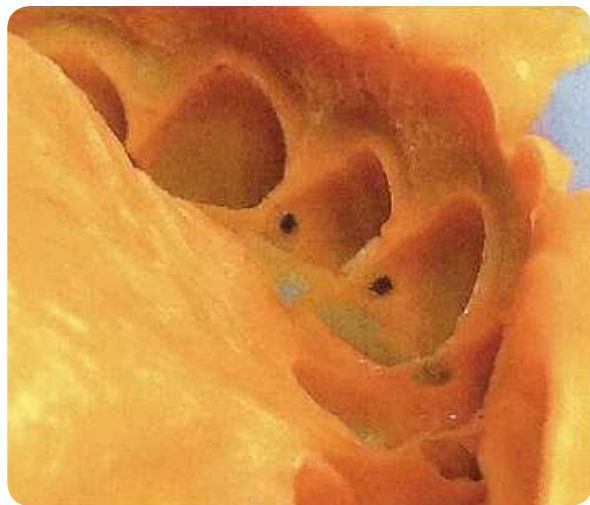


Soluciones Clínicas
en Odontología



- Ortodoncia
- Restauradora y Estética
- Endodoncia
- Implantes
- Prótesis



REHABILITACIÓN DEL FRENTE SUPERIOR

Manejo clínico del riesgo estético en un caso con implantes inmediatos post-extracción



LINO ESTEVE COLOMINA

Master Universitario Implantología Oral,
Universidad Miguel Hernández de Alicante.
Práctica Privada Clínica Dental Esteve.

GUILLEM ESTEVE PARDO

Universidad de Alicante.



Previa



Final

RESUMEN

Presentamos un caso de rehabilitación del frente ántero-superior con elevado compromiso estético, debido a la edad y el biotipo de la paciente. Como dificultades añadidas encontramos la ausencia, por agenesia, de los incisivos laterales, así como la pérdida de ambos caninos, por falta de estructura remanente.

INTRODUCCIÓN

Los implantes dentales suponen actualmente la mejor opción terapéutica a considerar ante la pérdida de dientes en el sector anterior cuando lo que se requiere es una prótesis fija. La implantación inmediata, o tipo 1, tiene numerosas ventajas en cuanto a la preservación de la arquitectura ósea y de los tejidos blandos, aunque también un riesgo de recesión marginal que se debe controlar (1). Ante la ausencia prolongada de un diente, la atrofia del reborde residual origina un defecto visible que puede llegar a comprometer el resultado estético de nuestras rehabilitaciones, por lo que a menudo es necesaria la realización de aumentos previos. Los injertos de tejido conectivo consiguen contrarrestar en gran medida estos defectos, por lo que son una técnica a integrar en el plan de tratamiento en muchos casos de rehabilitación del frente superior (2). En el caso que presentamos, la inminencia de la pérdida de los caninos por la ausencia de tejido dentario remanente y la agenesia de los incisivos laterales, nos obligan a considerar, dentro del plan de tratamiento, tanto la implantación tipo 1 como la colocación de tejido conectivo en una segunda fase, respectivamente.

EXPOSICIÓN

Paciente de 32 años de edad, con maloclusión y agenesia de los laterales, normogingival, biotipo fino, ausencia de 16 y 36, sin afectación periodontal y con buena salud general. En otra consulta, se le había colocado hace pocos años un puente fijo convencional de 13 a 23 en circonio-cerámica, con 13-11-21-23 como pilares y 12 y 22 como póncticos. La paciente, que estaba insatisfecha del resultado obtenido con esta prótesis, acude a nuestra consulta de urgencia, con el puente fracturado a nivel del 21-23 (Fig. 1).

En la panorámica inicial, no se observa con claridad la patología a nivel cervical de ambos caninos que pudiera comprometer también la viabilidad de dichos pilares en la futura prótesis, lo que luego se evidenció clínicamente (Fig. 2). Tras reparar de momento la rotura con composite, se informó a la paciente de la necesidad de retirar la prótesis fracturada para poder realizar un diagnóstico certero del problema y, en su caso, rehacer el trabajo.

Tras retirar la prótesis y comprobar el mal pronóstico restaurativo de 13 y 23, nos decidimos por su extracción y colocación inmediata de implantes OsseoSpeed™ TX (ASTRA TECH Implant System, DENTSPLY Implants) en ambos alveolos residuales (Fig. 3). A la exploración radiográfica tridimensional, se aprecian lesiones radiolúcidas periapicales en ambos caninos, especialmente en 23, en él puede verse la cortical palatina también implicada (Fig. 4). Nos decidimos por implantes de 13 mm de largo por 3,5 mm de ancho. El derecho se pudo abordar con técnica flapless, pero la lesión de fenestración apical del izquierdo requirió levantar un colgajo para su regeneración simultánea (Fig. 5). Tras la cirugía se colocó un provisional preparado previamente en el



Figura 1: Aspecto inicial de la prótesis de circonio tras la reparación de la fractura con composite.



Figura 2: Radiografía panorámica inicial.



