

Implante dental en Camagüey. Reporte de un caso

Dental implant in Camagüey: a case report

Dra. Leyda Larrúa Rodríguez; Dr. Ignacio Cardoso Navarro; Dr. Jorge Luis Zequeira Peña; Dra. Sury Arias Herrera

Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se presenta a una paciente que acudió a consulta de implantología en la Clínica Estomatológica Provincial Docente Dr. Ismael Clark y Mascaró de Camagüey, por presentar ausencia del primer premolar superior izquierdo (2.4). Se valoró integralmente a la paciente por el equipo de trabajo, el cual planteó que cumplía los requisitos establecidos para este tipo de tratamiento, pues tenía buen estado de salud, hueso adecuado e higiene bucal excelente. Durante la valoración clínica y el tratamiento quirúrgico se realizaron modelos de estudio, radiografías y fotografías. Los resultados de la intervención para colocar el implante fueron exitosos.

DeSC: implantes dentales; estudio de casos

ABSTRACT

A patient that came to the implantology consultation at Dr. Ismael Clark and Mascaró Educational Provincial Odontology Clinic of Camagüey, presenting absence of the first left upper premolar (2.4). The patient was integrally valued by the work team, who presented the established requirements for this type of treatment the patient had good state of health, adequate bone and excellent oral hygiene. During

the clinical appraisal and the surgical treatment models of study, x-rays and photographs were carried out. Intervention results to place the implant were successful.

DeCS: dental implants; case studies

INTRODUCCIÓN

La primera meta de la estomatología es la preservación de la dentición natural y la restauración de la cavidad bucal hasta un estado de función normal.¹⁻³ Al realizar un implante dental, el objetivo a alcanzar es lograr la salud del paciente y la restauración de estética y función.

Se denominan implantes dentarios a los elementos aloplásticos (sustancias inertes extrañas al organismo humano) que se alojan en pleno tejido óseo o por debajo del periostio, con la finalidad de conservar dientes naturales o de reponer los ausentes. Los implantes se confeccionan generalmente de vitallium quirúrgico, tantalio o de sustancias plásticas cuya ausencia de toxicidad ha sido totalmente comprobada por numerosas investigaciones. Los implantes odontológicos pueden ser externos (intraóseos o yuxtaóseos), internos o intradentarios. Los externos intraóseos se colocan en los maxilares por debajo del epitelio, tejido conectivo y periostio en el tejido óseo esponjoso. Los implantes externos subperiósticos y yuxtaóseos se aplican por debajo del periostio y se apoyan en tejido óseo compacto (cortical).¹⁻³

La sustitución de dientes perdidos con implantes osteointegrados permite recuperar de forma fija y cómoda todas sus funciones (masticación, fonación, estética, estabilización de vecinos y antagonistas, conservación del hueso de la zona, etc.), al sustituir un diente con un implante se está restaurando no solamente la corona, sino también su raíz.⁴

A pesar que todos los implantes dentales brindan confort y aportan confianza a los pacientes para sonreír, comer, hablar, etc., no son para todos. El paciente ideal debe tener un buen estado de salud y hueso adecuado. Igualmente es importante el compromiso a una higiene bucal excelente y visitas periódicas al dentista.⁵

REPORTE DEL CASO

Se presenta una paciente femenina, de 18 años de edad, la cual acudió a consulta de implantología de la Clínica Estomatológica Provincial Docente Dr. Ismael Clark Mascaró por presentar ausencia del primer premolar superior izquierdo (2.4), debido a una exodoncia por caries dental extensa que no pudo resolverse por métodos conservadores. Se valoró la paciente integralmente por el equipo de trabajo y se decidió que cumplía los requisitos establecidos por el proyecto de generalización cubano para este tipo de tratamiento.⁶ La intervención quirúrgica se realizó exitosamente el 6 de junio de 2006, mediante una técnica de colgajo convencional.

Se escogió el implante de tipo Leader, de fabricación italiana, código 13711, de 3.75mms por 11.5mms. Durante la valoración clínica y el tratamiento quirúrgico se realizaron modelos de estudio, radiografías y fotografías.

