

USO DE SOBREDENTADURAS SOPORTADAS POR IMPLANTES DENTALES

Casas R.^{*}, Forero C.^{*}, Gasca N.^{*}, Herrera E.^{*}, Niño G.^{*}, Ortega H.^{*}, Rojas P.^{*}
Arango J.^{**}
Alarcon M.^{***}
González M.A.^{****}

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

RESUMEN

A lo largo de la historia se han venido buscando nuevos y mejores tratamientos para la rehabilitación de pacientes totalmente desdentados que manejan prótesis convencionales y se han dado cuenta de los problemas que estas presentan como lo son la estabilidad, retención, soporte y estética entre otros. En la actualidad el mejor tratamiento que se conoce para el manejo de estos pacientes son las sobredentaduras removibles soportadas por implantes dentales, las cuales presentan mejores características en cuanto a funcionalidad se refiere. Las sobredentaduras se describieron a finales de los 70 y principios de los 80 y a partir de este instante se han venido realizando estudios para mejorar cada vez más y así poder brindar una mejor calidad de vida a los pacientes. Se realizó un estudio en base a la revisión de la literatura y la comparación de una serie de artículos científicos para así poder obtener algunas conclusiones con respecto a las sobredentaduras, presentando desventajas como son las intervenciones quirúrgicas, el costo de los implantes, las cirugías y el trabajo de prostodoncia, dejando muchas ventajas y devolviendo funciones muy importantes como son la función masticatoria y la función fonética además de una buena estética. Son tratamientos muy viables, dependiendo del tipo de pacientes si presentan un reborde en condiciones normales ó con la altura ósea mínima requerida para la colocación de los implantes, en caso de no presentar estas condiciones se procede a un tratamiento más complejo. En cuanto a la supervivencia se encuentra que esta es muy alta, y existe mayor fracaso en el maxilar inferior, siendo este relativamente bajo.

INTRODUCCION

Colombia tiene un índice elevado de pacientes desdentados parcial o totalmente a los cuales se les realizan diferentes tratamientos protésicos porque su situación económica les impide realizarse un tratamiento implantológico. Estos tratamientos protésicos muchas veces son incómodos y estéticamente aceptables.

Como en Colombia no hay condiciones

económicas para realizar un estudio de casos y controles y no se han publicado estudios sobre la viabilidad de la utilización de sobredentaduras removibles soportadas por implantes cabe preguntarse ¿Si las sobredentaduras removibles soportadas por implantes pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes, mas que las dentaduras completas convencionales?

Este estudio es de gran importancia ya que tiene en cuenta algunos inconvenientes siendo el más importante el de la inestabilidad y todo lo que esto conlleva, además se buscan nuevas expectativas para la realización de un tratamiento a pacientes totalmente edentulos, que tengan reborde alveolar

* Alumnos del Colegio Universitario Colombiano.

** Asesor Científico. Especialista Magister Prostodoncia, Magister Educación.

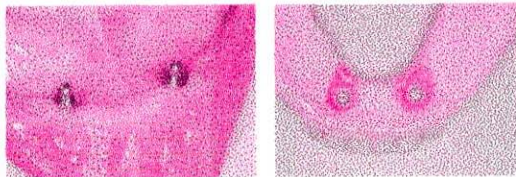
*** Codirector. Od, Cirujana, Implantóloga y Patóloga Oral.

**** Asesor Metodológico. Od, Magister en Administración de Salud.

irregular, que presenten patologías orales, como lo es el caso de las sobredentaduras soportadas por implantes.

Por medio de este estudio se pretende dar a conocer las ventajas y desventajas, indicaciones, procedimientos de las sobredentaduras soportadas por implantes. Se espera satisfacer las necesidades de las personas totalmente desdentadas brindando un tratamiento completamente innovador, funcional y así poder brindar salud oral y estética a las personas que requieran este tratamiento.

La sobredentadura es un aparato protésico instalado sobre uno o varios dientes naturales remanentes en los cuales la relación corona raíz se reduce significativamente para obtener un espacio adecuado que permita la elaboración de la prótesis y su posterior instalación sin alterar la dimensión vertical y la estética del paciente. Estas sobredentaduras también se pueden manejar en pacientes totalmente edentulos por medio de implantes dentales y mecanismos de retención. (ROLDAN, ZEA, 1997).



Mecanismos de Retención ubicados en maxilar inferior y sobredentadura.

