

**INSTITUCIÓN
UNIVERSITARIA
COLEGIOS DE COLOMBIA
UNICOC**

COLEGIO ODONTOLÓGICO

PROSTODONCIA

**BOGOTÁ
2010**



**EXPERIENCIA EN LA
REHABILITACIÓN DE IMPLANTE
ÚNICO ANTERIOR:
ENCUESTA A ODONTÓLOGOS.**

INVESTIGADORAS

FLOR MARINA PARDO CÁRDENAS
CAROLINA VALLEJO BASTIDAS

Asesor Científico:

**Dr ANDRÉS FELIPE GUZMÁN
Od. Ms. Biomateriales y
Prostodoncia Universidad Indiana**

Asesor Metodológico:

**Dra. PIEDAD MALAVER CALDERON
Od. Ms Biología énfasis Genética Humana**

Asesor Estadístico:

**Dra. CLARA LOPEZ DE MESA
Estadística**

INTRODUCCIÓN

❖ La rehabilitación de implante único anterior es uno de los procedimientos de mayor reto para el odontólogo por la exigencia estética, por lo tanto, el clínico debe ir a la vanguardia con los adelantos tecnológicos y científicos para satisfacer sus necesidades.



❖ Las expectativas del paciente, la línea de sonrisa, la morfología de los tejidos blandos y duros deben guiar el tratamiento hacia unos resultados predecibles estéticamente. Gian Pietro.



❖ Por consiguiente se vio la necesidad de realizar este proyecto de investigación para evaluar la experiencia en la rehabilitación de implante único anterior a través de una encuesta.



JUSTIFICACIÓN

❖ En Prostodoncia es un desafío la rehabilitación de implante único anterior, con la realización del presente estudio buscamos identificar las posibles dificultades en este tipo de restauración protésica.



MARCO TEÓRICO

Meijndert L. 2008

❖ El mayor reto en la colocación y posterior rehabilitación dental se centra en la región anterior relacionado directamente con la estética donde se presentan los mayores problemas asociados con los tejidos blandos y duros alrededor del implante y dientes adyacentes a la zona a rehabilitar.

Buser D, 2004.

❖ Se debe tener en cuenta la posición del implante en las tres dimensiones del espacio.



MARCO TEÓRICO

Spielman HP, 1996.

❖ La función, el confort, el acceso para la higiene y la estética son esenciales para la restauración del implante.

Frank H, 2004

❖ Es importante la colocación del implante 2mm por debajo del margen gingival en zonas estéticas.



OBJETIVO GENERAL

❖ Evaluar la experiencia en la rehabilitación de implante único anterior.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar si el resultado estético de implante único anterior es satisfactorio.
- ❖ Identificar cuál es la ayuda diagnóstica más utilizada para la rehabilitación de implante único anterior por la población de estudio.
- ❖ Determinar cuál es la mayor dificultad en la rehabilitación de implante único anterior.
- ❖ Identificar qué tipo de restauración protésica es la que se está utilizando.



METODO

TIPO DE ESTUDIO	DESCRIPTIVO
POBLACIÓN	Odontólogos
MUESTRA	<u>134 odontólogos</u>



CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

- Odontólogo General
- Residente de Prostodoncia
- Prostodoncistas
- Cirujano oral y maxilofacial



VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
TITULACIÓN	Grado de Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odontólogo general ▪ Residente de prostodoncia ▪ Prostodoncista ▪ Cirujano oral y maxilofacial 	Ordinal
NÚMERO DE IMPLANTES COLOCADOS EN SECTOR ANTERIOR	Cantidad de implantes colocados y rehabilitados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De 1 a 10 ▪ De 11 a 20 ▪ De 21 a 60 ▪ De 61 a 100 ▪ Mas de 100 	Ordinal
GUÍA QUIRÚRGICA	Medio diagnostico para la ubicación trimensional del implante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Nominal
ENCERADO DE DIAGNÓSTICO	Medio diagnostico para la planeación del tratamiento Prostodontico.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
TOMOGRAFIA	Exámen complementario como ayuda diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Nominal
CONDICIÓN ANATÓMICA TEJIDO BLANDO	Estructuras que se deben tener en cuenta para la rehabilitación de implante único anterior	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Nominal
CONDICIÓN ANATÓMICA TEJIDO ÓSEO	Estructuras que se deben tener en cuenta para la rehabilitación de implante único anterior	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Nominal
TIPOS DE DIENTE	Morfología dental de acuerdo a la ubicación en el arco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Central ▪ Lateral ▪ Canino 	Nominal
TIPO DE CARGA	Determinada por la estabilidad primaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carga inmediata ▪ Carga temprana ▪ Carga tardía. 	Ordinal

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
PROVISIONAL	Rehabilitación temporal para restablecer función y estética	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placa de Hawley modificada ▪ Mucosoportada ▪ Restauración adhesiva ▪ Placa acetato con el diente incluido ▪ Provisional atornillada implantosoportada ▪ Provisional cementado sobre aditamento protésico ▪ Provisional cementado sobre aditamento de cicatrización 	Nominal
RESTAURACIÓN DEFINITIVA	Elemento artificial para restaurar la anatomía de una o varias piezas dentales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Corona totalmente cerámica alúmina ▪ Corona totalmente cerámica circonia ▪ Corona metal cerámica ▪ Corona collar less 	Nominal
ESTÉTICA	Completa armonía de tejidos, blandos y duros en cavidad oral.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excelente ▪ Bueno ▪ Malo 	Nominal

PROCEDIMIENTO

❖ Se diseñó una encuesta estructurada con 18 preguntas, utilizada como instrumento de recolección de datos, a la cual se le realizó una prueba piloto para la validación, con una muestra de 20 personas.

❖ Una vez validada la encuesta, fue respondida por 134 personas. Las encuestas fueron aplicadas y distribuidas a la población descrita en eventos masivos como congresos, seminarios, entre otros.



