



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TIPOS DE IMPLANTES PARA  
REHABILITACION ORAL



T E S I S

Que para obtener el título de  
CIRUJANO DENTISTA

presenta:

LARISSA CAMPOS LOZADA

México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1990



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE:

INTRODUCCION

CAPITULO 1

SIGNOS VITALES

- presion sanguinea
- pulso
- ritmo
- volumen
- temperatura
- respiracion
- peso
- uroanálisis

CAPITULO II - Implantes subperiosticos

Introduccion

- indicaciones
- contraindicaciones
- tecnica
- ventajas

CAPITULO III -Implantes intramucosos

Introduccion

- indicaciones
- contraindicaciones
- tecnica

-ventajas

CAPITULO IV - Implantes de maxilar

Introduccion

-indicaciones

-contraindicaciones

-tecnica

-instrumental

-ventajas

CAPITULO V - Metodo Sargenti

Introduccion

-propiedades

-accion sobre los tejidos necroticos

-mezcla

-indicaciones

-contraindicaciones

-composicion

-usos

CAPITULO VI - Estabilizadores endodonticos

Introduccion

-indicaciones

-contraindicaciones

-tecnica

-ventajas

CAPITULO VII - AGUJAS ENDOSEAS

Introduccion

-indicaciones

-contraindicaciones

-tecnic

-ventajas

-Caso clinico

conclusiones

ficha bibliografica

## INTRODUCCION:

Implantología una nueva era de educación y servicio al paciente

### Implantología

Consiste en colocar un implante intraóseo de una aleación que es biocompatible al hueso.

La ventaja de esta técnica es que los pacientes que han perdido piezas dentarias naturales ya no necesitan usar prótesis totales o puentes removibles con las molestias que éstas implican, sino que podrán gozar de estos implantes como si fueran sus piezas naturales.

Esta técnica se realiza por medio de :

-Estabilizadores endodónticos

a) Perno en forma de espiral

b) Perno directo al hueso

c) Perno para refuerzo de dientes

-Inserciones intramucosas

-Implantes subperiósticos

-Implantes de navaja

En 1842, Dr. Crawford W. Long de Jefferson Georgia, usó ether inhalado para anestesiar y remover en primer tiempo un conducto del cuello. El no publicó sus resultados por miedo a que sus trabajos, iban en contra de lo que enseñaba la Biblia. En 1844 Horace Well convencido de que el ether podría ser usado para extracciones y tenía su colega, Dr. Riggs, removió uno de sus propias piezas.

Well probó sin éxito con su amigo físico la técnica. En 1846 un estudiante de Wells, William T. E. Morton, demostró el uso de ether sulfúrico en el Hospital de Massachusetts. Decadas marcharon por antes, el concepto fue emocionalmente y científicamente aceptado por la comunidad profesional. Pasó el tiempo hasta que la búsqueda y la experiencia clínica resultó en lo seguro, probaron paso a paso procedimientos de anestesia usados hoy en día.

En 1847, un Hunfaro físico, Ignaz Philip Semmelweis se convenció, que la alta razón de muerte por fiebre puerperal en la sección de obstetricia del Hospital General de Viena fue debido a la falta de calidad. El físico comunmente fue hacia el cuarto de disección ha leer que se liberaban microorganismos por la falta de lavado en las manos y cambió de ropa. Después instituyó la rutina o procesos de sanidad. Semmelweis fue hábil en reducir el porcentaje de muertes en su clínica.

En 1860 por 12 años escribió "La etiología, el concepto, y la profilaxis de la fiebre puerperal". En la historia de la medicina. Esta garantía quedo como una de las más grandes escrituras. Una simple verdad, pero presentó al mundo cual era su error. Semmelweis fue profesionalmente condenado y eventualmente fue visto como un loco en el año 47. Ironicamente el murió de septicemia por

cortarse un dedo. El hombre quién fue el primero en agarrar el concepto de sepsia y asepsia, antes que Lister, Pasteur y el desarrollo de operaciones de esterilidad hoy en día y terapia con antibióticos. La Universidad de medicina de Viena sobre un siglo después de su muerte fue reconocido como Dr. Ignaz Semmelweis.

Por siglos dentistas se han estado esforzando por el reemplazo de dientes perdidos y tratan de asociar condiciones con otro perdido. En los Estados Unidos nosotros hemos experimentado la amalgama, el doloroso y lenta terapia de rotación de canales, etc. La implantología dental moderna comenzaba en 15-19 clínicas fueron usados con duda, el paciente perservo hasta hoy. Nosotros seguimos paso a paso, la técnica del implante al servicio de nuestro paciente. Nuevas búsquedas de métodos, rápidos sistemas de comunicación material industrial viendo lejos las normas de educación todas sirven para aminorar el drama del crecimiento y aceptada implantología. Varios de los pioneros en este excitante campo de dentistas condujeron con gran satisfacción y placer en su propio tiempo como colegas adoptaron éstas nuevas técnicas y principios.

Nosotros ahora, escogemos servir en nuestra profesión a la comunidad para continuar altos niveles de técnicas y descubrimientos. Nunca antes ha habido tal espíritu de cooperación internacional. Nuevos descubrimien--



tos y pacientes demandan el uso y los beneficios de la implantología oral.

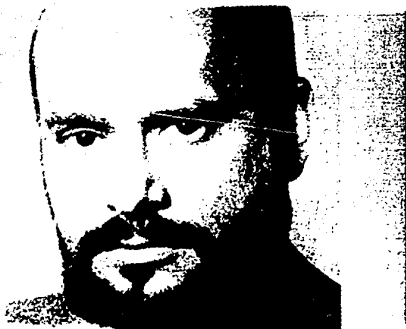
En esta tesis muestro los implantes más usados y hablo de las técnicas del Dr. Charles W. Weiss y el Dr. Kenneth W. M. Judy.



CHARLES M. WEISS.

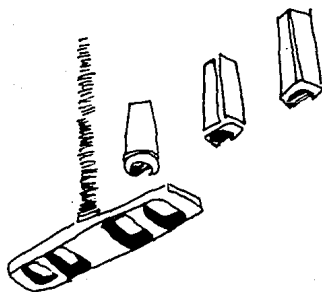
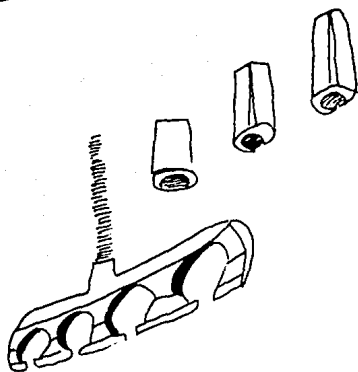
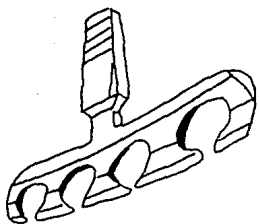
DR. Weiss es el fundador, pasado presidente y ha servido como Director Ejecutivo del Congreso Internacional de Implantólogos orales. El tiene ahora la función de presidente del Consejo gubernador y continúa como Editor de, The International Journal of Oral Implantology. El es también fundador y pasado presidente del Instituto para Implantes Endoóseos. El ha leído y publicado extensivamente en el campo de implantes orales, protodoncia, y práctica administrativa dental.

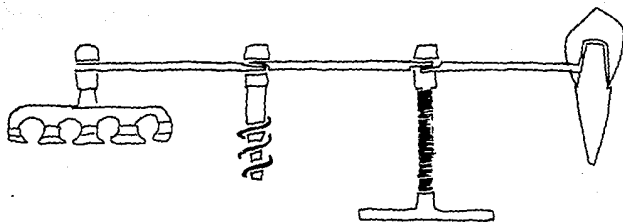
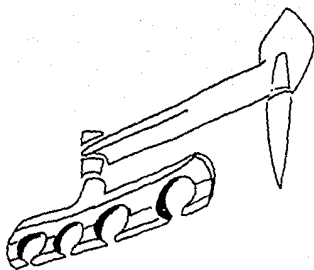
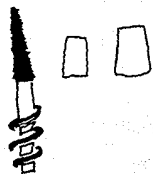
El ha sabido, Charles Weiss por 31 años yo respeto a él por su profunda y honorables creencias respecto a los implantes, y su ardiente deseo e incansables esfuerzos a la educación y avances del campo con la profesión alrededor del mundo. Su habilidad como dentista, científico e inventor. El es también un hombre sensitivo y un leal amigo. Hay muy poco de estos dinámicos hombres alrededor. El es una ventaja y una luz guadora en el campo de la Implantología Oral.

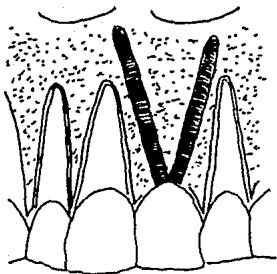
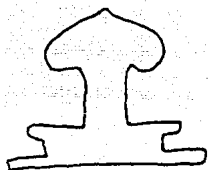
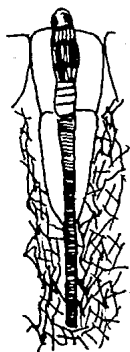


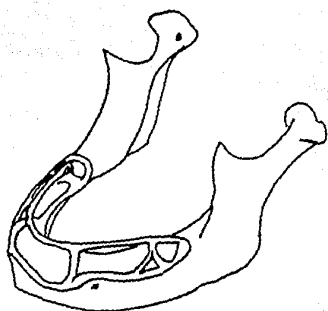
**KENNETH E. M. JUDY**

DR. KENNETH W.M. JUDY ha servido como presidente del programa del pasado cuarto Congreso Mundial. El también ha contribuido en la dirección del Congreso Internacional de Implantólogos Orales como co editor del Implantólogos Orales y como Director del Programa y Educación. Otros honores del Dr. Judy es un prójimo o miembro honorable de la Academia de Dentistas Generales. La academia de Implantólogos y transplantes. La Sociedad Australiana de Implantólogos. La Sociedad Japonesa de Implantólogos. La Academia Árabe de Implantólogos Orales. La Academia de Implantólogos Colombianos y la Deutsche Gesellschaft Für Zahnärztliche Implantologie.











FIEBRE PUERPERAL +

Estado morboso consecutivo al parto o aborto, debido a la penetración en el organismo, por la herida uterina, de diversos gérmenes, entre otros, especialmente, y que presenta diversas formas más o menos graves, desde la simple metritis a la infección purulenta y septicemia.

## SIGNOS VITALES

El campo de implantólogos orales ha gozado de muchos éxitos y perfeccionamientos sobre los pasados 10 años. Nuevas técnicas quirúrgicas adelantan en terapia con drogas, aspectos biocompatibles y biomecánicas del material y modelos protésicos son continuamente presentados. Hoy 4 categorías básicas que han permanecido por todos los implantólogos.

