



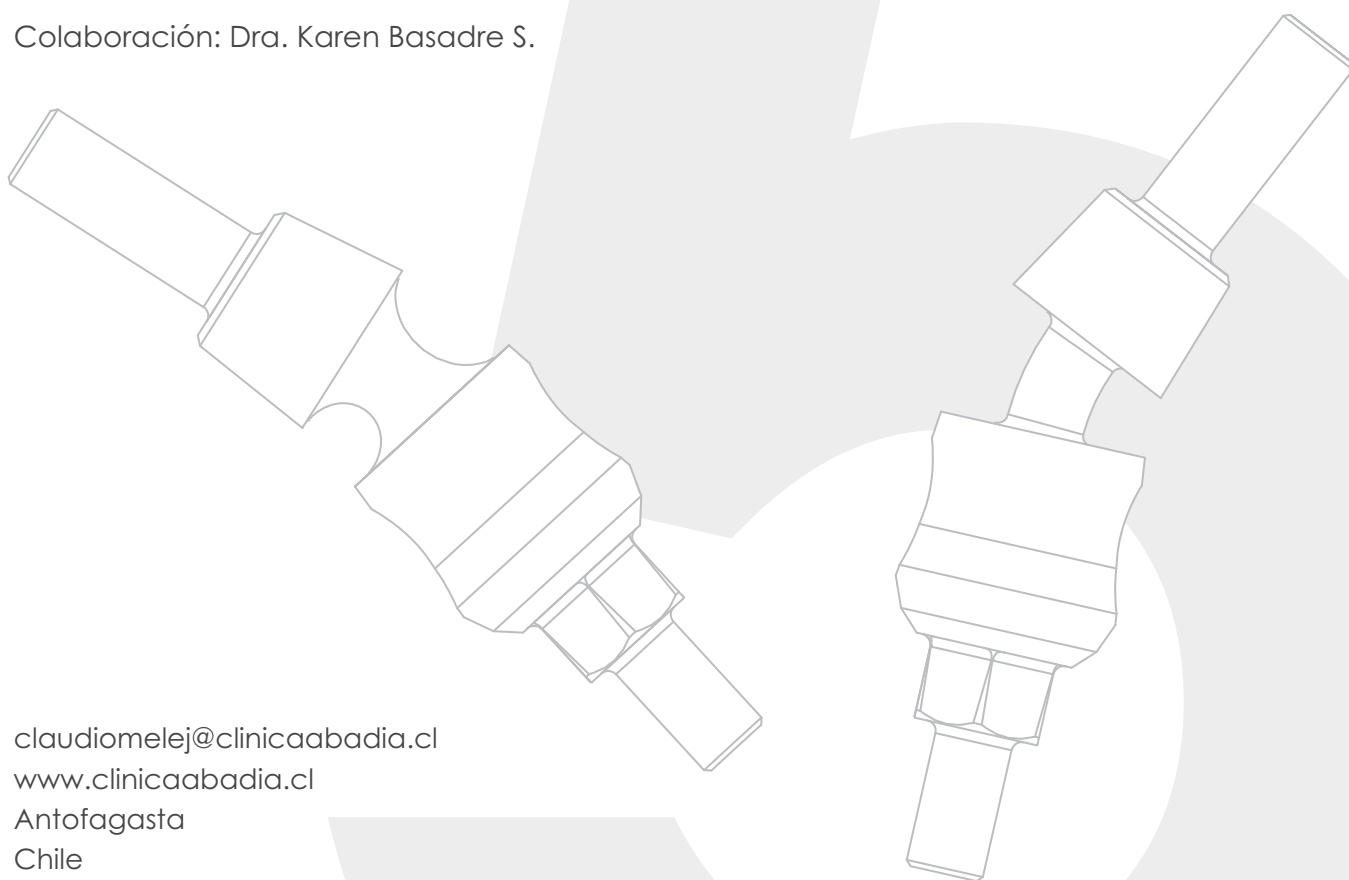
IMPLANTE INMEDIATO ¿MITO O REALIDAD?

Dr. Claudio Melej G.

Cirujano Dentista

Especialista en Periodoncia

Colaboración: Dra. Karen Basadre S.



claudiomelej@clinicaabadia.cl

www.clinicaabadia.cl

Antofagasta

Chile

IMPLANTE INMEDIATO ¿MITO O REALIDAD?

