

8

PPR asistida por implantes

■ Introducción

La rehabilitación de la cavidad oral mediante implantes es actualmente considerada, por parte de los pacientes y erróneamente, en modo restringido, por parte de muchos clínicos, sinónimo de prótesis fija. Esta consideración puede no ser completamente infundada si hacemos referencia a cómo nació la implantología moderna, que pronosticaba la rehabilitación de la mandíbula edéntula a través de una prótesis fija sostenida por implantes (Figs. 8.1 y 8.2).¹

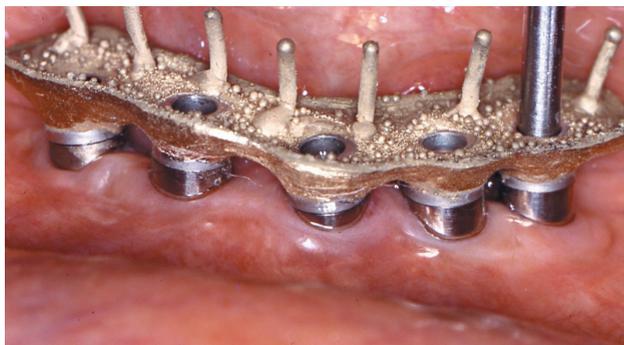


Fig. 8.1 Implantoprótesis "ad modum Brånemark" creada para rehabilitar la mandíbula edéntula con prótesis fija. Se nota la mesoestructura en material áureo y las retenciones para el acrílico.

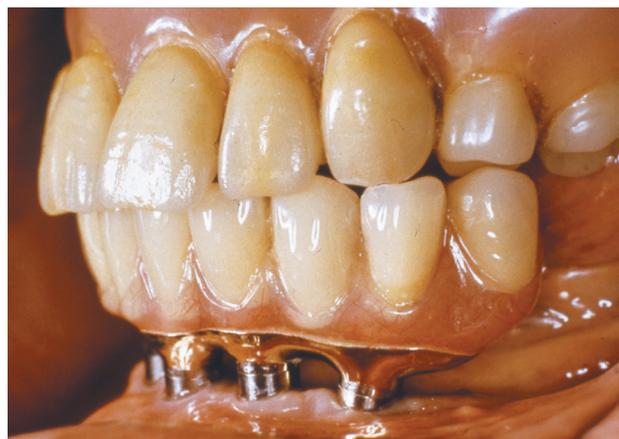


Fig. 8.2 Prótesis Implantosoportada "ad modum Brånemark" acrilada. La rehabilitación tenía pilares protésicos tipo estándar atornillados sobre los implantes, mesoestructura metálica y dientes comerciales. Los implantes, cinco o seis, se posicionaban sólo en la zona interforaminal, motivo por el cual había necesidad de hacer extensiones para aumentar la tabla oclusal. Con el fin de limitar la longitud del cantiléver, para aumentar las unidades masticatorias, se premolarizaba el canino (como en el caso expuesto).

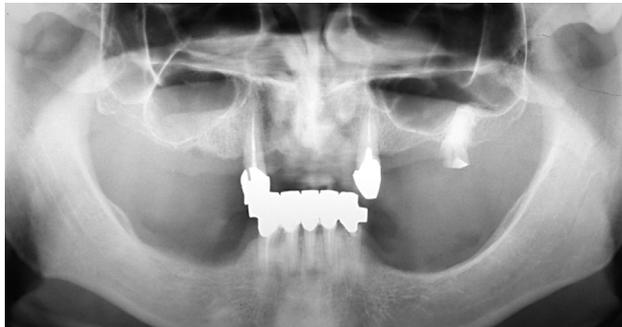
Sin embargo, la pérdida total o parcial de la dentadura no puede ser sistemáticamente restaurada con prótesis fija por diferentes razones: escasa cantidad ósea,² imposibilidad de realizar injertos óseos,³ relaciones intermaxilares desfavo-

