

Guía Práctica sobre la
Toma de Decisiones en
Implantología

-Sector Estético

Dr Nicolás Aronna



Introducción

Como todos sabemos la colocación de implantes en el frente estético es uno de los desafíos más grandes que tiene la implantología actual, en especial en aquellos casos de línea labial superior alta o sonrisas gingivales, biotipos finos y edades jóvenes.

La garantía de preservar la estabilidad de la arquitectura original a largo plazo dependerá de muchos factores y los más importantes los vamos a explicar aquí en base a mi experiencia profesional y protocolos generados anteponiendo la literatura científica y los recursos biológicos por delante de cualquier estilo.

En función de muchas variables necesitaremos una guía práctica y predecible para saber qué hacer en cada escenario y es por eso que he preparado esta tabla de Toma de Decisiones, para que seas predecible 100% siempre y cuando sigas los pasos que te indico y ejecutes correctamente el tratamiento.

Mediante la siguiente tabla de abajo analizaremos:

- Situación clínica y escenario que se presenta.
- Tratamiento en un solo procedimiento quirúrgico.
- Tratamiento en dos procedimientos quirúrgicos.
- Tratamiento en tres procedimientos quirúrgicos.

El **estatus médico-clínico del paciente** así como la **razón de la pérdida** será el primer indicador de nuestro diagnóstico y plan de tratamiento.

De entre las múltiples situaciones que se pueden dar a la hora de recibir un paciente que solicita ya sea por urgencia (trauma accidental / deterioro periodontal) o por necesidad (pérdida de pieza con anterioridad) clasificaremos la situaciones en:

A-. Trauma accidental con mal pronóstico de la pieza presente en boca: Aquellas cuyo tratamiento rehabilitador no garantiza la estabilidad a medio / largo plazo. Por ej: Fractura vertical u horizontal subcrestal invadiendo el espacio biológico.

B-. Deterioro periodontal con patología aguda o crónica de la pieza que muestra una pérdida del hueso circundante afectando o no a las piezas vecinas o soporte óseo de piezas vecinas.

C-. Cresta ósea remodelada por pérdida previa de la pieza con atrofia alveolar leve, moderada o severa en función de varios factores como son:

- Atrofia alveolar por largo tiempo desde su ausencia.
- Extracción traumática sacrificando tablas óseas.
- Patología periodontal desarrollada hasta su pérdida que muestra una apófisis residual atrófica.

También dividiremos los diferentes escenarios en si la pieza presenta **compromiso periodontal con movilidad o no** así como la presencia o no de **hueso interproximal**, crucial a la hora de pronosticar la presencia o no de papila a posteriori.

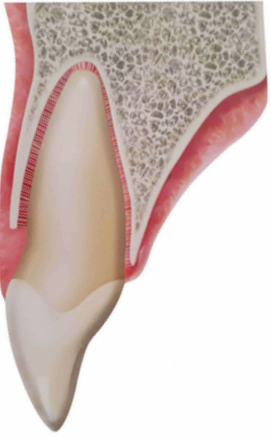
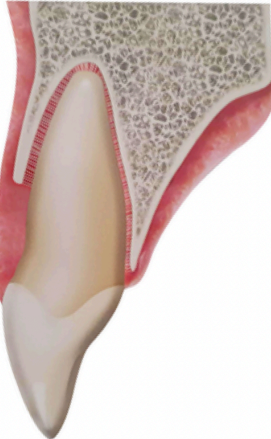
En base a los diferentes parámetros elaboraremos nuestro plan de tratamiento el cual guiará su rehabilitación quirúrgica siguiendo los pasos más predecibles desde varios factores:


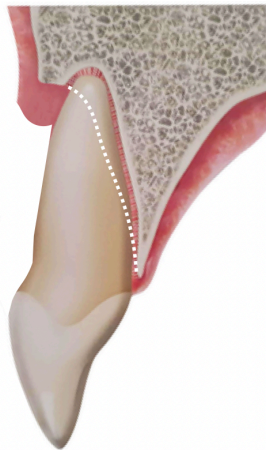
- Potencial regenerativo.
- Mínimo trauma y reducción de número de cirugías siempre que sea posible.
- Condición médica del paciente.
- Predecir evolución clínico-quirúrgica en función de cada situación.

