

271
29

SEMINARIO DE TITULACIÓN

MATERIALES DENTALES

TESINA ASESORADA POR EL DR. BRINDIS

TITULO: MATERIALES EN CIRUGIA MAXILOFACIAL.

PRESENTADO POR: ROSAURA RAMÍREZ SANTANA.

6º SEMINARIO DE TITULACIÓN.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

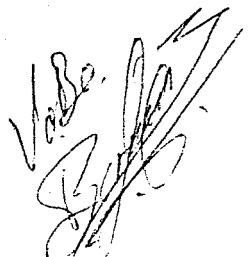
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- CARACTERISTICAS DEL MATERIAL
- 3.- IMPLANTES ITI (INTERNACIONALES TEAM FOUR ORAL IMPLANTOLOGIE).
- 4.- IMPLANTES DE UNA PIEZA Y DE DOS PIEZAS.
- 5.- UTILIZACIÓN DE IMPLANTES DE TITANIO EN PACIENTES CON SOPORTE PERIODONTAL REDUCIDO.
- 6.- TORNILLO LEDERMANN DE TITANIO.
- 7.- METAS Y LIMITACIONES EN IMPLANTES.
- 8.- HIGIENE O MANTENIMIENTO DE LOS IMPLANTES DENTALES.
- 9.- CONCLUSIONES.
- 10.- BIBLIOGRAFÍA.

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page. The signature appears to be 'V. B.' followed by a large, stylized flourish.

INTRODUCCIÓN.

EL USO DE IMPLANTES DENTALES REALIZADOS CON DIFERENTES MATERIALES HAN REEMPLASADO LA PERDIDA DENTAL PARA LLEGAR A SER UNA PARTE IMPORTANTE EN LA PRACTICA DE LA ODONTOLOGÍA.

LOS IMPLANTES PUEDEN SER USADOS EN LA RECONSTRUCCIÓN TOTAL O PARCIAL DE EDENTULOS DE LOS ARCOS MAXILAR O MANDIBULAR. EN FORMA FIJA O DESMONTABLE SOBRE UNA SOLA PIEZA O EN UNA PRÓTESIS CON MAYOR EXTENCIÓN.

EL TIPO MÁS COMÚN DE IMPLANTE ES EL ENDOÓSEO SUPLAN- TADO COMO UN TORNILLO, CILINDRO O CUCHILLA. NORMALMENTE LOS IM- PLANTES SON HECHOS DE TITANIO ALGUNOS DE ELLOS SON HECHOS CON CAPAS DE PLASMA O SPRAY, O TIENEN CAPAS DE HIDROXIAPATITA; ALEACIONES DE CROMO COBALTO, CARBÓN VITREO Y OTROS MATERIALES ESTAN EN PROCESO DE ESTUDIO. ÉSTOS IMPLANTES EXISTEN TANTO EN FORMA DE UNA PIEZA COMO EN DOS PIEZAS. LOS IMPLANTES DE UNA SOLA PIEZA SE UTILIZAN EN COMBINACIÓN CON SUPRACONSTRUCCIONES PROTÉASICAS CON BARRA EN EL MAXILAR INFERIOR DESDENTADO, MIENTRAS QUE LOS DE DOS EMPLEAN EN EL MAXILAR CON DENTICIÓN PARCIAL CON COMBINACIÓN EN SUPRACONSTRUCCIONES FIJAS. CON LA UTILIZACIÓN DE SITUACIONES DE TITANIO OSTEOINTEGRADAS.

LOS IMPLANTES DESIGNADOS PRECISAN DE UNA TÉCNICA QUIRURGICA ADECUADA, FABRICACIÓN CON CONTROL DE CALIDAD LA

CREACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO Y LA HIGIENE QUE ES UNA CONTRIBUCIÓN CLÍNICA PARA LOGRAR EL ÉXITO, EN LA CIRUGÍA DE IMPLANTE. LOS PACIENTES DEBEN COMPRENDER SU IMPORTANCIA YA QUE ES UNA CLAVE ELEMENTAL EN EL ÉXITO DE SUS IMPLANTES. EL DENTISTA DEBE EXPLICAR AL PACIENTE LOS PRINCIPIOS QUE RIGEN LA HIGIENE ORAL PARA IMPLANTES.

ADemás DE QUE EL PACIENTE DEBE COMPRENDER LA NECESIDAD DE ESTABLECER UN NIVEL ACEPTABLE DE HIGIENE, ANTES DE LA CIRUGÍA, DURANTE LA COLOCACIÓN DEL IMPLANTE Y LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS ASÍ COMO POSTERIORMENTE PARA ASEGURAR EL ÉXITO DEL IMPLANTE Y EL MAYOR TIEMPO DE VIDA DEL MISMO.

CARACTERISTICAS DEL MATERIAL

EL TITANIO ES UN METAL GRIS OSCURO, POSEE LA PROPIEDAD DE FORMAR EN SU SUPERFICIE UNA PELICULA DE DIOXIDO DE TITANIO QUE LE CONFIERE UNA PACIVIDAD EXELENTE CON GRAN RESISTENCIA A LA CORROSIÓN.

SUS PROPIEDADES MECÁNICAS SON INFERIORES A LAS DE LOS ACEROS Y ALEACIONES COBALTICAS.

SU DENSIDAD ES DE 4.5, SU TEMPERATURA DE FUSIÓN ES DE 1800 C° , RESULTA FÁCIL DE TRABAJAR EN FRIO O FORJADO.

POSEE UNA GRAN DUCTILIDAD, PUEDE DOBLARSE A 180 C° IGUAL QUE EL ACERO ES 316L..

ENTRE LOS MATERIALES USADOS PARA IMPLANTES, EL TITANIO APARECE COMO UNO DE LOS MENOS REACTIVOS, O SEA QUE ES TOLERADO Y COMPATIBLE. ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE POR AHORA NO SE HA ENCONTRADO UN MATERIAL QUE SEA PERFECTAMENTE BIEN ADMITIDO POR LOS TEJIDOS.

ACTUALMENTE SE INVESTIGA POR UN LADO EN DESARROLLAR UN TITANIO POROSO, CON EL FIN DE LOGRAR UN MAYOR ANCLAJE EN EL HUESO Y POR OTRO LADO EL LOGRO DE ALEACIONES CON ALUMINIO, VANADIO, MOLIBDENO PARA LOGRAR DARLE MAYOR RESISTENCIA.

IMPLANTES ITI (INTERNATIONALES TEAM FOUR ORALE IMPLANTOLOGIE)

EL DESARROLLO DE LOS IMPLANTES ITI SE REMONTA AL AÑO 1974, EMPLEÁNDOSE DESDE SU INICIO EL TITANIO COMO MATERIAL SOBRE LA BASE DE LOS RESULTADOS DE ANTERIORES INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES. EL TITANIO ES EL MATERIAL MÁS APROPIADO PARA IMPLANTES ENDOÓSEOS DEBIDO TANTO A SUS EXCELENTE PROPIEDADES FÍSICAS (GRAN DUREZA Y ELEVADA ELASTICIDAD) COMO SU SORPRENDENTE BIOCOMPATIBILIDAD POR SU CAPA DE ÓXIDO EN LA SUPERFICIE DEL IMPLANTE.

LOS IMPLANTES ITI PRESENTAN EN SU PORCIÓN ENDOÓSEA UNA SUPERFICIE RUGOSA QUE SE OBTIENE POR EL RECUBRIMIENTO DE PLASMA DE TITANIO. GRACIAS A ÉL EN LA FASE DE CURACIÓN DEL TEJIDO ÓSEO QUEDA DIRECTAMENTE EN CONTACTO CON LA SUPERFICIE DEL IMPLANTE SIN QUE QUEDA TEJIDO CONECTIVO EN MEDIO. ESTE FENÓMENO FUE DENOMINADO " ANQUILOSIS FUNCIONAL " POR SCHRÖEDER EN 1976/ 1978 Y OSTEO INTEGRACIÓN POR BRANEMARK EN 1977.

