

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

Pardo, FM; Vallejo C.*
Guzmán A. **
Malaver, P. ***
López de Mesa, C. ****

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la experiencia en la rehabilitación de implante único anterior. **Método:** Estudio descriptivo. Se diseñó una encuesta estructura, con 18 preguntas aplicada a Odontólogos. El instrumento fue validado mediante una prueba piloto, posteriormente se realizó la recolección de datos. **Resultados:** De las 134 encuestas aplicadas 12 se anularon por estar incompletas. La condición anatómica más importante para la colocación de implante único anterior fue el manejo de tejido blando 41.8%. El aspecto más difícil de manejar en la rehabilitación de implante único anterior fue la arquitectura gingival 76.9%. El diente más difícil de rehabilitar fue el central 68,0%. El tipo de carga más utilizado fue la inmediata 63,6%. El provisional más utilizado fue el atornillado implanto soportado 45.5%. El pilar protésico más utilizado fue el personalizado en circonia 43.3%. La corona más utilizada fue la totalmente cerámica en circonia 44.8%. El resultado estético de implante único anterior fue bueno 77.9%. **Conclusión:** La condición anatómica más importante en la rehabilitación de implante único anterior fue el manejo de tejido blando y la estabilidad a largo plazo.

Palabras Claves: Implante único, arquitectura gingival, provisional, Zona estética, tejido gingival.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the experience in rehabilitation of the anterior single implant. **Method:** Descriptive study. A structured survey was designed with 18 questions and it was applied to dentists. The instrument was validated with a pilot study and a data collection was carried out later. **Results:** Of the 134 surveys applied, 12 were annulled because they were incomplete. The most important anatomic condition for the placement of the anterior single implant was the soft tissue handling 41.8%. The most difficult aspect to handle in the rehabilitation of the anterior single implant was the gingival contour 76.9%. The most difficult tooth to rehabilitate was the central incisor 68,0%. The most used loading strategy was immediate loading 63,6%. The most used provisional was the screw retained implant supported crown 45.5%. The most widely used prosthetic was custom circonia 43.3%. The most used definitive restoration was the zirconia based single all ceramic crown 44.8%. The aesthetic result of the anterior single implant was good 77.9%. **Conclusions:** The most important anatomic condition in the rehabilitation of the anterior single implant was the handling of the soft tissue and long term stability.

Key words: single implant, gingival architecture, provisional. Esthetic zone, gingival tissue.

* Investigadores
** Asesor Científico
*** Asesor Metodológico
**** Asesor Estadístico

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la estética juega un papel muy importante ya que cada día los pacientes tienen altas expectativas al respecto, por lo tanto, el clínico debe ir a la vanguardia con los adelantos tecnológicos y científicos para satisfacer las necesidades de los pacientes.

Es un reto para el prostodoncista, la rehabilitación de implante único anterior, considerando que es una zona crítica, por la exigencia estética que demanda.

A pesar del buen conocimiento y pericia del clínico, el manejo de tejidos blandos y duros muchas veces es adverso y es difícil predecir resultados altamente estéticos en zonas críticas como lo es el sector anterior, por lo que, la restauración implantada soportada alrededor de estos tejidos debe estar en completa armonía con los tejidos existentes.(1)

La sonrisa refleja belleza, salud, armonía, bienestar, alegría y la falta de esta genera problemas de autoestima que se pueden ver reflejados en la salud psicológica y funcional de cada persona.

Es imperativo que el clínico trabaje con un equipo interdisciplinario para optimizar los resultados del tratamiento en cuanto a estética de implante único anterior se refiere.

La función, el confort, el acceso para la higiene y la estética son esenciales para la restauración del implante. (2).

Las expectativas del paciente, línea de sonrisa, morfología de los tejidos blandos como papilas, biotipo periodontal y tejidos duros como calidad, cantidad y regeneración ósea, y aspectos radiográficos, deben guiar el tratamiento hacia unos resultados predecibles estéticamente, con el fin de diagnosticar y lograr un plan de tratamiento ideal sobre la rehabilitación del implante único anterior.(3)

Se debe tener en cuenta la posición del implante en las tres dimensiones del espacio. (4).

La colocación del implante 2mm por debajo del margen gingival es mandatorio para proporcionar un adecuado perfil de emergencia. (5)

El objetivo de esta investigación fue evaluar la experiencia en la rehabilitación de implante único anterior.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. La población fueron odontólogos. Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: inclusión: Odontólogo general, Residentes de postgrado, (Prostodoncia), Prostodoncistas, Cirujano oral y maxilofacial.

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, la muestra para la prueba piloto fueron 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

La tabulación se realizó en el programa Excel versión 2007, el procesamiento se realizó en el programa SPSS, versión 16 con estadística descriptiva.

