

REHABILITACIÓN PROTÉSICA DEL MAXILAR INFERIOR EDÉNTULO USANDO IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS.

REPORTE DE UN CASO

AUTORES

**Dr. Deyvis Robinson Villa
Palomino**

ORCID: [0000-0002-2787-0220](https://orcid.org/0000-0002-2787-0220)

**Dra. Lizabeth Karen Camarena
Quispe**

ORCID: [0009-0008-0412-7582](https://orcid.org/0009-0008-0412-7582)

RESUMEN

La implantología moderna tiene sus inicios en la década de 1960, cuando Per-Ingvar Branemark estableció los fundamentos de la osteointegración y describió los primeros implantes de titanio con diseño de tornillo. Aunque sus orígenes son antiguos, la prótesis implantosoportada se considera la más avanzada en la actualidad. La precisión es esencial en cualquier tipo de prótesis, pero en los trabajos de implantes, no se tolera ningún error, desde la planificación inicial hasta la colocación final en la boca.

El éxito depende de la estricta observancia de las técnicas y procesos involucrados. Este caso reafirma que la rehabilitación con implantes mejora significativamente la estética y la funcionalidad de los pacientes.

Palabras clave: técnicas implantológicas, oseointegración, rehabilitación

INTRODUCCIÓN

La implantología moderna tiene sus inicios en la década de 1960, cuando Branemark estableció los fundamentos de la osteointegración y presentó los primeros implantes de titanio. Desde entonces, esta disciplina ha evolucionado hasta consolidarse como un método seguro y efectivo para la reposición de dientes perdidos. (1,2)

Entre los avances más recientes en implantología destacan los progresos en estética y el desarrollo de nuevos biomateriales. (3,4)

Las innovadoras técnicas y métodos estéticos actuales facilitan la colocación de implantes en posiciones óptimas, logrando que las prótesis sobre ellos luzcan naturales y altamente estéticas. Además, los avances en biomateriales han permitido instalar implantes en zonas que antes eran consideradas inviables. (5)

La osteointegración es el proceso fundamental que permite el éxito de un implante, logrando una conexión sólida y estable entre el titanio y el hueso. (1,6,7)

Los implantes dentales son estructuras artificiales que reemplazan la raíz del diente natural, representando una alternativa dentro de las prótesis fijas. Sus ventajas incluyen la preservación de la salud de los tejidos circundantes, la eliminación de la necesidad de preparar dientes naturales cercanos, y ofrecen beneficios en cuanto a funcionalidad, durabilidad y estética. (8-11)

La pérdida total de dientes genera importantes problemas estéticos y funcionales. La movilidad y la falta de sujeción de la prótesis en la boca dificultan la masticación y el habla, además de provocar un proceso de reabsorción y atrofia ósea debido al desgaste continuo de las prótesis. Las prótesis implantosoportadas ofrecen un anclaje estable, lo que mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes. (12-14)

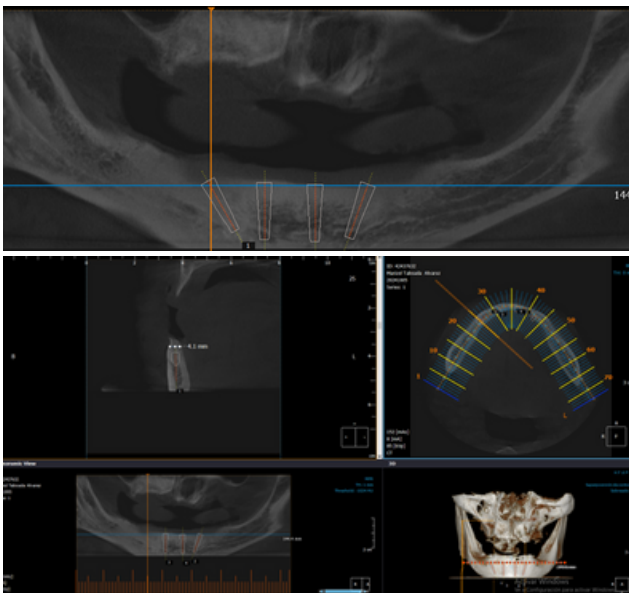
Los tratamientos de implantología se dividen en tres fases: quirúrgica, protésica y de seguimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 63 años, edéntulo total tanto en maxilar superior como inferior, sin enfermedades sistémicas que contraindiquen el uso de implantes dentales. La consulta fue motivada por la necesidad de mejorar la estética y reponer los dientes ausentes mediante implantes. El análisis radiográfico evidenció calidad, densidad, espesor y altura ósea adecuados para el procedimiento. En el examen clínico extra e intraoral, se concluyó que el paciente es apto para recibir implantes, estableciendo un plan de tratamiento estructurado.