EN COMPARACIÓN CON LOS IMPLANTES DE TITANIO LISOS, LAS SUPERFICIES RUGOSAS FAVORECEN UNA ADAPTACIÓN ÓSEA MÁS RÁPIDA DE MODO QUE AL SÉPTIMO DÍA YA SE PUEDE DEMOSTRAR HISTOLOGICAMENTE LOS CONTACTOS ÓSEOS DIRECTOS. CON ELLO SE ALCANZA UNA ESTABILIDAD ANQUILÓTICA SECUNDARIA RÁPIDA, POR OTRA PARTE SE LOGRA UNA MAYOR SUPERFICIE DE CONTACTO ENTRE HUESO E IMPLANTE APROXIMADAMENTE UN 70% RESPECTO AL 50% DE LAS SUPER-

FICIES LISAS. LA SUPERFICIE RUGOSA GARANTIZA ADEMÁS UN MAYOR ANCLAJE EN EL HUESO DE LAS SUPERFICIES PULIDAS, LO QUE EN EXPERIMENTACIÓN EN ANIMALES SE TRADUCE EN UNA FUERZA DE EXTRACCIÓN SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR.

LA PREMISA PARA LA OSTEOINTEGRACIÓN DE UN IMPLANTE DE TITANIO ES EL RESPETO DE LA FASE DE CURACIÓN CON UN MÍNIMO DE TRES MESES SIN SOBRE CARGA FUNCIONAL PARA LOGRAR LA ESTABILIDAD PRIMARIA DEL IMPLANTE POR LA CONFIGURACIÓN CONGRUENTE DEL LECHO DEL MISMO.

LA CONDICIÓN " SINE, QUA NON " PARA LA OSTEO INTEGRACIÓN POSTULADA POR BRANERMARK DE UNA CURACIÓN CUBIERTA BAJO UNA CAPA DE PARTES BLANDAS NO SE PUEDE SEGUIR MANTENIENDO HOY DÍA, BASÁNDOSE EN LA EXPERIENCIA CLÍNICA CON IMPLANTES DE TITANIO RECUBIERTOS DE PLASMA, YA QUE DESDE 1974 SE HAN REALIZADO CON EXEPCION IMPLANTES ITI TRANSGINGIVALES . TAL COMO HA DEMOSTRADO LA EXPERIENCIA CLÍNICA DE TODA UNA DÉCADA, LOS IMPLANTES TRANSGINGIVALES GARANTIZAN UNA BUENA ÓSTEOINTEGRACIÓN.

ÉSTOS CONOCIMIENTOS FUERON APLICADOS EN EL NUEVO CONCEPTO ITI EN EL CUAL LOS IMPLANTES PARA MAXILAR INFERIOR SE PREPARARON, COMO SE HABIA HECHO HASTA ENTONCES, DE UNA SOLA PIEZA; YA QUE UNA VEZ TRANSCURRIDAS 24 HORAS ERAN BLOQUEADAS CON UN EJE O BARRA Y POR ELLO FIJADAS EXTERNAMENTE.

SE DEMOSTRÓ QUE LA CONSTRUCCIÓN CON ESTE O BARRA LOGRABA UNA ESTABILIDAD SATISFACITORIA QUE PERMITIA LA FUNCIÓN MASTICATORIA EN EL TRANSURSO DE TRES MESES.

LOS IMPLANTES PARA MAXILAR CON DENTIFICÓN PARCIAL Y PARA LA REPOSICIÓN DE DIENTES AISLADOS SE RECONSTRUYERÓN CON DOS PIEZAS, PUESTO QUE PUEDEN SER DOTADOS LUEGO DE CORONAS O RECONSTRUCCIONES PROTÉSICAS DE PUENTES. ASÍ SE LOGRABA ADECUAR DE MANERA ÓPTIMA LA CONFIGURACIÓN DE LA CABEZA DEL IMPLANTE A LAS EXIGENCIAS PROTÉSICAS DE CORONAS Y PUENTES. POR OTRA PARTE ESTOS IMPLANTES GENERALMENTE ÚNICOS Y NO BLOQUEADOS, CUMPLEN LA EXIGENCIA DE UNA FASE DE CURACIÓN SIN ESFUERZOS NI SOBRE CARGAS DURANTE LA CUAL EL IMPLANTE SÓLO SOBRESALE MINIMAMENTE DEL NIVEL DE LA MUCOSA.

EL CONCEPTO BENEFIT ELIMINA LOS PUNTOS DE POSIBLE RETENCIÓN DE PLACA. ASÍ, PARA LIMITAR LA CUMULACIÓN DE LA PLACA Y FACILITAR LA HIGIENE ORAL DEL PACIENTE SE PULIÓ LA PORCIÓN CERVICAL DE LOS IMPLANTES EN SU ZONA DE CONTACTO.

EN ESTOS IMPLANTES NO SE PRECISA ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DEL MISMO TRAS LA FASE DE CURACIÓN. DE ESTA MANERA DURANTE LA FASE DE CURACIÓN SE CREA UN APARATO DE ANCLAJE DEL MARGEN GINGIVAL QUE NO SE VE AFECTADO POR LA COLOCACIÓN DE LA PIEZA SECUNDARIA. EL DE LA PIEZA SECUNDARIA PUEDE REALIZARSE BAJO CONDICIONES CLÍNICAS DE LIMPIEZA CON UNA BUENA VISIÓN Y SIN INFLUENCIAS NOCIVAS EJERCIDAS POR LA SANGRE, SALIVA O RES- TOS ALIMENTICIOS.

OTRA RAZÓN IMPORTANTE PARA LA CONSTRUCCIÓN TRANS-
GINGIVAL ES LA DE QUE LA HANCHURA DE LA MUCOSA QUERATINIZADA
QUE EXISTE PREOPERATORIAMENTE NO SE PIERDE CON LA IMPLANTACIÓN,
YA QUE EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO SE ADAPTA Y SUTURA AL CUELLO
DEL IMPLANTE. EL TORNILLO DE OCLUSIÓN DE DIÁMETRO LIGERAMENTE
SUPERIOR, EVITA QUE LOS MÁRGENES DE LA HEREDA SE DESLIGEN POR
ENCIMA DE LOS HOMBROS DEL IMPLANTE DURANTE LA FASE DE CURADO.

EL CONCEPTO DE IMPLANTE PRESENTADO SE CARACTERIZA POR
UN MÉTODO ESTANDARIZADO PARA TODOS LOS IMPLANTES. CON EL INS-
TRUMENTAL NORMALIZADO SE PUEDE PREPARAR UN LECHO CONGRUENTE,
QUE GARANTIZA LA IMPRESINDIBLE ESTABILIDAD PRIMARIA.

PARA LOS IMPLANTES DE UNA SOLA PIEZA EN EL MAXILAR
INFERIOR DESDENTADO SE DISPONEN DE PIEZAS AUXILIARES COMO COPIA
S DE IMPRESIÓN IMPLANTES DE MANIPULACIÓN Y COPIAS DE ORO QUE
FACILITAN CONSIDERABLEMENTE LA FABRICACIÓN PROTÉSICA DE LA RE-
CONSTRUCCIÓN DE BARRA. EN EL CASO DE LOS IMPLANTES DE DOS
PIEZAS PARA MAXILAR CON DENTICIÓN PARCIAL SE RENUNCIO CON-
CIENTEMENTE A ESTAS PIEZAS AUXILIARES PARA PODER FACILITAR SI
ERA NECESARIO, EL RETOCADO DE LOS PILARES. POR ELLO LAS RE-
CONSTRUCCIONES FIJAS DE ESTOS IMPLANTES SE REALIZAN CON UNA IM-
PRESIÓN DIRECTA Y UN ENCERADO DIRECTO EN EL MODELO MAESTRO.

IMPLANTES DE UNA SOLA PIEZA Y DE DOS PIEZAS

LOS IMPLANTES DE CILINDRO TORNILLO HUECOS DE UNA SOLA PIEZA, FUERON DESARROLLADOS ESPECIALMENTE PARA SU APLICACIÓN EN COMBINACIÓN CON SUPRACONSTRICCIONES PROTÉSICAS EN EL MAXILAR INFERIOR DESDENTADO EN EL QUE GENERALMENTE SE COLOCAN CUATRO IMPLANTES EN LA ZONA ANTERIOR DEL MAXILAR INFERIOR ENTRE LOS AGUJEROS MENTONIANOS. LOS CUATRO IMPLANTES SE DISTRIBUYEN DE LA MANERA MÁS SIMÉTRICA POSIBLE, DE MODO QUE SE PUEDA REALIZAR UNA RECONSTRUCCIÓN CON BARRA.

