



Por los Dres.

GADI SCHNEIDER

D.M.D, Especialista en periodoncia
ISRAEL

GUSTAVO YATZKAIER

D.D.S, Especialista en cirugía máxilofacial
ISRAEL

IMPLANTOLOGÍA ORAL.

UTILIZACIÓN DE LAS PROPIEDADES DE LOS IMPLANTES PARA LOGRAR UNA IMPLANTACIÓN INMEDIATA EXITOSA.

RESUMEN: COLOCACIÓN DE IMPLANTES INMEDIATOS EVITANDO LOS MÁS COMUNES PROBLEMAS ESTÉTICOS, FUNCIONALES E INCOMPATIBILIDADES. **PALABRAS CLAVES:** IMPLANTES INMEDIATOS. REABSORCIÓN ÓSEA. TABLA VESTIBULAR. ÁNGULO CORRECTO. ALVÉOLO.

LOS IMPLANTES INMEDIATOS SON IMPLANTES QUE SE COLOCAN EN UN ALVÉOLO FRESCO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN (HAMMERLE ET AL. 2004).

REVISIÓN DE LITERATURA sobre REABSORCIÓN de la CRESTA tras la EXTRACCIÓN:

- La TASA DE REABSORCIÓN más rápida se registra durante el primer año y dura hasta 2 años.
- A los dos años, la TASA es más lenta y más moderada.
- Disminución de la ANCHURA ÓSEA al año: 25%.
- Disminución de la ALTURA ÓSEA al año: 4 mm.
- PÉRDIDA ÓSEA durante los dos primeros meses posteriores a la EXTRACCIÓN: 2 mm.
- PÉRDIDA ÓSEA ADICIONAL durante el primer año: 2 mm. (CARLLSON 67)

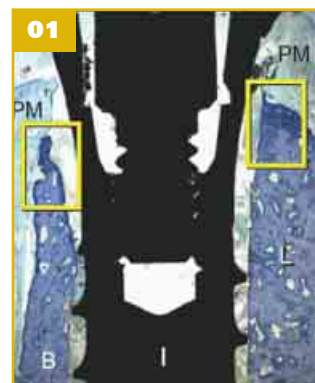
La falta de VOLUMEN ÓSEO podría dificultar la colocación del IMPLAN-

TE en una posición ideal, lo cual constituye una condición esencial para lograr una REHABILITACIÓN óptima.

Es posible que se requiera el uso de PROCEDIMIENTOS CONCOMITANTES de AUMENTO ÓSEO para sobreponerse a la PÉRDIDA ÓSEA inmediatamente posterior a la EXTRACCIÓN.

Es necesario planificar correctamente el caso y el uso de TÉCNICAS DE PRESERVACIÓN ÓSEA tras la EXTRACCIÓN y la IMPLANTACIÓN.

La REABSORCIÓN ÓSEA y la PÉRDIDA de TABLA VESTIBULAR en las



SEMANA 4: PÉRDIDA DE 1 mm.



DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES.



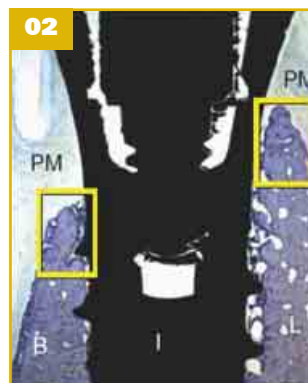
LEVE CORRECCIÓN A POSICIÓN PALATA.



RESTAURACIÓN PROVISIONAL.

ZONAS ANTERIORES del MAXILAR pueden causar PROBLEMAS ESTÉTICOS y FUNCIONALES, e INCOMPATIBILIDAD.

Anteriormente se pensaba que los IMPLANTES INMEDIATOS que se mantenían en los ÁNGULOS CORRECTOS prevendrían la REABSORCIÓN ÓSEA y la desaparición total o parcial de la TABLA VESTIBULAR (SCHROPP et al. 2003,



DIA DEL IMPLANTE.

WERBITT et al. 1992).

En la actualidad, se sabe que incluso en casos de IMPLANTACIÓN INMEDIATA se observa REABSORCIÓN de la TABLA VESTIBULAR (ARAUJO 05,06).

El grado de REABSORCIÓN puede verse afectado por tres parámetros:

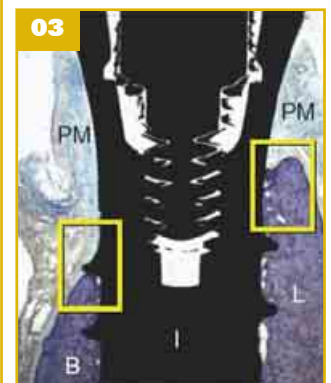
■ **ANCHURA ÓSEA:** en los MOLARES, donde la TABLA VESTIBULAR es muy gruesa, se observó una REABSORCIÓN significativamente menor.

■ **ESPACIO RESTANTE ENTRE EL IMPLANTE Y LA TABLA VESTIBULAR:** a mayor espacio, menor REABSORCIÓN.

