



Dr. Alfonso García Pérez
LICENCIADO EN ODONTOLOGÍA-UEM
-MASTER EN IMPLANTOLOGÍA Y REHABILITACIÓN ORAL
ESORIB

Dr. Luis Cuadrado de Vicente
MÉDICO ESTOMATÓLOGO
CIRUJANO PLÁSTICO

Doctora Valeria García
ODONTÓLOGO

Doctora Cristina Canals Salinas
MÉDICO ESTOMATÓLOGO

Doctora Almudena Martínez Bravo
ODONTÓLOGO

D. Iñaqui Lauret

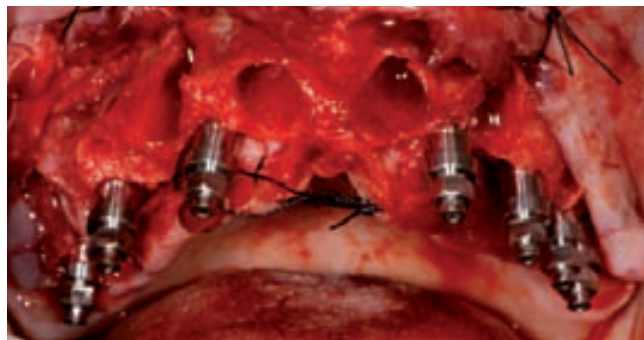
MULTIMEDIA

Centro i2 Implantología Madrid

Cristina Cuadrado Canals
ALUMNA ODONTOLOGÍA UEM

Tratamiento implantológico del diente inviabile: ¿Cuándo ponemos el implante, cuándo esperamos?

Durante la planificación de los casos implantológicos es muy común el que se nos presenten pacientes con dientes inviabilizados por distintos motivos que aún permanecen en boca y que deben ser sustituidos por implantes. La proporción de estos pacientes respecto a los que perdieron las piezas hace tiempo aumenta progresivamente. Siendo éste un factor indicativo de la mejoría de la educación dental en nuestra sociedad. En estos casos, hay distintas estrategias terapéuticas hasta conseguir nuestro objetivo que es realizar la extracción y sustituirlo colocando un implante.



En esta ficha técnica intentaremos dar unos parámetros básicos para facilitar a resolver este paso de la planificación implantológica tan decisivo y cada día más frecuente.

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS IMPLANTOLÓGICAS:

Aunque existen en la literatura muchas clasificaciones muy válidas y académicas, en nuestra práctica diaria, las opciones terapéuticas del diente inviabile las resumimos en tres:

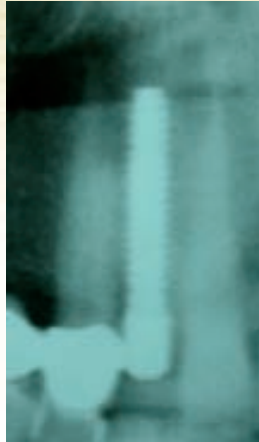
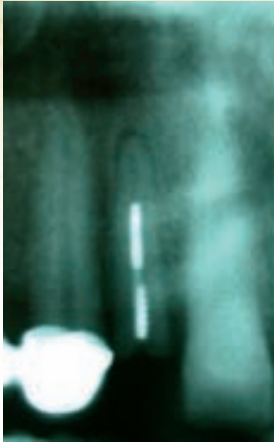
1. Implantes inmediatos, cuando lo colocamos en el mismo acto quirúrgico de la extracción.
2. Implantes tempranos, cuando esperamos a que se maduren los tejidos blandos.
3. Implantes diferidos, cuando esperamos a que se maduren tejidos blandos y duros.

FACTORES DETERMINANTES

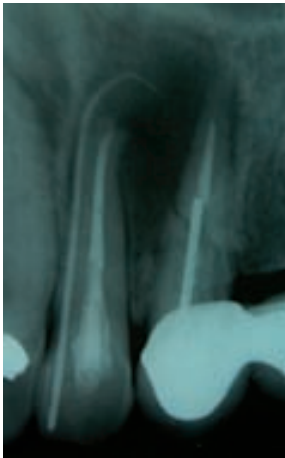
Para escoger la opción correcta tendremos que estudiar minuciosamente una serie de factores determinantes preoperatorios e intraoperatorios.