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

TABULACIÓN

Excel Versión 2007

PROCESAMIENTO

SPSS Versión 16

PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Estadística Descriptiva



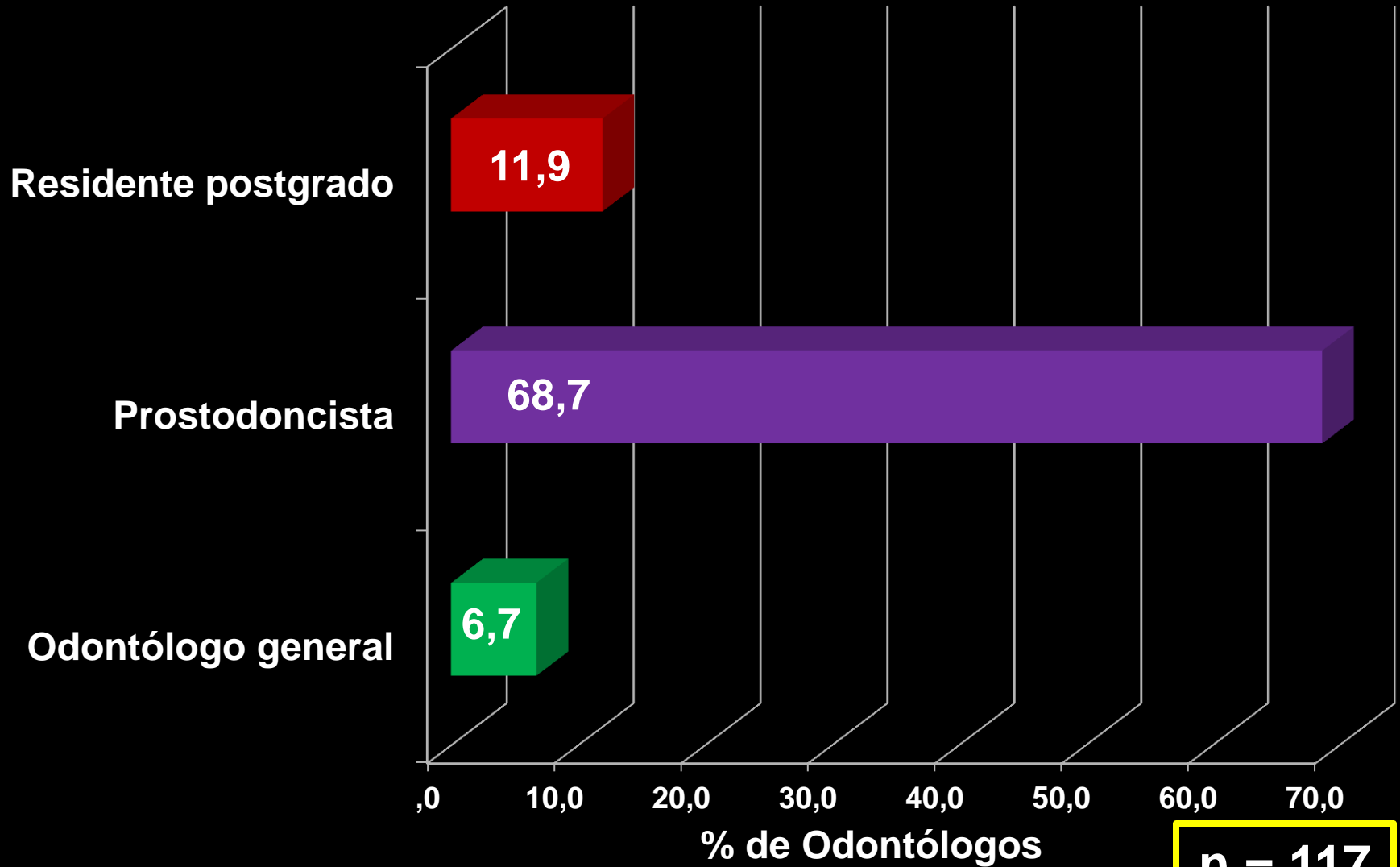
RESULTADOS

COLEGIO ODONTOLÓGICO

Pardo F, Vallejo C



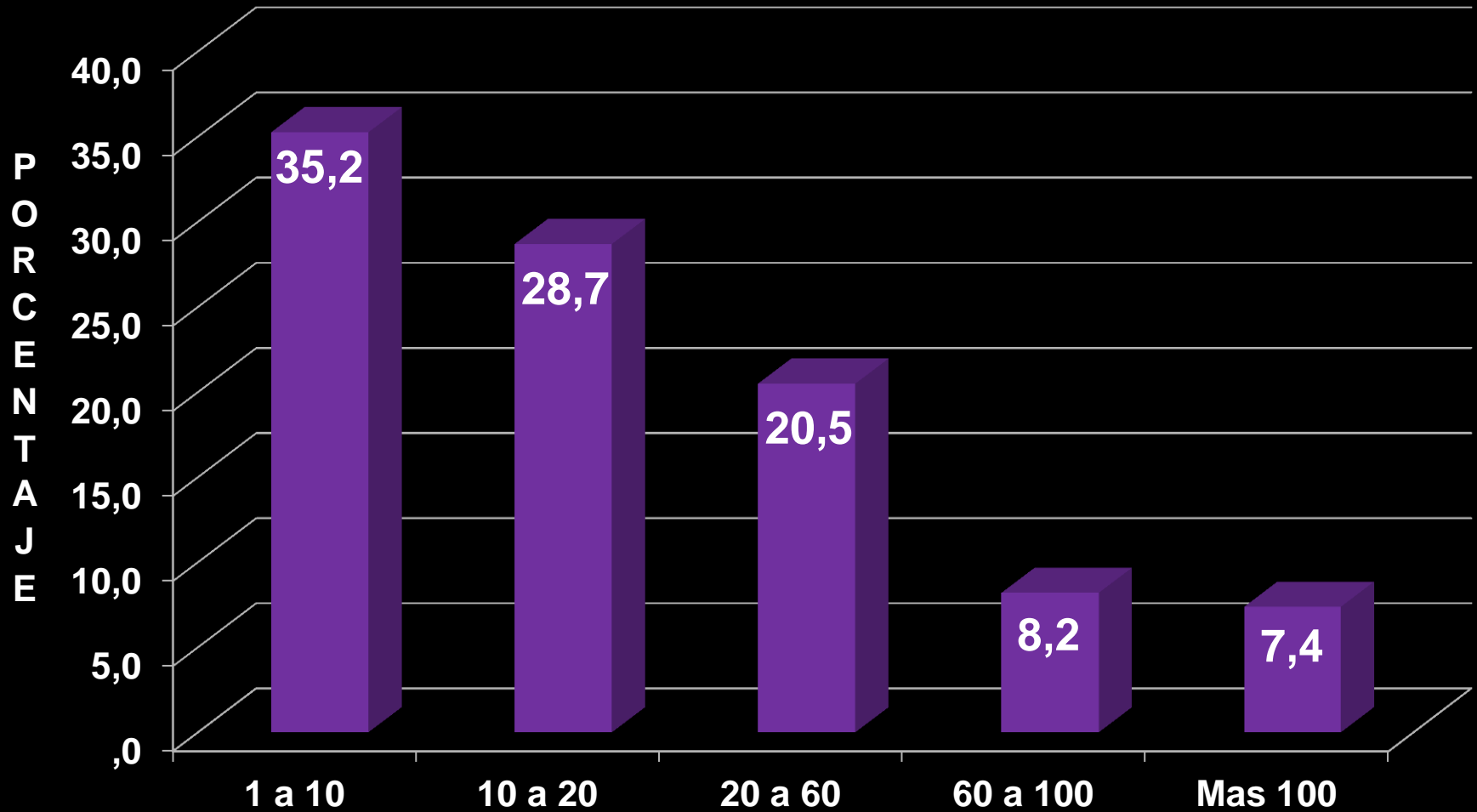
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ODONTÓLOGOS SEGÚN TITULACIÓN



n = 117



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ODONTÓLOGOS SEGÚN EL NÚMERO DE IMPLANTES COLOCADOS EN LA ZONA ANTERIOR

