

Secretaría de Posgrado
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
HOSPITAL ODONTOLÓGICO UNIVERSITARIO



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

**CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PROTESIS
DENTOBUCOMAXILAR**

**“Diagnóstico y planificación del tratamiento en prótesis implanto
soportada”**

Alumno: Od. Bentivegna, Nicolas

Director: Dr Prof. Lazo, Gabriel E .

Índice del TIF

- 1.** Título
- 2.** Modalidad de TIF
- 3.** Resumen
- 4.** Presentación del tema
- 5.** Objetivos
- 6.** Marco teórico inicial
 - Evaluación general del paciente
 - Plan de tratamiento en la rehabilitación mediante el uso de implantes
 - Secuencia del tratamiento la rehabilitación implanto soportada
- 7.** Materiales y métodos
- 8.** Discusión
- 9.** Conclusiones
- 10.** Bibliografía general y específica

1. Título:

Diagnóstico y planificación del tratamiento en prótesis implanto soportada.

MODALIDAD DEL TIF

2. Modalidad del TIF:

De acuerdo con el Artículo 2 del Reglamento se desarrolla la Modalidad “a”, que corresponde a la presentación fundamentada científicamente y desarrollada en la Práctica Clínica de tres casos Clínicos rehabilitados integralmente.

RESUMEN

3. Resumen:

Los casos clínicos seleccionados no tienen en común el mismo tipo de rehabilitación, realizando varias posibilidades que nos da la prostodoncia para realizar la rehabilitación, entre ellas podemos realizar, prótesis fija y rehabilitación adhesiva, prótesis removible convencional, prótesis implanto soportadas. En el caso clínico seleccionado se propuso complejos desafíos, siempre de la mano de un diagnóstico y plan de tratamiento correctos, sumado a la destreza clínica y a labor en conjunto con el técnico de laboratorio protésico. Este caso, es el de un paciente de 42 años de edad, cuyo diagnóstico inicial revelo la necesidad de injerto óseo heterologo bovino (regeneración ósea guiada) en el sector de la pieza dentaria 21, con posterior colocación de provisional, hasta una vez cumplido el tiempo para proceder a la rehabilitación definitiva con corona atornillada de zirconio, a esto se suman practicas operatorias y tratamiento periodontal como terapia básica, con el fin de dejar en óptimas condiciones la cavidad bucal.

Palabras claves:

DIAGNOSTICO – PLANIFICACION –REHABILITACION PROTETICA

PRESENTACION DEL TEMA

4. Presentación del tema:

Según los tres casos clínicos seleccionados y de acuerdo al art. 3 del reglamento, focalizamos en el punto “B”, en la profundización de las particularidades de un tipo de caso clínico específico.

El tema seleccionado Diagnóstico y planificación del tratamiento en prótesis implanto soportada.

Una opción para rehabilitar pacientes a los cuales hay que devolverles piezas dentarias, es mediante prótesis implanto soportadas, ya sean fijas o removibles. Con los nuevos protocolos quirúrgicos y protéticos los tiempos de rehabilitación se fueron bajando y de esta manera reduciendo los tiempos del tratamiento, Por ejemplo: Con la carga inmediata, antes de llegar al tiempo indicado de óseointegración, se coloca la prótesis sobre el implante, (la óseo integración, es la estrecha relación entre el implante y el tejido óseo a nivel microscópico).

Cuando se procede a la colocación de los implantes debemos obtener estabilidad o fijación primaria esto quiere decir que el implante va a estar sumergido en el hueso tanto cortical como esponjoso cierta cantidad de milímetros.(15), Ésto es básico para obtener la óseo integración, la cual dependerá del tipo de hueso que se presente (tipo I, II, III y IV). Hay varios factores que favorecen la oseointegración. 1) biocompatibilidad, 2) diseño del implante, y su superficie, 3) estado del lecho receptor, 4) técnica quirúrgica realizada 6) cargas aplicadas.

Presentacion de casos clínicos:

Selección de los 3 casos rehabilitados:

Caso 1:

Paciente desdentado total superior y en el maxilar inferior presentaba 3 piezas dentarias, por lo cual habia perdida de la dimensión vertical. En este caso en particular se tomó la decisión de colocar 6 implantes dentales inferiores rehabilitados con prótesis híbrida de acrílico y prótesis completa removible de acrílico superior.

Caso 2:

Paciente al que se le debió confeccionar, prótesis parcial removible de cromo superior (pd

14-15-24-25 ausentes) e inferior (piezas dentarias 45-46-35-36 ausentes), provisorios de polimetacrilato de metilo (PMMA) de las piezas dentarias 13 a 23 (12-11-21-22 ausentes) y resinas inyectadas (resina flow) de piezas dentarias 43 a 33.

Caso 3:

El último de los casos es el seleccionado donde al paciente se realizó exodoncia de la pieza dentaria 21 y colocación inmediata de implante, en la cual presentaba gap mayor a 2 milímetros entre el implante y las paredes del alveolo, utilizándose regeneración ósea guiada, pieza dental provisoria durante el periodo de óseo integración y posterior rehabilitación con corona atornillada de zirconio.

Dentro de las acciones a realizar en estos casos clínicos se desarrollarán:

- Rehabilitación en forma integral de los tres pacientes.
- Confección del plan de tratamiento específico para cada caso en particular.
- Interconsultas con especialistas de las asignaturas necesarias.
- En todos los casos se devuelve funciones y estética

OBJETIVOS

5. Objetivo general:

Abordar los fundamentos científicos de un correcto diagnóstico y planificación en el tratamiento de rehabilitación en prótesis implanto soportadas.

Objetivos específicos:

Desarrollar científicamente los fundamentos de la rehabilitación de pacientes mediante el uso de prótesis implanto soportadas.

Actualizar conocimientos sobre las diferentes técnicas de regeneración ósea y tisular guiada

MARCO TEORICO

6. Marco teórico:

Evaluación general del paciente:

La pérdida total o parcial de las piezas dentarias provoca cambios negativos muy importantes en la calidad de vida de los pacientes, disminución de la dimensión vertical, alteraciones en la masticación y confección del bolo alimenticio, cambios estéticos, alteraciones en el habla, importantes problemas en la relación con el prójimo, autoaislamiento, etc (1). Esta problemática es muy común en la consulta cotidiana que llega a las diferentes salas periféricas, con mayor incidencia en pacientes adultos mayores. El incremento en el número de pacientes atendidos trae aparejado gran diversidad de consultas, con importantes necesidades de tratamiento de rehabilitación protética, incluyendo implantes dentales para los pacientes totales y parciales (1). La ausencia de piezas dentarias causadas por patologías prevalentes como la enfermedad periodontal y la caries incide directamente en la calidad de vida de las personas, esto se da con mayor incidencia en poblaciones más vulnerables, ligado al difícil acceso a la consulta profesional, ya sea por barreras culturales, económicas, etc. Hasta no hace mucho tiempo los pacientes desdentados totales o parciales eran tratados con prótesis completas o parciales removibles de acrílico. La confección de estos tipos de prótesis lleva una gran adaptación del paciente, 2-6 2-7. Hoy en día la posibilidad de colocar implantes dentales en las zonas desdentadas le dio estabilidad a las prótesis con un cambio total en el resultado final, con respecto al funcionamiento de estas dándole altos beneficios al paciente 8-9, cuando el este pierde sus piezas dentarias el hueso se atrofia por falta de estímulo, disminuyendo la densidad ósea, 2-7.. 2-7, esta reabsorción ósea, afecta a nivel estético, la pérdida total de los dientes y provoca una disminución de la altura facial con rotación del mentón, tendencia al prognatismo, profundizándose así las líneas verticales. Se produce a su vez una pérdida del tono muscular provocado por la ptosis de los músculos bucinador y mentoniano provocando un aumento de la longitud labial y por tanto profundización del surco naso labial y de las arrugas 2-7. La pérdida parcial o total de los dientes no sólo afecta a la estética facial sino también a funciones tan vitales como son la masticación y la fonación. Este tipo de pacientes antes estaba condenado al tratamiento con una prótesis completa o parcial