Dr. Claudio Melej G., Cirujano Dentista, Especialista en Periodoncia

El protocolo de colocación inmediata de implante post exodoncia, introducido en la década de los 90, fue descrito y propuesto como un gran aporte a la implantología contemporánea. Entre sus principales indicaciones se destacaban la necesidad de preservar el tejido duro y blando, previniendo así la pérdida ósea de la apófisis alveolar.

El objetivo del presente artículo es exponer de manera resumida, sobre la base de la evidencia científica actualmente disponible y de la descripción de un caso clínico, antecedentes que permitan aclarar ciertos mitos y controversias de un tema de gran actualidad y permanente discusión en los más importantes foros académicos, proporcionando al clínico elementos adicionales en la toma de decisiones.

Descripción esquemática de los protocolos actualmente descritos de colocación de implantes endoóseos.

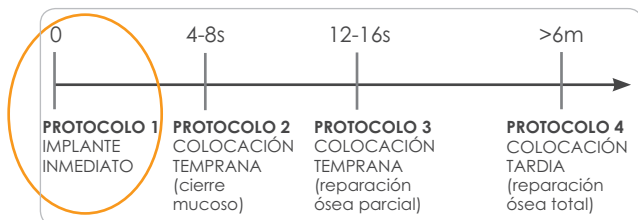


Fig. 1

Si bien estudios prospectivos y retrospectivos han mostrado tasas aceptables de "supervivencia" (no de éxito) de Implantes instalados bajo el protocolo 1, recientes revisiones sistematizadas randomizadas con alto cumplimiento en los niveles de evidencia, demuestran con CLARIDAD Y SIGNIFICANCIA que este protocolo se asocia a un mayor riesgo de complicaciones estéticas y compromiso de la predictibilidad de la óseointegración.

Siendo la principal complicación estética observada: La Recesión.

Frecuencia de Recesión descrita de 1 ó más mm. fue del 8 al 40,5% del total de sitios estudiados (Con/Sin Colgajo; Implante sumergido, Semisumergido o inmediatamente restaurado).

A partir de los primeros y no menos controversiales trabajos de Mauricio Araújo y Jan Lindhe (J Clin Periodontol 2005; 32: 212-218) y de sucesivas publicaciones de otros importantes autores que paralelamente estudiaron los fenómenos biológicos de reparación y remodelado óseo post extracción (con y sin la instalación de implante), se ha cuestionado la veracidad de ciertos mitos y paradigmas respecto a su colocación inmediata, estableciéndose hoy en día:

- El Implante inmediato NO previene la pérdida ósea vertical, ni horizontal.
- Los resultados están fuertemente determinados por el biotipo periodontal, grosor de la tabla vestibular, posición tridimensional del implante, diseño del implante, características y manejo del GAP (con la utilización de biomateriales y Regeneración Ósea Guiada R.O.G.), hábito tabáquico, enfermedad periodontal, trauma quirúrgico, presencia y características del defecto óseo.

Permanentemente se ha discutido la necesidad y/o conveniencia de elevar colgajo en el protocolo de implante inmediato. Muchos autores contraindican su realización, dado lo delgada de la tabla vestibular su sola exposición al medio determinaría su mayor o total reabsorción. No

obstante, en atención a esta misma variable, no son pocos los autores que recomiendan elevar colgajo y complementar con técnica de R.O.G. Finalmente, están también aquellos clínicos que sugieren esperar el cierre mucoso e indicar el Protocolo 2, con el objetivo de tener una mayor disponibilidad y calidad de tejido blando.

Pareciera no existir una única verdad a este respecto. Cada una de estas posiciones presenta ventajas y desventajas, así como riesgos asociados.

Actualmente no parece científicamente razonable asumir posiciones dogmáticas o absolutas, sugiriéndose interpretar cada situación clínica de forma individual y en atención a su mérito, así como, a sus particulares y únicas consideraciones sistémicas y locales.

Protocolo 1: Consideraciones "Ideales"

1. Paciente ASA I, No Fumador, Sin Enfermedad Periodontal.
2. Línea de Sonrisa Baja
3. Biotipo Grueso
4. Dientes Unirradiculares
5. Tabla Vestibular Intacta y Gruesa
6. Ausencia de Infección Aguda
7. Adecuado Nivel Óseo Vertical en dientes vecinos
8. Sin elevación de Colgajo: Lo cual no siempre es posible, debido a consideraciones anatómicas de disponibilidad ósea, en particular, de la tabla vestibular; del biotipo periodontal, de la presencia y características de un defecto óseo (número de paredes, profundidad y ancho) entre otras importantes variables al momento de optar por este protocolo (con o sin elevación de colgajo)

Control 6 meses post implante inmediato SPI Alpha Bio (con elevación de colgajo y R.O.G.)