A. Factores determinantes preoperatorios, son aquellos que pueden estudiarse durante la fase diagnóstica:

1. Disponibilidad ósea, deberemos valorar:
 - Sí hay hueso suficiente más allá del ápice (3-4 mm) para poder anclar nuestro futuro implante.
 - Anchura del alveolo, siendo la situación más favorable cuando éste es más estrecho que el implante.
 - Estado inicial de la tabla vestibular mediante sonda periodontal y exploración.

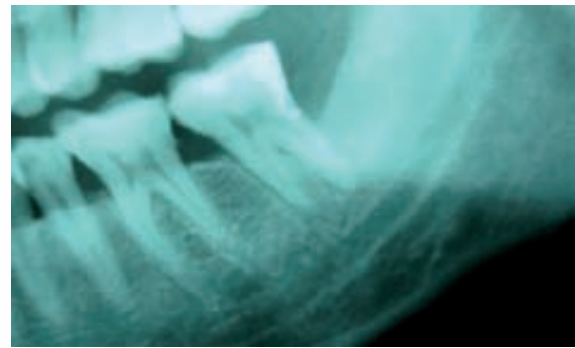


2. Presencia o ausencia de infección activa de cualquier tipo.



3. Biotipo periodontal, grueso o fino.
4. Estado de los tejidos blandos locales, es decir, arquitectura gingival conservada o no y presencia o no de encía queratinizada.
5. Coincidencia o no con la posición del implante. Cuando no son implantes unitarios, podemos estudiar la posibilidad de colocar el implante en una posición no coincidente con la extracción a realizar.

6. Posibilidad de angular la trayectoria del implante respecto a la original del diente a extraer.



- B. Factores determinantes intraoperatorios, aquellos que sólo se pueden valorar durante el acto quirúrgico. De la existencia de éstos hay que informar al paciente puesto que nos pueden condicionar el tiempo de colocación del implante:**

1. Ausencia de la pared vestibular (es la pared la más importante) bien por fractura durante la extracción o bien porque nos engañe el sondaje periodontal. En esta situación, según la evidencia bibliográfica, es preferible (que no indispensable) no ponerlo en el mismo acto para obtener un mejor resultado de la regeneración ósea.
2. Ausencia de estabilidad primaria.

INDICADORES DE RIESGO DE SUPERVIVENCIA

Hay una serie de situaciones en las que tenemos que ser más cautelosos:

1. Periodontitis crónica.
2. Patología periapical.
3. Carga inmediata. 91% de supervivencia en inmediatos frente al 95% en diferidos.

RESUMEN-INDICACIONES

Una vez tenido en cuenta los factores anteriores será cuando podremos realizar un plan de tratamiento tentativo decidiendo un tiempo quirúrgico u otro.

Se podría resumir de la siguiente forma:

- **Inmediatos:** Ausencia de infección, disponibilidad ósea adecuada y tejidos gingivales adecuados.
 - **Tempranos:** Infección con disponibilidad ósea adecuada* y/o problemas gingivales que contraindique un protocolo inmediato.
 - **Diferidos:** Ausencia de disponibilidad ósea para la colocación deseada del implante y/o infección.
- * cuando se da una dehiscencia de la tabla vestibular que se deba regenerar, hay evidencia científica que asegura mejores resultados si se sigue un protocolo de implantes tempranos en vez de inmediatos, siendo los materiales de elección hidroxiapatita reabsorbible de origen bovino y membrana reabsorbible.

COMPLICACIONES.

- **Infección.**
- **Dehiscencia de sutura,** sobre todo cuando se trabaja elevando colgajos simultáneos a técnicas de regeneración. Produce un aumento en la pérdida vertical de la pared vestibular.
- **Recesión, más frecuente** en inmediatos respecto a las otras dos opciones terapéuticas. Los factores asociados a esta complicación son los siguientes:
 - Biotipo gingival, más frecuentes en biotipos finos.
 - Grosor de la pared vestibular, en grosores menores de 0,5 mm habrá una pérdida vertical de alrededor de 2mm de media, mientras que en grosores de más de 0,5 mm se perderá 0,8mm, es decir, la mitad.
 - Posición vestibulo-lingual del cuello del implante, es menos probable la aparición de recesiones cuando se posicionan los implantes más palatinizados evitando la compresión de la pared vestibular por parte del implante. Es preferible que quede un gap grande y rellenarlo que quede un gap pequeño y que comprimamos la pared vestibular.

FALSOS MITOS

“Colocado el implante no hay reabsorción” existe eviden-

cia en la literatura de que un implante colocado de una forma inmediata no evita “per se” la reabsorción y remodelación ósea tras la extracción.

