

Implante unitario

Graciela Camacho Díaz, Carlos Martínez Royo, Mariano Sánchez Biarge

RESUMEN

Intentamos hacer un resumen de las distintas alternativas que podemos utilizar para colocar implantes unitarios, tanto en sectores anteriores, como laterales y posteriores.

Establecemos gran diferencia entre implantes unitarios para sustituir incisivos, premolares e implantes unitarios para suplir caninos y molares.

Consideramos contraindicados el uso de implantes unitarios en caninos, a no ser que no tengan función canina. Al igual que también consideramos contraindicados el uso de implantes unitarios para suplir molares a no ser que el espacio mesio-distal se haya reducido y podamos colocar un premolar o bien cuando el espacio mesio-distal es lo suficientemente amplio para colocar dos premolares ferulizados.

Palabras clave: *Implante unitario: Clasificación, Estética*

SUMMARY

We trying to make a summary of the differents alternatives we can use to place unitary implants, not only in incisives and canines but also laterals and posteriors.

We can establish a big difference between unitary implants to replace incisives, pre-molars and unitary implants to supply canines and molars.

We consider not suitable the use of unitary implants to supply molars unless the «mesio-distal» room has been reduced so that we could replace it with a premolar or when the «mesio-distal» room is wide enough to replace it with two spliced («ferulizados») pre-molars.

Key words: *Unitary Implant: Classification, Aesthetic.*

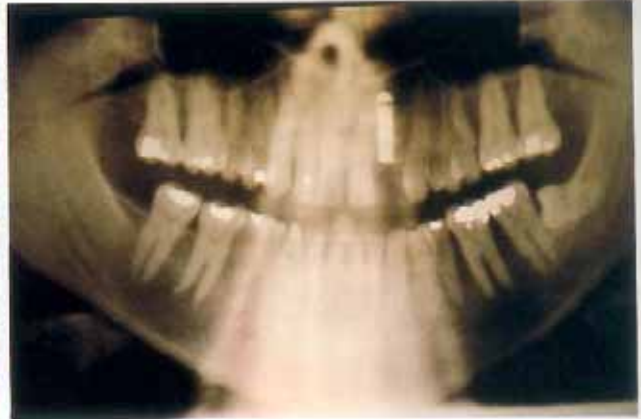
INTRODUCCIÓN

El tratamiento con implante unitario es quizás uno de los más complejos que se pueden realizar.

Este tipo de tratamiento presenta diversas dificultades que mencionaremos a continuación: En primer lugar la Estética, pues son empleados en la mayoría de los casos para reemplazar dientes con un alto contenido estético y en estos casos, el paciente no perdonará un fallo en su estética a nivel anterior o lateral.

Por otro lado, tenemos el problema de la Yatrogenia que podemos producir a la hora de su inserción. Tenemos que controlar continuamente, a través de radiografías con medidores de profundidad, que nos encontramos lo suficientemente alejados de los dientes adyacentes para no lesionarlos.

A veces, la Técnica que hemos de emplear nos obliga a utilizar prolongadores. Esto ocurre por ejemplo, en el caso de la sustitución de un incisivo inferior, debido a su estrechez. Los prolongadores de fresas pueden hacer oscilar la fresa y podemos crear un neoal-



Figs. 1 y 2: Caso clínico: Sustitución de un 22 con implante unitario.

veolo de mayor diámetro que el que habíamos previsto.

Otra de sus dificultades son los elementos antirotatorios, pues casi todos acaban desgastándose y produciéndose la rotación de la corona.

Por último tenemos que incluir dentro de las dificultades, la Comparación que siempre hará el paciente con su diente natural. Casi siempre va a pretender que el resultado sea igual o mejor que antes de perderlo y esto no siempre será posible.

CLASIFICACIÓN

Según el Propósito que sigamos y la Po-

sición donde vamos a colocar un implante unitario, éstos pueden sustituir a:

- Incisivos (superiores e inferiores).
- Caninos.
- Premolares.
- Molares.

INCISIVOS SUPERIORES

En estos casos la estética está muy implicada. Tendremos que tener especial cuidado si el paciente tiene sonrisa gingival, pues a veces, debido a la reabsorción ósea, la emergencia de la prótesis puede quedar más alta y hundida que la de los dientes adyacentes.



Figs. 3 y 4: Caso clínico: Sustitución de un 22 con implante unitario.

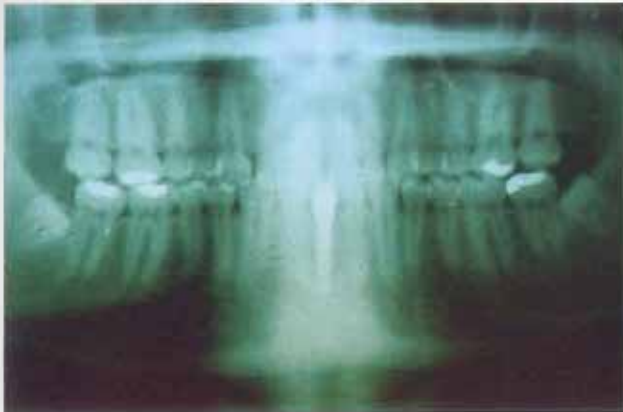


Fig. 5: En la ortopantomografía se observa un implante unitario para sustituir un incisivo inferior.