Desde hace aproximadamente 10 años se sabe que en condiciones ideales ciertos cuerpos extraños apropiados pueden insertarse en los maxilares, pudiendo funcionar como prótesis individuales o pilares para restauraciones fijas o removibles. El material mas biocompatible para los implantes es el titanio, los cuales se van a implantar en el hueso alveolar y van a

tener un proceso de oseointegración y durante este periodo no se deben cargar los implantes y se deben tener unos cuidados especiales puesto que están comunicados con la cavidad oral y corren el riesgo de infectarse debido al acumulo de bacterias en los pilares del implante, para esto se debe educar al paciente para una buena higiene oral y el odontólogo debe realizar una buena profilaxis periodontal a los pilares de los implantes. (MASSON, 1992).

Es importante previo a cualquier procedimiento quirúrgico y quirúrgico tener en cuenta ciertos aspectos biomecánicos y funcionales que ayuden a entender y a enfocar con mayor solidez el tratamiento establecido. Con respecto a la relación implante hueso alveolar, debido a que el titanio es 10 veces más resistente y más rígido que el hueso se puede esperar que cuando un implante oseointegrado soporta algún tipo de fuerza, el titanio va deformarse en una menor escala que el hueso alveolar, en el caso de fractura, esta se limita en la mayoría de los casos, a la interfase implante-hueso, y muy rara vez a nivel del implante. El diseño roscado en forma de tornillo distribuye mejor las cargas tanto verticales como horizontales gracias a sus roscas redondeadas, todo el estrés se distribuye más adecuadamente. Al mismo tiempo es importante tratar de obtener una fijación bicortical tanto de la porción más superior del implante como la más apical del mismo. La carga del implante en función debe ser progresiva para permitir una remodelación y maduración ósea. (BEUMER, 1991).

La comparación estructural entre una prótesis soportada por implantes, dientes naturales y una prótesis total, la prótesis soportada por implantes esta fijada firmemente, por medio de los implantes, al hueso; por lo tanto no se presenta absorción durante el choque

masticatorio. La prótesis total se adapta directamente sobre la mucosa, la cual presenta una base totalmente inestable. En la dentición natural existe el ligamento periodontal con sus receptores de membrana; por lo tanto desde el punto de vista de absorción de choque, la dentición natural presenta un rango de absorción mayor que entre una prótesis total y una prótesis totalmente soportada por implantes. (BEUMER, 1991).

La distribución de fuerzas sobre los implantes se presentan como cargas horizontales, verticales y tangenciales, siendo las verticales las de mejor pronóstico para los implantes como para todos los componentes restauradores. (CARR,LANEY, 1987).

La distancia adecuada entre implantes debe ser 7 mm, entre el centro de implante e implante para obtener mejores resultados biomecánicos, estéticos y periodontales. La disposición del arco se considera de mejor pronóstico curvo para así obtener un tripoidismo adecuado que soporte mejor las fuerzas. La longitud anteroposterior ideal es de 9 mm, la extensión del extremo libre de la prótesis como máximo debe duplicar la longitud anteroposterior. Para la rehabilitación se tendrán en cuenta requisitos estéticos, fonéticos, óseos, periodontales y biomecánicos. (ECHEVERRY, 1992).



Distancia Adecuada entre Implantes.

El uso de prótesis removibles retenidas y sujetas por implantes, especialmente en la mandíbula edentula, puede mejorar mucho la calidad de vida de los pacientes que no pueden funcionar con

las dentaduras completas convencionales. La mayoría de los pacientes prefieren una prótesis fija a una removible, pero algunos, por limitaciones anatómicas, fisiológicas o de higiene oral solo pueden llevar una prótesis removible. Tanto en maxilar superior como en maxilar inferior se encuentra buena retención para una prótesis completa pero esta se puede mejorar con la colocación de implantes y así evitar que el hueso alveolar se colapse. En casos cuando en la arcada opuesta a una dentadura completa hay dientes naturales, puede haber una rápida absorción de la cresta edentula. Si se colocan dos o más implantes en el maxilar edentulo y se fabrica una sobredentadura, se reduce el riesgo de reabsorción. (BEUMER, 1991)



Sobredentadura Maxilar Inferior.

