

IMPLANTE INMEDIATO CON CARGA DIFERIDA Y REHABILITACIÓN ESTÉTICA ANTERIOR CON TÉCNICAS COMBINADAS

IMMEDIATE IMPLANT WITH DELAYED LOADING AND ANTERIOR AESTHETIC REHABILITATION USING COMBINED TECHNIQUES

AUTORES:

Luis Longa ¹, Eduardo Longa ², Carol Pezo ³

¹ CD. Egresado de Segunda Especialidad, Email:

longa07odont@gmail.com

ORCID 0009-0009-4605-3910

² CD. Esp. Doc. Mtro. Rehabilitación oral, Email:

clonga@uandina.edu.pe

ORCID 0000-0002-1974-8321

³ CD. Alumno de Segunda Especialidad, Email:

carito.1086@hotmail.com

ORCID 0009-0002-7298-9412

Centro Odontológico Stetika

RESUMEN

Este reporte de caso clínico detalla el manejo clínico de un caso complejo de alta demanda estética, que involucró la colocación de un Implante Inmediato con Carga Diferida y Regeneración Ósea Guiada (ROG) en el sector anterior, en una paciente de 32 años se presentó con un absceso periapical crónico y fractura radicular en la pieza 2.2. También se detalla cómo se mejoró estética y funcionalidad al cambiar coronas y carillas dentales deficientes. El caso demostró la predictibilidad y alta tasa de supervivencia de los implantes post-extractivos en sitios comprometidos, destacando la importancia de la ROG para preservar el tejido periimplantario y la combinación de técnicas protésicas (coronas y carillas) para lograr la armonía estética y funcional integral.

Palabras claves: Implantes dentales, regeneración ósea y rehabilitación oral

ABSTRACT

This clinical case report details the clinical management of a complex case with high esthetic demands, which involved the placement of an Immediate Implant with Delayed Loading and Guided Bone Regeneration (ROG) in the anterior sector. A 32-year-old female patient presented with a chronic periapical abscess and root fracture on tooth 2.2. The report also details how esthetics and function were improved by replacing deficient dental crowns and veneers.

The case demonstrated the predictability and high survival rate of post-extraction implants in compromised sites, highlighting the importance of GBR for preserving peri-implant tissue and the combination of prosthetic techniques (crowns and veneers) to achieve comprehensive esthetic and functional harmony.

Key Words

Dental Implants, Bone Regeneration, Mouth Rehabilitation

INTRODUCCIÓN

La implantología oral ha evolucionado constantemente hacia protocolos de tratamiento que buscan optimizar los resultados clínicos y la eficiencia temporal, priorizando la predictibilidad y brindando más confort del paciente.¹

Dentro de este contexto, que prioriza procedimientos clínicos más cortos, tiempos de espera menores y más cómodos, la colocación de un Implante Inmediato, post exodoncia, se ha consolidado como una técnica ampliamente utilizada, especialmente en el sector anterior donde el mantener tanto como sea posible las características anatómicas del paciente son cruciales para el éxito estético, además de permitir acortar tiempos de espera de forma sustancial al no tener que esperar la cicatrización del alveolo antes de colocar el implante dental²

Hablando de los beneficios biológicos de la técnica de implante inmediata se tiene que resaltar su capacidad para preservar o al menos evitar una perdida sustancial de tejido tanto ósea a nivel de las crestas vestibulares, como evitando el colapso de los tejidos gingivales, logrando resultados estéticos mejores que con técnicas de implantes en zonas de alveolos ya cicatrizados.³

A pesar de las múltiples ventajas ya descritas, trabajar en sector anterior, sobre todo con implantes post extractivos existen desafíos, como el grosor de la tabla vestibular que suele ser mínimo, o en este caso prácticamente inexistente por la fenestración del proceso infeccioso.

Frecuentemente resulta en un espacio o gap entre el cuerpo del implante y el hueso remanente vestibular. La literatura científica actual subraya la necesidad de aplicar técnicas de Regeneración Ósea Guiada (ROG) y de utilizar biomateriales de relleno para manejar este espacio

de manera efectiva, asegurando el soporte óseo necesario y manteniendo los contornos gingivales a largo plazo.^{4,5}

Otro aspecto crítico es la elección del protocolo de carga. Si bien la carga inmediata es siempre deseable, el criterio primordial para el éxito es la Estabilidad Primaria. En situaciones donde no se logra un torque de inserción mínimo adecuado (generalmente estipulado entre 30 y 35 N según el fabricante y la marca), o cuando existen factores de riesgo como defectos óseos significativos o infección previa en el alvéolo.^{6,7}

La presentación de este caso clínico tiene por objetivo presentar y detallar el manejo clínico de un caso complejo en sector anterior, con alta demanda estética, que involucra la colocación de un implante inmediato en un alveolo comprometido con un proceso infeccioso crónico, producto de un tratamiento de conducto y perno que había fracasado; con regeneración ósea guiada y un protocolo de carga diferida. Se describe también el proceso de rehabilitación en el cual con la técnica de compresión dinámica se logró conformar un perfil de emergencia y combinando técnicas rehabilitadoras convencionales de coronas y carillas en resina para preservar al máximo las piezas dentales aun saludables se logró un resultado tanto estético como funcional para la paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 32 años, estudiante de odontología en aparente buen estado de salud general que se presentó al consultorio por una fistula recurrente que causa tanto preocupación como dolores esporádicos al momento de su reactivación y por inconformidad con la condición estética de su sonrisa.