removible convencional, con el beneficio limitado que estas proporcionan.

Con el transcurso del tiempo el estudio más intenso de la oseo integración, dio comienzo a la era científica de la implantología. Dando la posibilidad de conseguir rehabilitaciones protésicas a largo tiempo revolucionando la odontología rehabilitadora, ofreciendo múltiples alternativas de tratamiento a los pacientes con falta de piezas dentarias de manera parcial o total. El estudio de la oseointegración cambio de manera abismal la profesión odontológica, e hizo que la rehabilitación prostodoncica se revolucione dándole beneficios a los pacientes. Para que la oseointegracion sea un éxito se tienen que dar varios factores. La colocación del implante debe seguir ciertos protocolos, con una técnica atraumatica o lo menos posible, La fijación primaria del implante es también muy importante, siendo favorecida por el diseño de este y por el lecho realizado por el fresado, y por el tratamiento de superficie que este trae de fábrica. Histológicamente, la oseointegración es la presencia de hueso que se regenera en la superficie del metal dándole estabilidad al implante 28-31. Hay un periodo de aproximadamente 20 días después de la inserción, antes de que comience a formarse hueso y de unos 90 a 120 días (3 meses a 4meses) para que este hueso neoformado crezca sobre la superficie del implante. Se ha demostrado que el hueso neoformado sigue el contorno de la superficie rugosa de titanio y que existen osteoblastos vivos en contacto directo con esta superficie. Gracias a esta unión estructural, los implantes pueden soportar las fuerzas en distintas direcciones 32-33. El tratamiento de la superficie de los implantes es muy importante al momento de lograr la oseointegración , existen varios tipos de tratamiento de superficie. Y la rugosidad que brinda, aumenta la adherencia de las células y da mayor área de adhesión celular y muestra una mayor área de relación entre al implante y el hueso. En un primer momento se modificaba la superficie con hidroxiapatita, luego y más en la actualidad se arena con diferentes partículas o se trata con ácidos. 34-38. La clínica ha demostrado que el tiempo mínimo de oseointegracion que tenemos que esperar es entre 3 y 6 meses para realizar la carga protética de los implantes, según el maxilar a rehabilitar (3-4) meses. Para el inferior y un par de meses más para el superior debido a su conformación histológica. En aquellos que se han realizado injertos óseos el tiempo de espera es mayor.18-21. El implante está rodeado por tejido similar a la encía que rodea al diente, conectivo denso con fibras colágenas, recubierto por un epitelio estratificado y queratinizado. Los implantes oseointegrados tienen una unión directa con la prótesis y esta transmite las fuerzas al maxilar y a la mandíbula de manera

controlada permitiendo así el éxito a largo plazo en boca. Los nuevos protocolos de rehabilitación protética sobre implantes, diseños y materiales utilizados han mejorado el tratamiento rehabilitador 49-53, dando estabilidad a la prótesis disminuyendo el trauma sobre los tejidos blandos., mejorando notablemente la calidad de vida del paciente 54-56 . Más allá de seguir un diagnóstico y una planificación y protocolos quirúrgicos, el tratamiento con implantes es considerado una práctica predecible en sus resultados y segura de realizar. Las publicaciones científicas avalan el uso de implantes con una sobrevida a largo tiempo en casos de desdentados totales y parciales.

Por lo tanto, el primer reparo que debemos tener como profesionales en la rehabilitación protética sobre implantes, es la evaluación general del paciente con posibilidad de ser rehabilitado bajo esta modalidad. Su salud general debe apreciarse, de manera exhaustiva y detallada, para saber si existe alguna contraindicación que comprometa el tratamiento.

Aquellos pacientes que tengan alguna patología física o psíquica de consideración no son los apropiados para la rehabilitación con implantes. Los trastornos crónicos tanto psíquicos como físicos (depresión, demencia, diabetes) contraindican el tratamiento. La historia clínica debe ser completa y sumar el informe del médico especialista, ya que pueden influir sobre la salud oral.

Psicológicamente el paciente debe estar estable ya que el tratamiento con implantes a largo plazo, este aspecto no siempre es tenido en cuenta y debe ser evaluado.

Otra contraindicación del tratamiento es la edad, aquel paciente menor de 16 años que aún no ha terminado su desarrollo óseo, no puede ser rehabilitado mediante implantes. Los pacientes longevos no tienen contraindicado el tratamiento por su edad, pero si por su estado de salud general y motricidad para realizar su correcta higiene oral. (1)

El consentimiento informado es imprescindible, debe ser claro, explicando el plan de tratamiento y sus fases y posibles complicaciones, todo esto debe ser expresado y entendido por el paciente.

El diagnóstico de la cavidad oral debe ser completo y minucioso. Debemos evaluar el ancho y alto de hueso y la calidad del mismo, para la correcta colocación de los implantes. Los

rebordes alveolares pueden presentar defectos óseos, no teniendo la altura o ancho necesarios y también pueden presentarse reparos anatómicos como ej. (nervio dentario inferior, nervio mentoniano, seno maxilar) que al momento de la cirugía la dificulten, teniendo que programar previamente la regeneración tisular guiada. Para analizar estas condiciones se realizan estudios radiológicos de los maxilares a rehabilitar. (2)

El primer estudio radiográfico solicitado, es la radiografía panorámica que nos da panorama de los maxilares y sus estructuras pudiéndose observar lesiones y grados de reabsorciones que imposibiliten de manera temporal o permanente la colocación de implantes. Recordemos que la imagen de ésta, no es exacta y sufre una distorsión del 20 o 30%.

El estudio o técnica que nos da precisión a la hora del diagnóstico, permitiendo realizar cortes múltiples a cada milímetro a los maxilares, es la tomografía axial computada (TAC), obteniendo imágenes reales (escala 1:1), identificando las estructuras óseas y anatómicas relacionadas, dándonos la distancia que hay a los reparos anatómicos, como así también el alto y ancho óseo.