RESULTADOS

De las 134 encuestas aplicadas se seleccionaron 122 por arrojar la información completa en cuanto a la rehabilitación de implante único anterior.

El mayor problema en el manejo de tejidos blandos después de realizar la rehabilitación fue la estabilidad a largo plazo del tejido gingival con un 37,3%, seguido por la arquitectura de la papila interdental con un 23,9%, asimetría de márgenes gingivales con un 16,4% y recesión gingival con un 13,4% (figura 1).

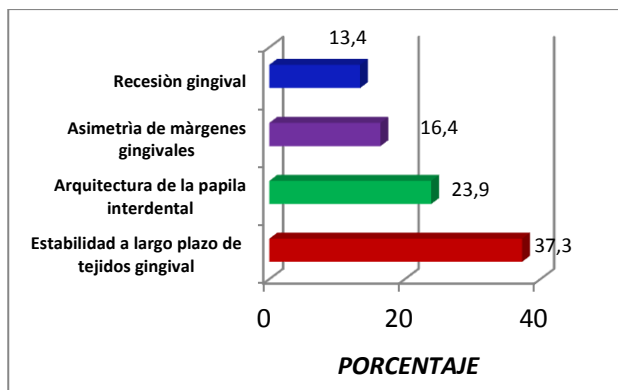


Figura 1. Principales problemas de tejidos blandos en la rehabilitación de implante único anterior.

El diente más difícil de rehabilitar para implante único anterior fue el central con un 68,0%, seguido por el lateral con un 26,2% y el canino con un 5,7%,(figura 2).

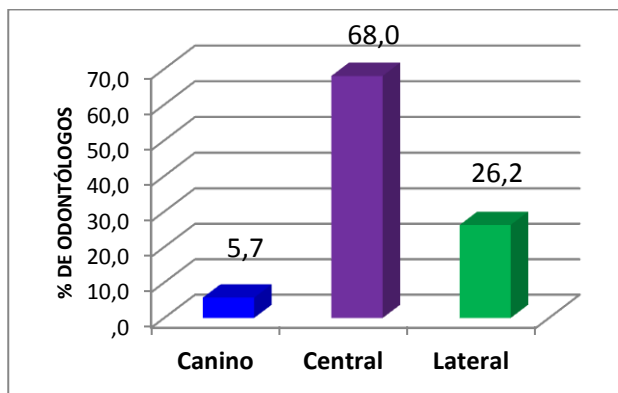


Figura 2. Zona más difícil de rehabilitar en implante único anterior.

El tipo de carga que más se utilizó según los encuestados fue la carga inmediata en un 63,6%, seguido por la carga tardía con un 26,4% y la carga temprana con un 9,9%,(figura 3).

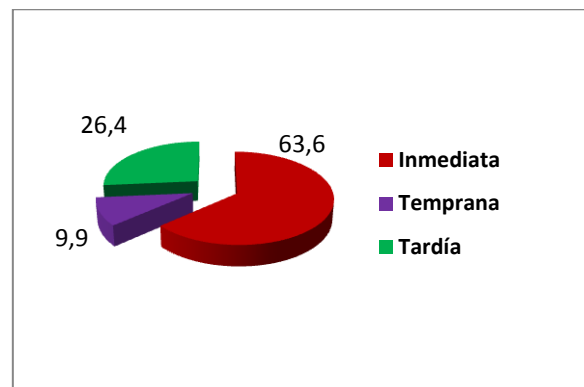


Figura 3. Tipo de carga que se utilizó con más frecuencia en implante único anterior

El resultado estético en la rehabilitación de implante único anterior para este estudio fue bueno con un 77,9% y excelente con un 22,1% (figura 4).

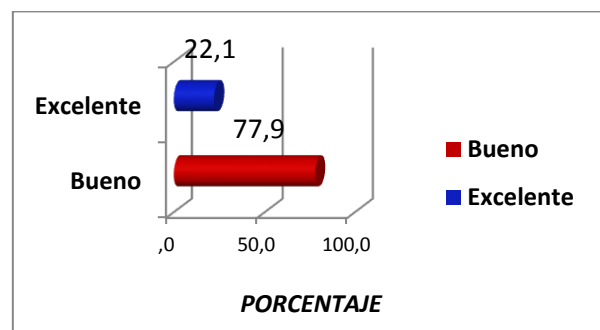


Figura 4. Resultado estético en la rehabilitación de implante único anterior

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 más predecible y confiable en la ubicación tridimensional del implante, de igual manera el encerado diagnóstico permite identificar dificultades potenciales en la restauración de la propuesta de implantación y oclusión del paciente.

Dentro de los aspectos más significativos que logramos identificar; la condición anatómica más importante para la colocación de implante único anterior fue el manejo de tejido blando en especial la arquitectura gingival y la estabilidad a largo plazo. Buser 2004 reportó igualmente la dificultad en el manejo de tejido blando.

