



15k.



15l.

Figs. 15. Aquí se describe un caso clínico y los pasos a seguir en el uso de PRP y membranas de PRF en un paciente que requiere explantación y reubicación de un implante dental.



16. Imagen post operatorio con provisionales luego de 3 meses de la intervención.



En general, el uso de PRP y membranas de PRF puede mejorar significativamente la regeneración ósea y la cicatrización después de la explantación y reubicación de un implante dental (**fig. 16**).

PLANIFICACIÓN DE ORTODONCIA PRE IMPLANTOLÓGICA

La ortodoncia tiene un papel fundamental en el tratamiento de rehabilitaciones dentarias.

Debemos tener una visión integral y tener en cuenta todas las disciplinas para buscar la ex-

celencia en nuestros tratamientos y aportar al paciente la mejor solución para su caso desde un punto de vista funcional y estético.

Antes de realizar el tratamiento de rehabilitación con implantes debemos considerar una serie de factores para garantizar el éxito de nuestro tratamiento y su estabilidad a largo plazo:

1. Además del lugar donde vamos a colocar los implantes, la cantidad y calidad de hueso disponible, es fundamental tener en cuenta todas las estructuras que rodearán a estos implantes.

Por lo tanto, los contactos oclusales en las coronas sobre implantes deben ser realizados idealmente sobre una superficie plana perpendicular al cuerpo del implante, tratando de que todas las fuerzas caigan sobre el plato del implante. A nivel anterior, esta situación se logra modificando la superficie palatina del incisivo superior para que sirva de tope lingual al incisivo inferior.

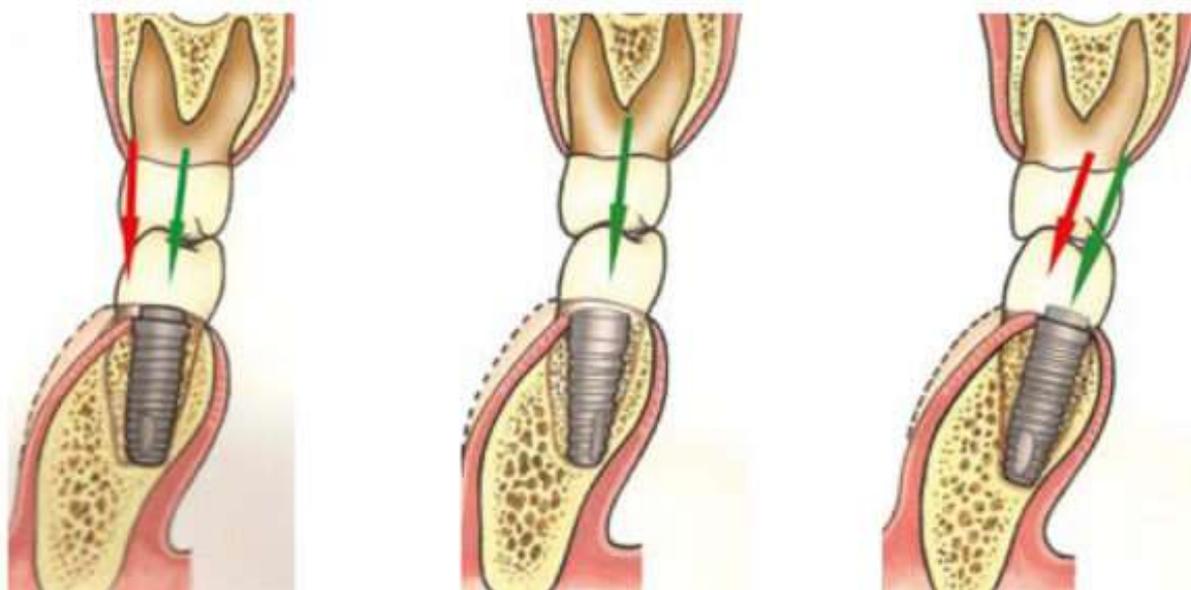
Por lo tanto, es fundamental realizar una anatomía oclusal coronaria poco pronunciada (cúspides bajas y fosas amplias) con el objetivo de disminuir las cargas laterales sobre los implantes, el concepto es premolarizar no significa hacer más premolares, significa reducir el área oclusal para poder manejar la dirección de las fuerzas que trasmite nuestra restauración a la fijación implantaria.

Otro factor que debemos modificar es el tamaño de la superficie oclusal. Esta variable depende, por un lado, del diámetro y distribución de los implantes y, por otro, del tamaño de los dientes vecinos. Por regla general, se

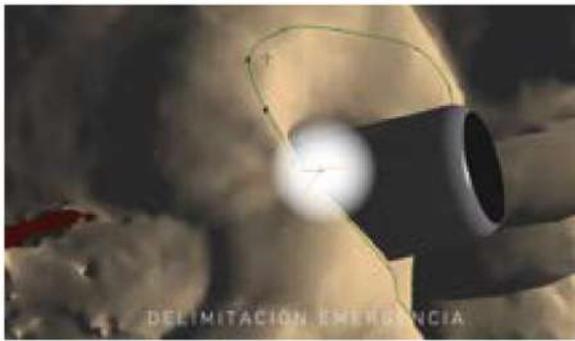
recomienda una reducción de la superficie oclusal respecto a los dientes adyacentes de un 30-35%, ya que no conviene que supere en exceso al diámetro del implante. Cualquier dimensión mayor que la anchura del implante genera un efecto cantilever y una distribución de fuerzas inadecuada (**figs. 31 a 33**).