A la evaluación clínica se observa en la pieza 1.1 una carilla con márgenes pigmentados; en la pieza 2.1 se tiene una corona aparentemente de resina con pobres punto

de contacto e irregularidades sobre su superficie; en la pieza 2.2 se observa múltiples restauraciones con resina en cara vestibular y proximales con deficiencias adhesivas, además de una fistula en zona periapical; y en la pieza dental 2.3 se aprecia recesión gingival y las pruebas de vitalidad revelaron hipersensibilidad dental de la pieza mencionada. Fig 1
En el examen radiográfico se aprecia perdida ósea circundante a la pieza 2.2, concordando con a fistula y las amplias restauraciones, con la intención de colocar un implante dental se evaluó tomográficamente la zona y se observó una endodoncia con perno de gran calibre y aparente compromiso de la pared palatina de la raíz; además de una cortical ósea vestibular muy fina. Fig 2



Figura 1 Evaluación Clínica

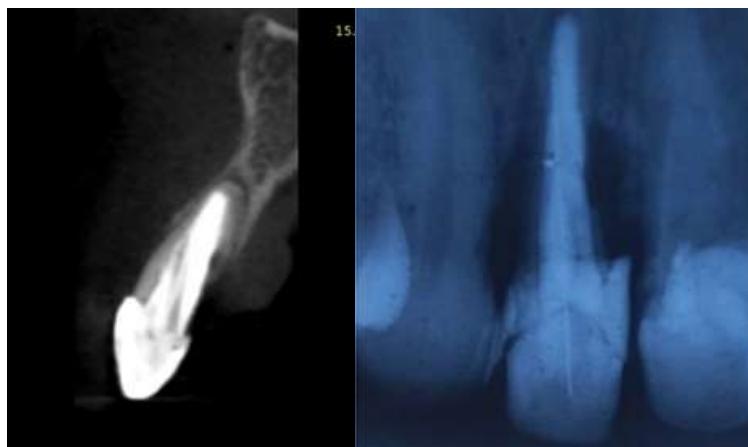


Figura 2 Tomografía y radiografía perapical

DIAGNOSTICO

Del estado general: Paciente de sexo femenino de 32 años de edad con ABEG.
De las condiciones Estomatológicas: Absceso periapical con fistula, fractura radicular, corona dental deficiente, carilla dental deficiente y resinas dentales deficientes.

Plan de tratamiento: Extracción de la pieza y curetaje del alveolo de la pieza 2.2, colocación de implante inmediato, cambio de corona de la pieza 2.1 y carilla en las piezas 1.1 y 2.3.

PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

Se inicio el tratamiento con la exodoncia de la pieza infectada para ello se empleó anestesia infiltrativa supraperiostica tanto por vestibular como palatino de la pieza dental 2.2, transcurridos unos minutos se realizo la exodoncia de la pieza dental de forma mínimamente invasiva, con ayuda de elevadores atraumáticos. La exodoncia de la pieza confirmo el diagnóstico de fractura radicular y mostro la extensa contaminación producida por la fenestración radicular al momento de colocar el perno, se realizó un curetaje del alveolo y se lavó con suero fisiológico con la intención de descontaminarlo de restos de gutapercha y perno; y tambien eliminar tejido de granulación. Fig 3



Figura 3

Se decidió la colocación de un implante inmediato pese al proceso infeccioso porque nos ayudaría a mantener los tejidos periodontales con el menor colapso

posible y evitaríamos tanto un segundo tiempo quirúrgico para colocar el implante como los mínimo 6 meses que le tomaría obtener hueso suficientemente maduro para pensar intervenirlo.

Al inspeccionar la integridad del alveolo con una sonda se encontró una fenestración en la pared vestibular de la tabla ósea que no fue vista tomográficamente, por ello se decidió realizar un colgajo y regeneración ósea guiada junto al implante. El colgajo fue diseñado a espesor total para exhibir la zona a regenerar y la mitad de las piezas vecinas, facilitando la visualización y permitiendo verificar que no existan restos de tejido de granulación en el trayecto de la fistula.

