

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

CASO CLINICO X SEMESTRE

Presentado a la Doctora Nery Villota Prostodoncista.

Jefe de semestre.

Integrantes:

Colorado Peralta Sol Lorena	Cod. 991278
Herrera Luisa Fernanda	Cod. 001074
Salazar Lory Jennifer	Cod. 001069

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Bogotá D.C. Octubre de 2004

INTRODUCCION

El objetivo del análisis de este caso clínico es adquirir conocimiento teórico y clínico que forme los cimientos que nos permitan crear un diagnóstico certero acerca de enfermedades o problemas que los pacientes puedan presentar a nivel oral, para proporcionar alternativas de tratamiento.

Para lograr un resultado integral es necesario que el paciente busque dentro de las diferentes especialidades de la odontología, para que no solo se solucione el problema sino que también se logre mantener las funciones orales, el confort, la estética y la salud.

Los tratamientos ofrecidos van ligados no solo de lograr reemplazar los dientes y los tejidos contiguos faltantes, sino también de ir de la mano con la tecnología y el avance científico que debe tener cada profesional que busque mejorar la calidad de vida de cada uno de sus pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Combinar las diferentes especialidades en busca del tratamiento ideal que tiene como meta rehabilitar al paciente en su totalidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Crear a partir del análisis de cada aspecto clave de las diferentes especialidades para lograr el tratamiento ideal
- Analizar los tipos de restauraciones con cada una de sus indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas
- Aplicar los conocimientos adquiridos en materiales de última tecnología

HISTORIA CLINICA

2.1 INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: Luz Marina Peralta

Edad: 56 años

Raza: Mestizo

Sexo: Femenino

Ocupación: Medico especialista

Motivo de consulta: "Quiero que me rehabiliten mi boca"

2.2 EXAMEN FISICO GENERAL

Peso: 60Kg

RH: O+

Estatura: 1.58 cm.

Temperatura: 37°C

Presión arterial: 130/80mmHg

Frecuencia cardiaca: 75 pulsaciones por minuto

ANAMNESIS

Antecedentes familiares: Madre hipertensa controlada; Padre fallecido por accidente cerebro vascular hace cuatro años.

Antecedentes personales: Hipertensión e hipotiroidismo controlados.

HISTORIA ODONTOLÓGICA

Tratamientos recibidos:

Periodoncia: Gingivoplastia, Alargamiento de corona clínico

Cirugía: Exodoncias

Endodoncia: Tratamiento convencional de conductos

Operatoria: Amalgamas

Prostodoncia: Núcleos intrarradiculares, coronas metalcerámicas, removible inferior convencional, mucosoportada inferior.

FISIOTERAPIA ORAL

Frecuencia de cepillado: 2 veces al día

Técnica: Barrido

Tipo de cepillo: Cerdas blandas

Dentífrico: Colgate

Seda dental: Si

Ayudas interproximales: Si

Enjuagues: Si

EXAMEN CLINICO

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

Evaluación estática:

Clasificación de angle derecha e izquierda: No aplicable.

Overbite: No aplicable

Overjet: No aplicable

Relación canina: No aplicable

Línea media dentaria: No aplicable

Evaluación dinámica:

Apertura: 45mm

Lateralidad derecha: No aplicable

Lateralidad izquierda: No aplicable

Protrusión: 5 mm.

EXAMEN TEMPOROMANDIBULAR

Dolor muscular: No presenta

Dolor ATM: No presenta

Alteración en el movimiento: No presenta

Ruido articular: No presenta

Desarmonias: Ausencias dentarias, apiñamiento en el sextante anterior inferior

Facetas de desgaste: 33, 32, 31, 41, 42, 43

Hábitos: Ninguno

EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS

Labios: Normal

Carrillos: Normal

Surco vestibular: Normal

Gingiva: Normal

Lengua: Normal

Reborde alveolar: Colapso alveolar tipo III en maxilar superior derecho y maxilar inferior izquierdo