Uso de SUSTITUTOS ÓSEOS y/o MEMBRANA: el uso de HUESO MINERAL de REABSORCIÓN LENTA redujo significativamente la REABSORCIÓN de la TABLA VESTIBULAR (CARDARAPOLI 05).

Los ESTUDIOS CLÍNICOS con ANIMALES han demostrado que los IMPLANTES INMEDIATOS que se insertan en un ALVÉOLO HISTOLÓGICAMENTE FRESCO se integran en forma adecuada (NAIL et al., 1990, BARZILAY et al. 1990).

La IMPLANTACIÓN INMEDIATA es un procedimiento de mayor COM-



SEMANA 12: PÉRDIDA DE 2,2 mm.

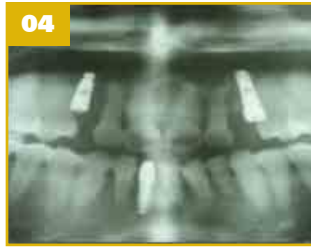


PLEJIDAD TÉCNICA. Una de las dificultades más comunes que se presentan durante la colocación del IMPLANTE es que el ALVÉOLO puede hacer que el operador coloque el IMPLANTE en un ÁNGULO INCORRECTO. La forma del ALVÉOLO se adapta al DIENTE natural.

La cantidad de HUESO necesaria para la INTEGRACIÓN y la SUPERVIVENCIA del IMPLANTE requiere que la colocación del IMPLANTE sea en un sitio diferente al del DIENTE natural. Para colocar el IMPLANTE debe tenerse en cuenta el HUESO y el sitio de la RESTAURACIÓN definitiva.

Si el IMPLANTE se coloca de manera incorrecta en el ALVÉOLO, la REHABILITACIÓN PROTÉSICA resulta imposible (FIGURAS 04, 05 y 06).

En este caso, no habrá más remedio que retirar los IMPLANTES ya integrados.



FIGURAS 04, 05 Y 06: DIENTES 13 Y 23 EN UNA POSICIÓN BUCAL TRAS LAS EXTRACCIONES Y LAS IMPLANTACIONES INMEDIATAS.

RES GUIADOS se utilizaron para modificar el ÁNGULO del IMPLANTE y traerlo a una POSICIÓN PROSTODÓNTICA correcta de MÁXIMA ESTABILIDAD INMEDIATA.

Las complicaciones quirúrgicas en general se deben a errores en los planes de tratamiento o a la falta de experiencia del operador. Ubicación ideal del IMPLANTE a los fines prostodónticos. Ubicación PALATAL para el mantenimiento de la TABLA VESTIBULAR en DIENTES ANTERIORES. La TÉCNICA que se

informa aquí puede ayudar al operador a colocar los IMPLANTES en el ÁNGULO correcto y, de ese modo, lograr las 2 cosas más importantes en lo que respecta a la IMPLANTACIÓN INMEDIATA:

- ■ ■ UBICACIÓN IDEAL del IMPLANTE a los fines PROSTODÓNTICOS.
- ■ ■ UBICACIÓN PALATAL para el mantenimiento de la TABLA VESTIBULAR en DIENTES ANTERIORES. ■ ■ ■ ■ ■

■ ■ ■ PARA MAYOR INFORMACIÓN:

ALPHA-BIO TEC ARGENTINA BLOSSEM S.A.
DISTRIBUIDOR AUTORIZADO EN ARGENTINA

Junín 969 - 6° "D"
Ciudad Autónoma Buenos Aires
Tel.: +5411 4963-2798
Tel./Fax: +5411 4961-9593
info@alpha-bio.com.ar
www.alpha-bio.com.ar ■ ■ ■ ■ ■

EL ÉXITO QUIRÚRGICO DEL PROCEDIMIENTO DEPENDERÁ DE DOS PARÁMETROS:

■ ■ ■ Correcta perforación en POSICIÓN PALATAL: perforación de la TABLA PALATINA en casos de DIENTES ANTERIORES.

■ ■ ■ Utilización de un IMPLANTE que brinde una buena ESTABILIDAD INICIAL y un ÁNGULO adecuado en la etapa quirúrgica a fin de alcanzar la posición óptima que permitirá la correcta REHABILITACIÓN y CONSERVACIÓN de la TABLA VESTIBULAR.

Se recomienda usar PILARES GUIADOS para orientar al operador durante la demostración del ÁNGULO correcto. En el CASO CLÍNICO 1, los IMPLANTES CÓNICOS ACTIVOS y los PILA-

■ ■ ■ CASO CLÍNICO 1. ■ ■ ■ Dr. OPHIR FROMOVICH, D.M.D. UTILIZACIÓN DE LAS PROPIEDADES DE LOS IMPLANTES PARA MODIFICAR LA DIRECCIÓN DEL IMPLANTE DURANTE LA COLOCACIÓN.



GRANDES DEFECTOS POSTERIORES A LA EXTRACCIÓN.



COLOCACIÓN DEL IMPLANTE EN ÁNGULO BUCAL.



CORRECCIÓN INICIAL A POSICIÓN PALATAL.



CORRECCIÓN ADICIONAL A POSICIÓN PALATAL. COLOCACIÓN DE MEMBRANA



COLOCACIÓN DE MEMBRANA



SUTURA.