

Rehabilitación de la pérdida traumática en tercer sextante en paciente con negligencia higiénica y bruxismo

En el siguiente caso clínico se muestra un caso con pérdida dentaria traumática en paciente con negligencia higiénica y bruxismo, abordándolo con una rehabilitación implanto soportada mediante tres implantes comercializados por Reiner Medical y compatibles con Nobel Active. Se analiza la fase inicial de la rehabilitación, donde se evalúa la osteointegración y estabilidad de los implantes durante los primeros 5 meses de tratamiento.

Introducción

Durante los dos últimos años 2017-2019, Reiner Medical S.L., empresa reconocida a nivel estatal con larga experiencia en la comercialización de soluciones implatoprotésicas dentales, junto con Titanmed S.L., empresa emergente Italiana focalizada a la fabricación de Implantes Dentales, han desarrollado una nueva línea de implantes compatibles con Nobel Active, siendo una solución con carácter efectivo en cuanto a la biocompatibilidad y osteointegración se refiere en pacientes críticos.

La tendencia en los últimos años para el tratamiento de pacientes con déficit óseo es la de hacer uso de las técnicas basadas en injertos óseos, ya que de este modo se ha comprobado que la vascularización es más rápida minimizando complicaciones en la osteointegración. [1], [2], [3]

No obstante, la alta morbilidad que estas técnicas regenerativas generan en el paciente ha hecho que Reiner Medical y Titanmed diseñen un implante (Figura 1) que permita, por una parte, un autoroscado sencillo, con una menor necesidad de preparación del lecho y, óptima osteointegración y estabilidad en la implantación.



Figura 1. Implante de Reiner Medical

En el siguiente caso clínico se muestran el seguimiento y los resultados de una rehabilitación abordada con los implantes de Reiner Medical, en un paciente con déficit óseo localizado, marcada negligencia higiénica y bruxismo como factores coadyuvantes.

Presentación del Caso Clínico

Paciente que acude a rehabilitar la pérdida traumática en tercer sextante de las piezas 24, 25, 26 y 27.

Se trata de un paciente con notable déficit óseo post infeccioso y negligencia higiénica, a lo que se le suma la patología de bruxismo.

Esto hace necesaria un diseño prostodóntico mediante rehabilitación implanto soportada por tres implantes aprovisionados por Reiner Medical capaces de conseguir buena estabilidad inicial en hueso D4, y una capacidad de soporte máximo ante fuerzas intensas parafuncionales, junto con una fácil higienización.

Debido a la presencia de un severo déficit de tejidos duros y blandos, se aplica una técnica regenerativa en la cirugía, en el que se asegura un óptimo volumen de tejidos que protejan las estructuras subyacentes mediante el manejo de tejidos blandos con tejidos conectivos procedentes del paladar.

Se realiza una planificación quirúrgica del caso, donde se propone el abordaje con una infra preparación del lecho. Esto, junto con el diseño autoroscante del implante y el recubrimiento SLA con máxima afinidad respecto a la formación del coágulo, garantizan una óptima estabilidad y osteointegración inicial del implante (Figura 2). Obsérvese la afinidad del coágulo por la superficie del implante.

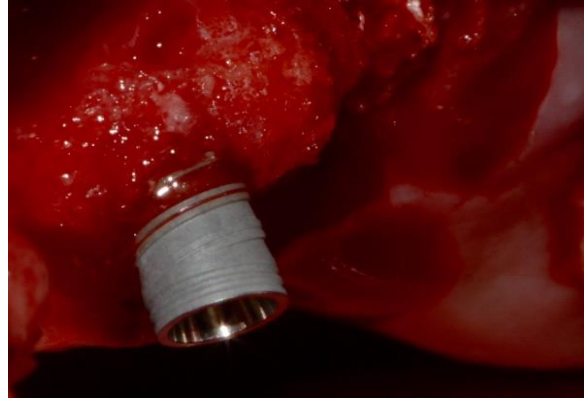


Figura 2. Fotografía In Situ de la zona correspondiente al tercer sextante donde se ha realizado la inserción del implante y la colocación de injertos óseos.

