



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

.....ceso

.....top. M 173 1987

Compra ☐ Canje ☐ Donación ☐

.....Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

0194

173
1987

~~T.O.~~
~~173~~

20184

"REHABILITACION OCLUSAL CON IMPLANTE ENDOOSEO,
PROTESIS FIJA SUPERIOR Y REMOVIBLE INFERIOR".

JUAN CARLOS GUERRERO DIAB

Monografía de grado presentada como
requisito para optar al título de
Odontólogo.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOGOTA, 1987

8-6-01-100

A G R A D E C I M I E N T O S

Quiero hacer mención muy especial a tres personas que sin su invaluable colaboración no hu - biese sido posible la realización y feliz culminación de este trabajo.

Son ellas: El Doctor LUIS H. PEREZ, Cirujano y Asesor directo, las Doctoras SUSANA GONZALEZ - docente de Clínicas y CARMENZA MACIAS quien tomó las fotos.

A todos ellos mil gracias.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. HISTORIA CLINICA INICIAL	3
1.1 DIAGNOSTICO	3
1.1.1 Datos de identificación del paciente	3
1.1.2 Motivo de consulta	4
1.1.3 Antecedentes de salud general	4
1.1.4 Antecedentes estomatológicos	4
1.1.5 Exámen físico	5
1.1.6 Higiene Oral	5
1.1.7 Tejidos blandos	6
1.1.8 Tejidos duros	6
1.1.9 Examen periodontal	6
1.1.10 Oclusión	6
1.1.11 Historia Psíquica	8
1.1.12 Diagnósticos estomatológicos	8
1.1.13 Plan de tratamiento	8
2. PRIMERA REEVALUACION : X-85	9
2.1 ANAMNESIS	9

	Pág.
2.1.1 Tejidos duros	9
2.2 DIAGNOSTICO X-85	10
2.2.1 Tejidos blandos	10
2.2.2 Periodonto	10
2.2.3 Tejidos duros	10
2.2.4 Endodoncia	10
2.2.5 Oclusión	11
2.3 PLAN DE TRATAMIENTO X-85	11
2.3.1 Periodoncia	11
2.3.2 Endodoncia	11
2.3.3 Cirugía	11
2.3.4 Operatoria plástica	11
2.3.5 Prostodoncia parcial removible superior e infe- rior	11
3. SEGUNDA REEVALUACION : 17-I-86	13
3.1 DIAGNOSTICOS ESTOMATOLOGICOS : I-86	13
3.1.1 Tejidos blandos	13
3.1.2 Periodonto	13
3.1.3 Tejidos duros	13
3.1.4 Endodoncia	13
3.1.5 Oclusión	13
3.2 PLAN DE TRATAMIENTO I-86	14
3.2.1 Periodoncia	14
3.2.2 Endodoncia	14

	Pág.
3.2.3 Operatoria	14
3.2.4 Prostodoncia	14
4. TERCERA REEVALUACION	16
4.1 DIAGNOSTICO I-87	16
4.1.1 Gingivitis marginal leve generalizada	16
4.1.2 Periodontitis leve localizada en 11	16
4.1.3 Pérdida de dientes	16
4.1.4 Atrofia del reborde alveolar	16
4.1.5 Disfusión oclusal patoqénica	16
4.1.6 Atricción oclusal excesiva	16
4.2 PLAN DE TRATAMIENTO I-87	16
4.2.1 Periodoncia	16
4.2.2 Operatoria	17
4.2.3 Cirugía	17
4.2.4 Prostodoncia	17
4.3 PRONOSTICO I-87	17
4.3.1 Relacionados con el pensamiento del paciente .	18
4.3.2 Relacionados con el Estado de salud general...	19
4.3.3 Exámenes practicados previa intervención	19
5. SELECCION DEL IMPLANTE	21
6. TECNICA QUIRURGICA	22
6.1 ETAPA PREOPERATORIA O PREQUIRURGICA	22

	pág.
6.1.1 Resumen de lo enumerado por capítulos.....	22
6.1.2 Premedicación al paciente 3 días antes de la ope ración	23
6.1.3 Temporalización	23
6.2 CIRUGIA PROPIAMENTE DICHA	24
6.2.2 Incisión	25
6.2.3 Elaboración de la cavidad receptora	25
6.4.2 Inclusión y fijación de la cuchilla en la cavi- dad receptora	26
6.2.5 Sutura	27
6.2.6 Rebase de temporalización	27
6.3 ETAPA POST-QUIRURGICA	28
6.3.1 Controles precia a la colocación de la prótesis	28
PRIMER CONTROL	29
SEGUNDO CONTROL	29
TERCER CONTROL	30
7. PROCESAMIENTOS PARA LA ELABORACION DE LA PROTESIS .	31
7.1 IMPRESION DEFINITIVA	31
CUARTO CONTROL	32
7.2 TIPO DE PROTESIS	32
7.3 ENCERADO	33
7.4 REVESTIDO	33
7.5 COLADO	36
7.6 PRUEBA DE ESTRUCTURA	37
QUINTO CONTROL	37
7.7 TOMA DEL COLOR	38

	pág.
7.8 PRUEBA DE LA PORCELANA	38
7.9 GLASEADO Y CEMENTADO TEMPORAL	39
7.10 CEMENTACION DE LA PROTESIS	39
CONCLUSIONES	41
ANEXOS	
ANEXO 1: RESULTADOS DE LOS EXAMENES DE GLICEMIA Y TIEM- PO DE COAGULACION	43
ANEXO 2: RESULTADO DE EXAMENES DE TP Y TPT	44
DIAPPOSITIVAS	45



INTRODUCCION

Con el fin de cumplir con un requisito más para la consecución del título de odontólogo otorgado por el Colegio Odontológico Colombiano, a sus alumnos de último semestre (10), se escogió la realización de esta monografía que lleva por título "REHABILITACION OCLUSAL CON IMPLANTE ENDOOSEO, PROTESIS FIJA SUPERIOR Y REMOVIBLE INFERIOR".

