

# Resoluciones estéticas con implantes oseointegrados en dientes anteriores

Dr. Alberto Horacio Bechelli

Cargos académicos:

- Ex jefe de trabajos prácticos de la Cátedra de Cirugía Dentomaxilar de la UBA.
- Ex jefe de clínica de la Cátedra de Operatoria y Prótesis de la UBA.

## RESUMEN

El autor presenta dos formas de rehabilitación protética de un diente anterior por medio de implantes radiculares oseointegrados dando especial énfasis al aspecto estético. Las resoluciones responden a dos casos clínicos que se presentan habitualmente, como son los que tienen una pequeña o una gran reabsorción de la tabla externa, modificando el eje de inserción del implante.

## PALABRAS CLAVES

Implantes oseointegrados / Estética / Dientes anteriores

## SUMMARY

The author presents two forms of prothetics resolutions over osseointegrated implants in anterior maxilla, keeping special attention on its esthetic resolution.

These ways of prothetics rehabilitation depend on little or great maxillar reabsortion, which can modify the implant axis.

## KEY WORDS

Osseointegrated implants / Esthetic / Anterior Teeth

Luego de diez años de trabajar con implantes oseointegrados, y con la definitiva aceptación de los principios biológicos y las técnicas quirúrgicas, en virtud de los excelentes resultados que se fueron obteniendo, la problemática se ha trasladado a la etapa protética.

Hoy ya nadie duda de la alta confiabilidad de los implantes oseointegrados, pero si se continúa discutiendo las diferentes formas de rehabilitación protética sobre dichos implantes, y es lógico que esto así sea, ya que se ha abierto un nuevo panorama, basado en pilares con características muy diferentes a la de los dientes naturales. Si pensamos tan sólo en las

diferencias anatómicas, biomecánicas, sensoriales y de estructuras óseas, que hay entre una raíz natural y un implante, nos daremos cuenta que el gran problema que enfrenta la implantología pasa por la etapa protética, que evidentemente deberá tener una concepción diferente que la prótesis convencional sobre dientes naturales.

Los factores que básicamente nos marcan las diferencias son, en primer término el distinto comportamiento biomecánico y sensorial, debido a la ausencia del ligamento periodontal y en segundo término, las dificultades estéticas como consecuencia



de las diferencias anatómicas entre una raíz natural y un implante y la pérdida ósea generalmente presente, que nos complica la resolución estética debido a la pérdida del nivel de los márgenes gingivales y sus papilas.

En este artículo trataré tan solo de analizar la resolución protética en dientes anteriores en dos situaciones que habitualmente se nos presenta en la clínica como consecuencia la mayor y menor reabsorción de la tabla externa, y que son las siguientes: (fig. 1 y fig. 2).

Sabemos que uno de los casos más difíciles de resolver estéticamente en prótesis fija es la reposición de un central superior y más aun utilizando implantes oseointegrados. La pérdida o hundimiento de la tabla externa con la consecuente reducción del ancho vestíbulo-lingual es uno de los principales inconvenientes. Estas pérdidas óseas responden a diferentes motivos tales como: fracturas por traumatismos, extracciones traumáticas, lesiones apicales o periodontales crónicas, el uso de prótesis removibles acrílicas con carga mucosa etc. etc.. Hoy debemos tratar de ser muy cuidadosos ante la necesidad de extraer un diente anterior y evitar estos inconvenientes mediante técnicas quirúrgicas conservadoras y prótesis postquirúrgicas provisionales adhesivas sin carga mucosa, que ayuden a conservar el capital óseo de nuestros pacientes.

Si bien en este artículo sólo me referiré a la resolución protésica es indispensable contar con algunas premisas quirúrgicas sin las cuales sería prácticamente imposible lograr una solución estética aceptable. Dichas premisas están referidas a la incisión, a la ubicación del implante y a la sutura.

a) En relación a la incisión, debemos recordar que aquellas que afecten la adherencia epitelial de los dientes vecinos serán acompañadas de una posterior retracción del margen gingival propia de cualquier proceso de cicatrización, la cual nos complica la resolución estética. Es por esta razón que es aconsejable una incisión que no involucre la papila de los dientes vecinos, como podemos ver en la figura 3.

b) Con respecto a la ubicación del implante debemos considerar los elementos protésicos que deberemos ubicar por encima del mismo y el espacio necesario para permitir un perfil de emergencia con las características de un diente natural.

Si bien hay varias teorías al respecto pienso que como vemos en la figura 4, la cabeza del implante deberá estar ubicada a unos 3 mm. por encima del margen gingival de los dientes vecinos, con lo cual nos permitirá tener el espacio suficiente para una correcta estética.

c) La sutura deberá ser lo menos traumática posible y los puntos deberán ser ubicados en zonas que no afecten las papilas. Como vemos en la figura 5 damos dos puntos por vestibular en zona de encía libre y dos por palatino para rebatir el colgajo, mientras que en la zona de encía adherida vestibular cerramos con cementos anaeróbicos (Histoacril).

