

Manejo clínico de la colocación de un implante dental temprano

Clinical management of the placement of an early dental implant

Ulises Peñaloza De La Torre¹
Gabriela Condori Condori²

1. Cirujano Dentista. Ex-Docente en el área Cirugía Bucocomaxilofacial Clínica, ESOD – FACS/UNJBG. Doctorado en Odontología. Residente de la Segunda Especialidad de Periodoncia e Implantología FACS/UNJBG.
2. Cirujano Dentista Consulta Privada. Residente de la Segunda Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia FACS/UNJBG

RESUMEN

La cirugía de un implante dental es un tratamiento cada vez más cotidiano llevando muchas veces al fracaso por no tener una buena planificación preoperatoria; motivo por el cual actualmente surge la necesidad de conocer planes de tratamiento basado en evidencia científica conociendo tanto la biología de los tejidos post exodoncia y criterios de selección bien claros son necesarios para seleccionar el tratamiento más adecuado; es por este motivo que se llegó a un consenso en las conferencias de International Team for Implantology(2003 and 2008) que propone cuatro tiempos de colocación del implante dentro de los cuales está el implante temprano que es colocado dentro de los 4–8 semanas post exodoncia donde está concluida la curación de tejidos blandos, hay una completa eliminación de la infección odontogénica, se usa en sitios con una delgada o dañada pared alveolar especialmente la vestibular. Este enfoque ofrece buenos resultados regenerativos y estéticos con alta predictibilidad y un bajo riesgo de recesión de la mucosa.⁽²⁾

PALABRAS CLAVE: Implante dental temprano, post exodoncia.

ABSTRACT

The surgery of a dental implant is an increasingly common treatment, often leading to failure because of poor preoperative planning; which is why the need to know treatment plans based on scientific evidence, knowing both the biology of the post-exodontic tissues and clear selection criteria are necessary to select the most appropriate treatment; it is for this reason that a consensus was reached in the conferences of the International Team for Implantology (2003 and 2008) that proposes four implant placement times within which the implant is placed early within 4 - 8 weeks post Exodontia where healing of soft tissue is completed, there is a complete elimination of odontogenic infection, used in sites with a thin or damaged alveolar wall especially the vestibular. This approach offers good regenerative and aesthetic results with high predictability and a low risk of mucosal recession⁽²⁾.

KEYWORDS : Early dental implant, post extraction.

INTRODUCCIÓN

En los primeros años de la implantología dental moderna basada en el concepto de osteointegración, la colocación del implante se realizó predominantemente en tejido óseo completamente cicatrizado (implante tardío), teniendo como objetivo mejorar la función masticatoria y de la calidad de vida, pero la nueva evidencia científica ha demostrado que colocar los implantes pasado los 6 a más meses de la exodoncia, existe una reabsorción desproporcionada de la tabla alveolar bucal comparada con la tabla palatina / lingual sufriendo significativamente más resorción ósea⁽¹⁾; desde entonces los momentos de colocación de implantes han cambiado; posteriormente la tendencia fue colocar los implantes inmediatamente de extraído el diente (implantes inmediatos), para evitar la pérdida ósea y de tejido blando; pero se vio que el manejo de los tejidos comprometidos no era algo favorable a largo plazo, provocando principalmente la pérdida de la tabla vestibular comprometiendo la zona estética⁽⁵⁾, pero reduce el tiempo de tratamiento⁽³⁾; a todo esto el consenso científico actual recomienda colocar los implantes de manera temprana entre las 4 a 16 semanas (implante temprano)⁽²⁾, siempre y cuando la condiciones se den, ya que estas brindan resultados predecibles⁽⁷⁾ en nuestros casos.

El objetivo de este reporte de caso es mostrar el manejo clínico, la evolución clínica-radiográfica de un caso de implantes de instalación temprana; basándose en la literatura y enfocándose en el mejor manejo posible para el paciente y obtener un resultado predecible para lograr el éxito y/o supervivencia del implante en boca.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 33 años de edad, ASA I. presenta absceso dentoalveolar crónico reagudizado en la pieza dentaria 46, con fistula vestibular. El paciente acude a consulta por presentar odontalgia en la zona de la pieza dentaria 46, que tiene como antecedente una tratamiento de conductos no concluido hace aproximadamente 3 años, el cual mantuvo la cámara pulpar expuesta a la cavidad oral por 2 años.