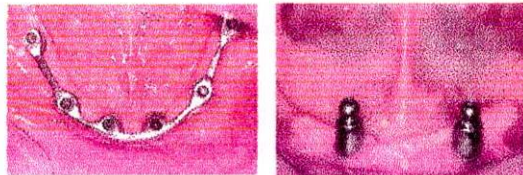
Muchos pacientes mayores con fisura palatina han perdido la parte premaxilar además de muchos dientes, y por lo tanto la base del maxilar es mala. Para este tipo de pacientes es ideal la sobredentadura, los pacientes a los que se les ha practicado una resección del maxilar son un reto para los prostodoncistas, una prótesis completa con obturador puede restaurar la fonética y la deglución, pero la masticación es difícil, porque la retención, estabilidad y el soporte son muy malos. Las sobredentaduras retenidas y sujetas por implantes han mejorado sustancialmente la funcionalidad de estos pacientes. Los pacientes a los que se les ha practicado la resección de partes de la mandíbula después de la extirpación de tumores

orales, también pueden mejorar mucho la funcionalidad con una sobredentadura. Al planificar la colocación de dos implantes y la fabricación de una sobredentadura removible, hay que realizar un examen intraoral exhaustivo. Los implantes sujetarán la dentadura, pero también compartirán la carga oclusal con el mucoperiostio. (BEUMER, 1991)

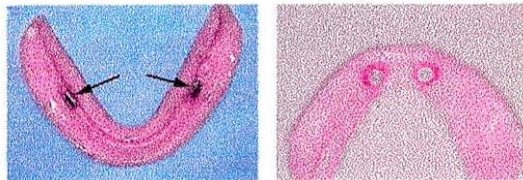
El objetivo del tratamiento es la elaboración de una prótesis mucosoportada con un sistema adicional de retención sobre implantes. Al igual que en las prótesis completas convencionales, la extensión de las bases estará en función de las zonas de soporte y de sellado periférico, y la posición de los dientes estará en función de la estética, fonética y oclusión; estos dos factores, extensión de las bases y posición de los dientes, van a delimitar el espacio disponible para los implantes y el sistema de retención. Siguiendo este principio, la estructura implantosoportada se ubicará sobre el reborde alveolar, entre las caras vestibular y lingual de la prótesis, respetando tanto el espacio funcional de los labios, los carrillos y la lengua, como la posición ideal de los dientes y dejando espacio suficiente para el acrílico de la base de la prótesis, esta alojará en su interior los elementos de retención correspondientes (clips, machos de los ataches ERA, anillos de goma, etc.). Cuando la estructura de acrílico de la prótesis sea delgada y en particular en los casos en que el antagonista no sea una prótesis completa, se puede colocar como refuerzo una estructura metálica colada (HERRERO, 1995).

Los sistemas de retención son de dos tipos, sistema barra-clip y los ataches individuales, como dispositivos O-Ring o imanes. En el maxilar inferior se utiliza el sistema barra-clip sobre dos o

cuatro fijaciones. Este sistema está basado en la existencia de una estructura colada, fijada sobre implantes, que permite la inserción o acoplamiento de un clip de retención. El sistema barra-clip está diseñado para permitir y compensar la resiliencia de la mucosa alveolar de soporte (HERRERO, 1995).



Sistemas de Retención Tipo Barra (Izquierda), Tipo O-Ring (Derecha).



Aditamentos de Retención, Barra (Izquierda), O-Ring (Derecha).

La barra de retención que divide el clip puede ser tipo Hader modificada, es decir, en T, o Dolder, en forma de gota, ambas para clips resilientes de oro o de plástico; el diseño de las barras Hader o Dolder confiere, además, gran rigidez a la estructura. La utilización de estructuras coladas sobre cuatro implantes muy próximos dos a dos contribuye a la rigidez del sistema por el efecto conocido en física como empotramiento; por el contrario, las barras sobre anclajes responden al efecto llamado articulación, siendo todo el sistema, más homogénea será la distribución de cargas a los implantes, minimizándose las fuerzas tangenciales. En los casos tratados con cuatro fijaciones, en los extremos de la barra y distales a los últimos implantes se colocarán además las partes hembra de

dos ataches ERA. Los ataches ERA están compuestos por dos partes, una hembra metálica unida a la barra y un macho de plástico colocado en la prótesis. Esta parte plástica es fácilmente recambiable, existiendo en cuatro grados diferentes de retención al igual que el clip, los ataches ERA son resilientes, de forma que solo se activan cuando se intenta desalojar la prótesis, pero no durante la masticación; para los sistemas de retención, se utiliza una mínima retención de modo que el paciente utilice una prótesis funcionalmente aceptable, tratando de evitar así sobrecargas para los implantes o fracturas en la prótesis. (HERRERO,1995).