- 1.-Evaluación médica.
- 2.-El propio implante escogido
- 3.-Técnica quirúrgica
- 4.-Todo plan de tratamiento y diseño de la prótesis final

Hoy, debido al incremento de avances de la profesión médica, el dentista está trabajando con más edad y al paciente lo compromete medicamente. Como implantólogos orales nosotros utilizamos todos los recursos variables para asegurar un éxito del pronóstico para cada candidato a implantes. La evaluación médica del paciente la estructura es importante en determinados casos hay procesos especiales, precauciones o modificaciones necesarias en el tratamiento dental de estos pacientes. Protegiendo la rutina del paciente previamente pensando ser curado con test de laboratorio normalizado, ha mostrado que 12-18% ha tenido desórdenes de ansiedad, diabetes u otras enfermedades las cuales pueden afectar inmediata-

mente resultados quirúrgicos, o largos períodos de razones de éxito del candidato a implantes. La utilización de test clínicos y laboratorio resulta siempre mejor para el diagnóstico, tratamiento y manejo del paciente con implantes orales. Incrementando los cuidados muestra que la evaluación medico-dental del candidato a implantes es el factor más importante cuando el pronóstico de largo alcance de reconstrucción de implantes es considerado.

El éxito de los implantólogos respecto a laboratorio descubierto con:

- Utilización de procesos de laboratorio que está en beneficio del tratamiento o diagnóstico de un candidato a implantes.
- Interpretar este test y su influencia en tratamientos
- Reconocer al paciente física e internamente para cuidado medico para después de un proceso de implantes.

El standart mínimo recomendado para la asociación americana dental y la Academia Americana de dentistas implantólogos para evaluación medica de una candidato a implantes incluye:

- Cuestión de sanado
- Completo recuento sanguíneo
- SMA 12 SMA 6
- Uroanálisis
- Proceso de sangrado y pulso

Desde que nosotros estemos tratando con un proceso quirúrgico un tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y otros signos vitales (temperatura, peso, respiración) son incluidos en este artículo.

La cuestión de curación es muy importante suceso de información hacia el candidato a implantes y puede ser mas revelante. Muchos libros de texto y cirugía oral discuten este punto cuidadosamente. Este es el primero de 4 artículos se incluíran:

- Signos vitales y uroanálisis
- Cuento completo de sangre, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina.
- SMA 12
- SMA 6 y conclusiones hacia los artículos previos.

Hay 4 signos clásicos vitales incluyen:

- 1.-Presión sanguínea.
- 2.-Pulso.
- 3.-Respiración
- 4.-Temperatura.

La satisfacción vital de peso y altura podría adicionar para esta lista y podría servir como manantial de información adicional pertinente.

PRESION SANGUINEA :

Presión sanguínea está comenzando en muchos oficinas dentales cruzando la ciudades todos los pacientes inmediatamente después de una historia medica y dental. Esto ha provisto ser un mérito de experiencia en detectar previamente un desconocido presión alta hipertensión y arterioesclerosis contando por cerca del 40% de enfermedades del corazón. En esencia hipertensión es definida como elevada presión sanguínea crónica de etiología desconocida. Esta afecta cerca del 20% de nuestros adultos. Por eso la hipertensión es el más crítico factor en predecir enfermedades cardiovasculares morbilidad y mortalidad en lo general.

- a.-3 tiempos como mucho enfermedad coronaria
- b.-4 tiempos como mucho mal cardiaco.
- c.-7 tiempos como muchos golpes pacientes con presión sanguínea normal.

Este silencio muerto es la primera causa de 60,000 muertes y contribuyendo un factor el 1.5000,000 a través al corazón y golpes que ocurren cada año en los Estados Unidos y aún esto es estimado que la mitad de la hipertensión en esta ciudad son indidiagnosticadas. Es más completamente entendido de esta relación a implantologos que el implante sea revisado.

El límite de presión alta es 140mmHg sistólica y 90 mmHg diastólica. Aunque el nivel normal no ha sido aceptada universalmente. No hay problemas quirúrgicos con presión sanguínea baja (excepto durante la hipotensión postural) y varios practicantes sienten que la presión sanguínea baja no existe.

El blanco de pacientes hipertensos (140-90 160-95 ) es más aconsejable ser ayudado con tratamientos antihipertensor, esta el paciente más identificado por procesos seguros por los dentistas. No hay síntomas que sienta el paciente para hacer notar al doctor o sospeche el paciente de este fallo. El blanco y moderada hipertensión (160-95 200-115) podría ser algún tipo de stress antes de la rutina del dentista. La reconstrucción con implantes podría ser contraindicado, dependiendo de otros factores o síntomas los cuales podrían ser encontrados.

La hipertensión severa (200-115) podría solo ser mínimo stress dental cuidadoso y ciertamente el proceso de implantación sera contraindicado.

#### COMPLICACIONES

Un accidente de inyección intravascular o rápida absorción de anestésico local conteniendo epinefrina podría causar un apreciable subida en presión sanguínea. La hipertensión en pacientes es especialmente susceptibles a

las complicaciones siguiendo este proceso. Estas complicaciones incluyen:

- accidentes cerebrovasculares
- hemorragia cerebral
- mal cardíaco congestivo
- infarto al miocardio
- angina de pecho
- hemorragia retinal.
- mal renal.

Hay varias consecuencias serias de desconocida operación en una insospechada hipertensión.

Algunas complicaciones adicionales de hipertensión los cuales han afectado directamente en procesos de implantes incluyen:

- a.-irreversible enfermedad renal la cual incrementa el efecto de medicación en el hueso e incrementa su longevidad.
- b.-incrementa la hemorragia en el sitio de operación con disminución visual ,incrementa el edema postoperatorio secuelas de dolor y hemorragia.
- c.-el incremento de hemorragia podría disminuir el conteo de células sanguíneas, el cual podría incrementar el pulso y causar adicional hemorragia al sitio de operación.

Por esta razón la presión sanguínea podría ser revisada por todos los pacientes vistos por el dentista pero especialmente los candidatos a implantes.

#### PULSO, RITMO Y VOLUMEN :

El pulso normal varía hacia 60-90 por minuto. Si el paciente está en relajación este pulso podría ser igualmente fuerte y regular. El ritmo regular del corazón se origina en el seno-atrial y la contracción de los ventrículos igualmente separados. El límite superior normal podría ser considerado 100/minuto y este es bien sabido que gente en excelente condición física podría tener un pulso de 40-60/min. Un pulso tan lento de 60-min en el atleta podría ser sospechoso y ordenar una consulta médica.

#### COMPLICACION

Una disminución del pulso de normal ritmo más bajo que 60/min es llamado seno bradicardia. Esto es natural para algunos pacientes y podría ser tan bajo como 40 / min. Sin embargo pérdida de la conciencia usualmente ocurre más bajo de 40 golpes/min. Esto es particularmente importante notar durante la cirugía. Otro tipo de bradicardia es también de concerniente a la cirugía de los implantólogos. Si el pulso del paciente fue normal y durante la cirugía del implante hay una disminución una



perdida menos de 10/min. el paciente podría tener inapropiada bradicardia.

Si la disminución en el pulso es acompañado por sudor debilidad, dolor de pecho y disnea este es un signo de impedimento y subita muerte. El implante podría ser parado, obtener oxigeno asistencia medica inmediata.

Un incremento del pulso de normal ritmo mas que 100/min es llamado seno taquicardia. Esta razon podría ser normal si la experiencia solo durante el ejercicio o ansiedad. Sin embargo pacientes con anemia o severa hemorragia podría también experimentar esta desde la razon de que el corazón esta compensando por la perdida de oxigeno al tejido del cuerpo. El hipertiroidismo y la aguda o crónica enfermedad del corazón son también condiciones las cuales podrían resultar en seno taquicardia. Todas estas condiciones afectan al paciente uno u otra durante su cirugía y podría incrementar el tiempo de sanado resultando en mas infecciones y complicaciones no solo durante la primera semana critica despues de la colocación del implante, pero también durante los subsiguientes años del servicio del implante del paciente.

El pulso podría no ser la única cosa notada cuando el pulso es tomado el ritmo es también muy importan

te. Si el corazón es sanamente una arritmia podría ser inducido por la fuerza de respiración. El pulso podría incrementarse, durante la máxima respiración y disminuir durante la expiración. Esto es normal y de no importancia quirúrgica.

Sin embargo si el pulso es totalmente irregular y está irregularidad se incrementa durante el ejercicio es normal, fibrilación arterial podría existir. Esto puede ser resultado de un hipertiroidismo, stenosis mitral, o hipertensión, o enfermedad del corazón y esta es una importante consideración cuando la cirugía del aislante esta existiendo contemplación. La técnica reducida de stre son indicados muy mínimo y el implante podría ser contra indicado enteramente.

Contracción ventricular prematura son notificados como una distinta pausa en una y otra manera normal ritmo. Sus pacientes podrían explicar "su corazón" saltó con un golpe" o este brinco en su pecho PVCs podría ser asociado con fatiga, stress o excesivo uso de tabaco o cafe. Ello ocurre ocasionalmente en adultos sanos y usualmente incrementa con la edad.

PVCs son también observados durante infarto al miocardio y son precursores de enfermedad cardíaca. Si durante la cirugía 5 o mas PVCs son notados faltando un día y especialmente, si el paciente se está sintiendo débil,

sudando, tiene dolor en el pecho o disnea, el tratamiento podría ser parado inmediatamente. El paciente podría ser colocado, con oxígeno y obtener asistencia médica.

TEMPERATURA :

La temperatura del cuerpo normal es 36.8-37.4 C un individuo completamente sano. La temperatura del cuerpo es usualmente menor en la mañana y alta durante la tarde o noche. Una temperatura oral de 37.5 C o alta es considerada una fiebre. El pulso podría subir cerca de 5 / min y la respiración 4/min por todos los grados de fiebre.

La causa usual de elevación de temperatura corporal es una infección bacteriana como consecuencia de sus productos. Sin embargo hay muchas otras causas de fiebre. Esto incluye ejercicio, hipertiroidismo, infarto al miocardio mal congestivo del corazón y daño tisular por trauma o cirugía. Pérdida de la temperatura corporal podría ser encontrada en hipotiroidismo. La causa de la fiebre podría complicar el sanado y/o período post-quirúrgico. La fiebre también incrementa el pulso y el cual podría incrementar el edema, hemorragia y desconfort postoperatorio.

RESPIRACION :

La respiración podría ser observada mientras el pa-

ciente esta en descanso. La normal en los adultos es 16-20/min. y podría ser regular en razón y ritmo. Si el paciente usa músculos accesorios en el cuello y hombro para respirar, en todo caso antes o durante la cirugía, la disnea podría ser sospechada. El uso de muchas drogas intravenosas podría causar disnea durante la cirugía. Mal cardíaco congestivo, asma bronquial y emfisema pulmonar podría obtener dificultad en la respiración. Si la disnea ocurre durante la cirugía el pulso podría ser inmediatamente fuera de la presencia de PVCs o infarto al miocardio.

