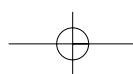
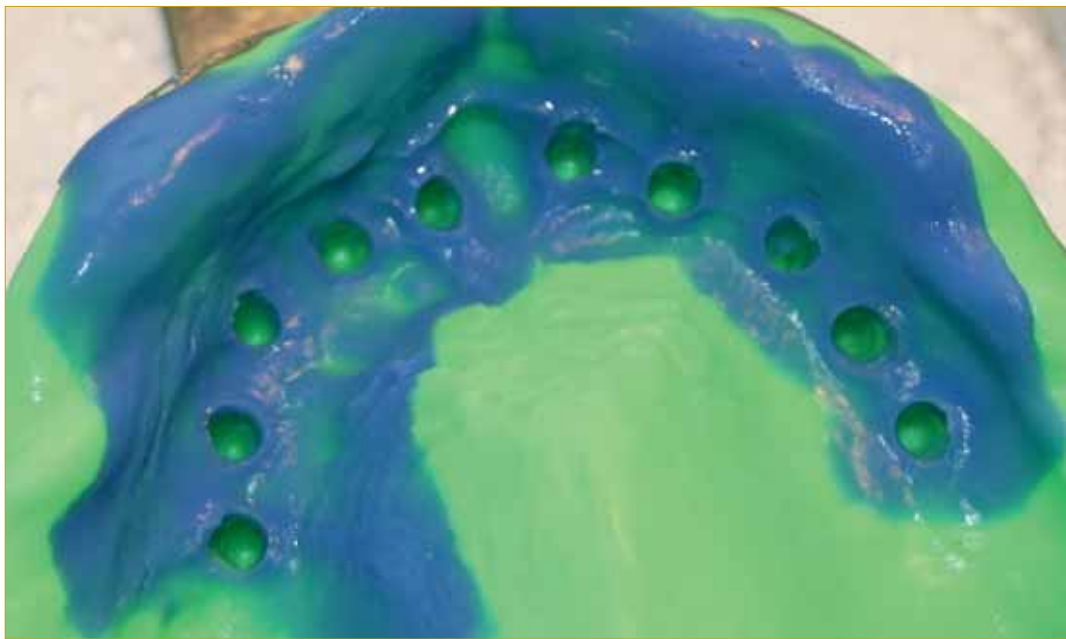
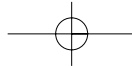


Colocación y carga inmediata de implantes transgingivales en pacientes con trombosis





Dr. Werner Mander

AUTORES

Dr. Werner Mander. Odontólogo.
Traunreut (Alemania).

Dr. Gyula Sipos-Jackel. Odontólogo.
Bonn (Alemania).



Introducción

Los riesgos de hemorragia intraoperativa y posoperativa deben ser reducidos en pacientes tratados con anticoagulantes. Una solución posible es la técnica implantológica mínimamente invasiva que utiliza el sistema de implantes KOS (Dr. Ihde Dental), porque se produce una hemorragia mínima después de la inserción de los implantes de compresión. Cuando insertamos implantes de compresión como éstos, los procedimientos como la exposición de hueso o la separación del colgajo se evitan en la mayoría de los casos. El implante se atornilla en un lecho de pequeño diámetro que permite la compresión lateral del hueso. Este procedimiento es bien conocido desde hace más de 35 años. En el presente trabajo se utilizaron este tipo de implantes en un paciente de alto riesgo, de 59 años.

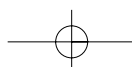
Un examen médico preliminar había mostrado que el paciente tenía riesgo de trombosis. Se recetaron dosis diarias de Plavix 75 y Aspirina Protekt 100. Por esta razón, no es posible utilizar adrenalina como aditivo en la anestesia dental. El procedimiento quirúrgico era trabajar con anestesia local. Se colocaron diez implantes. Si hubiéramos utilizado procedimientos de separación del colgajo, tendríamos que haber dado al paciente una gran cantidad de anestesia local, la cual podría volverse crítica con respecto a la toxicidad y al impacto potencial sobre la estabilidad cardiovascular.

Indicaciones y prerequisites

Muchos años de experiencia en la colocación de implantes de compresión mínimamente invasivos han demostrado que el tiempo requerido para la implantación transgingival es muy corto. Desde el punto de vista del paciente, esto significa que la cirugía puede llevarse a cabo de una forma rápida y segura. Sin embargo, el enfoque requiere una anchura de hueso residual de 3-4 mm en la región crestal.