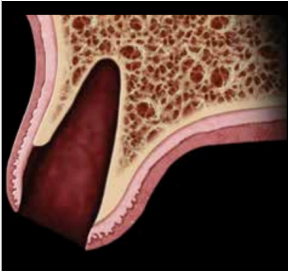
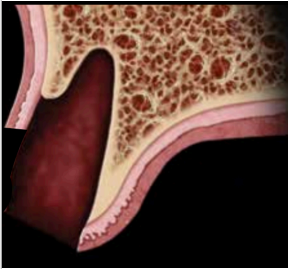
Todas estas indicaciones están señaladas con el objetivo de no exponerse a riesgos innecesarios por querer seguir un estilo, moda o tendencia y sí a respetar la biología, la cual incluso en muchos casos responderá de manera diferente según el paciente.

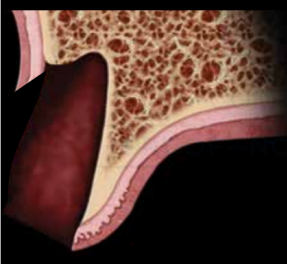
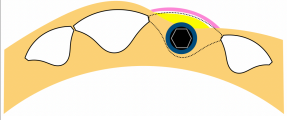

Es por eso que debemos tener claro las limitaciones de cada situación y valorar el potencial riesgo que conlleva antes de tomar una decisión u otra.

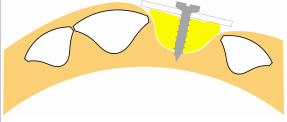
Aquí tienes la Tabla sobre Toma de Decisiones para que la consultes con cada caso que se te presente.

ESTATUS	1RA CIRUGÍA	2DA CIRUGÍA	3RA CIRUGÍA	ESCENARIO
<p>PIEZA DENTARIA Alvéolo Tipo I Presencia de pieza dentaria con preservación de tabla Vestibular y hueso interproximal intacto así como tejido blando intacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Extracción. - Colocación de implante inmediato. - Carga inmediata. - Injerto de tejido conectivo. 	NO	NO	
<p>PIEZA DENTARIA Alvéolo Tipo II Presencia de pieza dentaria con ausencia de tabla Vestibular parcial (leve 2-3 mm) y hueso interproximal intacto así como tejido blando presente.</p> <p>IMPORTANTE: clasificar Alvéolo tipo II A, B y C según grado de pérdida de tabla V</p>	<p>En función del grado de defecto se realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía sin colgajo en casos de defecto óseo leve para colocación de implante. - Injerto de tejido conectivo - Carga inmediata en función del biotipo y grado de defecto así como estabilidad primaria y perfil paciente. 	- Opción Carga temprana (6-8 semanas) para comenzar con la manipulación del tejido blando a través de provisionales sobre implante.	NO	

