

Restauración inmediata después del fracaso y reemplazo de implantes basales

Intervención correctiva

AUTOR:

Ihde Stefan K.A., Dr.med.dent.*

RESUMEN:

En implantología basal pueden ser administradas intervenciones correctivas en una sola operación quirúrgica por dentistas cualificados. Se remueve el implante fracasado y se inserta el nuevo implante. Dadas por las apropiadas cantidades de hueso y un estado adecuado de la dentición en la mandíbula opuesta, el tratamiento puede acabarse con un procedimiento de carga inmediata. Una intervención correctiva mediante implantes axiales para reemplazar los implantes basales fracasados inmediatamente, por lo general no es el método de primera elección cuando el tratamiento inicial se realizó porque faltaba hueso vertical.

Sin embargo los implantes basales son los dispositivos de primera elección, cuando han fracasado los implantes de cualquier diseño y deben ser reemplazados. Una técnica quirúrgica y las herramientas adecuadas son obligatorias.

PALABRAS CLAVE:

Implantes basales, intervención correctiva, fracaso de los implantes, reemplazo inmediato de implantes

INTRODUCCIÓN:

Aunque se asume que la implantología dental es un procedimiento relativamente seguro, pueden producirse fracasos. Existe una gran cantidad de literatura sobre complicaciones en implantes axiales. Informes cualificados y análisis sobre los resultados de la problemática de tratamientos con implantes basales son raros. Nuestra clínica ha informado anteriormente sobre un caso de fracaso de implante basal y los métodos para resolver el problema.

Este artículo informa sobre la aparición de un fracaso y los pasos del tratamiento hasta que el caso fue recuperado.

REPORTE DEL CASO:

Una mujer de 47 años fue tratada en 1997 en nuestra clínica con implantes basales (Diskimplant®, Victoria SA, Niza, Francia). Se habían colocado un total de 7 implantes: 5 implantes de un disco y dos implantes

de doble disco. Se cementó un puente circular 12 días después sobre el pilar atornillado. Después de esto, el paciente no aparece para el ajuste oclusal y masticatorio hasta mediados del 2000. Durante este período, varios de los implantes tenían movilidad y se habían producido descementaciones. Esto podría ser diagnosticado clínicamente y con rayos x (Fig. 1). Debido a su ausencia a las citas de seguimiento obligatorias, las condiciones masticatorias evolucionaron hacia una situación muy desfavorable, con fuerte sobrecarga producida en la mandíbula distal. Corregimos inmediatamente la situación de la mordida mediante tallado y construcción y recomendamos el seguimiento necesario de al menos 6 meses.

El paciente fue informado que había desarrollado una situación problemática. Ella se negó a someterse a la intervención quirúrgica correctiva, desde que fue capaz de funcionar sin limitación alguna y sin dolor en absoluto. Después de esto tuvimos la oportunidad de supervisar el deterioro gradual de la situación por otros seis años, porque el paciente apareció para seguimientos y rayos x, pero se negó a cualquier intervención correctiva durante este largo período de tiempo. En 2006, el paciente tenía una nueva prótesis superior completa fabricada en otro lugar. El dentista no ajustó correctamente la oclusión y la masticación, pero creó severos contactos prematuros en el lado distal izquierdo, induciendo sobrecargas puntuales y parciales. Este drástico cambio de fuerzas resultantes, junto con la situación de mordida desequilibrada llevó rápidamente a un deterioro grave en la mandíbula opuesta equipada con implantes (Fig. 2, 6/2006). Defectos que anteriormente estaban separados en la mandíbula inferior izquierda se convirtieron en confluentes y aumentó severamente la movilidad. El puente estaba sólo soportado por dos implantes en el área del 43 y 42. La cementación sobre el implante en el área del 33 se había perdido. Todas estas situaciones se convertían en dolor sólo cuando masticaba. El paciente está de acuerdo en hacer una intervención quirúrgica correctiva. Esta intervención se realizó a finales de 2006. Uno de los implantes existentes todavía estaba fijó (área 33), por lo que el implante en la zona 33 quedó en su lugar mientras todos los demás fueron retirados. Inmediatamente, se añadieron tres nuevos implantes basales en posiciones estratégicas 43, 47, 37, para crear un puente circular mandibular con una base "All on Four" (Fig. 3, 12/2006). La restauración estaba bien balanceada hasta el último seguimiento en julio de 2007 y la imagen panorámica real muestra una recuperación completa de los defectos óseos, formación de nuevo hueso cortical, implantes bien integrados y el nuevo puente. (Fig. 4, 7/2007).

