



Dr. Eduardo Anitua

Práctica privada dedicada a la Implantología y Rehabilitación Oral.
Investigador clínico.

TRANSEPITELIALES COMPATIBLES PARA PRÓTESIS MÚLTIPLE

Simplificación de la prótesis con implantes
de varios modelos

INTRODUCCIÓN

En el día a día de una clínica dental nos encontramos habitualmente con pacientes que llevan implantes dentales de diferentes casas comerciales y que en ocasiones precisan nuevos tratamientos que implican la utilización de estos implantes con otros nuevos de otras marcas, plataformas y conexiones.

Este hecho nos complica la rehabilitación protésica de forma considerable ya que cada implante presentará a la hora de realizar una prótesis conjunta con varias marcas comerciales, unos tornillos, copings de impresión y mecánica de trabajo diferente, así como diferentes componentes para el laboratorio (calcinables, postes...). El trabajo con diferentes componentes sobre distintos implantes para una misma rehabilitación complica mucho los procedimientos y, por lo tanto, aumenta las tasas de errores, además de encarecer económicamente la prótesis, ya que en ocasiones se deben adquirir destornilladores específicos y componentes que posiblemente sean utilizados una única vez en la clínica o en muy pocas ocasiones (1, 2).

Para solventar estos inconvenientes se han ideado los transepiteliales Multi-Im compatibles que pretenden simplificar los tratamientos sobre varios implantes de diferentes casas comerciales.

El transepitelial compatible consta de los mismos elementos que un transepitelial Multi-Im convencional (**Figura 1**):



Figura 1. Elementos del transepitelial Multi-Im compatible.

-Camisa: en este caso sin tratamiento Ti-Golden, con diferentes morfologías en función del implante, la conexión y la plataforma.

-Tornillo: con tratamiento Ti-Black con las mismas prestaciones a nivel de resistencia, precarga y durabilidad que los de los transeptiliales Multi-Im.

-Pomo de inserción: para su colocación en boca. Cómodo destornillador plástico desechable que nos permite la correcta inserción en el eje adecuado del transeptelial. Posteriormente el torque final se dará con el elemento correspondiente. Estos transeptiliales se atornillan al implante en cuestión (con 35 Ncm) y la parte superior del mismo es una base de trabajo Multi-Im que posteriormente se trabaja en dos plataformas (universal y ancha) en función de la emergencia del transeptelial. La toma de impresión para la prótesis se realiza sobre este transeptelial directamente, no siendo necesaria su desinserción, favoreciéndose el sellado y hermetismo a este nivel (3, 4).

En el caso clínico que mostramos a continuación se observa cómo el empleo de este tipo de transeptiliales nos permite la realización de una prótesis atornillada con todas las garantías de hermetismo y sellado a nivel implante-prótesis facilitando la ma-

nipulación de los elementos protésicos al unificar la plataforma con este tipo de componentes.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente femenina de 60 años que acude a la consulta por encontrarse incómoda con su prótesis actual sobre implantes superior e inferior y haber padecido varios episodios de infección a nivel de varios implantes tratados mediante terapia antibiótica vía oral. En la exploración clínica de la paciente, podemos observar una prótesis superior de acrílico atornillada con un faldón vestibular que impide la correcta higiene de los implantes. En el arco inferior, la paciente presenta una rehabilitación cerámica en el sector anterior (de canino a canino) realizada sobre diente natural y dos puentes sobre implantes para rehabilitar los sectores posteriores (**Figuras 2 y 3**).

Al realizar la exploración radiológica podemos observar que existen además en el arco superior implantes insertados que no están siendo utilizados para la prótesis que lleva ahora mismo la paciente y que emergen en situaciones poco favorables para su rehabilitación, así como varios focos de periimplantitis con pérdida ósea tanto en los implantes superiores como inferiores (**Figura 4**).



Figuras 2 y 3. Aspecto intraoral de las prótesis de la paciente.



Figura 4. Radiografía panorámica inicial que muestra el estado de los implantes superiores e inferiores, así como múltiples implantes sin utilizar en el arco superior.

