

## Rehabilitación Completa Fija Maxilomandibular sobre Implantes. Carga Inmediata Inferior y Diferida Superior

DR. JAIME BALADRÓN ROMERO

AUTORES

Dr. Jaime Baladrón Romero. Cirujano maxilofacial.

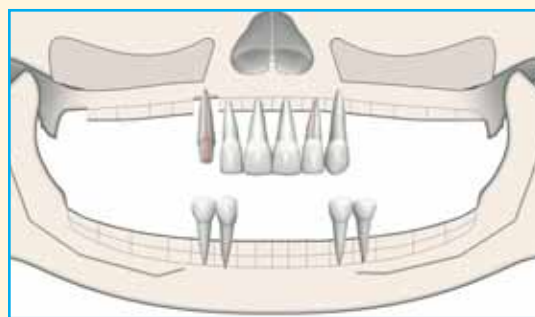
Dr. Luis María Junquera. Cirujano maxilofacial.

Oviedo.



### Preoperatorio (sin prótesis)

Paciente de 62 años, con enfermedad periodontal muy avanzada y edentulismo parcial maxilar y mandibular, remitida para la colocación de implantes para rehabilitación maxilar y mandibular completa fija. Existe una distribución anormal de los dientes maxilares anteriores, con diastemas provocados por la enfermedad periodontal, sobre todo en el lado izquierdo. Hay un resto radicular del canino #13, endodonciado, con un defecto periodontal vertical severo y una inflamación gingival asociada.



148



## Preoperatorio (con prótesis y férula)

La paciente es portadora de prótesis parciales removibles, que no le resultan cómodas. La altura de la línea de la sonrisa es media (enseña el margen gingival anterosuperior).



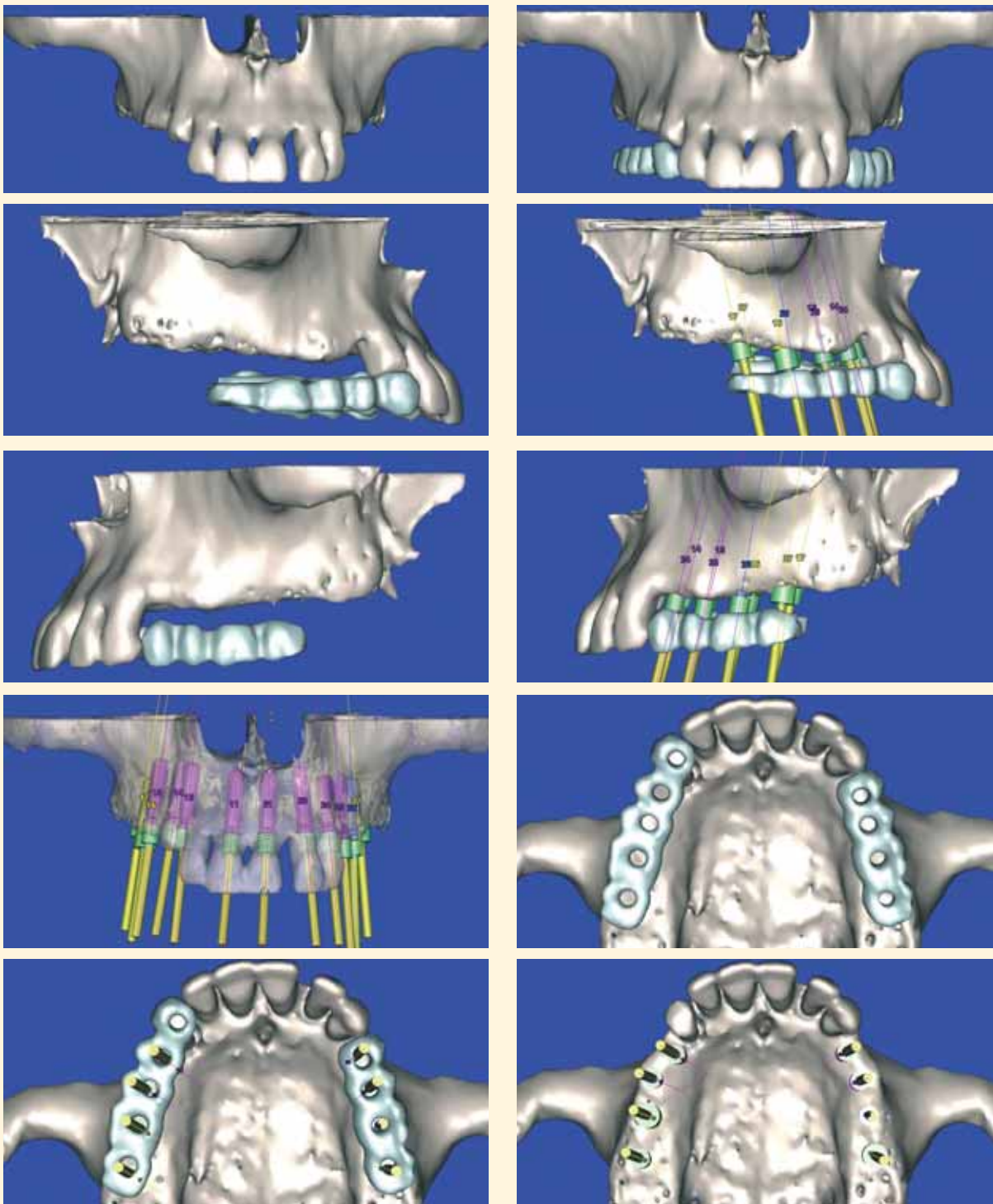
Se preparan dos férulas con dientes radioopacos (de acrílico mezclado con sulfato de bario) que sirvan para el diagnóstico con la tomografía axial computarizada y luego como férulas quirúrgicas.