La hiperventilación es debida a ambos un incremento y profunda respiración y podría ser procedente por signos frecuentes como ver en los pacientes con ansia.

Una respiración tan grande de 20/min requiere investigación. Ansiedad podría incrementar la razón en cuyos casos antes de la cirugía. en sedación, o stress los procesos de control son indicados antes de la cirugía. Otras causas de incremento de respiración son anemia severa, enfermedad broncopulmonar y mal cardíaco congestivo. Todos estos 3 podrían afectar el proceso quirúrgico y/o respuesta al comando del candidato a implantes.

PESO :

El peso del paciente podría ser recordado. Muchos de

cientos son enterados de su peso dentro de 10-20 libras. El peso es una importante consideración cuando las drogas son usadas durante el proceso de implantación. También la persona que es gruesa o esta en sobrepeso o bajo peso podría ser muy sensible a drogas depresivas o podría ser sobredosificada con analgésicos o sedantes.

El peso ganado podría ser producto no solo por sobre alimentarse, pero por hipotiroidismo, mal renal o mal del hígado o mal congestivo del corazón. El peso perdido podría ser producto de dietas, ansiedad, depresión, hipertiroidismo o disfunción gastrointestinal. Una receta larga ganancia o perdida en peso podría ser relativa a problemas serios de sanado. El extremo de peso ganado durante el mal cardiaco congestivo o extremo perdida de peso asociado, con malignidad. Todas estas razones indican preguntas y recordando la estatura del paciente y peso antes de la operación.

#### URICANALISIS :

En los adultos normales es aproximadamente 180 litros el fluido es filtrado a través del glomerulo de los riñones cada día. El glomerulo filtra el plasma y los tubos reabsorben, selectivamente estas sustancias utiles al cuerpo y dejan otras o secretan dentro de la orina estas sustancias indeseables al cuerpo. Cuando enfermedades o procesos crónicos, los riñones, los contenidos urin

rios pueden ser alterados. Ellos podrían también ser cambiados por la presencia, de infecciones sistémicas o infecciones localizadas en el tracto urinario. Desórdenes en el metabolismo podrían también alterar la composición en la orina.

La utilización de uroanálisis no indica como una rutina para todos los pacientes dentales. Esta primera evaluación es un test pantalla para diabetes, deficiencias e irregularidades, en el metabolismo o como indicación de enfermedades renales o infecciones. Pacientes potenciales a implantes o pacientes u experimentando extensivo proceso quirúrgico podrían tener un uroanálisis.

Una examinación urinaria consiste :

- 1.- apariencia macroscópica del espécimen
- 2.- Ph
- 3.- gravedad específica
- 4.- cuantificar para azúcar y albumina
- 5.- examinación microscópica de la sedimentación para desechos, células u organismos.

El análisis de la orina podría ser dividida en:

- 1.- cuantificar y accesorios físicos
- 2.- cuantificar accesorios (para nefritis, diabetes hiperparatiroidismo y tumores de pituitaria) estas afectan el implante.

CUANTIFICACION Y ACCESORIOS FISICOS :

VOLUMEN

NORMAL 800-1600 ml/24 horas

Decrece- descompensacion cardiaca

nefrosis

cirosis

uremia

nefritis aguda

Incrementa- diabetes mellitus

diabetes insípida

nefritis crónica

COLOR

NORMAL amber claro o amarillo

verdoso o amarillo- cuando es causado por pigmentos bilis  
como ictericia

turbio o blanco- pus por bacterias o material mucoso

rojo o cafe- sangre o hemorragia o nefritis aguda. Hematu-  
ria, tumores, piedras y tuberculosis de los  
riñones o tracto urinario, glomerulo nefri-  
tis prostatitis, cistitis etc.

incolores- debido a oclusion de nervios o diabetes insipi-  
da enfermedad renal.

GRAVEDAD ESPECIFICA

Normal 1.002-1.030

Albuminas- ausentes

Hidrogeno- 4.8-7.5

Glucosa- 0

cetonas- ausentes

bilis- ningun

celulas y cristales- cel epiteliales pocos leucocitos pocas bacterias



FIBRILACION +

Acción independiente de fibras musculares especialmente de las cardiacas, que produce una contracción incoordinada. Por lo general se limita a las aurículas, en las que produce numerosísimas sacudidas por min. equivalentes a una parálisis y contribuye a las arritmias. La fibrilación ventricular es mortal.

ESTENOSIS +

Estrechez patológica congénita o accidental de un orificio o conducto

PVC s +

Presión ventricular central sistólica.

GLOMERULO +

Apelotonamiento de capilares arteriales en el extremo dilatado de cada tubo urinario.

IMPLANTES SUBPERIÓSTICOS :

INTRODUCCION :

Algunos pacientes no toleran una prótesis maxilar unilateral o bilateral en este caso un implante podría ser una alternativa para el tratamiento de estos pacientes. Debido a la proximación y a la porosidad de la maxila a menudo un implante endotelial es contraindicado. En esta situación los implantes subperiósticos unilaterales o bilaterales podrían considerarse.

La razón de estos sucesos los implantes unilaterales o bilaterales han sido documentados por diversos clínicos. Sin embargo los implantes subperiósticos maxilares de ambos tipos unilaterales y totales no han sido estimados. Durante los últimos 5 años se han incrementado el número de implantólogos, que están haciendo implantes subperiósticos maxilares de todo tipo. Ha habido una reevaluación de los principales diseños. Después de la evaluación de algunos casos estos aparecieron como porcentajes prometedores. El más grande cambio en diseño que ha habido y ha sido utilizado es el de la porción horizontal del proceso cigomático de la maxila y el área del tuberosidad.

Los implantes subperiósticos van arriba de la cresta bajo el periostio. Son como silla de montar va sobre el hueso basal y sobre los lados del proceso.

- Hay dos tipos de implantes subperiósticos
- Subperióstico total en forma de herradura
  - Subperióstico unilateral ( ya no se usa)

PARTES CONSTITUYENTES :

- Muñon donde se apoya la prótesis.
- Cuello unión del muñon con cuerpo está en contacto con encía.
- Parrilla.
- Flancos evitan el desplazamiento en movimientos laterales.
- Tornillos para darle estabilidad.

INDICACIONES :

Se utiliza en casos en los cuales el proceso alveolar esta muy absorbido o cuando la distancia entre las laminas corticales externas o internas estan muy disminuidas.

CONTRAINDICACIONES :

No se podra usar cuando en procesos inferiores se pueda dañar el canal mandibular

Quando el proceso maxilar estamos muy cerca se seno maxilar o podamos dañar los agujeros palatinos anterior y posterior.

TECNICA :

Fija dentaduras totales se hace en:

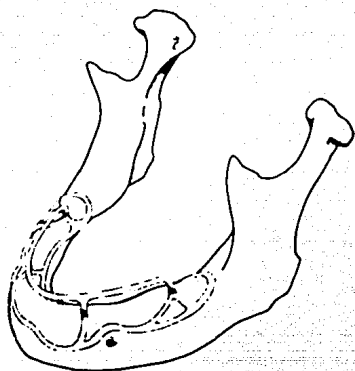
- 1.-Un corte en todo el proceso,
- 2.-Se anestesia al paciente localmente con Citanest-Octa presin previamente.
- 3.-Se hace un corte a través del proceso
- 4.-Se va bajando lentamente el tejido del paladar tanto posterior como anterior para poder tomarle la impresión al proceso óseo.
- 5.-Con un material el optosil se rectifica.
- 6.-Se corre el modelo.
- 7.-Se manda el modelo de estudio a Nueva York con el doctor Charles Weiss creador de esta técnica para que el personalmente diseñe dicho implante.
- 8.-Se colocan los tejidos en su posición original.
- 9.-Se unen los bordes de la incisión y se le colocan unos puntos de sutura mientras está en proceso de fabricación el implante.
- 10.-Una vez que el implante está hecho se vuelve a quitar los puntos y se coloca el implante a criterio del implantólogo seran la cantidad de muñones que llevará el implante.
- 11.-Se le hace un provisional y se deja 7 días.
- 12.-Se le hace se le retiran los puntos de sutura mientras se esta elaborando el puente fijo definitivo se le coloca el provisional sin ninguna molestia.

VENTAJAS :

- Este tipo de implantes es de mucha ventaja para pacientes que presentan poca cantidad de hueso.
- En personas de 50 años en adelante no hay ningun problema.
- En personas diabéticas, con problemas cardiovasculares. hipertensión arterial o hipotensión arterial ya que el implante va asentado en hueso.
- A criterio del Cirujano Implantólogo puede llevar tornillos o no.

NOTA :

Actualmente el laboratorio de -Sanchez Hermanos situado en la ciudad de México los diseña.



## IMPLANTES INTRAMUCOSOS :

### INTRODUCCION :

Desde su introducción en 1940 por Hans Nordgren de suiza, los implantes intramucosos han progresado considerablemente. En 1942 Gustav Dahl descubrió y patentó el procedimiento de inserción del implante. En aquel tiempo hubo muchos instrumentos y el procedimiento quirúrgico fue largo.

En 1973 Dr. Kenneth Judy y El Dr. Charles Weiss perfeccionó la técnica y marcando un rápido progreso, preciso y fácilmente manejable por algún practicante general. El tiempo quirúrgico es cerca de 15 minutos.

Los implantes intramucosos son hongos de titanium (fig 1) que sobresalen hacia la superficie del tejido del maxilar de dentaduras completa o parciales. Ellos son adaptados dentro de los sitios de receptor en la mucosa del paladar.

La retención adicional y estabilidad es dada por los implantes intramucosa eliminando los necesarios remedios caseiros y usando adhesivos. Ellos también aminoran la razon de absorción del contorno alveolar en la maxila.

Hay basicamente 2 porciones en el implante. El desnivel de la base de la retención sirve de ancla al implante, en la superficie de la dentadura. La cabeza y porción del tallo van dentro individualmente en el sitio preparado (receptor) de te

jidos blandos en la mucosa del paladar. El tejido sana, habiendo un anillo de fibras alrededor debajo de la cabeza del implante. Habiendo este efecto retendría la dentadura resistiendo y contrarestando las fuerzas, de masticación y gravedad. Los tejidos sin embargo, están aún bastantes resilientes por la prótesis anterior, estas actuales cotidianamente seran removidas para limpiarlas.

INDICACIONES :

Algunos expertos encontraron implantes intramucosos se usaron cotidianamente en todos las dentaduras removibles. Aunque la técnica es simple y rápida el uso rutinario de estos implantes sería innecesariamente. Hay sin embargo algunos indicaciones definitivas donde ellos los usarían:

-Si un paciente es un seguro jugador los implantes intramucosos serían los usados para asegurar la dentadura hacia, el constante desalojamiento del sellado posterior del paladar. Este desalojamiento puede sensibilizar la mucosa y adicionar la instiga burlando el problema. Desde que los implantes proveen buena retención y estabilidad el paladar de la dentadura podría ser enteramente renovado, eliminando la hipersensibilidad.