Figura 1. Antes de la intervención



Fig. 2. Durante la intervención y tipo de transplante utilizado



DISCUSIÓN

El avance tecnológico y científico de los últimos cuarenta años ubica a la implantología dentro de la Odontología, no sólo como una filosofía de trabajo sino más bien como una verdad científica comprobada. La vigencia de la oseointegración propuesta en la década de los ochenta obliga a continuar investigando en la histología de la interfase ósea de los implantes dentales como una base de sustentación científica permanente.⁷⁻⁹

En 1977, para algunos autores el fin de la colocación de implantes es la obtención de un buen soporte para la prótesis, pues para conseguir la osteointegración había que dejar los implantes libres de carga de tres a seis meses; ya en 1979, se introduce la carga inmediata mediante la utilización de la superficie TPS (superficie chorreada con plasma de titanio).¹⁰

Múltiples trabajos posteriores concuerdan con que los resultados tienden a ser más favorables para los implantes que se cargan tras un periodo de osteointegración (como en la paciente se presenta), si bien la diferencia de éxito a largo plazo entre los implantes sometidos a carga inmediata y retardada no es estadísticamente significativa.⁹

Materiales y técnicas cada vez más evolucionadas permiten tratamientos más cómodos y fiables. La colocación de los implantes debe realizarse siempre en el ambiente estéril de un quirófano, con motores y fresas de gran precisión. A fin de maximizar el porcentaje de éxito, el tratamiento debe ser sumamente atraumático con el hueso y los materiales empleados de calidad óptima.⁴

Esta técnica tiene grandes ventajas,⁴ el metal es inerte (eléctricamente neutro), existe autodefensa peculiar de los maxilares y el procedimiento quirúrgico es poco cruento.

Entre las funciones de los implantes^{5, 11-13} se destaca el reemplazar a los dientes que no se renuevan, servir de apoyo a una prótesis total, haciéndola más segura y confortable, sostener un puente fijo, eliminando dos problemas: uso de prótesis removible y tallado de los dientes vecinos, reemplazar un solo diente, sin alterar los vecinos, estimular el hueso perimplantario mediante las cargas masticatorias y transformar el hueso inmaduro reticulado en hueso lamelar denso capaz de soportar la masticación.

En la década de los ochenta se demostró que los implantes dentales expuestos al medio bucal para su funcionamiento no sólo reproducen un modelo biológico similar al de la dentición natural con nueva zona gingival y nuevo surco gíngivo-dentario, sino que permiten las mismas condiciones funcionales y microbiológicas.⁷⁻⁹

Las condiciones histológicas e histopatológicas son similares en estados de salud y de enfermedad en los dientes naturales e implantes dentales, la placa microbiana sigue siendo el factor causal fundamental de la periodontitis y la periimplantitis, moduladas por la respuesta del huésped.⁷⁻⁹

Estudios histológicos de la interfase hueso-implante demuestran la existencia de hueso vivo y ordenado alrededor de la superficie de los implantes dentales como una condición de salud y equilibrio funcional. La posibilidad de lograr cicatrización y remodelación del tejido óseo resulta una ventaja de tipo histológico y funcional.⁷⁻⁹

Implantes con un cuidado bucal muy bueno y visitas periódicas al dentista evolucionan en boca por más de 20 años y se considera que pueden durar toda una vida.⁵ Desde que en 1965 se empezaron a realizar este tipo de restauraciones más de medio millón de personas recurren al tratamiento, con una efectividad del 100 % en el maxilar inferior y del 94 % en el superior.¹¹

Existen varias limitaciones para el tratamiento^{5, 6, 14} entre ellas, la higiene bucal deficiente, las periodontopatías avanzadas o no tratadas, los hábitos como el bruxismo, ya que genera cargas lesivas, los pacientes diabéticos descompensados, éstas son personas con problemas en su microcirculación, las personas que tienen disminuida su irrigación sanguínea en el hueso, ejemplo las sometidas a tratamientos de radiación por cáncer, los fumadores, los cuales deberían dejar de fumar en un periodo de tiempo considerable antes del tratamiento para conseguir éxito.