Para este propósito se tomó como tal, el seguimiento del tratamiento que en esta institución se le practicaba a la paciente Beatriz Medina Solórzano matriculada para dichos efectos con la Historia Clínica #084561 diligenciada por primera vez en Agosto 21 de 1985 a manos de otro estudiante.

Conjuntamente al propósito del simple cumplimiento de un requisito, está el del estudiante quien a las puertas del ejercicio particular de su profesión desea ahondar aún más en el campo de las posibilidades existentes como solución a la rehabilitación de cualquier paciente, como quedará claramente demostrado en este y se podrá palpar en forma inicial en el capítulo concerniente a diagnóstico, pronós-

tico y plan de tratamiento. Lo anterior debido a que en los tratamientos, como en todo, según el grado de complejidad - existente y el criterio de cada profesional quien actúa en un caso de acuerdo a su visual particular es como se da conclusión a estos.

Por ello a este caso según el semestre cursado por el estudiante (grado de complejidad) y el mencionado criterio del odontólogo (doncente) a cargo, se elaboraron diferentes planes de tratamiento.

1. HISTORIA CLINICA INICIAL

1.1 DIAGNOSTICO

Como se anotó antes la paciente había recibido tratamiento de manos de otro operador.

Dado que sin embargo estos datos estan consignados en la His
toria Clínica, enumeraremos a continuación los puntos más im
portaⁿtes y los datos anamnésicos que afecten en forma direc
ta la feliz culminación del presente estudio.

Para tal efecto como es de suponer, incluiremos datos de la
primera atención en el C.O.C. y las subsiguientes revalua-
ciones practicadas denominadas de rigor.

Comencemos con la Historia Clínica inicial.

21-08-85

1.1.1 Datos de identificación del paciente:

NOMBRE : BEATRIZ MEDINA SOLORZANO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD : C.C.No. 41.319.628

EDAD : 44 años

ESTADO CIVIL: Soltera

ORIGEN: Medellín (Antioquia)

LUGAR DE RESIDENCIA : Bogotá desde 1975

NIVEL EDUCATIVO: Cuarto de Bachillerato

OCUPACION : Comerciante

1.1.2 Motivo de consulta:

Estética

Función

1.1.3 Antecedentes de salud general:

Vértigo, Lipotmía o desvanecimiento.

Epitoxis

Madre de un hijo (edad 10 años)

1.1.4 Antecedentes estomatológicos:

- Última visita al odontólogo - más de 3 años
- Motivo de esta visita - Urgencia
- Tipo de atención que ha recibido - Operatoria, Cirugía
- No le había tomado radiografías orales
- No es alérgica a la anestesia, ni a cosa alguna.
- Presentó aftas en boca



- Presentó sabor desagradable
- Halitosis
- No había presentado fractura de dientes
- No hemorragias post-operatorias
- Sangraba al cepillarse
- No tenía antecedentes de trismus
- No ha presentado sintomatología de ATM

1.1.5 Exámen físico:

- Presión arterial : 120/80 (Normal)
- Ritmo cardiaco : Rítmico
- Pulso : 80/minuto (Normal)
- Temperatura oral : 37.5°C
- No presentaba adenopatías

1.1.6 Higiene Oral

- Forma de cepillado : Horizontal
- Uso de dentífrico en crema
- Frecuencia de cepillado : 3 veces al día
- No utilizá otras ayudas como palillos, seda dental, hilo común , otros.
- Cambia de cepillo : cada 5 meses

Su índice de higiene oral es de 66%

1.1.7 Tejidos blandos:

Solo se registró la presencia del frenillo labial inferior mal insertado, y aspecto saburral de la lengua. Todo lo demás se halló normal.

1.1.8 Tejidos duros:

- Tipo de dentición : Permanente
- Erupción dental : Normal dentro de los parámetros pre-establecidos para normalidad.
- Tipo de caries: Caries activa aguda

1.1.9 Exámen Periodontal:

Debido a los factores antes mencionados y gracias a un aspecto clínico de rojo intenso, pérdida de capacidad de la encía, cambios en su textura y a la presencia de sangrado al contacto, se llegó a la conclusión de que la paciente tenía una inflamación marginal -moderada-generalizada.

1.1.10 Oclusión:

Relacionado con la oclusión, sólo se halló que gracias a la falta de dientes, a algunas restauraciones defectuosas

y a la pérdida de la dimensión vertical; la paciente no presentaba ninguna alteración de extrema gravedad y que por este hecho requiere de algún tratamiento especializado y complicado.

- Trayectoria de apertura y cierre: Desviación izquierda en apertura . Cierre sin desviación.

- Grado de apertura bucal: 50 mm.

Con tracción : 53 mm.

