

IMPLANTES EN PACIENTE PERIODONTAL: A PROPOSITO DE UN CASO

- Dra. Carolina. I Esperante Bedani
- Dra. María H. Bedani de Esperante

- Odontóloga.
Master en Implantología y
Rehabilitación Oral. ESORIB
Málaga, España.
- Odontóloga Especialista en
Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los
Maxilares.
Bs. As. Argentina

Resumen

La decisión de optar por un tratamiento conservador o por la extracción en una dentición con deterioro periodontal grave suele ser un gran dilema, y más aun en los tiempos que corren. Dicha decisión por lo general se encuentra condicionada fundamentalmente por factores socioeconómicos o el grado de colaboración del paciente. Nuestro objetivo debe seguir siendo el mantenimiento de la mayoría de los dientes.

En el caso presentado, se realiza la exodoncia de las piezas dentarias remanentes del maxilar superior y su reposición mediante seis fijaciones implantarias, una barra microfresada y una sobredentadura.

El maxilar inferior, ha sido tratado periodontalmente con el objetivo de alargar la vida de los dientes.

Summary

The decision to choose between a conservative treatment or the extraction in a dentition with a severe periodontal disease is often a dilemma, and even more in current times. That decision is primarily conditioned by socioeconomic factors or the cooperation of the patient. But our goal must continue being the maintenance of most of the teeth.

In this case, we make the extraction of the teeth of the maxilla and replace them with six implants, a bar and an overdenture.

The lower jaw has been periodontally treated with the aim to prolong the life of the teeth.

Introducción

Estudios científicos han mostrado evidencia que las enfermedades periodontales inflamatorias crónicas, son tratables. Como resultado de los avances en la terapia periodontal, la gran mayoría de los pacientes logran conservar sus piezas dentarias cuando se someten a un control periódico y permanente de los parámetros clínicos.

Entonces: ¿Por qué precipitarnos a extraer todas las piezas?

Los estudios clásicos de mantenimiento periodontal (Wilson y col 1984; Kocher y cols 2000), han demostrado supervivencias de 5-10 años superiores al 93-95 %. Si bien es innegable el beneficio que los implantes han aportado en la rehabilitación de nuestros pacientes (Brocard y cols. 2000; Vehemonde y cols 2009) informan tasas de supervivencia que varían entre 80- 95%, lo cual no es superior a la obtenida en dientes con afectación periodontal y correctamente tratados.

Caso Clínico

Paciente de 60 años de edad, sexo masculino, que se presenta a la consulta con un deterioro importante de su boca, aquejado de dolor de sus dientes remanentes superiores y fumador crónico.

Al examen clínico: Desdentado parcial superior; el maxilar inferior conserva aun la mayoría de las piezas.

A la inspección periodontal, el hallazgo ha sido de sangrado al sondaje en toda la boca, con bolsas periodontales de más de 6 mm con pérdida de inserción.

A nivel de los molares inferiores, lesiones de furca grado II y movilidad dental de clase III en los remanentes superiores.

Radiologicamente apreciamos pérdida ósea horizontal y vertical. Lesiones de furcacion, en el sector posteroinferior y una proporción corono radicular de 2:1, generalizada.



Fig. 1

Las necesidades y deseos del paciente eran mínimos; demostrado por el estado de su boca. Por lo cual el aspecto psicológico y el coste del trabajo, han sido factores fundamentales a tener en cuenta en este caso.

Una vez lograda la motivación periodontal, se procuro optar por una alternativa que nos permitiera controlar mejor la higiene; y quizás en un futuro no muy lejano, continuar colocando fijaciones implantarias, sin acarrear así un coste exagerado.

Estudiado el caso, se le aconseja al paciente, la remoción de los remanentes dentarios superiores, dado su precario estado y su sustitución mediante fijaciones implantarias, previo tratamiento periodontal de las piezas inferiores.



Fig.2

La preparación del paciente incluyó la reducción del hábito de fumar y la motivación clínica en cada sesión de la técnica de cepillado.

En el maxilar superior, luego de las extracciones, se confecciono una prótesis completa de forma temporal, con el objetivo de valorar la respuesta del paciente al tratamiento periodontal en el tiempo.