Procedemos a la retirada de la prótesis superior para poder valorar mejor el estado de los implantes y su repercusión en los tejidos blandos y encontramos múltiples implantes con supuración y sangrado espontáneo, así como los implantes no utilizados en la prótesis de la paciente con emergencias incorrectas en el arco y dehiscencias de tejido óseo y blando que exponen en algunos casos las espiras del implante (**Figuras 5 y 6**). Procedemos a la realización

de explantación de los implantes superiores mal posicionados mediante la técnica de extracción atraumática (5) retirándolos a contra-torque sin dañar el lecho receptor (**Figuras 7-10**).

En la misma cirugía de explantación, se insertan implantes distales en ambos cuadrantes superiores con una elevación de seno transcrestal utilizando fibrina como único material de relleno. Dos de los implantes se situarán en zonas de explantación siendo,



Figuras 5 y 6. Imágenes intraorales de la paciente tras la retirada de las prótesis. Podemos observar el mal estado de los implantes superiores mal posicionados.

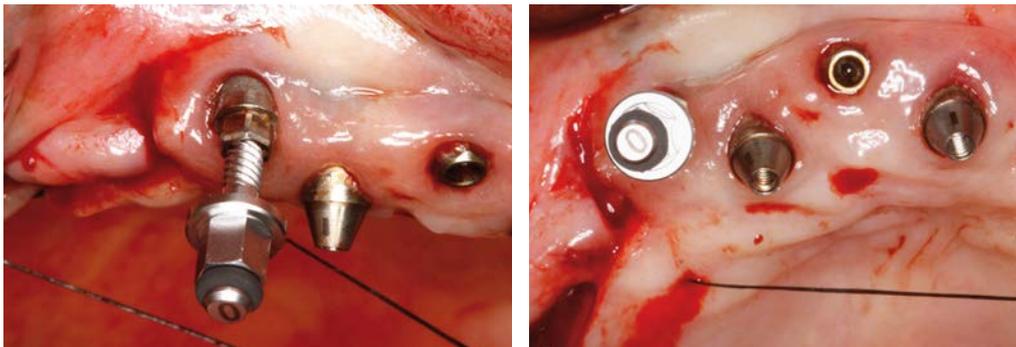


Figura 7 y 8. Inserción de los extractores para la explantación. La técnica mínimamente invasiva permite incluso la extracción sin colgajo.



Figura 9 y 10. Extracciones de los implantes del segundo cuadrante realizadas con un mínimo daño de los tejidos blandos, como puede observarse en la imagen, y la totalidad de los implantes mal posicionados una vez extraídos.

Oferta de másteres propios UIRMI



CIRUGÍA ORAL y
MEDICINA REGENERATIVA



MEDICINA
DEL SUEÑO

Duración: 2 años

Créditos ECTS: 120

ABIERTO PLAZO DE INSCRIPCIÓN

Fechas de preinscripción:

