

**Dr. Juan Núñez Fernández**

Licenciado en Odontología por la Universidad Europea de Madrid

Máster en Implantología y Rehabilitación Oral (ESORIB)

Diplomado en Cirugía Oral por la UCM

Diplomado en Estética Dental por la UCM

Miembro del Programa de Formación Continuada de la Universidad de Nueva York

Miembro Activo de la SEI

Practica Privada en Valladolid

Carga inmediata y estética en sector anterior. A propósito de un caso

En el mundo de la implantología si hay algo de lo que se habla incansablemente en los últimos tiempos es de "carga inmediata y estética en sector anterior"; el siguiente caso es el ideal para introducirse en ambos campos a la vez con un resultado predecible.

PALABRAS CLAVE

Estética, implante inmediato, tejido blando, sindesmotomía.

CASO CLÍNICO**DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO**

Paciente mujer de 27 años de edad, con altas demandas estéticas,

que acudió a la consulta solicitando tratamiento odontológico para solucionar el problema que tenía generado por la agenesia de la pieza "22" y la permanencia del "62" en boca (Figuras 1 y 2), pero con gran reabsorción de la raíz (Figura 3), hasta el punto de tener exclusivamente inserción mucosa, lo cual se traducía en gran movilidad, lo que preocupaba a la paciente ya que tenía miedo de perder la pieza. Nos pide que solucionemos el problema y hace especial hincapié en que no quiere estar en ningún momento sin diente.

Tras un examen radiográfico y clínico optamos por la extracción y colocación de un implante inmediato con su provisional.

En el estudio debemos prestar especial atención al espacio



Figura 1



Figura 2

Caso Clínico



Figura 3



Figura 4

del que disponemos (Figuras 4 y 5) para la colocación del implante y corona, valorando oclusión del paciente, espacio mesio-distal, grosor y profundidad de tejido blando y cantidad ósea en altura y en sentido vestibulo-palatino en toda la longitud del implante que vamos a colocar, teniendo presente la posibilidad de que a este nivel tenga el hueso una concavidad vestibular.

De esta manera evitaremos complicaciones en el momento de la cirugía ya que tenemos todas las variables controladas y habremos elegido el implante y provisional antes de comenzar.

FASE CLÍNICA

Una vez anestesiada correctamente procedemos a la extracción del diente temporal (Figura 6), haciendo una sindesmoto-

