

## FICHAS TÉCNICAS



**Dr. Luis Cuadrado De Vicente**  
MÉDICO ESTOMATÓLOGO. ESPECIALISTA EN CIRUGÍA  
PLÁSTICA

**Dra. Cristina Canals Salinas**  
MÉDICO ESTOMATÓLOGO

**Dr. Alfonso García**  
ODONTÓLOGO. MASTER IMPLANTOLOGÍA ESORIB

**Dra. Almudena Martínez Bravo**  
ODONTÓLOGO. ESPECIALISTA IMPLANTOPRÓTESIS UCM

**Dra. Valería García**  
ODONTÓLOGO. ESP. CIR. NYU

**D. Iñaki Lauret**  
RESPONSABLE MULTIMEDIA I<sup>2</sup>

**Dra. María Garrido Salinas**  
ODONTÓLOGO.

### Centro i<sup>2</sup> Implantología Madrid

**Cristina Cuadrado Canals**  
ALUMNA ODONTOLOGÍA U. EUROPEA DE MADRID

# Provisionales en Implantología

A pesar de los avances recientes en la terapéutica odontológica general existe aún un gran grupo de pacientes que, debido a multitud de causas, no pueden ser rehabilitados con técnicas tradicionales.

Actualmente este amplio grupo de pacientes en muchas ocasiones pasan de una determinada condición oral, patológica pero con sus piezas dentales, a la exodoncia de las mismas y el tratamiento implantológico.

Hasta hace unos años el objetivo fundamental del tratamiento era colocar los implantes y rehabilitar al paciente con una prótesis removible cuyo único fin era proteger los implantes de cargas y tratar de conseguir una estética transicional hasta colocar la prótesis definitiva.

El concepto ha cambiado radicalmente. En la actualidad el concepto de función inmediata ha cambiado totalmente nuestra visión del tratamiento. Sabemos que en muchas ocasiones los resultados de nuestros implantes son mejores si aplicamos esta función inmediata que si esperamos como lo hacíamos antes. Y este concepto, siempre que cumplamos los criterios de función inmediata, es válido incluso para situaciones tan críticas como el uso de implantes cigomáticos.

Por tanto, el abordaje del tratamiento ha cambiado.

Realizamos la cirugía teniendo como meta el conseguir esos 35 Ncm mínimos en la inserción del implante y corroborando la estabilidad de la interfase con un mínimo de 60 como valor de ISQ.

En esta filosofía es donde el valor de la prótesis provisional sobre implantes cobra un protagonismo especial. Con ella no sólo vamos a rehabilitar inmediatamente al paciente sino que, además, la utilizamos como un ele-

mento terapéutico más. Quizá es la parte del tratamiento más plástica que nos permite modelar la encía en muchas ocasiones y predecir el resultado del tratamiento.

Podemos jugar con su forma, diseño y posición para ir consiguiendo el objetivo final de nuestro tratamiento, la rehabilitación de nuestro paciente con la mejor estética y función.

En líneas generales podemos hablar de :

- 1.- Uso de púnticos ovoides.
  - 2.- Provisionales con troneras amplias que permitan la máxima introducción de encía para conseguir papila.
  - 3.- Ausencia de presión en zona gingival, permitiendo el adecuado crecimiento y estabilidad de la misma.
  - 4.- Perfecto ajuste en los provisionales para intentar la máxima estabilidad de la interfase. Para ello en muchas ocasiones intentaremos colocar en la cirugía, o lo antes posible, el pilar definitivo. De esta manera intentaremos mantener el sellado epitelial lo que redundará en un menor índice de periimplantitis o recesión gingival.
  - 5.- Actualmente ya se pueden realizar provisionales con sistemas de CAD\_CAM (Procera/ Telio)
  - 6.- El tratamiento con provisionales ha de ser dinámico, con evaluaciones periódicas, realizando las modificaciones necesarias en el provisional.
  - 7.- En casos estéticos podemos usarlos junto a injertos epiteliales o conectivos para ir mejorando el resultado final.
  - 8.- Tratamiento progresivo, en determinados casos, para devolver al paciente la dimensión vertical y tratar posibles patologías oclusales o articulares, buscando la adaptación neuromuscular.
- Presentamos a continuación algunas imágenes de uso de prótesis en Implantología.

CASO 1

Paciente con enfermedad periodontal terminal. Se realizan raspajes días antes de las extracciones y se colocan implantes inmediatos en maxilar superior e inferior. Se seleccionan cuatro o seis implantes por arcada para ser cargados. Se toman impresiones y, en este caso, para modelar la encía se decide realizar muñones para cemen-

tar una prótesis fija provisional. Como el despegamiento se limita sólo a lo mínimo necesario, estos muñones se colocan a los cuatro o seis días y se retira la sutura.

Se usa cemento provisional y siempre la mínima cantidad para evitar el exceso de cemento y poder retirar la prótesis en las revisiones.