-Pacientes con hendidura palatina, muy a menudo. Esta dificulta la estabilidad y un adecuado sellado periférico.

Los implantes intramucosos proveeran un definitivo tejido de soporte y retendrían la dentadura y de otra manera lleva a la herencia en el paladar.

-Débil dentadura parcial removible, estribos o uniones podrían



ayudar los implantes. Proporcionando más tejido de soporte es ganancia, pero más significativamente la fuerza horizontal de la parcial es minimizada debido al agarre dentro del tejido. Este es especialmente útil en libre terminado, de tiro de silla de montar en las dentaduras parciales removibles.

-Varios implantes serían como anclas por elastica superficie bucal de dentaduras donde la fijación intermaxilar es deseado usando tipo convencional de dentaduras.

-En casos donde implantes endoóseos son indicados. El avance en la inserción puede ser lograda inicialmente desde el triunfo la razon es altamente considerada y es más conservativo. Si el implante óseo falla y es removido, usualmente un defecto es creado resultando la perdida del contorno alveolar. Estabilidad y adecuada retención es difícil si no imposible usando un tipo convencional de dentaduras.

#### CONTRAINDICACIONES :

La escl. contraindicación del uso de implantes intramucosos son medicamente :

- diabétes incontrolada.
- discracias sanguíneas.
- discracias óseas

Porque son potencialmente inadecuada la higiene esta técnica no podría usarse con pacientes alcohólicos por el choque que pudiera presentar.

TECNICA :

SITIO DE SELECCION :

14 son los sitios en cada lado de la boveda, son seleccionados y marcados en la superficie del tejido de la dentadura. Ellos están dispuestos en una manera vacilante, 8-10mm aparte, con 4 localizaciones sobre la cresta del contorno alveolar y 3 sobre la boveda palatina (fig 2).

La región anterior no sería utilizada debido a la presencia de muchos vasos sanguíneos y nervios. También tejido insoportado, el cual frecuentemente ocurre en la región anterior. Sería inapropiado para el sitio de implantación. Por eso es la regla general el implante se hará, en el sitio distal del área cuspidéa.

SITIO DE PREPARACION

Una fresa especial es usada en ángulos rectos hacia la superficie de la dentadura con la pieza de mano de baja velocidad se preparan los sitios de inserción (fig 3)

POSICION :

Cada implante llega con un plástico cubriendo la cabeza, el cual evita el acrílico dentro del área. Los implantes son entonces colocados en los sitios preparados con la base de la hoja en posición con la superficie de la dentadura (fig 4-5)

Acrílico rápidamente curable es puesto con un cepillo de camello sobre la base del implante y extendido ligeramente por encima de la superficie de la dentadura. Después de unos pocos minutos endurece la protección de la manga, el acrílico es removido con una pinza hemostática. Esto también asegura al implante retención en la dentadura.

TERMINADO :

Los excesos de acrílico son removidos con una fresa especial.

PACIENTE :

Cada implante tiene dos o una tetas sobre la cima de la cabeza. Se marca con un lápiz indelible. La dentadura es entonces colocada por 5 segundos sobre el paladar seco. La marca en el paladar corresponde al implante en la dentadura.

(fig 6)

ANESTESIA :

Se anestesia cada marca en el paladar. Con infiltración local es preferida sobre el bloque por 2 razones.:

- El vasoconstrictor actúa como un agente hemostático creando un campo seco.
- Resulta un punto sangrante que sirve como referencia y no permite que el lápiz se borre. (fig 8)

SITIO QUIRURGICO :

Una fresa especial es usada con baja velocidad y con el contrángulo. Con la fresa ayudará a un ángulo recto derecho hacia el paladar, preparando un cráter en el paladar.

El propósito de la fresa tisular es:

- Es tan diminuta la cabeza del implante el sirve de incremento en la retención.
- Es tan larga que el implante da la formación de un coagulo alrededor del implante y resultando una gran confort al paciente durante el período de sanado.

Después que las cavidades son preparadas. La dentuadura es colocada por 5 minutos bajo presión constante. La periferia blanqueada de algún sitio receptor indica falla de una inserción hacia el engrane con esta preparación.

Reinyectar y reparar será lo indicado (fig 9)

VENTAJAS :

- incrementa la retención.
- incrementa la estabilidad.
- podría eliminar la hipersensibilidad.
- conserva el contorno. La submucosa contiene un largo compactamiento de grasa y tejido glandular el cual actua como un colchón de absorción de las fuerzas masticatorias y la preservación del hueso basal.
- elimina la necesidad de adhesivos para dentaduras.
- contribuye a la conciencia facial natural. Permitiendo al

paciente relajar la musculatura.  
-crea una más estable oclusión céntrica.

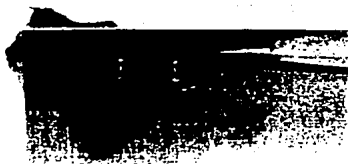


Fig 1a Present day buttons, machine made of stainless steel and titanium

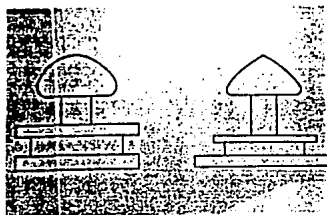


Fig. 1b: Schematic drawing from actual dimensions of stainless steel and titanium

Fig 1



Fig 2



1: Special denture acrylic cutter

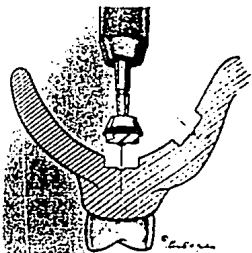


FIG. 3



FIG. 4



Fig 9b Schematic drawing of placing 1 full drop of cyanoacrylate cement into each denture receptor site, by quadrants



FIG 6

FIG 5

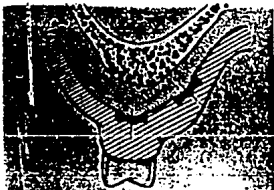


Fig. 6b: Schematic drawing showing what happens when the denture seats onto the gingival tissues imprinting the target receptor sites.







FIG. 7



FIG. 8

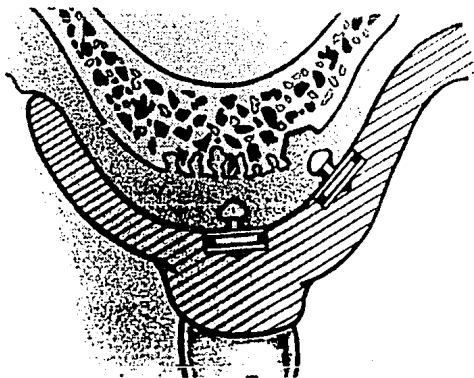


Fig 9

## IMPLANTES DE NAVAJA

### INTRODUCCION

El implante de navaja es fácil su colocación por que usamos una plantilla (ver fig 1) en el que viene de un muñon con una inicial L4S, de 2 muñones L8B dependiendo de una radiografía tomada con una malla milimétrica para observar la exposición de hueso disponible ya que en superior podemos estar cerca de los senos maxilares y en el inferior cerca del canal mandibular.

### INSTRUMENTAL

- 1.-Marcador o bolígrafo para actos quirúrgicos.
- 2.-Escalpelo o bisturí.
- 3.-Pinzas para dar forma y recortar.
- 4.-Elevador mucoperióstico.
- 5.-Retractor manual y automático tisular.
- 6.-Fresa quirúrgica.
- 7.-Checador de canal.
- 8.-Espejo para checar el canal.
- 9.-Asentadores de implantes (el material es titanium) de una cabeza y dos cabezas.
- 10.-Asentadores accesorios
- 11.-Tijeras semilunar para encía.

INDICACIONES :

- Usar siempre una radiografía.
- Se puede usar tanto en personas jóvenes como adultos.
- El cirujano dentista si es la primera vez que hace ese tipo de implantes y dicho canal se abriera demasiado lo unico que tenemos que hacer es abrir las patitas del cuerpo-- del implante de cada lado pero es muy importante hacerlo-- fuera de la boca del paciente ya que si lo hacemos dentro, corremos el riesgo de romper la lamina del proceso; por eso se aconseja de hacerlo fuera de la boca del paciente.
- El caso de pacientes con poco proceso sobre todo en infe-- rior ya que es un hueso compacto utilizamos sangre mismo, yeso soluble esterilizado y combinada con sulfato tricálcico eso hace que actue como regenerador de hueso.
- Después de la operación se le manda un antibiótico y un analgésico y unos toques de una solución antiséptica.
- En caso de que lesionáramos el nervio dentario inferior de inmediato utilizamos vitaminas como es:
  - Adenoflex de pot esto es un caso de que apenas tocáramos el nervio
- Seleccionar el correcto implante para cada caso, que es el éxito del mismo.
- Todos los instrumentos usados para los implantes no deberan ser colocados en una charola metálica, porque se contaminaría y provocar el rechazo y no habra éxito.

CONTRAINDICACIONES :

- No usaremos este tipo de implantes si no hay hueso disponi--

ble.

- No empezar el acto quirúrgico hasta que no tengamos una buena radiografía sacada con malla milimétrica.
- Utilizar la fresa quirúrgica (L4),
- No lesionar el nervio. En caso de lesionarlo 1/4 parte o 1/2 parte el paciente puede quedar insensible para toda su vida. El éxito de este implante es la selección del mismo y la radiografía inicial con la malla milimétrica.

TECNICA :

- 1.-Selección del implante. (cuadro 1).
- 2.-Se prepara el estribo que es el primer premolar (cuadro 2).  
Se selecciona un implante de doble cabeza.
- 3.-Marcar la línea de incisión (cuadro 3 )
- 4.-Se retracta el tejido con un elevador mucoperiostio. (cuadro 4)
- 5.-Se retrae el tejido con un retractor manual o automático. (cuadro 5).
- 6.-Se marca el canal (cuadro 6)
- 7.-Con una fresa XL o L4 se hacen unas perforaciones como guía para el canal óseo que se va hacer para introducir el implante (cuadro 6).  
Se completa la profundidad con una fresa XXL. (cuadro 7 )
- 8.-Se coloca el implante en el área (cuadro 8 )
- 9.-Se ajusta el implante.
- 10.-Se asienta el implante con un instrumento de doble cabeza se verifica con anterioridad su asentamiento.
- 11.-Se usa un transportador de titanium colocandolo en su no-

sición ya permanentemente.

12.-Se marca la posición del colgajo y se usa unas tijeras semilunar para remover el exceso de tejido.(cuadro 12)

13.-Se sutura con sutura 000 y las suturas son removidas a los 7 días después de la operación. (cuadro 13)

Se coloca un provisional.

14.-Se coloca la prótesis fija (cuadro 14).