El avance de la tecnología también es utilizado en el diagnóstico en implantes, el diagnóstico por imagen en 3D, sumado la incorporación de software que tienen la capacidad de transformar de forma virtual e interactiva la información obtenida de la anatomía nos ha dado la posibilidad del desarrollo de la tecnología diagnóstica.

En implantología esto, mejora la planificación del tratamiento, permitiendo realizar modelos 3D y la realización de guías quirúrgicas dando control a la maniobra y la colocación de los implantes, de acuerdo al volumen y densidad de los rebordes alveolares residuales, visualizados por la tomografía computarizada.

El diagnóstico a través de la TAC permite valorar las estructuras anatómicas del maxilar (ej. seno maxilar) o de la mandíbula (ej. nervio dentario inferior). Estos datos volcados a software mejora la planificación, asegurando la correcta inserción del implante, realizando una técnica menos invasiva y traumática para el paciente. (3)

Otro punto a tener en cuenta al momento del diagnóstico son los movimientos mandibulares y el tipo de oclusión tienen que ser tenidos en cuenta a la hora de la planificación del tratamiento, como así también la toma de modelos de estudio y el uso del articulador semi

ajustable para determinar el espacio interoclusal disponible, para la inserción de los implantes. Una vez que tenemos los datos obtenidos por el diagnóstico realizado, evaluamos que alternativas protésicas con las que podemos rehabilitar, cumpliendo con la demanda funcional y estética, como así económica del paciente. (4)

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta a la hora de la planificación es el número de implantes a colocar, su medida y conexión y el maxilar antagonista del paciente. En los casos que la falta de piezas dentarias sea unitarias o parciales, la elección del dispositivo protético es más sencillo, por lo general por cada implante corresponde su corona.

En el caso que el paciente sea desdentado total, la elección es más compleja y tenemos que evaluar de manera particular cada caso. Las características generales del paciente, así como su densidad ósea y la selección de la prótesis y del número de implantes.

Tenemos varias alternativas a la hora de rehabilitar, es recomendable la colocación mínima de cuatro implantes conectados a la prótesis a través de una barra, dando estabilidad y retención necesaria al dispositivo, se trata de una prótesis total implanto soportada, ya que la estructura y los implantes soportan las fuerzas oclusales. Existen otras alternativas, la rehabilitación mediante sobre dentaduras,

colocando sólo dos implantes, se trata de una prótesis removible implanto retenida con soporte mucoso, las fuerzas oclusales son transmitidas a los implantes, como así también a la superficie mucosa, siendo más favorable, si el maxilar antagonista es desdentado y rehabilitado con prótesis completa.

Cuando la rehabilitación es mediante prótesis fija, el número de implantes a colocar es mayor y deben ser entre seis y diez según el maxilar y distribuidos correctamente en los sectores posteriores y anterior, brindando estabilidad y correcta oclusión, función y estética. (5)

Como observamos el diagnóstico es un paso fundamental en cualquier especialidad de la odontología, la historia clínica médico –odontológica es la base del diagnóstico, basada en la anamnesis, la exploración, estudios y pruebas complementarias. En implantología la historia clínica utilizada no difiere a la de las otras especialidades, solo presenta una serie de particularidades.

En implantología existen diferentes etapas del diagnóstico que garantizarán el estudio del caso en cuestión y que comprenden desde la confección de historia clínica y la evaluación del estado de salud del paciente; la toma de impresiones para el estudio de las relaciones intermaxilares en el articulador; la evaluación de los modelos de la boca del paciente y la confección de encerados diagnósticos, de férulas radiológicas y quirúrgicas, que con la ayuda de las técnicas radiográficas garantizarán la correcta ubicación de los implantes y posteriormente pasado el tiempo de óseointegración, realizar la rehabilitación protética implanto soportada.(6)

Plan de tratamiento en la rehabilitación mediante el uso de implantes:

Vamos a establecer un pronóstico de cada pieza dentaria y de las zonas edéntulas, por esta razón fue primordial realizar un detallado diagnóstico acompañándonos de todos los métodos complementarios, ya que estos van a definir los tiempos quirúrgicos necesarios, el tipo de implante a utilizar, su posición y dirección y el tipo de restauración a utilizar. para lograr un resultado óptimo y previsible.

Como cirugía electiva podemos programar el momento más propicio para el paciente y además estudiar adecuadamente y planificar el caso en cuestión.

Autores como el Rony Joubert, Carl E. Misch (1) y otros por citar algunos ejemplos, coinciden en que el éxito del tratamiento implantológico rehabilitador está en la planificación del tratamiento y su correcta realización.

Secuencia del tratamiento la rehabilitación implanto soportada:

Es muy importante, detallar por sesiones el trabajo a realizar, planificando los pasos a seguir en cada etapa del tratamiento, de esta manera ordenada, el resultado final del tratamiento es previsible

En primer lugar, nos interiorizamos de las necesidades y que pretende el paciente del tratamiento que abordaremos, una vez llegado a un acuerdo sobre su rehabilitación, realizamos la historia clínica y el examen clínico pertinente, solicitamos estudios de laboratorio y de diagnóstico por imágenes. Chequeamos la cavidad bucal, tomamos impresiones, realizamos la evaluación de los modelos y realizamos los registros necesarios para el montaje en articulador semi ajustable. Si es necesario pediremos un encerado de diagnóstico, para poder planificar nuestras fases quirúrgicas y protéticas, siempre

planificamos según la rehabilitación protética que vamos a realizar.

Está demostrado que, si realizamos una correcta evaluación y diagnóstico respetando los protocolos quirúrgicos y protésicos, obtendremos resultados predecibles y perdurables en el tiempo. El correcto diagnóstico y el adecuado plan de tratamiento, nos dan como resultado un tratamiento exitoso y previsible, si obviamos estos pasos, la rehabilitación posiblemente fracase a corto o mediano plazo.

El correcto diagnóstico y plan de tratamiento en la rehabilitación protética implanto soportada es de suma importancia para que el resultado final de la rehabilitación sea óptimo. El conocimiento de técnicas de regeneración tisular y ósea guiadas es fundamental en el desarrollo de la cirugía de implantes y la posterior colocación de la prótesis. Desarrollándolas el implante queda colocado en una posición 3D, lo que hace que la prótesis sea más fácil de realizar y estéticamente estable.

Evaluamos el fenotipo gingival, el cual puede ser grueso, intermedio o fino, el margen gingival, que puede tener una posición coronal, a nivel, hasta 4 mm apical o más de 4 mm apical. También evaluamos el reborde gingival clínicamente y mediante tomografía axial computada con cortes cada 1 mm, según el ancho de este procedemos a realizar expansión, disyunción o regeneración ósea guiada según corresponda. (7)

MATERIALES Y METODOS

7. Materiales y métodos:

La metodología empleada será la de un estudio exploratorio, descriptivo, con participación voluntaria del paciente, realizando consentimiento informado, partimos del reporte de un caso, realizando una profundización del mismo a través de la revisión sistemática bibliográfica y aplicando un protocolo de atención.