## Tac Simplant

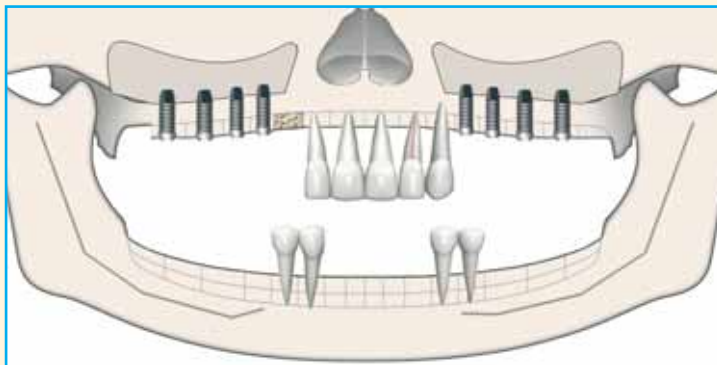
Se realiza un estudio prequirúrgico mediante TAC SimPlant, en el que se objetiva una calidad de hueso pobre, sobre todo en las regiones posteriores de ambos maxilares. Con ayuda del software, se planifican los implantes, que se colocarán en tres tiempos quirúrgicos: 1. Maxilar parcial posterior (en dos fases), 2. Mandíbula (con carga inmediata sobre los implantes anteriores y diferida sobre los posteriores) y, por último, 3. Maxilar parcial anterior (en una sola fase, a la vez que se hace la segunda fase de los implantes maxilares posteriores colocados anteriormente en hueso tipo IV).





## Implantes maxilares posteriores

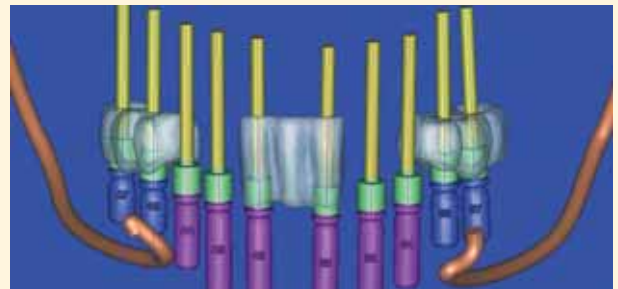
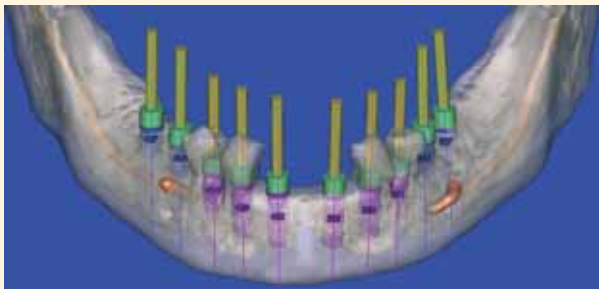
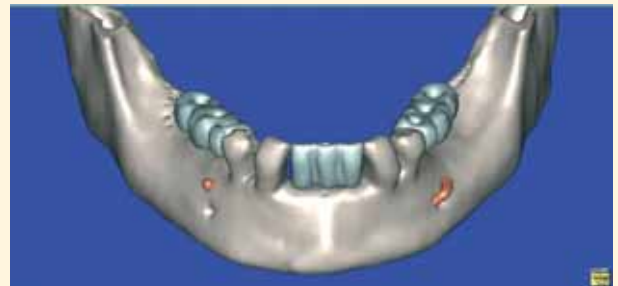
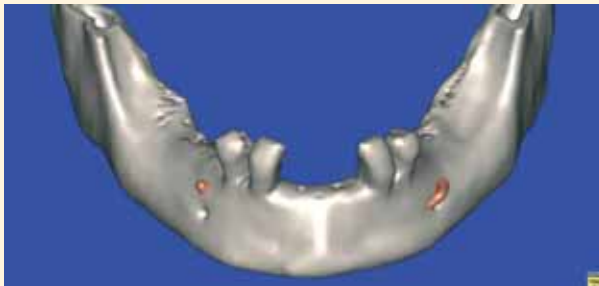
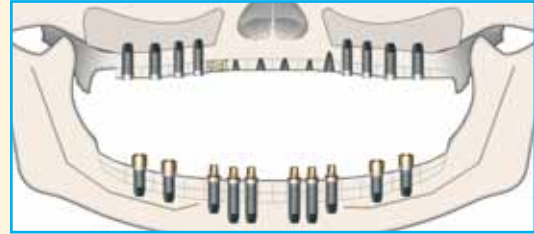
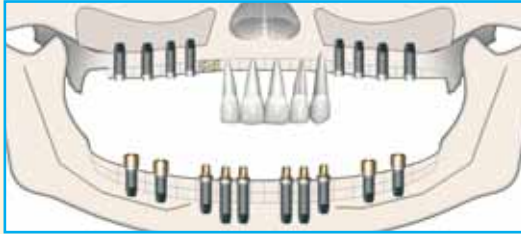
Bajo anestesia local, se realiza la exodoncia del resto radicular del #13, el legrado periapical y la reconstrucción del alveolo posexodoncia mediante un injerto de la tuberosidad maxilar y un injerto conectivo. Se colocan ocho fijaciones de titanio (3i y BTI) en las regiones posteriores del maxilar superior, en las posiciones #14i, #15i, #16i, #17i, #24i, #25i, #26i y #27i. La calidad ósea es tipo IV. La estabilidad inmediata es buena en los premolares e intermedia en los molares.