SI EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO SE DEMUESTRA QUE NO EXISTE MUCOSA QUERATINIZADA EN LA ZONA DEL FUTURO IMPLANTE SE REALIZARA EN PRIMER LUGAR UNA VESTIBULOFLESTÍA ANTERIOR CON TRANSPLANTES LIBRES DE MUCOSA, QUE EN CASO NECESARIO PUEDE COMBINARSE BIEN CON UNA PLASTIA DE SUELO DE LA BOCA ANTERIOR. LA INDICACIÓN DE UNA CORRECCIÓN PRIMARIA TAMBIÉN SE ESTABLECE CUANDO EN ESTA ZONA EXISTA UN FIBROMA POR IRRITACIÓN DE LA PRÓTESIS

TRANSCURRIDO DOS O TRES MESES COMO MÍNIMO, SE REALIZA EL IMPLANTE CON ANESTESIA TRONCULAR BILATERAL. PARA ELLO SE MARCAN EN PRIMER LUGAR LAS POSICIONES DESEADAS DEL IMPLANTE, PREPARANDO LUEGO LA CORTICAL CON TRES FRESAS DE DIÁMETRO CRECIENTES DE MANERA GRADUAL Y CUIDADOSA. SE RECOMIENDA UTILIZAR AL FINAL UNA FRESA DE 3.5 MM. PARA QUE A CONTINUACIÓN YA SE PUEDA PREPARAR LA PROFUNDIDAD CON EL INSTRUMENTO NORMALIZADO EL TALADRO INICIAL Y LA FRESA. A LA HORA DE LA PREPARACIÓN ÓSEA DEBE EMPLEARSE UN NÚMERO DE REVOLUCIONES BAJO MÁXIMO DE 500-600 RPM PARA UNA TRACCIÓN SUFICIENTE CON SOLUCIÓN

SALINA FISIOLÓGICA ESTÉRIL Y FRÍA PARA NO PROVOCAR LESIONES TÉRMICAS EN EL TEJIDO ÓSEO CIRCUNDANTE. PARA LOS IMPLANTES HS SE PRECISA, ADEMÁS DEL INSTRUMENTAL MENCIONADO, UNA MÁQUINA DE ROSCAR, UN TRINQUETE Y UNA LLAVE GUÍA PARA INTRODUCIR EL TORNILLO EN EL HUESO.

TRAS COMPROBAR LA PROFUNDIDAD CON EL CALIBRADOR SE PUEDE AJUSTAR O ROSCAR LOS IMPLANTES. EL EMPLEO DE IMPLANTES HZ Y HS DEPENDE PRINCIPALMENTE DE LA SITUACIÓN CLÍNICA. LOS IMPLANTES HS DE UNA SOLA PIEZA SON MÁS APROPIADOS PARA ESTRUCTURAS ÓSEAS ESPONJOSAS Y PARA MAXILARES INFERIORES MUY ATROFICADOS, YA QUE TIENEN UNA ESTABILIDAD SATISFACTORIA. TRAS LA COLOCACIÓN DE LOS IMPLANTES SE REALIZA LA SUTURA DE LA HERIDA ADAPTANDO DE MANERA PRECISA LOS BORDES DE LA HERIDA AL PILAR DEL IMPLANTE Y FIJÁNDOLA CON PUNTOS SUELTOS.

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL IMPLANTE SE TOMA UNA IMPRESIÓN CON UNOS CASQUILLOS DE TRANSFERENCIA PREFABRICADOS Y UNA CUBETA INDIVIDUAL. TOMANDO COMO BASE ESTA IMPRESIÓN, EL PROTÉSICO PUEDE FABRICAR LA BARRA O BRAZA CON AYUDA DE IMPLANTES DE MANIPULACIÓN, COFIAS PREFABRICADAS DE ORO E HILO DE ORO 1.9 MM. LA BARRA SE COLOCA EN UN PLAZA DE 24 HORAS Y SE ROSCA CON TORNILLOS DE OCLUSIÓN, LO QUE CONTRIBUYE INICIALMENTE A LA ESTABILIZACIÓN DE LOS IMPLANTES SE INDICA A LOS PACIENTES QUE RENUNCIEN A LLEVAR LA PRÓTESIS DEL MAXILAR INFERIOR DURANTE DOS SEMANAS PARA NO ALTERAR EL PROCESO NORMAL DE CICATRIZACIÓN DE LA MUCOSA ADYACENTE AL IMPLANTE. DURANTE ESTE TIEMPO SE

SOMETE AL PACIENTE A ELIMINACIONES REGULARES DE PLACA ÚNICAMENTE POR MEDIO DEL MÉTODO QUÍMICO CON SOLUCIONES DE GLUCANATO DE CLORHEXIDINA AL 0.1%, EVITANDO SIEMPRE EL MÉTODO MECÁNICO.

A CONTINUACIÓN, LA PRÓTESIS SE REBASA PROVISIONALMENTE PUDIENDO EL PACIENTE REANUDAR SU HIGIENE ORAL, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLA LAS INSTRUCCIONES QUE SE LE INDIQUEN .

SE FABRICA A CONTINUACIÓN NUEVAS PRÓTESIS EN LAS QUE SE ACOPLA UN ARMAZÓN METÁLICO EN LA PRÓTESIS DEL MAXILAR INFERIOR PARA PREVENIR FRACTURAS. LA RETENCIÓN DE LA PRÓTESIS SOBRE LA BARRA SE LLEVA A CABO ATRAVÉS DE TRES CALLETES METÁLICOS QUE PUEDEN ACTIVARSE SEGÚN NECESIDADES.

POR LO DEMÁS LAS PRÓTESIS SE CONSTRUYEN SEGÚN LAS NORMAS DE LA PRÓTESIS TOTAL CON OCLUSIÓN EQUILIBRADA.

EL IMPLANTE DE CILINDRO HUECO DE DOS PIEZAS. ESTE IMPLANTE EXISTE EN FORMA RECTA O BIEN ANGULADA 15 SIENDO DESARROLLADO EN PRIMERA INSTANCIA PARA REEMPLAZAMIENTO DENTAL ÚNICO EN MAXILAR SUPERIOR. ESTA INDICACIÓN COMPORTA UNAS EXIGENCIAS ESTÉTICAS MUY IMPORTANTES, POR LOQUE EL HOMBRO DEL IMPLANTE SE BISELA EN VESTIBULAR PARA PODER SITUAR EL MÁRGEN CORONAL EN EL SULCUS DE FORMA ESTÉTICA.

LA PREPARACIÓN DEL LECHO DEL IMPLANTE SE REALIZA DE LA MISMA MANERA Y CON EL MISMO INSTRUMENTAL QUE LOS IMPLANTES

ANTERIORES. TRAS COLOCAR EL IMPLANTE SE APLICA EL TORNILLO OBTURADOR. EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO SE REPONE DE MANERA QUE COBRA JUSTAMENTE EL HOMBRO DEL IMPLANTE. DURANTE LA FASE DE CURACIÓN EN TRES MESES, EL PACIENTE PUEDE SEGUIR LLEVANDO LA PRÓTESIS PRIMITIVA SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA CONTACTO CON EL IMPLANTE.

A LOS TRES MESES COMO MÍNIMO DESPUÉS DEL IMPLANTE SE RETIRA EL TORNILLO DE OCLUSIÓN Y SE ATORNILLA LA PIEZA SECUNDARIA CÓNICA CON LA HERRAMIENTA DE ROSCADO, FIJÁNDOLA CON CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC. EN CASO NECESARIO LA PIEZA SECUNDARIA PUEDE SER TALLADA COMO UN MUÑON ARTIFICIAL. TOMANDO UNA IMPRESIÓN DIRECTA CON CUBETA INDIVIDUAL SE PREPARA EL MODELO MAESTRO EL PROTÉSICO PUEDE PREPARAR UNA CORONA DE REVESTIMIENTO DIRECTAMENTE SOBRE EL MODELO SIN AYUDA DE LA COPIA COLADA DE ORO. ESTA CORONA SE CEMENTA DEFINITIVAMENTE SOBRE EL MUÑON DEL IMPLANTE CON CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC.

OTRA INDICACIÓN PRINCIPAL DEL IMPLANTE DE DOS PIEZAS ES LA SITUACIÓN DE EXTREMOS LIBRES EN EL MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR EN LA COMBINACIÓN CON UNA SUPRACONSTRUCCIÓN PROTÉSICA DE PUENTES. ASÍ MISMO SE PUEDE APLICAR EN CASO DE FALTA DE UN ÚNICO DIENTE EN LA ZONA POSTERIOR DEL MAXILAR INFERIOR. ASÍ COMO EN AQUELLOS OTROS CASOS DE ESPACIOS EDENTULOS QUE REVISTEN CONSIDERACIÓN. EN LAS SITUACIONES EN QUE QUEDA EL PREMOLAR COMO ÚLTIMA PRESA, MUCHAS VECES SOLO SE PUEDE COLOCAR UN IMPLANTE, DE LO QUE RESULTE UNA RECONSTRUCCIÓN SOBRE DIENTE E IMPLANTE CON APOYO MIXTO.