El tratamiento mecánico de la periodontitis con raspaje y alisado radicular ha sido seguido por cirugía periodontal y complementado con la prescripción de un antimicrobiano (clorhexidina) y un antibacteriano (metronidazol). Una vez concluido nuestro trabajo, pasamos entonces a la fase de mantenimiento.

Ante la receptividad del paciente, en vista a sus cambios hábitos conductuales y basándonos en la ausencia de movilidad del sector posteroinferior y en los índices periodontales alcanzados, luego de que el paciente respondiera bien al tratamiento, decidimos preservar las piezas dentarias inferiores.

Tratamiento

La prótesis completa superior temporaria ha sido utilizada como plantilla para la confección de una guía quirúrgica



Fig.3.

Las condiciones anatómicas eran buenas y por ello recurrimos a la técnica mínimamente invasiva, con el objetivo de minimizar el daño a los tejidos y otorgarle un mayor confort al paciente en el postoperatorio. Realizamos la marcación transgingival de los lechos con una fresa lanceolada, a través de la guía quirúrgica confeccionada para el caso



Figs. 4, 5 y 6; luego con un bisturí circular de 0,5 mm de diámetro mayor que el implante escogido para cada sitio en particular realizamos una gingivectomia



Fig. 7,

la remoción del capuchón de encia con un periostotomo



Fig. 8

y el legrado del tejido de granulación remanente con una cucharita de hueso.



Fig. 9

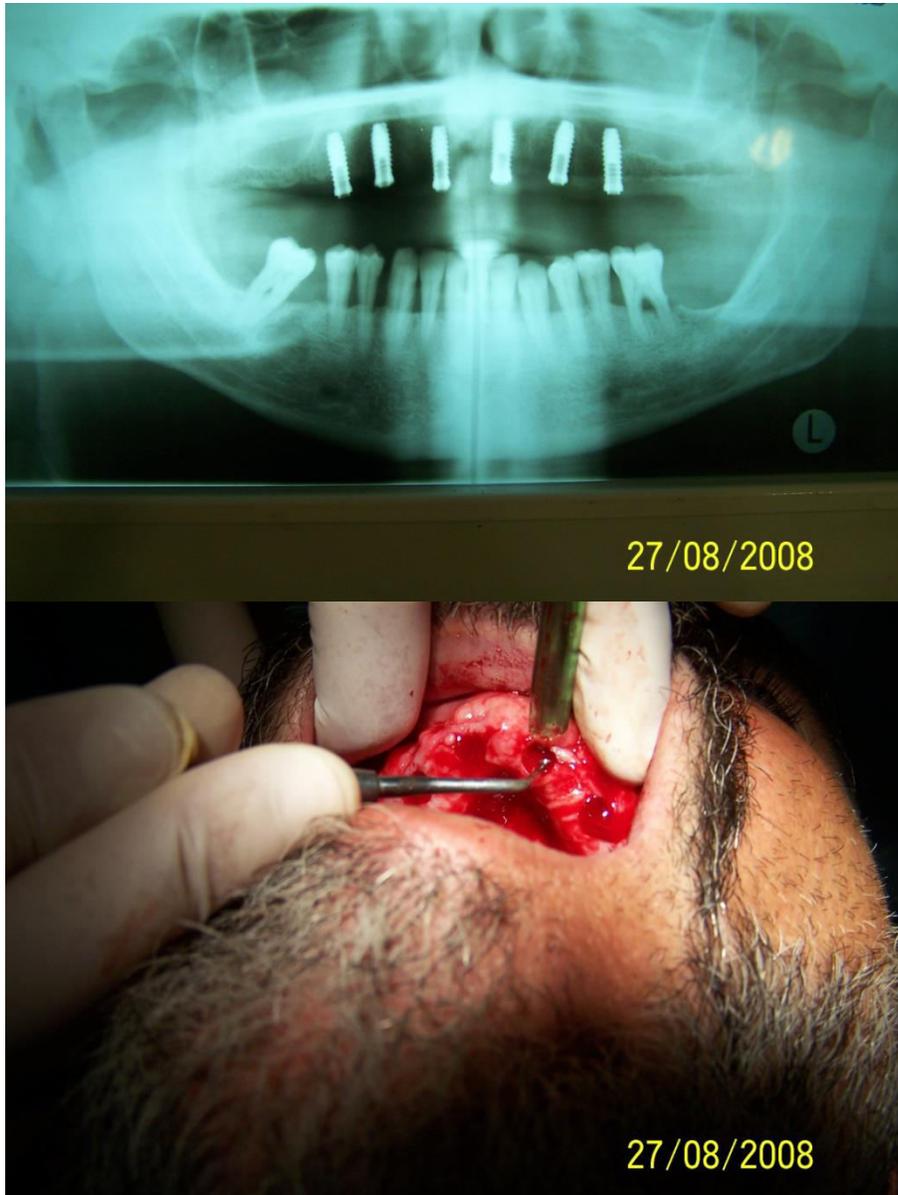
Una vez eliminado el tejido blando, con una fresa piloto iniciamos la preparación de los lechos, siguiendo la posición y orientación prevista en forma preoperatoria mediante la guía quirúrgica y continuamos ensanchando el hueso, con secuencia convencional de fresas.