## RESOLUCIÓN ESTÉTICA EN CASOS DE ANGULACIONES FAVORABLES

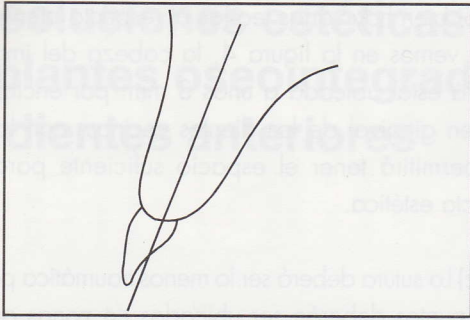
En estos casos el remanente óseo es suficiente y la dirección del implante en sentido vestíbulo palatino podrá ser coincidente con la de la corona clínica y el muñón dentario sobre el cual confeccionábamos la corona cerámica. Esta técnica tenía básicamente dos inconvenientes, primero que no nos permitía un correcto perfil de emergencia y que además en encías finas se transparentaba el color metálico del emergente dando una sombra oscura por vestibular.

Hoy en estos casos somos partidarios de utilizar implantes de hexágono externo y la toma de impresiones con transfers anatómicos antirrotacionales, que nos transfieran la posición de dicho hexágono a un modelo anatómico con encía artificial. Luego ubicaremos un abutment antirrotacional unido al implante por un tornillo de fijación. Dicho abutment, podrá ser totalmente plástico para encerar y colar, o idealmente combinado, con la porción del hexágono en oro y el resto en plástico para encerar y sobrecolar.

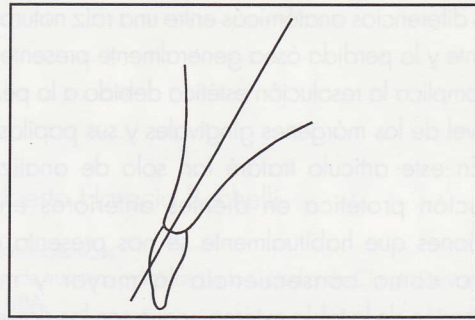
Las formas del encerado deberán responder a las necesidades de una futura corona metalocerámica como vemos en la figura 6 y el colado deberá ser necesariamente oro cerámico en el caso de ser un sobrecolado e idealmente también en oro en caso de un colado simple para lograr una copia del hexágono lo más precisa posible.

Observemos como en este caso la dirección favorable del implante permite que el tornillo de fijación tenga su punto de salida en la cara palatina del incisivo

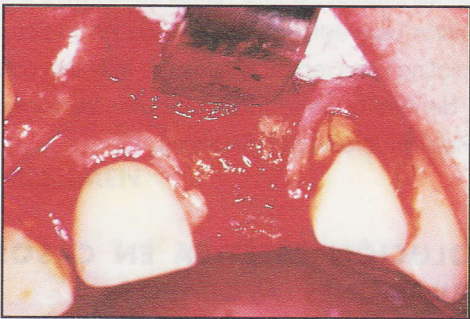




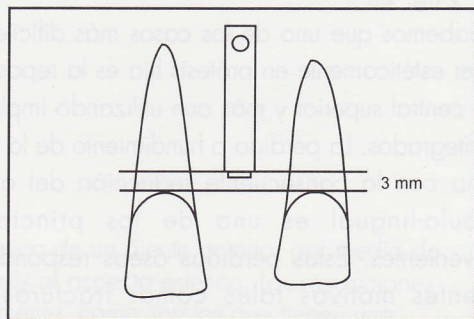
**Figura 1** Mínima pérdida ósea y angulaciones favorables



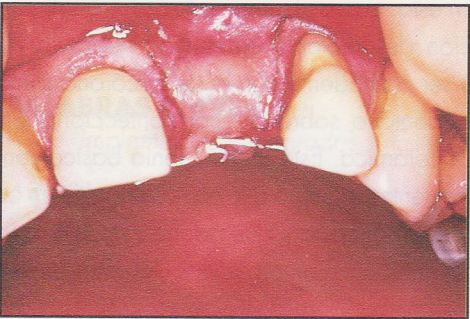
**Figura 2** Máxima pérdida ósea y angulaciones desfavorables.