Hasta el 30 de septiembre de 2018

►► **MÁS INFORMACIÓN:**

www.fundacioneduardoanitua.org

contact@uirmi.org

945 16 06 53

TERAPIA REGENERATIVA BUCOFACIAL y REHABILITACIÓN IMPLANTOLÓGICA ORAL

Tipología del máster:
PRESENCIAL



TRASTORNOS DEL SUEÑO PARA MÉDICOS Y ODONTÓLOGOS

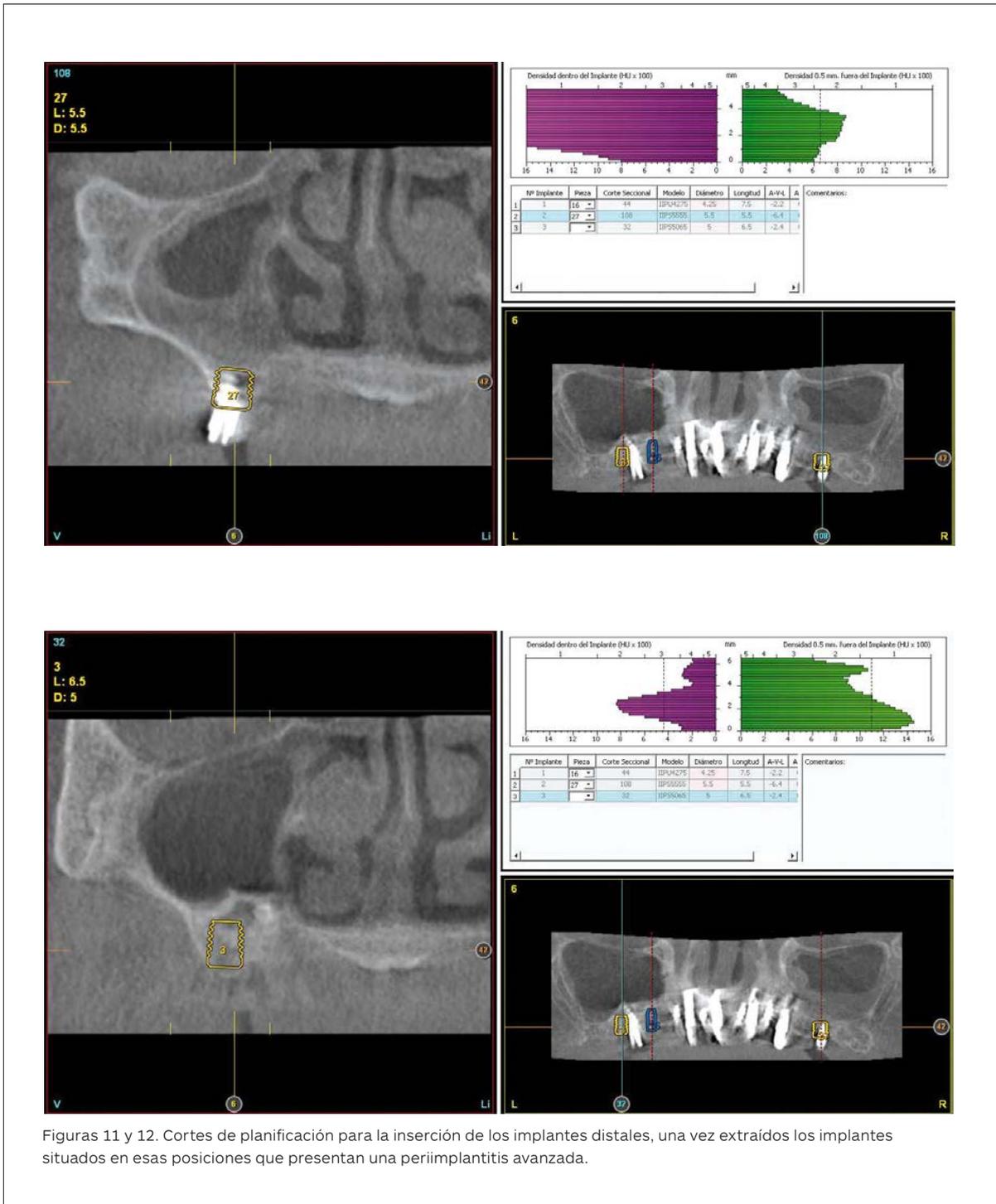
Tipología del máster:
MODULAR

Másteres incluidos en la oferta formativa de posgrado de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU)

uirmi

University Institute
for Regenerative Medicine
and Oral Implantology



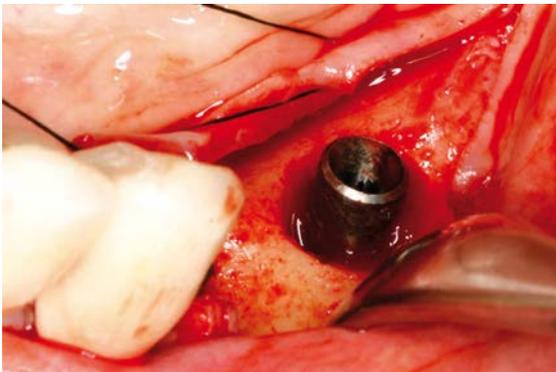


Figuras 11 y 12. Cortes de planificación para la inserción de los implantes distales, una vez extraídos los implantes situados en esas posiciones que presentan una periimplantitis avanzada.

por lo tanto, una inserción inmediata en el mismo lecho receptor, hecho que es posible gracias a la conservación del hueso periimplantario que nos permiten los extractores (Figuras 11 y 12).

Los implantes distales recién insertados permanecerán sin carga durante cinco meses y por ello se utilizarán los cuatro implantes antero-superiores de la paciente para llevar una prótesis provisional. En

Figura 13. Inserción de los implantes superiores posteriores y confección de prótesis provisional sobre los transepiteliales Multi-Im compatibles para mantener la prótesis provisional durante la integración de los implantes posteriores y facilitar posteriormente la confección de la nueva prótesis.