Se coloco un implante de Marca Neodent Grand Morce de 13 mm por 3.50 mm. Para la regeneración ósea se empleó xenoinjerto de matriz ósea porcina (Corti-Oss) y matriz de pericardio porcina (Corti-Oss), se optó por la regeneración tanto por la fenestración vestibular como por el "Gap" de aproximadamente 2 mm entre el implante y la pared ósea vestibular. Se descarto la carga inmediata debido al pobre torque obtenido (25 N aproximadamente) y se dejó el implante con un cicatrizal. Fig 4 y 5



Figura 4



Figura 5

Luego de una espera de 6 meses y de corroborar la correcta osteointegración del implante, se cambió la carilla en resina a mano alzada de la pieza 1.1 y la pieza 2.3, se cambió la corona de la pieza 2.1 y el implante 2.2 fue cargado con un primer provisional. Fig 6



Figura 6



Figura 7



Figura 8

Para la fase de provisionales cargados sobre el implante, y con la búsqueda de conformar el perfil de emergencia que hasta ese momento no se había trabajado, se colocó un pilar "Muñon Universal Click GM Exact" con 17° de angulación, un diámetro de 3.3mm y 1.5 de transmucoso. Fig 9



Figura 9

Luego de 2 meses de trabajo con provisionales y compresión dinámica no solo se logró conformar un adecuado perfil de emergencia si no que también conseguimos moldear "papillas" que, aunque no ofrecen completa eliminación de los blacks spaces si brindan el mejor resultado estético posible dado el caso, y la paciente se encuentra lista y a la espera para colocar la corona definitiva. Fig 10, 11 y 12



Figura 10



Figura 11



Figura 12

DISCUSIÓN

El tratamiento con implantes post extractivos es, actualmente, una alternativa no solo viable si no que presenta ventajas respecto a los protocolos

en alveolos cicatrizados, este procedimiento tiene, según algunos autores, buenos resultados clínicos con porcentajes de éxito que va desde el 92,7 al 98 %. 8

El doctor Grunder, en 1999 ya nos decía que no encuentra diferencias significativas respecto al éxito en supervivencia a largo plazo entre implantes inmediatos y diferidos, comparando el 92,4 % frente a 94,7 % respectivamente. 9

El caso clínico muestra la evolución de la colocación de implante post extractivo y durante todo este tiempo (aproximadamente 9 meses) no solo demostró su supervivencia si no que también preservó de forma satisfactoria todas las estructuras periimplantarias, concordando con otros autores que ya habían afirmado la eficacia de este enfoque de tratamiento.

CONCLUSIONES

Los implantes dentales son seguros, y la técnica de implantes post extractivos han demostrado ser predecibles y con alta tasa de supervivencia. El combinar con técnicas de regeneración ósea guiada asegura una correcta preservación de los tejidos perimplantarios y por último es posible lograr que restauraciones de diferentes índoles, como carillas, coronas y coronas sobre implantes presenten propiedades estéticas y funcionales armónicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen J, Cai M, Yang J, Aldhohrah T, Wang Y. Immediate versus early or conventional loading dental implants with fixed prostheses: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2019 Dec;122(6):516–36.

2. Slagter KW, den Hartog L, Bakker NA, Vissink A, Meijer HJA, Raghoobar GM. Immediate Placement of Dental Implants in the Esthetic Zone: A Systematic Review and Pooled Analysis. *Journal of Periodontology*. 2014 Jul;85(7):e241–50.
3. Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Soft tissue management at implant sites. *Journal of Clinical Periodontology*. 2008 Sep;35:163–7.
4. Clementini M, Tiravia L, De Risi V, Vittorini Orgeas G, Mannocci A, de Sanctis M. Dimensional changes after immediate implant placement with or without simultaneous regenerative procedures: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2015 Jul;42(7):666–77.
5. Liñares A, Dopico J, Gabriel Leonardo Magrin, Blanco J. Critical review on bone grafting during immediate implant placement. *Periodontology 2000*. 2023 93: 309–326
6. Consensus Statement [Internet]. www.iti.org. Available from: <https://www.iti.org/academy/consensus-database/consensus-statement/-consensus/implant-placement-and-loading-protocols/1802>
7. Gallucci G, Benic G, Eckert S, Papaspyridakos P, Schimmel M, Schrott A, et al. Consensus Statements and Clinical Recommendations for Implant Loading Protocols. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*. 2014 Jan;29(Supplement):287–90.
8. Gelb DA. Immediate implant surgery: three-year retrospective evaluation of 50 consecutive cases. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1993;8(4):388–99.
9. Grunder U, Polizzi G, Goené R, Hatano N, Henry P, Jackson WJ, Kawamura K, Köhler S, Renouard F, Rosenberg R, Triplett G, Werbitt M, Lithner B. A 3-year prospective multicenter follow-up report on the immediate and delayed-immediate placement of implants. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1999 Mar-Apr;14(2):210–6.

Fecha de recepción: 05 / 07 / 2025

Fecha de aceptación: 24 / 10 / 2025