

IMPLANTES INDIVIDUALES DE RAIZ II R

Como su nombre lo indica son implantes individuales que reemplazan una raíz dentaria en dientes bi o trirradiculares.

En piezas multirradiculares frecuentemente nos encontramos con que una raíz debe ser extraída como consecuencia de su destrucción por caries o fractura o de algún proceso infeccioso que no remite con el tratamiento indicado.

El IIR reemplaza a la raíz perdida por una pieza implantaria fabricada a la medida del alvéolo que queda desalojado.

El II R no queda aislado en su alvéolo sino que se conecta en forma rígida a la raíz remanente constituyéndose



Foto: IIR en 2 piezas achatadas en su conector. la rielera es paralela al alvéolo palatino.



Foto: La misma pieza acoplada en su atache.

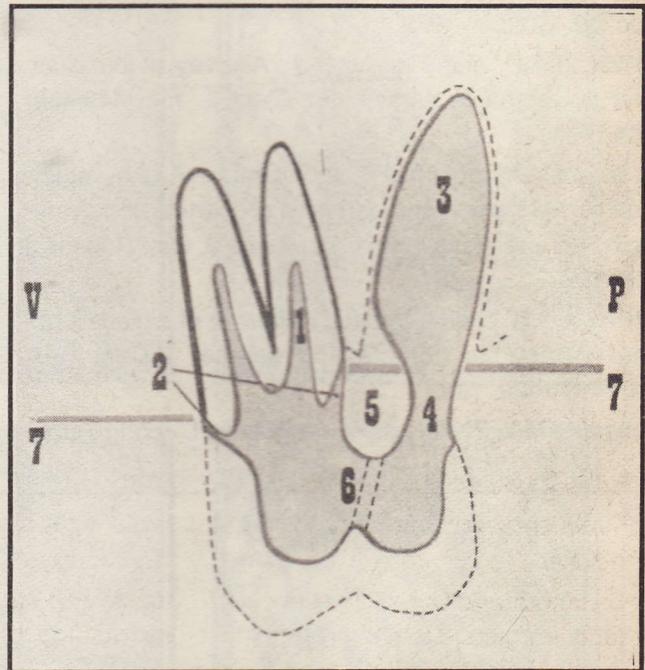
Por el Dr. MARCELO J. TEZZA

se así en una unidad con un conector común sobre el que se construirá la corona.

La incrustación radicular (perno) tiene las mismas características que un perno muñón con bisel periférico. El bisel debe cubrir por lo menos la mitad del contorno radicular próximo a la otra raíz (o al implante) pudiendo abarcar toda la periferia si el remanente dentario es reducido. (Ver figura foto)

El implante de raíz propiamente dicho se aloja en su alvéolo ocupando la totalidad del mismo (o casi la totalidad y estrechándose en su parte cervical al unirse con el conector.

Este cuello gingival se diseña así con fines profilácticos para permitir una perfecta limpieza y salud de la encía. Se crea una "ventana amplia" entre las dos "raíces" que luego es respetada por la corona quedando a este nivel como dos piezas individuales con troneras "exageradas". (Ver dibujo)



- Dibujo: IIR: 1.-pernos en los conductos radiculares.
2.-Bisel periférico total.
3.-Implante que ocupa todo el alvéolo.
4.-Cuello que une la "raíz artificial" al conector.
5.-Espacio amplio con fines profilácticos.
6.-rielera del atache.
7.-Nivel estimado en que queda la encía.

El conector une las 2 partes descritas anteriormente, transformando el conjunto en una sola pieza.

Cuando existe divergencia entre el eje de entrada a los conductos y el eje del alvéolo remanente es imposible construir una sola pieza, entonces la variable para estos casos consiste en crear en el conector un atache que permita colocar las partes por separado. El atache es sólo para eso siendo su rielera sellada con cemento una vez logrado su objetivo. Siempre debe trabajar como una unidad.

Técnica operatoria:

La técnica operatoria se realiza en dos tiempos clínicos. En el primero y después de haber extraído la raíz no recuperable y realizado el tratamiento endodóntico de la que queda, se prepara a la misma como para un perno muñón con bisel parcial o total de acuerdo al caso clínico, se prepara también el alvéolo y se toma la impresión. En la 2da. etapa se coloca el IIR.

1ra etapa:

La impresión debe incluir la preparación dentaria (conducto/s, biseles) y el alvéolo vacío, como asimismo las piezas vecinas para poder ocluir luego el modelo de trabajo con el antagonista.

Se utiliza como material de impresión elastómero (silicona) de doble pasta.

El vaciado se hace en dos o tres tiempos esperando que la densita frague en cada uno de ellos para evitar distorsiones por el peso del material sobre la impresión de los conductos y del alvéolo.

También se obtiene el modelo antagonista y registro oclusal.

En laboratorio se realiza el encerado y colado en metal quirúrgico (cobalto, cromo, molibdeno quirúrgico).

Variables en el trabajo de laboratorio: Según exista o no divergencia entre conducto/s y alvéolo se podrá obtener el colado en una o dos piezas.

