

00423

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

PASOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DE LOS
IMPLANTES SUBPERIÓSTICOS

Presentado a:

DR. JORGE HERNANDO ARANGO

Presentado Por:

DIANA SOLANO Cód. 891254

EDUARDO BLANCO Cód. 891257

ALEXANDRA RUBIO Cód. 891267

XIOMARA CÓRDOBA Cód. 891270

ÁNGELA OSPINA Cód. 891285

ROCÍO GONZÁLEZ Cód. 891289

HUGO ALEJANDRO CAÑÓN Cód. 891299

FERNANDO MORA Cód. 891300

DIANA MORENO Cód. 891302

AIDA ORTIZ Cód. 892201

SANTAFÉ DE BOGOTÁ D.C., MAYO DE 1994

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. HISTORIA DE LA IMPLANTOLOGÍA	2
2. ACCIDENTES ANATÓMICOS A TENER EN CUENTA PARA REALIZAR UN IMPLANTE SUBPERIÓSTICO	4
2.1 MAXILAR SUPERIOR	4
2.1.1 Agujero Palatino Anterior	4
2.1.2 Agujero Palatino Posterior	5
2.1.3 Seno Maxilar	5
2.1.4 Fosas Nasaes	6
2.1.5 Eminencia Canina	6
2.1.6 Corticales Alveolares	6
2.1.7 Tuberosidad del Maxilar	6
2.2 MAXILAR INFERIOR	7
2.2.1 Líneas Oblicuas Externas e Internas	7
2.2.2 Agujero Mentonero	7
2.2.3 Canal Dentario	8

3.	FACTORES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA	9
3.1	CALIDAD ÓSEA	9
3.2	TEJIDOS BLANDOS	10
3.3	TIPO DE OCLUSIÓN	10
3.4	SELECCIÓN DEL PACIENTE	11
4.	METALES UTILIZADOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN	12
4.1	CIRCONIO (Zr)	12
4.2	TITANIO (Ti)	13
5.	IMPLANTES SUBPERIÓSTICOS	14
5.1	INDICACIONES	14
5.2	CONTRAINDICACIONES	14
5.2.1	De Tipo Local	14
5.2.2	De Tipo Sistémico	15
5.2.3	De Tipo Psicológico	15
5.3	INSTRUMENTAL Y MATERIALES	15
5.4	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA	16
5.4.1	Primera Cirugía	16
5.4.2	Segunda Cirugía	18
5.5	RECOMENDACIONES POST-QUIRÚRGICAS	19
5.5.1	Dieta	20
6.	PROCEDIMIENTO DE LABORATORIO PARA ELABORAR UN IMPLANTE SUBPERIÓSTICO	22

7. CASOS CLÍNICOS	26
7.1 CASO N° 1	26
7.2 CASO N° 2	29
7.3 CASO N° 3	31
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	38

INTRODUCCIÓN

La implantología es una ciencia que está proporcionando una alternativa a los procedimientos de la Odontología Integral, gracias a ella se han logrado realizar numerosos tratamientos de rehabilitación dirigidos a la restitución anatómica funcional, estética y psíquica del paciente.

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer una nueva alternativa ante la protodoncia removible y en algunos casos ante la prótesis total, como lo es la implantología. Se mostrará cómo la implantología, y en especial los implantes subperiósticos, han ido progresando velozmente con el paso de los años, hasta el punto de que en la actualidad existe un alto índice de éxito.

1. HISTORIA DE LA IMPLANTOLOGÍA

Los implantes de vienen realizando desde el año 1.300. En aquellos tiempos el éxito era un excepción y no se conocía la antisepsia ni los antibióticos. Sin embargo, con LISTER, creador de la antisepsia, y luego, Pasteur mejoró el panorama; pero aún así eran mayores los fracasos que los éxitos pues no se conocía la fisiología ósea y la reacción fisular a los cuerpos extraños.

En 1936, se demostró que el Cromo-Cobalto-Molibdeno y el Titanio no producían alteración celular y por lo tanto podían utilizarse para implantes.