ANÁLISIS DE FRACASOS:

1 Problemas relacionados con el diseño de los implantes

Cuando se realizó el tratamiento inicial todos los implantes con placa base redonda y rotación simétricas eran los que estaban disponibles. No fue fácil lograr la fijación primaria y la posibilidad de rotación inicial en la cavidad de implante basal no fue frenada por el diseño del implante. Siempre que se realiza la fijación y la ferulización de los implantes con el puente, no deberían ocurrir fracasos. Tal como lo entendemos hoy, el doble mecanismo de integración implica la formación de callo en los espacios vacíos de la cavidad que forma y mineraliza bastante rápido. Si el Protocolo de tratamiento se retrasa o se producen infecciones, no se puede formar callo y la integración no se realizará. En muchos casos, solo la remodelación osteonal será suficiente para una integración segura.

Además, en el momento cuando se realizó el tratamiento inicial, no estaban disponibles los pilares de no rotación simétrica. El fabricante ha hecho sólo pilares con una cara plana vertical, pero puesto que la conexión externa de los implantes no fue diseñada para proporcionar un diseño congruente impidiendo la rotación, los pilares no fueron atornillados firmemente en las roscas, pero fueron posicionados para ajustar en la posición correcta con el puente. De esta forma el puente fue más o menos "nadando" en los implantes y así era imposible distribuir intencionalmente fuerzas masticatorias entre todos los implantes; De hecho, los implantes no fueron ferulizados en absoluto debido a este problema de diseño de implante y pilar. Además en el momento del tratamiento, las superficies de las placas de disco y el eje vertical eran asperizados con chorro de arena. La intención de este tratamiento superficial era permitir una mejor integración ósea. Los implantes rugosos proporcionan una mejor oportunidad para permitir una colonización ósea. Por otro lado también estas superficies proporcionan menor posibilidad de reintegración ya que irritan la matriz del hueso durante el movimiento. Los implantes basales modernos ya no son arenados, su superficie es mecanizada.

2. Problemas relacionados con el protocolo del tratamiento

Se entiende hoy, que la "carga inmediata" significa cargar dentro de no más de 3 días después de la operación. En el momento del tratamiento esto no era informado como una regla general. Los implantólogos trabajando en protocolos de carga inmediata trataron de colocar la prótesis dentro de 2-3 semanas, dependiendo de la capacidad y la voluntad de sus laboratorios dentales.¹ Hoy en día con experiencia y conocimiento, la carga alrededor del día 12 debe ser considerada de alto riesgo de fracaso. Los implantes deben de ser cargados inmediatamente o considera-

blemente más tarde.

También tenemos que enfrentarnos al hecho, de que especialmente los implantes distales en este caso se habían colocado dentro del hueso alveolar y no en el hueso basal. Como sabemos hoy, los implantes basales tienen que ser colocados en el hueso basal que es resistente a la reabsorción (es decir, por debajo de la línea blanca oblicua) una región de hueso que resiste mejor las fuerzas masticatorias. En el momento del tratamiento inicial, el término "Implantología basal" no había sido "inventado" todavía.

3. Problemas derivados de la falta de seguimiento durante la primera fase después del tratamiento.

Cuando el paciente reapareció en nuestra oficina tres años después de la primera cirugía, varias coronas se habían descementado de los pilares. Esta sobrecarga se añadió sobre los implantes fijos remanentes, resultando en un aumento de la movilidad en estos implantes. Este entorno puede causar que la movilidad se extienda y pueda llegar a implantes adicionales durante el tiempo de funcionamiento, hasta que todos los implantes se convierten en móviles. Puesto que "el abandono" no es una opción fácil para implantes en absoluto, la situación se deterioraría gradualmente si no se interviene.