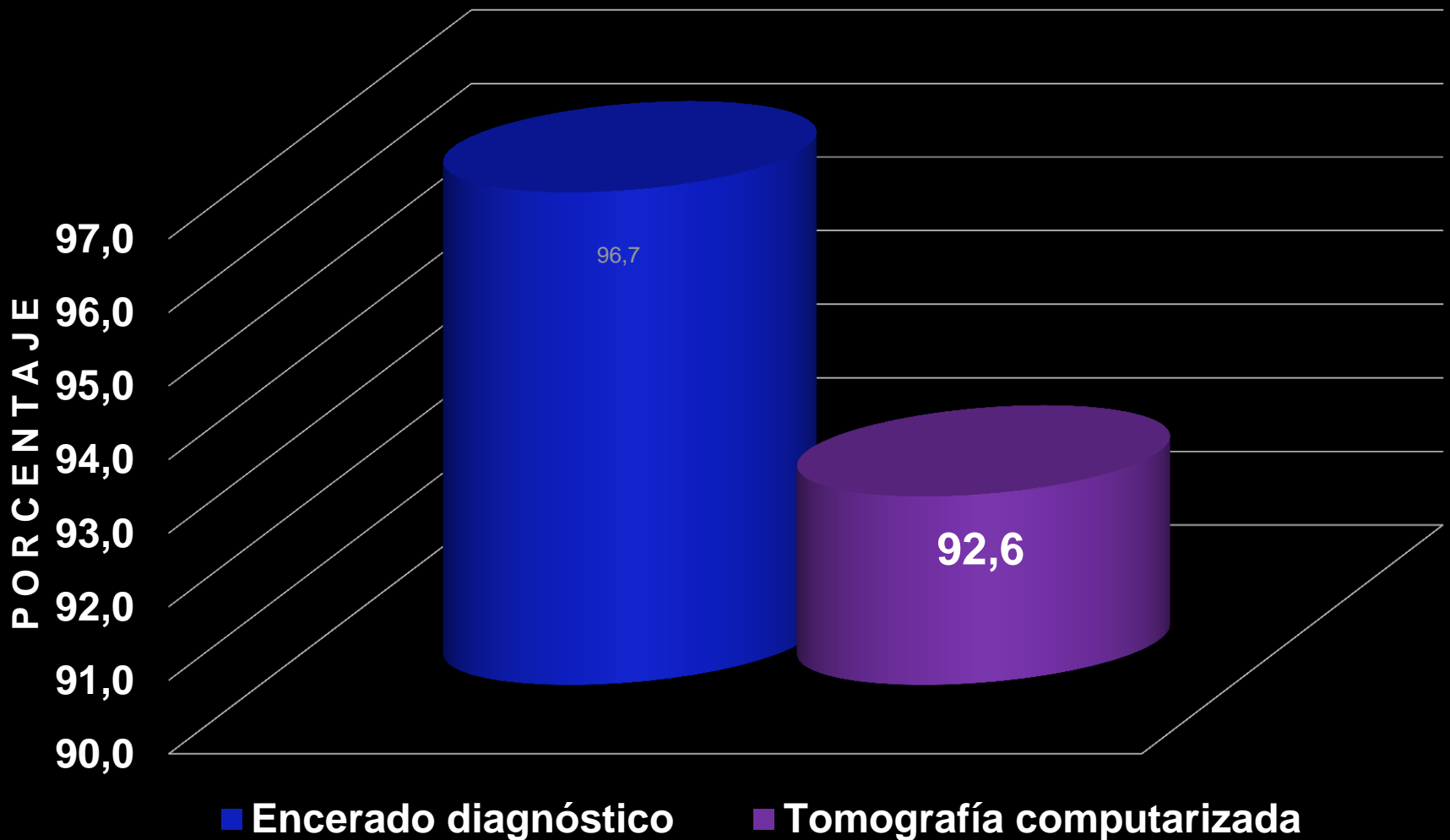


Frecuencia de Implantes colocados

n = 122

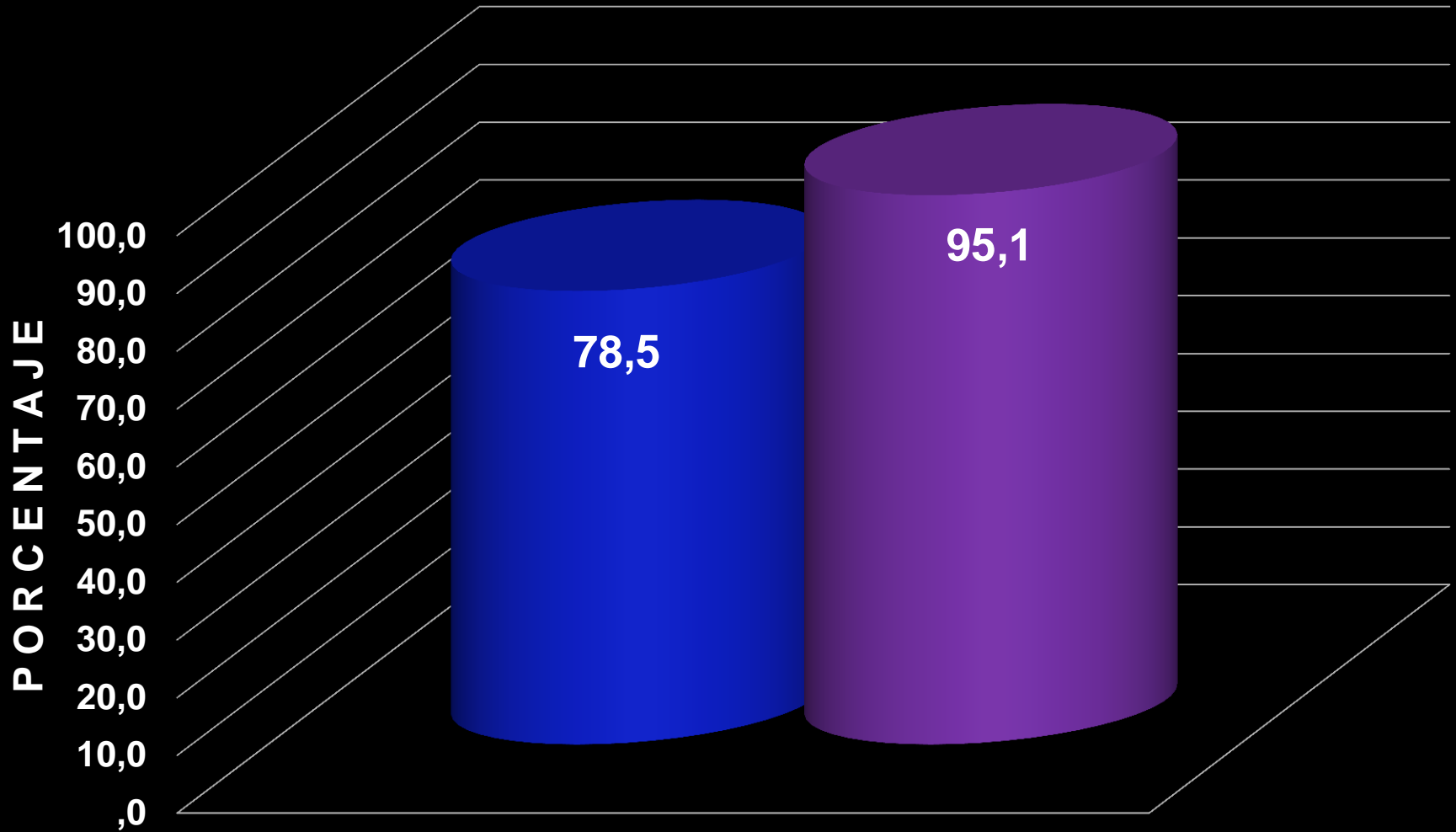
COLEGIO ODONTOLÓGICO

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ODONTÓLOGOS QUE USAN MEDIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA COLOCACIÓN DE IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR



n = 121