En 1931, aparecen los primeros implantes intraóseos, que eran a manera de canastilla, luego aparecen los tornillos, bloques sólidos con aletas pequeñas y finalmente en 1941 se da a conocer la idea de la cuchilla para poderla colocar en remanentes óseo angostos.

En 1940 se realizaba una cirugía única para implantes subperiósticos dando resultados negativos por los escasos conocimientos científicos.

En los años 60 y 70 se condujo a un cambio total de acto quirúrgico, diseño de la infraestructura y ejecución por parte del laboratorio de los implantes subperiósticos. Hoy en día han surgido diversos períodos de prevalencia de los métodos intraóseos, pero existe un campo amplio para la acción de ambos tipos de implantes.



2. ACCIDENTES ANATÓMICOS A TENER EN CUENTA PARA REALIZAR UN IMPLANTE SUBPERIÓSTICO

En el procedimiento quirúrgico para realizar nuestro implante subperióstico, debemos tener en cuenta los accidentes anatómicos del maxilar sobre el cual estamos trabajando, al igual que las inserciones musculares, los vasos y nervios pertenecientes a esta zona, las zonas óseas retentivas, ya que de estos factores dependerá en gran parte el éxito de nuestro implante.

2.1 MAXILAR SUPERIOR

2.1.1 Agujero Palatino Anterior

Antes de realizar el procedimiento quirúrgico debemos observar por medio de una radiografía, la distancia entre el reborde alveolar y el agujero nasopalatino, ya que esa es además una zona a respetar en el diseño de los conectores del implante; durante la cirugía no debemos seccionar el paquete vásculo-nervioso del na-

sopalatino, ya que esto nos produciría una hemorragia con la cual se alteraría la impresión del hueso.

2.1.2 Agujero Palatino Posterior

Debemos tener en cuenta que este agujero, algunas veces se encuentra relativamente cerca a la línea de incisión; se debe desprender cuidadosamente el colgajo palatino, para evitar lastimar la arteria palatina superior, ya que una hemorragia a este nivel es difícil de contener. Se han presentado casos en los cuales ha sido necesario ligar la arteria palatina superior.

También debemos evitar seccionar el nervio palatino anterior ya que produciríamos parestesia en la bóveda palatina.

2.1.3 Seno Maxilar

Radiográficamente se debe observar si existe neumato-
sis o poco hueso alveolar entre el seno y la fibra
mucosa, esto nos va a traer un posible fracaso de
nuestro implante por fractura de angosto hueso alveo-
lar.

2.1.4 Fosas Nasales

Se debe observar la proximidad de las fosas nasales al reborde alveolar, ya que de ello depende en gran parte el diseño del implante.

2.1.5 Eminencia Canina

Esta zona se debe tener en cuenta ya que por su volumen nos provee un buen punto de retención para nuestro implante (aunque en los pacientes desdentados esta eminencia se va reabsorviendo paulatinamente).

2.1.6 Corticales Alveolares

Estas corticales son los sitios mejor condensados del hueso maxilar superior y sobre ellas irán a descansar nuestros implantes.

2.1.7 Tuberosidad del Maxilar

Es muy importante ya que allí podemos colocar el extremo distal o extensiones de nuestro implante, puesto que tiene un soporte óseo valioso para dicho fin, también se debe tener cuidado de producir una lesión en

el oído medio ya que se puede cortar el tendón del músculo periestafilino el cual al contraer sus fibras fracciona la trompa de eustaquio.

El traumatismo en dicha zona presenta el síndrome de Meniere, el cual afecta el equilibrio postural.

2.2 MAXILAR INFERIOR

2.2.1 Líneas Oblicuas Externas e Internas

Antes de realizar cualquier implante debemos saber cual es la localización exacta de esta líneas ya que debido a su sólida formación serán tomadas como punto de apoyo para nuestro implante.

2.2.2 Agujero Mentonero

Antes de realizar nuestro procedimiento debemos observar por medio de las radiografías la distancia existente entre el agujero mentonero y el reborde alveolar, ya que este puede estar localizado muy superficialmente lo cual nos traería problemas durante nuestra intervención, ya que si seccionamos el paquete vasculonervioso que emerge por este agujero se presen-

taría paresteria a nivel de anteriores y premolares lo cual alteraría la impresión del hueso.