Piso de boca: Normal

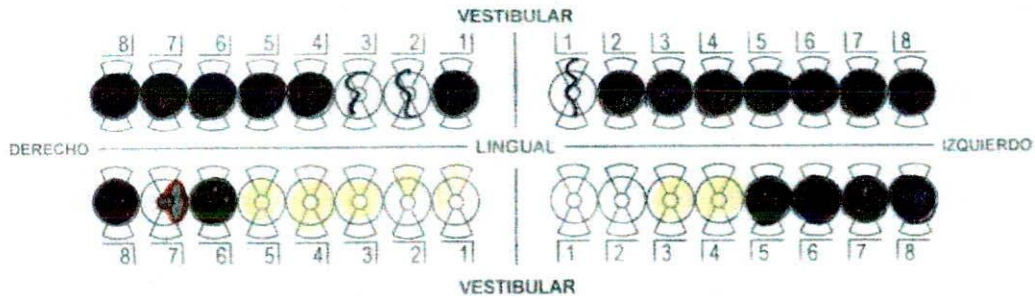
Frenillos: Normal

Paladar duro: Normal

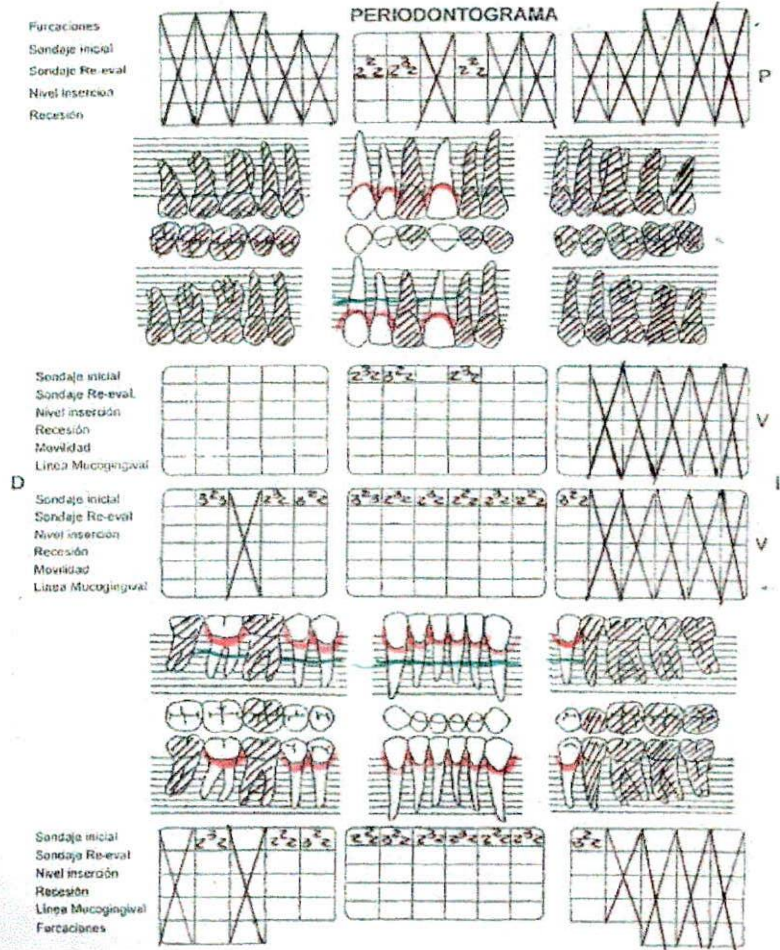
Paladar blando: Normal

EXAMEN CLINICO INTRAORAL

Odontograma



Periodontograma



Encía: Enrojecida, inflamada

Color: Rojo

Margen: Irregular

Consistencia: Firme

Textura: Lisa

Contorno: Irregular

Papilas: Inflamadas

Cálculos: No presenta

Sangrado: No presenta.

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICOS GENERALES: Paciente presenta hipertensión arterial e hipotiroidismo.

DIAGNOSTICOS CRANEOMANDIBULARES: Paciente sano.

DIAGNOSTICOS DE TEJIDOS OSEOS Y BLANDOS: Presenta colapso de reborde tipo III en zona superior derecha y colapso de reborde tipo I en zona inferior izquierda.

DIAGNOSTICOS PERIODONTALES: Presenta gingivitis asociada a placa bacteriana generalizada.

DIAGNOSTICOS ENDODONTICOS: Paciente sano.

DIAGNOSTICO DENTAL: Presenta caries recurrente en el 47.

PLAN DE TRATAMIENTO

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

Periodoncia: Instrucción de higiene oral, motivación al paciente, control de placa bacteriana, raspaje y alisado coronal, profilaxis.

Cirugía: Levantamiento del piso del seno maxilar, injerto oseo autólogo.

Endodoncia: No requiere.

Operatoria: No requiere.

Prostodoncia: Implantes a nivel del 14, 16, prótesis parcial fija 14, 16, prótesis parcial fija del 13, 21, implantes a nivel del 23,26, prótesis parcial fija del 23, 26, implante a nivel del 46, corona individual del 46, implante a nivel

del 35, 37 y prótesis parcial fija del 35, 37. Incrustación tipo ONLAY cerámica con recubrimiento cuspeo del 47 OMV.

PLAN DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Periodoncia: Instrucción de higiene oral, motivación al paciente, control de placa bacteriana, raspaje y alisado coronal, profilaxis.

Cirugía: No requiere.

Endodoncia: No requiere.

Operatoria: Amalgama OM del 47.

Prostodoncia: DOMOS de los dientes 13, 12, 21. Sobredentadura superior. Mucosoportada inferior.

PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

Periodoncia: Instrucción de higiene oral, motivación al paciente, control de placa, raspaje y alisado coronal, profilaxis,

Cirugía: No requiere.

Endodoncia: No requiere.

Operatoria: Amalgama om del 47.

Prostodoncia: Prótesis parcial fija del 13 al 21, mucosoportada superior.

La paciente está rehabilitada maxilar inferior, presenta coronas ferulizadas del 33, 34 y 43, 44, 45, con ajustes variosoft para removible.

