.A.T.O de manera de mantener la -D- mediante el sector superior de la GA en provisionarios, mientras fuimos resolviendo en forma definitiva los demás sectores.

Ya pasados los meses necesarios para recrear un hueso adecuado en el área del incisivo superior derecho, procedemos a resolver la implantación de dicha

zona, observando que todo el esfuerzo dedicado al mismo había sido inútil, ya que la formación de hueso se produjo mínimamente.

No obstante pudimos implantar satisfactoriamente mediante un implante de 4,2 mm. de ancho y 14 mm. de largo, con una nueva R.O.G. (**Figuras 65 a 73**).

Cuatro meses después tomamos impresiones del sector



Figura 27

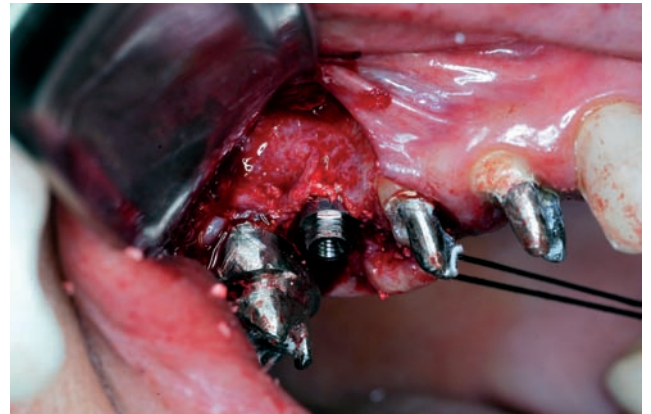


Figura 28

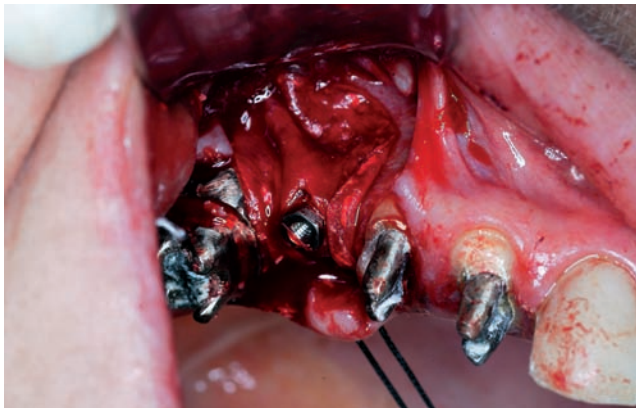


Figura 29. R.O.G.