A través de estas imágenes se ejemplifica un caso en el cual sí fue necesario elevar colgajo debido a alguna de las consideraciones previamente descritas.

Se aprecia una correcta posición tridimensional de la plataforma protésica del implante y una muy adecuada arquitectura/conformación gingival y alveolar en el plano transversal y vertical.



Fig. 2



Fig. 3

Protocolo 1: Recomendaciones.

1. Correcta valoración del Biotipo y características anatómicas de la apófisis alveolar (Clínica/Imagenológica 3D).
2. Paciente ASA I, No Fumador
3. Línea de Sonrisa Baja
4. Biotipo Grueso
5. Procedimiento atraumático.
6. Adecuado posicionamiento tridimensional del implante.
7. Elevación de Colgajo: Estará determinado por las características de la tabla vestibular; presencia y características de un defecto óseo; necesidad y/o conveniencia de complementar con R.O.G.
8. Estabilidad inicial del implante.
9. Relleno de Gap: Preserva el volumen transversal (Biomaterial: Previene el colapso V/P, pero no el vertical).

CASO CLÍNICO

Nombre: L.G.T.

Género: Femenino.

Fecha de nacimiento: 22 de agosto 1973 (38 años)

Estado civil: casada

Actividad: cosmetóloga (Trabaja en el rubro de la estética facial)

Motivo de Consulta: Urgencia por TDA pieza 8.

Observaciones: Gran demanda estética, no desea usar prótesis removible y la duración del tratamiento es una variable que la preocupa.



Fig. 4



Fig. 5

Imagen clínica y radiográfica grupo 2. Las piezas 7 y 9 están coronadas en buenas condiciones, lo cual siempre representa un gran desafío quirúrgico, protésico y estético. Sin embargo, el biotipo es grueso. En la radiografía se observa una zona radiolúcida pararadicular, compatible con una lesión crónica asintomática (¿granuloma?).



Fig. 6



Fig. 7

Exodoncia cuidadosa y atraumática, con especial consideración de la tabla vestibular y papilas interproximales. También se observa la pieza extraída con un importante compromiso palatino del espacio biológico (muñón) y granuloma radicular.



Fig. 8



Fig. 9

Detalle de presentación de implante SPI 3,75 x 13mm y su correcta ubicación tridimensional.

Implante con excelentes propiedades de Macro, Micro y Nano diseño, que le permiten, junto a un adecuado protocolo de fresado, altos estándares de estabilidad inicial en muy poca disponibilidad ósea, incluso en huesos tipo III o IV.

Conexión de hexágono interno y Plataforma Universal para todos los diámetros.



Fig. 10



Fig. 11

Pilar recto del Sistema Paragüide en posición implante p8. Este novedoso y útil sistema permite verificar la correcta ubicación del implante en el plano tridimensional, seleccionar el pilar (recto, 15° ó 25°), corregir la posición del hexágono del implante respecto a la captura y emergencia de pilar protésico angulado de 15° ó 20° y verificar clínica/radiográficamente el correcto y perfecto asentamiento entre el pilar y la plataforma protésica del implante



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14

Detalle de técnica de injerto y manejo del GAP (Xenoinjerto particulado cortical). Se determinó indemnidad de la tabla ósea vestibular, quedando un defecto de 3 paredes (ideal desde un punto de vista de su potencial biológico para técnica de R.O.G.)



Fig. 15

Provisionalización Inmediata.