Mínima hemorragia en la inserción transgingival

Siguiendo los diagnósticos preliminares apropiados (mediciones radiológicas, encerado diagnóstico, anamnesis), se fresaron diez lechos transgingivalmente. Se colocaron pequeños pins radiológicos en los lechos para la medición en la radiografía panorámica (fig. 1). Los lechos prefresados, relativamente estrechos, permiten una valoración rápida y exacta de la profundidad de inserción, direcciones axiales y la calidad de tejido en la región del implante. Los lechos prefresados mínimamente invasivos tienen sus ventajas: si es necesario, la inclinación axial puede ser corregida, con lo que permite al implantólogo la posibilidad de realizar alguna rectificación. También, si el implantólogo decide no utilizar un lecho prefresado, como en el 27 en el presente caso, esto no plantea problema incluso en pacientes con coagulación reducida. Si es necesario, el lecho puede cerrarse sin hemorragia, al insertar una esponja de gelatina recortada apropiadamente (fig. 2).



Dossier

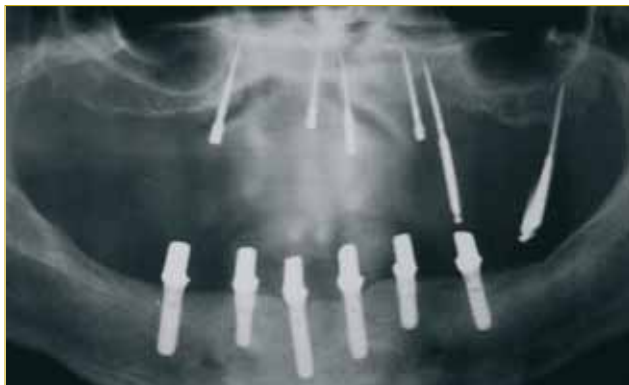


Fig. 1. Mediciones radiológicas que muestran diez lechos de fresado transgingivales. Indican un rápida y exacta valoración de las profundidades de inserción, direcciones axiales y calidad del tejido en la zona de los implantes.



Fig. 2. El fresado piloto mínimamente invasivo no incrementa el riesgo incluso en pacientes con acción coagulante reducida. La hemorragia es mínima.



Fig. 3. Vista inmediata intraoral posoperatoria: las hemorragias que se filtran fueron paradas inmediatamente por la fuerza generada por la inserción compresiva de los implantes, la cual también selló la mucosa favorablemente.



Fig. 4. Radiografía panorámica posoperatoria con la restauración provisional: se utilizaron implantes KOS dobles. Los implantes fueron cargados inmediatamente con una prótesis fija provisional circular.

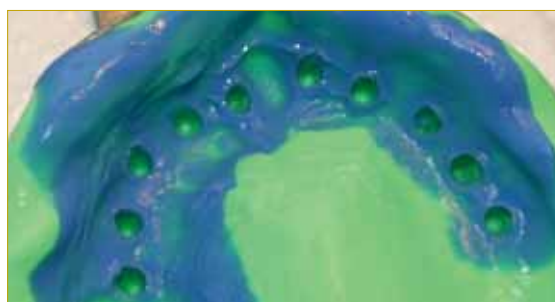


Fig. 5. La impresión posoperatoria, tomada inmediatamente, no muestra hemorragia.

Después de analizar la radiografía panorámica de control, los lechos fresados de ambos lados, primero lado derecho y luego lado izquierdo, fueron sistemáticamente ensanchados usando sucesivos tamaños de fresas (DOS 2/DOS 5) y expandidos utilizando los expansores de hueso correspondientes (KDS). Los implantes definitivos pueden ahora atornillarse completamente en los lechos, en toda su longitud, hasta la cabeza del implante, para lo que se usa un torque de entre 30 y 45 Ncm. Las hemorragias que se filtran debido a la falta de adrenalina fueron paradas inmediatamente por las fuerzas generadas por la inserción compresiva de los implantes, lo que también selló la mucosa favorablemente (fig. 3).

Inserción de implantes de comprensión

De acuerdo con el protocolo quirúrgico estándar, en la mandíbula se emplea generalmente una técnica gradual paso a paso. Inmediatamente seguimos con el tamaño apropiado de fresa piloto, el correspondiente expansor de hueso para que el respectivo implante se inserte totalmente (tamaños incrementales). En el maxilar a menudo nos encontraremos con hueso muy blando, como en el presente caso. Para conseguir el torque de inserción de al menos 30 Ncm necesa-

Dossier

rios para realizar la carga inmediata, los correspondientes expansores de hueso no se utilizaron donde el hueso era blando. Un expansor de hueso estrecho se roscó directamente siguiendo con el atornillado de un implante con el siguiente diámetro más largo. Emplear esta técnica requiere un poco de experiencia. Especialmente los implantes dobles KOSB no deben exponerse a un torque excesivo durante la inserción. Se puede sentir una resistencia considerable cuando penetramos en el hueso cortical. La resistencia puede sentirse considerablemente cuando se traspasa el hueso cortical del otro lado, incluso si la estructura de hueso es por lo demás blanda (D3 - D4).