Figuras 14 y 15. Extracción de los implantes. Podemos observar los defectos circunferenciales que presentaban antes de la extracción.



Figura 16. Defectos dejados por la periimplantitis que serán regenerados únicamente con PRGF-Endoret.

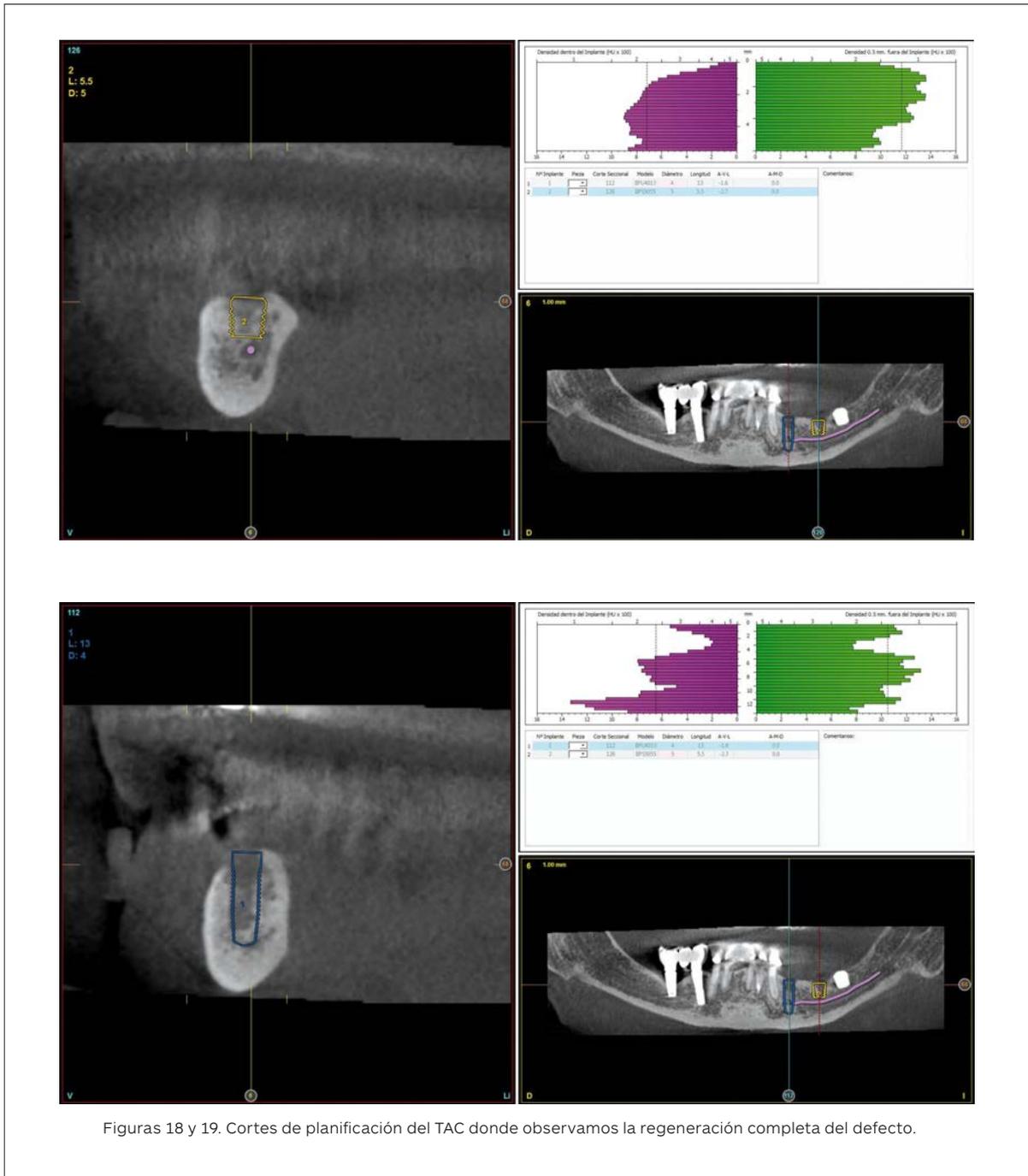


Figura 17. Radiografía tras las explantaciones y la inserción del nuevo implante en distal de las mismas.

estos cuatro implantes se insertan transepiteliales Multi-Im compatibles, que nos permitirán la realización de una prótesis con garantías de hermetismo y sellado a nivel prótesis-implante, lo que evitará nuevos cuadros de periimplantitis y garantizará la uni-

ficación de componentes a la hora de realizar la prótesis junto con los tres nuevos implantes (**Figura 13**).