VENTAJAS :

-El paciente siente más seguridad con este tipo de implantes que con las convencionales prótesis parciales fijas.

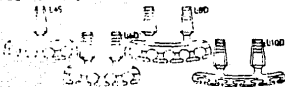
-Mayor ajuste.

-Estabilidad.

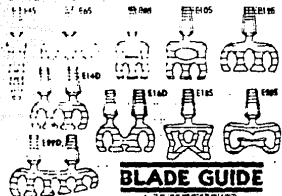
UPPER ARCH



LOWER ARCH



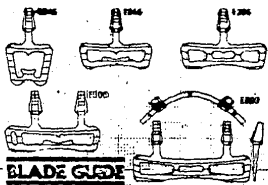
EITHER ARCH



**BLADE GUIDE**

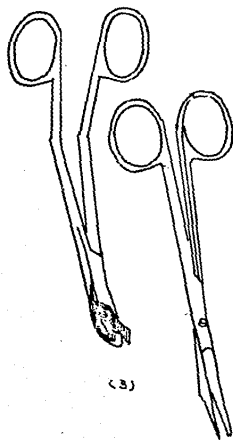
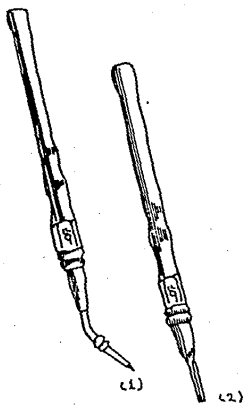
**IMPLANTS INTERNATIONAL**  
 1000 ROUTE 100, SUITE 100, NEWTON, N.J. 07854 (201) 261-1000

ENDOSTEAL BLADE IMPLANTS (LEW)

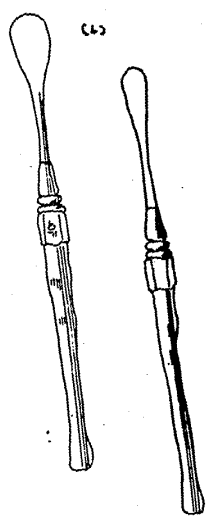
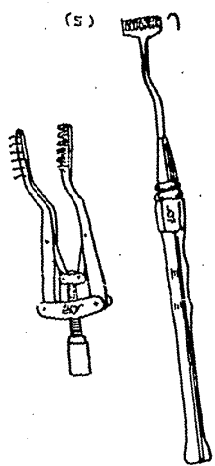


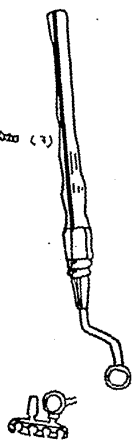
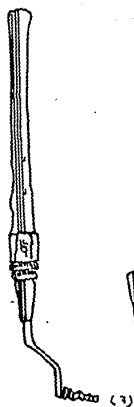
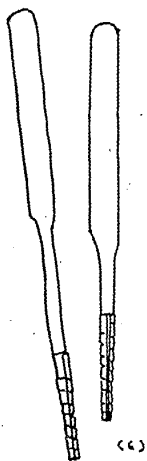
**BLADE GUIDE**

**IMPLANTS INTERNATIONAL**  
 1000 ROUTE 100, SUITE 100, NEWTON, N.J. 07854 (201) 261-1000  
 © COPYRIGHT 1975, CHAMBERLAIN, INC.

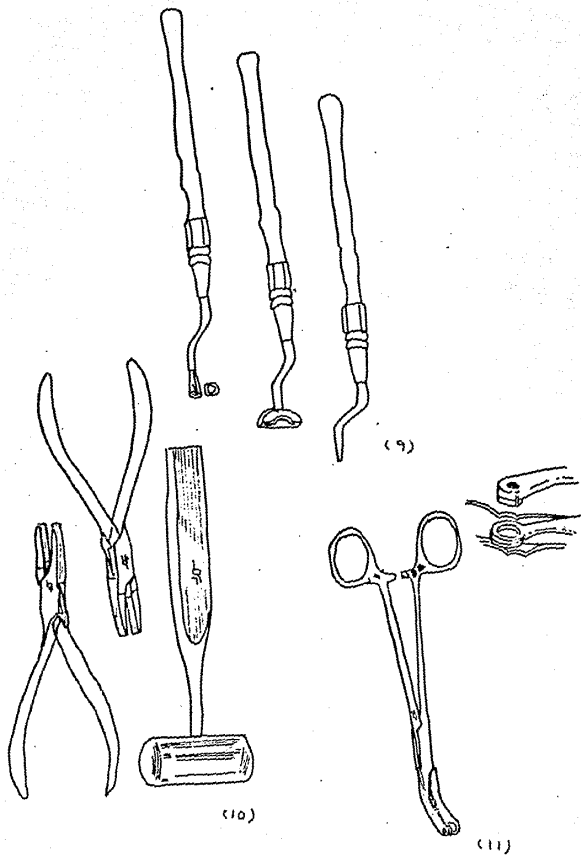








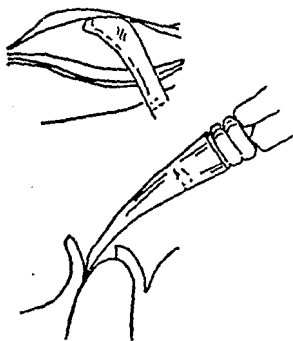
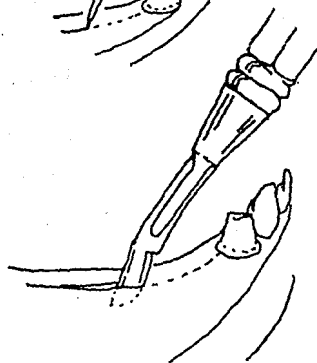
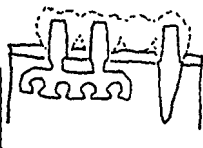
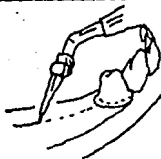
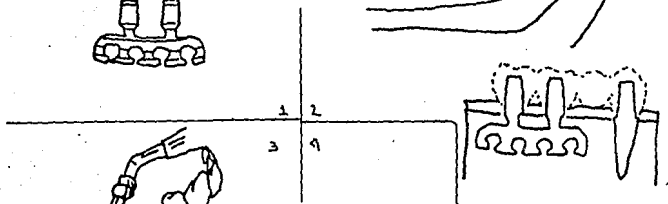
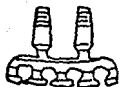
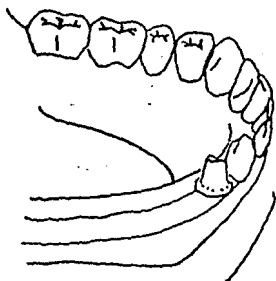
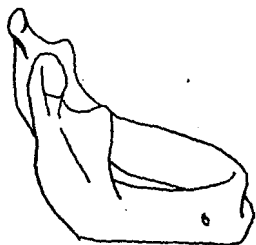
(2)

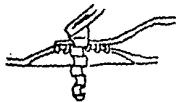
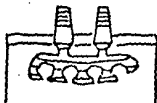
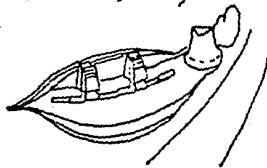
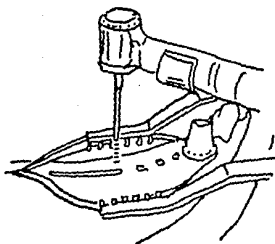
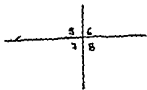
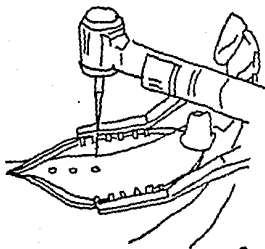
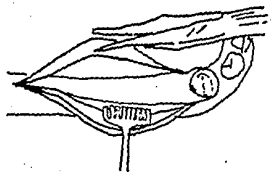
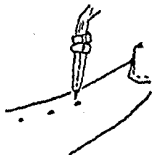
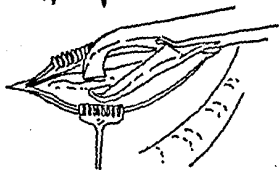


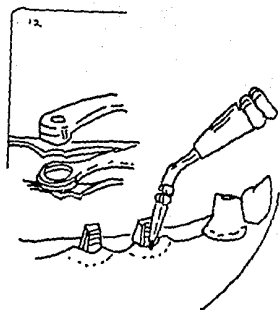
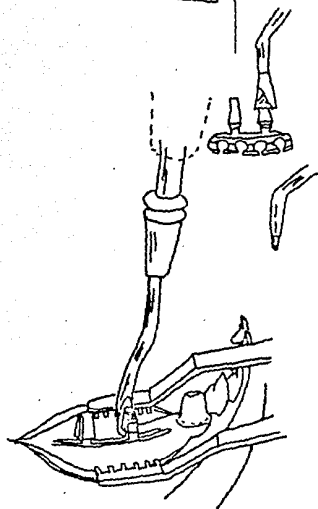
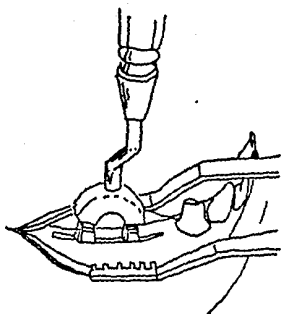
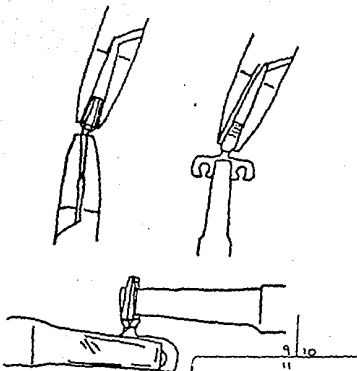
(9)

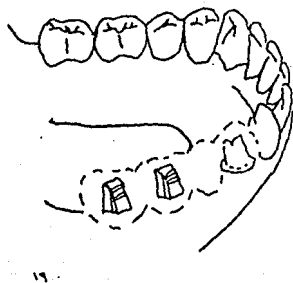
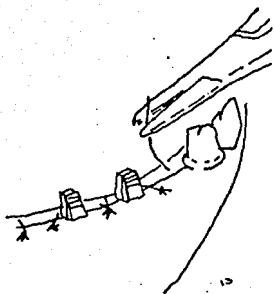
(10)

(11)









METODO SARGENTI :

Uno de los primeros factores contribuyen al éxito de estabilizadores endodónticos es obtener un buen sellado apical, entre el canal radicular y el ápice con el estabilizador. Sin embargo un buen sellado apical esta paso puede ocurrir a lo largo de la porción endodóntica de un estabilizador con un resultado de fracaso. En un efecto por crear un buen sellado apical, Sargenti hizo una pasta para sellado del canal radicular y puede aplicarse a la porción apical de un buen estabilizador adaptado. Adición a un buen sellado, la pasta provee, una acción desinfectante, antiinflamatoria y antibiótica.