Fig. 6: Caso clínico de agenesia de caninos permanentes. Han sido sustituidos con implantes unitarios. Se puede observar como son las prótesis de pequeño tamaño para evitar la función canina.

INCISIVOS INFERIORES

Su principal inconveniente es la estrechez, que obliga a veces a utilizar prolongadores de fresas que harán que la fresa bascule. Además tendremos que utilizar implantes de pequeño diámetro.

Pero sobre todo tendremos que tener cuidado de no lesionar los dientes adyacentes.

CANINOS

En el caso de sustituir un canino con implante unitario, no le realizaremos la función canina, pues no soportaría las fuerzas laterales. Por tanto tendríamos que hacer caninos pequeños, que no serían tan estéticos

como los deseados por el paciente. Este problema hay que explicarlo al paciente antes de comenzar el tratamiento.

PREMOLARES

El tratamiento con implante unitario para sustituir un premolar es el tratamiento con el que mejores resultados podemos obtener. Esto ocurre en aquellos casos en los que el paciente no tiene una sonrisa excesivamente amplia.

Podemos conseguir una mayor estética ya que el perfil de emergencia del implante se asemeja más al de un premolar que al de cualquier otro diente.



Figs. 7 y 8: Fracaso de la prótesis sobre un implante que sustituye un canino por tener función canina.

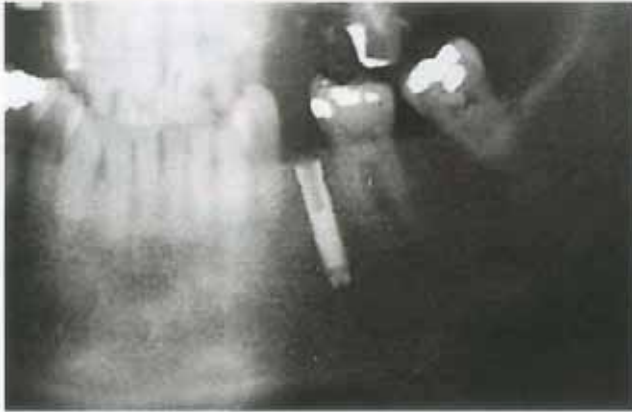


Fig. 9: Implante unitario para sustituir un premolar. Obsérvese la relación con las piezas dentales adyacentes.



Fig. 10: En la ortopantomografía se observa un implante unitario para sustituir un incisivo inferior.

Los obstáculos anatómicos que nos podemos encontrar son:

- El agujero mentoniano en el caso de los premolares inferiores.
- La proximidad del seno maxilar al reborde alveolar en los premolares superiores.
- La fosa canina y su atrofia, pues podemos provocar una fenestración vestibular al insertar el implante.

MOLARES

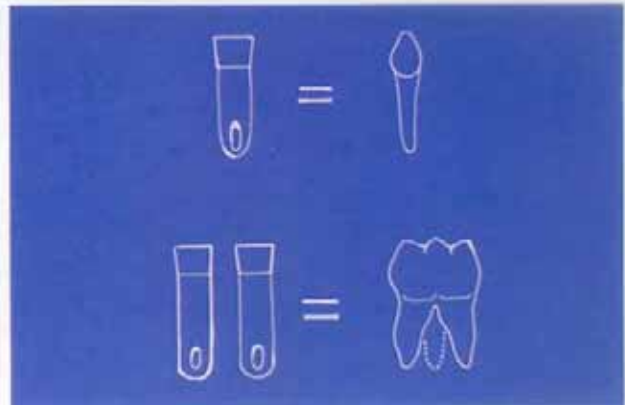
Bajo nuestro punto de vista, el tratamiento con implante unitario para sustituir un

molar está Contraindicado por una serie de motivos:

- Obstáculos anatómicos. Con relativa frecuencia nos vamos a encontrar con la proximidad del nervio dentario inferior, en el caso de los molares inferiores y del seno maxilar en el caso de los superiores, que nos obliga a insertar implantes más cortos.
- Número de raíces. Los molares tienen 2 o 3 raíces y no podemos sustituir con una sola (un solo implante) un molar.
- Localización. Los molares ocupan en la boca el lugar donde más presión se ejerce, por tanto un solo implante no soportará tanta



Figs. 11 y 12: Caso clínico de implante unitario para sustituir un premolar.



Figs. 13 y 14: Espacio mesio-distal reducido. Sustituimos un molar con un premolar sobre implante.

carga, sobre todo si es de corta longitud.