Caso Clínico



Figura 5

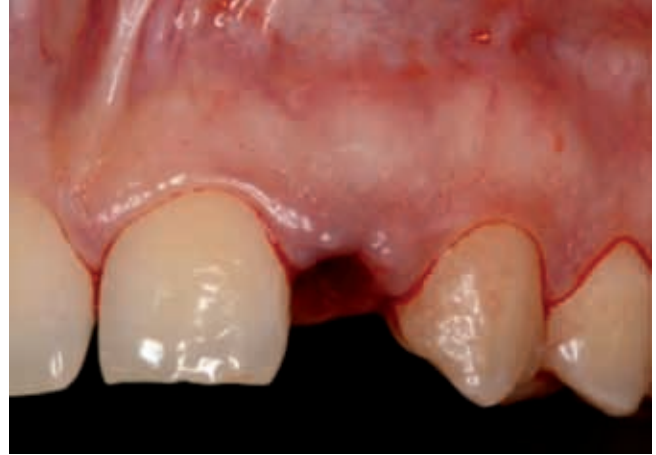


Figura 6

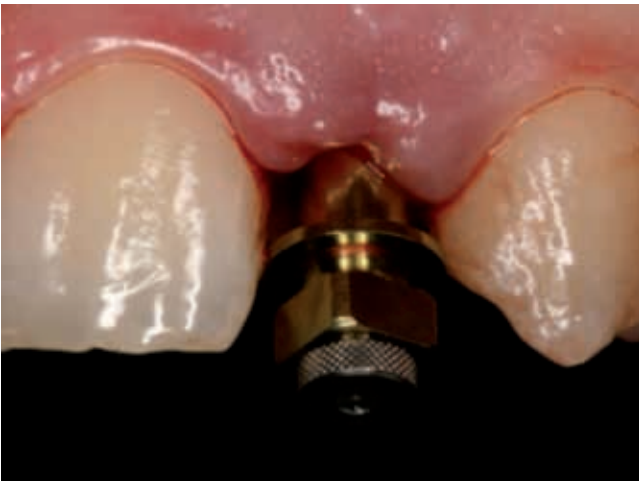


Figura 7



Figura 8

mía lo más meticulosa posible y legamos para conseguir un alveolo limpio que agradeceremos cuando coloquemos el implante. Sondamos para ver la profundidad a la que está el hueso, en este caso teníamos 5 mm de grosor de encía, esto lo debemos tener muy presente a la hora tanto del fresado como de la colocación del implante para tener controlada la cresta en todo momento.

Antes de empezar a fresar tenemos que volver a valorar la anchura ósea, como ya habíamos hecho en el momento del estudio, palpando con los dedos y también con una aguja, tanto por vestibular como por palatino a diferentes alturas, para tener una imagen en la cabeza de la anatomía de la cresta. De esta manera sabremos la angulación que podemos dar a nuestro implante, de forma que consigamos una emergencia correcta para la prótesis posterior pero evitando perforar la cresta vestibular y dejando la suficiente cantidad de hueso alrededor del implante.

El implante que vamos a colocar es un MG Osseous (Mozo Grau) de 3,3 x 13 mm (Figura 7), que es el que mejor se adapta al espacio que disponemos y para el tamaño de diente que colocaremos posteriormente.

Comenzamos el fresado con cuidado de centrarnos mesio-

distalmente, por la escasez de espacio que tenemos ya que debemos dejar al menos 1,5 mm entre implante y diente, y colocarnos más hacia palatino para así tener más grosor de encía para la estética gingival y que esta sea estable.

En la inserción del implante debemos prestar especial atención al nivel óseo vestibular, que suele ser diferente al mesial y distal, y es el vestibular el que tenemos que tomar como referencia ya que principalmente es este quien nos va a dar soporte a la encía y así prevenir posibles retracciones en esa zona. Los niveles óseos mesial y distal hay que tenerlos en cuenta más adelante para que la distancia entre estos y el punto de contacto sea aproximadamente de unos 5 mm que es la distancia ideal, según los estudios del doctor Dennis Tarnow, para el mantenimiento de las papilas interdentes.

Una vez colocado el implante, confeccionamos la corona provisional con una corona prefabricada de policarbonato (Figura 8) y un pilar calcinable antirrotatorio (Figura 9), en este caso, aunque como veremos luego es preferible utilizar pilares metálicos tallables provisionales (Figura 10), de plataforma "mini" antirrotatoria.

Rebasamos la corona prefabricada con resina autopolimerizable (Figura 11). Si la emergencia del implante es buena,

Caso Clínico



Figura 9



Figura 10



Figura 11



Figura 12



Figura 13



Figura 14

Caso Clínico



Figura 15



Figura 16



Figura 17



Figura 18



Figura 19

como en este caso, es preferible hacer el provisional atornillado, de manera que el pilar y corona quedan unidos por la resina. Esto lo hacemos agujereando la corona en palatino, de forma que sobresalga el pilar. Una vez fraguada la resina recortaremos lo que sobresale del pilar, ajustaremos y puliremos el provisional de manera que no nos queden escalones que retengan placa. Al ser atornillada la prótesis provisional nos facilitará el trabajo cuando tenemos que montar y desmontar y además nos aseguramos de que no se nos queden restos del cemento.