Se seleccionaron tres casos clínicos:

Presentación Caso 1:

a) **Título:** Rehabilitación del paciente desdentado total mediante prótesis implanto soportada en maxilar inferior y protesis completa removible de acrílico superior

b) **Generalidades:** Paciente Masculino de 66 años, con maxilar superior edentulo total, y maxilar inferior presentaba tres piezas dentarias, a las cuales se le realizaron las exodoncias el día de la colocación de los implantes, en el quirófano de la FOLP.

Historia Clínica: Se completa la historia clínica, realizando el diagnóstico de nuestro paciente, que es anexado a la historia clínica, con el consentimiento informado para la atención odontológica, cirugía de implante y toma de fotografías Fueron evaluados: Antecedentes personales -Antecedentes médicos -Antecedentes odontológicos
Antecedentes personales: Nombre y apellido. Edad. Sexo: Masculino. Fecha de Nacimiento. Motivo de la consulta” imposibilidad para comer y falta de estetica”.

Antecedentes médicos: Sin particularidades, paciente sano, sin patologías crónicas, no toma medicación diaria, No Enfermedades respiratorias: Asma: No Problemas neurológicos: convulsiones: No Problemas visuales y auditivos: No Problemas cardiológicos: No Problemas renales y digestivos: No Problemas oncológicos: No Trastornos metabólicos: Si Alergias: (penicilina) No Hospitalizaciones en los últimos años: No Traumatismos- Fracturas-

c) **Diagnostico Presuntivo:** Perdida de la dimensión vertical por falta de topes posteriores. Maxilar inferior protruido.

d) **Estudios Complementario:** se Indican estudios pre-quirúrgicos y una Ortopantomografía (Radiografía Panorámica)

e) **Diagnóstico Definitivo:** En el estudio de diagnóstico por imágenes se muestra pérdida ósea marcada en el maxilar superior, no así en el inferior, donde además se observan

la presencia de tres piezas dentarias.

f) Plan de tratamiento: Se realizó la cirugía para la colocación de 6 (seis implantes) en el maxilar inferior. Se esperó la oseointegración de los mismos para poder realizar la rehabilitación protésica. En el maxilar inferior se realizó prótesis completa híbrida de acrílico, sujeta de los 6 implantes y se le realizó prótesis completa superior de acrílico convencional, ya que debido a la reabsorción ósea que presentaba no había otra manera de rehabilitar, dados los tiempos de la cursada.

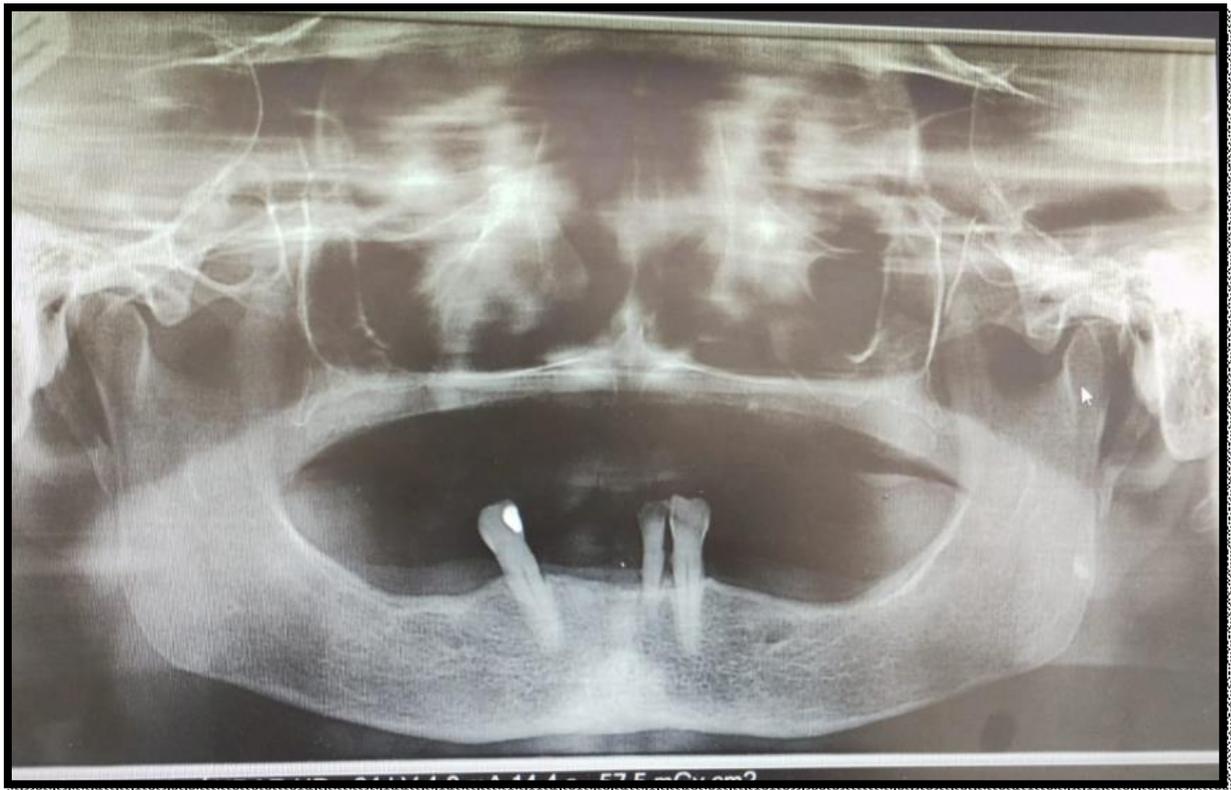
g) Resolución: se realizaron implantes en piezas dentarias 45-43-41-31-33-35 se esperó un período de cuatro meses de oseointegración, para luego seguir con las maniobras clínicas para la confección de la prótesis, se realizó la transferencia de los implantes, sobre ese modelo se confeccionó el rodete en cera, al igual que en el maxilar superior. Se realizó el montaje en articulador y se siguió el protocolo para la confección de las prótesis hasta su instalación y controles posteriores.

RX

PANORAMICA

CASO

1:



Presentación Caso 2:

Título: Rehabilitación mediante prótesis fija y removible.

Generalidades: Paciente masculino de 62 años de edad, que se presenta a la consulta para realizar su rehabilitación protética, su estado de salud bucal es malo, se le realiza su historia clínica.

Historia Clínica: Se completó la historia clínica, realizando el diagnóstico de nuestro paciente, que es anexado a la historia clínica, con el consentimiento informado para la atención odontológica y toma de fotografías. Fueron evaluados: Antecedentes personales - Antecedentes médicos - Antecedentes odontológicos. Antecedentes personales: Nombre y apellido. Edad. Sexo: Masculino. Fecha de Nacimiento. Motivo de la consulta: "imposibilidad para poder masticar y sonreír".