UTILIZACION DE IMPLANTES DE TITANIO EN PACIENTES CON SOPORTE PERIODONTAL REDUCIDO

DESDE EL PUNTO DE VISTA RESTAURADOR, LOS PACIENTES CON SOPORTE PERIODONTAL REDUCIDO Y PÉRDIDA DE LA MAYORÍA DE LOS DIENTES, EN PARTICULAR TODOS LOS PREMOLARES Y MOLARES, FORMAN UN GRUPO DE INDIVIDUOS QUE PRESENTAN PROBLEMAS ESPECIALES PARA SU RESTAURACIÓN. A PESAR QUE SE HA DEMOSTRADO QUE EL EMPLEO DE PRÓTESIS FIJAS EN EXTENSIÓN CON PÓNTICOS VOLADIZOS NO TIENEN EFECTOS PERJUDICIALES EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES, EXISTEN RIESGOS EVIDENTES DE QUE FRACASE LA TÉCNICA, POR EJEMPLO CON LA PERDIDA DE RETENSIÓN Y LA FRACTURA DEL PUENTE O PÓNTICO VOLADIZO. EN CONSECUENCIA EN ESTE TIPO DE PACIENTES PODRÍA SER VENTAJOSO UTILIZAR IMPLANTES COMO APOYOS ADICIONALES.

DADO QUE SE TRATA DE UNA TÉCNICA CLÍNICA DE RECIENTE DESARROLLO, SE HAN PUBLICADO POCOS INFORMES SOBRE EL RESULTADO DEL USO DE IMPLANTES EN MANDIBULAS PARCIALMENTE DESDENTADAS. EL PROPÓSITO DE LAS RECONSTRUCCIONES PARCIALES, UTILIZANDO FIJACIONES DE TITANIO ÓSTEOINTEGRADAS ES USARLAS COMO APOYO PARA PUENTES FIJOS.

UN REQUISITO NECESARIO ES QUE SOLO AQUELLOS PACIENTES EN QUE SE HA DESARROLLADO EL TRATAMIENTO PERIODONTAL INCLUIDAS LAS INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL, RASPAJE Y ALIZADO RADICULAR LA ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DE LAS BOLSAS PATOLÓGICAMENTE PRO-

FUNDAS Y LAS EXTRACCIONES NECESARIAS, CON RESULTADOS ÓPTIMOS. ADEMÁS UN RESULTADO CLINICO SATISFACTORIO .

TIPOS DE RECONSTRUCCIONES EN MAXILARES PARCIALMENTE DESDENTADOS:

TIPO 1.- LOS PUENTES FIJOS APOYADOS EN IMPLANTES PUEDEN DISEÑARSE EN UNIDADES INDEPENDIENTES.

TIPO 2.- INTEGRADOS EN LAS RECONSTRUCCIONES APOYADAS EN LOS DIENTES NATURALES.

LOS CASOS DEL TIPO 1 SUELEN PRESENTAR SITUACIONES BIOMECÁNICAS MENOS COMPLICADAS QUE LOS CASOS DEL TIPO 2 Y TAMBIÉN SON MÁS FÁCILES DE MANEJAR DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICOTECNICO. EN CONSECUENCIA, SE PREFIERE LOS DISEÑOS DEL TIPO 1 SIEMPRE QUE LOS DIENTES PILARES RESTANTES NO PRESINTEN REDUCCIÓN (O SOLO MINIMA) DEL APOYO ÓSEA ALVEOLAR, ES DECIR DONDE NO ES NECESARIA LA APLICACIÓN DE UNA FÉRULA. LA RECONSTRUCCIÓN DE ESTE TIPO ES LA QUE REEMPLAZA UN SOLO DIENTE PERDIDO Y DONDE LAS FIJACIONES ÓSTEOINTEGRADAS SIRVEN COMO APOYO PARA UNA SOLA CORONA.

LOS CASOS DEL TIPO 2 SON CON MARCADA REDUCCIÓN DEL HUESO ALVEOLAR DE SOPORTE DIENTES CON MOVILIDAD, DEBERIAN UTILIZARSE LAS RECONSTRUCCIONES CONECTADAS DEL TIPO 2. EN EL GRUPO DEL TIPO 2 EXISTEN DOS TIPOS FUNDAMENTALMENTE DIFERENTES. EL TIPO 2A CONSTITUYE UNA RECONSTRUCCIÓN RIGIDA DE UNA PIEZA . MIENTRAS QUE LAS DEL TIPO 2B LOS SEGMENTOS APOYADOS EN EL IMPLANTE Y EN EL DIENTE SE UNEN INCORPORANDO UNIONES DE PRECISIÓ.

TORNILLO LEDERMAN DE TITANIO DE SUPERFICIE RUGOSA IRRADIADA

PARA LOGRAR UNA SUPERFICIE DE TITANIO RUGOSA, HOMOGÉNEA Y NO DEPRIMIBLE, DE CUYO EFECTO POSITIVO SOBRE LA ÓSTEO-INTEGRACIÓN NO QUEDE LUGAR A DUDAS SE PUEDE IRRADIAR LOS IMPLANTES DE TITANIO. LA EFECACIA DE ESTAS SUPERFICIES IRRADIADAS SE HAN PODIDO MEDIR CUANTITATIVAMENTE EN EXPERIMENTOS CLINICOS REALIZADOS.

LAS DISCUSIONES ACTUALES SOBRE SUPERFICIES INDICA QUE LA SUPERFICIE DEL IMPLANTE HOMOGÉNEAMENTE RUGOSA ES ÓPTIMA, TANTO ANTES COMO AHORA SIEMPRE QUE NO PRESENTE CAVIDADES U OQUEDADES CERRADAS O SEMIABIERTAS. POR MEDIO DEL CHORREADO CON BOLAS DE ACERO SE PUEDE LOGRAR CON UNA RELATIVA FACILIDAD UNA SUPERFICIE DE IMPLANTE RUGOSA Y HOMOGÉNEA SIN INCLUSIONES NI PUNTOS PREDILECTOS DE LOS MISMOS. COMO EN LA SUPERFICIE IRRADIADA NO EXISTE CASI INCLUSIONES O SEMIINCLUSIONES TAMBIÉN QUEDA FACILITADA LA NOTABLE LIMPIEZA TRAS LA FABRICACIÓN DEL IMPLANTE.

LAS SUPERFICIES IRRADIADAS SON PROPENSAS A LAS IMPUREZAS ESTRUCTURALES EN EL PER E INTRAOPERATORIO Y PERMITEN MANTENER LA LIMPIEZA CON MAYOR FACILIDAD.

LAS PROPIEDADES CON RESPECTO A LA ÓSTEOINTEGRACIÓN SON IGUALES, SI NO MEJORES QUE LAS DE LOS IMPLANTES CON RECUBRIMIENTOS.

MIENTO DE PLASMA. LA EXPERIENCIA HA DEMOSTRADO FERACIAMENTE QUE CON LOS IMPLANTES DE TITANIO ERRADIADO SE CONSIGNA UN DOBLE ANCLAJE EN EL HUESO, FRENTE AL CIZALLAMIENTO Y FRENTE A LA TRACCIÓN. ESTE DOBLE ANCLAJE PERTENECE A LA ÓSTEOINTEGRACIÓN.

OTRA POSIBILIDAD DE LOGRAR LA FINA ESTRUCTURACIÓN DE SUPERFICIE DEL IMPLANTE NECESARIA PARA ÓSTEOINTEGRACIÓN, CONSISTE EN EL TRATAMIENTO DE LA PARTE INTRAÓSEA DEL IMPLANTE CON TÉCNICAS DE GRABADO ÁCIDO. ELLO PUEDE EFECTUARSE TANTO ELECTROQUÍMICAMENTE COMO SIN CORRIENTE (MOSER, HENTWIG 1987) DEBIÉNDOSE CONTROLARSE ESTRICTAMENTE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS DE GRABADO, TALES COMO COMPOSICIÓN, CONCENTRACIÓN Y TEMPERATURA DEL BAÑO, TIEMPO DE GRABADO, Y CARACTERÍSTICAS DE LA CORRIENTE Y DE LA TENSIÓN.