4 Problemas terciarios durante la última fase de uso.

Si los implantes basales están aquejados, se podría intentar una recuperación, siempre que la interfaz con el hueso no desarrolle infecciones y la estabilidad pueda ser garantizada por cualquier medio, dejando así que el implante inestable se pueda reintegrar²

Implantólogos basales bien entrenados y experimentados manejan las movilidades tempranas del implante mediante ajustes de prótesis y de la reducción de las cargas por diferentes medios (6) Sin embargo esto tiene que ser repetido regular y tempranamente, tan pronto como se descubra la movilidad.

Ya que estábamos en condiciones de evaluar y tratar al paciente después del 2002 regularmente, hemos ajustado muy cuidadosamente la superficie oclusal y logramos mantener la situación más o menos estable. El dentista que introduce la nueva dentadura superior en 2006, es probable que no tenía suficiente experiencia y el conocimiento de la necesidad de realizar ajustes precisos. Su intervención descuidada sin contacto a nuestra clínica rápidamente arruinó la desfavorable, pero equilibrada situación.

DISCUSIÓN:

Aunque no estamos informando sobre este caso en detalle se pueden aprender un número de características específicas de los implantes basales.

En primer lugar, es interesante saber que fue posible que los implantes se mantuvieran in situ por un largo periodo de tiempo, a pesar que en el año 2000 la necesidad de revisión quirúrgica era evidente. La indicación para la remoción de los implantes en la zona 35, 36, 45, 46 fue recomendada en el 2000³, porque eran visibles zonas negras afiladas de osteolisis alrededor de los implantes circularmente. Recientemente en la literatura alemana, se publicaron dos artículos⁴⁻⁵, que indican que después de la pérdida o (incompetente) remoción de implantes basales son de esperar grandes defectos óseos y que los defectos, sólo pueden ser tratados mediante grandes trasplantes de hueso (por ejemplo, de cadera, hueso parietal, etc.) con el fin de permitir la colocación de otro conjunto de implantes axiales.

El caso aquí presentado, demuestra claramente, que esto no es cierto. De hecho, los autores de las citas mencionadas son cirujanos maxilofaciales que tienen a su disposición la capacidad de realizar estos trasplantes de hueso autólogo y un gran incentivo económico para hacerlo.

En su lugar, debería haber sido el deber de los cirujanos informar claramente al paciente, que la intervención máximo invasiva no es necesaria en absoluto,

que todos los trasplantes de hueso no son necesarios. Que la hospitalización es evitable y que no hay tiempos de espera necesarios para reemplazar los implantes basales fracasados con otros nuevos.

De haber revelado esta verdad francamente al paciente, probablemente nunca hubiera estado de acuerdo con su plan de "tratamiento" ambiguo. Debe señalarse en este punto que los tratamientos de Tetsch y Neukam probablemente no se basan en un consentimiento verdaderamente informado, lo que conduce a una situación donde su "tratamiento" debe ser clasificado como un daño intencional a la salud del paciente. Ambos grupos de autores no pueden excusarse, porque su deber debería ser conocer los detalles de la literatura científica existente, es decir, las obras de Scortecchi¹⁰⁻²² y Donsimoni²³⁻²⁸, Bocklage⁸⁻⁹, solo por nombrar unos pocos.

CONCLUSIÓN:

Los implantes basales son los dispositivos de primera elección, cuando se trata de implantes de sustitución. Esto es especialmente verdadero, cuando los implantes basales tienen que ser reemplazados. Los pacientes han optado por esta terapia por buenas razones: querían un precio asequible, una terapia sencilla y querían evitar arriesgados aumentos óseos. Para intervenciones correctivas, no hay ninguna razón para cambiar el plan de terapia hacia diseños de implante crestales y aumentos óseos.