Antecedentes médicos: Sin particularidades, paciente sano, sin patologías crónicas, no toma medicación diaria, No Enfermedades respiratorias: Asma: No Problemas neurológicos: convulsiones: No Problemas visuales y auditivos: No Problemas cardiológicos: No Problemas renales y digestivos: No Problemas oncológicos: No Trastornos metabólicos: Si Alergias: (penicilina) No Hospitalizaciones en los últimos años: No Traumatismos- Fracturas-

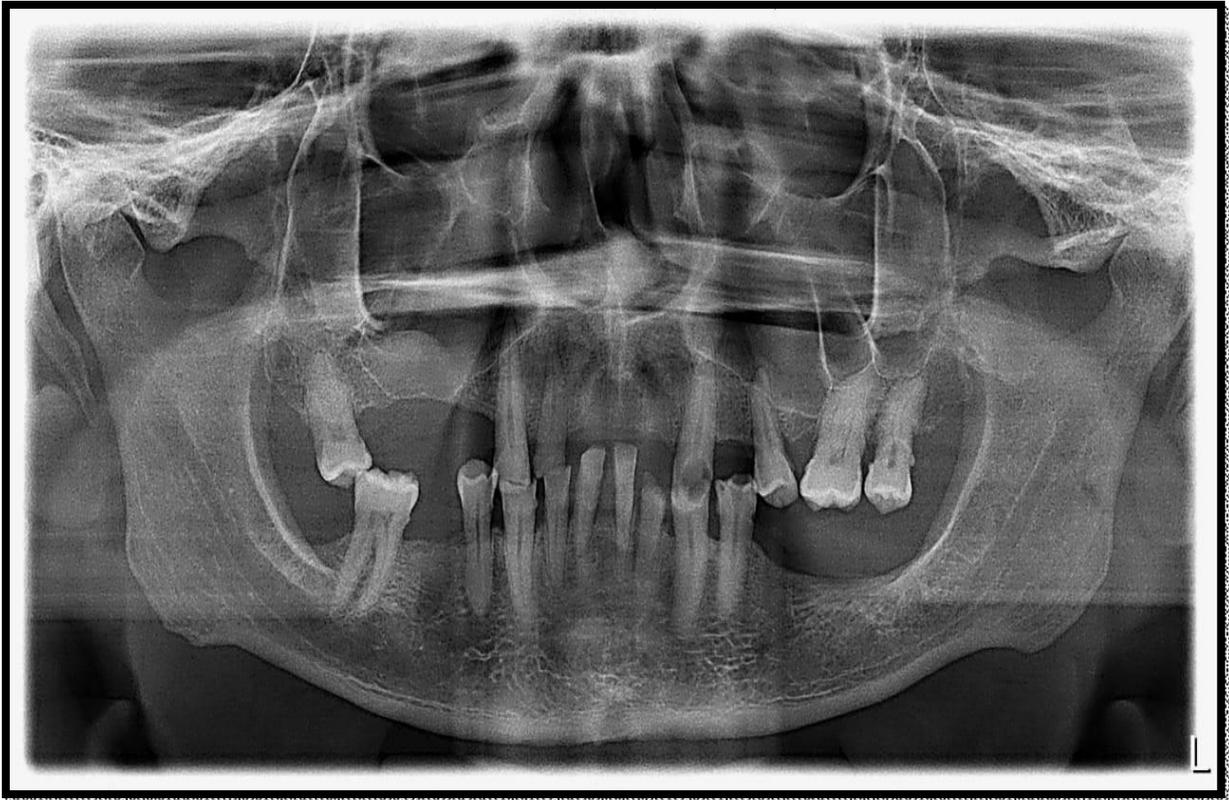
Diagnóstico: el paciente presenta pérdida de varias piezas dentarias posteriores y anteriores, por lo cual su dimensión vertical se encuentra modificada.

Estudios complementarios: se solicita rx panorámica, modelos de estudio y fotografías extra e intra orales.

Plan de tratamiento y resolución: se tomaron las impresiones preliminares de ambos maxilares, luego se tomó la impresión de modelos definitivos, se realizó el montaje en articulador semi ajustable, se tomó la impresión para el mock up en maxilar inferior, se instaló el mock up, se colocaron los provisorios superiores de canino a canino en PMMA, impresiones definitivas para la confección de cromos superiores e inferiores, se confecciono

el modelo inferior inyectado para la realizar la cubeta inferior para la futura inyección de resina se inyectó la resina y se instalaron las prótesis parciales removibles de cromo superior e inferior.