LA VERDADERA IMPORTANCIA EN CADA CASO ES EL CORRECTO AJUSTE DE LOS PARÁMETROS DE GRABADO PARA ALCANZAR UNA ESTRUCTURA MICROMORFOLÓGICA DE LA SUPERFICIE QUE PERMITA UNA ÓSTEOINTEGRACIÓN ÓPTIMA.

LA VENTAJA ESPECIAL DE ESTOS MÉTODOS CONSISTE EN QUE NO SE PUEDE EVITAR CON ELLOS LA CONTAMINACIÓN DE LA SUPERFICIE POR PARTÍCULAS DURAS E INSOLUBLES. AL PROCESO DE GRABADO LE PUEDE ATRIBUIR EL CARÁCTER LIMPIADOR, PUESTO QUE DEBIDO A SU GRAN ENERGÍA DE SUPERFICIE ELIMINA LAS IRREGULARIDADES PRODUCIDAS DURANTE LA ELABORACIÓN DE LA PIEZA. ESTOS HECHOS CONSTITUYEN LOS MOTIVOS POR LOS QUE SE GRABA LA PORCIÓN INTRAÓSEA DEL NUEVO TORNILLO LEDERHANN. PULIDO DE LAS PARTES SUPRAÓSEAS DEL IMPLANTE, CABEZA DEL IMPLANTE SIN RIELERA LONGITUDINAL,

METAS Y LIMITACIONES EN IMPLANTES

EL MANEJAR METAS ADELANTANDO PLANES DE TRATAMIENTO Y EXACTO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RESULTA UN TRATAMIENTO APROPIADO DE IMPLANTE.

LA IDENTIFICACIÓN, COMPRENSIÓN Y ASEPTACIÓN DE LAS LIMITACIONES DE LA TERAPIA ASISTIDA ENTRE EL DOCTOR Y EL PACIENTE EN CONSEGUIR ESTOS OBJETIVOS Y MINIMISAR LOS FRACASOS. LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTOS A UN RÉGIMEN DE AUXILIO CONSEGUIRÁ RESULTADOS SATISFACTORIOS.

LOS TRATAMIENTOS PROSTODONTICOS TIENEN SOLO ALGUN REQUERIMIENTO ; CASI TODOS LOS PACIENTES QUE REQUIEREN IMPLANTES TIENEN PERDIDA DE TEJIDO BLANDO, QUE PUEDE SER PEQUEÑA (SITIO IDEAL PARA EL IMPLANTE) O UNA GRAN CANTIDAD. ÉSTA PÉRDIDA LLEVA EL FACTOR CLARO EN EL DISEÑO DE LA RESTAURACIÓN FINAL Y DETERMINA LOS LIMITES DE LOS RESULTADOS.

EL TRATAMIENTO POTENCIAL ES VARIADO YA QUE LO GUÍAN LAS METAS DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO ESENCIALES. POR QUE DÁ LAS OPCIONES DISPONIBLES A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES INTENDIENDO DETERMINAR LAS METAS.

LA TOLERANCIA DE LOS PACIENTES, FINANZAS, EL TIEMPO DECEADO DE TRATAMIENTO CON LA LIMITACIÓN EN LA ELECCIÓN Y AFECCIÓN DE METAS.

LA PRIMERA RESPONSABILIDAD ES LA COMPRESIÓN E IDENTIFICACIÓN DE METAS.

SEGUNDO. DETERMINAR SI SON POSIBLES, SI EL TIEMPO, GASTOS, CAPACIDAD DE TOLERANCIA DEL TRATAMIENTO SON FACTORES LIMITANTES QUE LA MAYORÍA DE LOS AVANCES EN TRATAMIENTOS SOFISTICADOS PARA SU POSIBLE CONSTRUCCIÓN.

LAS UNICAS METAS PROSTETICAS SON IMPUESTAS POR EL DENTISTA RECONSTRUCTIVO, EN BASE AL TEJIDO PERDIDO, POR LO QUE ALGUNOS PACIENTES REQUIEREN INFORMACIÓN ACERCA DEL TRATAMIENTO.

EL SITIO IDEAL DEL IMPLANTE PUEDE SER USADO CON EL CRITERIO ANTES MENCIONADO. TAL SITIO PUEDE NO TENER HUESO O TEJIDO SUAVE PERDIDO. CUANDO SE HA PERDIDO UNA PIEZA EL IMPLANTE CON UNA PRÓTESIS, PUEDE SUMINISTRAR UN PERFIL IDENTICO QUE EL DE LA PIEZA ORIGINAL. LA PAPILA INTERDENTAL PUEDE ESTAR INTACTA Y EL DIÁMETRO CERVICAL Y LA CONFIGURACIÓN DE LA RESTAURACIÓN PUEDE SER LA MISMA QUE EL DE LA PIEZA REEMPLASADA. LA EXTENSIÓN DE SITIO DE IMPLANTE SOLO DA UNA CORTA LIMITACIÓN DE LA RESTAURACIÓN.

LA PRÓTESIS Y EL SITIO DIAGNOSTICADO DE IMPLANTE COMBINADOS PARA LA BASE DEL PROGRAMA FINAL DEL TRATAMIENTO, SI SON INADECUADOS EL UNO CON EL OTRO CONDUCE A LA FALLA.

LAS CARACTERISTICAS DE LA SOLA OCLUSIÓN TERAPÉUTICA INCLUYE LA FONACIÓN, ESTÉTICA Y EFICIENCIA MASTICATORIA, EL SENTIDO NEGATIVO DE LA OCLUSIÓN, LA LIBERTAD DE MOVIMIENTOS DE ÉSTA Y PARA UNA POSICIÓN EXENTRICA RESTRINGIDA POR FUERA, PERI- OUNTO Y PERI- IMPLANTE SANO O EN AMBOS LIBERTAD SIN MOLESTIA.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS METAS Y LIMITACIONES DE LOS IMPLANTES:

PACIENTES QUE PUEDEN NECESITAR UNA PRÓTESIS ESTABLE O RESTAURACIÓN DE ASPECTO JOVEN.

PACIENTES QUE BUSCAN TERAPIA DE IMPLANTE QUE DEBEN SER EDUCADOS EN LA COMPRENSIÓN DE QUE PUEDE SER LOGRADO REALMENTE. TENIENDO EN CUENTA QUE MUCHA PÉRDIDA DE HUESO PUEDE PRODUCIR PRÓTESIS FIJA INEFICAZ.

RESTAURADO DE LA ZONA NEUTRAL ORIGINAL. EL ESPACIO PRODUCIDO POR LA PÉRDIDA DE UN DIENTE EN EL QUE LA GINGIVA Y EL ALVEOLO DEBEN SER RESTAURADOS UNO U OTRO POR EL AUMENTO DE LA CRESTA DEL MATERIAL PROSTETICO. CUANDO UNA RESTAURACIÓN REQUIERE RESINA ACRILICA PARA RESTAURAR EL TEJIDO PERDIDO LOS PACIENTES DEBEN DE ENTENDER ESTO PARA LA ACEPTACIÓN DE ESTA LIMITACIÓN. ESTO PUEDE NO HACER FACTIBLE LA COMPLETA RESTAURACIÓN DE TODO ESTE TEJIDO PERDIENDO LA LIMPIEZA Y LA ALTA HUMEDAD DEL PÓNTICO E IMPLANTE DE CONTRAFUERZA DISEÑADO. LA HIPERREDONDEZ

PUEDE SER REQUERIDA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL CONTORNO DE LA CARA.

MASTICACIÓN. ESTUDIOS ELECTROMIOGRAFICOS MUESTRAN QUE LA ACTIVIDAD NEURO MUSCULAR DEL IMPLANTE RESTAURADO ES IGUAL QUE LA DEL DIENTE NATURAL.

LA CANTIDAD DE FUERZA EN LA PRÓTESIS RETENIDA POR EL IMPLANTE PUEDE TOLERARSE SI ES COMPARABLE A LA DENTADURA NATURAL. POR LO TANTO LA FUNCIÓN MASTICATORIA PUEDE SER RECONSTRUIDA.

EL ESTADO PSICOLOGICO DEL PACIENTE PUEDE MEJORAR O PRODUCIR UNA MAYOR LIMITACIÓN DE LA TERAPIA..

ESTÉTICA. EL IMPLANTE MÁS ESTABLE PUEDE SER EL MÁS APROPIADO Y SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS ESTÉTICOS A MENOS QUE SEAN IRREALES.