Tratando el titanium en estabilizadores endodónticos proveen el mejor sellado de algún estabilizador corriente en uso. Igualmente excelente dimensión y control en su manufactura permitiendo un seguro topón de dentina y provee expresión al canal radicular la pasta va más allá del ápice.

La preparación inicial del canal es cumplida por el sellado del canal radicular entero y rellenando del canal con la pasta Sargenti llenando un látulo espiral. Este paso obturará canales accesorios y facilitando la mejor búsqueda de acción desinfectante de la pasta llegará después de 5 minutos, remover el centro de la pasta por rotación, el escariador dentro del canal talla la profundidad. Removiendo el escariador sin rotación. Este dejará las paredes revestidas del canal, finalmente el canal ampliado para el estabilizador endodóntico.



pueda estar hecho con instrumentos de mano o máquina (fig2)  
Los autores prefieren convencional instrumentación a mano el número de 3-4 escañadores. Ellos entonces cierran correspondiendo a la máquina instrumentación para el terminado, esta porción del proceso con facilidad y llevando el escañador 2-3mm más allá del ápice.

La expedición completa de instrumentación reduce el trayecto. La palpación digital de bucal a lingual averiguamos, el largo del eje de instrumentación. Tu puedes ligeramente seguir el canal enteramente si fuera necesario.

Las preparaciones se hacen en el tercio apical y el sitio del receptor en hueso, la profundidad predeterminada hacia la medida original es con un control radiográfico.

Originalmente los estabilizadores endodónticos fueron extendidos uniformemente, una distancia corta más allá del ápice, dentro del hueso. Entonces fueron filtros que ellos estarían maxilarmente extendidos más allá del ápice ahora los autores sienten que esta extensión sería a todo tiempo permanentemente corto del hueso cortical en la mandíbula y piso del seno o cavidad nasal en la maxila. La placa cortical, maxilar y mandibular, si contactan, son usualmente penetradas. El hueso cortical mandibular es realmente impenetrable, tiene pobre abastecimiento de sangre y podría absorber. Cuando urge esta aplicación

Una varilla milimétrica con un "ring 0" es ahora puesta dentro del sitio receptor y una fina medida de control de rayos X es tomada. Abundar el sitio de receptor si fuera necesario. Girar la preselección del estabilizador a través del ápice obteniendo tapar la dentina. Los autores prefieren lavar el canal con anestésico con epinefrina en una regular jeringa dental. Esta es esterilizada y hemostática. Un papel largo especial completa el secado y hemostasis. el tetracotil es aplicado en la porción de los estabilizadores el cual se proyecta dentro del hueso más allá del ápice. La pasta de sargenti es aplicada a los estabilizadores por 2-3mm corona al punto apical "a". (fig 4) y es rotado en su porción "a" posteriormente se toma una radiografía.

Cuando el cemento ha endurecido remover los excesos del estabilizador.

Los estabilizadores endodónticos son idealmente hechos como parte de un tratamiento integral tratando al diente que de absorber significativamente la suma de fuerzas oclusales y materialmente mejora el pronóstico y mejor plan de tratamiento. Los factores limitantes son entonces el plan de tratamiento.

Ellos mismos y la resistencia local e higiene son factores los cuales narran a los pacientes donde esto es posible siguiendo los principios seran, usados reduciendo el radio de la corona-raíz, la tablilla continua al diente, adecuada extensión más alla del ápice y rápida integridad periodontal y tratamiento protésico, cuando estos principios son adquiridos los estabilizadores endodónticos rápidamente llegarán a ser útiles en la práctica restaurativa de los dentistas.

La fundación de prosperidad de endodoncistas son; debridamiento, medicación, instrumentación, medida control, esterilidad, obturación con sonda apical llegando y retornando, la función normal. Este sistema, por que el recto acceso y amplia preparación del canal estabilizador asegura un adecuado debridamiento. La combinación de "ring 0" mm se toma una radiografía se agarra y mide con la varilla milimétrica. Copiar la clínica tiene absoluto control. La preparación ancha del canal, todo mecanismo de defensa son llamados dentro del área apical debido a la inducción pero controla el trauma y se efectua un curetaje apical, el cual servirá ayudando a las condiciones estériles.

Con un pin liso, el anclaje y la coordinación del drill y estabilizadores, asegura el sellado apical. Sin peligro frágil de la estructura radicular. La acción desinfectante, anti biótica y antiinflamatoria de la pasta de Sargent y Ferrac-

oftálmico asegura las propias condiciones en el área apical.

Desde que los estabilizadores mejoran el radio de la corona-raíz provee un mecanismo de absorción adicional de las cargas oclusales adicionales, retornando e incrementando, la función. Los requerimientos de terapia endodóntica son por eso satisfactorios.

#### METODO ENDODONTICO

#### PREVIO A LA ESTABILIZACION ENDODONTICA :

Muy a menudo se puede proveer de soporte adicional a dientes que normalmente extraeríamos por medio de la colocación de estabilizadores endodónticos mejorando la relación de corona-raíz. De igual manera que con otros procedimientos endodónticos una cuidadosa limpieza del canal se recomienda. A continuación se debe aplicar una técnica que provea un adecuado cierre apical. Antes de la colocación del estabilizador, la introducción de la pasta de Sargenti provee desinfección efectiva antiinflamatoria y acción antibiótica y es particularmente efectiva cuando existen canales accesorios. Fotografías tomadas por medio del microscopio electrónico muestran excelente adhesividad y cohesividad que son características de la pasta de Sargenti. Se detalla un método simplificado paso a paso para la colocación final del estabilizador endodóntico. El uso de la pasta de Sargenti en combinación con el cemento Duralon

y terracotil oftálmico produce un resultado mecánico y medicativo excelente.

PASTA DE SARGENTI :

PROPIEDADES DEL CEMENTO :

FASE BLANDA .- Imregnación profunda de las paredes del canal fijación y desinfección de residuos necróticos, formación de una zona esclerótica.

FASE ENDURECIDA .- Adhesión a las paredes del canal; un sellado, hermético sin encogimiento y con un coeficiente de endurecimiento similar a la gutapercha.

- radiopacidad.
- adhesión.
- desodorización.
- acción antibiótica.
- acción antiséptica.
- acción antiinflamatoria.

ACCION SOBRE LOS RESIDUOS NECROTICOS :

Creación de una membrana esclerótica,

MEZCLA :

Una consistencia propia de la pasta es importante para, el manejo fácil de ella y lograr una buena, radiopacidad.

Para hacerse la mezcla se puede utilizar una loseta de vidrio o un pedazo de papel liso.

INDICACIONES

- solo las paredes del canal se cubren con una capa delgada de pasta aplicada con un escariador. El centro del canal permanece vacío.
- no llene el canal en la primera cita en casos de diagnóstico inseguro, sangrado persistente, sospecha de perforación.
- el léntulo siempre debe corresponder en su diámetro al último, escariador que se usó pero no debe adherirse en el canal.
- tomar en cuenta los factores de variación :
  - tercio apical - con contracción.
  - con curvaturas.
  - con ramificaciones.
  - foramen apical abierto.
- obturemos 3mm mas corto.
- el léntulo se mete sin movimientos
- el polvo con agua oxigenada sin efervescencia data un diagnóstico de diente sano.
- la introducción de la pasta N2 es :

MANUAL

NETO

CONTRAANGULO

CONTRAINDICACIONES :

- la pasta no se hizo como un agente para recubrir la pulpa, en la cámara pulpar.
- nunca deje el canal abierto para drenar

COMPOSICION :

El cemento permanente del canal radicular es una mezcla de :

- oxido de zinc
- eugenol
- paraformaldehido
- terracotil oftalmico
- 14 elementos

USOS :

DIENTES VITALES (tejido con sensibilidad pulpar)

- hiperemia
- pulpitis
- granuloma
- no hiperemia.

DIENTES NO VITALES (tejido pulpar sin sensibilidad)

- gangrena
- quiste
- periodontitis apical crónica
- absceso agudo
- necrosis

TRATAMIENTO

DIENTE VITAL

- anestesia local. Apertura de la camara pulpar



-raspe el canal hasta 1-2mm del apice. Use un escariador mismo diámetro que la parte de apice.

-llenado permanente con cemento

Se recomienda el uso de escariadores, no de limas ni tiranervios del canal efectivamente reemplaza las limas porque su acción es raspar las paredes y el escariador corta y quita la pulpa, removemos estructuras gangrenosas remueve obturaciones viejas, sirve para la introducción del material (cemento)

#### DIENTES GANGRENOSOS tratamiento en una cita

-Escariación del canal en todo su longitud y llenarlo con pasta. Una pequeña cantidad de pasta se puede pasar a un punto más allá que el ápice para estimular la curación.

-Fistulación artificial. No se necesita curetaje después de este tratamiento el granuloma sana rápidamente.

El tratamiento en una cita de un diente gangrenoso es posible con el uso de el fistulador, un instrumento sencillo y práctico inventado por Surgenti para la creación de una fistula artificial directamente a través de la mucosa, sin incisión ni suturas.

#### DIENTES GANGRENOSOS tratamiento en varias citas

##### 1.-CITA

Limpiar la cámara pulpar. Escariar 1/3 del canal sin presión

Cerrar la corona con oxido - eugenol

Intervalo de 1-2 semanas

II.-Cita

Escariar sucesivamente 2/3 del canal.

No explore la región apical

Recubrimiento parental (osea de paredes)

Cerrar la corona con oxido de zinc-eugenol.

Intervalo de 1-2 o mas semanas.

III.-Cita

Escariar hasta el ápice.

Llenar permanentemente con la pasta.

Obturación sin dolor

fístula

perdida de la función

evidencia de destrucción de tejido.

ESTABILIZADORES ENDODONTICOS :

INTRODUCCION :

El primer reporte publicado en implantes endodónticos fue por Strock y Strck en 1943. Su técnica desarrolló el deseo de reforzar dientes anteriores quienes la formación de raíz fue incompleta debido a daño o enfermedad y el cual podría ser tratado como amputación radicular. Este tipo, de implantes fue relativamente inadvertido por la útil profesión.

Overlay expidió estas indicaciones en 1958. Una aplicación principal podría ser la estabilización del diente — perdido por enfermedad periodontal. En 1967 Frank expidió estas aplicaciones y estableció una técnica standart para la inserción de un pin delgado pulido de titanium el cual corresponde, a un instrumento standar. Pero Overlay y Frank las técnicas son similtas y las altas razones de éxito reportadas, cuando el fracaso sucede esto es basicamente debido a los problemas con el sellado apical, la retención del implante sin el diente, o la retención del implante en el hueso es más alla del ápice.

