II Conferencia Internacional Microdent System de Implantología Oral

Comunicaciones científicas

Comunicaciones Orales y Pósters.
Av Periodon Implantol. 2007; 19, Suppl: 51-68.

COMUNICACIONES ORALES

Elevación traumática de seno maxilar con inserción de implantes Microdent en la misma cirugía.

Cruz-Valiño JM, Pato-Mourelo J, Lorrio-Castro JM, Medel-Soteras R, Velasco-Ortega E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

El objetivo de esta comunicación es presentar una posible solución para rehabilitar con implantes dentales sectores posteriores del maxilar superior con déficit de hueso.

Caso clínico. G.G.A, Mujer de 48 años que acuda a consulta solicitando una rehabilitación del sector maxilar superior derecho con implantes dentales. Tras realizarle una ortopantomografía, observamos un remanente de hueso no superior a 8 mm de altura a nivel del 25 y 26.

Se le propone al paciente colocar 4 implantes dentales Microdent, dos a nivel del 23 y 24 y realizar una técnica de elevación de seno traumática con inserción de dos implantes en la misma sesión y relleno con sulfato de calcio mezclado con hueso autólogo proveniente del fresado de los lechos implantarios.

Realizada dicha técnica a los 6 meses se rehabilita a dicho paciente con coronas metal cerámicas.

Conclusiones. La elevación sinusal traumática con relleno de hueso autólogo y sulfato de calcio, es una excelente solución en casos de ausencia de hueso en sectores posteriores maxilares.

Criterios predictivos para la evaluación del éxito/fracaso en implantología oral.

Francisco-Salgado G, Pato-Mourelo J, Cruz-Valiño JM, Lorrio-Castro JM, Velasco-Ortega E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

Los criterios de éxito en implantología oral se basan en una serie de signos o síntomas clínicos que pueden garantizar el éxito a largo plazo de los implantes. Algunos de estos signos emergen cuando el fracaso se ha producido y es irreversible (movilidad, existencia de radiolucidez periimplantaria, etc). Sin embargo, los parámetros ideales para monitorizar las condiciones de los implantes deben ser lo suficientemente sensibles como para distinguir las posibles complicaciones de los fracasos en el tratamiento.

El objetivo de esta comunicación es destacar los parámetros más comúnmente propuestos para predecir el resultado del tratamiento implantológico.

La influencia del tratamiento con disfosfonatos en el tratamiento implantológico oral.

Rull-Broquetas M, Lopez-Mumpao JA, Ferrándiz J, García-Méndez A, Velasco-Ortega E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

Se ha demostrado en investigaciones animales el efecto beneficioso de los difosfonatos en la osteointegración de los implantes en huesos osteoporóticos, y las complicaciones de osteonecrosis maxilares, ocurren sobre todo, en pacientes sometidos a dosis altas de difosfonatos por vía parenteral, como tratamiento oncológico de tumores.

El *objetivo* de esta comunicación es evaluar la necesidad de suspender el tratamiento con difosfonatos orales en pacientes con osteoporosis portadores de implantes dentales.

Caso clínico. Mujer de 58 años, en la que se insertan 4 implantes en las zonas 13, 14 y 24, 25. Durante el acto quirúrgico se aprecia la mala calidad ósea, por lo que se sospecha de osteoporosis y tras el estudio de densitometría ósea se confirma el diagnostico, y se indica tratamiento con difosfonatos. Tras 5 meses de la cirugía se evalúa radiográficamente y se colocan las prótesis implantosoportadas. Además, se realiza una rehabilitación de la arcada superior con prótesis fija. Se realizan controles radiográficos a los 3 meses y al año de la colocación de la prótesis, comprobando la evolución favorable del caso.

Conclusiones. La evolución favorable de este caso sometida tratamiento con disfosfonatos nos hace plantearnos la necesidad de suspender el tratamiento antiosteoporótico en pacientes con implantes dentales.

El uso de la tomografía volumétrica de haz cónico para la planificación implantológica oral.

España-López AJ, Poyato M, Segura JJ, Medel R, Velasco-Ortega E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

Las modernas técnicas tomográficas volumétricas son junto a la tomografía axial computarizada las explora-

ciones radiológicas que mas información aportan sin distorsiones para planificación de los implantes dentales, permitiendo situar los implantes en los lugares idóneos según el potencial óseo de la zona. Mediante un proceso informático se crean varias vistas de la zona explorada: axial, panorámica, paraaxial y tridimensional; teniendo en cuenta la precisión geométrica y exactitud de medida, dosis absorbida y casos clínicos obtenidos. La técnica resulta precisa, captura el maxilar y la mandíbula en una sola rotación de 36 segundos y requiere menos radiación. El coste económico puede ser menor para el paciente.
Conclusiones. Esta técnica volumétrica ofrece una gran calidad de imagen para la aplicación en el ámbito de la implantología oral superando incluso a los TC.