Figura 3: Aspecto de la zona tras la retirada de la prótesis fracturada.



Figura 4: Imágenes sagitales y oclusal de la exploración CBCT.



Figura 5: Aspecto de los implantes dentales OsseoSpeed TX recién colocados y las radiografías periapicales de control.

laboratorio, con aletas tipo Maryland en los primeros premolares, ambos incisivos centrales como pilares y pñnticos en los laterales y caninos. Se ajustó cuidadosamente la relación de los pñnticos de los caninos con las heridas quirúrgicas, leve contacto sin presión. Las imágenes a la semana y a las 3 semanas muestran una buena curación de los tejidos, adaptándose a la prótesis provisional usada (Fig. 6).

A los 4 meses, se inició la segunda fase con la exposición de ambos implantes ya osteointegrados por medio de una técnica rolling, y la colocación de una prótesis provisional atornillada, confeccionada en el gabinete con resina autopolimerizable, para dar apoyo post-quirúrgico inmediato a los tejidos (Fig. 7 y 8). Se procedió a modelar los perfiles de emergencia, teniendo en cuenta el margen de confort en el que los tejidos blandos puedan ser estabilizados y restaurarse así adecuadamente alrededor de los implantes (Fig. 9). Además, se fue modelando la zona de los pñnticos de ambos incisivos laterales, para intentar evitar el colapso del tejido blando propio de la ausencia dentaria y el consiguiente defecto de volumen residual.

Después de tres meses con el provisional atornillado, y tras consensuarse con la paciente la necesidad de aumento de tejido blando, decidimos realizar los injertos de tejido conectivo para la zona de canino-lateral de ambos lados (Fig. 10). Tras el injerto, se siguieron modelando los tejidos con nuevos provisionales, esta vez con dos estructuras, para la zona 1 y para la zona 2, con separación en el espacio interincisal. A los cinco meses se procedió a la toma de impresión con Aquasil™ (DENTSPLY), tanto de la zona de los implantes como de los pilares naturales en los incisivos centrales (Fig. 11). Para copiar adecuadamente los perfiles del tejido blando, se utilizó la técnica de individualización de los transfers de impresión con composite.

Se prescribieron dos pilares ATLANTIS™ (DENTSPLY Implants) en titanio para los implantes en ambos caninos, por suponer una gran ventaja para mantener la morfología del tejido blando conseguida durante la fase de provisionales (Fig. 12). Los pilares se solicitaron en titanio dorado, recubiertos por nitruro de titanio, a fin de prevenir cualquier tipo de transparencia gingival anti-estética. Esto resulta especialmente importante en los biotipos finos (3).

Las prótesis finales por las que optamos fueron dos puentes de circonio cementados a los pilares ATLANTIS™ en ambos caninos con el lateral en extensión (Fig. 13). En los centrales, optamos por coronas de emax individuales, dado que la translucidez de este material confiere mayor valor estético que el circonio, en caso de pilares naturales con coloración normal, como era el que nos ocupa. Se prescribió a la paciente la necesidad de usar férula de descarga nocturna.

Inmediatamente tras el cementado pudimos observar un ligera retracción de los tejidos blandos, que preveíamos se resolvería con el paso del tiempo que este tejido requiere para madurar



Figura 6: Secuencia de curación de la herida quirúrgica durante 3 semanas.



Figura 7: Prueba de la plancha de vacío para la confección de una prótesis provisional de resina atornillada a los implantes.



Figura 8: Colocación de réplicas de los implantes para la confección del perfil de emergencia y de la zona de pñnticos con resina.



Figura 9: Adaptación de los tejidos a la prótesis provisional atornillada a los implantes.



Figura 10: Extracción de los injertos de tejido conectivo para la zona vestibular de 22-23



Figura 11: Colocación de los transfers de impresión con los perfiles de emergencia y los pónicos duplicados de la prótesis provisional.



Figura 12: Colocación de los pilares ATLANTIS en zona de caninos.



Figura 13: Prueba de las cofias de circonio en laterales y caninos y de disilicato de litio en los centrales.



Figura 14: Aspecto de la prótesis recién cementada.

sobre el apoyo brindado por la porcelana (Fig. 14). En el control al año podemos observar como los tejidos ya están estables y la arquitectura gingival es satisfactoria, tanto para la paciente como para nosotros (Fig. 15).

DISCUSIÓN

Este caso clínico nos sugiere los siguientes aspectos para su discusión:

¿Conservar o extraer?

La preservación del diente debe ser nuestra primera consideración. En este caso, al levantar el puente nos encontramos frente a una destrucción dentaria subgingival, por filtración cariosa, bajo las coronas de los caninos. Ante la falta de diente remanente para una posible reconstrucción, se nos presenta una encrucijada, frecuente en la práctica, con tres alternativas teóricas de tratamiento: la extracción, el alargamiento coronario y la extrusión ortodóntica, las dos últimas técnicas para poder asegurar el sellado marginal de la posible reconstrucción de los caninos.