rables sobre el plano horizontal y vertical,⁴ necesidad de sostén para los tejidos blandos periorales,⁵ extensiones muy excesivas,^{6,7} factores fonéticos y estéticos,⁸ y aspectos higiénicos.^{9,10} En estos casos las prótesis totales o parciales removibles son consideradas rehabilitaciones ideales y el uso de uno o dos implantes, posicionados en sitios protésicamente estratégicos, permiten una buena funcionalidad de los mismos,^{4,11} sin la ayuda de injertos óseos y con costos limitados.^{12,54} Es fundamentalmente importante el momento del diagnóstico, en el cual se deben valorar y considerar todos los aspectos que influyen la selección terapéutica y el pronóstico de la rehabilitación.

■ Selección terapéutica

Cantidad ósea e imposibilidad de realizar injertos óseos

Los estudios sobre las nuevas superficies de implantes bioactivos,¹³⁻¹⁸ la evolución y las técnicas quirúrgicas sofisticadas para posicionar el implante¹⁹ y los injertos óseos,²⁰⁻²² han permitido, actualmente, llegar a estándares de rehabilitación y de calidad tan elevados que superan principios que eran considerados irremovibles.²³⁻²⁶

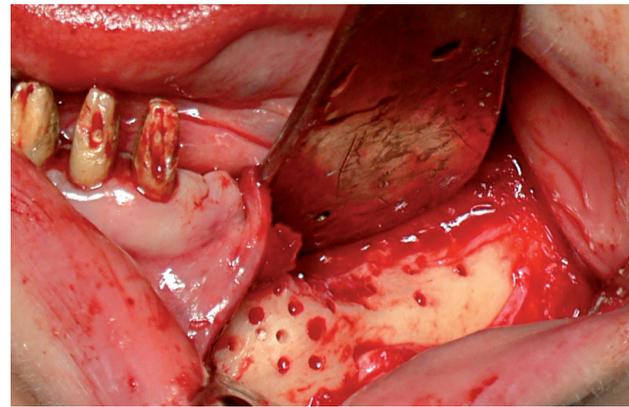


a

Fig. 8.3 Rx panorámica (a). Clase I de Kennedy mandibular. Paciente joven rehabilitado con PPR mandibular y maxilar. Se observa la neumatización de los senos maxilares y la reducción ósea de los sectores posteriores mandibulares con respecto al sector anterior dentado. La rehabilitación con prótesis fija sobre implantes requiere injertos óseos tanto maxilares como mandibulares.

Sin embargo en el adulto mayor o con patologías sistémicas, total o parcialmente edéntulo, no siempre es posible proponer y aplicar una cirugía con injertos óseos, sobre todo cuando aún son investigadas y poco predecibles como en los sectores edéntulos posteriores de la mandíbula (Figs. 8.3 y 8.4).²⁷

La presencia de exostosis, retenciones óseas, torus, crestas residuas de amplitud inadecuada, ya sea por el espesor o por la cantidad,²⁸ pueden descartar la rehabilitación mediante prótesis fija condicionando la cantidad, la localización, la inclinación y la longitud de los implantes utilizados.²⁹



b



c

Fig. 8.3 Exposición de la cresta ósea mandibular (b), incremento tridimensional de la cresta con hueso autólogo, material heterólogo y malla de contención de titanio (c). Caso concedido amablemente por el profesor Guglielmo Ramieri.



Fig. 8.4 Rx panorámica del mismo paciente con rehabilitación implantoprotésica fija. Seguimiento a dos años. Caso concedido amablemente por el profesor Guglielmo Ramieri.