HIPOTIROIDISMO

Cualquier trastorno funcional o estructural que interfiera con la producción de concentraciones adecuadas de hormonas tiroidea causa hipotiroidismo. El hipotiroidismo primario explica la mayor parte de los casos de hipotiroidismos. Las causas más comunes incluyen ablación de la tiroides por intervención quirúrgica o radioterapia, tiroiditis de hashimoto e hipotiroidismo idiopático primario.

Las manifestaciones clínicas del hipotiroidismo comprenden: cretinismo y mixedema. Cretinismo se refiere al hipotiroidismo que se observa en la lactancia o durante la primera infancia. Esta enfermedad era bastante común en las regiones del mundo en donde la deficiencia de yodo en la dieta es endémica, incluso en los himalayas, la china continental, África y otras regiones montañosas. En raras ocasiones el cretinismo puede ser resultado de errores congénitos del metabolismo que interfiere con la biosíntesis de concentraciones normales de hormona tiroidea (cretinismo esporádico).

Las características clínicas del cretinismo comprenden desarrollo deficiente del sistema esquelético y el sistema nervioso central con retraso mental graves, estatura baja, rasgos faciales burdos, protrusión de la lengua hacia fuera de la boca y hernia umbilical.

El hipotiroidismo que se presenta en niños de mayor edad y en adultos produce una enfermedad conocida como mixedema o enfermedad de Gull. Las manifestaciones de mixedema incluyen apatía generalizada y lentitud mental que puede simular depresión en las primeras etapas de la enfermedad. Los pacientes con mixedema son indiferentes, intolerantes al frío y a menudo obesos. En piel, tejido subcutáneo se acumula edema rico en mucopolisacáridos, con los rasgos faciales anchos y toscos resultantes, crecimiento de la lengua y voz de tono grave. La motilidad del intestino disminuye y ocasiona estreñimiento. Son comunes los derrames pericárdicos; en las últimas etapas el corazón está crecido y puede sobrevenir insuficiencia cardíaca.

La valoración de laboratorio desempeña una función vital en el diagnóstico de presunto hipotiroidismo debido a la naturaleza inespecífica de los síntomas. El ensayo de la concentración sérica de TSH es la prueba de detección más sensible para esta enfermedad.

HIPERTENSIÓN

La elevación de la presión arterial es un problema de salud común y temible. Es un factor de riesgo importante en la enfermedad coronaria y en los accidentes cerebrovasculares; también puede producir insuficiencia cardíaca congestiva, disección de la aorta e insuficiencia renal. En general se considera hipertensión una presión diastólica constante mayor de 90 mmHg o una presión sistólica sostenida mayor de 140 mmHg. Con base en estos criterios los programas de detección revelan que el 25% de la población general es hipertensa. La prevalencia aumenta con la edad. Las personas de raza negra se afectan con frecuencia casi dos veces mayor en comparación con los de raza blanca y al parecer son más vulnerables a las complicaciones de la hipertensión.

Casi 90 a 95% de los casos de hipertensión es ideopático y en apariencia primario (hipertensión esencial). La mayor parte del restante 5 a 10% es secundaria a enfermedad renal o, con menor frecuencia, a estrechamiento de la arteria renal casi siempre por placa ateromatosa (hipertensión renovascular). Con poca frecuencia la hipertensión secundaria se debe a trastornos suprarrenales como aldosteronismo primario, síndrome de Cushing y Feocromositoma, enfermedades neurológicas y otros trastornos.

Tanto la hipertensión esencial como la secundaria pueden ser malignas o benignas, según su evolución clínica. En la mayor parte de los casos la hipertensión se mantiene a un nivel moderado y bastante estable con el paso de los años, hasta decenios y aminoros que sobrevenga un infarto al miocardio, o accidente vascular cerebral, es compatible con una vida prolongada. Esta forma de la enfermedad se denomina hipertensión benigna. En cerca de 5% de los hipertensos la presión arteria se eleva con rapidez y sin tratamiento causa la muerte en uno o dos años. A esta se le llama hipertensión maligna o acelerada. El síndrome clínico completo de hipertensión maligna incluye hipertensión grave (presión diastólica mayor de 120mmHg), insuficiencia renal y hemorragia retinal y exudado, con o sin edema papilar. Esta forma de hipertensión puede presentarse en personas previamente normotensas, pero con mayor frecuencia se superpone a una hipertensión benigna anterior sea esencial o secundaria.

CARIES RECURRENTE

La caries dental es una enfermedad infecciosa progresiva que ataca los tejidos duros del diente, los factores predisponentes son: individuos susceptibles a desarrollar la enfermedad el medio ambiente (cavidad oral) agente etiológico (bacterias y microorganismos).

La actividad cariogena se puede anticipar si varios de los factores contribuyentes se refuerzan entre si. La pieza dental debe ser susceptible o carecer de defensas adecuadas contra dicho fenómeno, los microorganismos cariógenos deben estar presentes y contar con sustancias adecuadas para su nutrición. Otro factor mas es el tiempo o momento en el cual ocurre, con periodos máximos en la niñez o entre los 16 y los 20 años.