- Ruidos articulares: ninguno

- Contacto en relación céntrica: Entre 25 y 34 con despla_zamiento antero-lateral.

- Palpación muscular: asintomática.

- Pulpación ATM: asintomática

- Dimensión vertical postural : 50 mm

Dimensión vertical oclusal: 49½ mm

- Espacio libre anterior : 0.5 mm

Espacio libre posterior : sí

- Relación céntrica y oclusión máxima: No coinciden

- Facetas de desgaste : generalizadas

- Distancia intercondilar: mediana

- Clasificación de angle. No aplicable.

1.1.11 Historia Psíquica:

Pasivo dependiente- No requiere interconsulta psicológica

1.1.12 Diagnósticos estomatológicos: 21-08-85

Tejidos blandos : Inserción anormal del frenillo labial inferior.

Periodonto: No aparece diagnóstico.

Tejidos duros: caries activa aguda.

1.1.13 Plan de tratamiento:

1- Fase II Periodoncia

2- Operatoria

3- Prostodoncia : Removible superior

Removible inferior

NOTA (1): Posterior a la elaboración de la historia clínica por parte del otro operador o del operador inicial, la paciente llegó al piso 7o. de las clínicas del C.O.C. con pulpitis aguda en el 17 y fue entonces allí donde comenzó a ser atendida por el autor de este trabajo.

Iniciando como es de suponer por la realización de una reevaluación.

2. PRIMERA REVALUACION : X -85

Es de destacar que al reevaluar al paciente a tan solo 2 meses de su primera elaboración de historia clínica, este operador encontró variaciones en algunos rubros de la historia que serán los que anotaremos a continuación:

2.1 ANAMNESIS

Según el relato del paciente, ya para esta fecha no presentaba ni la menor sintomatología en lo referente a epitaxis, ni a vértigo o lipotimia, puntos anotados en la interrogación anterior.

2.1.1 Tejidos duros :

_ El 26 presentaba vitalidad negativa y tal grado de caries que se indicó su extracción.

- Referente al 37 su vitalidad era de igual manera negativa y su extracción fue indicada pues se encontraba en condición de raíz abandonada y su rehabilitación era imposible.

NOTA (2) : No se hacen más anotaciones, pues se obvia que el resto de datos coinciden con los iniciales.

2.2 DIAGNOSTICO X-85 :

2.2.1 Tejidos blandos:

- Frenillo labial inferior anormal
- Lengua de aspecto saburral

2.2.2 Periodonto :

- Gingivitis marginal moderada generalizada.

2.2.3 Tejidos duros :

Caries activa aguda

Caries detenida crónica

2.2.4 Endodoncia:

- Pulpitis aguda del 27
- Necrosis pulpar del 37
- Necrosis pulpar del 26
- Lesión apical crónica del 26 (absceso)

2.2.5 Oclusión :

- Pérdida de dientes
- Disfunción oclusal puro

2.3 PLAN DE TRATAMIENTO X-85

2.3.1 Periodoncia :

- Fase II o higiénica
- Control personal de placa
- Enseñanza de cepillado
- Motivación del paciente
- Raspaje y alisado radicular

2.3.2 Endodoncia: Tratamiento convencional de conductos en 17

2.3.3 Cirugía : Endodoncia método cerrado del 37 y 26.

2.3.4 Operatoria plástica :

- Amalgamas , 18,17,25 y 28
- Resinas , 11,21,22,23

2.3.5 Prostodoncia parcial removible superior e inferior.

- Endodoncia del 17
- Endodoncia en el 22 (Cambio en el plan de tratamiento)
- Operatoria : Resinas : 21, 22, 23, 11
Amalgamas : 25, 28, 17
- Cirugía : Exodoncias de 26, 37

3. SEGUNDA REEVALUACION : 17-I-86

Para esta reevaluación solo comentaremos los puntos relacionados con diagnósticos estomatológicos y plan de tratamiento y veremos cambios notables y solución conceptual referente a cuáles son los procedimientos adecuados a seguir según nivel de complejidad y criterio clínico.

3.1 DIAGNOSTICO ESTOMATOLOGICOS : I-86

3.1.1 Tejidos blandos: Sanos

3.1.2 Periodonto :

- Periodontitis leve localizada en el 11
- Gingivitis marginal moderada generalizada

3.1.3 Tejidos duros : Caries activa aguda

3.1.4 Endodoncia : Necrosis pulpar en 23.

3.1.5 Oclusión : Difusión oclusal patogénica

3.2 PLAN DE TRATAMIENTO I-86

3.2.1 Periodoncia:

- Fase II higiénica
- Control personal de placa
- Raspaje y alisado radicular
- Enseñanza de cepillado

3.2.2 Endodoncia : Tratamiento convencional de conductos del 23.

3.2.3 Operatoria : Amalgama del 34.

3.2.4 Prostodoncia :

- Núcleos : Monoradicular 22 y 23
Compuesto 17
- Coronas : Completa combinada : 22, 23 y 17
- Removible: superior e inferior

NOTA (4) : Durante este período sólo se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Operatoria : Amalgamas 34 y 45 (Cambio en plan de tratamiento).
- Prostodoncia : Núcleos en 17, 22 y 23

- Cirugía : Cirugía endodóntica en 22 con cementación del nú
cleo durante la misma.