Paralelismo entre conductos y alvéolo: El trabajo se realiza en una sola pieza por tener un mismo eje de entrada. Si la divergencia es mínima se puede paralelizar aliviando ligeramente el alvéolo.

Divergencia entre conductos y alvéolo: Cuando esto ocurre el colado se obtiene en dos piezas que se acoplan entre si en el conector por medio de un atache.

Por un lado el perno con parte del muñón y por el otro el implante con la porción restante del conector.

2da etapa:

Consiste en la colocación del IIR en boca en su sitio correspondiente.

Es importante que para ello transcurra el menor tiempo posible (pocos días) a fin que no se produzcan modificaciones en el alvéolo.

De no poder ser así, existe el recurso de colocar (reimplantar) la misma raíz extraída (y reacondicionada) en el alvéolo en forma temporaria con el fin de "mantener el espacio".

Este paso clínico en el cual se coloca el IIR tendrá alguna variante de acuerdo a si son una o dos piezas.

Colocación en una sola pieza:

Se prepara el conducto de igual manera que para cualquier cementado definitivo y el alvéolo que debe estar bien lavado con solución fisiológica libre de coágulos o elementos tisulares.

Se cementa la parte correspondiente a la raíz mientras el implante radicular propiamente dicho queda alojado en su alvéolo sin nada o con una pequeña cantidad de pasta antiséptica alcalina.

Colocación en dos piezas:

Cuando el IIR se confecciona en dos piezas achatadas en el conector, se cementa primero la parte dentaria en el/los conductos como si fuera un perno muñón, luego se introduce el implante radicular en el alvéolo hasta lograr un perfecto acople y adaptación en el atache, hecho este que nos indica que está en su sitio correcto.

Cementado del atache:

La única función de esta rielera es la de permitir colocar la pieza salvando las divergencias entre los ejes de entrada, de la misma manera que ocurre por ejemplo

en los perno-muñones seccionados. Una vez cumplido este objetivo único, la unión se fija convirtiéndose así las dos piezas en una.

La fijación en la riellera del atache se realiza con cemento de fosfato retirando su posición la parte del implante de manera que se descubran bien las superficies del atache que se pintan con cemento, luego se posicionan las partes, manteniéndose así hasta el fraguado del material quedando conformada una unidad sin ningún tipo de movimientos.

Confección de la corona provisional:

La corona provisional como en otros casos se confecciona en la clínica con acrílico de autocurado, si bien este paso se puede diferir con el fin de que en principio no trabaje el implante (no se encuentre sometido a cargas oclusales) al no entrar el conector en contacto con la pieza antagonista. Ello es posible hasta tanto no se produzcan migraciones dentarias de las piezas vecinas o antagonista.

La restauración coronaria temporaria no se feruliza a piezas vecinas siendo en esta primera etapa la o las raíces remanentes las que fijan el implante radicular en su alvéolo, inmovilizándolo y permitiendo una correcta cicatrización.

Es importante tener presente que la corona provisional, cumple una función intermedia por lo que suele ser conveniente diferir la colocación de la pieza definitiva. En efecto, si tenemos en cuenta que la etapa de cicatrización y consolidación del implante en el hueso se cumple durante el lapso que permanece la pieza temporaria, esta a los fines expuestos debe permitir una disminución de las cargas masticatorias, un alivio en ese sitio en el que cargas oclusales excesivas o aún normales pueden resultar traumáticas en un principio.

Corona definitiva:

La corona definitiva se puede realizar de porcelana sobre metal, de metal con frente o totalmente metálica colada.

El momento de la toma de impresiones, modelos y su confección en laboratorio es conveniente e indicado una vez que se ha producido la fijación y estabilización del IIR para la cual deben haber transcurrido no menos de dos meses con el correspondiente provisional de acrílico.

El tiempo transcurrido nos permitirá seguir la evolución clínica y radiográfica del proceso cicatrizal y determinar el momento oportuno a partir del cual se puede confeccionar la corona definitiva. (Ver fig.)

Indicaciones al paciente:

Durante la etapa cicatrizal en que el paciente tiene en boca su corona provisional las indicaciones deben tender a disminuir la función de esa pieza, evitando masticar alimentos duros y que ofrezcan mucha resistencia para su trituración.

Una vez con su corona definitiva el paciente podrá ya realizar su función masticatoria normalmente, de igual manera que con cualquier otro tipo de restauración.

Nota:

Este tipo de implante creado y diseñado por el autor ha sido indicado y realizado en primeros premolares superiores y molares superiores e inferiores, mediante el mismo se logra conservar raíces remanentes, evitar la pérdida ósea y evitar restauraciones más extensas y menos conservadoras.

El éxito o el fracaso está relacionado directamente con la exactitud o precisión del trabajo así como ocurre en otras especialidades (coronas, puentes, etc.) por lo tanto el mismo debe ser atribuible al especialista y no a la especialidad.

Foto: Radiografía de un IIR. El implante ocupa todo el alvéolo palatino.

El bisel periférico logra un perfecto sellado y adaptación en las raíces vestibulares.