Los ataches O-Ring son sistemas de retención colocados de forma independiente sobre cada implante compuestos por una parte macho y un anillo de retención o hembra. La parte macho, con forma de bola unida por un cuello al pilar, se atornilla directamente a las fijaciones y la parte hembra, formada por un anillo de goma insertado en un soporte metálico estará empotrado en la prótesis. En las sobredentaduras con este sistema de retención los implantes no están ferulizados y la carga transmitida por la prótesis repartirá de forma independiente sobre cada uno de ellos, lo que hace más difícil su control (HERRERO,1995).

En el caso de las sobredentaduras superiores, al igual que en el maxilar inferior, estas son prótesis totales mucosoportadas, con mecanismos adicionales de retención; para conseguir suficiente soporte mucoso, la base debe extenderse a todo el reborde alveolar, incluyendo las tuberosidades posteriores del maxilar y ocupar el fondo del vestíbulo con sellado periférico. La estructura o dispositivos colocados sobre implantes solo deben a la

retención y estabilidad de la prótesis, pero no a su soporte (HERRERO,1995). En relación a la estética, las sobredentaduras permiten una reposición óptima de los soportes perdidos por la reabsorción del reborde alveolar, que en el maxilar superior sigue una dirección centripeta, provocando el colapso de los labios.

Para las sobredentaduras superiores, se utiliza el sistema de retención barra-clip, sobre un mínimo de cuatro implantes a ambos lados de la línea; la barra será tipo hader modificada o dolder, para clips de retención de oro o de plástico. A diferencia del maxilar inferior, la resiliencia uniforme de la mucosa y la morfología del reborde alveolar va a permitir colocar múltiples clips de retención situados en diferentes ejes, pues no va a existir movimientos de rotación (HERRERO,1995).

Para obtener un diagnóstico apropiado se debe realizar una buena historia clínica, teniendo en cuenta el correcto diligenciamiento de la anamnesis, un buen examen clínico y radiográfico, en donde una radiografía panorámica ayudará a determinar la ubicación de los implantes. Una radiografía de perfil servirá para observar la anatomía buco-lingual, y la angulación de la cresta en la región anterior de la mandíbula. También servirá para comprobar la densidad de hueso. Se debe contar con una férula radiológica, la cual servirá para saber el número, longitud, diámetro, posición y dirección de los implantes (HERRERO,1995).

Para la cirugía, teniendo la férula quirúrgica (duplicado del encerado de diagnóstico), se procede a la primera fase quirúrgica, que es la colocación de los implantes. Se espera el periodo de oseointegración y se procede a la segunda fase quirúrgica que consiste en el abocamiento transmucoso de los implantes (HERRERO,1995).

En el tratamiento posquirúrgico, después de la operación el paciente no podrá llevar la dentadura durante 10 a 14 días. Cuando la herida haya cicatrizado, se rebaja la dentadura y se hace un rebase con acondicionador de tejido hasta que se obtenga la oseointegración (BEUMER, 1991).

Para el diseño de la prótesis después de aproximadamente dos o tres semanas de cicatrización se toma la impresión preliminar en alginato, previamente se han colocado muñones de transferencia de hidrocoloide roscados en los cilindros del pilar (BEUMER, 1991).

Se obtiene el modelo y sobre el se confecciona la cubeta individual para proceder a la toma de la impresión definitiva, la cual debe tener un buen detalle del tejido blando, esta se toma dos o tres semanas después de la cirugía. Se obtiene el modelo y sobre el se confecciona la sobredentadura (HOBBO, 1991).

Para la toma de registros se realizan bases mucosoportadas sobre el modelo para usarlas en el registro interoclusal. Se toma la relación bicondilomaxilar y se monta en el articulador, se prueba el encerado de la prótesis. Se confecciona la estructura de retención en donde se toma un registro en silicona, se realiza el encerado y colado. Se hace la comprobación del ajuste pasivo de la estructura, y se procede al procesado de la prótesis, se toman registros para remontar en articulador y por último se coloca la prótesis (HERRERO, 1995). En cuanto al mantenimiento se le debe explicar al paciente una buena técnica de higiene para los implantes y para la prótesis. Se establecen programas de revisiones para el mantenimiento de los implantes y de la prótesis por parte del odontólogo (HERRERO, 1995). La reconstrucción protésica depende en cierto grado de la naturaleza del implante o los implantes utilizados. A

parte de esto, existen sin embargo, unas cuantas reglas generales aplicables a todos los sistemas de implantes disponibles en la actualidad. Dichas reglas se diferencian principalmente en dos aspectos: prevención de la formación de placa y oclusión funcional (HERRERO, 1995).