NOTA (5): Durante el período correspondiente al segundo semestre del año 86 comprendido entre Agosto y Diciembre el pa
ciente perdió contacto con el operador, motivo por el cual
el tratamiento programado quedó inconcluso.

4. TERCERA REEVALUACION : I-87

Comenzando el año de 1987 el paciente reanudó contacto con el operador y por ende su tratamiento.

Aquí veremos claramente lo mencionado en la introducción referente a conceptos y visuales para elaboración de planes de tratamiento de acuerdo a la intervención de terceros (especialistas) ya en calidad de asesores.

4.1 DIAGNOSTICO I-87

4.1.1 Gingivitis marginal leve generalizada

4.1.2 Periodontitis leve localizada en 11

4.1.3 Pérdida de dientes

4.1.4 Atrofia del reborde alveolar

4.1.5 Disfusión oclusal patogénica

4.1.6 Atricción oclusal excesiva

4.2 PLAN DE TRATAMIENTO I-87

4.2.1 Periodoncia:



- Fase II higiénica
- Control personal de placa
- Educación y motivación

4.2.2 Operatoria:

- Amalgamas : 44, 45 y 18
- Resinas : 21

4.2.3 Cirugía :

Implante dental endoóseo de la región premolar derecha .

4.2.4 Prostodoncia :

- Removable inferior
- Prótesis total fija superior
- Corona o cufia de transferencia en núcleo del implante

4.3 PRONOSTICO I-87

El pronóstico generalmente conclusiones previas que el profesional hace de acuerdo a las condiciones existentes en el paciente y directamente relacionadas con el plan de tratamiento indicado para cada caso en particular es de los -

puntos más difíciles cuando de implantes se trata. Pues aquí no basta con la formulación de exámenes que nos den un claro panorama de la permisibilidad y aceptación del implante en cavidad oral, sino que influyen otros factores que unidos a los anteriores nos pueden indicar que podrán pasar posterior a la cirugía.

Todo lo anterior para hacer énfasis en algo vital que el odontólogo implantólogo no puede desconocer, que es el hecho de estar colocando un cuerpo extraño en contacto directo y más aún, en forma permanente con los tejidos vivos y aunque este cuerpo tenga características de biocompatibilidad, el comportamiento del organismo al respecto nunca podrá ser predecido con exactitud. Sin embargo existen ciertos parámetros que teniéndolos en cuenta nos podrán indicar que posibilidades de éxito tendremos .

4.3.1 Relacionados con el pensamiento del paciente:

- Confianza depositada en el profesional

Factor de incalculable importancia por cuanto el paciente debe creer completamente en lo que este le comete.

- Deseo intenso del tratamiento.

Todo los autores hacen mención a que si el paciente duda

respecto al éxito del tratamiento y su deseo es apenas leve, esto tiene incidencia en este. Ellos no lo explican, pero - de todos modos es un punto a tener en cuenta.

4.3.2 Relacionados con el Estado de salud general :

Cualquier enfermedad de tipo sistémico tiene repercusiones graves en un paciente que será restaurado o intervenido con implantes . Teniendo relación directa con la aceptación del implante por el organismo.

- Diabetes
- Discracias sanguíneas: Lupus, hemofilia, otras.
- Alteraciones metabólicas
- Alteraciones óseas, etc.

4.3.3 Exámenes practicados previa intervención

Radiografías : Perfil

Panorámica

Periapical de la zona

Oclusal

Todas estas radiografías con el fin de establecer grosor , ancho y clase de hueso para con ella definir que tipo de implante será empleado.

También para hacer una relación de las distancias existentes, entre el hueso y las estructura subyacentes tales como senos, fosas nasales, agujero infraorbitario y otros.

- Tiempo de protrombina
- Tiempo de tromboplastina
- Glicemia
- Tiempo de coagulación

Estos son datos importantes para saber en que estado se encuentran las células sanguíneas, sus factores en algunos casos y sus funciones.

NOTA (6): Los resultados de estos exámenes están consignados en los anexos correspondientes a este trabajo con sus respectivos fotocopias donde se podrán observar las óptimas condiciones de salud tanto oral como general que presentaba el paciente para recibir el tratamiento.

5. SELECCION DEL IMPLANTE

La recolección y análisis de los datos referentes a los exámenes anteriormente practicados, nos dieron los parámetros para elegir el tipo de implante más conveniente en este caso.

En esta ocasión se seleccionó un implante endoóseo, tipo cuchilla de un sólo núcleo y se determinó por los mismos medios su colocación en la región premolar superior derecha, por ser el punto más equidistante entre los dos pilares contiguos tanto hacia distal como hacia mesial.

Se escogió cuchilla dadas las conclusiones óseas óptimas existentes.

Para la obtención del implante se recurrió a la asesoría de los Doctores LUIS PEREZ y NOE VASQUEZ. El primero, cirujano que intervino en el caso y el segundo, fabricante de las cuchillas quienes sugirieron la VD 5 de la guía VAS -DENT.

6. TECNICA QUIRURGICA

Teniendo en cuenta que la técnica quirúrgica empleada en una cirugía de implante intra-óseo se puede encontrar con facilidad en cualquier texto guía, no es de nuestro interés reproducirla al pie de la letra; lo que sí es de importancia tanto para el autor como para el futuro lector de este, es cómo se llevó a cabo esta técnica y que variaciones se efectuaron durante la misma.

