



**Dr. Alfonso García Pérez**

LICENCIADO EN ODONTOLOGÍA (FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID UEM-CEES).

-MASTER EN IMPLANTOLOGÍA Y REHABILITACIÓN ORAL (EUROPEAN SCHOOL OF ORAL REHABILITATION IMPLANTOLOGY AND BIOMATERIALS MADRID-PARIS).  
-DIRECTOR CLÍNICA NOXADENT.  
CENTRO 1º IMPLANTOLOGÍA  
Madrid

**Dr. Luis Cuadrado de Vicente**

MÉDICO ESTOMATÓLOGO  
CIRUJANO PLÁSTICO  
CENTRO 1º IMPLANTOLOGÍA  
Madrid

## Rehabilitación maxilar total fija implantosoportada: simplificación del tratamiento más complejo

Esta ficha técnica tiene como fin introducir al odontólogo general en esta opción terapéutica con un protocolo simple, de esta manera, evitaremos la necesidad de tener grandes conocimientos implantológicos y disminuirémos las posibles complicaciones debido a la simplicidad para llevarlo a cabo de una manera segura y con unos resultados óptimos.

Desarrollaremos todos las fases clínicas necesarias para rehabilitar el maxilar superior con una prótesis fija total implantosoportada de recubrimiento cerámico. Fig. A

Esta opción terapéutica es al concepto rehabilitador máximo que podemos aspirar, implantológicamente hablando. A lo largo de esa ficha técnica desarrollaremos el protocolo técnicamente más asequible de poder conse-

cas y materiales más sofisticadas que, por supuesto, obtienen resultados más óptimos. A estas últimas que nos referimos son desde la utilización de distintos pilares intermedios hasta la utilización de sistemas CAD-CAM de fresado de estructuras en materiales como titanio o zirconio por ejemplo.

De la multitud de opciones que tenemos actualmente de conseguir una rehabilitación total fija implantosoportada con recubrimiento cerámico, la opción elegida que se adapta más a la finalidad "iniciadora" de esta ficha técnica sería mediante la utilización de:

1. Implante de hexágono externo estándar como tipo de conexión. (fig.B).
2. Uclas calcinables rotatorios directos a implante; (figura.C)



guirlo de una forma digna, centrándonos en la fase protodóncia.

Se puede considerar un primer eslabón antes de adentrarse en rehabilitaciones más complejas utilizando técni-



3. Metal-cerámica como material de elaboración de la prótesis (figura.D)

Hemos elegido estas opciones por las siguientes razones:

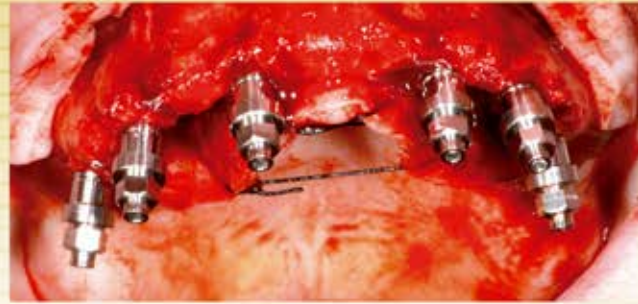
- Simplicidad.
- Ampliamente probadas y documentadas



- Universalidad.
- Compatibilidad entre distintas marcas de implantes.
- Complicaciones fácilmente solucionables.

#### FASES TERAPÉUTICAS

1. Diagnóstico y estudio del caso: historia clínica, entrevista con el paciente, exploración extra/intraoral y por imágenes, modelos de estudio y encerados diagnósticos. Comprobaremos que tiene disponibilidad ósea para al menos colocar 6 implantes, que el espacio protético sólo corresponde a la pérdida dental o poco más (es decir, que no necesita reponer reborde alveolar) y que el soporte labial será suficiente.
2. Primera Fase quirúrgica de colocación de implantes: en este caso serán de máxima importancia la posición de los implantes (intentando coincidir con posiciones dentales) y orientación (para que las chimeneas de los tornillos protéticos salgan a nivel de cúngulos o caras oclusales posteriores). Para conseguir este objetivo más fácilmente, podremos hacer una férula quirúrgica a partir del encerado diagnóstico. (Figura E).
3. Segunda Fase quirúrgica de descubrir implantes: buscando un volumen adecuado de encía queratinizada (mucosa periimplantaria) por salud y estética. Como utilizaremos uclas directas a implantes, tampoco nos interesa tener grosores de encía superiores a 3 mm, para evitar mucositis crónicas periimplantarias. En casos de más de 3 mm de grosor de encía sería recomendable la utilización de pilares transeptiliales.



4. Impresiones primarias: mediante copings para técnica de cubeta cerrada con alginato o con silicona pesada si se va a demorar su vaciado.
5. Impresiones definitivas: con cubeta abierta con copings específicos para ser arrastrados en la impresión con siliconas o poliéteres.
6. Dimensión vertical, relaciones intermaxilares y referencias estéticas. Mediante planchas base y rodets de oclusión.
7. Prueba de dientes en cera.
8. Prueba en metal, en esta fase además tomaremos unas nuevas relaciones maxilo-mandibulares (con siliconas de registro oclusales) y cráneo-maxilares, para remontar el trabajo en articulador semiajustable. Preferimos realizarlo en este paso por disponer de la estructura metálica atornillada totalmente estable y no de una plancha base más inestable.
9. Bizcocho: comprobaremos la necesidad de alguna pequeña corrección estética, la oclusión y ajustes con la encía ya que al ser normalmente pacientes provisionalizados con prótesis mucosoportadas suelen existir variaciones a nivel gingival.
10. Glaseado final.

#### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 52 años de edad sin antecedentes clínicos de importancia excepto tabaquismo. Tras realizar un plan de tratamiento de acuerdo con el paciente se decide realizar una rehabilitación maxilar total fija implantosoportada de metal-cerámica tras extracciones de las piezas superiores remanentes. (Figura 1).



Mientras se va tratando el maxilar inferior damos tiempo a una curación ósea superior correcta. (Figura 2).



Se decide colocar seis implantes de hexágono externo para su posterior rehabilitación. (Figura 3).



Tras tres meses de espera, se realiza la segunda cirugía (Figuras 4 - 6).



A la semana, se retiran suturas y aprovechamos la cita para tomar una impresión primaria. Utilizaremos copings de impresión para cubeta cerrada, es decir, no los arrastraremos, sino que una vez extraída la impresión los reposicionaremos habiéndolos fijado las réplicas de los implantes. (Figuras 7 y 8)

