

**Pautas clínicas en la rehabilitación oral
con prótesis fija
sobre implantes osteointegrados**

Dr. Jordi Olivé
Dr. Carlos Aparicio

Publicado en:

Archivos de Odonto-Estomatología. Volumen 2. Nº 6 - NOVIEMBRE-DICIEMBRE 1986.

Pautas clínicas en la rehabilitación oral con prótesis fija sobre implantes osteointegrados

Dr. Jordi Olivé
Dr. Carlos Aparicio

Clínica Prótesis Osteointegradas
Barcelona

Olivé J, Aparicio C: Pautas clínicas en la rehabilitación oral con prótesis fijas sobre implantes osteointegrados. Archivos de Odonto-Estomatología 1986; 2: 283-293.

Resumen. La eficacia lograda por el grupo de Brånemark supera los nuevos criterios internacionales propuestos en 1986 para determinar el éxito de un implante. En este artículo se presentan las pautas para la construcción de una prótesis fija soportada por implantes osteointegrados. Basados en el método sueco original, añadimos algunas variantes y nuevos materiales con estudios clínicos retrospectivos superiores a 24 meses. Incluimos los criterios de planificación de tratamiento y elección del tipo de prótesis, ya que cada caso se evalúa en particular y antes de comenzar el tratamiento prostodoncista, cirujano y paciente habrán de visualizar el resultado final proyectado.

Palabras clave: Rehabilitación, oral - implantes endóseos, osteointegración - prótesis fija.

Aceptado para publicación:
Septiembre 1986.

Correspondencia: Dr. Jordi Olivé,
Clínica Prótesis Osteointegradas
Barcelona, Ronda Gral. Mitre, 90,
bajo, 1ª, 08021 Barcelona.

Abstract

The effectiveness achieved by the group of Brånemark exceeds the newly proposed international criteria from 1986 to determine the success of an implant. In this paper, the prosthodontic procedure for the construction of a fixed bridge supported by osseointegrated implants is presented. Based on the original Swedish method, we add some variations and new materials with retrospective clinical studies longer than 24 months. We include the criteria for the treatment planning and selection of the type of prosthesis, since every case has to be individually evaluated and before treatment starts prosthodontist, surgeon and patient have to visualize the projected final result.

Key words: rehabilitation, oral - implants endosseous, osseointegration - fixed prosthodontics.

Introducción

En 1981, R. Adell y col. comunicaron⁽¹⁾ sus 15 años de experiencia clínica con cerca de 3000 implantes osteointegrados seguidos consecutivamente. En 1982 se celebró la conferencia de Toronto⁽²⁾ que catalizó un profundo interés académico hacia el tema de los implantes dentales. En los últimos años varias universidades, hasta ahora contrarias a su uso, han comenzado programas de implantación dental. Esta

iniciativa podría conducir a la percepción errónea de que todos los implantes dentales han sido aceptados por la comunidad científica. Lo que en realidad ha sucedido es que un sistema bien definido, el tornillo osteointegrado de titanio puro desarrollado por el grupo de Brånemark, ha sido aprobado en círculos académicos como tratamiento para maxilares desdentados.

Hasta la fecha se han colocado más de 15.000 fijaciones osteointegradas en diferentes países. Los estrictos criterios para definir el éxito de dichos implantes incluyen en las estadísticas de fracaso cualquier fijación con movilidad aunque ésta sea mínima^(1,3). El alto porcentaje de casos favorables a los 15 años, con un 91 % de éxitos en mandíbula, de los 5-12 años con un 94 %^(1,4), e incluso mejores como lo demuestra el 95,5 % de efectividad referido más recientemente en seguimientos superiores a 5 años⁽⁵⁾, ha motivado su aceptación provisional por la Academia Dental Americana⁽⁶⁾ y supera los nuevos criterios internacionales propuestos en 1986⁽⁷⁾ para determinar el éxito de un implante. Como colofón a dicha propuesta se añade la siguiente recomendación que citamos textualmente: «Tanto desde un punto de vista legal como humanitario, es imperativo que cualquier paciente sometido a tratamiento con implantes que no estén científicamente avalados, sea informado del carácter experimental del tratamiento».

El procedimiento de Brånemark, recomendado por su demostrada efectividad, versatilidad e inocuidad, ha sido también criticado por ser complejo y costoso. Sin embargo, en el momento presente no se co-