Lo anterior siendo conscientes de que la teoría siempre está susceptible de cambiarse de acuerdo a las condiciones individuales de cada caso.

6.1 ETAPA PREOPERATORIA O PREQUIRURGICA

Durante esta etapa se trata de preparar al paciente, para que una vez llegado el momento de la intervención esté en óptimas condiciones y así evitar complicaciones .

6.1.1 Lo primero ya lo hicimos y enumeramos en capítulos anteriores cuando por intermedio de diferentes exámenes com

probamos que el paciente era apto para la cirugía.

6.1.2 Continuando con esto tres días antes de la cirugía premedicamos al paciente con un antibiótico en forma profiláctica para evitar cualquier infección post-operatoria. En este caso se hizo con Pen Vee K suministrando 500 mg cada 6 - horas durante tres días.

6.1.3 Temporalización.

Se ha dedicado un numeral específico para la temporalización debido únicamente a su importancia en el éxito post-operatorio debido a que este éxito está dado por la feruliza - ción que reciba y lógicamente lo obtendremos con una temporalización que posea las siguientes características:

- En acrílico termocurable que es de mayor resistencia que el de Autocurado.
- Adaptación impecable.
- No debe permitir ni el más mínimo movimiento, porque esto repercutiría en el implante.
- Alivio máximo de la oclusión por igual razón.
- Debe permitir el mayor acceso posible de los instrumentos de higiene oral que serán enseñados a manejar correctamente por el profesional, dichos instrumentos no son del conocimiento del paciente común, pues su uso está limitado a

pacientes con prótesis fija o con ortodoncia; estos son el cepillo prosabrush y los enhebradores de seda dental.

En este caso se elaboraron tallas en el 17 y 11 , estas tallas para coronas completas con terminación en hombro bicelado de tal forma que la temporalización se extendiera de uno a otro pilar tallado.

Una vez saturado el colgajo del implante se procedió a seccionar la temporalización justo donde quedaba el núcleo de este y se rebasó adaptando completamente y puliendo sus excesos para evitar problemas de oclusión, retención de alimenentos que pueden intervenir con un buen post-operatorio y en el éxito del implante en sí.

- Estando ya con el paciente en el sillón odontológico se procede a la colocación de los campos quirúrgicos alistando a su vez el instrumental en la mesa de mayo para así proceder con la cirugía propiamente dicha.

6.2 CIRUGIA PROPIAMENTE DICHA

6.2.1 Anestesia: Como se trata del maxilar superior iniciamos esta tarea utilizando xilocayna en cárpules pero con agua corta , lo haremos aplicando en forma infiltrativa a ni-

vel del vestíbulo para abarcar la zona premolar; se refuerza a nivel del infraarbitrario, igualmente lo haremos en el agujero palatino posterior.

6.2.2 Incisión:

Esta parte se realizó en dos tiempos. Primero incidimos en forma lineal a nivel del reborde, dos centímetros hacia distal y mesial del punto donde quedará definitivamente el núcleo del implante. Una vez terminada esta operación se procede a la hechura de 2 incisiones relajantes en cada uno de los extremos de la lineal. Esto puede hacerse con una cuchilla número 15. Obtendremos entonces un colgajo formado por una incisión lineal y dos relajantes que será levantado mucoperióticamente con un periostótomo o levantador de peristio para de esta forma descubrir el hueso y que quede completamente denudado y permitir la visión completa para el siguiente paso que es la elaboración de la cavidad receptora.

6.2.3 Elaboración de la cavidad receptora:

Con la superposición de la cuchilla a nivel de donde irá definitivamente y previa medición de este, se procederá a la confección de la cavidad receptora. Esta operación se logra mediante el uso de una fresa de titanio especial y de alta

velocidad con irrigación abundante y permanente para evitar necrosis por fricción, fenómeno presentado cuando no se irriga cualquier tejido vivo.

La profundidad de esta cavidad está dada por la hechura de una medición previa como se hizo anteriormente para el largo .

Es obvio que se deben tener en cuenta las estructuras anatómicas, esto se hará mediante la continua observación de las radiografías panorámica, de perfil y periapical y a su vez haciendo comparaciones de tamaño aproximados del tamaño de la cuchilla y las radiografías.

6.4.2 Inclusión y fijación de la cuchilla en la cavidad receptora:

Mediante el uso de los instrumentos de inserción que son similares a un escoplo o cinsel se coloca la cuchilla en el inciso de la cavidad receptora con previa orientación del núcleo paralelo a los demás dientes y a la dirección de la arcada y una vez allí se introduce mediante martilleo firme pero lento haciendo las mismas comparaciones radiográficas que se hicieron para la elaboración de la cavidad. Este proceso se debe hacer cuantas veces se requiera hasta

lograr que exista un paralelismo relativo.

Luego se procede a la introducción del synthograft, que es el hueso sintético no reabsorbible, y se fija la cuchilla, en forma definitiva con un martilleo un poco más fuerte.

6.2.5 Sutura

Antes de suturar se procede a cortar la encía a nivel del núcleo mediante el uso de un sacabocado quirúrgico especial para redondearla.

Una vez lista la encía continuamos con la elaboración de - puntos simples a lo largo de toda la incisión tanto en su parte lineal como liberadora.

Para mayor comodidad del paciente, se puede colocar un apósito de cemento quirúrgico.