2.2.3 Canal Dentario

Antes de realizar la cirugía debemos estar seguros que no existan irregularidades, ya que si las hay debilita en forma considerable el hueso y sería negativo para la colocación del implante.

3. FACTORES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA REALIZAR UN IMPLANTE SUBPERIÓSTICO

Debemos tener en cuenta y analizar las estructuras anatómicas, así como las condiciones biológicas y mentales del paciente para lograr un procedimiento óptimo.

La razón de la prevención son las serias lesiones, comunicaciones oroantrales y oronasales que podrían suceder si no se tienen en cuenta estos aspectos.

3.1 CALIDAD ÓSEA

Los sitios mejor condensados de los huesos maxilares son las corticales, que sobre ellas deben descansar los implantes.

Por la expansión del seno se disminuye la resistencia del hueso, pero si aún está separado de la fibra mucosa

por suficiente cantidad de tejido óseo aún se puede realizar un implante subperióstico.

3.2 TEJIDOS BLANDOS

El hueso y los tejidos blandos son básicos, la retención física del implante se hace aprovechando las ondulaciones que nos depara la anatomía ósea, pero en especial está dada por las fibras del mucoperióstico que fijan el implante firmemente al maxilar, de allí la importancia del grosor, elasticidad, flacidez y estado general de la mucosa. Si es muy delgada puede ser fácilmente perforada por los bordes del metal, y si es gruesa su cicatrización será defectuosa. Por este grosor de la mucosa debemos saber que la región lingual es más delgada y la palatina más gruesa; y la vestibular superior mas densa que la inferior.

3.3 TIPO DE OCLUSIÓN

La oclusión deberá ser normal en una clase de III de angle es muy probable un fracaso, ya que es posible que ella sea justamente la causa de la zona desdentada; los factores que originan daño en una pieza natural son más destructivos en un elemento artificial por

bien insertado que éste, pues tendrá menos defensa ante las fuerzas traumáticas presentes.

3.4 SELECCIÓN DEL PACIENTE

Médicamente el paciente debe estar en buenas condiciones biológicas para resistir este tipo de intervención y mentalmente debe estar motivado para encontrar en los implantes la solución a su problema.

Se debe realizar un estudio radiográfico principal y panorámico, para detallar la constitución del hueso en la posición del seno, la ubicación de los agujeros palatinos, la proximidad de las fosas nasales, el reborde en general y las formaciones anatómicas que debemos respetar como se anotaron anteriormente.

4. METALES UTILIZADOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN IMPLANTE SUBPERIÓSTICO

En la actualidad, una de las aleaciones más utilizadas en la elaboración de los implantes es la de titanio-circonio, ya que se ha demostrado que además de ser estable en el organismo es una aleación compatibles con los tejidos y las células que lo rodean.

4.1 CIRCONIO (Zr)

Por su poder de absorción de los gases, el circonio tiene importantes aplicaciones en el campo de la energía anatómica y se emplea como filtro en los tubos emisores de los rayos "X". Sus aleaciones en forma de ferrocirconio se emplea para afinar y calmar los baños de acero fundido, forma parte de la composición de algunos aceros para chapas blindadas y forma aceros especiales de alta tenacidad a bajas temperaturas.

4.2 TITANIO (Ti)

Debido a su densidad relativamente débil y su resistencia a los agentes de corrosión el titanio es el metal de primera elección para los implantes. Además se utiliza en la industria química, sirve como adición e los aceros ordinarios y como el hierro puede dar un gran número de aleaciones templadas y revenidas.



5. IMPLANTES SUBPERIÓSTICOS

5.1 INDICACIONES

- En maxilares desdentados totales
- Cuando o hay un número suficiente de pilares para realizar una prótesis fija convencional.
- En atrofia parcial ósea.
- En maxilares parcialmente desdentadas.