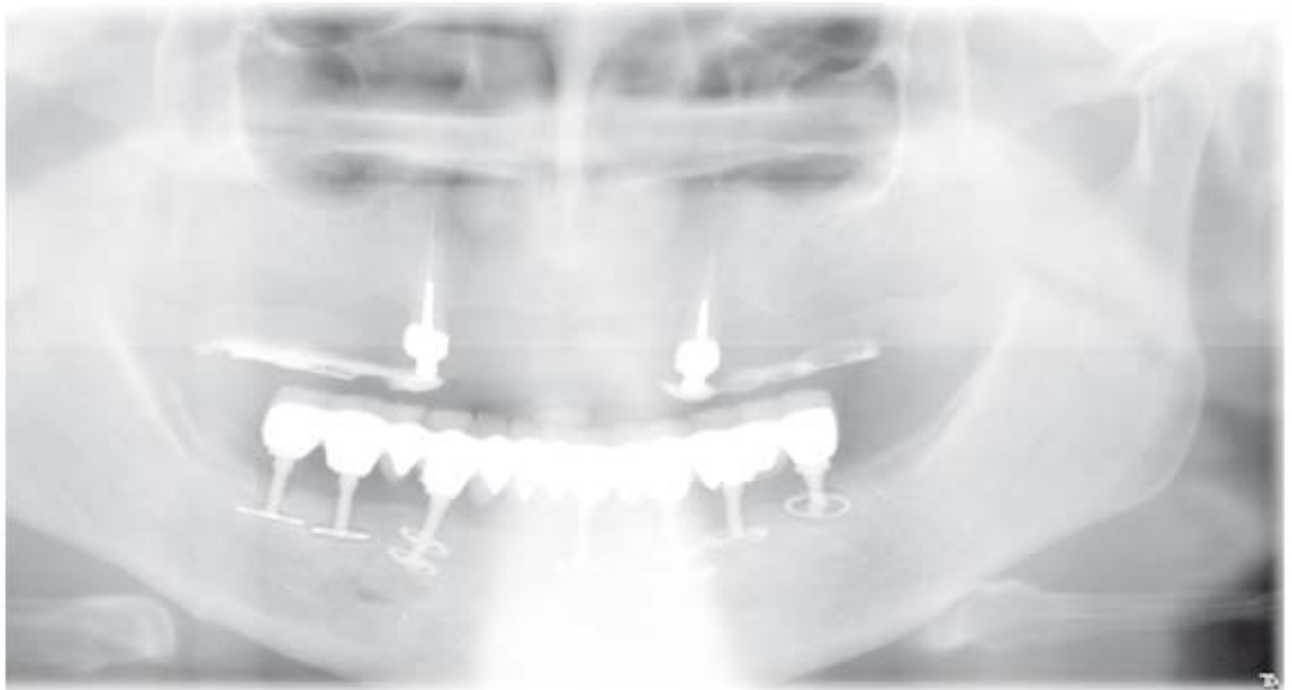


FIG. 1 Primera imagen radiográfica después de que el paciente había estado fuera de control durante más de 3 años después de la colocación del trabajo prótesis (2000).



FIG. 2 Otra imagen radiológica tomada en abril de 2001; zonas negras presentes alrededor de los implantes casi sin cambios en comparación con Fig. 1.