6.2.6 Rebase de temporalización.

Para efectos de ferulización tomamos la temporalización previamente confeccionada y de la cual hablamos en la parte prequirúrgica y se rebosa dando la forma anatómica del núcleo recién implantado procurando una superficie sin excesos que

permitan la irritación mucosa, ni la retención de alimentos. Se pule perfectamente aliviando la oclusión y se cementa - temporalmente con temp-bond o hidróxido de calcio en presen tación comercial.

6.3 ETAPA POS-QUIRURGICA

- Se recomienda al paciente descanso absoluto por ese día y el siguiente.
- Dieta blanda
- Higiene perfecta
- Premedicación: Analgésicos (Dolex o aspirian)
Antiinflamatorios (Niflamin)
Antibióticos (Pen Vee K)

6.3.1 Controles precios a la colocación de la prótesis:

Desde el momento de la terminación de la cirugía el paciente entró en control. Estos consisten en la revisión constante de si hay o no movilidad en la temporalización, radiográfi ca periopical de la zona para observar cambios relacionados con acatrización y neoformación.

Durante estos controles se observó que el implante podía presentar como sucedió, una pequeña movilidad en sentido ves

tibulopalatino contraria al sentido mesodistal donde no se debió presentar movilidad alguna, sino por el contrario , una rigidez total, esta situación se extendería a lo largo de seis semanas aproximadamente.

- PRIMER CONTROL :

Se llevó a cabo a la primera semana de realizada la cirugía observando lo siguiente:

- . Que el paciente no presentaba ningún tipo de inflamación facial, ni de la región intervenida.
- . Relató que no tuvo molestias dolorosas post-operatorias.
- . El implante presentaba movilidad de 1.5mm en sentido ves tibulo-lingual mientras no se registró movimiento alguno en sentido meso-distal.
- . El aseo se realizó de manera aceptable.
- . Control radiográfico sin alteración.

- SEGUNDO CONTROL:

Se realizó en la tercera semana donde se observó lo siguiente:

- . No presentaba igual que antes, ninguna sintomatología dolorosa .
- . La movilidad en sentido vestibulo-palatino aumentó a 2 mm y enseguida se consultó con el especialista por la causa y se

concluyó que esto era causado por quitar y poner la temporalización cuando se realizaban cada una de las tallas . Se recomendó tener más cuidado cuando se realizaran estas maniobras.

- TERCER CONTROL;

Se realizó en la quinta semana y se observó que :

- . El implante disminuyó su movilidad a 1.5mm y al parecer seguiría en esta tónica de fortalecerse.
- . Ligera retracción gingival causada por una pequeña desadaptación de la temporalización.
- . Presencia de un absceso que resultó ser de origen periodontal a nivel del 17.
- . Se drenó por el surco y se recomendó el uso de antibiótico para acelerar el proceso curativo.



7.PROCESAMIENTOS PARA LA ELABORACION DE LA PROTESIS

7.1 IMPRESION DEFINITIVA

Como es lógico se elaboraron tallas en todos los dientes presentes en el maxilar superior puesto que el diseño de la prótesis es en herradura y se extendió de 18 a 27. Para llegar a este punto debimos esperar de 6 a 8 semanas de controles continuos hasta comprobar que no había presencia de rechazo por parte del organismo.

Para tal efecto se diseñó y confeccionó una cubeta individual en acrílico de autopolimerización con un topo anterior y dos posteriores. Se procedió a la colocación del adhesivo posterior al pulido de la misma.

El procedimiento para retirar la temporalización correspondiente al implante se llevó a cabo mediante la sección de este pedazo con fresa y no con bajapuentes como normalmente sucede, para evitar el aflojamiento del implante. Luego de culminada esta operación se procedió a la inserción del hilo retractor impregnado con adrenalina en los surcos de to-

das las tallas, incluído el núcleo del implante y utilizando la técnica de la doble mezcla pero con la variante de que sólo se empleó mercaptano de cuerpo liviano. También con el fin de evitar el resentimiento del implante. Se tomó la impresión definitiva de todo el maxilar superior. Conjuntamente con esta operación se tomó una impresión en alginato del maxilar inferior para la elaboración de un aparato protésico removible.

Ambas impresiones se llevaron inmediatamente al laboratorio incluyendo en el paquete un registro interoclusal para la articulación y montaje de los modelos . Para este efecto se llevó el material a las instalaciones del laboratorio Hans Bach de Bogotá.

- CUARTO CONTROL:

Para la octava semana ya se había tomado la impresión definitiva y se observó una firmeza bastante notoria del implante . Al medir su movilidad esta era de menos de medio milímetro.

7.2 TIPO DE PROTESIS

Como está indicado desde el mismo título de este caso, se indicó una prótesis fija superior en herradura y cuyos ma-

teriales de elaboración fueron metal porcelana. Debido al antagonismo natural que presentaba el maxilar inferior, las caras oclusales debían ser en metal con el fin de evitar su desgaste debido a la dureza de la porcelana, por ello se dejaron todas las caras metálicas tanto de la región anterior como de la posterior .

La anterior y hasta premolares por ocluir directamente con dientes naturales y la región posterior porque ocluía con acrílico . Ambos poco resistentes y de fácil desgaste al entrar en contacto con la porcelana.

