



Dr. Ismael Soriano Santamaría

Doctor en Odontología CumLaude. UAX.
Experto clínico periodontal. UCM. Máster de Cirugía e Implantología oral. US.
Experto en Cirugía avanzada con atrofias óseas severas y cirugía de Implantes Cigomáticos. INEPO.
Director médico del área de cirugía, periodoncia, prostodoncia e Implantología del Centro de Formación en Implantología.
Ponente de cursos nacionales e internacionales de cirugía.

Dra. Carla Sofía Bonilla García

Graduada en Odontología. URJC.
Máster de Prótesis sobre implantes. URJC.



Uso de conexiones internas en una rehabilitación múltiple para la provisionalización inmediata mediante la técnica de electrosoldadura intraoral

El éxito del tratamiento está en la planificación. Una solución aceptable y probada para conseguir una estabilidad, una retención y un ajuste pasivo de la estructura es la técnica de electrosoldadura intraoral. El uso de conexiones internas en la rehabilitación de múltiples implantes puede significar un desafío agregado.

Descripción del caso

Paciente femenina de 52 años de edad solicita un tratamiento implantosoportado para la restitución de la función y estética de forma inmediata. Durante la exploración clínica, se observan ausencias dentales, tejidos blandos eritematosos, restos radiculares, piezas dentarias talladas y la aparente caída de una restauración fija dentosoportada. El examen clínico se complementa con una tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), que permite determinar la cantidad y calidad ósea para la planificación de la colocación de los implantes.

Plan de tratamiento

En el maxilar:

- ▶ Exodoncia de las piezas 11, 12, 13, 15, 21 y 22.
- ▶ Colocación de implantes en posiciones 11, 13, 15, 21, 23 y 25.
- ▶ Provisional fijo de carga inmediata con electrosoldadura intraoral.

En la mandíbula:

- ▶ Exodoncia de los restos radiculares de la pieza 46.
- ▶ Colocación de implante en posición 46.
- ▶ Colocación de pilar de cicatrización en posición 46.

La intervención se realiza bajo sedación consciente intravenosa, y la paciente permanece monitorizada con pulsioxímetro.

Se inicia cirugía con exodoncias de las piezas 11, 12, 13, 15, 21 y 22, y se preparan los lechos óseos con legrado. Se realiza incisión lineal y despegamiento, y se eliminan irregularidades del hueso alveolar.

Con el set de paralelizadores Radhex®, se efectúa la secuencia de fresado acompañada de irrigación con suero fisiológico.

Se utilizan implantes Radhex®, línea PCI modelo 280, de plataforma cónica interna y conexión tipo cono Morse, con cuerpo altamente autorroscante y cambio de plataforma, con las siguientes medidas:

- ▶ Posiciones 11, 13, 21 y 23: de Ø 4 x 12 mm.
- ▶ Posiciones 15 y 25: de Ø 4 x 12 mm, angulados.

Se insertan los implantes con una velocidad de 25 rpm y un torque de 40 N/cm.

Se cierra la herida con sutura reabsorbible de ácido poliglicólico 4/0.

Mediante dos barras de titanio de grado II de 1,5 mm por palatino, y dos barras por vestibular de 1 mm de diámetro y técnica de electrosoldadura, se ferulizan los implantes y luego se confecciona la prótesis provisional para dar la función y estética inmediata.

En la mandíbula se realiza exodoncia de la pieza 46 y la preparación del lecho óseo para el implante planificado:

- ▶ Posición 46: de Ø 4,5 x 10 mm.

Una vez insertado, se ubica el pilar de cicatrización para la conformación del perfil de emergencia.



FIG. 1. Situación inicial. Fotografía frontal intraoral.

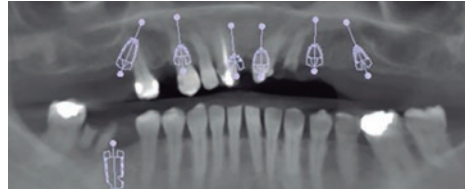


FIG. 2. Planificación.