5.2 CONTRAINDICACIONES

5.2.1 De Tipo Local

- Dientes incluidos en donde será colocado el implante.
- En abscesos alveolares no tratados.
- Quistes.
- Ameloblastomas
- Granulomas
- Ementomas

- Neumatosis exagerada del seno maxilar
- Gingivitis
- Presencia de maloclusiones marcadas

5.2.2 De Tipo Sistémico

- Pacientes que presentan diabetes
- Pacientes con enfermedades cardiacas
- Pacientes con discracias sanguíneas
- Pacientes que han sido sometidos a radioterapias y quimioterapias

5.2.3 De Tipo Psicológico

- Pacientes no colaboradores
- Pacientes inestables emocionalmente
- Pacientes con alteraciones psíquicas graves (paranoico, esquizofrénico)

5.3 INSTRUMENTAL Y MATERIALES

- Espejo
- Pinzas algodonerias
- Jeringa cárpule
- Anestesia (según el paciente)

- Agujas largas, cortas
- Bisturí
- Cuchilla para bisturí N° 15
- Periostótomo
- Pinzas Kelly rectas y curvas
- Retractor de colgajo
- Suero fisiológico
- Jeringas para irrigar
- Lima para hueso
- Cureta de Lucas
- Aguja curva
- Sutura
- Porta agujas
- Tijeras para sutura
- Gasas
- Eyector
- Campo quirúrgico
- Material de impresión - silicona

5.4 DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

5.4.1 Primera Cirugía

Si la cirugía se realiza en el maxilar superior anestesiamos los nervios alveolares, intraorbitario, pala-

tino anterior; y si es el maxilar inferior, anestesiaremos los nervios dentario inferior, lingual y largo bucal.

Una vez hemos comprobado que el paciente debidamente anestesiado, procedemos a hacer una única y continua incisión mucoperióstica horizontal, siguiendo siempre la cresta del reborde alveolar, con una pinza kelly separamos los bordes del colgajo luego con un debridador desprendemos la adherencia epitelial en las zonas desdentadas, levantamos los colgajos y revisamos cuidadosamente el hueso, verificando que esté completamente limpio de periostio y que esté perfectamente expuesto; lavamos el hueso con suero fisiológico y luego colocamos dos puntos simples de sutura a lado y lado de cada colgajo, con el fin de facilitar la visualización del hueso y la toma de nuestra impresión.

Para este paso utilizamos silicona pesada, ya que es un material con gran fidelidad de copia. No utilizamos la ciurana ya que por ser un material más fluido penetra dentro de las microporosidades del hueso y quedaría adherido a este después de tomar nuestra impresión, lo cual originaría más tarde la formación de abscesos y lisis ósea.

Una vez mezclada la silicona con el activador, la colocamos sobre el hueso verificando que esté bien adosada y hacemos ocluir al paciente para de esta forma obtener simultáneamente, la relación del maxilar con su antagonista.

Dejamos al paciente en esta posición de 5 a 7 minutos que es el tiempo necesario para que el material gelifique una vez terminado el tiempo la retiramos del paciente y tomamos una segunda impresión del hueso con el propósito de trabajar en el mejor modelo.

Una vez comprobada la nitidez de la impresión, lavamos muy bien el hueso y el mucoperióstico, verificando que no hayan quedado restos del material, luego retiramos los puntos de sutura que sostenían los colgajos, lo reposicionamos y suturamos con puntos simples de tal manera que queden perfectamente confrontado los bordes.

5.4.2 Segunda Cirugía

Es 100% menos traumática que la primera, porque con solo retirar la sutura, los colgajos se desprenden fácilmente el tejido óseo queda casi totalmente ex-

puesto. Esta intervención se hace 48 horas después de haber realizado la primera cirugía.

Luego de retirar los puntos desprendemos el colgajo con periostótomo y lavamos muy bien con suero fisiológico el hueso; tomamos el implante previamente esterilizado y lo colocamos sobre el hueso, verificamos que esté perfectamente adosado que no esté sobre tejido blando en ninguna parte de su extensión, luego reposicionamos los colgajos y suturamos con puntos aislados observando que los bordes estén perfectamente confrontados. Los primeros puntos que debemos tomar son por mesial y distal del poste colocado ya que a este nivel los colgajos no pueden quedar tensionados porque causarían retracciones gingivales y por consiguiente desadaptación de la restauración.

Una vez colocado el implante, los postes deben quedar libres de contactos de oclusión para facilitar la cicatrización.