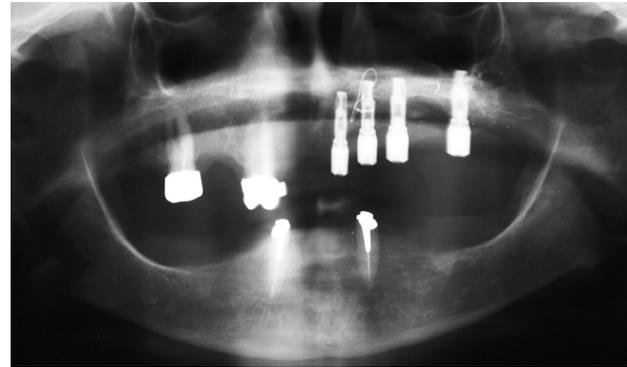


Fig. 8.6 Rx panorámica de la misma paciente con *abutments* de cicatrización.

Relaciones intermaxilares y sostén de los tejidos blandos periorales

En el edentulismo parcial una excesiva reabsorción ósea sectorial, centrifuga mandibular y centrípeta maxilar, que causa una discrepancia amplia de las relaciones intermaxilares sobre el plano horizontal y vertical, representa una indicación para la PPR.³⁰ Rehabilitar la zona edentula con prótesis sería un error, ya que para obtener una adecuada oclusión y un sostén ideal de los tejidos blandos, la dentadura anclada directamente a los implantes presen-



a

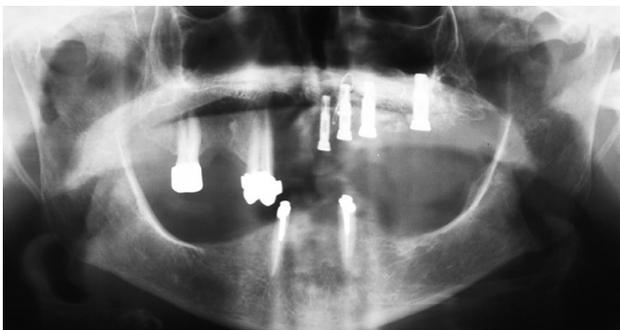


Fig. 8.5 Rx panorámica. Están presentes cuatro implantes en el maxilar con tornillos de cubrir. La paciente llega para una rehabilitación implantoprotésica fija después de haber sido sometida a injertos óseos en el segundo cuadrante, para incrementar la cresta en sentido horizontal y vertical, y la inserción de los implantes para una prótesis fija.



b

Fig. 8.7 Vista intraoral (a) y sobre el modelo en yeso (b). Se observa la notable discrepancia entre las dos hemiarcadas, en los planos vertical y horizontal, que contraindica la rehabilitación implantoprotésica fija (error de programación). La paciente había sido rehabilitada en la mandíbula, 20 años atrás, con prótesis total anclada a los dos caninos naturales (*overdenture* mandibular).

taría un volumen muy extenso y poco funcional. El uso del flanco en acrílico permite una correcta posición de los dientes y un sostén ideal para los

tejidos blandos de la cara, con un resultado más favorable con respecto al que se obtiene con una prótesis fija (Figs. 8.5-8.11).



Fig. 8.8 Tercio inferior de la cara sin prótesis. La reabsorción ósea del segundo cuadrante, no obstante el injerto, determina una notable concavidad de los tejidos blandos.



a



b



a



b

Fig. 8.9 Vista intraoral (a-b). La paciente se rehabilitó con prótesis fija sobre la dentadura natural remanente 13-14-16. En el segundo cuadrante se realizó la función con ajustes esféricos sólo de dos implantes, suficientes para el anclaje de una PPR.

Fig. 8.10 Prótesis parcial removible vista oclusal (a) y ventral (b). Se observa la distancia entre los ajustes esféricos y el perfil vestibular del flanco en acrílico. La discrepancia era tan grande que se podían usar ajustes esféricos de gran diámetro.



Fig. 8.11 Tercio inferior de la cara con la prótesis en la boca. Los tejidos blandos están más sostenidos aunque no de modo óptimo, resultado que no se podría haber logrado con la prótesis fija implantosoportada. Seguimiento a los ocho años.