En el arco inferior, la periimplantitis también afecta a los implantes, fundamentalmente a los del tercer cuadrante, por lo que se procede a su expla-



Figuras 18 y 19. Cortes de planificación del TAC donde observamos la regeneración completa del defecto.

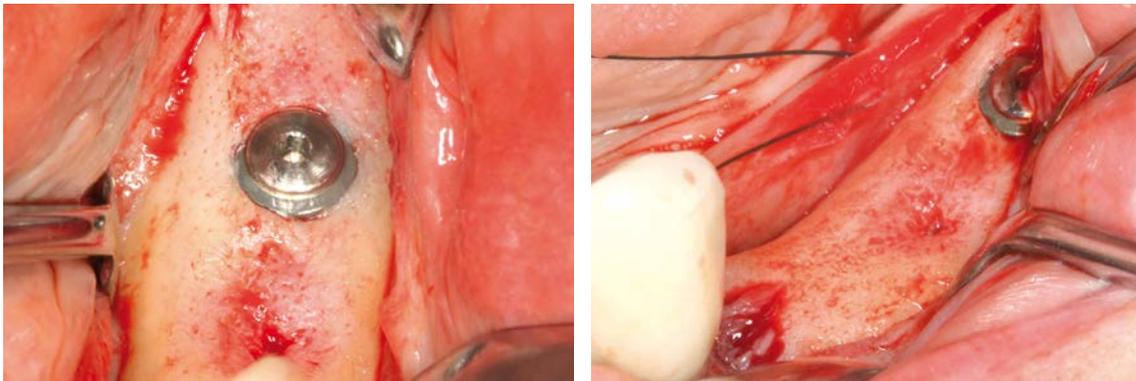
tación. Las pérdidas óseas y la infección activa únicamente permiten su remoción y la inserción de un implante distal a los extraídos y la regeneración de las zonas de explantación mediante PRGF-Endoret exclusivamente (**Figuras 14-17**).

Una vez transcurridas 12 semanas, se procede a la planificación de un nuevo *Cone beam* para la in-

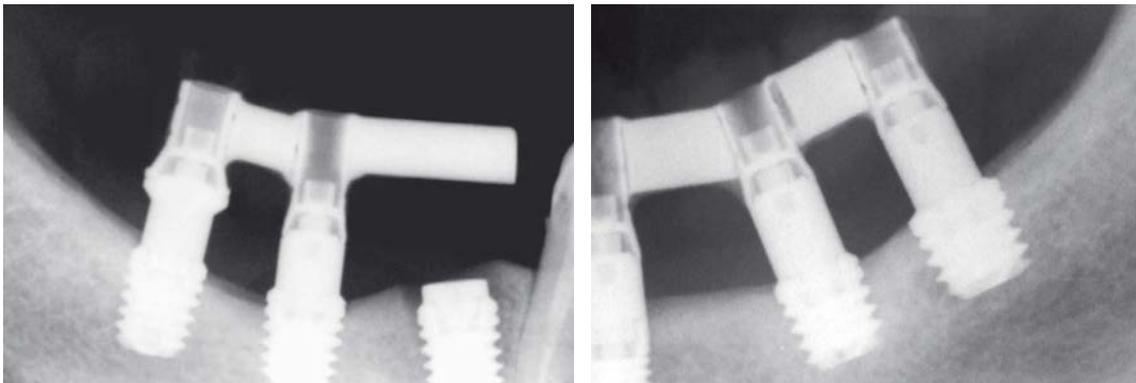
serción de los implantes y podemos observar cómo se ha logrado la regeneración completa de los defectos (**Figuras 18 y 19**).

En la apertura del colgajo para la inserción de los implantes vemos como lo visualizado en el TAC corresponde clínicamente (**Figuras 20 y 21**).