5.5 RECOMENDACIONES POST-QUIRÚRGICAS

Inmediatamente después de la primera cirugía premedicamos al paciente las siguientes drogas:

■ Analgésico intramuscular

Lisalgil

Gifaril 5 Cm.

■ Antinflamatorio

Celestone

Dalacín 2 Cm.

Después de la segunda cirugía:

■ Analgésico - Antinflamatorio

Motrin Grageas de 400 a 6000 mg.

■ Antibióticos

Dalacín 300 mg.

Odontocil 500 mg.

Queflex 500 mg.

Las anteriores drogas se dan por un período mínimo de siete días, una cada ocho horas.

5.5.1 Dieta

Durante los 8 días siguientes, el paciente no deberá consumir alimentos calientes ya que esta desorganiza el proceso de cicatrización. Dieta blanda durante 12 o 15 días siguientes a la colocación del implante.

Hielo local durante las primeras 48 horas post-quirúrgicas.

El paciente debe evitar esfuerzos físicos, no hablar mucho durante los primeros días. Durante las próximas seis semanas de haber colocado el implante. Se debe limpiar con un cepillo de cerdas muy suaves y masajear la encía con los dedos.



6. PROCEDIMIENTO DE LABORATORIO PARA ELABORAR UN IMPLANTE SUBPERIÓSTICO

Se toman las impresiones del hueso el maxilar antagonista que ha enviado el odontólogo, se lavan copiosamente para evitar que queden partículas, coágulo o algún residuo de dicha impresión; a continuación impregnamos la impresión de líquido tenson-reductor y aislante (proceso que ayuda a obtener un modelo de gran exactitud), se le hace un vaciado de eso extraduro, lo vibramos para evitar que queden burbujas en el modelo de trabajo y lo dejamos fraguar por una hora.

Una vez fraguado el yeso, se observa cual de los modelos es más preciso y se duplica el modelo en material cerámico de alta calidad, dureza y temperatura; a continuación seguimos los procedimientos de adecuación de dicho modelo de acuerdo a las especificaciones de la compañía para dicho material, pues es de suma importancia obtener los máximos resultados de exactitud en el modelo.

A continuación se hace el diseño del implante, teniendo en cuenta las radiografías, el tipo de hueso, la longitud, soporte y oclusión ya que de todos estos principios es que se logra una correcta estabilidad y distribución de fuerzas en dicho implante y por consiguiente logramos un resultado positivo en su función.

Luego se hace el encerado sobre el diseño que se ha escogido, la cera debe quedar bien adosada al modelo, esta debe tener un espesor de 0,3 a 0,4 mm, se enceran los postes que va a llevar el implante y se colocan los bebederos.

Se escoge el anillo de colado adecuado para el implante con su respectivo papel de asbesto en su interior para permitir la expansión térmica del material de revestimiento.

Se reviste el encerado en un vibrador de vacío para evitar las burbujas, una vez fraguado el revestimiento se lleva el anillo al horno.

La fundición se debe hacer en un equipo de inducción siguiendo al máximo las indicaciones que requiere el metal.

Una vez colado el implante, este debe quedar libre de revestimiento, se le retiran los bebederos y se pasa al proceso de pulido.

El pulido del implante se realiza con discos de carburo, discos de papel delgado, puntas de diamante; la estructura debe ir calibrado para que esta sea uniforme.

La parte del implante que va a estar unida al hueso no se pule, para no disminuir la zona del contacto uniforme entre el hueso y el implante.

Una vez pulido el implante se coloca sobre el modelo de trabajo y se vuelve a revisar la adaptación de éste, momento en el cual juega suma importancia la agilidad, experiencia y técnica del operario, pues su ajuste, exactitud y función del mismo depende de la forma en que se logre una correcta vía de inserción. Una vez comprobada la perfecta adaptación de implante al modelo, a éste se le elimina su potencial eléctrico se esteriliza y queda en óptimas condiciones para ser llevado a la boca.

A los ocho días de haber colocado el implante se retiran los puntos. Ocho días después de haber retirado sutura se toma una impresión al implante en boca con silicona para realizar la estructura metálica de los dientes a reemplazar.