Cuando colocamos una restauración implantoportada en una arcada parcialmente edentada, lo primero que debemos hacer es eliminar los contactos. Sólo de esta manera podemos comprobar que existe una distribución equitativa de la carga oclusal (**figs. 34 a 37**).

Hay que tener en cuenta que, con el paso del tiempo, los dientes naturales sufren cambios posicionales, tanto en sentido vertical como horizontal, mientras que los implantes no cambian su posición. Además, el esmalte se desgasta más que la cerámica de las restauraciones. Todo esto hace que con los años se pueda intensificar el estrés oclusal sobre los implantes. Por ello, la reevaluación y los ajustes oclusales periódicos (anuales) son fundamen-



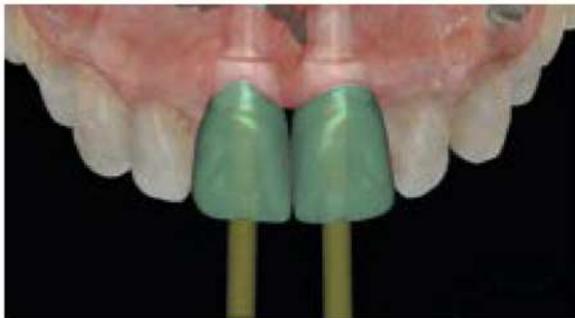
31 a 33. Dirección de las fuerzas de acuerdo a la posición del implante por la reabsorción ósea.



Caso 1 (43).



Caso 1 (44).



Caso 1 (45).



Caso 1 (46).



Caso 1 (47).



Caso 3 (15). Modelo de laboratorio. Prueba de estructuras.



Caso 3 (16). Se cemento la mesoestructura de disilicato de litio al pilar protésico. Se dio un torque de 35 Nwm



Caso 3 (17). Complejo atornillado en boca.



Caso 3 (18). Vista lateral.

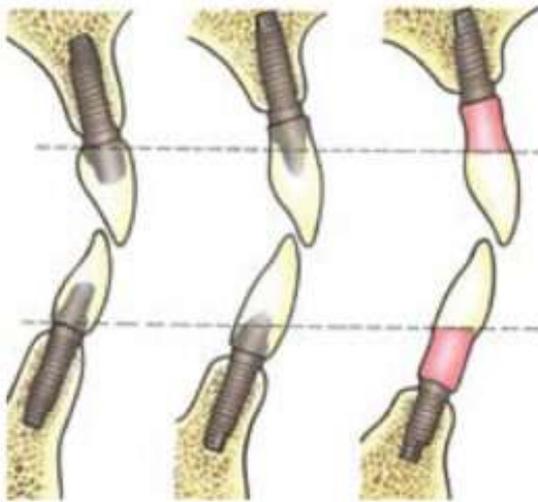


Caso 3 (19). Carilla a ser cementada.

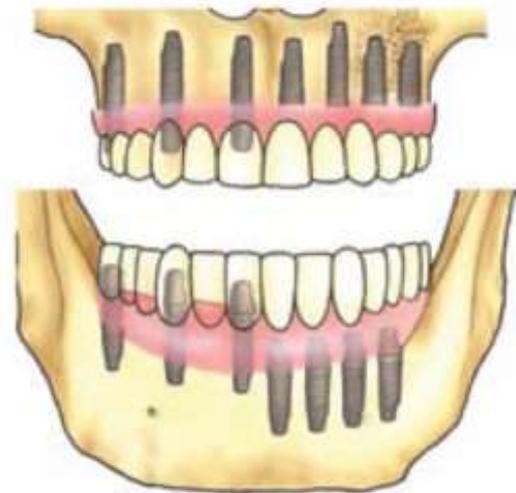


Caso 3 (20). Protocolo adhesivo.





5.



6.

SOBREDENTADURAS Y PRÓTESIS FIJAS SOBRE IMPLANTES

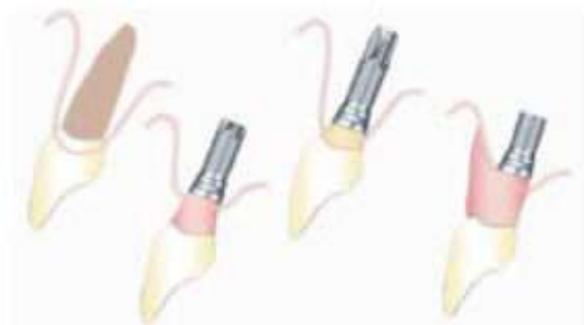
TIPO DE PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES

Clasificación del tipo de prótesis dependiendo del grado de reabsorción de los maxilares (figs. 5 a 7):

1. Prótesis de nivel 1

Las prótesis se realizarán para ajustarse a la forma natural del diente perdido y se colocarán en la posición óptima, preferiblemente a través de un implante inmediato postextracción. A pesar de que puede haber cierta pérdida de hueso y desplazamiento del diente, la variación será mínima en este caso.

La colocación de un implante inmediato permite la mejor posición para colocar el diente. Estas prótesis se conocen como prótesis de nivel 1, donde el diente se coloca en su posición exacta gracias a la disponibilidad de todo el hueso. Si no es posible colocar el implante inmediatamente después de la extracción, se recomienda su colocación después de tres meses.



7.

2. Prótesis de nivel 2

Estamos hablando de prótesis de nivel 2, que se requieren cuando el paciente ya ha sufrido una pérdida significativa de hueso y el implante se encuentra en una posición subóptima.

En este caso, es necesario hacer los dientes más largos para compensar la falta de hueso, lo que les da una apariencia más similar a los dientes periodontales. El implante se ubicará más hacia el lado del paladar o la lengua y el diente tendrá una forma distorsionada, con una convexidad en la parte frontal que permi-