Figs. 10 y 11

Los implantes se colocaron en la zona de ambos caninos, entre el 12-11, el 21- 22 y a nivel de los segundos premolares.





Figs. 12, 13 ,14 y 15.

Se realizaron revisiones periódicas una vez al mes y al final de la fase de hibernación, se procedió a realizar la segunda cirugía, con el objetivo de dotar a los implantes de una banda de encía queratinizada insertada, para mejorar la salud y beneficiar la higiene.

Afloramos las implantaciones, colocamos cicatrizadores y poco tiempo después tomamos las impresiones definitivas mediante la técnica directa.

Se confecciono una barra microfresada y una sobredentadura con un refuerzo de una malla metálica y resina de alto impacto.

Conclusión

El éxito de los implantes dentales en pacientes con periodontitis crónicas tratadas y controladas ha sido documentado en numerosos estudios. Pero el mantenimiento periodontal y la motivación de estos casos es crítica para el éxito a largo plazo del tratamiento. Así que: ¿Por qué no intentar el ser conservadores cuando la respuesta del paciente lo permite? Los implantes dentales representan el último recurso, estos no están para reemplazar dientes, sino que deben reemplazar dientes perdidos.

Correspondencia:

Plaza San Juan nº15 Bajo, Pueblo López. 29640 Fuengirola- Málaga

Tel. /Fax 952473423

www.clinicaesperantebedani.com

mariabedani@yahoo.com.ar

ciespe16@gmail.com

Bibliografía

1. Wu AYJ and Chee. W. Implant- Supported reconstruction in a patient with generalizad aggressive periodontitis. J. Periodontolo 2007; 78:777-782
2. Yalcin S, Yalcin F, Gunary Y, Bellaz B, Onal. S and Firatli. E. Treatment of aggressive periodontitis by osseointegrated dental implants. A case report. J. Periodontal 2001; 72:411-416
3. Mengel R, Schroder T, Flores-de-Jacoby L. Osseointegrated implants in patients treated for generalizad aggressive periodontitis: 3 and 5 year results of a prospective long term study. J Periodontol 2001, 72:977-989
4. Albrektsson. T, Wennerberg. A. The Impact of oral implants. Past and future, 1966-2042
J. Can Dent Assoc 2005;71:327-327d
5. Schou S, Holmstrup P, Worthington HV, Esposito M. Outcome of implant therapy in patients with previous Tooth loss due to periodontitis. Clin Oral Impl Res 2006;17 (Suppl. 2):104-23
6. Protesis dental sobre implantes. By Carl. E Misch
7. Vehemente VA, Chiang SK, Dare S, Muftu A (2002). Risk factors affecting dental implants survival
Journal of Oral Implantology 28, 74-81
8. Tonetti MS, Steffen P, Muller-Campanille V, Suvan J, Lang NP. (2000). Initial extractions and Tooth loss during supportive care in a periodontal population seeking comprehensive care.
Journal of Clinical Periodontology 27, 824-831
9. Sumida S, Ishihara S, Kishi M (2002). Transmission of periodontal disease associated bacteria from teeth to osseointegrated implant regions.
International Journal of Oral and Maxillofacial Implants 17, 696-702
10. Karoussis IK, Muller S, Salvi GE, Heitz Mayfield LJA, Braegeger U, Lang NP (2004). Association between periodontal and perimplant conditions : A 10- Year Prospective Study Clinical Oral Implant Research 15, 1-7