Una vez tomada la impresión, tomamos un registro con cera aluwax de máxima intercuspidad para realizar el respectivo montaje en el articulador y así comenzar la estructura.

Se debe tomar impresión al maxilar antagonista.

Una vez realizada la estructura en el laboratorio se procede a probarla en boca; se mira la oclusión, se toma color y se envía otra vez al laboratorio para que le coloquen el material estético.

Se prueba la estructura con el material estético en boca. Se envía al glaseado final.

Estando glaseada la estructura se procede a cementarla.

7. CASOS CLÍNICOS

7.1 CASO N° 1

Nombre del Paciente: Francisco Romero

Edad: 40 años

Tipo de Implante: Subperióstico Superior Derecho

Exámenes de Laboratorio: Normales a excepción de los glóbulos rojos, donde tenía un valor de 4.000.000 presentaba una ligera anemia que fue tratada por el hematólogo hasta su normalización.

Se recomienda setenta y dos (72) horas antes de la cirugía premedicar al paciente con vitamina K.

Diapositiva N° 1: Paciente antes de la colocación de la anestesia.

Diapositiva N° 2: Anestesia anfítrativa, alveolares posteriores.

Diapositiva N° 3: Bloqueo infraorbitario.

Diapositiva N° 4: Nótese la isquemia producida en el paladar, después de hacer el bloqueo palatino completo.

Diapositiva N° 5: Iniciación de la incisión a partir de la parte distal del lateral.

Diapositiva N° 6: Continuación de la incisión sobre la zona desdentada.

Diapositiva N° 7: Obsérvese que la incisión es única y continua y se hace sobre el reborde edéntulo.

Diapositiva N° 8: Iniciamos el levantamiento del colgajo mucoperiódico.

Diapositiva N° 9 y 10: Continuación del levantamiento del colgajo, vestíbulas y palatino.

Diapositiva N° 11: Lavamos con suero fisiológico.

Diapositiva N° 12 y 13: Suturas en vestibular y palatino para visualizar perfectamente el hueso al retraer los colgajos y facilitar la toma de impresión.

Diapositiva N° 14: Material de impresión en posición.

Diapositiva N° 15: Impresión del hueso.

Diapositiva N° 16: Material de Impresión con las indentaciones del antagonista.

Diapositiva N° 17, 18 y 19: Retiramos el material de impresión, lavamos con suero fisiológico e iniciamos la sutura con puntos aislados para finalizar la primera cirugía.

Diapositiva N° 20: Modelo de trabajo con el diseño del implante.

Diapositiva N° 21: Implante terminado listo para colocar en boca, podemos observar el perfecto pulimento de los postes y el diseño de los conectores.

Diapositiva N° 22: Modelo de trabajo e implante.

Diapositiva N° 23: Implante perfectamente adaptado al modelo.

Diapositiva N° 24: Segunda cirugía; implante colocado en la boca perfectamente adaptado.

Diapositiva N° 25 y 26: Sutura completa con puntos aislados.

Diapositiva N° 27: Control del paciente cinco días después.

Diapositiva N° 28: Radiografía de control.

Diapositiva N° 29 y 30: Radiografía de control tres meses después.

7.2 CASO N° 2

Nombre del Paciente: Jorge Espinel

Edad: 43 años

Tipo de Implante: Subperióstico Total Inferior

Diapositiva N° 1: Maxilar inferior edéntulo total.

Diapositiva N° 2: Iniciación de la cirugía con levantamiento de los colgajos vestibular y lingual.

Diapositiva N° 3: Podemos observar el hueso completamente limpio de periostio.

Diapositiva N° 4 y 5: Modelos de trabajo, observamos el diseño completo del implante inferior, donde colocamos postes a nivel de primeros molares y caninos.

Diapositivas N° 6: Implante terminado listo para colocar en boca.

Diapositiva N° 7 y 8: Implante cinco días después de colocado en boca.

Diapositiva N° 9: Implante 15 días después de colocado en boca.

Diapositiva N° 10: Prueba metal.

Diapositiva N° 11 y 12 : Paciente restaurado.