En este caso, el alargamiento coronario nos pareció poco indicado, dado el biotipo fino extremo de la paciente (4) y la posición ya alta de los márgenes gingivales. Por su parte, la extrusión ortodóntica suponía una desventaja práctica, debido al tiempo que el movimiento y su estabilización requieren, y la consiguiente inestabilidad estética para el paciente durante ese período. Frente al habitual rechazo por parte de los pacientes de este tipo de técnicas, la implantación tipo 1 suele tener una mejor acogida.

¿Implante inmediato o diferido?

La colocación del implante post-extracción en la zona estética debe considerarse una técnica avanzada (5), pues está sujeta a dificultades y posibles complicaciones. El implante debe ser colocado en una posición óptima y los tejidos blandos deben ser trabajados quirúrgica y prostodónticamente. En este caso, la planificación tridimensional nos permitió saber de antemano que se podía obtener un anclaje primario de los implantes y por lo tanto, comunicar a la paciente la predictibilidad de la implantación inmediata y sus resultados clínicos. La paciente presentaba un biotipo fino, lo que supone un factor de riesgo, pues suele asociarse con una delgada tabla vestibular y una mayor distancia entre la línea de unión esmalto-cementaria y la cresta ósea (6).

Aun con biotipo fino y con uno de los alveolos post-extracción defectuoso, tipo 2 de Elian-Tarnow, (7) el manejo adecuado de los tejidos y de los tiempos biológicos, nos permitió llevar a cabo el tratamiento con unos resultados aceptables asegurados de antemano.

¿Cuándo hacer el injerto de tejido conectivo?

No hay en la literatura claras indicaciones de las ventajas e inconvenientes de un injerto de tejido conectivo simultáneo al momento de la implantación o diferido en una segunda (o tercera) fase quirúrgica (8). En el caso que nos ocupa, el injerto bilateral se dejó para la última fase, en un intento de que madurara el tejido tras los anteriores procedimientos y el injerto se colocara donde fuera más oportuno.

¿Carga inmediata?

La provisionalización inmediata podría haber supuesto un beneficio como guía del tejido blando (9). La presencia de un defecto periapical en el 23 requiriendo una técnica de ROG simultánea, además del escaso torque de inserción conseguido, nos encaminaron hacia el tratamiento en dos fases. La posibilidad de elaborar un provisional fijo adecuado, utilizando como pilares los centrales ya tallados y en cada premolar un respaldo adherido perforado tipo Rochette, terminó de decidirnos por un tratamiento secuenciado.



Figura 15: Secuencia de tratamiento realizado.



Figura 16: Aspecto de los tejidos al año de la cementación definitiva.

CONCLUSIONES

Los implantes en el frente estético son un tratamiento predecible con el que se puede conseguir un resultado estético adecuado y mantenido en el tiempo, aunque deben considerarse como un tratamiento avanzado, planificado según el objetivo de la restauración final, y con un desarrollo y ejecución precisos.

El manejo de los tejidos blandos, tanto por medios prostodónticos con los provisionales, como por medios quirúrgicos como los injertos de tejido conectivo, tienen que formar parte de nuestra rutina en el sector estético.

El diagnóstico e indicación correctas, el uso de buenos materiales y el respeto de los tiempos biológicos, serán determinantes en el resultado satisfactorio para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 - Evans CDJ, Chen ST. Esthetic outcomes of immediate implant placements. *Clin Oral Implants Res* 2008;19:73-80.
- 2 - Thoma DS, Buranawat B, Hämmerle CH, Held U, Jung RE. Efficacy of soft tissue augmentation around dental implants and in partially edentulous areas: a systematic re-view. *J Clin Periodontol*. 2014; 41 (suppl) 15: S77-S91.
- 3 - Jung RE, Sailer I, Hammerle CHF, Attin T, Schmidlin P. In vitro color changes of soft tissues caused by restorative materials. *Int J Periodont Rest Dent* 2007;27(3):251-7
- 4 - Saadoun AP. "Esthetic Soft Tissue Management of Teeth and Implants". 2013. Wiley-Blackwell. Pg. 87. ISBN 978-1-118-30115-9
- 5 - Dawson A, Chen S. *The SAC Classification in Implant Dentistry*. Berlin: Quintessence, 2009
- 6 - Cook DR, Mealey BL, Verrett RG, et al. Relationship between clinical periodontal bio-type and labial plate thickness: An in vivo study. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2011;31:345-54
- 7 - Elian N, Cho SCH, Froum S, Smith R and Tarnow D. A Simplified Socket Classification and Repair Technique. *Pract Proced Aesthet Dent* 2007;19(2):99-104
- 8 - Esposito M, Maghaireh H, Grusovin MG, Ziounas I, Worthington HV. Soft tissue management for dental implants: what are the most effective techniques? A Cochrane systematic review. *Eu J Oral Implantol* 2012;5(3):221-38.
- 9 - Kan JYK, Rungcharassaeng K, Lozada JL, Zimmerman G. Facial gingival tissue stability following immediate placement and provisionalization of maxillary anterior single implants: A 2-to-8-year follow-up. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2011;26:179-87.