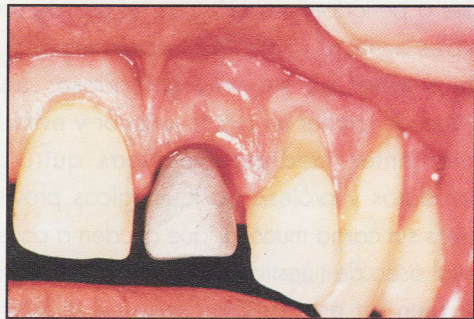
**Figura 3** Incisión conservadora



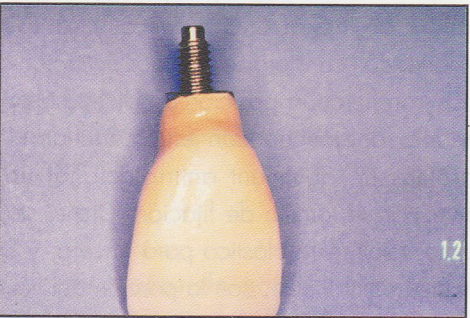
**Figura 4** Ubicación del implante



**Figura 5** Sutura atraumática



**Figura 6** Colado para corona metalocerámica



**Figura 7** Emergencia de tornillo



**Figura 8** Corona terminada



**Figura 9** Muñón colado con frente cerámico



**Figura 10** Corona terminada



central, lo cual nos permite confeccionar una sola estructura metalocerámica que incluye abutment y corona, que fijada al implante por medio del tornillo nos permite un perfil de emergencia ideal, ya que somos nosotros quienes le damos el volumen correcto, y por otro lado, como el metal se encuentra recubierto por la porcelana, se evita la sombra oscura que produce un abutment metálico en contacto con la fibromucosa (figuras 7 y 8).

Con esta técnica, hemos obtenido una corona metalocerámica fija-desmontable respetando los tejidos periodontales de los dientes vecinos, especialmente sus papilas, las cuales pueden aún ser mejoradas, modificando en más o en menos el volumen del perfil de emergencia.

## RESOLUCIÓN PROTÉSICA EN CASOS DE ANGULACIONES DESFAVORABLES

Si recordamos la figura 2 será fácil darse cuenta que en éste es imposible realizar una técnica similar a la anterior, ya que ahora el eje de implante no coincide con el eje de la corona clínica y por lo tanto el tornillo de fijación haría su emergencia por la cara vestibular del incisivo central. La solución de este caso se podrá realizar de dos maneras:

a) Utilizando un emergente preangulado antirrotacional sobre el cual confeccionaremos la corona, previo tallado en el laboratorio y con el cual no podremos resolver el problema de la transparencia del metal ni de la falta de una emergencia adecuada.

b) Colando un muñón metálico desmontable antirrotacional con frente cerámico con el cual podremos resolver ambos inconvenientes. Será esta la solución a describir.

Al igual que en, el caso anterior comenzaremos por tomar una impresión de arrastre con un transfer anatómico antirrotacional, y confeccionar un modelo con encía artificial.

Ya montado el modelo, se colocará un abutment plástico o combinado, el cual será recortado y encerado, modificando el eje del implante y dándole la dirección correcta de acuerdo al antagonista. Durante el encerado se tendrá en cuenta el perfil de emergencia necesario dejando por la cara vestibular una depresión

de mesial a distal, y por palatino se tallará el hombro para asiento de la futura corona.

Una vez realizado el colado, sobre la depresión vestibular se completa el contorno con material cerámico que continuará el hombro por vestibular (figura 9).

El paso siguiente será una prueba clínica donde se analizará el perfil de emergencia y la altura del hombro, la cual será llevada 1 mm. por debajo del margen gingival. Debemos además observar en esta prueba la compresión que se ejerce sobre las papilas así como el efecto estético de la cerámica subgingival.

Una vez aceptada esta prueba se manda a confeccionar la corona que podrá ser totalmente cerámica o metalocerámica con hombro cerámico. El cementado final se puede realizar con un cemento de ionómero o composite de un color similar al de la restauración.

En este caso tendremos una corona cementada sobre un muñón desmontable con el resultado estético que se aprecia en la figura 10.

Dirección del autor:  
Planes 1525 - C.P. 1405  
Tel./Fax: 1-54-581-4508 / 1-54-752-7242  
Internet: E-Mail - bechelli@net

## BIBLIOGRAFÍA

1. CURTIS JANSEN DDS  
Restauraciones implantosoportadas en dientes unitarios anteriores.  
Implant Report Noviembre 1995, p 39-48
2. DAFTARY F. DDS  
Natural esthetics with implants prothesis  
J. Esthetic. Dent. January 1995.
3. MISCH C. DDS MDS  
Implantología Contemporánea  
Doyma Libros Cap. 26, p. 269-592
4. WORTHINGTONTON P. MD  
Osseointegration in Dentistry  
Quintessence Publishing 1994, p. 55-57

## LABORATORIO

Sr. Sandro Paccione y Sr. Carlos Dellea