

PRESENTACIÓN DE CASO

Rehabilitación protésica sobre implantes en paciente con oligodoncia.

Prosthetic rehabilitation on implants in patients with oligodontia.

Mayra Virginia González Olazábal^I, Mileydi Torres López^I, Ortelio Pestana Lorenzo^I, Orlando Márquez Rodríguez^{II}

I Clínica Estomatológica Provincial. Sancti Spíritus. Cuba.

II Hospital General Provincial. Sancti Spíritus. Cuba.

RESUMEN

Fundamento: la rehabilitación a través de implantes dentarios ha sido un medio eficaz para la sustitución de dientes perdidos o ausentes.

Presentación del caso: paciente de 25 años de edad, portadora de prótesis parcial acrílica superior por oligodoncia de incisivos laterales superiores, con lesiones en la mucosa oral. La paciente es tratada por un equipo multidisciplinario y se rehabilitó con prótesis fija soportada por implantes.

Conclusiones: la implantología como medio de soporte en la rehabilitación protésica resultó efectiva en una paciente con oligodoncia de incisivos laterales superiores, con mejoría en la estética, la autoestima y la función.

Palabras clave: oligodoncia; implantes; rehabilitación protésica.

ABSTRACT

Background: rehabilitation through dental implants has been an effective means for the replacement of lost or absent teeth.

Case presentation: 25 year old patient, holder of an acrylic upper partial prosthesis due to oligodontia of upper lateral incisive and lesions in the oral mucous membrane. The patient is treated by a multidisciplinary team and was rehabilitated with a fixed prosthesis supported by implants.

Conclusions: Implantology as a means of support in prosthetic rehabilitation resulted effective in a patient with oligodontia of upper lateral incisive with aesthetic improvement, function and self esteem.

Key words: oligodontia; implants; prosthetic rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La historia de los implantes es tan antigua como el hombre mismo, pues desde tiempos primitivos trato de sustituir dientes perdidos por materiales aloplásticos (ajenos al organismo) como piedras, hierro, conchas, oro^{1,2}. Con la evolución del conocimiento y el paso de los años, se fueron experimentando otros materiales aloplácticos entre los que se destacaba el tántalo y el vitalio quirúrgico (cromo- cobalto-molibdeno), que al introducirse en el interior del hueso producían un tejido conectivo fibroso que lo mantenía unido al hueso, pero con el tiempo se aflojaba y se perdía el tratamiento^{2,3}.

En la década de los años 50 el biólogo sueco Dr. Branemark, realizó estudios de respuesta medular ósea, colocando microcámaras en las tibias de conejos para realizar experimentos, pasado seis meses intentó retirarla y comprobó que se habían integrado al hueso^{1,2}. Este descubrimiento revolucionó el mundo de las investigaciones, se dedicaron trece años a profundizar y determinar los parámetros que llevarían a lo que se conoce como osteointegración^{1,3,4}. El reto de los protesista siempre ha sido mejorar las condiciones de retención de los aparatos rehabilitadores, con estos descubrimientos se abrieron las puertas para mejorar esta condición, produciéndose una verdadera revolución en la rehabilitación dental.

En los inicios de la década del 70 se comercializan los primeros sistemas de implantes, los cuales con el paso del tiempo se han ido perfeccionando y obteniéndose mejores resultados. La reposición dental sin metal está adquiriendo una importancia cada vez mayor gracias a las tecnologías de diseño y confección asistida por el ordenador (CAD/CAM), se confeccionan prótesis dentales de cerámica sin metal con elevado nivel de calidad y precisión^{5,6}. Cuba se inició en la implantología alrededor del año 1990, en la provincia de Sancti Spíritus se comenzó a aplicar en el 2005. La rehabilitación a través de implantes dentarios es un medio eficaz para la sustitución de dientes perdidos o ausentes.

PRESENTACIÓN DE CASO

Al servicio de prótesis acude una paciente de 25 años, portadora de una prótesis parcial acrílica superior, por oligodoncia (ausencia congénita de dientes) de incisivos laterales superiores. Al examen clínico se observan lesiones en el paladar de aspecto irritativo y color rojizo, causadas por la prótesis acrílica deficiente, presencia además de inflamación gingival por irritantes locales como la placa dentobacteriana y el sarro supragingival.