Cuando la lesión cariosa comienza en el esmalte, evoluciona con lentitud y puede transcurrir 3 años para que la destrucción de la pieza llegue al dentón. Puede observarse una mancha blanca que denota descalcificación del esmalte y en la evolución normal de la caries se necesitaría que transcurra 18 a 24 meses para que se demuestre una cavidad. Al evolucionar el proceso carioso surgen espacios en la estructura cristalina y al perder su morfología permitirá la penetración incesante de los microorganismos cariógenos.

La caries recurrente puede presentarse debajo o alrededor de restauraciones que se encuentran desadaptadas o fracturadas.

FACETAS DE DESGASTE

Los agentes abrasivos pueden causar destrucción en diversos sitios. El desgaste en los extremos de los dientes resulta por frotamiento mutuo o por masticación de alimentos "abrasivos".

La abrasión provocada por hábitos inadecuados de cepillado dental se observa en forma de muescas en las caras de las superficies cervicales.

El bruxismo es una causa frecuente de desgaste patológico en la sociedad actual. Las anomalías oclusales, aunadas a la tensión nerviosa hacen que el paciente friccione sus dientes. Después de un periodo de meses o años el esmalte oclusal se desgasta, dejando expuesta la dentina subyacente mas blanda. Y en casos más severos pueden llegar a la cavidad pulpar.

GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA

La gingivitis relacionada con la formación de placa dental es la forma mas frecuente de enfermedad gingival.

La gingivitis se caracterizaba antes por la presencia de signos clínicos de inflamación confinados a la encía y en relación con dientes que no presentan pérdida de inserción. Así mismo que observo que la gingivitis afecta la encía de dientes con periodontitis que perdieron inserción con anterioridad pero que recibieron tratamiento periodontal para estabilizar la pérdida de inserción.

En estos caso s tratados la inflación gingival inducida por placa puede recidivar pero sin manifestaciones de que la perdida de inserción prosiga. A la luz de estas evidencias se llego a la conclusión de que la gingivitis inducida por placa puede aparecer en un periodonto sin perdida de inserción previa o en uno con perdida de inserción previa pero estabilizada y que no avanza. Esto implica que la gingivitis puede ser el diagnostico de tejidos gingivales inflamados entorno a un diente que no sufrió perdida de inserción con anterioridad o a uno que perdió inserción y hueso pero que en la actualidad no pierde inserción o hueso aunque se observe inflamación gingival.

ELEVACIÓN DEL PISO DEL SENO MAXILAR

Es aquella técnica quirúrgica por la que se eleva el suelo del seno maxilar con el fin de poder conseguir una buena base ósea y poder colocar en ella implantes osteointegrados.

TECNICA

Una buena historia clínica y una exploración bucofacial y radiológica minuciosa son indispensables antes de indicar esta técnica previa a la colocación de los implantes. En una fase inicial se labra el espacio levantando el suelo sinusal para después colocar en él material autólogo o no. Esta técnica tiene buenos resultados utilizando hueso autólogo del propio paciente extraído habitualmente de la cadera. En la segunda fase se sitúa la colocación del o de los implantes, siguiendo la pauta habitual.

INJERTO OSEO

El injerto óseo es un procedimiento quirúrgico que permite reemplazar el hueso perdido o deficiente con un material sustituto (injerto de hueso). El material a injertar puede provenir de diversas fuentes:

-Puede obtenerse del mismo individuo, de otro hueso diferente al que se va a injertar (cadera, costilla, etc.) o del mismo hueso maxilar pero de una zona diferente. **Injerto autógeno o autólogo.**

-Injerto obtenido de un individuo de la misma especie pero no genéticamente relacionados con el receptor, que ha sido procesado para poder utilizarse. **Injerto homólogo o aloinjerto.**

-Injerto obtenido de otra especie diferente de la humana (bovino, etc.)

Injerto heterólogo o xenoinjerto.

- Otros materiales inorgánicos, minerales o sintéticos.

SOBREDENTADURA

Principios de las sobredentaduras

- Reducción del diente que se conserva para conseguir una relación corona-raíz lo más favorable posible.
- Las raíces que quedan se usan para disminuir el movimiento vertical de la prótesis.
- La dentadura se construye de manera que durante su función normal sea soportada solo parcialmente por los tejidos blandos.

Si además se utiliza algún sistema retentivo, su característica debe ser proporcionar retención, no trasladar a estas raíces las fuerzas laterales que se generen.