Diapositiva N° 13, 14, 15 y 16: Radiografías de control del implante, un mes después.

Diapositiva N° 17 y 18: Radiografías de control una año después.

7.3 CASO N° 3

Nombre del Paciente: Humberto Camacho

Edad: 52 años

Tipo de Implante: Subperióstico Superior

Diapositiva N° 1: Maxilar superior desdentado en zona anterior, paciente con tallas y preparaciones para núcleos.

Diapositiva N° 2: Núcleos en posición, en perfecto paralelismo con las tallas.

Diapositiva N° 3 y 4: Restauración provisional plástica.

Diapositiva N° 5: Primera Cirugía, observamos los colgajos vestibular y palatino desprendidos.

Diapositivas N° 6 y 7: Colocación de sutura para retracción de los colgajos.

Diapositiva N° 8: Material de impresión en posición y paciente en oclusión.

Diapositiva N° 9: Retiramos el material de impresión y lavamos con suero fisiológico.

Diapositiva N° 10 11 y 12: Sutura con puntos aislados para finalización de la primera cirugía.

Diapositiva N° 13: Colocación de la temporalización inmediatamente después de terminada la primera cirugía.

Diapositiva N° 14: Implante listo para su colocación.

Diapositiva N° 15 y 16: Segunda cirugía, colocación del implante.

Diapositiva N° 17, 18 y 19: Implante perfectamente adaptado al hueso.

Diapositiva N° 20, 21 y 22: Sutura completa.

Diapositiva N° 23 y 24: Colocación de la temporalización haciéndole perforaciones en las zonas donde van

los postes con el objeto de que no haya traumatismo por la oclusión sobre ellos.

Diapositiva N° 25 y 26: Restauración en el metal porcelana terminado.

Diapositiva N° 27: Paciente antes de iniciar el tratamiento.

Diapositiva N° 28: Paciente al finalizar el tratamiento.

Diapositiva N° 30 y 31: Radiografías de control tres meses después.

Diapositiva N° 32 y 33: Radiografías de control once meses después.

Diapositiva N° 34, 35, 36 y 37: Radiografías de control dos años después.

CONCLUSIONES

Hoy por hoy, los Odontólogos se han visto presionados directamente por sus pacientes, con las solicitudes a trabajar sobre "ataduras" o fijaciones mecánicas de los dientes a los maxilares, para así evitarse ellos mismos soluciones incómodas y no definitivas a sus problemas dentales, como sería la colocación de dentaduras totales o parciales, o aparatos removibles.

Debemos como profesionales de la salud oral, estar al tanto de la evolución de la profesión odontológica en todo sentido; tomemos la implantología como una de las soluciones a los problemas orales con los siguientes principios:

- Una correcta selección del paciente, con sus estudios previos, radiográficos y de laboratorio.

- Una buena técnica quirúrgica.

- Un diseño apropiado del implante.

- Una buena selección del material a utilizar.

- Un correcto proceso de laboratorio.

- Una balanceada técnica de oclusión.

Si se tienen en cuenta todos y cada uno de estos principios, el porcentaje de éxito es muy alto.

BIBLIOGRAFÍA

CADENA, D. Manual de Anatomía Humana. Bogotá 1984

CHERCHEVE, R. Implantes Odontólogos. Panamericana 1985

EVASIC, R. Intramucosal Implants. The Journal of
Prosthetic Dentistry. May 1983

MC KINNEY, Jr; STEFLIK, D.F., and KOTH D.L. Peri, Peri
or Trans? A Concept for Improved Dental Implant
Terminolgy. The Journal of Prosthetic Dentistry.
August 1984

PARR, G.R., GARDNER, L.K., and TOTH, R.W. Tritanium:
The Mytuy Metal of Implant Dentistry, Dental Ma-
terials Aspects. The Journal of Prosthetic Den-
tistry. September 1985

TAUTIN, F.S. Impression Mating for Oseo Integrated
Dentares. The Journal of Prosthetic Dentistry.
August 1985

TOTH, R.W., PARR, G.R., and GARDNER, L.K. Solf Fissue
Response to en Dosseous Titanium Oral Implants.
The Journal of Prosthetic Dentistry. October 1985