El objetivo general fue determinar el uso de sobredentaduras removibles soportadas por implantes dentales y dentro de los objetivos específicos: identificar las ventajas y desventajas de las sobredentaduras, conocer las indicaciones y contraindicaciones acerca de las sobredentaduras, conocer la viabilidad y supervivencia de las sobredentaduras.

METODO

El tipo de estudio realizado fue una revisión bibliográfica, cuyo objeto de estudio son las sobredentaduras soportadas por implantes dentales; como unidades temáticas se tuvieron en cuenta ventajas y desventajas, indicaciones y contraindicaciones, viabilidad y supervivencia.

Como fuentes de información se visitaron las siguientes bibliotecas: Biblioteca Luis Angel Arango, Pontificia Universidad Javeriana, Colegio Universitario Colombiano, CIEO, se revisaron 12 libros, 10 artículos y 6 direcciones de internet.

RESULTADOS

Ventajas

John Beumer y Steven G. Lewis en el año de 1990 dan como ventajas que el uso de sobredentaduras removibles retenidas y sujetas por implantes pueden mejorar mucho la calidad de vida de los pacientes que no pueden funcionar con las convencionales. Sumiya Hobbs en

1991 "Implantes oseointegrados en sobredentaduras" confirma lo dicho por Beumer, diciendo que pacientes que cambiaron de prótesis convencionales a sobredentaduras mostraron un modelo de mejor función. En Colombia en un estudio realizado por Miguel Roldan Pérez y Francisco Zea Restrepo en 1997 llamado "Rehabilitación del paciente edentado" corroboran en otros términos que el paciente da una aceptación de tratamiento, se vuelve receptivo y valora más el tratamiento cuando experimenta mejoría en la función. Lo mismo dice Robert L. Defranco en el año de 1999 en la "Prostodoncia total de Winkler Sheldon" que los pacientes aumentan la habilidad y aceptación en el manejo de su dentadura.

John Beumer y Steven Lewis en el año de 1990 en el libro "The Branemark Implant System" se refieren a la higiene oral como una gran ventaja que tienen las sobredentaduras, por su fácil acceso, además que la estética es mayor y puede solucionar defectos congénitos, traumáticos o quirúrgicos. En 1991 Sumiya Hobbs en el capítulo de implantes oseointegrados en sobredentaduras agrega que la ventaja de la higiene oral debería ser considerada para un paciente que opta definitivamente por un tratamiento de implante oseointegrado, pero que no puede tener la destreza para el mantenimiento higiénico de una prótesis fija. En 1995 Mariano Herrero Climent y su hermano Federico Herrero Climent en "Atlas de procedimientos clínicos en implantología oral" son más explícitos postulando que las sobredentaduras al ser aparatos removibles permiten fácil acceso para la higiene y mantenimiento de los implantes, hablan de la estética que permiten las sobredentaduras en una reposición óptima de los tejidos de soporte perdidos por la reabsorción del reborde alveolar y en los desdentados

superiores la reposición óptima de los tejidos de soporte para labio.

Mariano Herrero Climent y Federico Herrero Climent en el año de 1995 en el "Atlas de procedimientos clínicos en implantología oral" mencionan que son prótesis totales mucosoportadas con mecanismos adicionales de retención. En el año de 1997 Miguel Roldan Pérez y Francisco Zea Restrepo en el artículo "Rehabilitación del paciente edentado" agregan que hay mayor estabilidad en la prótesis inferior ante todo si se usan los elementos de retención. En 1997 Defranco, Robert L. Habla de la retención y especifica la ayuda de estas prótesis para un mejor soporte.

Mariano Herrero Climent y Federico Herrero Climent en el año de 1995 fueron los únicos que mencionaron que la zona de mejor recepción para los implantes, de fácil acceso quirúrgico, mejor disponibilidad ósea y mayor supervivencia es el maxilar inferior.