ESTATUS	1RA CIRUGÍA	2DA CIRUGÍA	3RA CIRUGÍA	ESCENARIO
<p>PIEZA DENTARIA Alvéolo tipo III Presencia de pieza dentaria con ausencia de tabla Vestibular y ausencia de tejido blando y hueso interproximal intacto.</p>	<p>- Extracción dentaria.</p>	<p>- Colocación de implante temprano (4-6 semanas) tras epitelización.</p> <p>- Regeneración Ósea Guiada inmediata a la colocación de implante en función del grado de atrofia ósea e injerto de tejido conectivo inmediato o diferido.</p>	<p>- Posible injerto de tejido conectivo diferido en función del grado de defecto regenerado. (6-8 semanas tras la colocación del implante) con carga diferida provisional.</p> <p>*Posible carga diferida provisional a las 4 semanas del injerto de tejido conectivo.</p>	
<p>PIEZA DENTARIA Alvéolo tipo IV Presencia de pieza dentaria con ausencia de tabla Vestibular severa y ausencia de tejido blando y hueso interproximal afectado.</p>	<p>- Extracción dentaria.</p>	<p>- 4 a 6 semanas para epitelización.</p> <p>- Regeneración Ósea Guiada con Biomaterial, preferiblemente mix de aloinjerto-xenoinjerto-autógeno para recomposición del soporte alveolar perdido.</p> <p>- Uso de PRGF (GF) en casos extremos como este así como EMDOGAIN para reconstrucción periodontal adyacente.</p>	<p>- Colocación de implante con carga inmediata en función del grado de Estabilidad primaria del implante, perfil del paciente o diferida en caso de valores mínimos de ISQ (< de 60).</p> <p>- Injerto de tejido conectivo.</p> <p>MANEJO PROTÉSICO: Modificación del provisional en función de la migración del margen gingival periimplantar.</p>	

ESTATUS	1RA CIRUGÍA	2DA CIRUGÍA	3RA CIRUGÍA	ESCENARIO
<p>PIEZA DENTARIA PERIO Presencia de pieza dentaria con compromiso periodontal, presencia de tabla V parcial, tejido blando y hueso interproximal intacto.</p> <p>IMPORTANTE: Clasificar Alvéolos tipo I, A, B y C según grado de pérdida de tabla V</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Extracción dentaria. - Colocación de implante. - Carga inmediata* - Injerto de tejido conectivo* 	<ul style="list-style-type: none"> - Posible injerto de tejido conectivo diferido en función del caso* <p>MANEJO PROTÉSICO: Modificación del provisional en función de la migración del margen gingival periimplantar.</p>	NO	
<p>PIEZA DENTARIA PERIO Presencia de pieza dentaria con compromiso periodontal, ausencia de tejido blando y tabla V. Hueso interproximal intacto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Extracción dentaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colocación de implante temprano (4-6 semanas) tras epitelización. - R.O.G inmediata a la colocación de implante e injerto de tejido conectivo inmediato o diferido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Injerto de tejido conectivo diferido en función del grado de defecto regenerado. (6-8 semanas tras la colocación del implante) con carga diferida provisional. Posible carga diferida provisional a las 4 semanas del injerto de tejido conectivo. 	

ESTATUS	1RA CIRUGÍA	2DA CIRUGÍA	3RA CIRUGÍA	ESCENARIO
<p>PIEZA DENTARIA PERIO Presencia de pieza dentaria con patología periodontal, ausencia de tejido blando y tabla V. Hueso interproximal afectado.</p>	<p>- Extracción dentaria.</p>	<p>- 4 a 6 semanas para epitelización.</p> <p>-Regeneración Ósea Guiada con Biomaterial, preferiblemente mix de aloinjerto-xenoinjerto-autógeno para recomposición del soporte alveolar perdido.</p> <p>-Uso de PRGF (GF) en casos extremos como este así como EMDOGAIN para reconstrucción periodontal.</p>	<p>- Colocación de implante con carga inmediata en función del grado de Estabilidad primaria del implante, perfil del paciente o diferida en caso de valores mínimos de ISQ (< de 60).</p> <p>-Injerto de tejido conectivo.</p> <p>MANEJO PROTÉSICO: Modificación del provisional en función de la migración del margen gingival periimplantar.</p>	
<p>ATROFIA LEVE Pérdida de 1-2 mm en sentido Buco-palatino (Seibert I)</p>	<p>-Colocación de implante.</p> <p>-Carga inmediata.</p> <p>-Injerto de tejido conectivo inmediato o diferido en función de la ROG llevada a cabo.</p>	<p>-Posible injerto de tejido conectivo diferido en función del caso*</p>	<p>MANEJO PROTÉSICO: Modificación del provisional en función de la migración del margen gingival periimplantar.</p>	
<p>ATROFIA MODERADA Pérdida de 3-4 mm en sentido Buco-palatino. (Seibert II)</p>	<p>-Colocación de implante.</p> <p>-R.O.G.</p> <p>-Injerto de tejido conectivo*</p>	<p>-Carga temprana (6-8 semanas) para comenzar con la manipulación del tejido blando por medio de provisionales.</p>	<p>MANEJO PROTÉSICO: Modificación del provisional en función de la migración del margen gingival periimplantar.</p>	