RX PANORAMICA CASO 2



FOTOS DE FRENTE, PERFIL FACIAL IZQUIERDO Y DERECHO



FOTOS INTRA ORALES PRE REHABILITACION



FOTOS MODELOS, RODETES Y JIG



MODELO INYECTADO Y CUBETILLA PARA INYECTADO DE RESINA

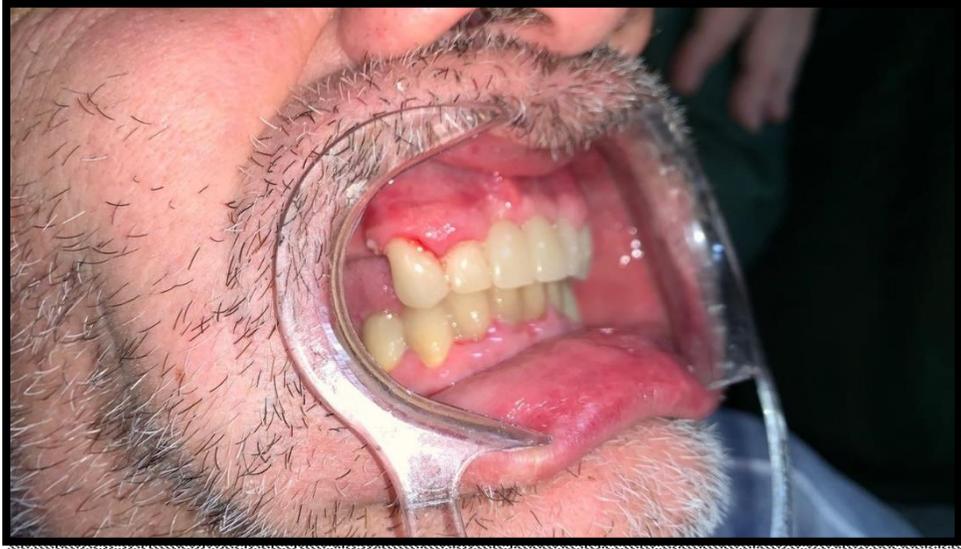


PROVISORIOS SUPERIORES DE PMMA



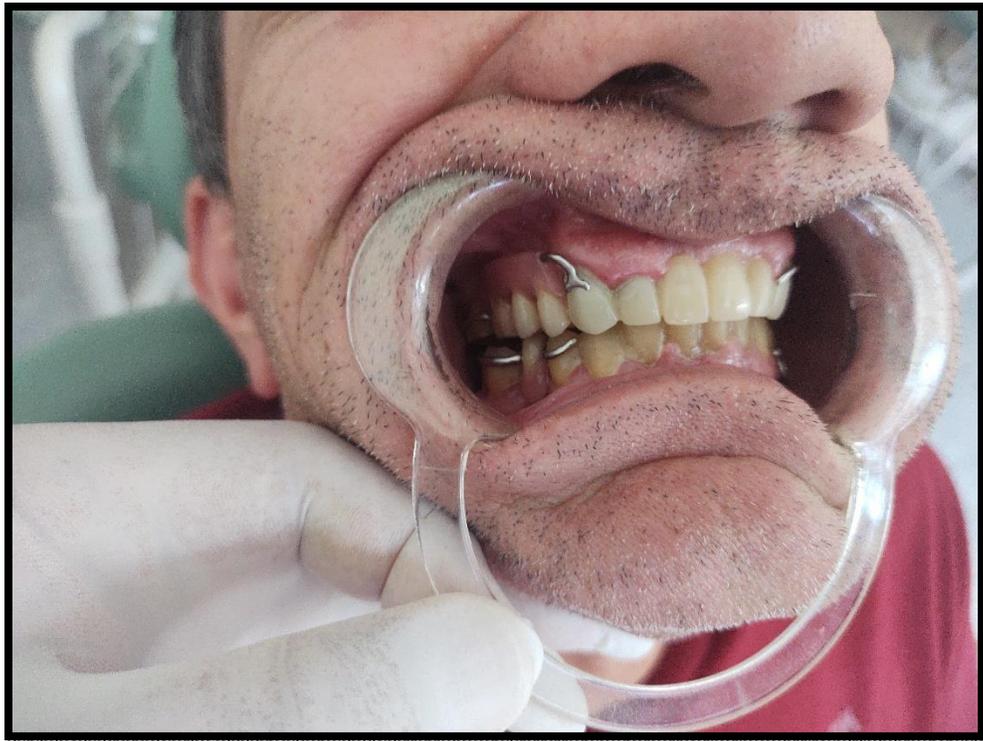
FOTOS PROVISORIOS PMMA Y RESINA INYECTADA INFERIOR
FRENTE, GUIA CANINA IZQUIERDA Y DERECHA.





INSTALACION DE PROTESIS PARCIAL SUPERIOR E INFERIOR DE CROMO





Presentación Caso 3:

Título: Rehabilitación mediante prótesis fija implanto soportada, regeneración osea y tisular guiada.

Generalidades: Paciente masculino de 42 años de edad, que se presenta a la consulta para realizar su rehabilitación protética implanto soportada, su estado de salud bucal regular, se le realiza su historia clínica.

Historia Clínica: Se completó la historia clínica, realizando el diagnóstico de nuestro paciente, que es anexado a la historia clínica, con el consentimiento informado para la atención odontológica y toma de fotografías. Fueron evaluados: Antecedentes personales - Antecedentes médicos - Antecedentes odontológicos. Antecedentes personales: Nombre y apellido. Edad. Sexo: Masculino. Fecha de Nacimiento. Motivo de la consulta: "imposibilidad para poder sonreír por faltar un diente de adelante".

Antecedentes médicos: Sin particularidades, paciente sano, sin patologías crónicas, no toma medicación diaria. No Enfermedades respiratorias: Asma. No Problemas neurológicos: convulsiones. No Problemas visuales y auditivos: No Problemas cardiológicos: No Problemas renales y digestivos: No Problemas oncológicos: No Trastornos metabólicos: Si Alergias: (penicilina) No Hospitalizaciones en los últimos años: No Traumatismos- Fracturas- Antecedentes odontológicos: presenta experiencia odontológica previa favorable con visitas frecuentes cada 12 a 18 meses de atención. Presenta continuidad en los tratamientos realizados previa consulta. Ha recibido educación para la salud por parte del odontólogo y se cepilla con pasta y cepillo blando, utiliza hilo dental, conociendo la técnica de uso.

Examen clínico: Se realizó la inspección clínica mediante el uso de juego clínico (Espejo, explorador y pinza de algodón)

Se realiza el examen extra bucal: observando la morfología general y proporciones del perfil en sentido sagital y vertical, como resultado da que el paciente es simétrico ya que al trazar la línea media que pasa por el centro de la glabella y es perpendicular al plano bipupilar y el Examen Intrabucal se observan los tejidos blandos: sin alteraciones en la mucosa, frenillos ni lengua.

-Examen de la dentición: Línea media dentaria esta conservada, presenta la pérdida dentaria de incisivo central superior izquierdo pd 21, periodontalmente estable, igualmente se realiza

terapia básica. Caries: presente en ambos maxilares, se atendió durante el desarrollo del año en las diferentes asignaturas clínicas de a FOLP-

Diagnóstico: el paciente presenta resto radicular de la pieza dentaria 21 (incisivo central superior izquierdo), defecto óseo de tabla vestibular.

Estudios complementarios: se solicita rx panorámica, modelos de estudio y fotografías extra e intra orales.

Plan de tratamiento y resolución:

Examen radiográfico: Se solicitó rx panorámica.

Análisis de modelos de estudio montados en articulador semi ajustable.

Finalizados los exámenes, se procedió a planificar la cirugía del paciente, seleccionando la medida indicada del implante a utilizar, (4mm X 15 mm), tipo de relleno óseo utilizado es heterologo bovino desproteinizado .

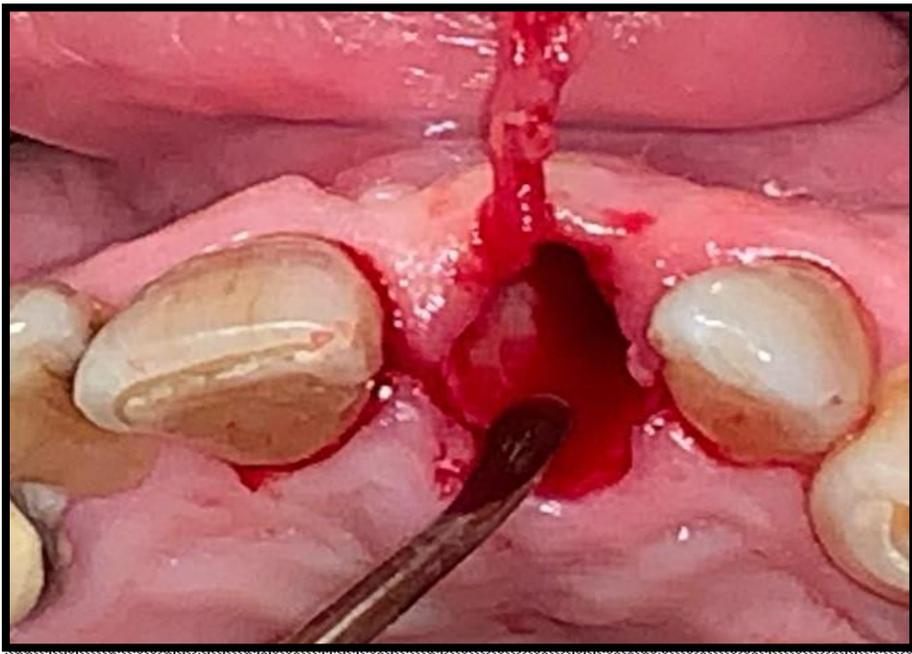
Se confecciono pieza provisoria de acrílico y después del periodo de oseo integración (4 meses), se procedió a realizar la rehabilitación protética mediante corona atornillada de zirconio, debido a la demanda estética del caso.