En 1987 Carl y Col. postula que con las prótesis soportadas por implantes se puede mejorar mucho las fuerzas generadas por la masticación.

Desventajas

En el año de 1990 John Beumer y Steven Lewis en el libro "The Branemark Implant System" dan como desventajas las limitaciones estéticas anatómicas, fisiológicas y de higiene oral, en pacientes que presentan reabsorción ósea. En el año de 1991 Sumiya Hobbs en el capítulo de implantes oseointegrados en sobredentaduras refiere que las sobredentaduras pueden presentar desventajas similares a las convencionales, pueden ser voluminosas, y corrobora la pérdida de tejido de soporte blando o duro.

Mariano Herrero Climent y Federico Herrero Climent en el año de 1995

contradicen algunos autores que dicen que las sobredentaduras ofrecen soporte, pero ellos mencionan que los dispositivos colocados solo contribuyen a la retención y estabilidad pero no al soporte. Defranco Robert L, en 1999 menciona que el factor de costo y tiempo es una desventaja, contradice lo dicho por Carl y Col. en 1987, refiriendo que la carga funcional colocada es muy excesiva.

Las ventajas de los sistemas de implantes ITI es que la distribución de carga y el incremento del número de implantes puede disminuir la magnitud de estrés en el hueso de cada implante según Albreksson en 1994.

La conexión rígida de 3 o 4 implantes por una barra curvada en forma de U puede soportar los esfuerzos o las cargas axiales sobre los implantes con carga inmediata de prótesis según Lederman, Grabe y Besimo en el 2000.

El sistema de implantes IMZ tiene la ventaja de poseer una extensión transmucosa del implante y un elemento intramovil que minimiza la resistencia elástica del ligamento periodontal, según Smith y Zarb en 1989.

El uso de dos implantes y una sobredentadura mucosoportada aumenta la retención y la estabilidad de la dentadura según Abram C. L. den Dunnen y colaboradores en 1998.

Las desventajas de los implantes ITI son la pérdida ósea marginal, movilidad del implante, pérdida ósea vertical mayor a 0.2 mm por año, infección periimplantaria según Claudio Gatti, Werner, Haefliger y Matteo Chiapasco en el 2000. La desventaja en los implantes IMZ son la fractura del tornillo, cambios de espesor en el hueso marginal, inflamación de tejido blando, complicaciones mecánicas, cambios de espesor en el hueso de 1 mm o más, hipertrofia de tejido blando según Smith y Zarb en 1989.

Al realizar extensión del cantiliver se fractura la superestructura, se presentan ulceraciones decubitales, presencia de periimplantitis según Abram C.L. den Dunnen en el artículo "Ajustes y complicaciones de sobredentaduras mandibulares soportadas por 4 implantes, una comparación entre la superestructura con y sin extensión del cantiliver" en 1998.

Indicaciones

Dentro de las indicaciones se encuentran pacientes con defectos congénitos, traumáticos o quirúrgicos, pacientes con fisura palatina que han perdido parte pre-maxilar, a quienes se les halla realizado resección del maxilar o de la mandíbula después de la extirpación de tumores orales, según John Beumer y Steven G. Lewis en 1990, lo que corrobora Smith y Zarb en su estudio de título "Tratamiento protodóntico en pacientes que reciben implantes de estudiantes de pregrado: 5 años de seguimiento con el sistema IMZ" en 1991.

Las sobredentaduras están indicadas en aquellos pacientes desdentados totales con problemas de estabilidad y retención de sus prótesis convencionales, según Mariano Herrero Climent en 1993, también afirmaron que una sobredentadura esta indicada cuando hay limitaciones anatómicas, oclusales, fonéticas, estéticas y deformaciones maxilares congénitas, que corroboran Abram C. L. Den Dunnen y colaboradores en el estudio "Ajustes y complicaciones de sobredentaduras mandibulares soportadas por cuatro implantes. Una comparación entre la superestructura con y sin extensión del cantiliver".

Contraindicaciones

Dentro de las contraindicaciones se encuentran pacientes con hueso insuficiente en el área interforamidal de la mandíbula, severas discrepancias intermaxilares esqueléticas, hábitos severos de fuerza o bruxismo, abuso de drogas y alcohol, fumadores empedernidos, pacientes que han recibido radioterapia en las regiones de cabeza y cuello, enfermedad crónica del hígado, diabetes no controlada, hemofilia, desordenes de coagulación, pacientes VIH, higiene oral deficiente, enfermedades de la mucosa como liquen plano, según Claudio Gatti, Werner Haefliger y Matteo Chiapasco en el estudio "Implantes mandibulares cargados inmediatamente con prótesis: un estudio prospectivo de implantes ITI" en el 2000.