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ODONTOLOGOS QUE UTILIZAN GUIA QUIRURGICA

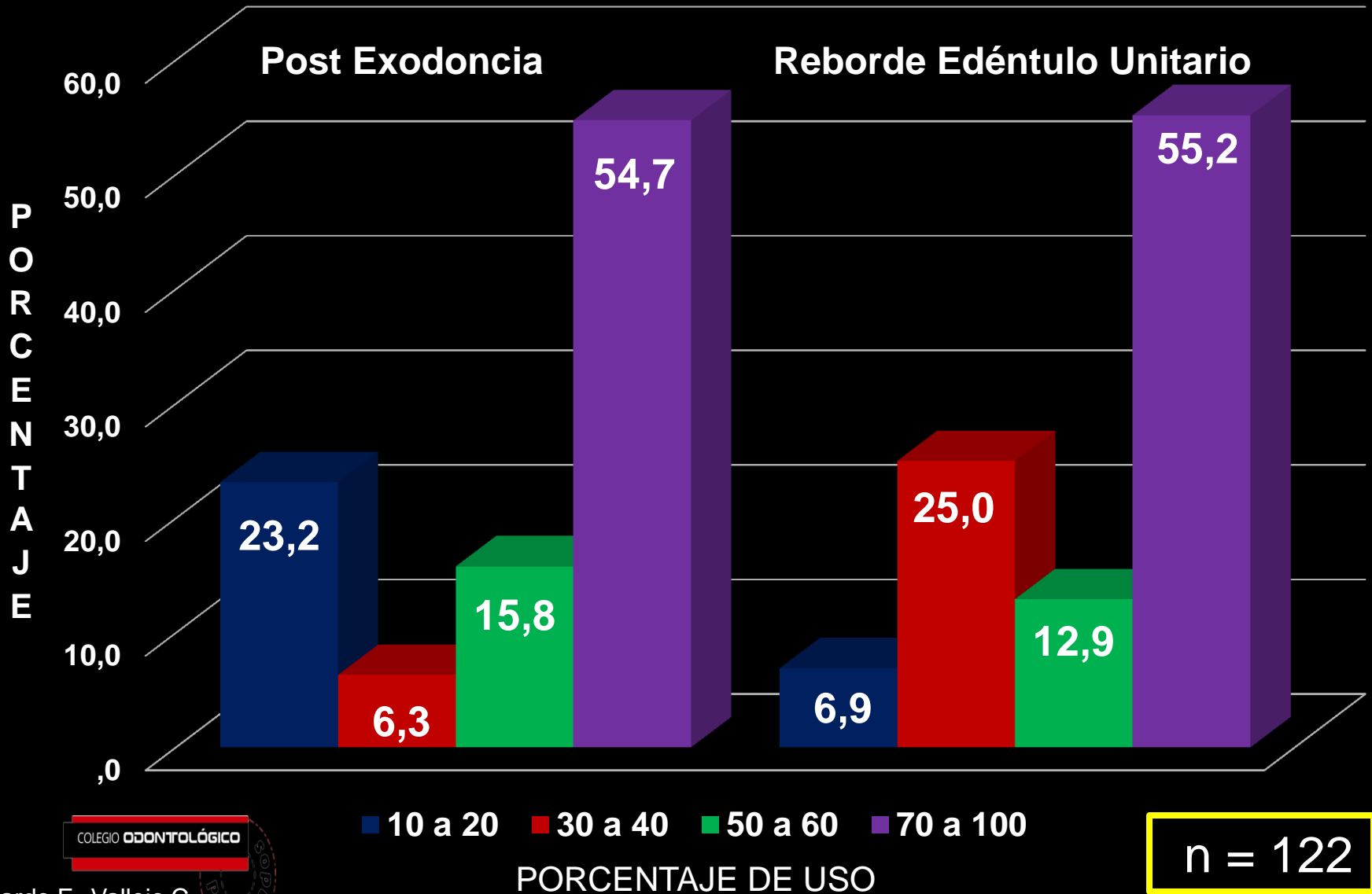


■ Post exodoncia ■ Reborde edéntulo unitario

n = 121

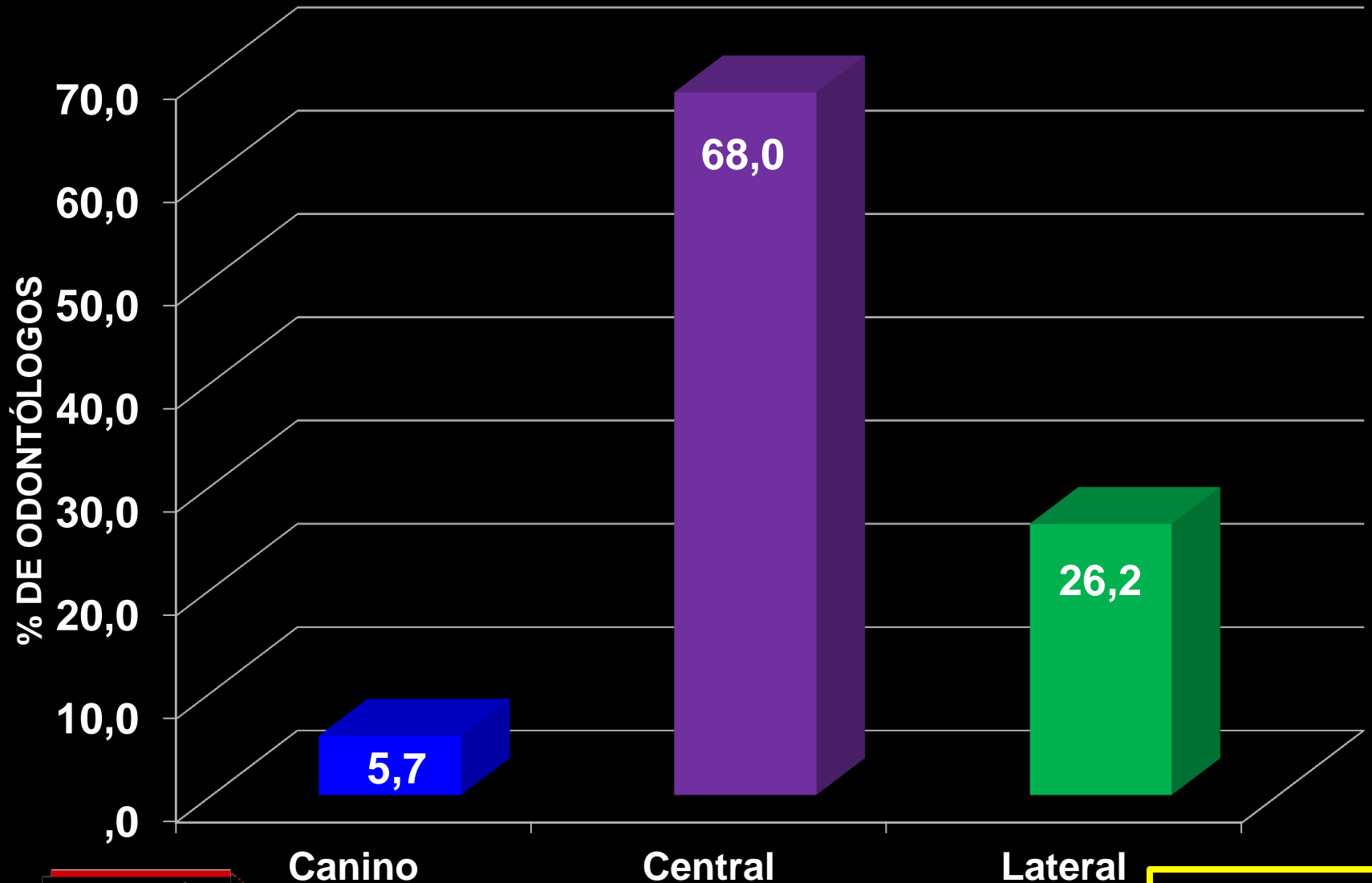


DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ODONTÓLOGOS SEGÚN FRECUENCIA DE USO DE GUÍA QUIRÚRGICA PARA LA COLOCACIÓN DE IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR



n = 122

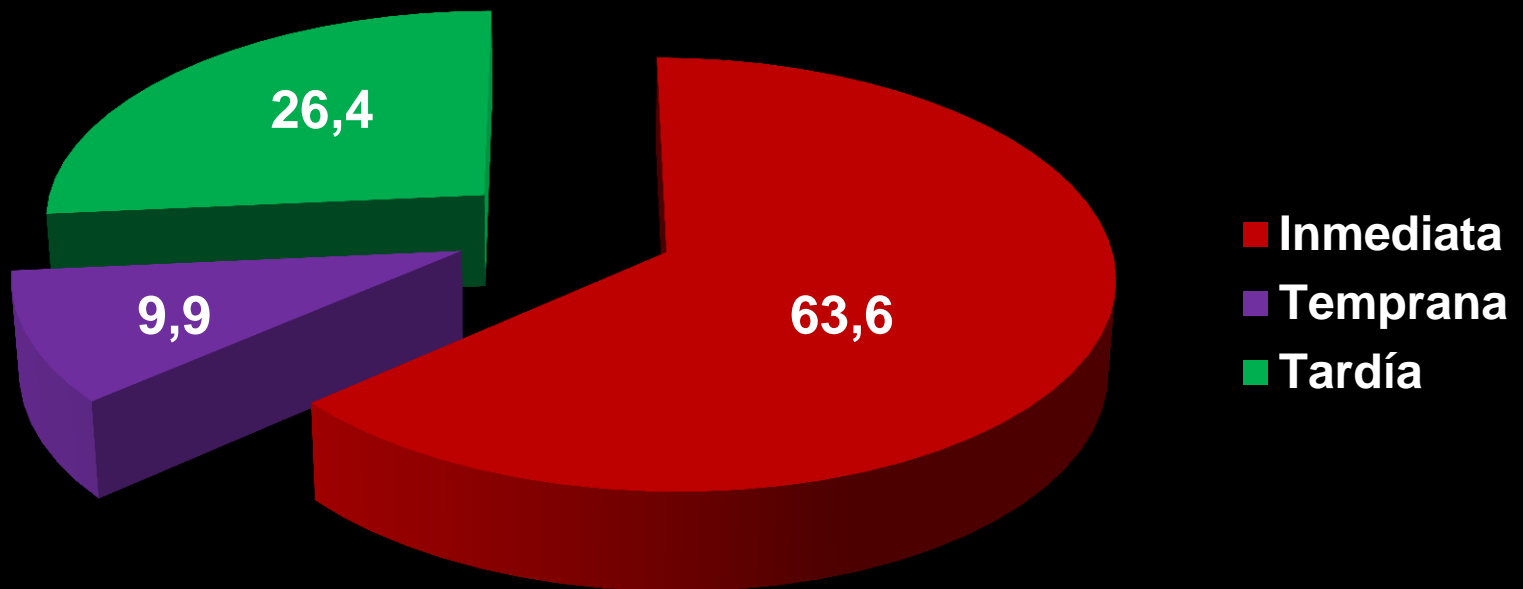
ZONA MÁS DIFÍCIL DE REHABILITAR EN IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR



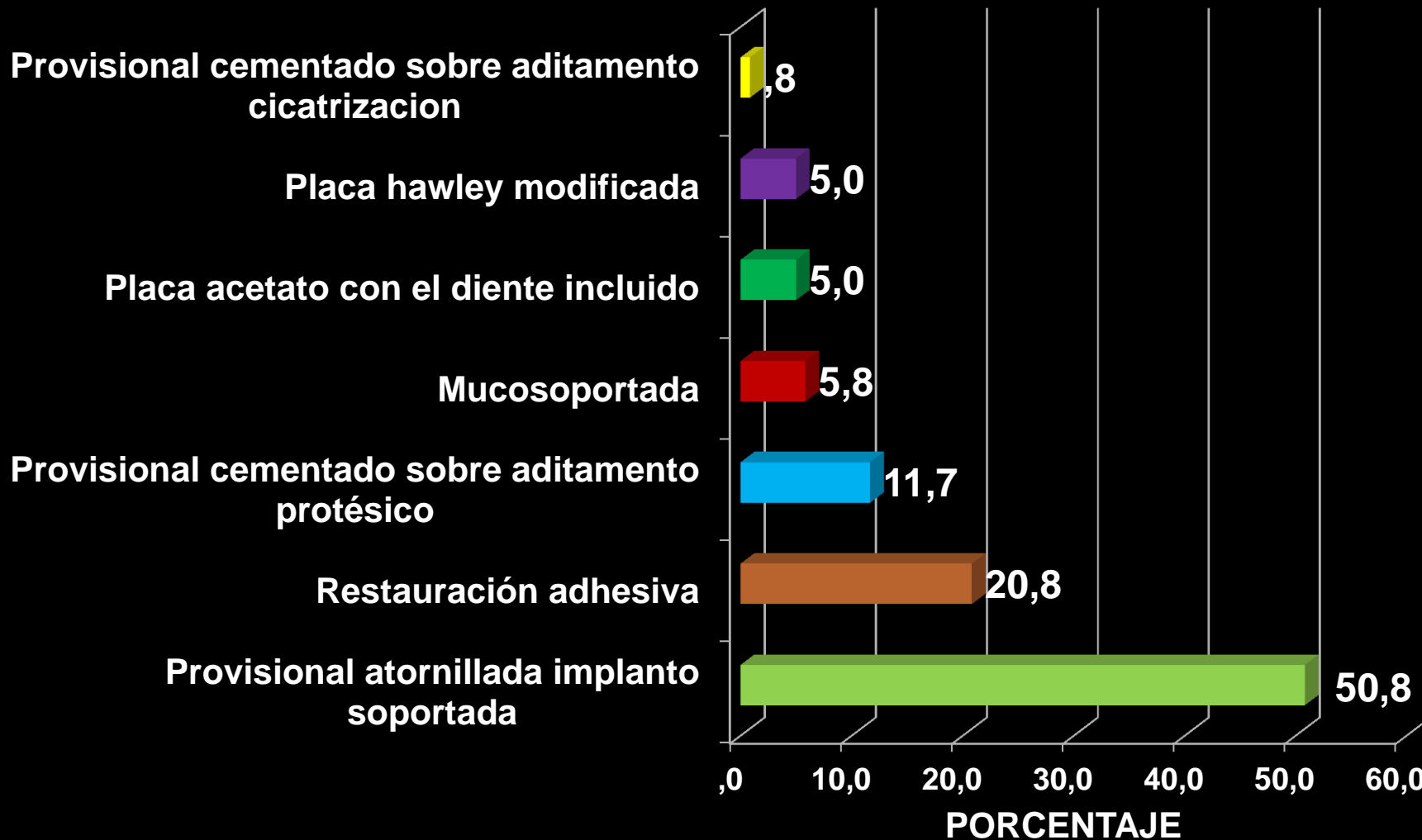
n = 122



TIPO DE CARGA QUE SE UTILIZÓ CON MAS FRECUENCIA EN IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR

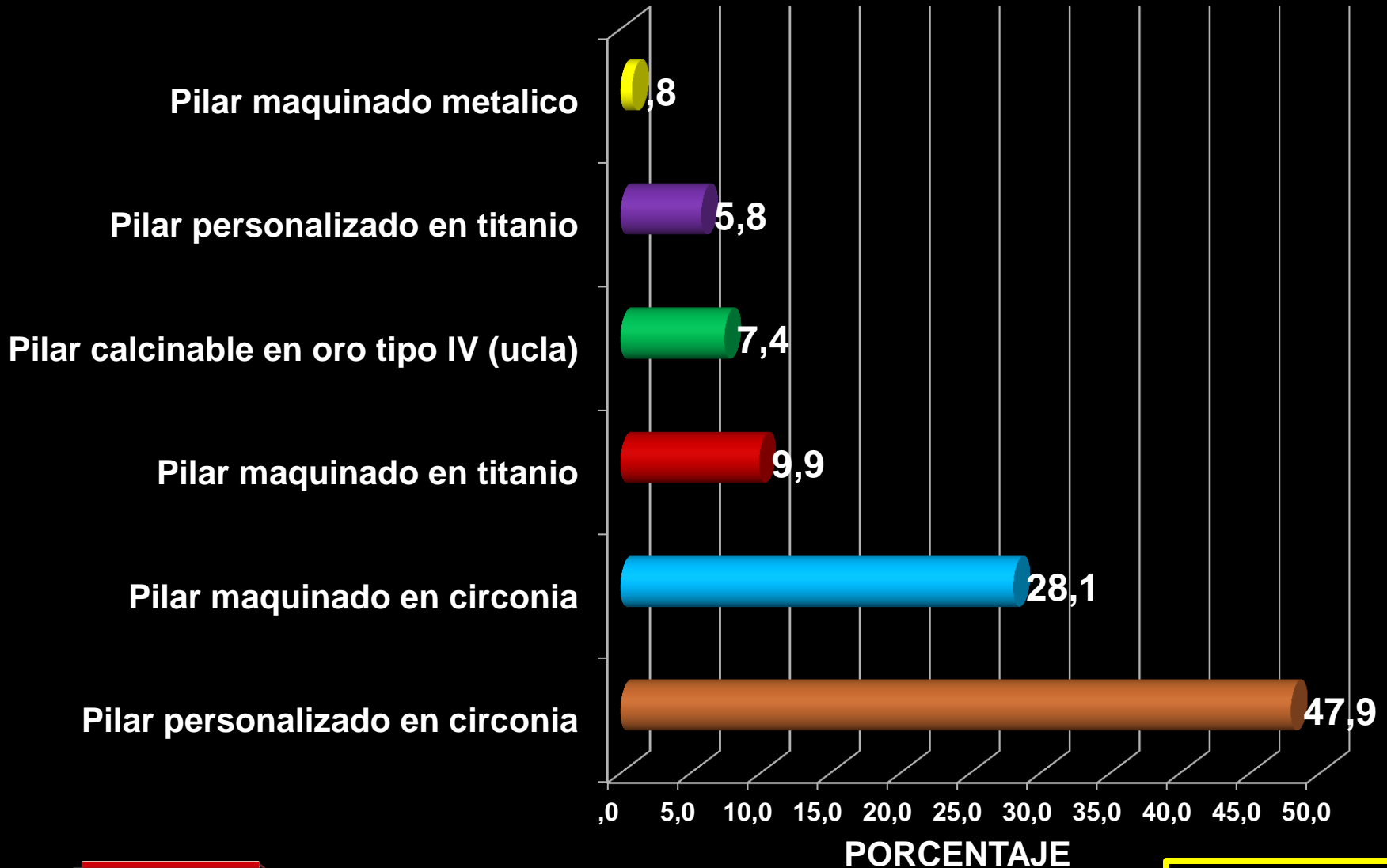


TIPO DE RESTAURACIÓN PROVISIONAL QUE SE UTILIZÒ CON MAS FRECUENCIA EN LA COLOCACIÓN DE IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR



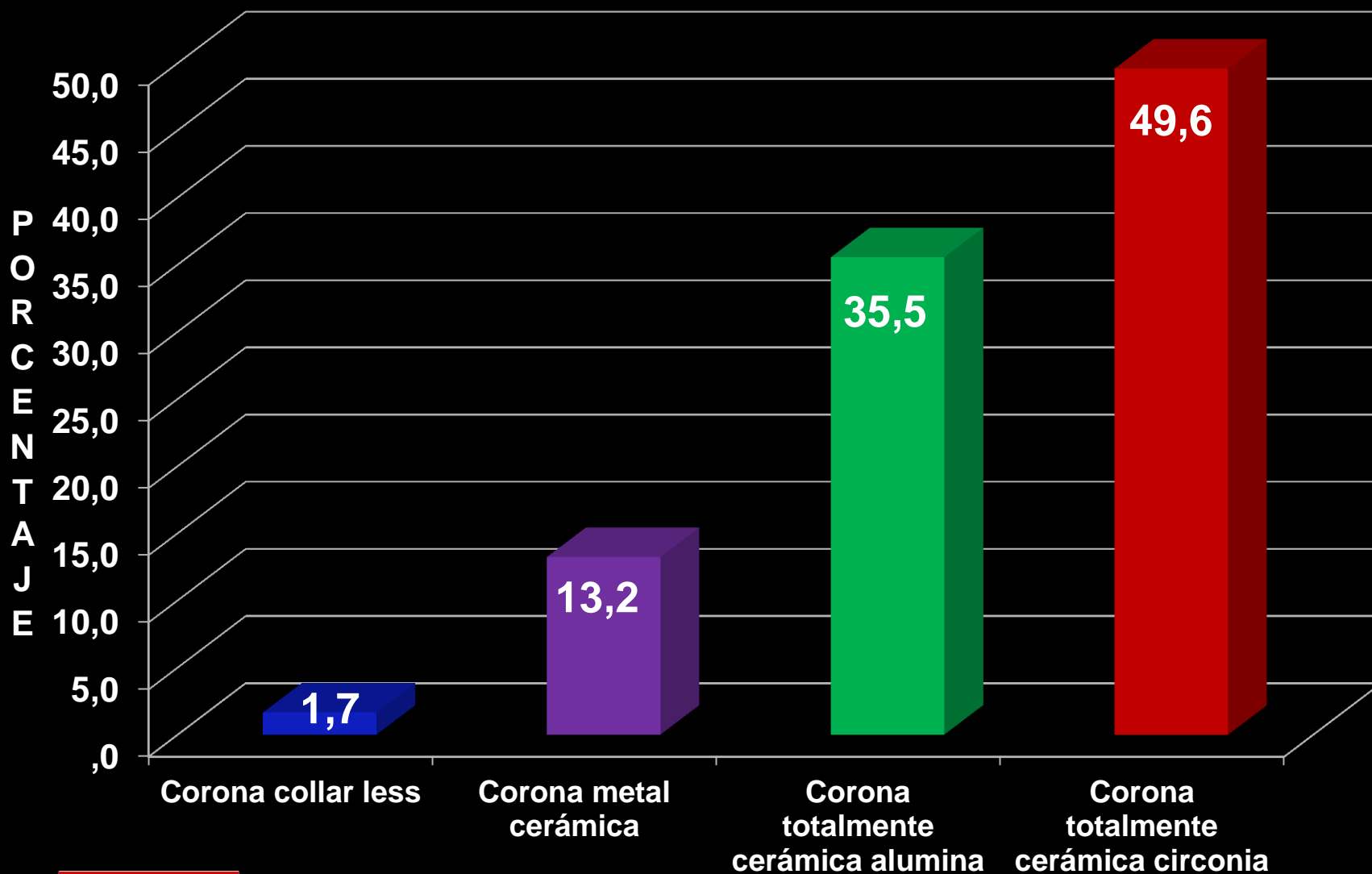
n = 120

PILAR PROTÉSICO MAS UTILIZADO EN LA COLOCACIÓN DE IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR

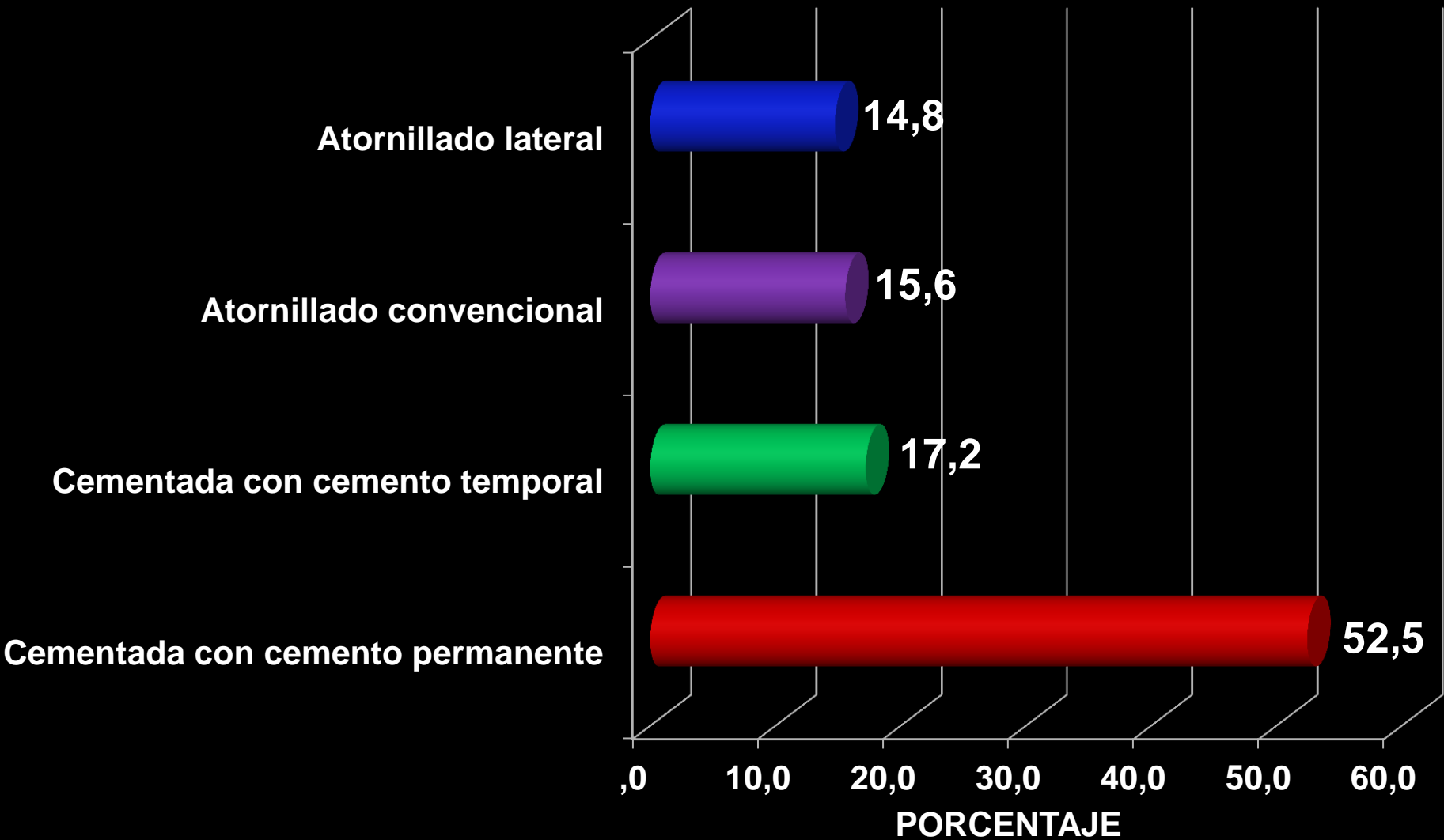


n = 121

CORONA DEFINITIVA QUE SE UTILIZÒ CON MAS FRECUENCIA SOBRE IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR



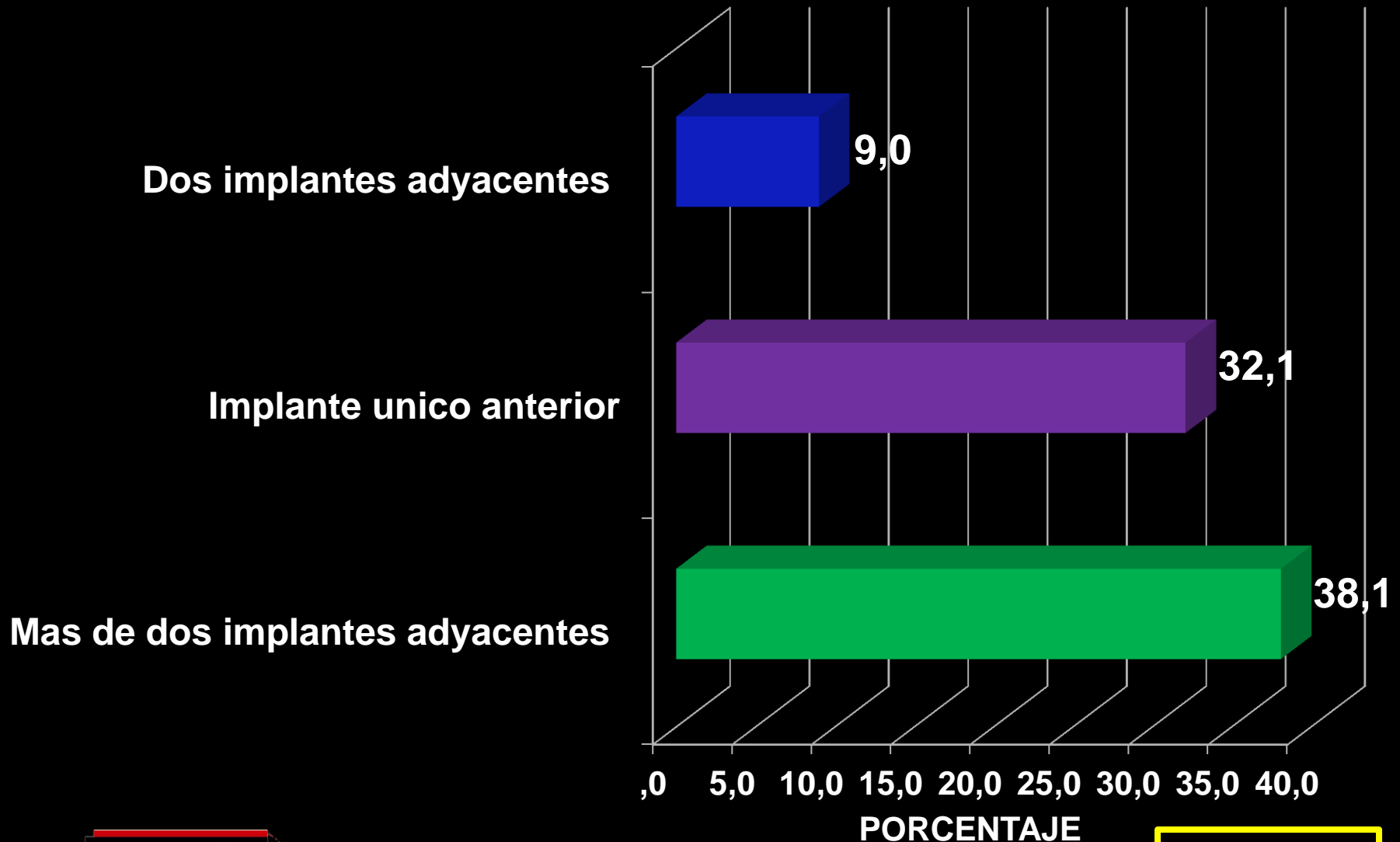
TIPO DE FIJACIÓN DEFINITVA QUE MÁS SE UTILIZÒ EN LA REHABILITACIÓN DE IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR



n = 122

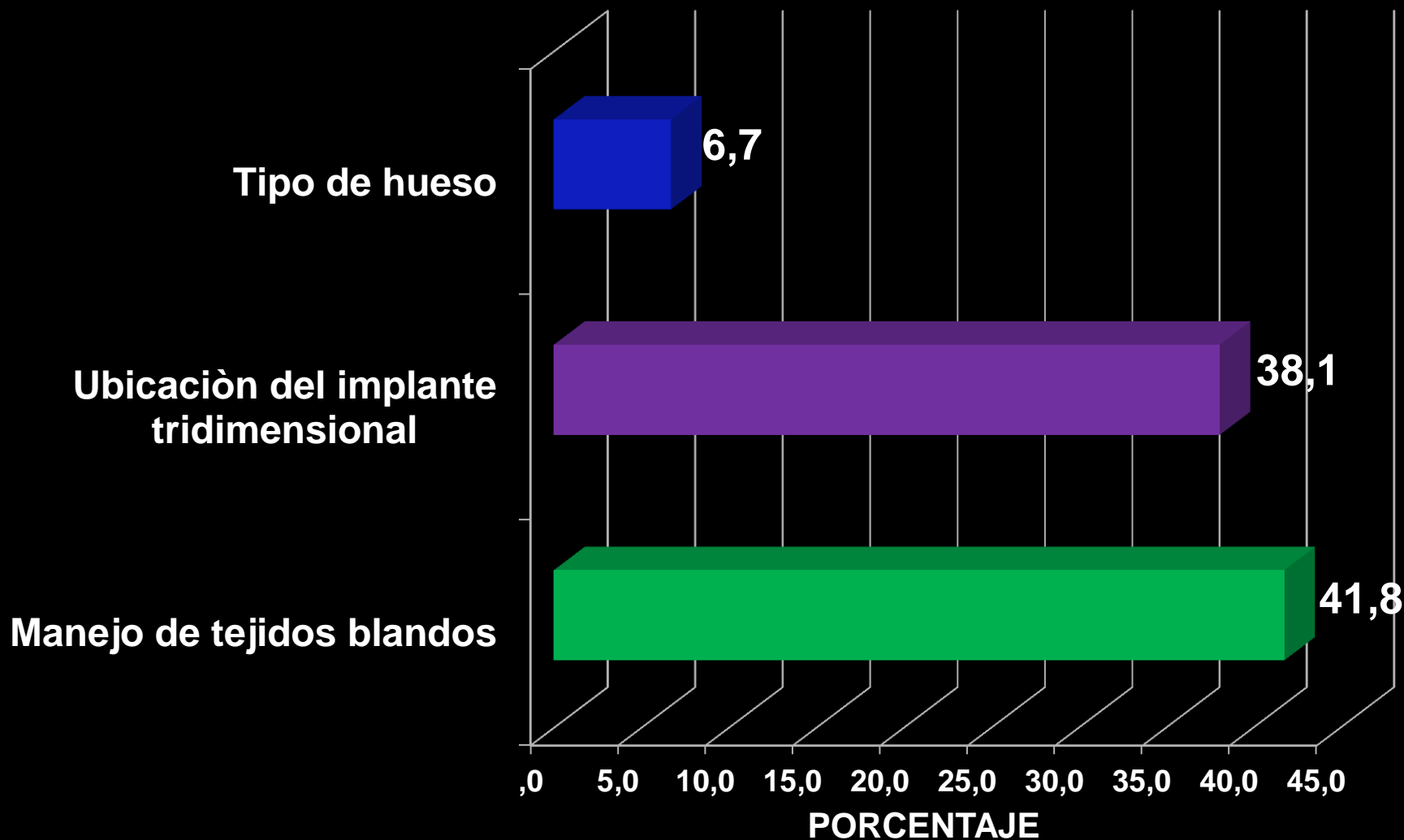


MAYOR GRADO DE DIFICULTAD EN LA RESTAURACIÓN DE LA ZONA ANTERIOR

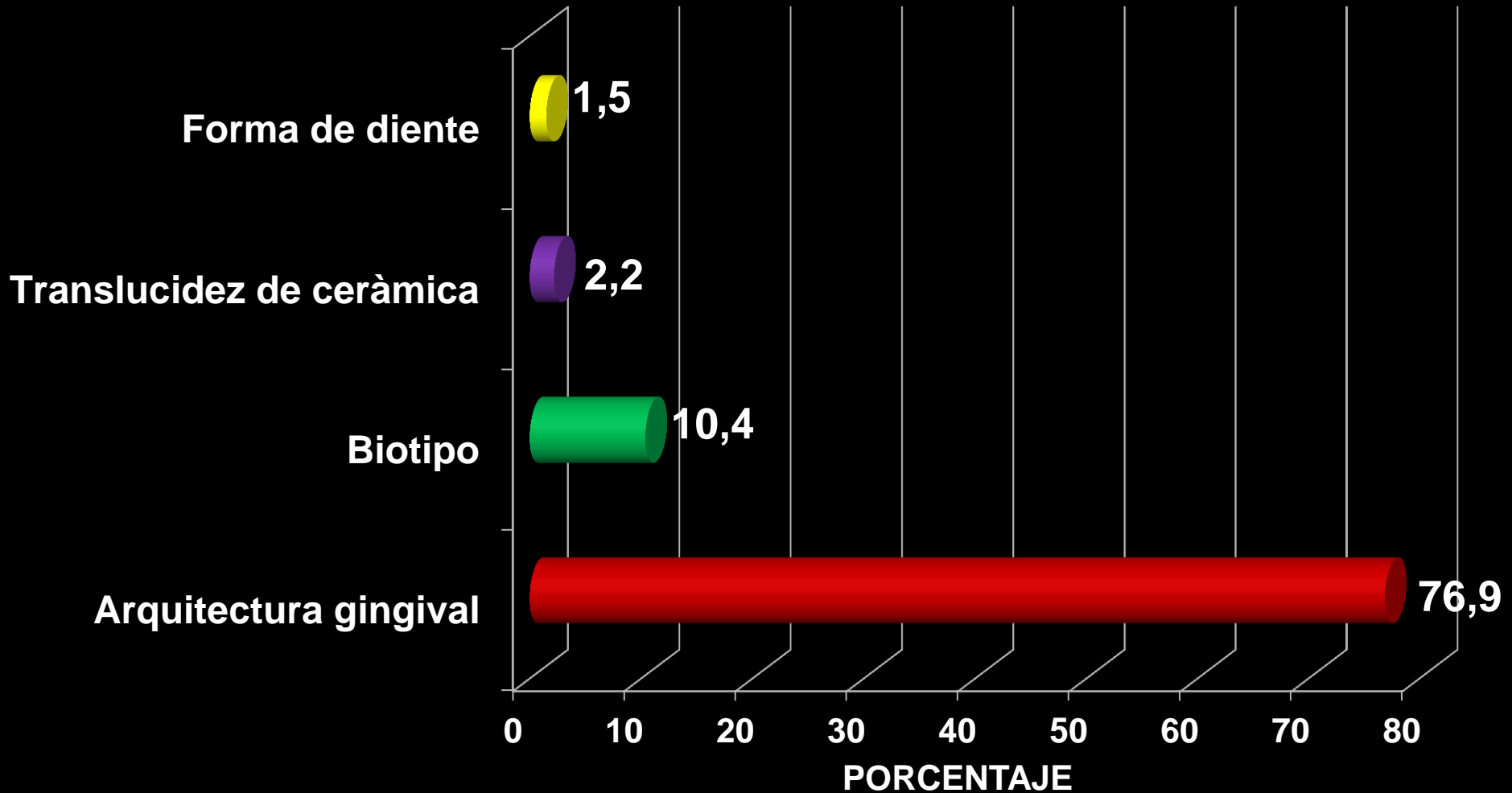


n = 122

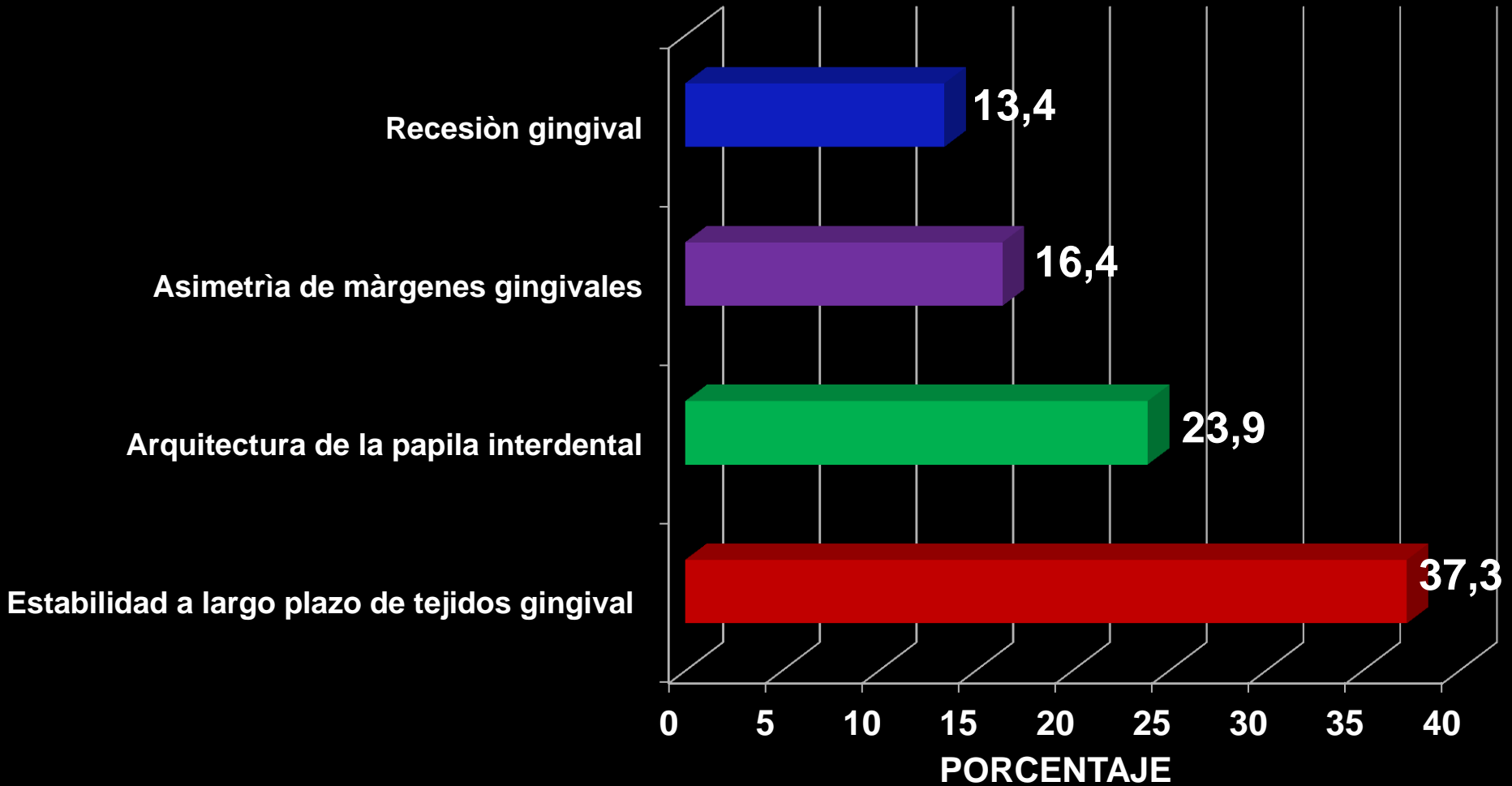
CONDICIÓN ANATÓMICA MAS IMPORTANTE EN LA COLOCACIÓN DE IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR



ASPECTO MÁS DIFÍCIL DE MANEJAR EN LA REHABILITACIÓN DE IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR



PRINCIPALES PROBLEMAS DE TEJIDOS BLANDOS EN LA REHABILITACIÓN DE IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR



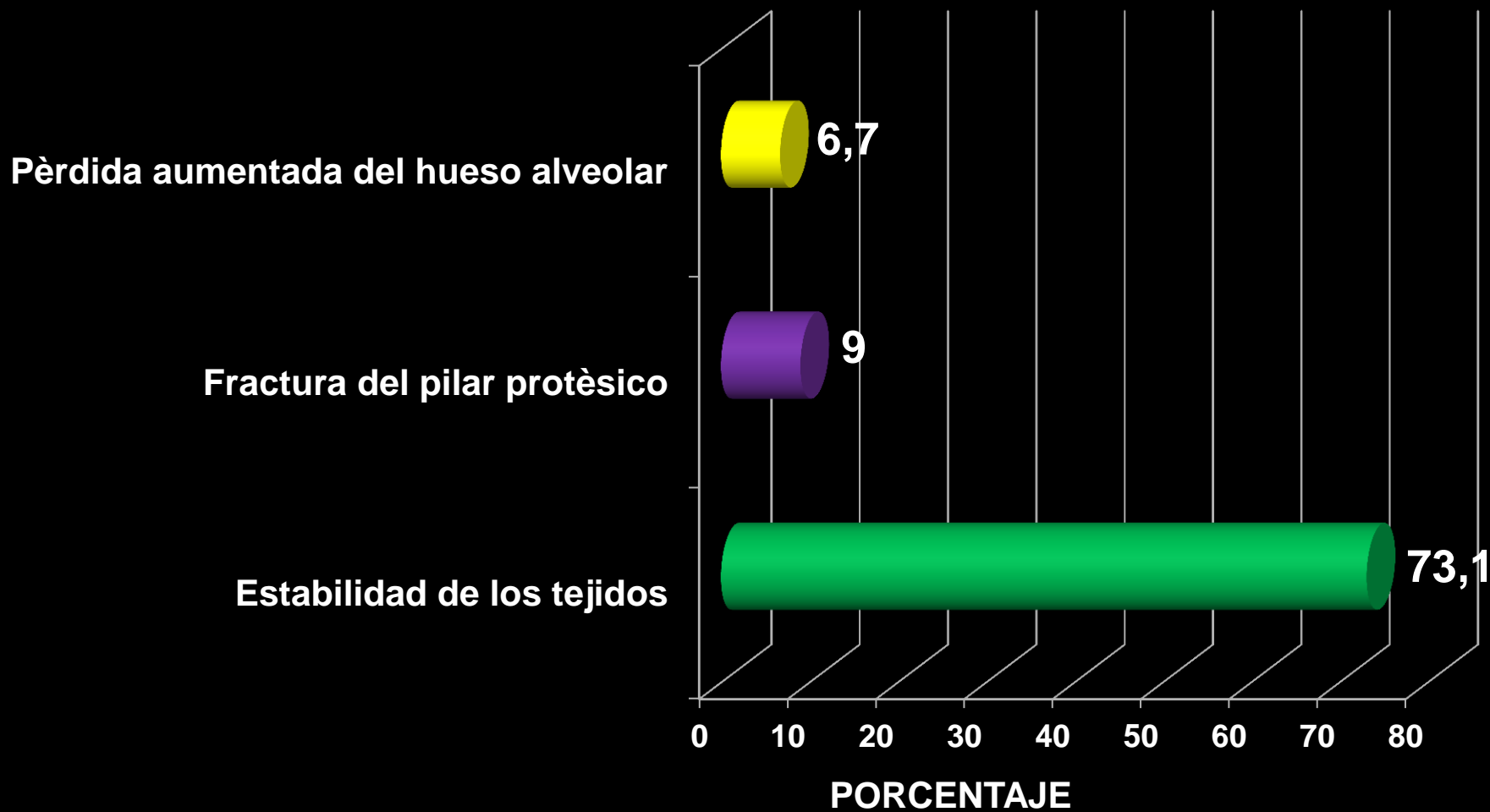
TEJIDOS BLANDOS

n = 122

COLEGIO ODONTOLÓGICO

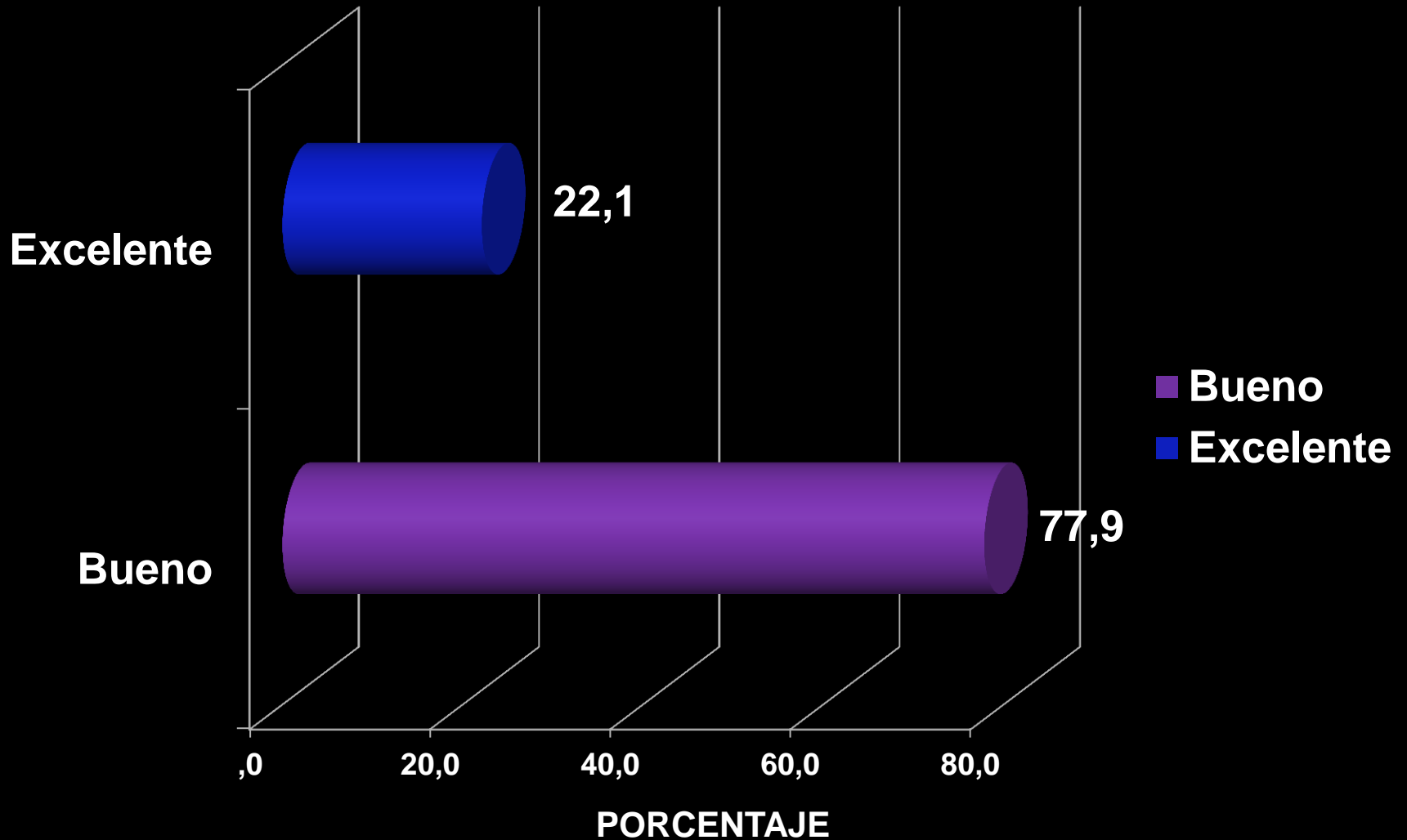
Pardo F, Vallejo C

FRACASO ESTÉTICO MAS IMPORTANTE EN LA COLOCACIÓN DE IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR



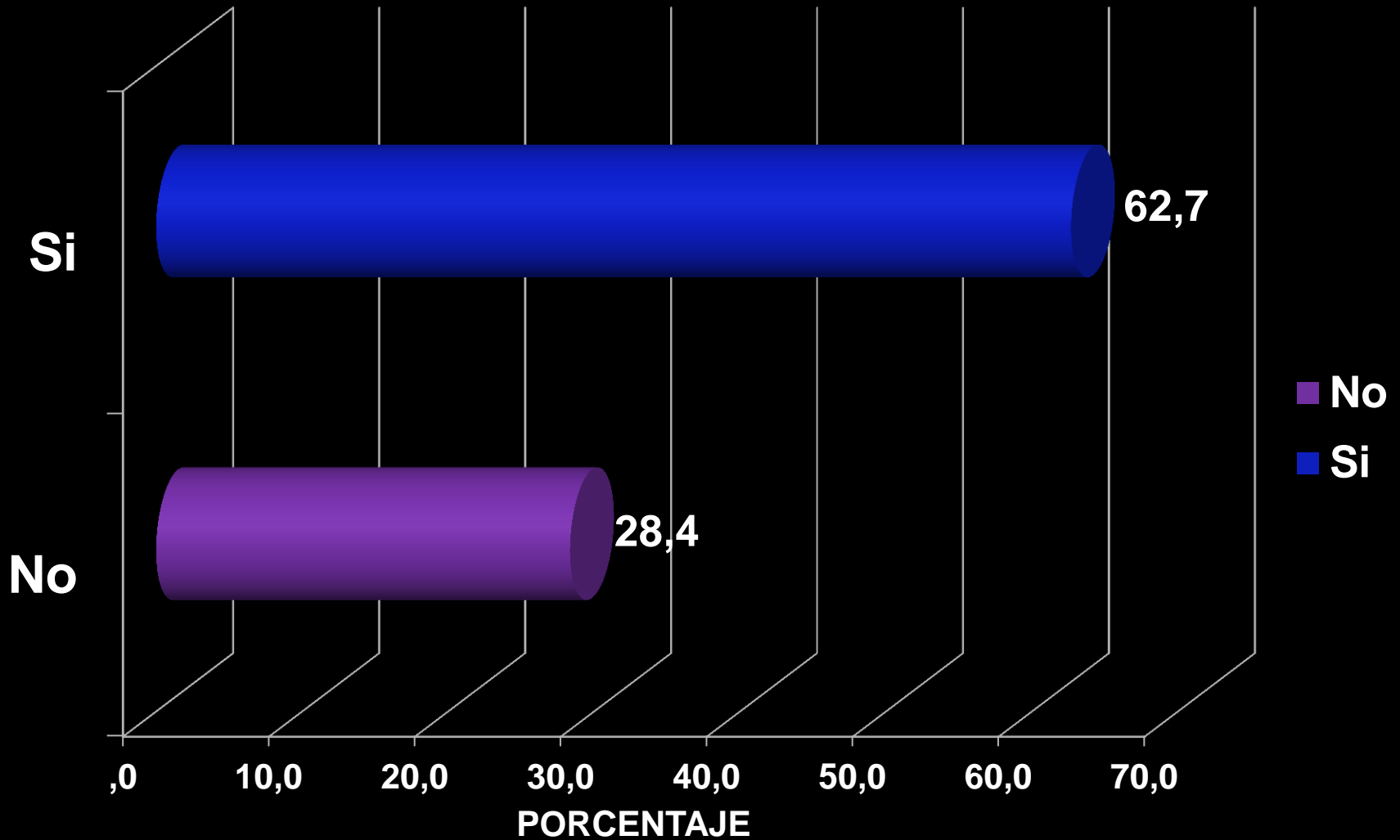
n = 122

RESULTADO ESTÉTICO EN LA REHABILITACIÓN DE IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR



n = 122

LITERATURA REPORTADA DE FRACASO EN LA REHABILITACIÓN DE IMPLANTE ÚNICO ANTERIOR.



DISCUSIÓN

❖ En la zona anterior los implantes están sujetos a los más exactos requerimientos quirúrgicos y protésicos.

❖ La utilización de guía quirúrgica para la rehabilitación de implante único permite una planeación mas predecible y confiable en la ubicación tridimensional del implante, de igual manera el encerado diagnostico permite identificar dificultades potenciales en la restauración de la propuesta de implantación y oclusión del paciente.

❖ En este estudio la condición anatómica más importante para la colocación de implante único anterior fué el manejo de tejido blando en especial la arquitectura gingival y la estabilidad a largo plazo.



❖ La mayor dificultad se presentó cuando se rehabilitaron más de dos implantes adyacentes y el diente más difícil de rehabilitar fue el central.

❖ Busser, reporta el grado de dificultad de la sustitución de varios dientes ya que se requiere maximizar la colocación en las tres dimensiones del espacio evitando troneras, hombros supra-gingivales e irregularidades en los márgenes gingivales.

❖ La carga de implante único anterior de más predominio fue la inmediata.



❖ La provisional temporal atornillada implanto soportada fue la más utilizada, su ventaja radica en que los tejidos blandos se van a beneficiar por la ausencia de restos de cemento. Como también permite modelar el perfil de emergencia. J Caubet Biayna.

❖ La corona cerámica en circonia y la fijación con cemento definitivo fueron los que más reportaron.

❖ Los sistemas cerámicos ofrecen resultados estéticos que pueden ser difícilmente alcanzados con los sistemas metal-cerámicos.



CONCLUSIONES

❖ La ayuda diagnóstica que más se utilizó fue el encerado diagnóstico.

❖ El uso de guía quirúrgica fue mayor en reborde edéntulo unitario que para post exodoncia.

❖ La condición anatómica mas importante en la rehabilitación de implante único anterior fue el manejo de tejido blando y la estabilidad a largo plazo.

❖ La mayor dificultad en la rehabilitación de implante único anterior fue la restauración de mas de dos implantes adyacentes.



❖ El diente más difícil de rehabilitar para implante único anterior fue el central.

❖ El tipo de carga mas utilizado fue la carga inmediata.

❖ La provisional que más se utilizó fué la atornillada implanto soportada.

❖ El pilar protésico mas utilizado fue el personalizado en circonia.



❖ El tipo de fijación definitiva más utilizado fue la cementada con cemento permanente.

❖ La restauración protésica que más se utilizó en este estudio fue la corona totalmente cerámica en circonia.

❖ El resultado estético de implante único anterior para este estudio fue bueno.



RECOMENDACIONES

❖ Aplicar los conocimientos de la rehabilitación de implante único anterior en la práctica clínica evaluando los resultados a corto, mediano y largo plazo.

❖ Continuar con la línea de investigación sobre los resultados estéticos de la rehabilitación de implante único anterior en los pacientes de UNICOC.



AGRADECIMIENTOS

A la doctora Piedad Malaver por su asesoría metodológica y constante dedicación, al doctor Andrés Guzmán por su apoyo en el desarrollo de dicha investigación y a la doctora Clara López de Mesa por su asesoría estadística.



GRACIAS

COLEGIO ODONTOLÓGICO

Pardo F, Vallejo C