Ventajas de la conservación de remanentes dentarios en el reborde alveolar residual

1. *Biológicas.*

1.1 Mantenimiento de la altura del hueso alveolar.

Diversos estudios señalan que la reabsorción ósea es acentuada durante los primeros años, luego de extraídas las piezas dentarias, y afirman que la reabsorción en la mandíbula es 4 veces mayor que en el maxilar.^{4,11,12} Otros estudios¹³ demostraron que las sobredentaduras disminuyen en el 50 % la reabsorción ósea durante el primer año luego de las extracciones. Por otra parte, se comparó la pérdida ósea entre pacientes con prótesis convencionales y sobredentaduras. Por ejemplo, en pacientes con prótesis total superior y sobredentadura inferior, al cabo de 5 años, la mandíbula se había reabsorbido 0,6 mm y el maxilar 1,8 mm.¹¹ Las raíces que se conservan mantienen a su vez el hueso a su alrededor, y si hay varias, también puede permanecer sin reabsorberse el hueso situado entre ellas.^{11, 14}

1.2 Conservación de la propiocepción periodontal.

La mucosa oral sobre la que se apoyan las dentaduras completas tiene mucha menos sensibilidad a las fuerzas oclusales que las terminaciones nerviosas (mecanorreceptores) del ligamento periodontal de los dientes naturales. Por este motivo, al conservar las raíces, sobre todo la de los caninos, que es la pieza con mayor representación neuronal en el SNC, se observan las ventajas siguientes: se regular con más eficacia la fuerza masticatoria, se diferencian cambios de presión más pequeños y aumenta la eficacia masticatoria muscular.^{8,11,15} Las terminaciones nerviosas propioceptivas actúan de señal de alarma ante las sobrecargas, y así evitan la reabsorción ósea.¹⁶

2. Funcionales.

2.1 Mejor coordinación neuromuscular (por tener mejor información propioceptiva).

2.2 Mejor distribución de las fuerzas funcionales y parafuncionales.

2.3 Mejor reparto de fuerzas entre diente y tejido blando.

En los pacientes con una prótesis parcial removible inferior, que solo conservan los dientes anteriores (clase I de Kennedy), es importante conservar raíces en la zona anterior de maxila para soportar una sobredentadura, y así evitar la secuela de la reabsorción del proceso alveolar en esta región debido al síndrome de hiperfunción anterior.¹¹

2.4 Mejor estabilidad oclusal.

2.5 Mejora la fonación.

3. Protéticas.

3.1 Posibilidad de usar conectores mayores de tamaño más reducido.

3.2 Mejor retención, estabilidad y soporte.

La presencia de raíces mejora el soporte en forma directa, pues se comportan como verdaderos pilares sobre los que asienta la prótesis, pero también en forma indirecta disminuyendo la tasa de reabsorción alveolar. Además las piezas conservadas pueden ser utilizadas como medio de retención mejorando esa propiedad de la prótesis y con ello la estabilidad. Esta ventaja es quizás, la más llamativa y "espectacular" para los pacientes, pues generan mayor *confort* en el uso de las prótesis. La obtención de mayor retención es, en esencia, el objetivo principal que persiguen los estomatólogos, ya que con ello mejoran notablemente la estabilidad protética.^{10,11,17,18}

3.3 Registros más exactos.

Es más fácil el registro de la dimensión vertical y de las relaciones intermaxilares horizontales. Si aún queda algún diente natural antes de tallarlo para la sobredentadura, proporciona datos como la posición de los dientes en la arcada, su forma, tamaño, color y ayuda a mantener la dimensión natural en la prótesis nueva.^{5,8,11}

3.4 Mejores esquemas oclusales.

3.5 Mejoras estéticas según el caso.

3.6 Mejor necesidad de ajuste de la prótesis (el paciente se adapta mejor).

3.7 Fácil modificación a una PT pura.

3.8 Entrenamiento para PT.

Aunque se prevea que las raíces que se mantienen como pilares de la sobredentadura van a durar poco tiempo, su mejor soporte, retención y estabilidad, pueden ser suficiente motivo para que el paciente se acostumbre a llevar esta prótesis y, cuando pierda las raíces, con muy pocas modificaciones, la misma sobredentadura podrá convertirse en una completa normal.^{6,7,9,10,15-17}

Desventajas

- Requieren mayor cuidado en la higiene por parte del portador.
- Es más abultada en la zona que recubre las raíces remanentes, pues allí no ha habido reabsorción alveolar (sobrecontorno).
- Requiere mayor coordinación entre dentista y laboratorio.
- Es de mayor costo económico, debido a tratamientos previos y aditamentos que se puedan usar.

Selección de las raíces

Morfología del diente, posición en la arcada y número de dientes pilares:

El número ideal de pilares en cada arcada es de 4.

En maxilar: 2 caninos y 2 segundos premolares. Podemos usar los incisivos centrales.

En mandíbula: 2 caninos y 2 segundos premolares. Es muy positivo conservar alguna raíz de molares y a veces incisivos.

Los caninos son los pilares más usados porque biológicamente son los que tienen las raíces más largas, y por lo tanto, más terminaciones nerviosas, por su posición estratégica y porque suelen ser los últimos que se pierden.

Soporte alveolar:

Debe explorarse clínica y radiográficamente, comprobar movilidad y si hay un movimiento de 2 mm o más, no deberá escogerse como pilar. Se puede decir que para considerar una raíz válida para este tipo de prótesis, el mínimo necesario es de 5 a 6 mm de altura de hueso.