Las sobredentaduras soportadas por implantes están también contraindicadas en pacientes con enfermedad periodontal, con resorción ósea y problemas de inflamación y neurofuncionales, según Robert L. Defranco en 1999.

Viabilidad y Supervivencia

La viabilidad y la supervivencia de este tratamiento pueden depender de diferentes factores, la anatomía ósea del paciente como la suficiente disponibilidad ósea para la colocación de implantes, así como capacidad económica, la predisposición del paciente y que este no presente ninguna contraindicación a los procedimientos quirúrgicos y posquirúrgicos. En términos generales es una buena opción de tratamiento para aquellos pacientes que quieran recuperar sus funciones masticatorias, fonéticas y la estética.

La tasa acumulativa de supervivencia de los implantes ITI al final del periodo del seguimiento era del 96%, basados en los criterios propuestos por Albreksson y Col. En el presente estudio no se encontró correlación entre las dimensiones del implante y las tasas de éxito, además el patrón analizado es demasiado pequeño para obtener resultados significativos.

En un reporte de seguimiento de 3 años la tasa de fracaso fue de 33% para mandibulares con prótesis y el 27.6% para los maxilares en 1994 por Albreksson.

La inflamación se presentó alrededor del 80% de los implantes IMZ, las pérdidas de hueso no alcanzaban el ápice, se observó alrededor de 14% de los implantes, en algunos se encontró que los tornillos se habían perdido y se apretaron de nuevo, todas las prótesis están todavía en función y todos los implantes están inmóviles.

La viabilidad y supervivencia en la comparación entre la superestructura con y sin extensión del cantiliver (Clinic of Maxillofacial Prosthodontics and Special Dental Coire of de College of Dental Science University of Nijmegen the Netherlands) ningún implante estaba perdido en ningún grupo de estudio, el porcentaje del fracaso del tratamiento con implantes era más bajo que en otros estudios aunque este grupo de pacientes solo se había seguido por dos años.

Los pacientes desdentados con sobredentadura mandibular sostenida por 4 implantes con una superestructura a barra con o sin extensiones del cantiliver presentaron un porcentaje de fracaso del implante del 0% durante 2 años.

CONCLUSIONES

Ventajas.

Es un tratamiento ideal para pacientes que no se sienten cómodos con las prótesis convencionales y buscan una alternativa diferente para mejorar su calidad de vida.

Las sobredentaduras mejoran la estética de los pacientes y además facilitan la higiene oral por ser aparatos removibles, además de mejorar la funcionalidad.

Desventajas.

Algunas limitaciones anatómicas que tengan como característica una reabsorción ósea resulta ser una desventaja para la planeación del tratamiento.

El factor tiempo y costo del tratamiento puede ser una limitante para el paciente al momento de la valoración.

Indicaciones.

Las sobredentaduras son un excelente tratamiento para pacientes totalmente desdentados con problemas de retención y estabilidad de sus prótesis convencionales.

Este tipo de tratamiento se puede aplicar en pacientes con defectos congénitos, traumáticos, quirúrgicos, además cuando presentan limitaciones fonéticas, estéticas y oclusales.

Contraindicaciones.

Se corre el riesgo de fracasar en el tratamiento cuando se realiza en pacientes que presenten hábitos, y enfermedades sistémicas.

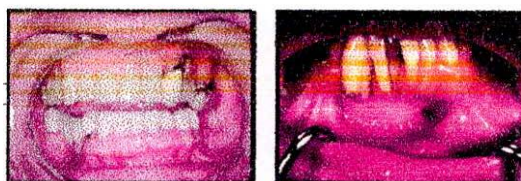
Supervivencia y Viabilidad.

La supervivencia del tratamiento es alta, presentando un mínimo de fracaso en el maxilar inferior.

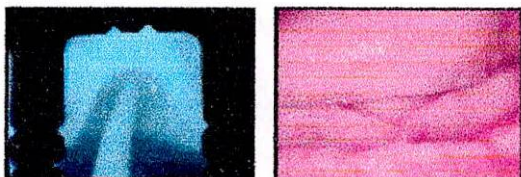
RECOMENDACIÓN

Se recomienda realizar un estudio de caso control, para así corroborar la información obtenida por diferentes estudios realizados en otros países.