ESTATUS	1RA CIRUGÍA	2DA CIRUGÍA	3RA CIRUGÍA	ESCENARIO
<p>ATROFIA SEVERA Pérdida de más de 4 mm en sentido Bucopalatino y apicocoronal. (Seibert III)</p> <p>INDICACIÓN Injerto de encía libre 2 meses previos a la cirugía de Regeneración para incrementar la cantidad de encía adherida / queratinizada y restablecer línea mucogingival.</p>	<p>-ROG.</p> <p>-Injerto en bloque.</p> <p>-Injerto de cortical y autógeno Khoury Technique.</p> <p>Etc...</p>	<p>-Colocación de implante a los 6 meses.</p> <p>-Injerto de tejido conectivo.</p>	<p>-Carga diferida a los 3 meses de colocación para asegurar valores óptimos de Estabilidad Secundaria.</p>	

*R.O.G: Regeneración Ósea Guiada.

*PRGF: Plasma Rich in Growth Factors.

*GF: Growth Factors (Factores de Crecimiento)

Factores adicionales a tener en cuenta:

1-. Se asume que aquellos casos en los que un apiñamiento severo inferior con sobremordida aumentada, pacientes periodontalmente comprometidos y no colaboradores así como grandes fumadores, inmunodeprimidos y situaciones oclusales adversas se verá comprometido el resultado si no se realiza correctamente la **selección de paciente candidato** a llevar implantes dentales o carga inmediata en aquellos elegidos como aptos.

2-. También se asume que en todos los casos de **extracción y colocación inmediata** se rellenará el Gap vestibular con biomaterial seleccionado por el profesional en función de las propiedades biológicas del injerto a utilizar e intención quirúrgica del clínico.

3-. En los casos en los que no se pueda realizar una carga inmediata, se podrá realizar una provisionalización fija tipo Maryland para evitar micromovimiento del provisional. Se **mantendrá el contacto pónico con tejidos blandos** durante todo el proceso de cicatrización de los mismos para generar una guía de estimulación del tejido y apoyo del mismo. Lo mismo se aplicará en la zona de las papilas.

4-. La carga inmediata o diferida se consideraría dependiente del grado de Estabilidad del implante que se presente en el momento. A mayores valores de 60, mejor pronóstico y menos probabilidad de fracaso temprano con consiguiente fibrointegración. Aseguraremos una completa ausencia de contacto oclusal con antagonista en movimientos de céntrica y lateralidades.

5-. El uso de tejido conectivo inmediato o diferido también dependerá de la carencia de tejido conectivo o no en zona receptora, biotipo del paciente así como grado de regeneración simultánea. En casos de gran regeneración puede posponerse el injerto de conectivo en un segundo abordaje.

6-. La tunelización del margen cervical de estos casos de extracción inmediata y colocación de implante quedaría limitada a grados de defecto leves ya que aquellos provocados por traumas con consiguiente dehiscencia en tallo verde moderada o severa, con bordes cortantes

irregulares, presencia de extenso tejido de granulación con gran dificultad para su eliminación y despegamiento así como riesgo de mantener restos de adherencia perióstica en la superficie de la zona a regenerar podría provocar una potencial encapsulación de nuestras partículas con la consiguiente pérdida parcial o total de nuestro injerto vestibular.