1. Previo a las exodoncias.



2. Implantes inmediatos. Muñones colocados a los seis días.



3. Vista frontal.



4. Presentando prótesis provisional.



5. Detalle de muñones sector 1.



6. Prótesis provisional.



7. Detalle prótesis provisional.

CASO 2

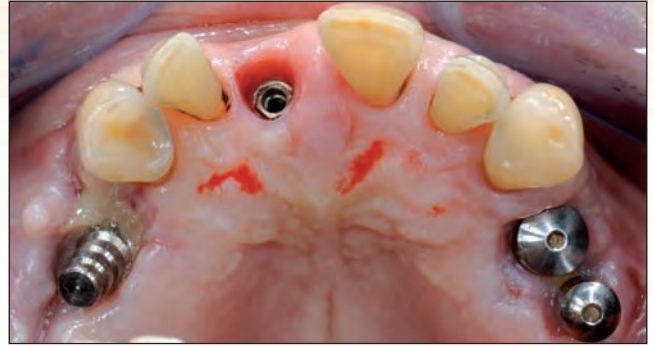
Paciente con prótesis sobre implantes en extremos distales de maxilar superior y unitario en 11. Enfermedad periodontal avanzada y patología disfuncional. Ha fracturado el implante de 25 y 24. Se procede primero (tres meses antes) a retirar los implantes de 24 y 25, instalando nuevas fijaciones. Se remodela la encía del implante de sector 1.

Se ha preparado una prótesis provisional sobre los implantes y se realizan las exodoncias y colocación de nuevos implantes en las extracciones.

Al finalizar la cirugía se coloca esta prótesis provisional atornillada sobre los implantes antiguos, permitiendo la cicatrización de los nuevos, sin carga.



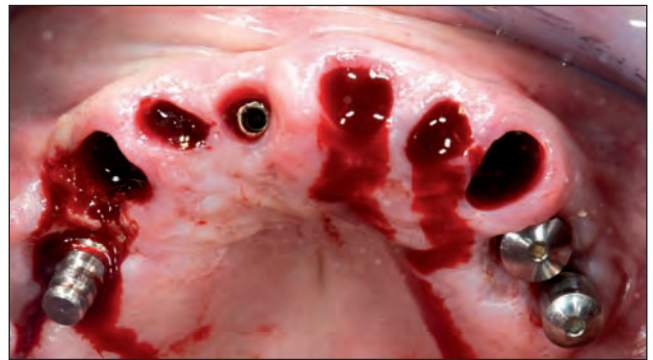
8. Preoperatoria.



9. Vista oclusal.



9. Vista oclusal.



11. Exodoncias e implantes inmediatos en los lechos.



12. Provisional atornillado en los implantes previos.



13. Vista oclusal.

## CASO 3

Implante en 11, en dos fases. Pérdida de la pieza por fractura radicular. Se realizó colocación del implante e injerto con Biooss y cobertura con Bioguide. Injerto conectivo. Se descubre a los cuatro meses y se toman impresiones para realizar provisional atornillado para modelar la encía. El definitivo se coloca cuatro meses después.

Observar el detalle en la figura 18 donde se ve en el margen crevicular un pequeño orificio en distal. Era un resto del monofilamento de sutura del injerto que apareció días antes de colocar a corona definitiva.



14. Provisional atornillado.



15. Provisional colocado.



16. Detalle del provisional.



17. Corona definitiva colocada.



18. Detalle de la corona definitiva.

CASO 4

Paciente con coronas antiguas y piezas no viables. Se realiza la extracción, colocación de implantes inmediata y toma de impresiones, colocándose la provisional a los tres días, cementada sobre muñones.



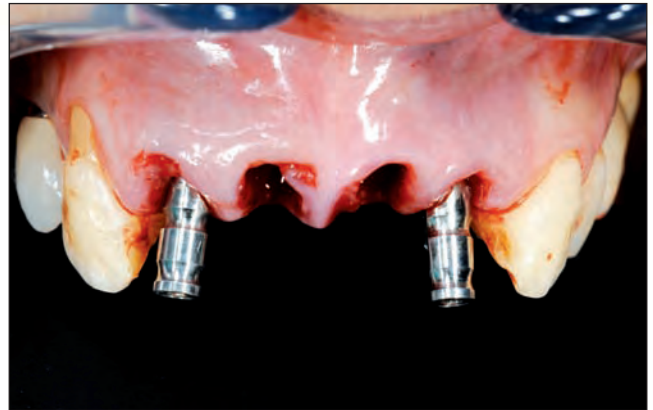
19. Previo a las extracciones.



20. Exodoncias e implantes inmediatos.



21. Implantes



22. Tomas de impresión.



23. Provisionales control a los dos meses.



24. Detalle provisionales.

## CASO 4

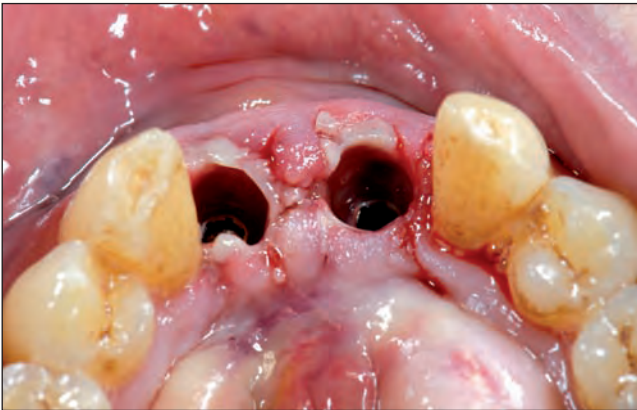
Paciente en el que se realizan extracciones de 32 a 42 y colocación simultánea de dos implantes. A los dos días se coloca la prótesis provisional atornillada directa.



25. Postoperatorio a los dos días.



26. Provisional.



27. Pilares retirados.



28. Provisionales atornillados.

**PATROCINADO POR:**  
Centro i<sup>2</sup> Implantología  
C/ Diego de León, 11. Madrid  
[www.i2-implantologia.com](http://www.i2-implantologia.com)