PAPILA INTERPRÓXIMAL. LA EVALUACIÓN ESTÉTICA DE LA PAPILA INTERPRÓXIMAL ES FRECUENTEMENTE OBSERVADA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SONRISA. SI LA PAPILA NO ES RESTAURADA EL RESULTADO PUEDE SER: EL CONTORNO, PERÍMETRO O TRIANGULO OSCURO ENTRE LOS DIENTES. SI UNA PAPILA PUEDE SER RESTAURADA CON RESINA O PORCELANA EL PACIENTE PUEDE COMPRENDER O ACEPTAR EL DEFECTO.

ADHESIÓN GINGIVAL. EL ADECUADO PORCENTAJE DE ADHESIÓN GINGIVAL LLEGA A SER IMPORTANTE PARA MANTENER LA INTEGRIDAD DEL TEJIDO PERIFÉRICO AL IMPLANTE, CREANDO UN ADECUADO RESULTADO ESTÉTICO, TENIENDO BASTANTE FIRMEZA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL COLGAJO DE " ABRAMS PLÁSTICO INVERSO" , PROTEGIENDO LAS ESTRUCTURAS DE INTEGRACIÓN ÓSEA, PREVENIR DESTRUCCIÓN DEL FREJILLO ADHESIVO U OTRA REACCIÓN O COMPROMISO ESTÉTICO.

PERFIL EMERGENTE. UN PERFIL NORMAL DE LA CORONA NO PUEDE SER CREADO POR EL DIÁMETRO PEQUEÑO DEL IMPLANTE DE 3 A 5 MM. LA ALTERACIÓN DEL HIPERCONITORNO PUEDE REQUERIR ALBARDILLAS TELESCÓPICAS EN LAS CRESTAS PARA MEJORAR EL RESULTADO SE ENVUELVE EL PEQUEÑO ESPACIO (APROXIMADAMENTE 1MM.) PLEGANDO EN LA PORCIÓN DE LA CORONA Y GINGIVA. SI ES MUCHA LA PÉRDIDA DE TEJIDO PUEDE CREARSE UNA PRÓTESIS FIJA.

FONÉTICA. UN IMPLANTE APROPIADO PUEDE RESOLVER PROBLEMAS DE FONÉTICA, PERÓ CON VIOLACIONES DE LA ZONA NEUTRAL GINGIVAL, PERÓ SI SE TIENE MUY ABIERTO EL ESPACIO PUEDE CREAR DIFICULTAD EN EL LENGUAJE.

REQUERIMIENTOS OCLUSIVOS MÍNIMOS. EL NÚMERO MÍNIMO DE UNIDADES DE FIJACIÓN PUEDE SER UN GRAN SOPORTE A LA DIMENSIÓN VERTICAL DE LA OCLUSIÓN QUE PREVEA UNA ADECUADA GUÍA O DIRECCIÓN INCISIVA.

LA MOVILIDAD INADECUADA PUELE ENFERMAR AL PERIODONTO O PERI-IMPLANTE. EL ÉXITO DEL IMPLANTE Y LA PRÓTESIS ES QUE SEA CONFORTABLE AL PACIENTE, COMO LA DENTADURA NATURAL. EL DEFECTO EN LA PRÓTESIS PUEDE CAUSAR UNA GRAN PORCIÓN DESACORDE, QUE PUEDE Y DEBE SER TRATADA INMEDIATAMENTE.

LA REGLA ES REMOVER EL IMPLANTE DEFECTUOSO TEMPRANAMENTE LO QUE BASTA PARA PREVENIR MÁS TARDE DESTRUCCIÓN ÓSEA. EN CONDICIONES QUE NO SON SEVERAS BASTA CON REMOVER LO REQUERIDO, LA PRÓTESIS PUEDE SER RETENIDA PROVISIONALMENTE. EL PRIMER REQUISITO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DEL PERI-IMPLANTE ES UN DISEÑO APROPIADO AL CASO. LAS METAS SON PARA CREAR LA PRÓTESIS QUE SEA MANTENIBLE Y NO IATROGÉNICA. AUSENCIA DE DESORDEN TEMPORO MANDIBULAR. LA COLOCACIÓN DEL IMPLANTE CON SOPORTE PUEDE INCREMENTAR LA RESOLUCIÓN DEL DESORDEN SUBCLÍNICO PUDIENDO SER EXACERVADA CON LA INTERFERENCIA SIN MOVILIDAD, POR LA ADAPTACIÓN. AL SER ENTERADO EL PACIENTE DEL RIESGO POTENCIAL SE AUXILIARA CON EL DENTISTA DE SU MANEJO, DE MANERA QUE ESTÉ SEGURO DE QUE ÉSTA CONDICIÓN PUEDA OCURRIR, QUE ES INESPERADO Y ES REVERSIBLE.

LA RAPIDEZ CON LA QUE EL TRATAMIENTO SE PRODUSCA PUEDE SER FACTOR DETERMINANTE BAJO CIERTAS CONDICIONES. EL PACIENTE ES REHABILITADO PARA TOLERAR EL TRATAMIENTO QUE PUEDE ALTERAR LAS METAS. EL TRATAMIENTO PUEDE SER INSTITUIDO RAPIDAMENTE POR EL USO DE IMPLANTE SUPERIOSTICO, MANUFACTURADO POR COMPUTADORA O IMPLANTACIÓN DE UN MARCO EN LA RAMA QUE OPONE A LO MÁS LARGO INJERTADO U OSTEOINTEGRADO Y PROCEDIMIENTOS RESTAURATIVOS.

EL DENTISTA ES RESPONSABLE DEL ENTENDIMIENTO DE LAS METAS ESPECIFICAS DEL TRATAMIENTO Y DE COMPRENDER SUS LIMITACIONES, ADENMÁS DE ESTAR HABILITADO PARA COMUNICAR ESTÁ INFORMACIÓN, POR QUE PARA EL PACIENTE ES CRITICO LOS SUCEOS DEL TRATAMIENTO. EL PACIENTE ORIENTADO TENDRA MAYOR ESPERANZA, SERA MÁS REALISTA Y SU TOLERANCIA AL TRATAMIENTO SERA MÁS ALTA. EL PACIENTE NO ORIENTADO TENDRA METAS NO REALISTAS Y SERAN MAYORES LIMITACIONES PARA LOS LOGROS.

ESTA TERCERA NO DEBE
SER LEIDA
DEBIDAMENTE

LOS DIAGNÓSTICOS PRELIMINARES USUALES. LOS RESULTADOS DE LA RADIOGRAFÍA PANORAMICA, MODELO DE DIAGNÓSTICO, REGISTRO CENTRAL TENTATIVO, CONSULTA INICAL, RADIOGRAFÍA COMPLETA DE LA BOCA, EXAMINACIÓN CLINICA, DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE, TOMANDE EN CUENTA QUE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO CONVENCIONALES SON INADECUADOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NUEVAS METAS Y LIMITACIONES DE LOS IMPLANTES. EL DIACNÓSTICO ADICIONAL ES NECESARIO. LA TOMOGRAFÍA COMPUTALIZADA USANDO CORTES TRANSVERSALES Y AXIALES ES UNO DE LOS DIAGNOSTICOS CON MAYOR VALOR DENTAL.

EN RESUREN DESDE EL PUNTO DE VISTA FISIOLÓGICO, SE PREMIE UNA RESTAURACIÓN DENTAL FUNCIONAL Y ESTÉTICA. DEACUERDO DO EL PACIENTE LA PROTESIS BRINDA CONFORT, CAPACIDAD EXELENT EPAR PRATICAR Y UNA SENSACIÓN SERCANA A LOS DIENTES NATURALES LA PROMOSIÓN DE LA PROTESIS RESULTA EN UN REJUVENECIMIENTO PSH DEL PACIENTE.

HIGIENE Q MANTENIMIENTO DE LOS IMPLANTES DENTALES

VARIAS CONDICIONES DEBEN SER REUNIDAS PARA ASEGURAR UNA ADECUADA HIGIENE PARA PASIENTES CON IMPLANTE, UNA ES EL CUIDADO PERIODONTAL, LA VALORACIÓN DEBE SER LLEVADA A CABO ANTES DE LA CIRUGIA DE IMPLANTE.

SI LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ESTÁ PRESENTE EN LA DENTICIÓN NATURAL O SI HAY INFLAMACIÓN EN LOS TEJIDOS BLANDOS CONTIGUOS ESTE PUEDE PROPAGARSE AL IMPLANTE. LA INFECCIÓN ES UNO DE LOS MAYORES CAUSAS DE FRACASO POSTERIOR Y PRINCIPAL EN EL PERIODO DE CICATRIZACIÓN.