Fase inicial : Se realizaron los siguientes pasos diagnósticos:

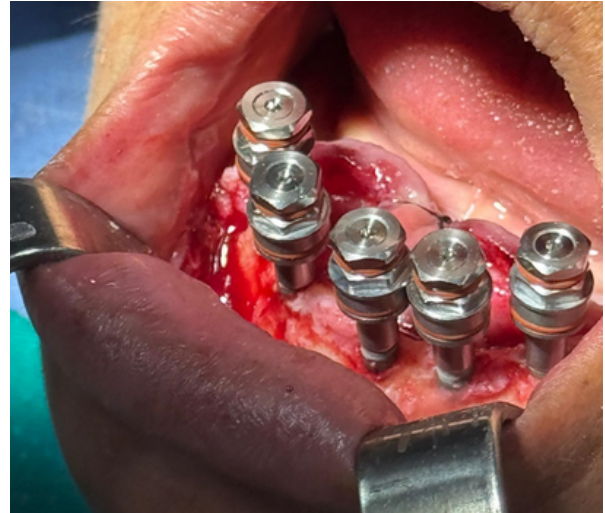
- Historia clínica detallada y radiografía panorámica (incluyendo tomografía CONE BEAN). (fig 1)



- Análisis de la motivación del paciente y determinación de los elementos protésicos futuros.
- Encerado diagnóstico y planificación de la posición y cantidad de implantes requeridos.

Fase terapéutica

- Colocación de cinco implantes ML España de 3,5 mm de diámetro y 11.5 mm de largo. (Fig 1)



- Período de inmersión: control radiográfico para monitorear el proceso de osteointegración, esperando 6 meses antes de proceder con la rehabilitación implantosoportada.

- Rehabilitación: en el maxilar inferior, se probaron y ajustaron los mini pilares con un torque de 15 N. Se colocaron botones de cicatrización, y tras 7 días se realizaron las impresiones necesarias.
- Finalización: instalación de la prótesis híbrida superior, utilizando pilares mecanizados.

Fase de control

Se estableció un esquema de controles periódicos para garantizar la salud de los elementos implantosos y protésicos. Los controles se realizan cada 6 meses durante el primer año posterior a la fase terapéutica y luego de manera anual.

Incluyen:

- Radiografías de seguimiento.
- Verificación de la estabilidad oclusal.
- Evaluación de la salud periimplantaria.

CONCLUSIONES

- Los procedimientos implantológicos proporcionan tanto funcionalidad como una excelente estética.
- La rehabilitación con implantes contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Las técnicas utilizadas para la rehabilitación sobre implantes son sencillas y permiten evitar la preparación de los dientes adyacentes a los espacios edéntulos, preservando así una mayor cantidad de tejido dental.

BIBLIOGRAFIA

1.Ericsson I, Randow K, Nilner K, Petersson A. Some clinical and radiographic features of submerged and non-submerged titanium implants. A 5-years follow-up study. Clin Oral Impl Res. 2007;8:422-6.

2.Kawahara H, et al. Oseointegración bajo carga inmediata: tensión/compresión, biomecánica y formación/reabsorción del hueso. Implant Dent. 2003;12(1).

3.Bidez MW. Transmisión de fuerzas en implantes odontológicos. J Oral Implant. 2002;18:264-74.

4.Sbordone L, Barone A, Ciaglia RN, Ramaglia L, Iacono VJ. Longitudinal study of dental implants in a periodontally compromised population. J Periodontol. 2006;70:1322-9.

5.Rosinblit RO. Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento en el adulto mayor. Rev Asoc Odontol Argent. 2006;88(3):209-17.

6.Caramella Davide-Bartolozzi C. Image Processing; Techniques and clinical appl. 3rd ed. Chicago: Springer Verlag Inc; 2002.

7.Haring Jaen I, Jansen L. Dental Radiography; principles and techniques. 2nd ed. Philadelphia: Saunders WB CO; 2007.

8.Bechelli A. Diagnóstico y planeamiento en prótesis oseointegrada. Rev Asoc Odontol Argent. 2001;79.

9.Bechelli A. Diagnóstico y tratamiento en prótesis oseointegradas. II Parte. Rev Asoc Odontol Argent. 2003;80(4).

10.Rompen E, DaSilva D, Hockers T, Laundgren AK, Gottlow J, Glauser R, Sennerby L. Influence of implant design on primary fit and stability. A RFA and histological comparison of Mk III and Mk IV Branemark implants in the dog mandible. Applied Osseointegration Res. 2007;2(1):9-11.

11.Glauser R, Portmann M, Ruhstaller P, Gottlow J, Schärer P. Initial implant stability using different implant designs and surgical techniques. A comparative clinical study using insertion torque and resonance frequency analysis. Applied Osseointegration Res. 2001;2:6-9.

12.Maló P, et al. Immediate function of Branemark implants in the aesthetic zone. Clin Implant Dent Rel Res. 2005;2(3).