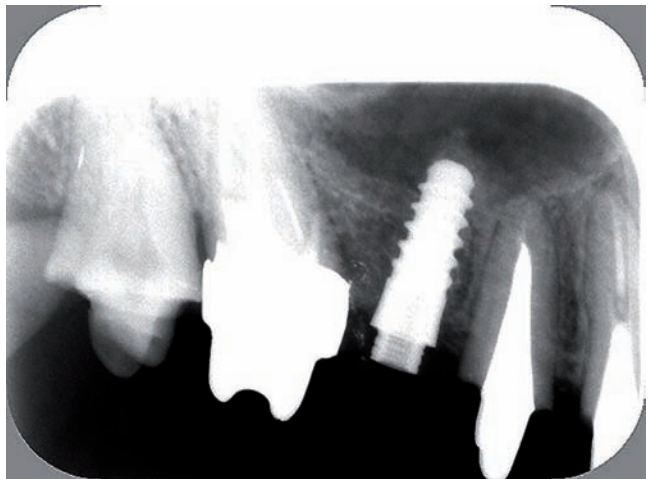


Figura 30

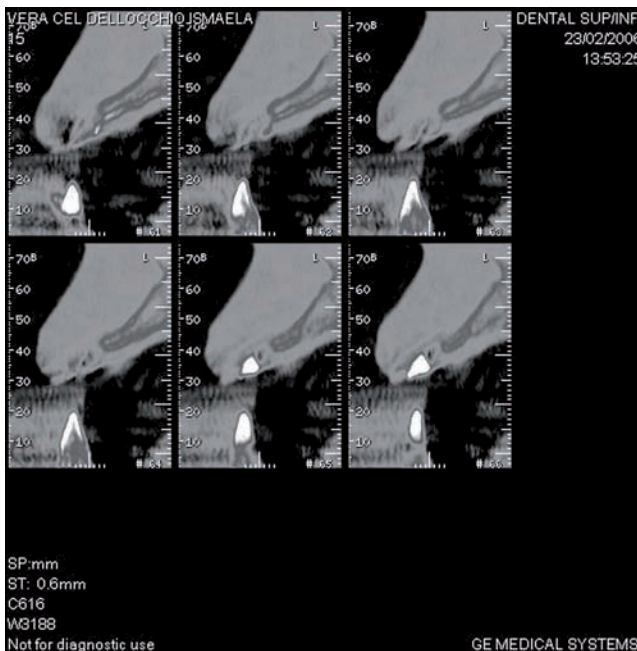


Figura 31

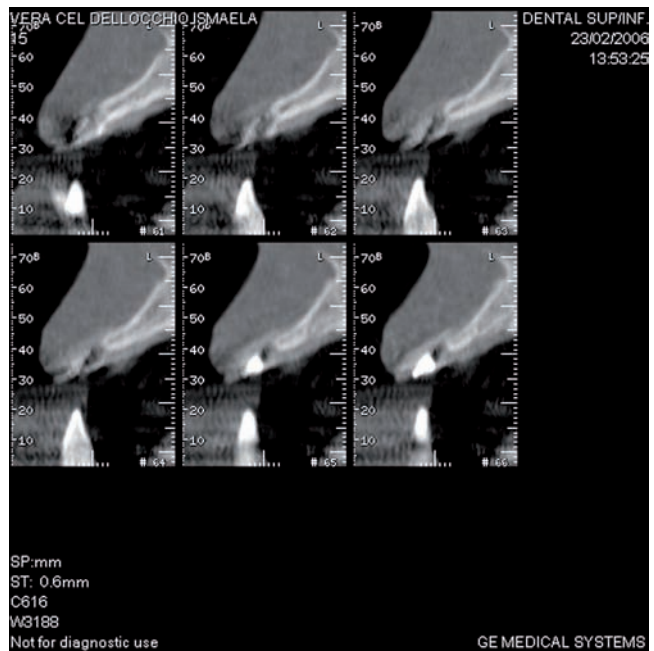


Figura 32



Figura 33



Figura 34

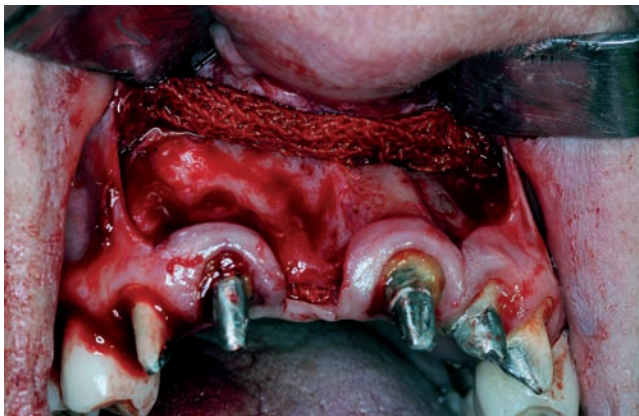


Figura 35

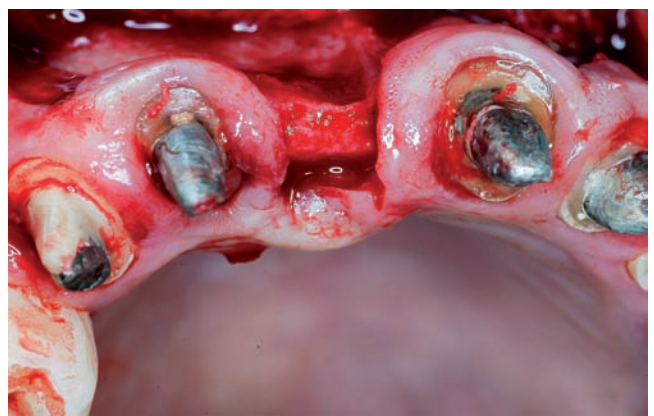


Figura 36

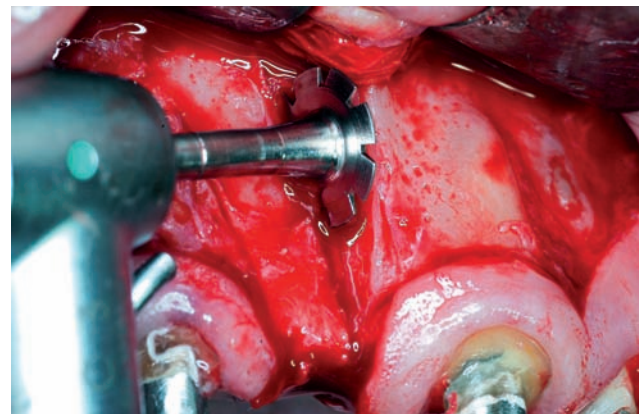


Figura 37

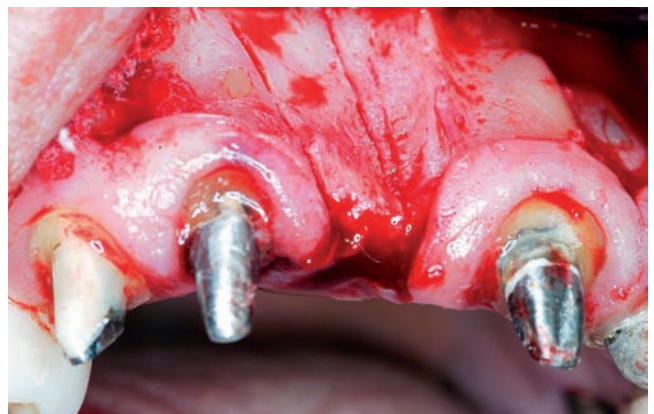


Figura 38

antero superior de la guía anterior, incluyendo el arrastre de un transfer.

El implante se encontraba perfectamente según comprobaciones radiográficas y clínicas al sondeo.

Se construye inmediatamente un abutment ceramizado para conformar la encía, y se prueban los núcleos de cerámica (**Figuras 75 y 76**).

Seguimos modelando la encía con un nuevo juego de provisionarios (**Figura 77**) y se construye entonces el sector superior de la guía anterior (**Figuras 78 y 79**).

Se efectúa un control radiográfico a los 6 meses.

Se ha intentado mostrar en esta Rehabilitación, que a pesar de las distintas circunstancias de cada paciente, siempre debemos tener en cuenta la necesidad de ejercer la DESOCLUSIÓN del caso como prioridad número uno, para luego perseguir la ALINEACIÓN TRIDIMENSIONAL de las arcadas y obtener así una OCLUSIÓN equilibrada.

D.A.T.O. ES EL PROTOCOLO QUE DEBEMOS SEGUIR EN TODA REHABILITACIÓN.