— Perfil de emergencia. El perfil de emergencia de un implante nunca se corresponde con el de un molar que cuando menos es de 9 mm.

— Reabsorción ósea. Siempre que existe pérdida de dientes se produce una reabsorción ósea tanto en altura como en anchura a la cresta alveolar y será en estas zonas molares, donde debido a la mayor fuerza a soportar vamos a necesitar implantes de gran longitud y diámetro, mientras que la anatomía nos va a obligar a colocar implantes cortos y de menor diámetro.

— Fuerzas de rotación. El molar es el diente más sometido a fuerzas rotacionales. Son estas las más contraindicadas para un implante.

— Calidad ósea. El tipo de hueso que nos encontramos en las zonas molares es de tipo III o IV y por tanto es de escasa calidad.

Pensamos que están Indicados en tres ocasiones:

— Cuando el espacio mesio-distal es grande, en cuyo caso podemos insertar implantes para sustituir dos premolares pequeños en lugar del molar.

— Cuando el espacio mesio-distal se ha

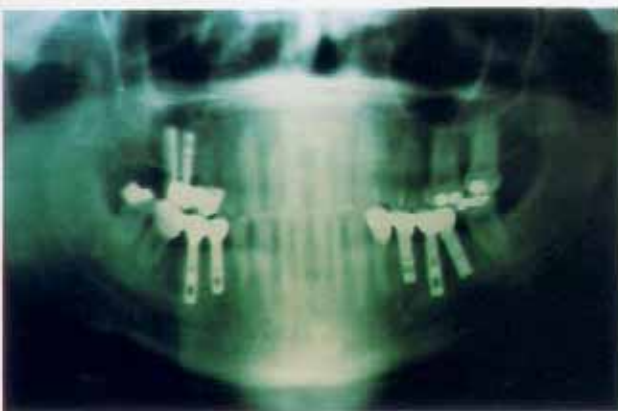


Fig. 15: Puente mixto diente-implante cuando tenemos un espacio mesio-distal intermedio.



Fig. 16: Montaje en articulador y encerrado diagnóstico.

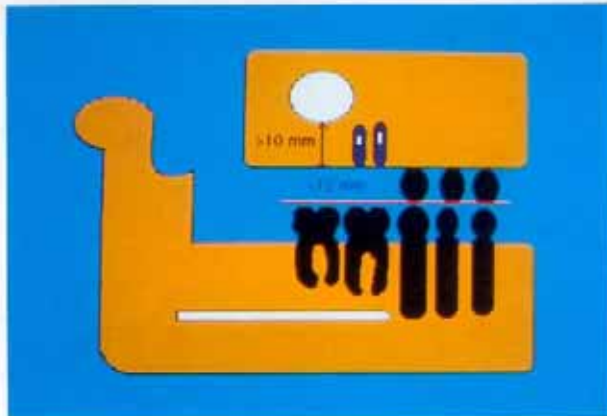


Fig. 17: Observar relación céntrica para la colocación de un implante cilíndrico con una relación corona/raíz = 1

reducido; colocaremos un implante para sustituir un premolar.

— Por último, cuando el espacio mesiodistal es intermedio, tenemos dos opciones:

- Prótesis fija convencional.
- Puente mixto diente-implante, con o sin attaches según las preferencias del profesional.

Sobre todo tenemos que tener en cuenta que antes de comenzar cualquier tratamiento con implantes, debemos hacer un montaje previo en articulador y encerado diagnóstico y pronóstico que nos servirá para confeccionar una férula radiológica y quirúrgica. De este modo podremos valorar si vamos a

conseguir:

- El patrón oclusal correcto.
- La estética deseada.
- Informar al paciente para prevenirle de cualquier imprevisto, incluido el estético. Por ejemplo coronas alargadas.

Por último, nunca debemos olvidar que para tener éxito en el tratamiento con implante unitario, la proporción corona/raíz debe ser menor o igual a uno. La proporción de la raíz vendrá dada por la distancia entre los obstáculos anatómicos y la cresta ósea. Y la proporción de la corona nos la dará la distancia que existe entre la cresta ósea y el plano de oclusión.

BIBLIOGRAFÍA

- POULMAIRE, D., DIASPANA, D., CHIBANDEL, A.: Apuntes ESORIB, Traducción española: 249-25.
- PULMAIRE, F.: Apuntes ESORIB. Traducción española: 204-232.
- MARC BERT, PATRICK MISSIKA: Implantes Osteointegrados. Edit. Masson, S. A. Barcelona, 1994: 3-11.
- MARC BERT, PATRICK MISSIKA: Implantes Osteointegrados. Edit. Masson, S. A., Barcelona, 1994. Caso clínico Dr. F Poulmaire: 202.
- SADA MORENO, E., PADRÓS FRADERA, A.: Análisis de la reabsorción ósea preimplantaria. Revista Española Odontostomatológica de Implantes, 1997; 2 Vol. V: 76.