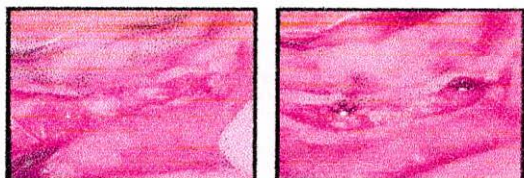
CASO CLINICO



Selección del Paciente



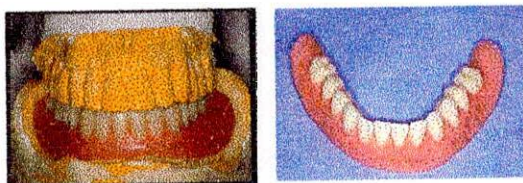
Exámenes Complementarios (Izquierda).
Adecuación del Reborde (Derecha).



Fase Quirúrgica, Colocación de los
Implantes.



Diseño Sistemas de Retención.



Diseño Prostdoncia Removible.



Entrega Del Tratamiento.



Inicial

Final

BIBLIOGRAFIA

BEUMER J. Sistema de implantes Branemark, Procedimientos Clínicos y de Laboratorio, Ed. Espax, S.A., p. 111 - 155, 1991.

CARR A, LANEY W. Maximun Oclusal Force Levels in Patients with Oseointegrate Oral Implant Protoses and Patients with Complete Dentures, 1987.

DEFRANC R. Sobredent Winklers Prostdontic Total. Mexico D.F. Ed. Interamericana, 1982.

DEFRANCO R. Prostdoncia Total Winkler, p. 473 - 495, 1999.

ECHEVERRY M. Alternativas Protésicas y Aspectos Biomecánicos en Oseointegración, Ed. BB de la F, p. 96 - 107, 1992.

GEERING A, KUNDERT M. Atlas de Prostdoncia Total y Sobredentaduras, Barcelona, Ed. Salvat, 1988

HERRERO M, HERRERO F. Atlas de Procedimientos Clínicos en Implantología Oral, Ed. Marban, p. 249 - 271, 1995.

HOBBO S. Oseointegración y Rehabilitación Oclusal, Ed. Marbar. P. 188 - 208, 1991

MASSON. Atlas de Prótesis de Coronas y puentes, Ed. Salvat, p. 87 - 97, 1992

MCKINNEY R. Implantes Dentales Endoóseos, Ed. Moslay, p. 378 - 381, 1993.

ROLDAN M, ZEA F. Rehabilitación del Paciente Edentado, Ed. Universidad de Antioquia, p. 230 - 259, 1997.

SCHOEDER A. Implantología Oral, Ed. Panamericana, p. 308 -313, 1989.

JOURNAL RESTORATIVE DENTISTRY, vol: 78 - 9: 1544 - 1553, 1999.

JOURNAL ORAL MAXILLOFACIAL SURGEONS, vol: 58: 382 - 387, 2000.

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF ORAL AND MAXILLOFACIAL IMPLANTS, vol: 15: 383 - 388, 2000.

THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY, vol: 81 - 5: 568 - 73, 1999.

THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY, vol: 82 - 2: 188 - 96, 1999.

THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY, vol: 82 - 2: 242 - 45, 1999.

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PROSTHODONTICS, vol: 11 - 4: 307 - 11, 1998.

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PROSTHODONTICS, vol: 12 – 5: 385 – 90, 1999.

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PROSTHODONTICS, vol: 13 – 2: 125–30, 2000.

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PROSTHODONTICS, vol: 14 – 1: 27 – 31, 2001.

www.axon.es/paginas/textos/10745.html

www.bicon.com/bulletin/current/b_bulletin_s_p.html

www.dentalnet.cl/rehabilita/ago98/

www.infomed.es/sei/jomi/95v6-744.html

<http://odontologia.uchile.cl/catedras/protremo/implante/index.html>

www.restoreteeth.com/cummpub1.htm

CORRESPONDENCIA

Ricapa3@latinmail.com

Camifo@hotmail.com

Nidi@hotmail.com

Eliaherr@uol.com

Ganco13@latinmail.com

Gisse@latinmail.com

Patrojas97@hotmail.com