RX

PANORAMICA



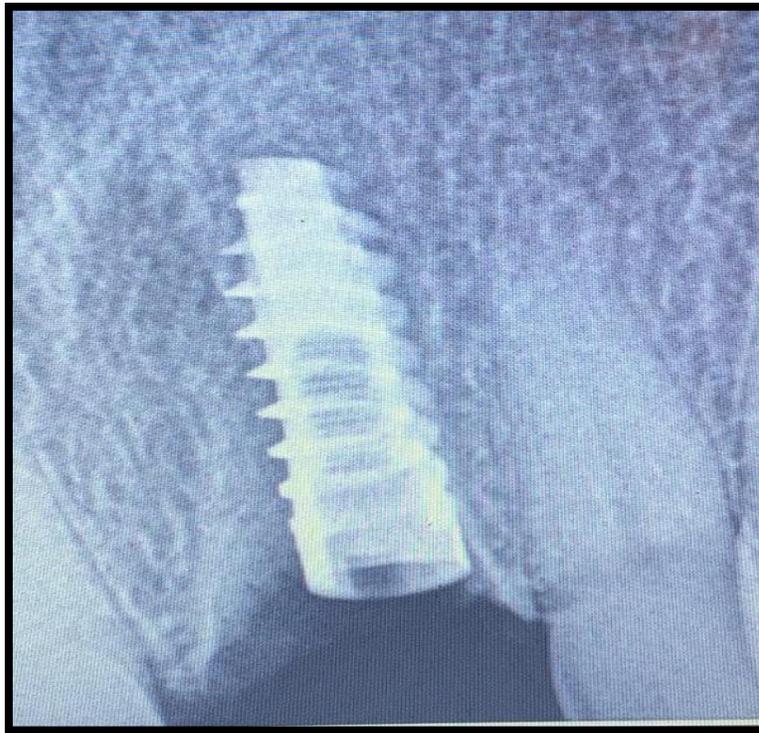
RESTO RADICULAR PD 21 Y ALVEOLO POS EXODONCIA



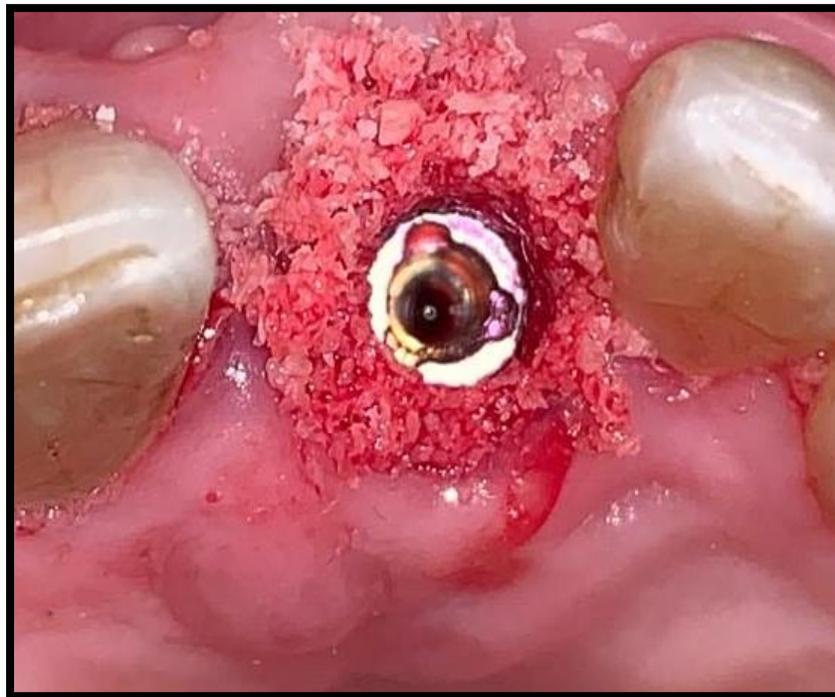
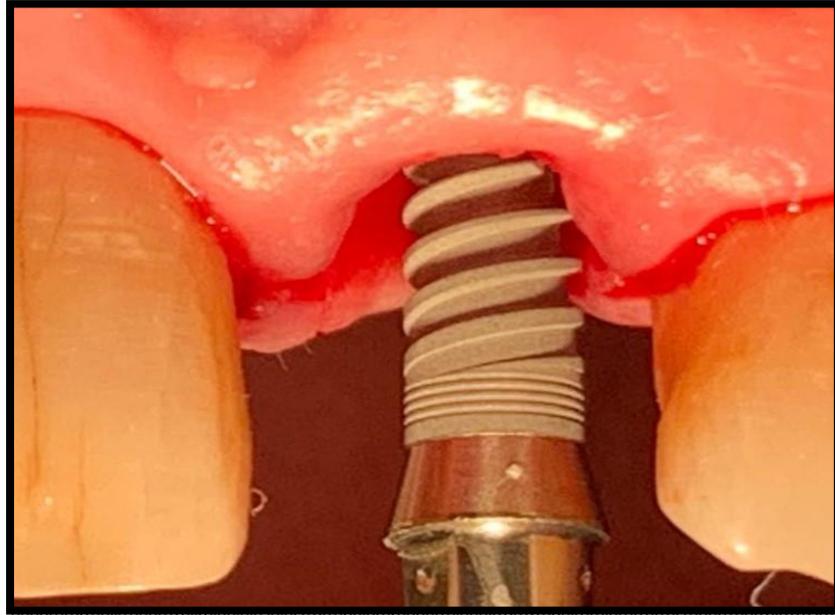
RESTO RADICULAR POST EXODONCIA