LA FLORA SUBGINGIVAL ALREDEDOR DEL IMPLANTE ES SUSTANCIAL, COMO EN LOS DIENTES NATURALES, EN PIEZAS SANAS O ENFERMAS. ALGUNOS AUTORES TEORIZAN QUE ESTOS PATOGENOS ADYACENTES PUEDEN METERSE E INFECTAR EL PARODONTO EN EL QUE SE ENCUENTRA EL IMPLANTE.

POR LO QUE ES TAN IMPORTANTE LA HIGIENE ORAL, LA CUAL DEBE SER RECALCADA REGULARMENTE ANTES DE QUE EL IMPLANTE SEA COLOCADO, ESPECIALMENTE SI EL IMPLANTE ES CONECTADO O ADYACENTE AL DIENTE NATURAL, EN EL CASO DE UN PUENTE CONTRAFUERTE O UNA SOLA PIEZA DE IMPLANTE. OTRO PRINCIPIO EN ESTA HIGIENE ORAL ES QUE NO DEBE TENER RASGUÑOS A DISTINTAS ASPEREZAS LA SUPERFICIE DEL IMPLANTE. ESTAS DISTINTAS ASPEREZAS PUEDEN ESTIMULAR LA PLACA Y FORMAR CALCULOS EN EL IMPLANTE. POR ESTA RAZÓN MUCHOS

AUTORES ADVIERTEN EN CONTRA DE EL USO DE INSTRUMENTOS DE METAL.

CON LOS QUE SE PUEDE DAÑAR EL TITANIO, O ALEACIONES USADAS EN EL IMPLANTE. LOS POLVOS ABRASIVOS Y CEPILLOS DUROS DEBEN SER EVITADOS POR LAS MISMAS RAZONES.

OTRO PRINCIPIO ES PROTEGER EL TEJIDO FRACIL SELLAR AL REDEDOR DEL IMPLANTE. LA UNION ENTRE EL IMPLANTE DE METAL Y EL FORRO DE TEJIDO BLANDO Y LA CAVIDAD ORAL REQUIERE UNA INVESTIGACIÓN, YA QUE ES NATURAL Y QUESTIONABLE, Y PUEDE VARIAR ENTRE PERSONA Y SITUACIÓN. POR LOQUE PARA COLOCAR EL TITANIO ES UN PREREQUISITO LA QUERATINIZACIÓN DEL TEJIDO SANO DEL PERI-IMPLANTE. SE CREE QUE ES EFICAZ UN PULIDO Y UN ROCIADO EN LA LA PARTE POROSA DEL TITANIO PARA EVITAR LOS DEPÓSITOS EN EL EPITELIO.

LA CONDICIÓN FINAL DEBE SER ENCONTRAR EL ÉXITO EN LA HIGIENE PARA EL IMPLANTE. EL PACIENTE ES EL ENCARGADO DEL CUIDADO EN CASA Y DE RECORDAR EL INTERVALO BASADO EN LA HABILIDAD INDIVIDUAL DEL PACIENTE DE LIMPIAR EL IMPLANTE. EL CUIDADO ESPECIAL EN CASA PUEDE SER TÉCNICAS NECESARIAS PARA MANTENER EL ÁREA DEL IMPLANTE, LIMPIA Y POSTERIORMENTE. LA PRIMER SUGERENCIA ES SUBSISTENCIA DEL CONTRA FUERTE, DESPUÉS LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA. LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS PUEDE VARIAR LA Rutina DEL CUIDADO EN CASA, VARIOS AUTORES TIENEN SUGERENCIAS Y ESAS VARIAN INDIVIDUALMENTE EN EL PACIENTE Y LA RESPUESTA INFLA-

MAIORIA EN LA PROPORCIÓN DE FORMACIÓN DE CÁLCULOS Y LA HABILIDAD EN REMOVER PLACA, IGUAL QUE LA VARIACIÓN EN EL TIPO DE PRÓTESIS Y EL TAMAÑO PUEDEN AL FINAL DETERMINAR EL INTERVALO IDEAL.

DURANTE LA FASE PREQUIRURGICA DE TRATAMIENTO PONER PARTICULAR ÉNFASIS EN QUE PUEDE SER PUESTO BAJO CONTROL PERIODONTAL, HASTA LLEVAR AL PACIENTE A UN NIVEL ACEPTABLE DE HIGIENE ORAL ES LA COOPERACIÓN ENTRE LA SALUD Y CUIDADO DENTAL ESENCIAL EN EL ÉXITO DEL PROCEDIMIENTO DEL IMPLANTE. EL CIRUGANO DENTISTA DEBE PROMOVER LA HIGIENE DENTAL Y EL PACIENTE DEBE SER COMPROMETIDO TOTAL Y ACTIVAMENTE EN EL PROCESO. ÉSTO ES RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA, ADEMÁS DE DETERMINAR EL PLAN DE TRATAMIENTO COORDINANDOLAS EN FASES DE TRATAMIENTO Y ASEGURARSE DE QUE EL PACIENTE RECIBA INFORMACIÓN Y REFUERZO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO.

FASE QUIRURGICA: POSTERIORMENTE A LA CIRUGIA Y COLOCACIÓN DEL IMPLANTE SE REQUIEREN CITAS PARA LA HIGIENE, EN INTERVALOS APROPIADOS QUE PUEDEN CONTROLAR LA PRESENCIA O AUSENCIA DE ENFERMEDAD Y LA DETENCIÓN NATURAL. UNA VEZ QUE EL CONTRAFUERTE PUEDE SER COLOCADO, EL CUIDADO EN CASA PUEDE CONSIDERARSE ORGANIZADO. LAS SUTURAS PERMANECEN ALREDEDOR DE UNA SEMANA. EL CLORAXIDINE PUEDE SER USADO PARA CONTROLAR LA MICROFLORA Y LA PLACA SIENDO EFECTIVA EN EL TRATAMIENTO. TAMBIEN PUEDE SER APLICADO DESPACIO EN EL CONTRAFUERTE, CON UNA BROCHA O PUNTA DE ALGODON. EN ESTE TIEMPO LOS PACIENTES PUEDEN SER

INSTRUIDOS EN EL USO DEL PENACHO, BROCHAS, CEPILLOS DE CERDAS BLANDAS, BROCHAS INTERDENTALES Y OTRO MECANISMO INTERDENTAL MÁS APROPIADO.

FASE DE RESTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO. DESPUÉS DE LA CICATRIZACIÓN DEL TEJIDO DEL PERI-IMPLANTE LA FASE DE RECONSTRUCCIÓN ES CUANDO LA PRÓTESIS ES INSERTADA, LAS INSTRUCCIONES DE CUIDADO PUEDEN SER ENCARGADOS AL PACIENTE.

NUEVAS TÉCNICAS CON CEPILLO DENTAL BLANDO CON PENACHO AL FINAL BROCHAS Y MECANISMOS INTERDENTALES DE LIMPIEZA PUEDEN SER APRENDIDAS, DEPENDIENDO LA FORMA Y POSICIÓN DE LA PRÓTESIS POR EJEMPLO EL MANGO INFERIOR DEL CEPILLO CON AGUA CALIENTE PUEDE SER ÁNGULADO, SOMETIDO A LA FORMA DE LA PRÓTESIS PARA MEJORAR EL ACCESO A LA ÁREA LINGUAL.

CON LA PRÓTESIS COLOCADA DEBE SER ENSEÑADA UNA TÉCNICA ESPECIAL PARA EL USO DE SEDA PARA EL IMPLANTE CON MATERIALES ESPECIALES QUE PUEDEN SER MÁS ÚTILES QUE LAS SEDAS DENTALES NORMALES, PARA CUIDADO POTERIOR SE NECESITA USAR UNA GASA, HILO DE SEDA Y GASA PLEGADA EN UNA TIRA. LA TÉCNICA APROPIADA PARA LA SEDA EL CONTRAFUERTE ES INSERTAR LA SEDE Y EL MATERIAL FLOJO PASAR POR BUCAL, ALREDEDOR POR LINGUAL Y TRAER ESTE APOYÁNDOSE EN BUCAL, PASANDO LA SEDA ALREDEDOR DEL CONTRAFUERTE. UNA ALTERNATIVA DE LA SEDA PUEDE SER EL PULIDO DEL CONTRAFUERTE Y REMOVER PLACA. EL CEPILLO ELECTRICO ROTATORIO CON COPETE PUEDE SER USADO COMO AYUDA EN ALCUNOS PACIENTES. LOS DISPOSITIVOS

INTERPROXIMALES ESPECIALES COMO EL ALAMBRE CUBIERTO CON PLÁSTICO, " EL PROXICEPILLO" CON CERDAS BLANDAS, PUEDEN SER ÚTILES PARA LA LIMPIEZA.