Inclinación axial:

La inclinación del pilar es importante por 2 razones:

- La carga funcional del aparato se transmite a la raíz pilar en el sentido de su eje axial, lo cual favorece su mantenimiento.
- La inclinación de la raíz y de la cámara pulpar es importante si vamos a usar algún sistema de atache que necesite preparación intrarradicular, y esta debe ser paralela entre varios pilares.

Consideraciones periodontales:

Para el éxito del tratamiento, el estado periodontal es el eslabón más débil de la cadena. En general, los pilares mandibulares tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades periodontales.⁹ Por ello, estos pacientes deben examinarse cada 6 meses para mejorar la higiene bucal y la de las prótesis, reajustar la base de resina a los pilares y tejidos blandos y realizar tratamiento periodontal a los defectos existentes.

-Conservadora:

Tener en cuenta la propensión a caries del paciente y la posibilidad de restaurar cada una de las raíces pilares.

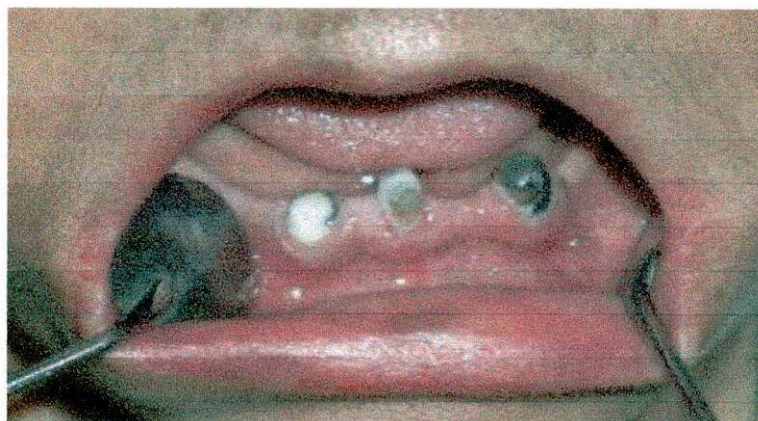
-Endodoncia:

Véase si la raíz escogida permite una buena endodoncia, en el caso de que esté indicada. ^{11,19}

Métodos de tratamiento

Las sobredentaduras pueden realizarse sobre raíces o sobre implantes. Se dividen en 2 grandes grupos:

1. Sin medios retentivos



Caso1. Muñones sin medio retentivo preparados con ionómero de vidrio y amalgama.



IMPLANTES DENTALES

Los dientes son órganos vitales para desarrollar una vida normal. Su función principal es triturar los alimentos para favorecer una correcta digestión. Pero también desempeñan un papel social importante, ya que no sólo son cruciales para la fonación, sino también para una expresión armoniosa de la cara. Una buena dentadura es muchas veces un signo de salud y bienestar.

Los dientes son órganos sin capacidad regenerativa, es decir, cualquier daño que se les infrinja provocará una lesión permanente. Con el paso de los años los dientes sufren un sinnúmero de agresiones, pudiendo llegar a perderse a causa de la caries, problemas de encías, golpes, etc. La pérdida de un solo diente puede ocasionar graves consecuencias estéticas en caso de localizarse en la zona anterior. O bien, la pérdida de varios dientes posteriores (molares), puede desencadenar problemas digestivos o de la articulación temporo-mandibular.

Los implantes dentales pretenden reemplazar de forma natural los dientes perdidos, sin necesidad de dañar los dientes contiguos y de una manera estéticamente armoniosa y funcionalmente cómoda y eficaz.

Un diente natural se compone de 2 partes: raíz y corona.

Los implantes dentales, al igual que los dientes naturales, se componen de 2 partes: una raíz y una corona de porcelana. La raíz está formada por titanio, un material capaz de formar una unión sólida con el hueso por medio de un proceso denominado osteointegración.

El proceso que hace posible la realidad de un implante se conoce como osteointegración. Hace unos 30 años, Branemark observó que al colocar un objeto de titanio dentro de cualquier hueso del cuerpo, éste último y el implante sufrían en unas semanas un proceso de unión tan íntimo que era imposible al cabo de ese tiempo separar el implante del hueso. Es decir, el implante literalmente se "soldaba" al hueso. La osteointegración, por tanto, consiste en la formación de una fuerte unión entre el titanio y el hueso en unas pocas semanas.

Por lo tanto, un implante consiste en una raíz artificial que se ancla en el hueso para proporcionar una base estable sobre la que colocar de forma firme y sólida un diente reemplazado.

Ventajas

1. La materia de los dientes sanos se conserva, no siendo necesario dañar los dientes adyacentes.
2. Ajuste seguro, posibilidad de reemplazar los dientes a medida.
3. Larga vida en cuanto a su duración en la boca.
4. Recuperación de la eficacia masticatoria.
5. Excelente estética, recuperando la expresión facial y fonética.
6. Sensación de recuperación de sus propios dientes
7. Posibilidad de colocar los implantes de forma inmediata, en la misma sesión en la que se extraen los dientes que no sirven.
8. Evita la ya mencionada reabsorción ósea que se produce con el paso de los años.
9. Evitan al paciente la incomodidad de los desajustes y la movilidad de las prótesis convencionales de quitar y poner.