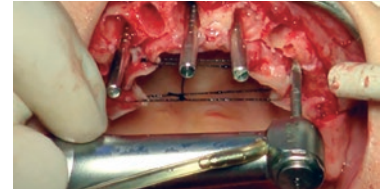


FIG. 3. Secuencia de fresado en el maxilar.

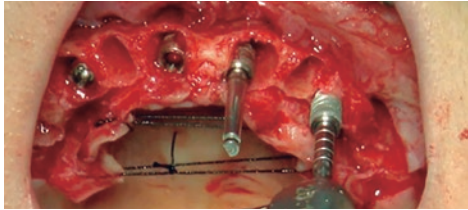


FIG. 4. Colocación de los implantes superiores con el apoyo del set de paralelizadores propio de la caja quirúrgica empleada.

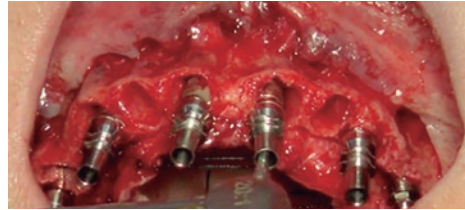


FIG. 5. Posicionamiento de los pilares de carga inmediata en el maxilar.

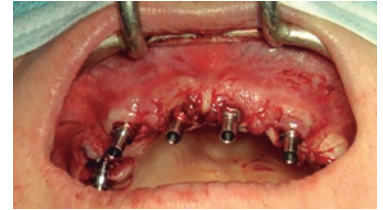


FIG. 6. Sutura maxilar.



FIG. 7. Soldadura intraoral.



FIG. 8. Uso de composite autopolimerizable para la elaboración de la prótesis provisional maxilar.



FIG. 9. Prótesis provisional terminada.

Se realiza un CBCT posquirúrgico para la confirmación de un correcto posicionamiento de los implantes y ajuste de la estructura.

Tras el periodo de osteointegración, se procede a la toma de medidas y registro oclusal, se definen los parámetros estéticos y se envía al laboratorio la orden escrita con las especificaciones para la realización del trabajo. En laboratorio se escanean los modelos para una planificación digital del caso y diseño en tres dimensiones (3D) de las prótesis definitivas a través de la tecnología CAD-CAM. Tras las pruebas de ajuste de las estructuras metálicas, se envían al laboratorio con un nuevo registro oclusal, para la adición de porcelana y realización de las prótesis finales.

Se colocan en el paciente las prótesis definitivas de porcelana.

Conclusión

El aprovechamiento de las dimensiones óseas existentes, el acortamiento de plazos, la conse-

cución de una función y estética inmediata como con secuencia de la sincronización protésicoquirúrgica y la obtención de una integración total entre lo natural y lo artificial son parte de un acierto en la planificación y una excelente ejecución profesional.

Información adicional

Los implantes seleccionados son marca Radhex®, de la línea PCI modelo 280, con plataforma interna como Morse, con un diseño anatómico cilindrocónico de espiras activas de ángulos cerrados que favorecen el contacto hueso-implante (BIC), que responde a situaciones límite donde la calidad del hueso de mandageometrías que brinden una alta estabilidad primaria, factor de carácter imperativo en los abordajes en los que se desea realizar una carga inmediata. Además, esta línea cuenta con salto de plataforma (*platform switching*), cuello mecanizado y superficie del cuerpo del implante microtexturizada.

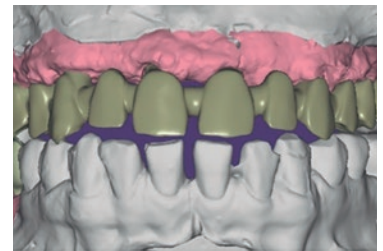


FIG. 10. Prótesis definitivas. Diseño CAD-CAM.



FIG. 11. Prótesis definitivas. Fotografía extraoral.