En la literatura se registran numerosas complicaciones clínicas a nivel de implantes, tejidos perimplantarios y componentes protésicos lo que es posibles minimizar con un buen manejo del paciente.¹⁵

La implantología está experimentando en los últimos tiempos un avance sin precedentes. Conceptos y técnicas que se consideraban hasta hace poco incuestionables sufren un intenso proceso de revisión.¹⁶

Los implantes dentarios revolucionaron el mundo de la odontología y resolvieron un viejo anhelo de los odontólogos y personas que por una u otra causa perdieron sus dientes permanentes, en Cuba se ideó un proyecto de generalización⁶ con el objetivo de desarrollar esta técnica y extenderla a diferentes servicios en nuestro país. En la Provincia de Camagüey son ya una realidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chercheve R. Implantes Odontológicos. Buenos Aires: Editorial Médico Panamericano, 1985.

2. Borrell Rivaes A. Práctica de la implantología. 20 años de experiencia en implantología endoósea. Sabadell: Editorial GEDEI; 1983.
3. Menéndez Llera V, Regalado Barrera ME, Pardo S. Implantes endodónticos intraóseos [en Internet]. 2002 [citado 13 jun 2006]: [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.fcmfajardo.sld.cu/cev2002/trabajos/estomatología/03implantes/>
4. Implantes dentarios [en Internet]. 2004? [citado 13 jun 2006]: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://perso.wanadoo.es/e/cgarcima/implantesdentarios.htm>
5. Implantes dentales: ¿Son apropiados para usted? [en Internet]. 2000 [citado 13 jun 2006]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.geosalud.com/saluddental/implantesdentalesapropiados.htm>
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Proyecto: Generalización de la implantología en Cuba. En prensa 2006.
7. Estévez Echenique E. Carga inmediata en implantología oral. Asoc Odontol Restaurad Biomater 2003; 1(3):1. Disponible en: <http://www.ecuadontologos.com/revistaaoarybg/vol1num3/carga.html>
8. Khoury F, Hoppe A. El manejo de los tejidos blandos en Implantología oral. Barcelona: Editorial Quintessence; 2000.
9. Chaushu G, Chaushu S, Tzohar A, Dayan D. Immediate loading of single tooth implants: immediate versus non immediate implantation. Int J Oral Maxillofac Implants 2001; 16 (2): 267-72.
10. Implantología. Una carga inmediata. [serie en Internet]. 2004 [citado 13 jun 2006]; (octubre): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.550m.com/usuarios/universodontologico/esencias/oct2004.htm>
11. Clínica Médico Dental Tábara. Implantes dentales de carga inmediata [en Internet]. 2005 [citado 13 jun 2006]: [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.cdtabara.com/tratamientos/implantes/textdiez.html>
12. Cabanes Gumbau G. Carga inmediata en rehabilitación maxilar con implantopilares de composite. Rev Esp Odo Imp 2005; 13 (1): 14-23.
13. Cabanes Gumbau G. Carga inmediata en incisivos con implantopilares de composite: tres opciones terapéuticas. Gac Dent 2006; 18(168): 142-63.
14. Oviedo F. Dientes para siempre [en Internet]. 2004 [citado 13 jun 2006]: [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.saludactual.cl/odontologia/implantesdentales.php>
15. Esteban Infantes SL. Complicaciones en prótesis fija implantes. Gac Dent 2006; 18 (170): 110-42.
16. Moreno Lucendo A, Méndez Robles JM, Urzainki Beristain R. HTR Génesis: un nuevo concepto de tratamiento para la fabricación de estructuras protésicas sobre implantes mediante tecnología CAD CAM. Gac Dent 2006; 18 (171): 82-95.

Recibido: 17 de julio de 2006

Aprobado: 23 de marzo de 2007

Dra. Leyda Larrúa Rodríguez. Especialista de I Grado en Periodontología. Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J Finlay. Camagüey. Cuba.