ALGUNOS DISPOSITIVOS PUEDEN NO SER USADOS CON IMPLANTES, COMO ALGUNOS IRRIGADORES ORALES QUE DEBEN SER USADOS CON GRAN CAUTELA, PORQUE CON ELLOS PUEDE DAÑARSE EL FRÁGIL TEJIDO DEL PERI-IMPLANTE O LA INTERFASE. Y EL USO DEL AGUA A PRESIÓN QUE DEBE SER MANTENIDA BAJA Y LA PUNTA CUIDADOSAMENTE ÁNGULADA Y LA CORRIENTE DIRECTA MÁS BIEN HORIZONTAL QUE VERTICAL.

LA ESCALA ULTRASONICA ESTA CONTRAINDICADA, EL METAL Y LA VIBRACIÓN DE LA PUNTA ULTRASONICA PUEDEN RASGUÑAR AL TITANIO LA COLOCACIÓN Y VIBRACIÓN Y EN SUBGINGIVAL LA IRRIGACIÓN PUEDE PROPAGAR INFECCIÓN.

SI EL TEJIDO DEL PERI-IMPLANTE NECESITA SER CURADO PUEDE SER CON UN SONDEO CUIDADOSO, CON UNA SONDA PLÁSTICA PARA IMPEDIR UNA VIOLACIÓN DEL SELLO BIOLÓGICO Y EL RALLAMIENTO DE LA SUPERFICIE DEL IMPLANTE. SI EL PACIENTE SE ESTA ENGUAJANDO CON CLORAXIDINE, DEBE DETENERSE PARA QUE LA SOLUCIÓN TIÑA A LA PRÓTESIS. EN SU LUGAR EL AGENTE ANTIMICROBIAL PUEDE SER APLICADO ALREDEDOR DEL POSTE CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN PARA MINIMIZAR EL TEÑIMIENTO Y AUMENTAR LA CONCENTRACIÓN EN EL ÁREA CRÍTICA DEL TEJIDO DEL PERI-IMPLANTE. POSTERIORMENTE A LA CIRUGIA DE IMPLANTE Y COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS, EXAMINACIÓN DEL TEJIDO PERI-IMPLANTE QUE PUEDE INCLUIR ANOTACIONES DE SI ÉL IMPLANTE

ESTA LOCALIZADO EN EPITELIO QUERATINIZADO, EN MEMBRANA VESTIBULAR, MUCOSA SOBRE CAPA BASAL, CON FOTOGRAFÍAS DEL IMPLANTE TOMADAS FIJANDO EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN, CON ANULACIÓN DEL CUDO Y ALGUNA OTRA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DUPLICAR LA RADIOGRAFÍA PRESTA EN EL FUTURO. EN CADA VISITA EL PACIENTE PUEDE HACER PREGUNTAS ACERCA DEL DOLOR DEL TEJIDO O LO DELICADO DEL PERI-IMPLANTE. SI ALGUNOS SIGNOS DE INFLAMACIÓN SE NOTAN DURANTE EL EXAMEN, LA MISMA EXPLORACIÓN DEL ÁREA PUEDE SER ÚTIL A COMPARAR CON MEDIDAS TOMADAS PREVIAMENTE. EL SONDEO CON CUCHARILLA PUEDE SER CON CLOROXIDINE ENTRE MEDICIONES Y EVITAR CONTAMINAR UN SITIO SANO, CON MICROFLORA DE UN SITIO ENFERMO SI LOS SIGNOS DE INFLAMACIÓN SE PRESENTAN O ACUSAN CÁLCULOS ES POSIBLE CONTRIBUIR AL HACER ESTAS MEDICIONES. SI HA PLACA O CÁLCULOS SE PRESENTAN EN EL CONTRAFUERTE O PRÓTESIS, LOS DEPOSITOS PUEDEN SER REMOVIDOS DE LOS POSTES, CON INSTRUMENTOS HECHOS DE PLÁSTICO PARA USARSE EN IMPLANTES.

ESTOS INSTRUMENTOS PLÁSTICOS VAN A SER DISPONIBLES EN UN NÚMERO ILIMITADO DE USO. ELLOS PIERDEN SU EFICACIA EN PROPORCIÓN VARIABLE DEPENDIENDO DE SU DENSIDAD Y DE SU CAPACIDAD PARA REMOVER CÁLCULOS Y LA FRECUENCIA EN EL AUTOCLAVE.

DURANTE EL PROCESO DE DESOXIDACIÓN SE DEBE CUIDAR NO MOLESTAR LA COLOCACIÓN DEL EPITELIO SUBGINGIVAL Y DESPUÉS PULIR CON UNA COPA DE HULE HÚMEDA O CON PASTA DENTAL NO ABRASIVA, ESTO PUEDE REMOVER TODA HUELLA DE PLACA Y PRODUCE UN AISLAMIENTO, PLACA RESISTENTE, DE LA SUPERFICIE DEL IMPLANTE. LA PRÓTESIS DEBE SER PULIDA DE ESTA FORMA.

SE RECOMIENDA NO USAR PIEDRAS O ALGUNA PASTA CON ABRA-
SIVOS, ELLOS PUEDEN RAYAR EL IMPLANTE O LA PRÓTESIS. POSTE-
RIORMENTE AL PULIDO EL CONTRAFUERTE PUEDE SER ENGRASADO SUAVE-
MENTE CON AGUA Y UNA TORUNDA DE ALBOHÓN SATURADA CON UNA
SOLUCIÓN ANTIMICROBIANA APLICADA AL TEGIDO DEL PERI- IMPLANTE.

CONCLUSIONES

- 1.- QUE EL TITANIO ES UN MATERIAL COMPATIBLE CON LAS CÉLULAS HUMANAS, NO PROVOCA NINGUNA CORROSIÓN, QUE TONIZACIÓN ES BAJA Y SUS IONES NO ATACAN A LOS TEJIDOS QUE LO PODEAN.
- 2.- EL USO DE TORNILLOS PARA IMPLANTES, NO SOLO LOGRA IMPLANTAR CON MÁS EXACTITUD Y MENOS RIESGOS, SINO PORQUE ADEMÁS SE MEJORA OSTENSIVAMENTE LA HIGIENE DEL IMPLANTE.
- 3.- QUE LOS IMPLANTES EN ALGUNOS CASOS CREAN REABSORCIÓN ÓSEA ALREDEDOR DEL IMPLANTE POR LO QUE ES NECESARIO ENCONTRAR UN SISTEMA MEJORADO Y CON BUENOS RESULTADOS CLINICOS A LARGO PLAZO.
- 4.- LOS IMPLANTES REALIZADOS CON UNA RESTAURACIÓN APROPIADA, INDICADA POR UN DIAGNOSTICO APROPIADO Y CON HABILIDAD Y EXPERIENCIA LOGRAN EL ÉXITO.
- 5.- QUE SE REQUIEREN SIERTAS CONDICIONES, COMO EL CUIDADO PERI ODONTICO, LA VALORACIÓN ANTES DE LA CIRUGIA DE IMPLANTE, VALORACIÓN DE UN RÉGIMEN DE CUIDADOS, LA INFORMACIÓN AL PACIENTE PARA EL CUIDADO DEL IMPLANTE ASI COMO SU HABILIDAD PARA ELLO , Y UNA BUENA COMUNICACIÓN Y COOPERACIÓN ENTRE EL CIRUGANO DENTISTA SU EQUIPO Y EL PACIENTE.

BIBLIOGRAFIA

JADA UPDATE ON IMPLANTS

VOL. 121 NÚM. 3 SEPTEMBER 1990.

CDA JOURNAL

VOL 18 NO. 9 1990.

THE JOURNAL OF PROSTETIC DENTISTRY

VOL. 6 NO. 3 1990

DENTAL ABSTRACTS

VOL. 34 NO. 11 NOVEMBER 1989

DENTAL ABSTRACTS

VOL. 34 NO. 4 APRIL 1989

JOURNAL PERIODONTOL

VOL. 61 NO. 8 AGUST 1990

QUINTESSENCE INTER.

VOL. 2 FEBRUARY 1990.

QUINTESSENCE INTER.

VOL. 11 NO: 10 DECEMBER 1989.