Requerimientos

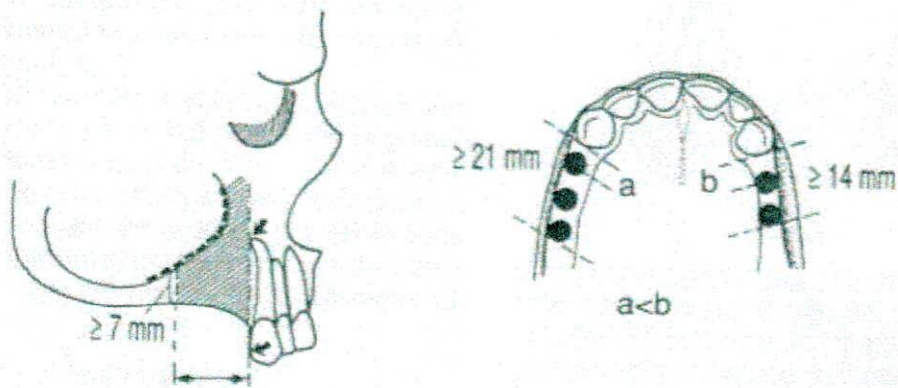
- Existen ciertos requerimientos médicos que tendrá que valorar el profesional antes de indicar un tratamiento con implantes: enfermedades cardiacas, alteraciones de la coagulación, tratamiento previo de radioterapia, etc.

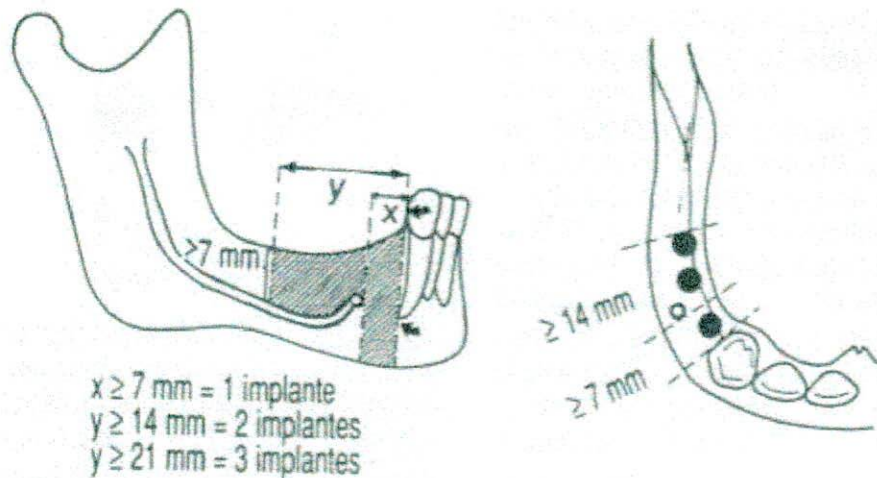
- Es imprescindible que el crecimiento óseo haya concluido, es decir, a partir de los 18 o 20 años hasta pacientes de edad muy avanzada.
- En Desdentados parciales

Clases I y II de Kennedy

1. **En el Maxilar superior:** En los extremos libres uni o bilaterales posteriores se debe tomar en cuenta tanto la altura de hueso disponible (limitada por el piso del seno maxilar), así como la extensión antero posterior en que podemos poner implantes. La altura mínima será de 7mm y de la extensión antero posterior dependerá la cantidad de implantes a colocar, por ejemplo, en extremos libres completos, si la distancia es igual o mayor que 21mm, se colocaran hasta tres implantes como máximo, en extremos más cortos y con una distancia igual o mayor que 14mm se colocarán dos implantes
2. **En el Maxilar inferior:** Se considera también la colocación de hasta tres implantes en extremos libres completos. Aquí es muy importante la localización del agujero mentoniano. Si la distancia X, entre distal del canino y la emergencia del agujero mentoniano es igual o mayor a 7mm, se puede colocar un implante. Pero si además, la distancia Y es de 14mm o más, se colocarán 2 implantes y si esta distancia es mayor aún se colocarán hasta tres implantes. En estos casos la mayor

dificultad para colocar implantes en el sector posterior de la mandíbula radica en la presencia del conducto y nervio dentario inferior (6,7).





- El estado de salud del resto de los dientes ha de ser óptimo, es decir, libre de infecciones como caries o problemas de encías. Por eso, antes de iniciar un tratamiento de implantes es conveniente sanear toda la boca: limpieza bucal, empastes necesarios, etc.

Función de los implantes

El implante dental es una base artificial que reemplaza la raíz del diente natural. El cuerpo o raíz del implante se introduce quirúrgicamente en la mandíbula o en el maxilar mediante un sencillo procedimiento. Al cabo de

unas 6 semanas el implante cicatriza y se suelda al hueso. Tras este tiempo de espera se coloca la corona sobre el implante ya fijado.