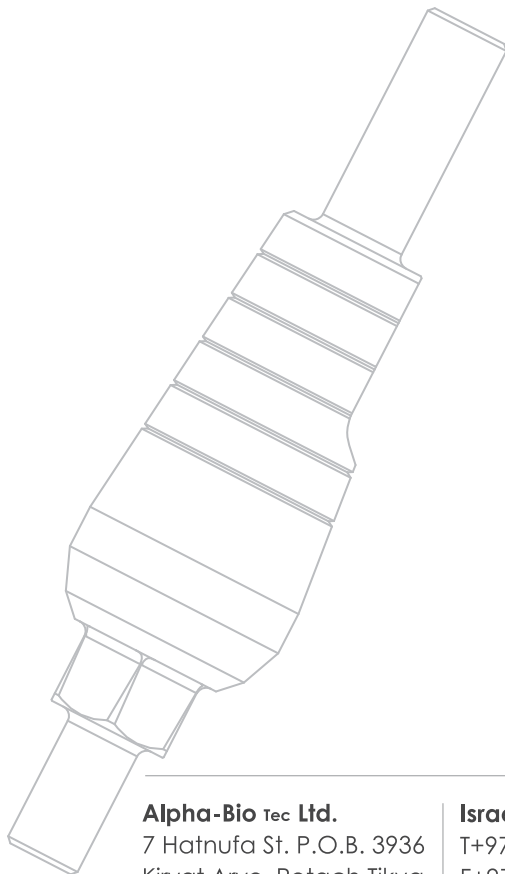
Fig. 16

Control del provisorio 6 meses post exodoncia + implante inmediato pieza 8.

Se observa un contorno y arquitectura conservados de la línea gingival, ausencia de recesión tanto en las coronas de 7 y 9 como en implante pieza 8.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 20 years of guided bone regeneration in implant dentistry. Edited by Daniel Buser. 2nd ed. Quintessence Publishing Co, Inc.
2. Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: Anatomic and surgical consideration. Daniel Buser et. al. The international journal of oral and maxillofacial implants. Vol 19, Supplement, 2004. 43-61.
3. Araujo MG, Sukekava F, Wennstrom JL, Lindhe J. Ridge alterations following implant placement in extraction sites. J Clin Periodontol 2004; 31: 820-828.
4. Araujo MG, Sukekava F, Wennstrom JL, Lindhe J. Tissue modeling following implant placement in fresh extraction sockets. Clin Oral Implants Res 2006; 17: 615-624.
5. Araujo MG, Wennstrom JL, Lindhe J. Modelin of the buccal and lingual bone walls of fresh extraction sites following implant installation. Clin Oral Implants Res 2006; 17: 606-614.
6. Araujo MG, Sukekava F, Wennstrom JL, Lindhe J. Tissue modeling following implant placement in fresh extraction sockets. Clin Oral Implants Res 2006; 17: 615-624.
7. Lazzara RJ. Immediate implant placement into extraction sites: Surgical and restorative advantages. Int J Periodontics Restorative Dent 1989;9:332-343.
8. Gelb DA. Immediate implant surgery. Three-year retrospective evaluation of 50 consecutive cases. Int J Oral Maxillofac Implants 1993;8:388-399.
9. Schwartz-Arad D, Chaushu G. Placement of implants into fresh extraction sites: 4 to 7 years retrospective evaluation of 95 immediate implants. J Periodontol 1997;68:1110-1116.
10. Becker W, Dahlin C, Lekholm, et al. Five-year evaluation of implants placed at extraction and with dehiscences and fenestration defects augmented with ePTFE membranes: Results from a prospective multicenter study. Clin Implant Dent Relat Res 1999;1:27-32.
11. Hammerle CH, Chen ST, Wilson TG Jr. Consensus regarding the placement of implants in extraction sockets. Int J Oral Maxillofac Implants 2004; 19 (suppl):26-28.
12. Chen ST, Wilson TG Jr, Hammerle CH. Immediate or early placement of implants following tooth extraction: Review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes. Int J Oral Maxillofac Implants 2004;19(suppl):12-25
13. Botticelli D, Berglundh T, Lindhe J. Hard-tissue alterations following immediate implant placement in extraction sites. J Clin Periodontol 2004;31:820-828.
14. Wood DL, Hoag PM, Donnenfeld OW, Rosenfeld LD. Alveolar crest reduction following full and partial thickness flaps. J Periodontol 1972;43:141-144.



 **AlphaBio**^{TEC}
Simplantology

www.alpha-bio.net

Alpha-Bio^{TEC} Ltd.

7 Hatnufa St. P.O.B. 3936
Kiryat Arye, Petach Tikva
49510, Israel

Israel

T+972-3-9291000
F+972-3-9235055
sales@alpha-bio.net

Internacional

T+972-3-9291055
F+972-3-9291010
export@alpha-bio.net

MEDES LIMITED

5 Beaumont Gate, Shenley Hill,
Radlett, Herts WD7 7AR.
Inglaterra
Tel / Fax: +44 1923859810