Usando la carraca de torque TW, que es parte del sistema KOS, el torque es fácil de controlar, no se producen fracturas si se siguen las instrucciones del fabricante. Si el torque excede el umbral de los 45 Ncm, el implantólogo debe preparar el lecho con el siguiente tamaño fresa-piloto. Usando el expansor de hueso KDS, que es parte del sistema KOS, facilitamos enormemente la inserción definitiva de los implantes.

Como ya había implantes colocados en la mandíbula opuesta, entre los dientes 36 y 46, decidimos no colocar ningún implante maxilar en la región molar distal. Branemark ya había postulado cantilevers bilaterales premolarizados lado a lado con una superestructura estable sobre seis u ocho implantes en las regiones anteriores y premolares. En el presente caso, podíamos usar esta técnica de colocar los implantes en 16/26 ligeramente en diagonal, evitando el seno maxilar mesialmente. Los implantes se doblaron y paralelizaron adecuadamente para que se pudiera colocar una prótesis fija ceramometálica de una pieza, y expandir el arco de 16 a 26. Después de la inserción directa de ocho implantes adicionales KOS flexibles en la region anterior entre 14 y 24, tomamos una impresión una hora y media más tarde y fabricamos un puente provisional de acrílico de una sola pieza (figs. 4 y 5). Seguidamente, tomamos un registro con arco facial para definir la dimensión vertical y la relación céntrica entre los maxilares (fig. 6). Como alternativa, podíamos haber colocado implantes de una pieza KOS con cabezas preanguladas (15° ó 25°). La ferulización inmediata de los implantes –en este caso utilizando una restauración provisional circular– es indispensable para el éxito clínico. La ferulización, en conjunción con la condensación del hueso, es un desarrollo instrumental seguro para la carga inmediata. Después de la operación, remitimos el paciente a casa. Podía llevar a cabo un poco de masticación esa misma noche, utilizando sin dolor sus nuevos dientes. Al día siguiente, el paciente solamente se quejó de los dolores causados por las inyecciones que había recibido (fig. 7). El tratamiento mismo había sido relativamente indoloro y no había hemorragia posoperatoria.



Fig. 6. Toma de un registro con arco facial para definir la dimensión vertical y la relación céntrica entre los maxilares.



Fig. 7. Vista intraoral posoperativa 24 horas después. El paciente sólo muestra mínimas inflamaciones.



Fig. 8. Después de cuatro días, tomamos esta impresión para verificar la oclusión. Y chequeamos el correcto ajuste de la estructura metálica que se probó en la misma visita.

Dossier



Fig. 9. Siete días después, colocamos el puente maxilar de una pieza.



Fig. 10. La inserción transgingival de implantes KOS es un procedimiento seguro en implantes bajo medicación anticoagulante.



Fig. 11. Los implantes de rosca compresiva se insertan con un torque controlado y angulados con el instrumento de inserción quirúrgico.

Verificamos la estructura metálica, tomamos una impresión adicional y tomamos un registro de mordida, que fue chequeado cuatro días después (fig. 8). Siete días después, insertamos el puente maxilar de una pieza con un cemento de resina definitivo (fig. 9). Un protocolo ajustado como éste es de la mayor importancia para el éxito de los puentes cargados inmediatamente, porque la remodelación del hueso empieza a partir del cuarto día, haciéndose más pronunciado después del vigésimo día posoperativo y poniendo en peligro la estabilidad del implante, especialmente durante la prueba clínica en la que se colocó la rehabilitación y se ajustó la oclusión.

Conclusiones

En general, deberíamos ser muy cuidadosos cuando pronosticamos el éxito del tratamiento implantológico en pacientes bajo terapia anticoagulante. Hemos descubierto que estos pacientes pueden ser tratados utilizando métodos de inserción transgingivales, siguiendo una estricta evaluación de los riesgos potenciales y de los beneficios. El desarrollo del caso que mostramos aquí confirma que este método es relativamente simple y muy fácil sobre el paciente; casi eliminamos todas las hemorragias.

Oral Implantologie 1/07, vol. 21. Febrero 2007