En que consiste el tratamiento: Fase quirúrgica, fase protética, fase de mantenimiento

1. Fase quirúrgica: Consiste en la colocación del implante en el hueso. El procedimiento quirúrgico es sencillo. Se realiza una leve incisión en la encía para acceder al hueso, en el cual se labra un nuevo lecho o alvéolo donde se introduce el implante. Finalmente se sutura de nuevo la encía. Se esperará 7-10 días para retirar los puntos.

2. Fase protética: Tras la colocación del implante, éste requiere un período de cicatrización de unas 6 semanas, tiempo tras el cual da comienzo la fase protética o elaboración de la prótesis. Primeramente se toma una medida de la boca del paciente para confeccionar un modelo de trabajo para el laboratorio. El modelo consiste en una perfecta réplica de la boca que reproduce fielmente la posición de los dientes y de los implantes. Después de tomar la medida el laboratorio confeccionará la prótesis sobre el modelo y el dentista la probará al menos 2 veces antes de su colocación definitiva, para asegurar un perfecto ajuste y adaptación a la forma, tamaño y color del resto de los dientes.

3. Fase de mantenimiento: Al igual que los dientes, los implantes exigen un cuidado minucioso diario. Este cuidado será imprescindible para asegurar un buen comportamiento de la prótesis a largo plazo. El dentista será quien deba instruir al paciente, en función del tipo de prótesis.

Período post-operatorio.

Tras la colocación de los implantes, los paciente no suelen referir molestias. En caso de que se presenten, se puede medicar al paciente con analgésicos y antiinflamatorios, que calman la molestia en su totalidad. Tras concluir la cirugía, el paciente ha de colocarse una bolsa de hielo con el fin de evitar la hinchazón. A veces se produce un leve hematoma en la zona, que se soluciona en unos pocos días. El tabaco es un fiero enemigo del tratamiento con implantes, ya que en personas fumadoras, el riesgo de infección de un implante es hasta 16 veces mayor que en personas que no fuman.

En general es un procedimiento sencillo, que no empuja al paciente a pasar por un trauma importante o un período de invalidez. El día después de la cirugía, el paciente ya puede realizar una vida completamente normal, extremando la higiene bucal. La intervención no suele plantear mucha

dificultad, por lo que en la mayoría de las ocasiones las molestias no hacen acto de presencia. 7-10 días después se retiran los puntos

Riesgos

Existen ciertos riesgos en la colocación de un implante que pueden ser fácilmente evitados haciendo un correcto diagnóstico y una minuciosa planificación. Tanto en el maxilar como en la mandíbula existen ciertas estructuras anatómicas que deben evitarse con el fin de evitar molestias al paciente o complicaciones postoperatorias. Una complicación de este tipo no suele ser frecuente, y en caso de suceder, en la mayoría de los casos tiene solución.

Mucha gente cuando acude a la consulta interesada en el tratamiento con implantes nos pregunta sobre el rechazo. Los implantes están formados por titanio, el material más biocompatible que se conoce, es decir, el material artificial que mejor tolera el organismo. No se ha conocido jamás un caso de rechazo o alergia al titanio. Pero puede suceder que en las 2 ó 3 semanas que siguen a la fase quirúrgica el implante se pierda. Esto se debe a una infección del implante, es decir, a la colonización de la superficie del implante por bacterias que impiden su correcta cicatrización. Esto es muy poco frecuente. Nosotros hemos constatado en nuestra clínica que esto sólo

sucede en el 0,01 % de nuestros implantes. En caso de que esto suceda la solución es sencilla, ya que se puede esperar la regeneración de la zona y volver a colocar otro implante 2 ó 3 meses más tarde.

Estética:

El resultado estético de los implantes es asombroso. Es muy difícil, o casi imposible algunas veces, distinguir entre un diente real y un implante.

Función:

El paciente portador de implantes siempre tiene una sensación reconfortante, ya que siente los dientes fijos y seguros, lo cual le da más confianza al reconocer los implantes como sus propios dientes. La eficacia masticatoria, la fonación y la estética son ya una realidad gracias a los implantes dentales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medicina, Ángeles, Prótesis bucal removible Ed. Trillas . México. 1998
2. Mish, Carl Implantologia. Clínica contemporánea. Ed. Mosby/ Doxma, 1995
3. Malla T;E: prótesis parcial removible ; clínica y laboratorio. Primera edición, Ed. Harcout 1998.
4. Guyer, S.E.: Múltiples preparaciones para prótesis parcial fija, J. Prostodoncia dental. 23: 529-553, 1970
5. M. Jhon Novak, Clasificación de las enfermedades y lesiones que afectan el periodonto Cap.4
6. Garnick, J. And Ramford, S.P. Rest position . An elexctromiographic and clinical investigacion . J. Prothet .Dent. Vol. 12 , pg 895, 1962.