La papila gingival juega un papel importante en la protección del periodonto adyacente incluyendo la cresta del hueso alveolar actuando como una barrera biológica contra agresores externos y previniendo la impactación de comida. La pérdida de papila puede generar deformidades estéticas y problemas fonéticos. (6). La distancia que se debe respetar entre el punto de contacto y el hueso interproximal para conservar la papila, debe ser en promedio 5 mm. (7).

La distancia meso distal entre el implante y diente natural debe ser de 1.5 mm y la distancia entre implante -implante 3mm como mínimo. (8).

En cuanto a la rehabilitación en implante único anterior se encontró que la mayor dificultad se presentó cuando se rehabilitaron más de dos implantes adyacentes y que el diente más difícil de rehabilitar fue el central. Busser, 2004 (4), reporta dificultad en 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.

En cuanto a la carga de implante único anterior el que más predominó fue la inmediata, dentro de sus ventajas encontramos menor resorción del proceso

alveolar, acortamiento del tiempo de tratamiento y mejores resultados estéticos y protésicos.(9)

El pilar protésico que más se utilizó fue el personalizado en circonia. Frank H. (5) lo presentó como una gran opción en zonas estéticas ya que las sub-estructuras metálicas pueden transmitir un color desagradable.

La provisional temporal atornillada implanto soportada fue la más usada. Su ventaja radica en que excluye la posibilidad de contaminación por restos de cemento en la cicatrización alrededor de la mucosa. (10, 5). Como también permite modelar el perfil de emergencia.(11)

La corona definitiva fue totalmente cerámica en circonia y la fijación que más se realizó fue con cemento definitivo. Los sistemas cerámicos ofrecen resultados estéticos que pueden ser difícilmente alcanzados con los sistemas metal-cerámicos.

Hoy en día las nuevas cerámicas se asocian con la estética, cualidades mecánicas biocompatibilidad y buen selle marginal.

Estos sistemas son recomendados para la zona anterior especialmente cuando se requieren resultados estéticos altamente satisfactorios. (12).

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 más 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 más de dos implantes adyacentes.

El diente más difícil de rehabilitar para implante único anterior fue el central. El tipo de carga más utilizado fue la carga inmediata.

La provisional que más se utilizó fue la atornillada implantosoportada.

El pilar protésico más 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.

REFERENCIAS

1. Meijndert L, Raghoobar GM, Meijer HJ, Vissink A. *Clinical and radiographic characteristics of single-tooth replacements preceded by local ridge augmentation: a prospective randomized clinical trial*. Clin Oral Implants Res. 2008 dec, 19(12): 1295-3031.
2. Spielman HP. *Influence of the implant position on the aesthetics of the restoration*. Pract Periodontics Aesthet Dent 1996 Nov-Dec;8(9):897-904;quiz 906.
3. Gian Pietro Schincaglia & Hessam Nowzari, *Surgical treatment planning for the single-unit implant in aesthetic areas*, periodontology 2000, vol. 27, 2001, 162–182.

4. Buser D, Martin W, Belser UC. *Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations*. Int J Oral Maxillofac Implants 2004; 19 suppl: 43-61.

5. Frank Higginbottom, Jhon D. Jones, Keith. *Prosthetic Management of Implants in the Esthetic Zone*. Int J. Oral Maxillofacial Implants, 2004;19 (suppl):62-72.

6. Tarnow D, Magner A, Flecher P. *The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence absence or absence of the interproximal dental papilla*. J Periodontol 1992; 63:995-6.

7. Grunder U. *Stability of the mucosa, topography around single –tooth Implants and adjacent teeth: 1 year results*. Int J Periodontics Restorative Dent 2000; 20:11-7.

8. Esposito M, Ekestubbe A, Grondahl K. *Radiological evaluation of marginal bone loss at tooth surfaces facing single Branemark Implants*. Clin Oral Implants Res 1993; 4:151- 155.

9. Werbitz MJ, Goldberg PV, *The Immediate Implant: bone preservation and bone regeneration*, Int J Periodontics Restorative Dent 1992;12:206-217.

10. James A. G. Hall, Alan G. T. Payne, David G. Purton, *Immediately restored, single - tapered implants in the anterior maxilla: Prosthodontic and Aesthetic outcomes after 1 year*. Clinical Implant Dentistry and related Research, volume 9, Number 1, 2007.

11. J. Caubet Biayna, Heras Rincon, Sanchez Mayoral, M, Morey Mas *Management of anteroposterior bone defects in aesthetic restoration of the front teeth*. Rev Esp Cir Oral y Maxilofac 2009;31,2:81-97.

12. Mauricio Barreto, Carlos Francischone, Hugo Nary. *Two prosthetic crowns supported by a single implant- An esthetic alternative for restoring the anterior maxilla* .Quintessence Int 2008;39: 717-725.