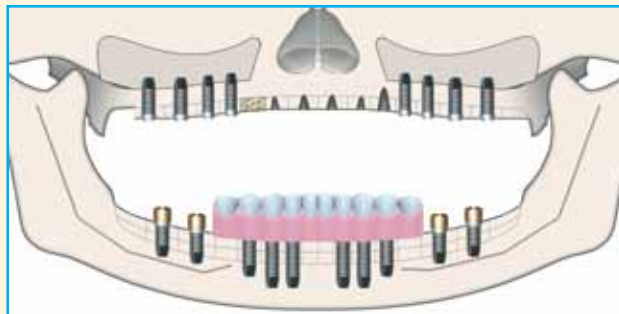
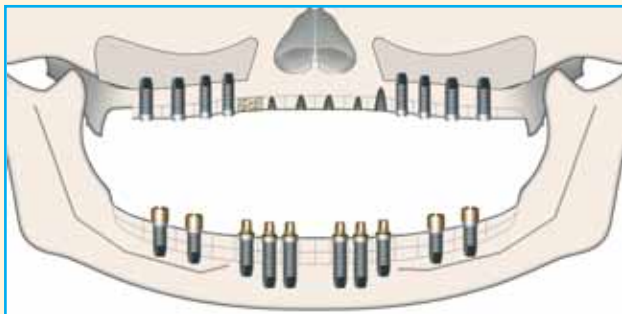
## Implantes mandibulares

Quince días después de la primera intervención, se realizan las exodoncias de los dientes mandibulares periodontales y se instalan 10 implantes (3i) en la mandíbula, con la ayuda de la férula quirúrgica empleada para el estudio de la TAC. La calidad ósea es tipo III-IV y la estabilidad inmediata de los implantes es buena. Se colocan pilares Multi-Unit de 3 mm de altura para la carga inmediata en los implantes mandibulares anteriores. Al final de la intervención, se realizan las exodoncias de los dientes maxilares periodontales. El prostodoncista tenía preparada una prótesis inmediata.



## Carga inmediata mandibular

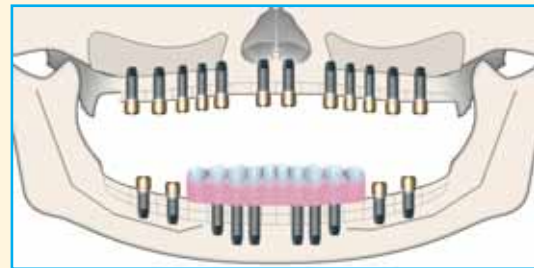
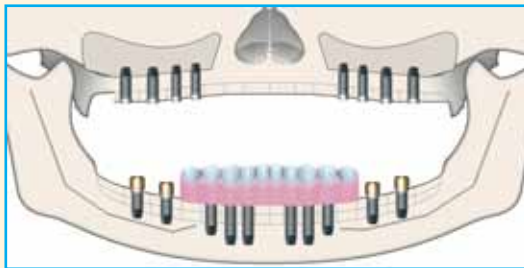
Se remite al paciente al prostodonista, que toma impresiones de los implantes mandibulares, las envía al laboratorio y coloca, a las 24 horas de la cirugía, una prótesis inmediata fija sobre los seis implantes mandibulares anteriores, y una prótesis completa en el maxilar superior.