Como se aprecia, a la semana, los implantes muestran una perfecta integración tisular asegurando una óptima estanqueidad y estabilidad, los cuales son factores cruciales para el éxito de la restauración. (Figura 3).



FigF Figura 3. Fotografía In Situ que muestra la integración tisular de la zona de la implantación a una semana del tratamiento.

Tras 8 semanas de osteointegración en maxilar superior, se realiza un estudio radiográfico, confirmando buen soporte óseo periimplantaria y el adecuado volumen de tejidos circundantes (Figura 4-5).



Figura 4. Primer estudio radiográfico después de la implantación de los implantes, Semana 8. Confirmación de un correcto soporte óseo.

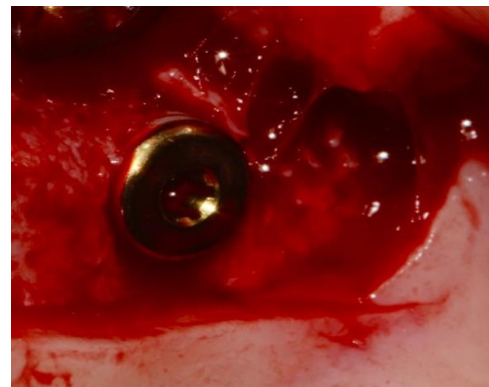


Figura 5. Análisis del volumen de tejidos circundantes al implante.

Para proteger los implantes y facilitar la restauración protésica, en esta segunda fase, (8 semanas de curación) se colocan los pilares multiunit, posteriormente cubriéndolos con los pilares provisionales pertinentes (Figura 6-7).

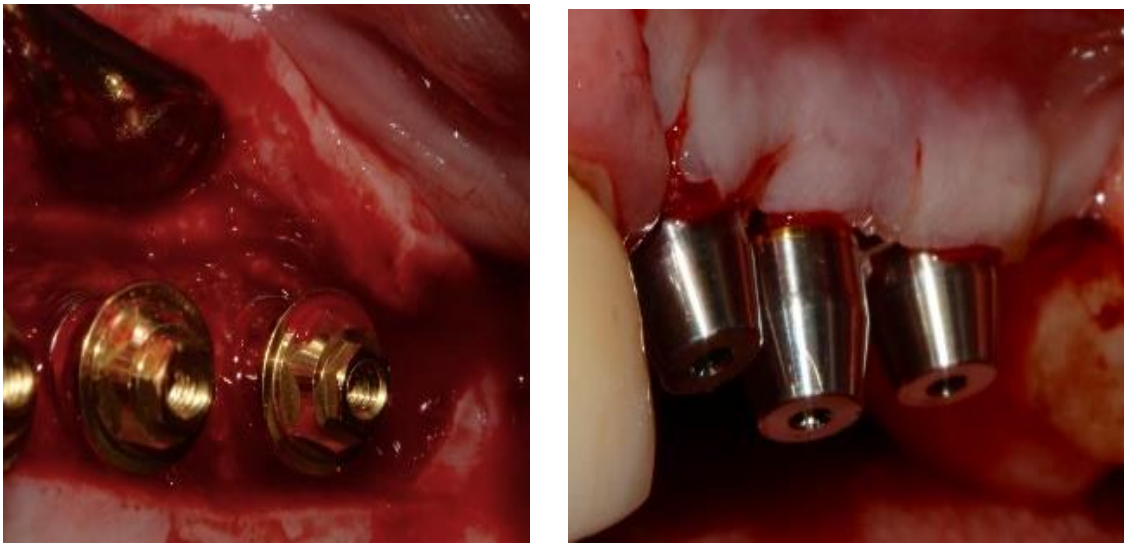


Figura 6-7. Colocación de los multiunits y pilares provisionales que protejan el implante y faciliten la restauración protésica posterior.