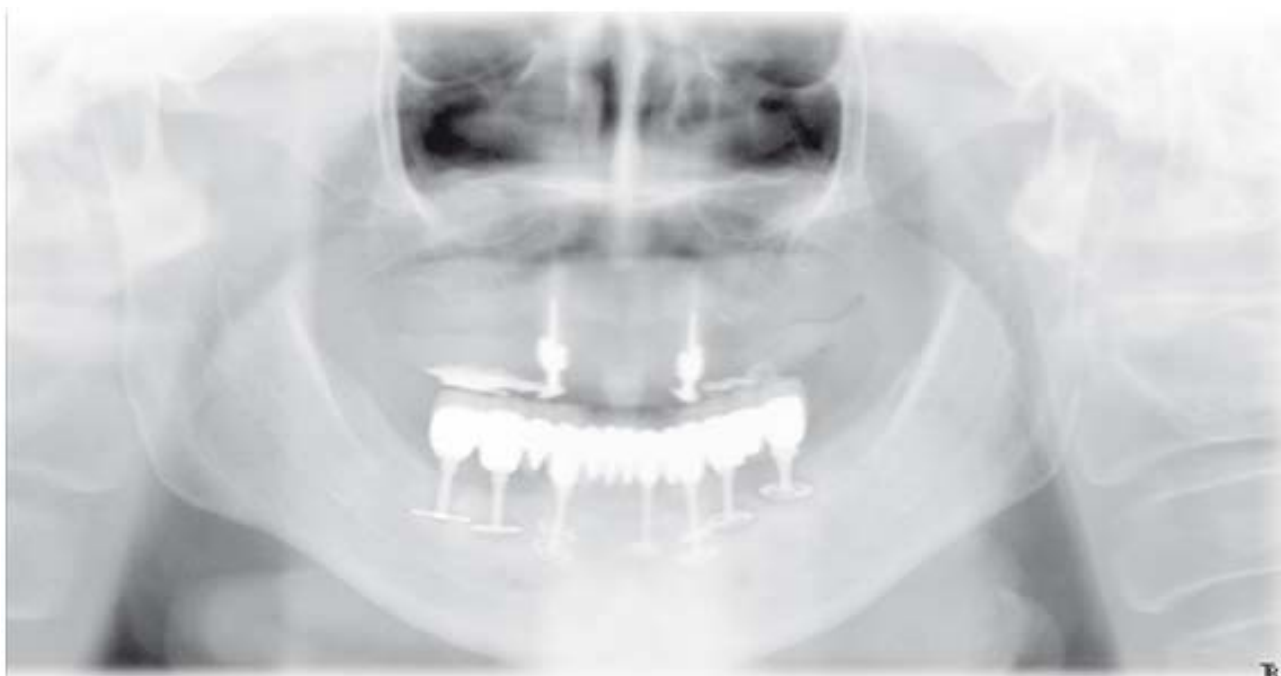


Fig.3 control radiológico en febrero de 2002.



FIG. 4 En 2005 son visibles zonas negras confluentes en la mandíbula inferior izquierda. Sin embargo, en ese momento, el paciente no está de acuerdo con una intervención correctiva.