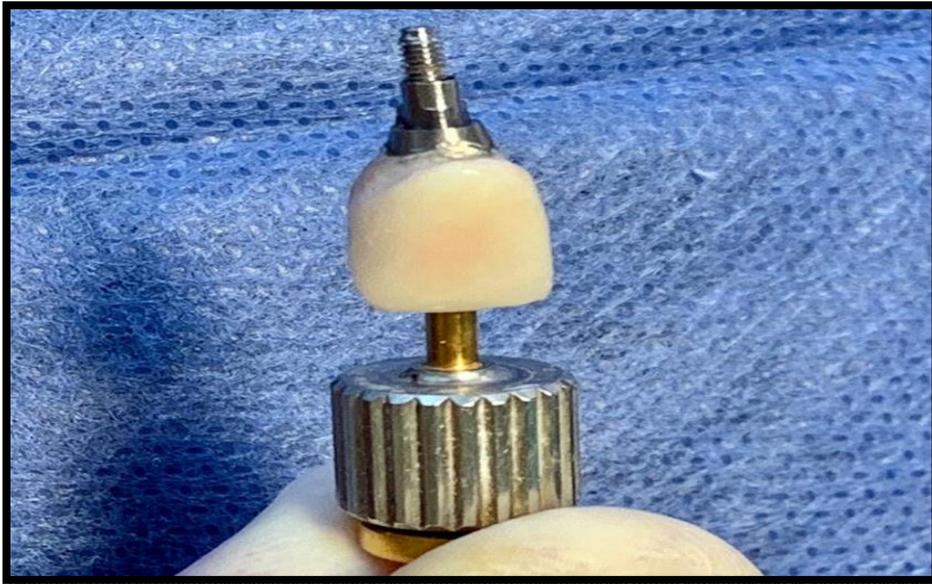
RX IMPLANTE POST CIRUGIA



COLOCACION DE IMPLANTE Y RELLENO OSEO



PROVISORIO PD 21



DISCUSION

8. Discusión:

La falta de piezas dentarias de forma parcial o total favorece la reabsorción ósea de los maxilares modificando el alto y ancho esto es irreversible y se acrecienta en los pacientes portadores de prótesis completas. Estas modificaciones pueden ser tratadas mediante regeneración ósea guiada permitiendo la rehabilitación protética implanto soportada. Si respetamos los protocolos de tratamiento quirúrgicos y de rehabilitación protética el resultado va a ser previsible y exitoso. Hay algunas causas que pueden influir en que el resultado no sea exitoso como el tabaquismo, diabetes, osteoporosis, el consumo de algunos medicamentos, la higiene oral, interfieren en la cicatrización de los tejidos periimplantarios y en una posterior pérdida ósea. El diagnóstico clínico y radiográfico de los pacientes que recibirán rehabilitación protética implanto soportada, le da al odontólogo un panorama de como programar la cirugía y la elección de implante a utilizar como así también de la necesidad del uso de injerto óseo. Terminada esta exploración a través de los estudios radiográficos y tomográficos vamos a llegar al diagnóstico definitivo. La rx panorámica muchas veces no es suficiente para evaluar el hueso del paciente, pero es el recurso más utilizado. Para llegar a evaluar el hueso de manera tridimensional es fundamental el pedido de la tomografía. El protocolo quirúrgico a seguir debe ser fácil de desarrollar y repetible por cualquier profesional, una vez colocados los implantes, se espera el tiempo de oseointegración, que varía según el caso clínico, el maxilar donde se desarrolle, el tipo de implante y su tratamiento de superficie.

CONCLUSIONES

9. Conclusiones:

El diagnóstico clínico, radiográfico y tomográfico, son totalmente necesarios a la hora de realizar la planificación de la rehabilitación implanto soportada ya que nos dan toda la información necesaria para realizar la preparación de cada caso en particular, obteniendo un pronóstico predecible. Este tipo de rehabilitación nos permite la devolución de la función y la fonética de los pacientes con un confort totalmente diferente al tratamiento convencional con prótesis removibles. El odontólogo debe estar actualizado en todas las nuevas técnicas de rehabilitación y regeneración guiada de tejidos tanto óseos como blandos, para tener varias alternativas a la hora de realizar el plan de tratamiento.

El diseño y tratamiento de la superficie del implante mejora la adhesión celular, las propiedades osteogénicas, y el anclaje primario, favoreciendo la osteogenesis.

Si respetamos los tiempos de oseointegración en la rehabilitación vamos a obtener un elevado éxito en el tratamiento, siendo este tipo de rehabilitación una muy buena alternativa.

BIBLIOGRAFIA

10. Bibliografía general y específica:

- 1) Hernández Miranda Leinad, Martínez Roa Jorge Luis, Mesa Levy Diana, García Peñalver Jorge Surenn. Importancia de la planificación en la rehabilitación implantológica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2012 Dic [citado 2022 Nov 27]; 49(4):312-320. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000400007&lng=es
- 2) Antonio Barone, Ulf Nannmark, Bone, Biomaterials & Beyond, Amolca. 2015; 1-11, 31-38, 137-142,
- 3) Cook, V. C.; Timock, A. M.; Crowe, J. J. & Covell, D. A. Jr. Accuracy of alveolar bone measurements from cone beam computed tomography acquired using varying settings. Orthod. Craniofacial Res., 18(S1):127-36, 2015
- 4) Alonso-Albertini-Bechelli. Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral. 2 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2008. 269-300, 433-460, 575-600
- 5) Arisan V, Karabuda CZ, Ozdemir T. Implant surgery using bone- and mucosa supported stereolithographic guides in totally edentulous jaws: surgical and post-operative outcomes of computer-aided vs. standard techniques. Clin Oral Implants Res 2010; 21: 980-8.
- 6) Mauro Fradeani, Rehabilitación estética en protodoncia fija, vol 1, Quintessence books. 2012; 28(3), 294-296
- 7) Calvo PL, Gil Mur FJ, Ríos Santos JV, Bullón Fernández P, Herrero Climent M. Sustitución de un incisivo central y lateral superior mediante la colocación de un único implante. Gaceta Dental Ciencia. 2011; 227
- 8) Coordinadores Anselmino Cristina, Lazo Gabriel E, Libro de Catedra Atlas de Histología Bucodental, EDULP (Editorial UNLP). 2020, 58-61
- 9) Alfaro Moctezuma P; Medina F; Alfaro Moctezuma M; Nuñez Martínez J; Nuñez Martínez G. Fuerza de mordida: su importancia en la masticación, su medición y sus condicionantes clínicos, Art de Revision. Revista ADM/mayo-junio 2012 / vol. LXIX no. 3
- 10) Zembic A, Kim S, Zwahlen M, Kelly JR. Systematic review of the survival rate and incidence of biologic, technical, and esthetic complications of single implant abutments supporting fixed prostheses. Int J Oral Maxillofac Implants 2014; 29: 99-

- 11) Heitz-Mayfield LJA, Needleman I, Salvi GE, Pjetursson, BE. Consensus statements and clinical recommendations for prevention and management of biologic and technical implant complications. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2014; 29: 346–50. 32.
- 12) Velasco E, Pato J, Segura JJ, Medel R, Poyato M, Lorrio JM. La investigación experimental y la experiencia clínica de las superficies de los implantes dentales. Parte I. *Dentum* 2009; 9: 101-107.
- 13) Velasco E, Pato J, Segura JJ, López J, García A, España A. La investigación experimental y la experiencia clínica de las superficies de los implantes dentales. Parte II. *Dentum* 2009; 9: 108-113.
- 14) Velasco Ortega E., Monsalve Guil L., Jiménez Guerra A., Segura Egea J.J., Matos Garrido N., Moreno Muñoz J.. Dental implant treatment in elderly patients. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2015 Jun [citado 2022 Dic 12] ; 31(3): 217-229. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300011&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-852015000300011>.
- 15) Galarza Estebaranz, P. (2014) Los resultados clínicos de la rehabilitación oral fija sobre implantes en pacientes edentulos totales. (Tesis doctoral inédita) Universidad de Sevilla