Figura 39

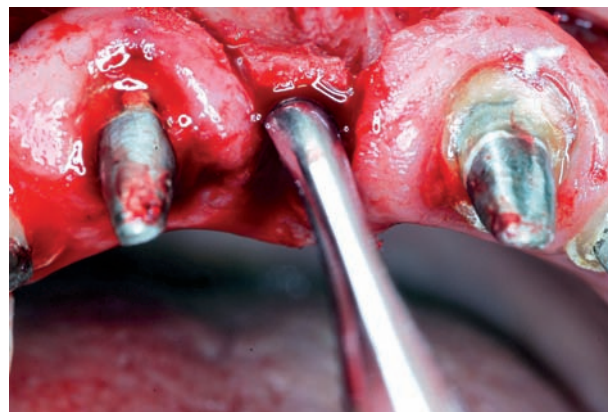


Figura 40



Figura 41



Figura 42



Figura 43

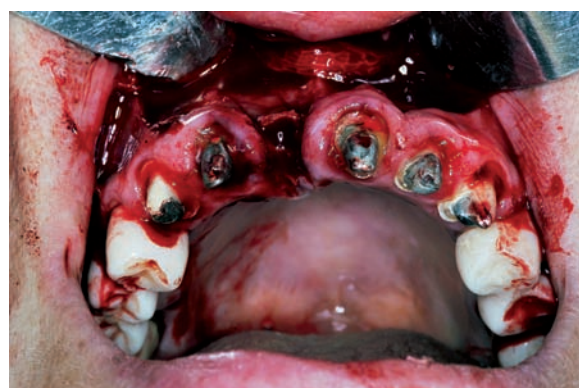


Figura 44



Figura 45

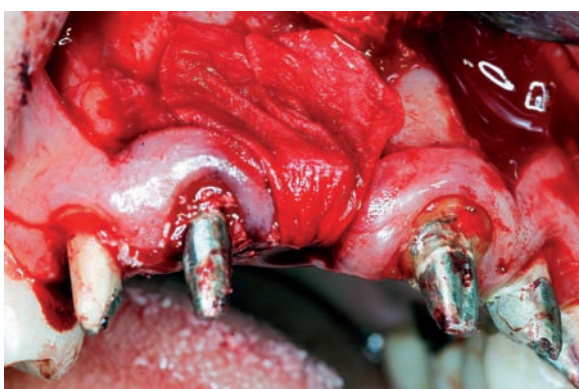


Figura 46





Figura 47



Figura 48



Figura 49



Figura 50



Figura 51



Figura 52



Figura 53



Figura 54



Figura 55



Figura 56



Figura 57



Figura 58



Figura 59

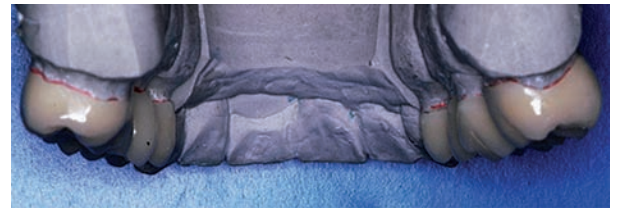


Figura 60. Wilson



Figura 61



Figura 62



Figura 63



Figura 64



Figura 65

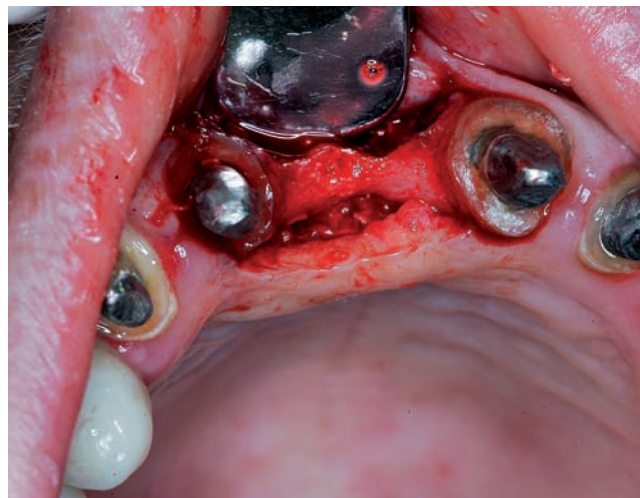


Figura 66

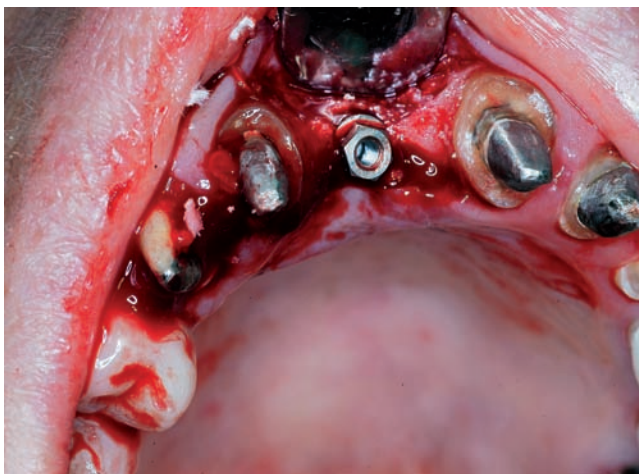


Figura 67

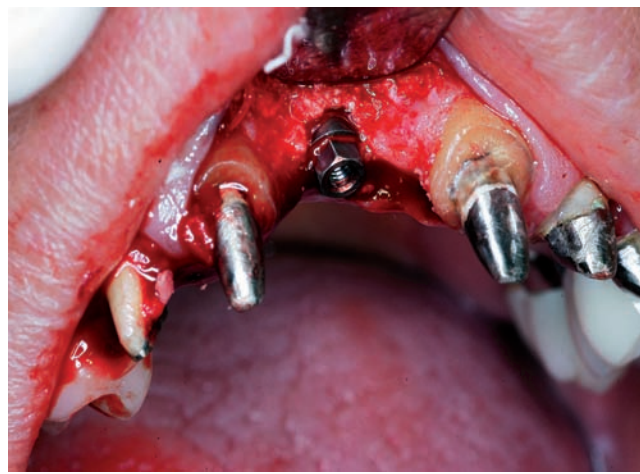


Figura 68

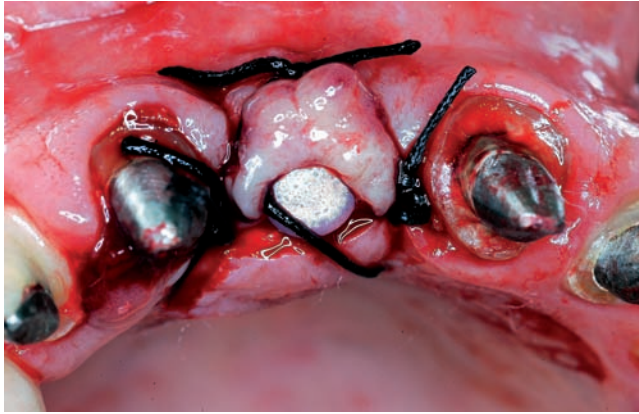


Figura 69

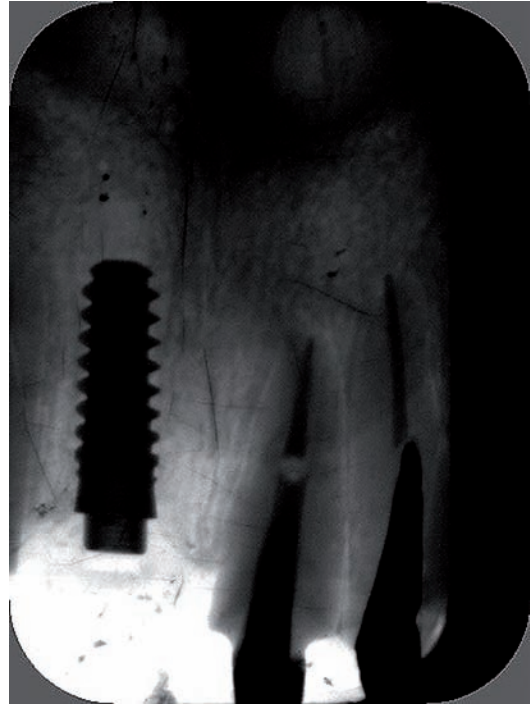


Figura 70

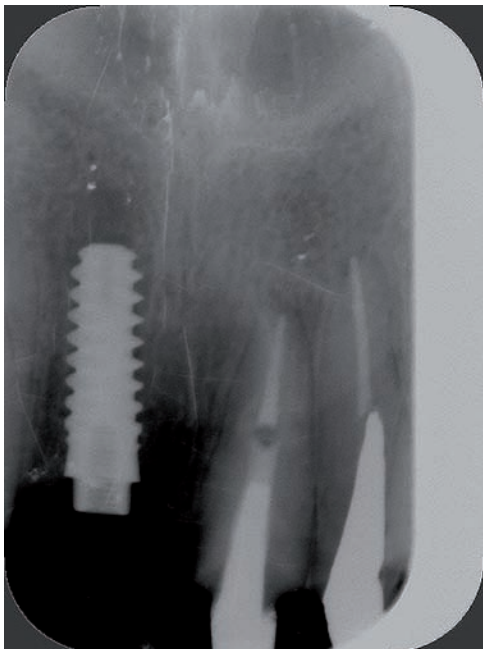


Figura 71



Figura 72

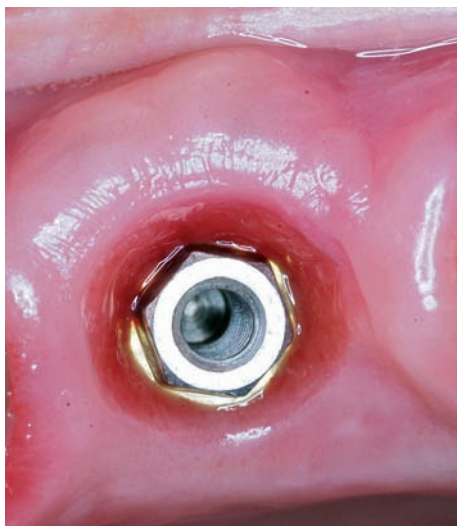


Figura 73

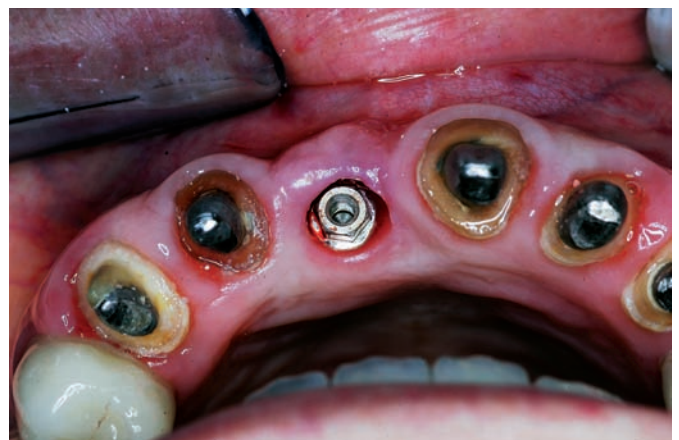


Figura 74