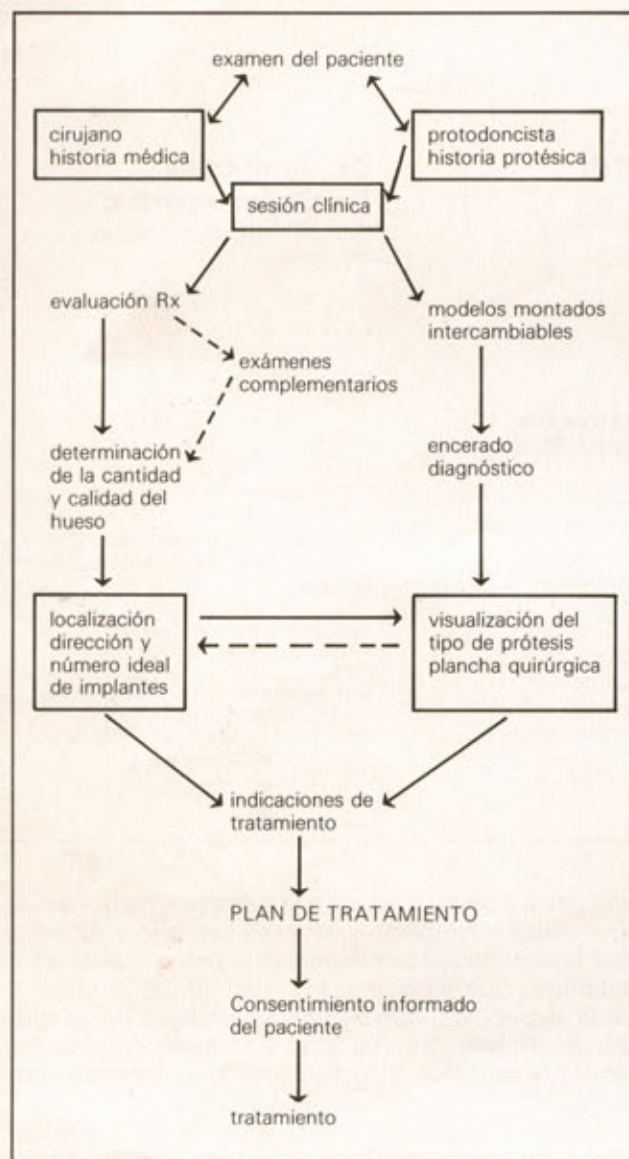


Fig. 1. Diagrama que muestra los pasos a seguir antes de comenzar un tratamiento con POI.

nocen las simplificaciones posibles del método que, sin perjuicio de sus resultados a largo plazo, se puedan introducir. En este artículo se presentan las pautas basadas en el método original sueco para la construcción de una prótesis fija maxilar soportada por implantes osteointegrados. Añadimos algunas variantes y nuevos materiales con estudios clínicos retrospectivos mayores a 24 meses, cuya utilización ha sido comunicada por diferentes autores en los últimos años. Dichas pautas incluyen los criterios de planificación del tratamiento y elección del tipo de prótesis.

Plan de tratamiento

Como señala P.J. Henry,⁽⁶⁾ el rehabilitador deberá tener en cuenta que en prostodoncia o cirugía res-

tauradora no siempre se dan las condiciones ideales para la obtención de resultados óptimos funcionales y estéticos. Por ello cada caso habrá de ser reevaluado en particular en función de la rehabilitación proyectada, que deberá ser visualizada lo más claramente posible, ya antes de comenzar el tratamiento, por el cirujano, el protesista y por el propio paciente. De este modo, las fases quirúrgica y protodóntica pueden coordinarse para obtener el máximo beneficio en cada circunstancia individual. Además, el conocimiento del resultado final proyectado proporciona al paciente el medio más noble de ejercer su derecho a dar un consentimiento informado antes de que comience el tratamiento.

Las indicaciones para tratamiento con prótesis osteointegradas (POI) han sido detalladamente especificadas en la literatura⁽⁹⁾. Durante el proceso de selección del caso, las actuaciones del protodoncista y del cirujano deberán ser revisadas en una sesión clínica preoperatoria. Los requerimientos mínimos para esta sesión son: *examen inicial* del paciente por ambos profesionales; *historia médica y protésica*; *evaluación radiográfica* (perfil radiográfico de cráneo, panorámica de maxilares y radiografías intraorales) y *evaluación de modelos de réplica* del caso montados en articulador con una dimensión vertical correcta. El montaje con la técnica del modelo partido permite el intercambio del modelo desdentado con la réplica que incorpora la prótesis existente. Si ésta es marcadamente insatisfactoria, o si los dientes y/o prótesis del maxilar opuesto deben de modificarse como parte del tratamiento, los modelos de estudio se tomarán posteriormente a estas modificaciones. Así mismo puede ser aconsejable realizar un encerado diagnóstico. Ver Fig. 1.

La posición y dirección de las fijaciones deberían idealmente ser tales que permitieran dirigir las fuerzas favorablemente bajo cualquier condición de carga. El acceso a los componentes del tornillo que posibilita la colocación y remoción de la prótesis, no debería perturbar desfavorablemente la superficie oclusal, ni tampoco resultar en un compromiso estético al perforar partes visibles de la restauración. Sin embargo, las condiciones biológicas del individuo no pueden ser absolutamente determinadas antes de la cirugía, con lo que finalmente las fijaciones se colocarán en el sitio donde más probabilidades tengan de integrarse. El protodoncista en ocasiones se encuentra frente a la disyuntiva de aceptar una fijación en posición y/o dirección no ideales o prescindir del soporte de ese implante para el anclaje de la prótesis. Si mecánicamente no se trata de un pilar esencial y se decide no incluirlo en la POI, bastará con que el cirujano desmonte el pilar, coloque de nuevo la tapa de cobertura de titanio y deslice un pequeño colgajo para cubrir la zona. Esa «fijación sumergida» podrá ser utilizada en el futuro si así se requiere. Una vez ha quedado planificado el objetivo final del tratamiento, cabe la posibilidad para el protesista de confeccionar en acrílico una plancha quirúrgica con pivotes que señalen la posición y dirección ideales de los implantes, lo cual puede resultar de ayuda para el cirujano⁽⁷⁾.