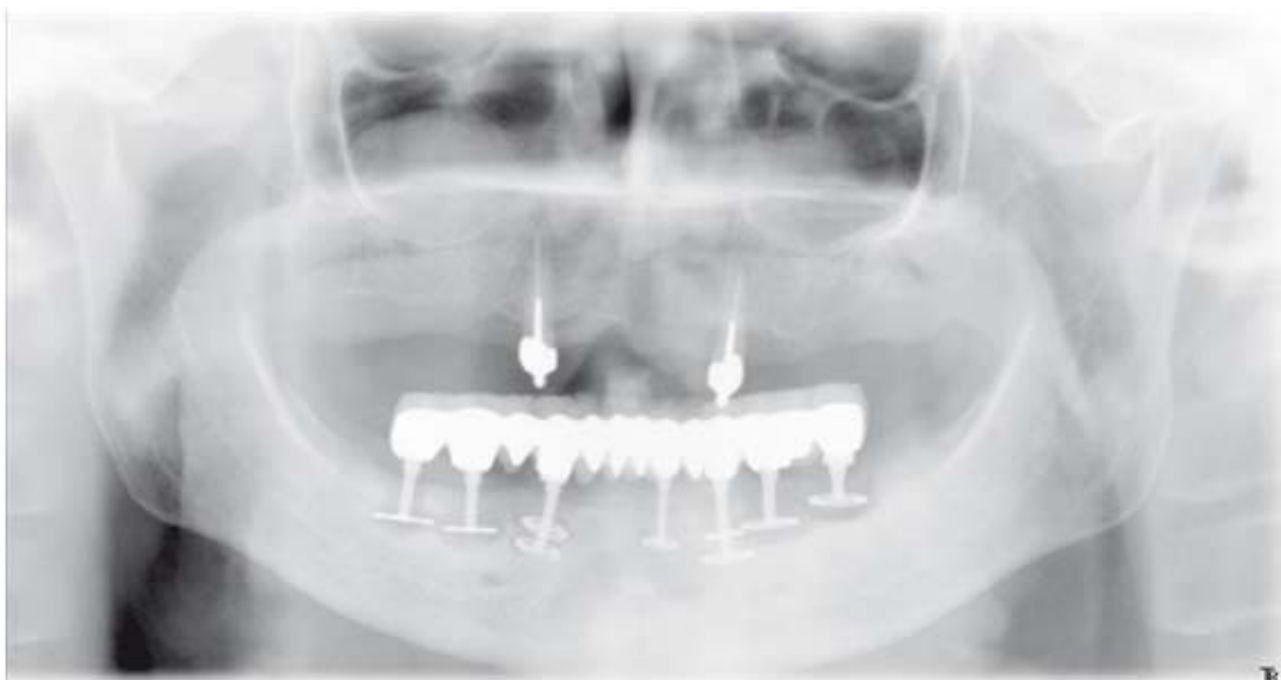


FIG. 5 Después de que la mandíbula superior había recibido una prótesis nueva con ajustes adecuados de la masticación, la integración de los implantes basales se produjo rápidamente. Sólo que ahora el paciente acordó una intervención correctiva.

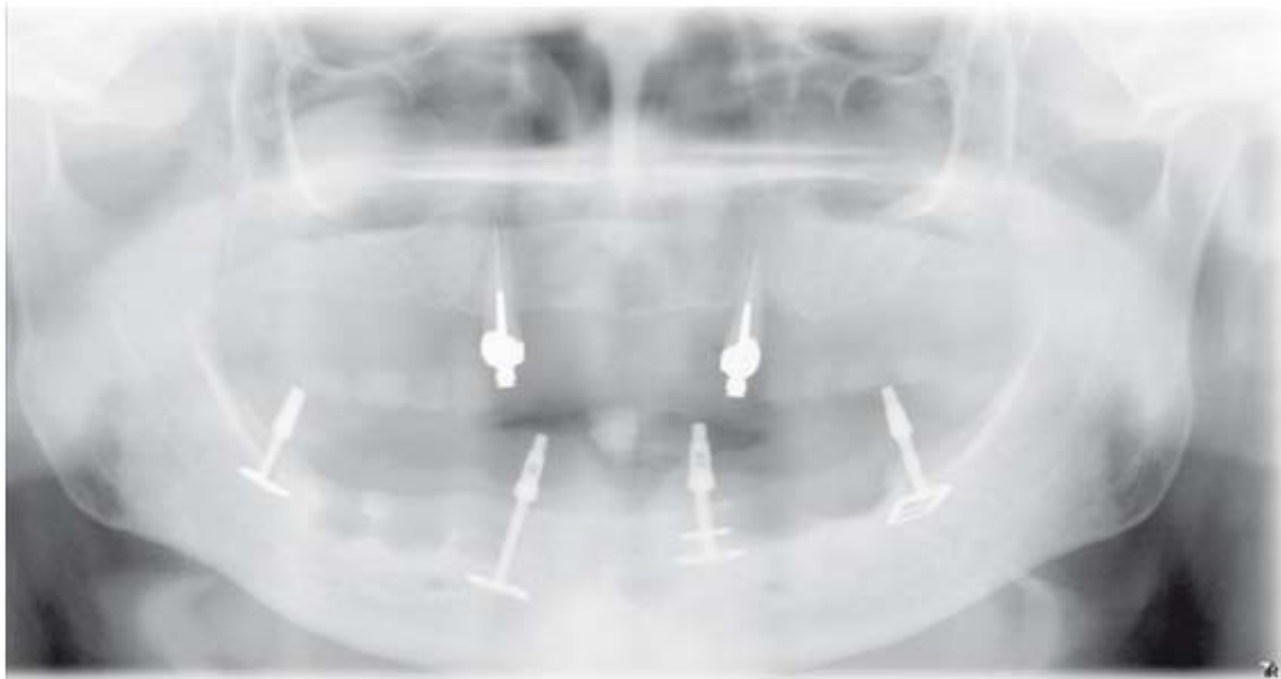


FIG. 6 Inmediatamente después de la eliminación de seis (de siete) implantes basales, se colocaron tres nuevos implantes basales. El implante en la zona 33 permaneció en función.



FIG. 7 Seis meses después de la intervención correctiva los defectos óseos han sanado sin ningún aumento. Los implantes y el puente son estables.