Se realiza la adecuada adaptación de los tejidos blandos mediante desplazamiento coronal e injerto conectivo de tejidos, protegiendo los implantes de contaminaciones por agentes externos, paso esencial en pacientes con negligencia higiénica (Figura 8).



Figura 7. Adaptación de Tejidos blandos.

En la semana 12, se repite el estudio radiográfico, verificando que no ha habido pérdida de hueso, manteniendo la estabilidad inicial, y que los tejidos blandos son estables alrededor de los pilares (Figura 8).



Figura 10 Fotografía In Situ que muestra una correcta formación de tejidos blandos alrededor de los multiunit.

Se procede a la toma de impresión, para que posteriori se diseñe la parte protésica definitiva (Figura 11).



Figura 11. Fotografía In Situ de la preparación para la Impresión cubeta abierta sobre multiunit

Durante la semana 13, finaliza la restauración con la colocación de las coronas. Como se puede observar en la Figura 13, la aceptación e integración de los implantes es óptima. Además, todos los artículos protésicos acoplados a los mismos ajustan perfectamente, y sin pérdida ósea.

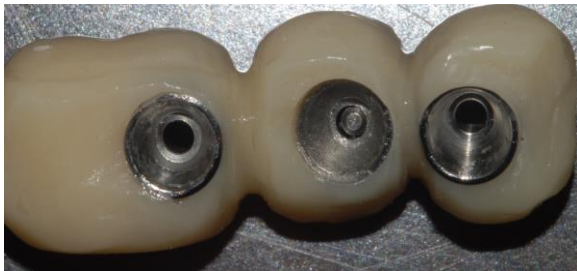


Figura 12. Fotografía de la parte protésica definitiva diseñada para la restauración.



Figura 13. Estudio radiográfico final de la restauración completa.

Discusión

El uso de los injertos óseos en pacientes con déficit ósea es una técnica bien documentada con una tasa de éxito a largo plazo que se puede definir como adecuada.

Los implantes comercializados por Reiner Medical muestran una correcta aptitud, ofreciendo una alta biocompatibilidad y afinidad con tejidos biológicos desde la fase inicial del tratamiento.

Asimismo, gracias al cuerpo cónico y ápice autoroscante, los implantes ofrecen una alta estabilidad inicial en su implantación en lechos mínimamente preparados, siendo capaces de soportar grandes fuerzas masticatorias, óptimo para pacientes con patologías como bruxismo y déficit óseo.

Conclusión

En este caso clínico, el uso de implantes comercializados por Reiner Dental muestra tener una buena aceptación en lechos mínimamente preparados, ya que han generado resultados favorables respecto a la estabilidad y osteointegración durante el período analizado.



Dr. Luis Ortiz Camarero, DDs, PhD.

Doctor en Ciencias de la Salud Cum Laude con Extensión Europea Premio de Investigación en Biomedicina por el Instituto de España.

Académico Corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.

Director de Formación Sanitaria CEUFP Director Científico en la Clínica Luis Ortiz de Implantología, Burgos.

Bibliografía

- [1] Spin-Neto R, Stavropoulos A, Ciletti FL, Pereira LA, Marcantonio E Jr, Wenzel A. Remodeling of cortical and corticocancellous fresh-frozen allogenic block bone grafts—a radiographic and histomorphometric comparison to autologous bone grafts. *Clin Oral Implants Res.* 2015;26:747-52
- [2] Schwartz-Arad D, Levin L. Multitier technique for bone augmentation using intraoral autogenous bone blocks. *Implant Dent.* 2007 Mar; 16 (1):5-12.
- [3] Uriarte L. Scientific evidences of intraosseous implants compatible with Nobel Active transferable to Reiner Medical's Rooth Implant System. Reiner Medical. 2019 Jul. www.reinerdental.com.