7.3 ENCERADO

Se realizó tomando en cuenta que las caras oclusales debían ser metálicas y en anteriores se harían islas metálicas . Cada una de las piezas conformantes de la estructura metálica deben llevar su correspondiente collar metálico para dar asiento a la porcelana.

7.4 REVESTIDO

Se empleó la técnica de revestido al vacío que se usó debido a que uno de los defectos más comunes del colado suele ser la presencia de nódulos sobre la superficie causados por

burbujas de aire durante la inclusión en revestimiento.

Se debe someter la mezcla de agua y revestimiento al vacío durante el procedimiento de revestido, con el fin de eliminar las burbujas de aire tanto en la superficie como en las caras nobles pudiendo así evitar el retoque de estas caras conservando la fricción intacta entre la corona metálica y el troquel.

Para obtener vacío se necesita una presión negativa de mercurio de 680 a 740 mm sobre el nivel del mar. Se usa un aspirador de agua (bomba de filtro) .

La unidad para revestido al vacío utiliza el vacío para mezclar y revestir (Vacum Mxt.).

Tecnica: Se vierte en la taza de plástico la cantidad pesada de polvo y el líquido medido y se humedece espatulando a mano. Se adapta el cilindro forrado a la base de caucho para colado que contiene el patrón con el perno. Una vez insertado el cilindro en la abertura de la tapa de mezclador se ajusta la tapa al mezclador, y se conecta la manguera de vacío.

Se ajusta la hembra al mezclador con el eje de la unidad o motor y se realiza el espatulado al vacío durante 20", se

retira el mezclador del eje y se deja en el vibrador por 15" . Después se sostiene el mezclador con el cilindro hacia abajo, se desconecta la manguera de vacío, se expulsa el cilindro y se deja al aire o se pone en un baño de agua hasta que frague .

La porosidad del revestimiento disminuye decididamente cuando se reviste al vacío, quizá porque se obtiene una mayor densidad. Como consecuencia la superficie del colado queda algo más lisa , con mejor reproducción de detalles finos.

Al revestir al vacío la resistencia a la compresión aumenta levemente.

No todo el aire es eliminado con el tratamiento al vacío , pues la cantidad eliminada depende algo de la consistencia de la mezcla que cuando más viscosa es la mezcla , mayor es la cantidad de burbujas que quedan en el revestimiento; pero no se puede hacer una mezcla muy fluída debido a la mala textura superficial que se obtiene así.

Las burbujas de aire son atrapadas en las superficies planas o cóncavas opuestas a la dirección de evacuación del aire. Para disminuir este efecto hay que inclinar el patrón todo lo posible para que las burbujas del vapor de agua pa

sen por todas las superficies cuando se elevan, y eliminan así toda la burbuja adherida. La vibración hará que todo el aire del revestimiento se eleve y libere las superficies superiores del patrón, de burbujas de aire, y para que no se acumule en las superficies inferiores es que recomendamos inclinar el patrón. Si la vibración es excesiva lo que no ocurre en este caso, puede hacer que los sólidos del revestimiento se asienten y dejen agua libre sobre las superficies del patrón produciendo rugosidades. También se pueden obtener resultados igualmente buenos con el revestido manual pero estudios de comparación entre las dos técnicas muestran que el 95% de los colados revestidos al vacío carecen de nódulos libres, mientras que sólo el 17% de los colados hechos con patrones revestidos a mano.

7.5 COLADO

De igual manera se utilizó lo ultimo en tecnología como fué el uso del termotrol que permite la fundición mediante el empleo de energía eléctrica eliminando así las técnicas convencionales del soplete de gas -oxígeno que por mejor empleado permite así en grado mínimo la contaminación del metal que lógicamente si no se toman las medidas necesarias da como resultado la contaminación de la porcelana, haciéndole perder propiedades de traslucidez, glaseado y resistencia;

que son vitales para el buen resultado de la restauración.

7.6 PRUEBA DE ESTRUCTURA

Para las maniobras realizadas con la prueba de estructura - se recomienda la sección nuevamente de la temporalización en la parte correspondiente al implante con el propósito - de no resentirlo. Una vez hecho esto se procede a colocar la estructura con la previa cementación de una cofia llamada transferencia en el núcleo del implante. Esta cofia es llamada así, debido a que transfiere paralelismo del núcleo con el fin de mejorar y optimar la vía de inserción.

Una vez colocada la estructura se toman radiografías corornales de toda esta para probar su adaptación ayudándonos también con aire y el instrumental básico. El aire es para que con la ayuda del paciente, lo interroguemos respecto a las sensaciones percibidas y saber si pasa aire a través - del metal por falta de ligadura intima de este al diente en sus líneas terminales. El instrumental básico es para la - detección física de espacios entre la estructura y algún - diente.

Quinto Control:

A mediados del tercer mes durante la prueba de la estructura

ra se observó nuevamente el estado del implante y se notó - que la movilidad se redujo así a cero.

7.7 TOMA DEL COLOR

Para este paso importante dentro del proceso restaurador, el laboratorio escogido para la confección de la prótesis (Hans Bach) exige al profesional que su paciente se dirija hasta sus instalaciones para que allí con la ayuda de las guías correspondientes a la porcelana que ellos utilizan en las diferentes prótesis puedan saber el color exacto. Por este motivo se le indicó al paciente que se hiciera presente allí para este efecto.