En 1966 Lew y otros han tratado el emplante endodóntico, y técnicas de inserción el cual parece eliminar varios objetos por proveer un sellado mecánico en el ápice del diente. El diente fue tratado internamente e inmediata fi-

jación el hueso fue obtenida. Sin embargo hay una falta de control de calidad en la manufactura y los diámetros no son siempre el mismo sobre la longitud entera de un implante — también la fractura radicular fue ocasionalmente un problema porque de seguro la tecnología rompe a través de implantes modernos poder ser hechos de titanium con alto control de calidad y el diseño promete máxima adaptación del ligamento peri-implantado circundante e incrementando hueso. La instrumentación básica también ha estado mejorando haciendo técnicas extremadamente seguras. Porque el implante es ligeramente largo que el coordinado paralelismo con la fresa. En la actualidad no solamente tratamos estas dentro del hueso, sino también dentro de dientes estos aseguran un mejor sellado óptico y uniendo el implante más firmemente, al hueso. Desde el tercio apical del diente es tratado sobre expresión de cemento y no es problema.

#### INDICACIONES :

Siempre que el radio corona-raíz de un diente es pobre y este no puede resistir la fuerzas. Estos implantes por eso, son muy útiles en desventajas como: enfermedad periodontal — donde los dientes necesitan gran soporte que puede ser provisto por tablillas.

Son también útiles en casos donde el radio corona-raíz es reducido severamente por apicectomias o resorción radicular. La pérdida común son avulsiones, traumatismos, donde la

terapia del canal radicular es aconsejable, o en casos de re-implantación de dientes dentro de la preparación quirúrgica. Fractura radicular también puede ser tratada con implantes endodónticos, implantes endoóseos endodónticos no son mentalmente para salvar dientes desaruciados. Ellos son usados para -- proveer un mejor pronóstico para dientes y plan de tratamiento con compromiso de soporte periodontal.

CONTRAINDICACIONES :

Las contraindicaciones para implantes endodónticos están relacionadas con la anatomía básica es problema endodóntico. Muchos fracasos son también fracasos endodónticos. La disposición de hueso es delimitada por el vestibulo nasal, placas corticales bucolingual, seno mandibular, raíces y dientes adyacentes, canal mandibular, foramen mentoniano y borde inferior, de la mandíbula. Esto es interesante de notar que casi todas las superficies del hueso son concavas. Se presentan en la superficie facial del maxilar o la mandíbula, con la excepción de la región posterior submandibular. Por eso mucho cuidado tomaríamos de no perforar el hueso cortical facial cuando colocamos el implante. También desde la técnica incluida una apiceptomia automática por el incremento del diámetro de la apertura apical un mínimo de 3-5mm del hueso podríamos rodear el apice, del diente. Si no presenta, la extracción del diente podría ser considerada, para implantes endodónticos podrían ser usados para fortalecer dientes que serían extraídos.

TECNICA BASICA :

Evaluando el diente hacia un punto de vista endodóntico es esencial. Basicamente implantes endodónticos podrían ser colocados en el canal del diente y este está listo para la obturación final como parte de un tratamiento endodóntico de rutina o algunos después de una completa terapia endodóntica. Después de la terapia endodóntica una preparación, 'acc--soria es hecha en línea con el eje de la corona realmente coincide con sus canales radiculares. Por eso parte de la ori--lla incisal, o vispera de superficie facial de la corona, no--dría ser sacrificada. Después del acceso llevara línea recta una placa de rayos X es tomada para cuantificar y ver el hue--so disponible más allá del ápice. El canal es entonces amplia--do con instrumentos de mano o maquina, usando limas para pro--ducir una preparación ligera. Durante este proceso, considera--r amplio hacia la dirección, donde se beneficiara la siguiente fase de operación, el canal del hueso preparado. Generalmente los canales maxilares podrían ser agrandados hacia facial, de la raíz falsa a la placa cortical facial del hueso. Un ca--nal es ensargecido con un instrumento #50 en casos de estre--chura o canales calcificados, un #70 o #90 hasta donde sea po--sible , o #120 para adultos jovenes con amplios can--les, Des--pues el canal es ensargecido al propio tamaño, una coordina--ción paralela del dril en un 10:1 reduciendo el ángulo es usa--do pasando el primer tercio de las paredes dentinales y la pre--paración del canal receptor para el tratamiento del implante de titanium.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

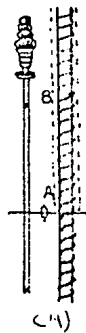
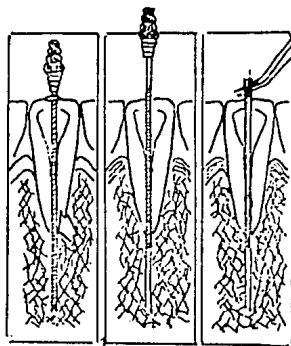
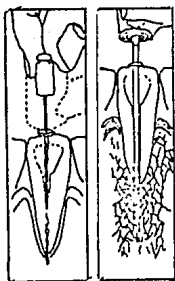
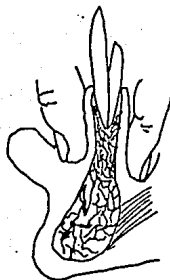
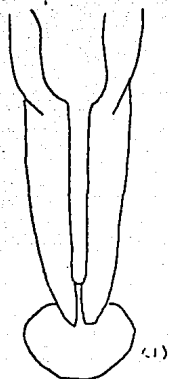
El paralelismo de la fresa es usado a lo largo del eje del diente y el ángulo bisectriz de la placa facial y lingual de la cortical.

El canal podría aproximarse a la placa cortical de la señal onusta. El borde inferior de la mandíbula, el vestíbulo nasal, etc. quedan un milímetro más corto de la fresa es entonces insertada en la profundidad total del canal y una radiografía es tomada. El milímetro indicado es colocado en el borde incisal del diente y también la precisa localización del ápice es notado. Si la penetración adicional es requerida, ésta se hace con varilla y el probado es repetido. El implante endodóntico es entonces suavemente rotado pasando el ápice cerca 2mm ligeramente contrario a las manecillas de reloj tocando pasando la raíz. El implante es removido y el canal es limpiado y secado para ser mejor la obturación endodóntica. Si sigue sangrando inyectar al diente un anestésico local con vasoconstrictor y colocar un largo papel en el canal. Después de 2-5 minutos, el canal puede ser secado con punt. de papel con una medida "ring 0" y es colocado en el estabilizador indica la punta de máxima penetración al borde incisal o posición coronal del diente. Usar una varilla de medición para localizar el punto de control apical en el implante y poner cemento apical de 2-3mm por encima del punto. Un cemento de poliacrilato es aplicado hacia el balance de la porción intradental del implante. Este cemento se adhiere bien a la dentina. El implante es introducido dentro

del canal ligeramente rotado en contra de las manecillas del reloj hacia la posición del sentido final como indicado por el "ring 0". Después el cemento endurece. El mango del implante endodóntico es cortado. Un propio asentamiento del implante endodóntico expresaría que la masa de cemento llegó al ápice y tiene un excelente sellado apical. El implante, es firmemente fijado al diente porque el tratamiento efectuado del implante y el cemento de policarboxilato fue excelente. La interfase implante-hueso tiene un pequeño ligamento y está apto para transferir las fuerzas.



# Sargenti



AGUJAS OSEAS :

Muchos pacientes pierden sus dientes debido a abscesos congénitos, avulsiones traumáticas, fracturas radiculares, desairadas terapias del canal radicular, extracción. A menudo los dientes adyacentes son libres de caries y pacientes miedosos a restauraciones dentales. Ello no quieren "el propio toque dental". Después de décadas de desarrollo y extensos tratamientos clínicos, los implantes óseos les ofrecen alternativas.

Varios métodos han sido dispositivos para el remplazo de dientes perdidos así como transplantes autógenos, o los pins lisos, lamina endosteal implantes espirales, tornillo cerámico para hueso, reemplaces radiculares de carbono. Muchos de estas técnicas han provisto tener definitivas desventajas para esta particular aplicación, ligera decoloración gingival, pobre diseño, potencial antigénico alto etc. El reciente descubrimiento de textura de pins osteogénicos han resultado en un sistema único conservativo para reemplazar dientes con exacto control médico y fácil colocación, fuertes. No hay intervención quirúrgica o sutura fuera necesario. Inmediata función es posible. El perfil de configuración de cada pin osteogénico prometen el incremento de hueso entre la forma especial en espiral de cada pin en colocación. Múltiples pins pueden ser usado articulados juntos hacia 2-3 estribos.

BASICA INSTRUMENTACION :

Inmediato reemplazo dental con pins osteogénico son administrados en 2 diámetros. Por cada tamaño de pin hay una medida coordinada por control. La medición y colocación del tamaño preciso coordinada con drill. La propia metalurgia , permite segura curva a la cresta del hueso después de la colocación para correcto alineamiento. Solo es dispositivo azul o verde en el pin indica las características deseadas . Los drills los cuales son usados para preparar el sitio receptor en el hueso son administrados en 3 longitudes para trabajar alternativamente dentro de diferentes espacios interoclusales profundidad y angulación de hueso.

TECNICA BASICA PAZO A PASO :

Casos ideales son aquellos los cuales son adecuados a la vista oclusal y propia profundidad y espesamiento de hueso disponible dentro del cual divergen los pins pueden ser colocados. Restauración final y provisional podían no tener interferencias en movimientos laterales protusivos. Deberá haber suficientes espacio por eso es necesario para una adecuada retención cosmetica restauración. Una guía conservativa para la evaluación de hueso disponible es que habrá una profundidad de un mínimo de 5-6mm del hueso adicional, más alla del ápice al firme diente natural adyacente.

Una placa milimetrica periapical es usada para cuantificar verticalmente la disposición del hueso. Palpación di-

gital determina el grueso bucolingual del contorno alveolar del diente reemplazado los pins podrían ser insertados tan lejos como y tan divergentes como sea posible permaneciendo 1-2mm corto de la señal anatomica asi como la cavidad nasal seno maxilar y diente natural adyacente evitar penetrar a la placa cortical opuesta coordinando el dril son usados para preparar el sitio receptor por cada pin. La profundidad es estimada hacia el control radiografico y es transferida a cada dril usando una regla "ring 0". Si el pequeño diametro del diente reemplazado el pin es usado. Solo un dril sera necesario. Si el diametro largo del pin es usado, muy a menudo el canal preliminar sera preparado usando un pequeño dril y entonces el sitio final receptor sera terminado con el coordinado de un largo dril. Una fresa redonda es algunas veces usada para ayudar a preparar el sitio receptor. Si el contorno de la cresta es extremadamente agudo la varilla milimetrica es aguda y el dril son usados para checar la profundidad final para cada sitio receptor.

Cada varilla de medición la profundiza tantos milímetros los cuales son facil de visualizar en la radiografia. La varilla de medición es insertada en la profundidad del sitio receptor y la altura del tejido es marcado por una regla "ring 0". Una radiografia standart periapical es entonces tomada. El sitio receptor puede ser profundizado si fuera necesario.