Una vez terminado chequearemos de nuevo la oclusión (Figuras 12 y 13). A la semana citaremos para revisión (Figura 14). Debemos tener revisiones periódicas para evitar complicaciones como la que tuvimos en este caso, que por culpa de aflojamiento del pilar puede venir el paciente como vemos en las imágenes (Figuras 15 y 16). Para evitar esto es preferible utilizar los pilares provisionales metálicos (Figura 10) que

Caso Clínico

Figura 20



Figura 21



Figura 22



Figura 23



Caso Clínico

hemos nombrado antes, ya que podemos dar más torque de apriete. Esta complicación tiene fácil solución, simplemente debemos recolocar y reapretar el pilar en su posición y recetar un antibiótico así como un colutorio de clorhexidina (Figura 17). Con esto a los 15 días el paciente vuelve con el problema casi completamente resuelto como vemos en las imágenes (Figuras 18 a 20).

Tras el tiempo de integración del implante, tomamos impresiones (Figura 21), hacemos la prueba de estructura y bizcocho y finalmente colocamos la prótesis definitiva (Figuras 22 y 23).

CORRESPONDENCIA

Email de contacto: jnufer@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Tarnow DP, Elian N, Fletcher P, Froum S, Magner A, Cho SC, Salama M, Salama H, Garber DA.** Vertical distance from the cresta of bone to the height of the interproximal papilla between adjacent implants. *J Periodontol* 2003; 74: 1785-1788.
- 2. Grunder U.** Stability of the mucosa; topography around single tooth implants and a djacent teeth: 1 year results. *Int J PeriodonticsRestorativeDent* 2000; 20: 11-17.
- 3. Choquet V, Hermans M, Adriaenssens P, Daelemans P, Tarnow DP, Malevez C.** Clinicalandradiographicevaluationofthe papilla leveladjacentto single tooth dental implants. A retrospectivestudy in themaxillary anterior region. *J Periodontol* 2001; 72: 1364-1371.
- 4. Garver DA, Salama MA, Salama H.** Immediate total tooth-replacement. *Compend Contin Educ Dent* 2001; 22: 210-218.
- 5. Tarnow DP, Cho SC, Wallace SS.** The effect of interimplant distance on the heigh to finterimplant bone crest. *J Periodontol* 2000; 71: 546-549.
- 6. Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P.** The effect of the distance from the contactpoint to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. *J Periodontol* 1992; 63: 995-996.
- 7. Abrahamsson I, Berglundh T, Wennstrom J, Lindhe J.** The peri-implant hard and soft tissues at different implant systems. *Clin Oral Implants Res* 1996; 7: 212-219.
- 8. Jansen VK, Conrads G, Richter E.** Microbial leakage and marginal fit of the implant abutment interface. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1997; 12: 527-540.
- 9. Tarnow DP, Stahl SS, Magner A, Zamzock J.** Human gingival attachment responses to subgingival crown placement. Marginal remodeling. *J Clin Periodontol* 1986; 13: 563-569.
- 10. Buser D, MartinW, Belser U.** Optimizing esthetics for implant restauration in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004; 19 (suppl): 34-61.
- 11. Rocci A, Martignoni M, Gottlom J.** Immediate loading in the maxilla using flapless surgery, implants placed in predetermined positions, and prefabricated provisional restorations: A retrospective 3-year clinical study. *Clin Implant Dent Relat Res* 2003; 5 (suppl 1): 29-36.
- 12. Chaushu G, Chaushu S, Tzohar A, Dayan D.** Immediate loading of single-tooth implants: Immediate versus non-immediate implantation. A clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2001; 16: 267-272.
- 13. Berglundh T, Lindhe J, Ericsson I, Marinello CP, Liljenberg B, Thomsen P.** The soft tissue barrier at implants and teeth. *Clin Oral Implants Res* 1991; 2: 81-90.
- 14. Vacek JS, Gher ME, Assad DA, Richardson AC, Giambarresi LI.** The dimensions of the human dentogingival junction. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994; 14: 155-165.
- 15. Kolh JT, Zander HA.** Morphology of interdental gingival tissues. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1961; 60: 287-295.
- 16. Buser D, Weber HP, Donath K, Fiorellini JP, Paquette DW, Williams RC.** Soft tissue reactions to non-submerge unloaded titanium implants in beagle dogs. *J Periodontol* 1992; 63: 226-236.