## Implantes maxilares anteriores

Tres meses después, se planifica la realización de la segunda fase de los implantes maxilares posteriores y la colocación de cuatro nuevos implantes (BTI) en la región maxilar anterior (en una sola fase). Habíamos decidido no colocar los implantes anteriores el mismo día de las exodoncias y esperar a tener una cicatrización de los tejidos blandos, para buscar un mejor resultado estético final. Durante ese tiempo de espera, la paciente se encontraba cómoda con su prótesis fija híbrida mandibular inmediata.



156

Los implantes posteriores maxilares y mandibulares se encontraron osteointegrados. Debido a la escasa anchura vestíbulo-palatal de la premaxila, durante la instalación de las fijaciones anteriores se producen fenestraciones en la cortical vestibular, con exposición de algunas espiras de los implantes, que se cubren con injertos óseos autógenos particulados tomados de zonas adyacentes. La calidad ósea era tipo II-III y la estabilidad primaria de los implantes buena. Se colocan pilares de cicatrización de 4 y 6 mm de altura en todos los implantes.





## Injertos conectivos

Finalmente, se aumenta el volumen vestibular de la mucosa queratinizada mediante dos injertos de tejido conectivo tomados del colgajo palatino. Después de quitar los puntos, se remite a la paciente al prostodoncista para un rebase blando de la prótesis maxilar completa.



Seis semanas después, se comprueba la osteointegración de los implantes maxilares anteriores, y los encontramos todos ellos inmóviles y sin signos de pérdida ósea anormal en la radiografía de control.

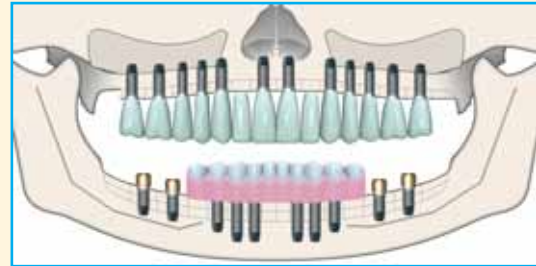
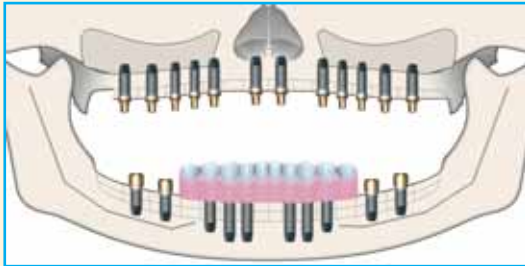






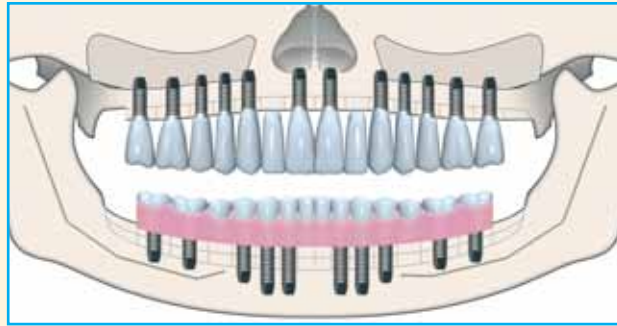
## Prótesis provisional

Se remite al paciente al prostodoncista, que coloca una prótesis provisional de acrílico para ir remodelando los tejidos blandos y los perfiles de emergencia. Se muestran las imágenes de las prótesis provisionales.



## Prótesis definitiva

Seis meses después, el prostodoncista cambia la prótesis provisional de acrílico por una prótesis fija maxilar ceramo-metálica y una prótesis híbrida mandibular de acrílico sin extensiones distales.





## Resultado final

Aspecto de la sonrisa de la paciente con la prótesis definitiva un año después de la colocación de los implantes. Se ha realizado una reconstrucción funcional y estética completa del edentulismo maxilomandibular de la paciente, hasta los segundos molares, sin extensiones distales (cantilevers), ni situaciones de sobrecarga biomecánica de los implantes. Los molares maxilares se han rehabilitado sobre implantes de gran diámetro (5 mm). El prostodoncista ha dividido la rehabilitación maxilar en tres segmentos independientes, uno anterior (con pónicos a nivel de los incisivos laterales) y dos posteriores.