El tamaño propio del pin al diente por reemplazar es en-

tonces rotado dentro del sitio con la mano con suavidad a presión. La densidad del hueso alveolar varía con cada paciente. Algunos de los pins son rotados fácilmente dentro del sitio y otros con más fuerza. Después el pin es colocado totalmente. El manubrio disponible es usado para curvar la porción el cual protuye dentro de la boca dentro del propio alineamiento buco-lingual y mesio-distal. El pin es entonces colocado a una propia distancia, abajo del manubrio con una piedra de diamante continuar.

Múltiples pins son colocados juntos con una composición material. Los autores han usado varios sistemas compuestos y recomendando que cada clínica lo usa. El área pontica puede ser compensado y protegido con un pequeño segmento de regla. El material mismo puede ser condensado usando un caparazon y colocando el dispositivo con precisión y presión.

Después del sanado una preparación de estribo es hecho. Los autores prefieren un ligero terminado de línea de preparación una corona prefabricada es entonces adaptada ha la preparación de estribo y cementada con cemento temporal. El paciente es terminado. Un rápido analgesico así como una aspirina es ocasionalmente requerida para confort post-operatorio más a menudo no es usado, pacientes con experiencia no necesitan el confort post-operatorio. Desde todos los materiales usados en esta técnica puede ser usado un desinfectante, terapia antibiotica no es recomendada excepto con clara

indicación medica.

Un jacket permanente puede ser fabricada inmediatamente o tan pronto como sea posible. Los autores tienen en su laboratorio preparan un hombro metal-porcelana es entonces añadida y la superficie tisular en la region cervical es vidrio claramente. Esta area con hilos dentales y propia estimulación son realizados por los pacientes con facilidad.

Algunos pacientes pueden beneficiarse con el soporte adyacente adicional. Si la cantidad de hueso disponible no es el ideal. Los autores sugieren varias alternativas, ligero descubrimiento y pulido en la superficie proximal del diente adyacente produce un plano o area de contacto "A" ligeramente dentro de la restauración adyacente o restos linguales.

#### APLICACION MEDICA :

El paciente es mujer blanca de 16 años que tenía un canino impactado en el paladar tratamiento quirurgico ortodontico fue desairado y el canino fue perdido. Petulante dentadura parcial la cual fue indicada para perserver el espacio del canino.

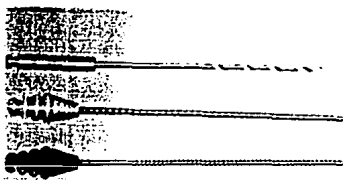
Una radiografía periapical como una radiografía panorámica fueron tomadas parte de una rutina y una radiografía cuantitativa vera el hueso disponible la palpación digital revela un grueso contorno alveolar buco-lingualmente.

Después de administrar anestesia infiltrativa buco y palatinamente. El pequeño diametro del dril fue usado para hacer un canal guía. La profundidad fue determinada por el control radiografico y transferido hacia el dril con una regla "ring 0" Una pequeña regla medidora final fue introducida al lugar verificando la medida final. El largo del dril fue entonces usado para completar la preparacion del sitio receptor y el largo del diente reemplazado el pin fue colocado.

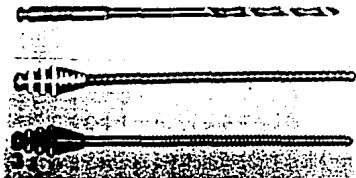
Este paso fue repetido para la colocación del otro pin cada pin fue colocado 1-2mm antes de la cavidad nasal. El pin fue entonces propiamente alineado curvado en su sitio, usando un manubrio o mango los cuales son entonces separados con una piedra de diamante.

Una radiografia pericircular post-operatoria fue tomada con anterioridad a la colocación del estribo. El pin distal, es sobrepuesto en la raíz lingual del premolar.

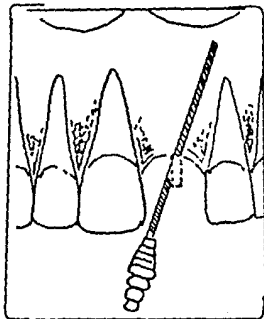
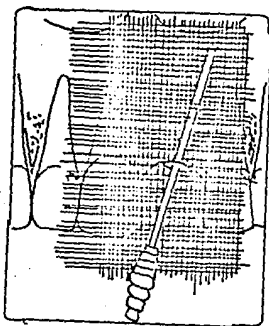
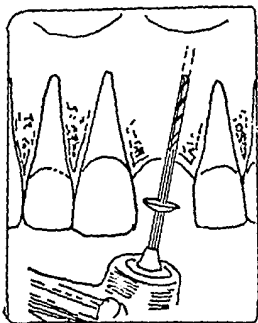
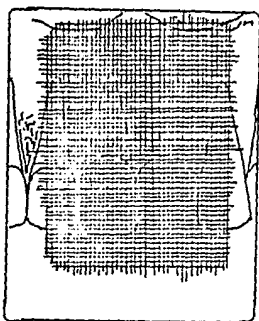
La técnica de Nealon fue usada para juntar los pins con metil-metacrilato. Después es endurecido, un hombro es creado con una piedra de diamante. Una corona temporal es entonces colocada, severá la oclusión. Un jacket final será colocado y cementado aproximadamente 8 semanas más tarde por el dentista referido.

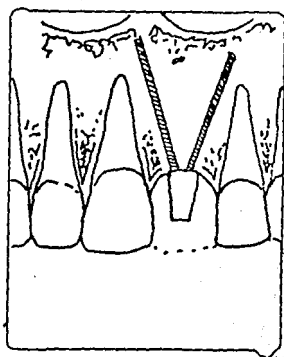
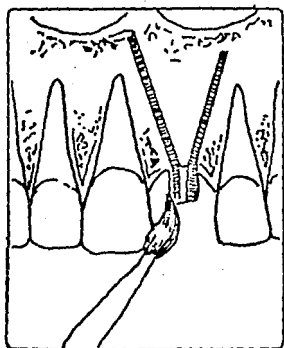


2



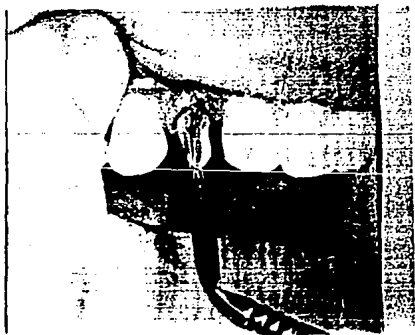


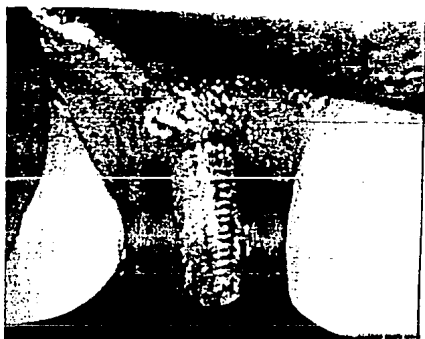














## CONCLUSIONES :

El interés por los implantes ha aumentado significativamente. Hoy en día, existen muchos sistemas y otros nuevos están surgiendo continuamente. Las diversas opciones han creado gran confusión entre los dentistas y todavía no se han realizado unos estudios comparativos de rigores científico, comparando los distintos sistemas.

Los implantes dentales se están convirtiendo en una parte rutinaria y previsible de la odontología. Los métodos de criterios aquí son aceptables para la mayoría de las situaciones asumiendo una cierta creatividad.

Las principales necesidades hoy en día son para conseguir una mejor comunicación quirúrgico-protésico y una mejora en las consideraciones prestodónticas.

Recordando que las principales indicaciones de los implantes son:

-Bocas total o parcialmente edéntulas.

-El paciente tener buena salud general.

-Las personas adultas de cualquier edad

-El hueso en zonas edéntulas debe de:

1.-Cubrir totalmente el implante.

2.-El tejido óseo por bucal y lingual del implante debe de tener 1-2mm de espesor



- 3.-el implante debe de estar a una distancia mínima de 13 mm del seno, estructuras nerviosas y otros rasgos anatómicos limitantes.

Recordando las principales contraindicaciones son:

- Cualquier condición sistémica que podría impedir la cicatrización.
- El embarazo.
- Jovenes que no han terminado de crecer.
- Esperanzas poco realistas tanto funcionales como estéticas.
- Características psicológicas negativas : poca adaptabilidad, impaciencia, mala higiene oral, irresponsabilidad.

Es de suma importancia la valoración clínica y subclínica del paciente para considerarlo candidato al uso de implantes orales .

Tomar en cuenta, que antes de la colocación de un implante se deberá restaurar los dientes remanentes, para evitar traumatismos sobre el implante buscando una rehabilitación correcta con una adecuada oclusión

La implantología que se propone ahora tiene características mas modestas y, sobre todo, mas realistas. Ya no es la sustitución o la renovación de los órganos desaparecidos.No es solamente un medio para mejorar, estabilizar o mantener en su sitio estructuras protésicas convencionales. Es un medio de retención que puede hacer aceptable la vida a los

pacientes hipersensibles intolerables de nuestras prótesis.

Encontramos las grandes ventajas de los implantes como dar mayor soporte a algunos dientes naturales que aún se tienen, estabilizar dentaduras parciales o totales, estimular el crecimiento óseo.

Los beneficios directos de la implantología oral son profundos.

BIBLIOGRAFIA :

- Arana Borques, Hector tesis "Breve estudio sobre implantología".-Universidad Latino Americana, 1979.
- Chercheve, Rafael "Implantes Odontologicos .- Ed. Medica panamericana .- Ed. enero, 1984 P.p 35-39, 97-101.
- Linkow, Leonard "Cosas que un paciente debe saber acerca de implantes dentales" .-Rev quinta esencial Vc12 No.10 Oct 1980.
- Linkow, Leonard "Theories and Techniques of oral implantology" .- 1980.
- Ritacco, Araldo "Implantes Endodonticos Intraoseos" .- ed. 2a...- Ed Mundi, S.A. P.p 19-22; 153-166.
- Vives, Ana Silvia "Implantologia Oral" .-Universidad Autonoma de Mexico , 1989.
- Manual "Oral implantology 2"
- The international Journal of Oral Implantology .-Vol 1 1976-1977
- The International Journal of Oral implantology .- Vol 2 1976-1977

BIBLIOGRAFIA :

- / The International Journal of Oral Implantology .-Vol4  
1979-1980
- 
- The International College of Oral Implantologists "Teaching and Patient education program" .-1976
- Kenneth, Judy- Weisz, Charles "Intramucosal Inserts"  
Vol 63 No.11 Nov. 1973.
- Werts, Ramon "Metodo Sargenti" .- 1974.
- The International Journal of Oral Implantology .-Vol2  
No. 1 1981.