En los modelos de estudio se observó que el espacio disponible para la colocación del implante y la corona estaban comprometido, por ser menor de 5 mm en sentido mesio distal. En la radiografía se constata la presencia de hueso en cantidad y calidad para la implantología.

Etapas de tratamiento: se dividió en tres etapas: la preparación inicial del paciente en los servicios de periodoncia, el tratamiento de ortodoncia y el tratamiento implantológico

Preparación inicial del paciente en periodoncia

Se realizó educación para la salud, controles de placa dentobacteriana e indicación de enjuagatorios bucales como coadyuvantes del cepillado y otros procedimientos mecánicos para el control de la placa, se indican colutorios a base de clorhexidina al 0,12 % y la eliminación del sarro dental a través de la técnica de la tartrectomía. Después se realizó el pulido de la superficie dentaria con la utilización de cepillos de disco y copa, gomas de pulido y discos de lija.

Tratamiento de ortodoncia

Para el tratamiento de la oligodoncia de los incisivos laterales superiores en pacientes con discrepancia hueso diente negativa, se eliminan anticipadamente los caninos temporales para acelerar el proceso eruptivo de los caninos permanentes y que ocupen la posición de los laterales. Después con un discreto tallado del borde incisal de los caninos para simular la anatomía de los incisivos laterales y de esta manera armonizar el arco dentario.

En pacientes con discrepancia hueso diente positiva, se mesializan los incisivos centrales y se distalizan los caninos para ser cubierta la brecha con dientes artificiales con aparato removible de forma provisional hasta los 18 años y después con una restauración definitiva.

Esta paciente presenta una discrepancia hueso diente positiva de +16 y aunque era portadora de prótesis parcial presentaba poco espacio para la colocación de coronas, un diastema medio central y diastemas entre caninos y primeros pre molares. Con el uso de aparato fija se cerró el diastema con un único resorte abierto entre canino y centrales y se mantuvo con ligadura metálica en ocho como contención, los caninos se distalaron con retroligaduras pasivas hasta lograr la brecha deseada para la colocación del implante. (Anexo 1)



Anexo 1: tratamiento de Ortodoncia

Tratamiento implantológico

- Fase quirúrgica
- Antisepsia del campo operatorio
- Anestesia por técnica infiltrativa
- Ponche de mucosa con mucotomo
- Preparación del tejido óseo, primero con la fresa de cortical de diámetro 1,8 mm y después el avellanador.

Para la preparación del lecho quirúrgico, se utilizaron fresas de ataque con stop de 1,8 de diámetro por 11,5mm de largo primero y después 2,0 por 11,5mm. Todo este fresado se realizó cuidadosamente y bajo irrigación para evitar sobrecalentamiento del hueso y que no se dificulte la osteointegración del implante.

Inserción de los implantes de la firma italiana Leader Nano de 2,3mm de diámetro por 11,5mm de longitud de acuerdo al grosor y altura del hueso. Los mismos se colocaron de forma mecánica y logrando paralelismo con los dientes remanentes naturales para la correcta inserción de las coronas. (Anexo 2)



Anexo 2: implante colocado

Rx de control para verificar la posición de los implantes en el hueso. De forma mensual por tres meses se repite para chequear el proceso de integración en el hueso. (Anexo 3)



Anexo 3: rayos x de control

Indicaciones postoperatorias a la paciente y remisión inmediata al servicio de prótesis.

Fase de rehabilitación

- Toma de impresión con silicona para colocar en el laboratorio, las réplicas de los implantes y se corren con yeso piedra.
- Obtención de modelos de trabajo y confección de las coronas de carácter provisional hasta que termine la fase de osteointegración de los implantes y ser sustituida por coronas de porcelana.
- Instalación de las coronas provisionales a la paciente con cemento de policarboxilato y rectificación de la oclusión, según pautas masticatorias. (Anexo 4)



Anexo 4: paciente rehabilitado con coronas sobre los implantes

Instruir a la paciente en cuanto a la higiene bucal y la consistencia de la dieta.