Lo único que comentaremos de la manera como se debe tomar dicho color es que se hace a la luz del día, comparando con los dientes remanentes y teniendo en cuenta el color de los ojos y el cabello del paciente. Aparte de como es lógico, el consentimiento del mismo acerca del tono sugerido por el laboratorio.

7.8 PRUEBA DE LA PORCELANA

Se prueba estando la prótesis sin glasear con el fin de que el odontólogo haga las correspondientes correcciones, ajuste de la oclusión, y verifique si existe algún punto donde

por excesos de esto; se produzca isquemia, situación propicia para facilitar anomalías periodontales como la retracción permanente y definitiva de la encía.

7.9 GLASEADO Y CEMENTADO TEMPORAL

Mediante un proceso nuevo de cocción o último bizcochado se da la terminación a la porcelana, imprimiéndole el brillo y la translucidez necesarias para la mayor simulación de los dientes naturales. La cementación temporal se hace con el objeto de detectar por parte del paciente, posibles molestias o errores que son de difícil observación cuando la prótesis está sólo por segundos o minutos en boca. Así se tiene la oportunidad de corregir estos defectos.

7.10 CEMENTACION DE LA PROTESIS

Para ese efecto se utiliza el cemento de fosfato de zinc en una consistencia especial para este tipo de situaciones; no es muy fluída ni muy densa y es llamada consistencia tipo.

Antes de llevar el cemento a la prótesis para ubicarla en boca en forma definitiva, debemos barnizar cada uno de los dientes vitales que sean pilares con un desensibilizante -

dentinal como es el dentopraxil y se puede reforzar con un barniz cavitario tipo Copalite. La cementación debe hacerse de una manera uniforme a medida que se lleva por la vía de inserción, haciendo presiones leves pero firmes en cada pilar para ir desalojando los excesos de material cementante. Posteriormente estos excesos se pueden retirar con un explorador alrededor de las tallas y en la parte de los pónicos se debe utilizar el cepillo proxa-brush. Debemos preguntar entonces al paciente que como la siente, y si éste no manifiesta descontento podemos enviarlo a la casa con la indicación de que cualquier molestia deberá ser comunicada de inmediato al odontólogo para hacer las correcciones del caso.

A comienzos del cuarto mes se le cementó la prótesis fija y empezaron con ello los controles tanto del implante como con los relacionados con la prótesis colocada.

El último control se llevó a cabo durante la colocación de la aparatología removible inferior, registrando que no había ninguna alteración en la prótesis fija, en el implante y en el removible.

NOTA (7) : Al paciente se le recomendó venir a continuar - siendo controlado por el cirujano implantólogo quien me imagino que delegará estos procedimientos a otro estudiante que se encargue de esto.

CONCLUSIONES

Al llegar a una etapa de balance en cuanto a resultados obtenidos o dejados de obtener entonces pensamos en qué de cierto hay en relación a algo tan delicado como el éxito de un tratamiento del cual solo el tiempo podía ser testigo - fiel.

Todo lo anterior para volver sobre un punto ya tocado durante el presente trabajo, hablo lógicamente del "IMPLANTE", in cognita indiscutible en su relación íntima con el organismo humano.

Tal vez el inconveniente número uno, sería la falta de seguimiento del caso por parte del autor, por ello no seremos necios en concluir nada, más si haremos un resumen de lo obtenido hasta la fecha.

Siempre con la esperanza de que se haga un seguimiento del caso, para en un mañana poder concluir.

1. Una realidad palpable es la de que sin la alternativa

la alternativa de la implantología no hubiese sido posible el tipo de restauración utilizado (Prótesis fija) , y lo más seguro era que el paciente se viera de por vida sometido a una lucha constante con los ganchos y todo lo traducible en antiestético.

2. Nunca se creyó en lo noble , preparado y resistente que es el organismo, al hacer permisible la inclusión de un cuerpo extraño dentro de si.

3. Obtención de una aprobación total por parte del paciente respecto a su apariencia actual, realce de su estado de ánimo y recobro de la confianza en si mismo.

4. Inmensa satisfacción personal del operador que con lo anteriormente mencionado ve de esta forma insentivada y con una orientación nueva su vida profesional hacia la búsqueda de nuevas soluciones que redunden en el mejor y mayor bienestar del paciente.

Investigación Solicitada

TIEMPO DE PROTROMBINA.

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA

Resultado

TIEMPO DE PROTROMBINA 14 Segundos.

VALOR NORMAL: 12-14 Segundos.

CONCENTRACION DE PROTROMBINA 92%.

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA 40 Segundos

VALOR NORMAL: 35-45 Segundos.

Neyla Arce y Guzmán
BACTERIOLOGA
REG. 385

Atentamente, _____

CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS

Av. Caracas No. 43-00 Tels. 2453720 - 2879317
UNIDAD MOVIL Tels. 2878607 - 2879713
Bogotá Colombia

CRUZ BLANCA

Nombre : BEATRIZ MEDINA.

Examen No. :

Fecha : ENERO 29/87

INVESTIGACION SOLICITADA

GLICEMIA.

TIEMPO DE CUAGULACION.

GLICEMIA: 64 mg/dl.

V.N: 70- 100 mg/dl.

TIEMPO DE CUAGULACION: 5' 25"

V.N: 4' - 10'

ATENTAMENTE

Maria Isabel Gonzalez C.
BACTERIOLOGA
UNIVERSITARIA
1981