Examen clínico:

Extraoralmente el paciente no presenta síntomas ni signos de inflamación; intraoralmente se observa la pieza dentaria 46 con la corona destruida por tallado; a

las pruebas térmicas de vitalidad pulpar (-), presenta fistula vestibular en la encía adherida, Furca grado II (Fig. 1).

Examen Radiográfico:

Radiográficamente se observa pieza dentaria 46 con una imagen radiolúcida R5, con compromiso de furca, reabsorción ósea horizontal moderada y una lesión ósea periapical compatible con granuloma periapical (Fig. 2).

Plan de tratamiento:

Primero. Medicación sistémica: Antibiótico por 7 días V.O. (Clindamicina 300 mg VO), más un AINE (diclofenado 50mg + paracetamol 500mg VO)

Segundo. Debido a las condiciones clínico - radiográficas es que se decide primero realizar la exodoncia y esperar que se forme hueso primario (4-8 semanas) para poder instalar el implante.

La exodoncia traumática de la pieza 46 se realizó con odontosección, periotomo y forcep. (Fig. 3, 4).

Tercero. A las 4 semanas post exodoncia. (Fig. 5). se realizó los estudios tomográficos, con guía quirúrgica. (Fig. 6, 7 y 8) para planificar la correcta ubicación en 3D del implante.

Cuarto. Se realizó la cirugía de implante temprano: Anestesia local, incisión lineal a espesor total con hoja de bisturí N° 15, decolado con Legra P24, se procedió a ejecutar la secuencia de Fresado para colocación del Implante de la marca Neobiotech IS II active tipo Cono Morse 11mm x 4 mm lográndose una estabilidad primaria de 30 Nw. (Fig. 9), por último se suturó (Fig. 10) y medico analgésicos vía oral.

Quinto. Controles postquirúrgicos, el paciente no mostró síntomas dolorosos ni signos de inflamación u otra complicación fuera de una cicatrización fisiológica. (Fig. 11, 12)



Figura 1. Preoperatoria



Figura 2. Radiografía periapical

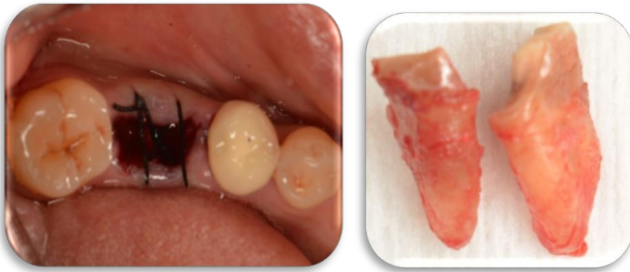


Figura 3 y 4. Remanentes radiculares y herida post-exodoncia



Figura 9



Figura 5

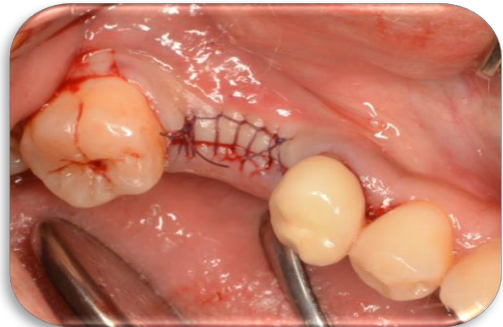


Figura 10

Fig. 9 y 10. Ubicación del implante tipo como morse, sutura con punto continuo

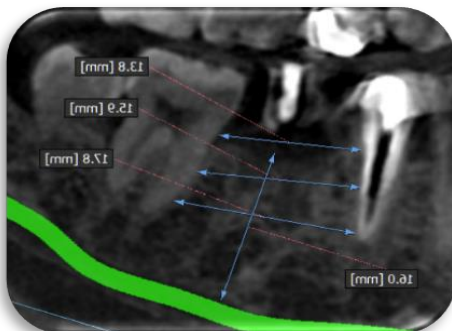


Figura 6

Fig. 5 y 6. Cuatro semanas post exodoncia y tomografía Conebeam corte sagital, respectivamente