DISCUSIÓN

La implantología ha demostrado ser una técnica eficaz y segura para reponer dientes perdidos, los implantes dentales son la base artificial que remplaza la raíz del diente natural ausente^{1,2}. Es una opción ventajosa para la rehabilitación con prótesis fija, que ofrece conservar la salud de los tejidos vecinos y evitar la preparación de dientes naturales contiguos, brinda funcionalidad y durabilidad^{5,6}.

Estudios realizados⁶⁻⁸ en el mundo para evaluar los resultados de la colocación de implantes, revelan un rango de éxito entre el 95 y 97 % de los casos, donde se logra una osteointegración del implante al hueso vivo, obteniendo una rehabilitación adecuada de los aparatos protésicos, permitiendo ubicar los implantes en los lugares idóneos para así lograr prótesis con requisitos retentivos, estable, buen soporte, aspecto natural y la mayor belleza estética posible.

CONCLUSIONES

La implantología como medio de soporte en la rehabilitación protésica resultó efectiva en una paciente con oligodontia de incisivos laterales superiores. Se evidenció la importancia del accionar en equipo para este tipo de tratamiento rehabilitador para mejorar la estética, la autoestima y la función.

REFERENCIAS

1. Anand U, Mehta DS. Evaluation of immediately loaded dental implants bioactivated with platelet-rich plasma placed in the mandibular posterior region: A clinico-radiographic study. J Indian Soc Periodontol. 2012 Jan-Mar; 16(1):89–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3357042/>
2. Young-Taek Kim, Jae-Kook Cha, Jung-Chul Park, Ui-Won Jung, Chang-Sung Kim, Kyoo-Sung Cho, Seong-Ho Choi. In situ dental implant installation after decontamination in a previously peri-implant diseased site: a pilot study. J Periodontal Implant Sci. 2012 February; 42(1):13–19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3296930/>
3. Hae-Lyung Cho, Jae-Kwan Lee, Heung-Sik Um, Beom-Seok Chang. Esthetic evaluation of maxillary single-tooth implants in the esthetic zone. J Periodontal Implant Sci. 2010 Aug; 40(4):188–193. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931307/>
4. Mohammad Bayat, Mohammad Mohsen Khobayari, Mohsen Dalband, Fatemeh Momen-Heravi. Full mouth implant rehabilitation of a patient with ectodermal dysplasia after orthognathic surgery, sinus and ridge augmentation: a clinical report. J Adv

Prosthodont. 2011 Jun; 3(2):96-100. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141126/?tool=pubmed>

5. Rodríguez-Tizcareño MH, Bravo-Flores C. Anatomically guided implant site preparation technique at molar sites. *Implant Dent.* 2009 Nov; 18(5):393-401. Available from:

http://www.practicalreviews.com/My_Media/PDF/General%20Dentistry,%20December%2030%202009.pdf

6. Ridaura-Ruiz L, Figueiredo R, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Sensibility and taste alterations after impacted lower third molar extractions. A prospective cohort study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012 Feb 9; [cited 2012 Aug 12]. Available from: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/aop/17890.pdf>

7. González-García R, Monje F. The reliability of cone-beam computed tomography to assess bone density at dental implant recipient sites: a histomorphometric analysis by micro-CT. *Clin Oral Implants Res.* 2012 Jan 17. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-501.2011.02390.x/abstract;jsessionid=FBF521720527FCB9A2249134B7D19919.d04t03?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

8. Novell J, Novell-Costa F, Ivorra C, Fariñas O, Munilla A, Martínez C. Five-Year Results of Implants Inserted Into Freeze-Dried Block Allografts. *Implant Dent.* 2012 Apr; 21(2):129-35. Available from: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Implants%20Inserted%20Into%20Freeze-Dried%20Block%20Allografts.%20Implant%20Dent.%202012%20Apr>

Recibido: 4 marzo 2012.
Aprobado: 16 abril 2012.

Mayra Virginia González Olazábal. Clínica Estomatológica Provincial. Sancti Spíritus. Cuba. mayra.gonzalez@ssp.sld.cu