Figura 75



Figura 76



Figura 77



Figura 78



Figura 79



Figura 80

## BIBLIOGRAFÍA

1. **William Mc Horris, B.S., D.D.S.** Oclusión. Con especial énfasis sobre: el rol funcional y parafuncional de los dientes anteriores.
2. **Von Spee, Craff** (Anatomista alemán, describió la curva de compensación de la articulación de molares y premolares). CURVA DE SPEE 1.89
3. **Stuart, D.** Some aspects of the innervation teeth. Proceedings of Royal Society of Medicine. 20: 1675, 19274)
4. **Muhleman, H. Y Savdir, S.** Toothmobility its causes and significance. Journal of Periodontology, 36: 153, marzo, abril, 1965.
5. **Alonso-Albertini-Bechelli.** Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral. Editorial Panamericana. Buenos Aires, 1999.
6. **Aprile, Figún, Garino.** Anatomía Odontológica. El Ate-neo-Bs.As. 1960.
7. **Bennet.** A contribution to the study of the movements of the mandible. Proc Roy Soc Med Secc Odont 1908; 4:79-78.
8. **Celenza F.W, Nadeskin J.F.** Oclusión. Situación actual. Chicago. Quintessence Publishing, 1978.
9. **D'Amico.** The canine teeth normal relation of the natural teeth of man. Texas Dental Journal, 1962; vol. 80: 1.
10. **Dawson P.E.** Problemas Oclusales. Ed. Mundi, 1977.
11. **Huffman, Regenos.** Occlusal Morphology. Anaheim, 1970.
12. **Hobo S., Takayama H. A.** A new system for measuring condilar date and computing anterior guidance. Int.J. prosthodont., 1988; part I: 1: 99-106.
13. **Lucia V. O.** The Gnatological concept of articulation. Dent Clin North Am, 1962; 6: 183-187.
14. **Mc Horris.** The Anterior Teeth. Journal of Gnatology, 1983; 1: 1.
15. **Mc Horris.** Elation. Journal of Gnatology, 1984; 3: 3.
16. **Stuart C.** Good Occlusion for natural teeth. J Prothet Dent, 1964 ; 14: 716-724.
17. **Vartan Veshnilian.** Oclusión y Rehabilitación. Montevideo. Ind. Graf. Papelera, 1974.
18. **Álvarez Cantoni H.** Preparaciones racionales en prótesis parcial fija. Ed. Acheace.