Figura 11

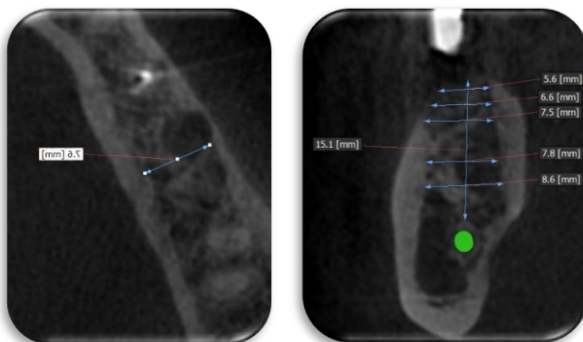


Figura 7 y 8. Tomografía Conebeam corte axial y coronal, respectivamente

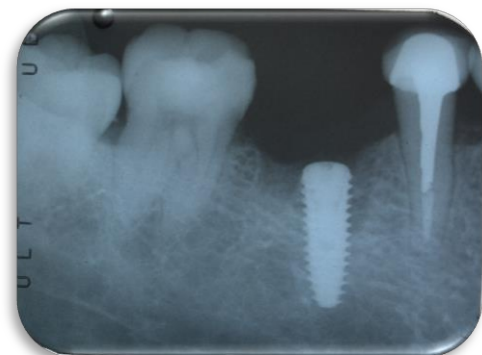


Figura 12

Fig. 11 y 12. A los 7 días post quirúrgico

DISCUSIÓN

El tratamiento con implantes dentales en la actualidad se ha vuelto un tratamiento frecuente; pero cada vez más se debe hacer con un plan de tratamiento basado en evidencia científica conociendo tanto la biología de los tejidos post exodoncia y criterios de selección bien claros son necesarios para seleccionar el tratamiento más adecuado. Hoy tenemos cuatro opciones de tratamiento con implantes la colocación temprana de

Colocación temprana del implante con curación de tejidos blandos (tipo2) se usa en sitios con una delgada o dañada tabla vestibular del hueso, cuando la anatomía ósea local permite una correcta posición del implante tridimensional lográndose una buena estabilidad primaria, como lo se presentó en este reporte. La colocación de tipo 2 es la más utilizada (> 80%). Este enfoque ofrece buenos resultados regenerativos y estéticos con alta predictibilidad y un bajo riesgo de recesión de la mucosa⁽²⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. B KASSIM y cols. Current perspectives on the role of ridge (socket) preservation procedures in dental implant treatment in the aesthetic zone. Australian Dental Journal 2014; 59: 48–56
2. DANIEL BUSER Y Cols. Implant placement post extraction in esthetic single tooth sites: when immediate, when early, when late? Periodontology 2000, Vol. 73, 2017, 84–102
3. MOZZATI MARCO y cols. Immediate post-extractive dental implant placement with immediate loading on four implants for mandibular-full-arch rehabilitation: a retrospective analysis. Clinical implant dentistry and related research 2015 (3) 332-340.
4. BARONA CRISTINA y cols. Efficacy of platelet-rich plasma applied to post-extraction retained lower third molar alveoli. A systematic review. Medicina Oral Patología Oral Cirugía Bucal. 2014 Mar 1;19 (2):e142-8.
5. CHAPPUIS VIVIANNE y cols. Clinical relevance of dimensional bone and soft tissue alterations post-extraction in esthetic sites. Periodontology 2000, Vol. 73, 2017, 73–83
6. SCHMIDT KATHARINA y cols. Boon and Bane of Inflammation in Bone Tissue Regeneration and Its Link with Angiogenesis. Tissue engineering. Volume 21, Number 4, 2015
7. DARBY IVAN y cols. Ridge Preservation Techniques for Implant Therapy. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants. 2009. Volume 24.

Correspondencia

Ulises Peñaloza de la Torre
ulisespe@hotmail.com

Fecha de recepción: 05 de octubre de 2017

Fecha de aceptación: 05 de noviembre de 2017