Realizamos la inserción de los implantes del tercer



Figuras 20 y 21. Imágenes intraorales tras la apertura del colgajo para la inserción de los implantes. El hueso se ha regenerado completamente y ahora estamos en mejor situación para la inserción de los nuevos implantes.



Figuras 22 y 23. Prótesis de carga inmediata en el cuarto cuadrante y de carga progresiva en el tercer cuadrante, dejando el implante con menor torque del cuarto cuadrante sin cargar.

cuadrante y el recambio del cuarto cuadrante. Esto puede hacerse en la misma fase quirúrgica que la explantación, colocando prótesis de carga inmediata en el cuarto cuadrante (con la excepción de un implante con bajo torque) y prótesis terapéutica en el tercero, para transmitir carga progresiva a los implantes extracortos (**Figuras 22 y 23**).

Finalmente procedemos a la confección de la prótesis definitiva del arco superior e inferior. En el arco superior, se han conservado los cuatro implantes anteriores con los transepiteliales Multi-Im compatibles que nos han permitido realizar una prótesis unida a los implantes insertados posteriormente utilizando únicamente un mismo tipo de componentes para la toma de registros y un único tipo de tornillo para toda la prótesis facilitando la fase protésica y minimi-

zando errores, al mismo tiempo que se obtienen todas las ventajas derivadas del uso de transepiteliales (estanqueidad, hermetismo, adaptación de superficies a tejidos –concepto «bioblock»–) (**Figuras 24-28**).

CONCLUSIONES

El uso de los transepiteliales Multi-Im compatibles nos permite la resolución de casos clínicos, con múltiples casos de implantes, de forma sencilla y predecible al minimizarse los errores derivados de la complejidad de aditamentos protésicos que deben ser utilizados para una única prótesis con múltiples marcas comerciales además de aportarnos las ventajas del uso de un transepitelial que nos garantiza el hermetismo y la estanqueidad a nivel prótesis-implante. ■

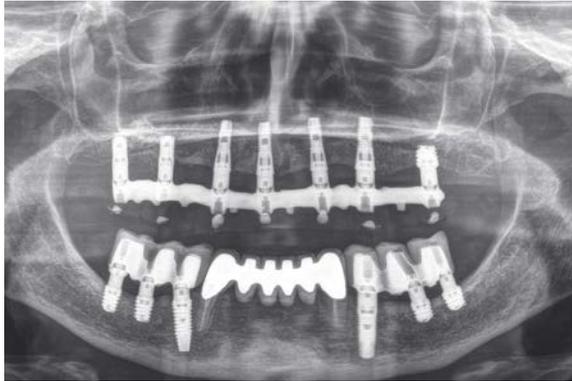


Figura 24. Radiografía con las prótesis finales atornilladas, todas ellas sobre transepteliales, manteniendo los cuatro implantes de la paciente en el arco superior rehabilitados en conjunto con los nuevos mediante el uso de Multi-Im compatibles.



Figuras 25 y 26. Comparativa de prótesis inicial y final. Podemos ver cómo se ha mejorado la estética además de facilitar la higiene a la paciente para poder mantener los implantes en salud.



Figuras 27 y 28. Aspecto de los tejidos blandos en la fase inicial y con el uso de los transepteliales Multi-Im. Podemos observar la salud de los tejidos blandos.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Brägger U, Karoussis I, Persson R, Pjetursson B, Salvi G, Lang NP.** Technical and biological complications/failures with single crowns and fixed partial dentures on implants: a 10-year prospective cohort study. *Clin Oral Impl Res* 2005; 16: 326-334.
2. **Nedir R, Bischof M, Szumukler-Moncler S, Belser UC, Samson J.** Prosthetic complications with dental implants: from an up-to-8-year experience in private practice. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2006; 6: 919-928.
3. **Anitua E, Piñás L, Begoña L, Orive G.** Long-term retrospective evaluation of short implants in the posterior areas: clinical results after 10-12 years. *J Clin Periodontol*. 2014 Apr; 41 (4): 404-11.
4. **Abrahamsson I, Berglundh T, Glantz PO, Lindhe J.** The mucosal attachment at different abutments. An experimental study in dogs. *J Clin Periodontol*. 1998 Sep; 25 (9): 721-7.
5. **Anitua E, Orive G.** A new approach for atraumatic implant explantation and immediate implant installation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012 Mar; 113 (3): e19-25.