“Con implantes inmediatos se consigue mayor estética” la formación definitiva de la papila es independiente del tiempo de la colocación del implante.

“Los implantes inmediatos fracasan más” la proporción de fracasos son similares en las distintas opciones, sólo cuando son inmediatos con carga inmediata aumenta ligeramente los fracasos.

“Poniendo hidroxiapatita reabsorbible de origen bovino se previene la reabsorción ósea” es una verdad a medias porque es cierto que previene la reabsorción ósea horizontal pero no la vertical.

PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS



1. Evitar levantar colgajos.



2. Mejor no sumergidos que sumergidos.



3. Posición lingualizada, para evitar compromiso de la pared vestibular.



4. Injertar siempre el gap, ante la posibilidad de que no se regenerere. Si es de menor o igual de 2 mm la probabilidad de que se regenerere espontáneamente sin injertar es del 78%.

5. 1mm por debajo de la pared vestibular (en sentido corono-apical) si es gruesa ó 2mm si es fina.

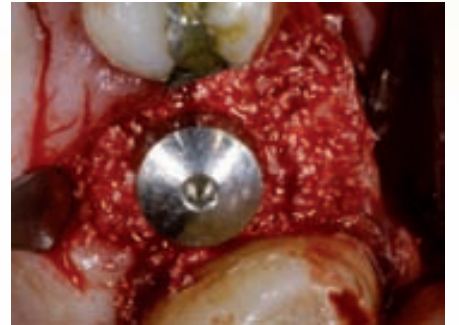
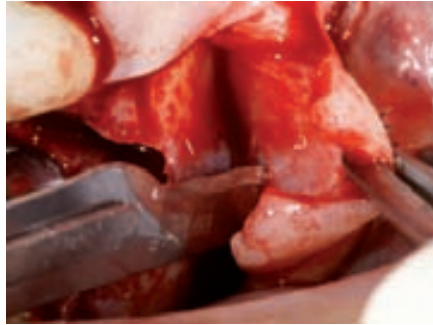
CASOS CLÍNICOS

IMPLANTES INMEDIATOS Caso 1 sin colgajo.



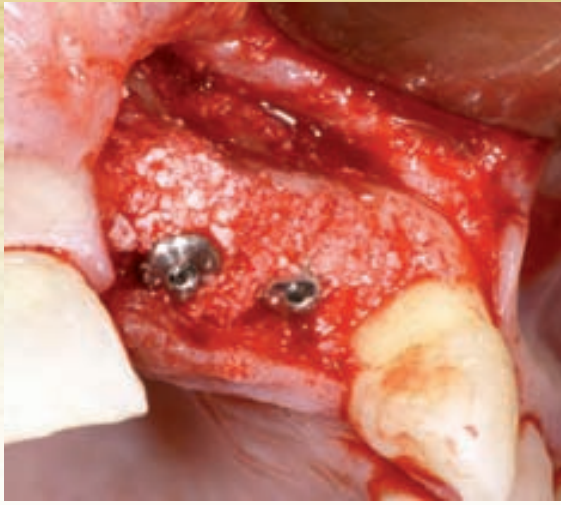
Caso 2 con colgajo.





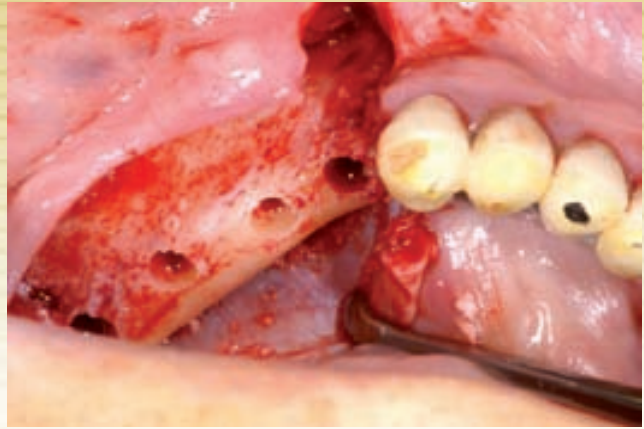
IMPLANTES TEMPRANOS Caso 3.





IMPLANTES DIFERIDOS Caso 4.





PATROCINADO POR:
Centro i² Implantología
C/ Diego de León, 11. Madrid
www.i2-implantología.com