Rehabilitación protésica mucoimplantosoportada superior en paciente fumador. Secuencia del tratamiento clínico y protésico.
LORRIO-CASTRO JM, RECIO-CONDE S, PATO-MOURELO J, MEDEL-SOTERAS R, VELASCO-ORTEGA E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.
Los implantes osteointegrados pueden ser una excelente alternativa para la sustitución de dientes con enfermedad periodontal avanzada sin posibilidad de tratamiento. El objetivo de la comunicación es presentar los resultados clínicos y protéticos necesarios para la realización de una prótesis superior implantomucosoportada sobre 4 implantes en sector anterior en un paciente periodontal.
Caso clínico. Paciente, JMS, varón de 62 años de edad, fumador de 10-15 cigarrillos/día, con buena higiene oral que acude a consulta porque presenta una enfermedad periodontal avanzada y demanda un tratamiento con implantes en arcada superior. Se procedió a la extracción de los dientes periodontales superiores remanentes y se realizaron implantes diferidos a las 8 semanas debido a la enfermedad periodontal del paciente y a su hábito de fumador moderado. Se insertaron 4 implantes Microdent (conexión externa estándar) de 4×12 mm a nivel de 15,12, 23,26. No fueron usadas ni membranas ni material de relleno. Después de 4 meses, se realizó la prótesis definitiva después de comprobar una adecuada osteointegración.
Conclusiones. El tratamiento con implantes en pacientes fumadores moderados no está contraindicado siempre que se informe previamente de las posibles complicaciones, sin olvidar las características óseas y prostodóncicas de cada paciente.

Extrusión ortodóncica forzada antes de la colocación del implante: Respuesta del tejido duro y blando.
ORTIZ-GARCÍA I, MARTÍN-CARBÓN P, LLAMAS-CARRERAS JM, LÓPEZ-FRÍAS J, VELASCO-ORTEGA E.
El enfoque multidisciplinario en implantología oral constituye, frecuentemente, una planificación y toma de decisiones que integra aspectos quirúrgicos, periodontales, ortodóncicos y prostodóncicos para conseguir unos resultados óptimos funcionales y estéticos.
En este sentido, el incremento del uso de implantes en ortodoncia ha estimulado el interés por aumentar el hueso y mejorar la arquitectura del tejido blando en pacientes que tienen una deficiente cresta alveolar y que, por lo tanto, no son aptos para la colocación del implante. Una técnica no quirúrgica de conseguirlo es la extrusión ortodóncica forzada.
El propósito de esta comunicación es realizar una revisión de esta técnica ortodóncica y valorar las alteraciones clínicas e histológicas del tejido blando y el tejido óseo durante el movimiento extrusivo de los dientes comprometidos periodontalmente previo a la colocación del implante.

Implantes inmediatos postextracción con carga inmediata.
PATO-MOURELO J, LORRIO-CASTRO JM, CRUZ-VALIÑO JM, GARCÍA-MÉNDEZ A, VELASCO-ORTEGA E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.
Los implantes inmediatos postextracción son una alternativa de uso frecuente en la práctica diaria debido a que acortan los tiempos de espera, reducen el tratamiento del paciente y disminuyen la pérdida ósea.
Caso clínico. Varón de 24 años, en buen estado de salud general, no fumador, con buena higiene. Tras el fracaso de una prótesis fija superior, soportada en 11 y 22 que reponía el 21 ausente, se decide hacer las exodoncias de los restos radiculares y colocar tres implantes Microdent de 4/12. Posteriormente se colocan los pilares de carga inmediata y se realiza la prótesis provisional acrílica en infraoclusión.
Conclusiones. Los implantes inmediatos postextracción sometidos a carga inmediata no funcional además de ser una técnica predecible son una excelente alternativa en la zona anterior del maxilar superior e inferior proporcionando unos buenos resultados estéticos.

Histomorfometría con implantes en experimentación animal. Metánalisis y revisión bibliográfica.
FERRANDIZ-BERNAL J, RULL-BROQUETAS M, GARCÍA-MÉNDEZ A, LÓPEZ-FRÍAS J, VELASCO E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.
Las superficies de los implante han sufrido un continuo desarrollo y evolución debido a las exigencias actuales de aceleración de la osteointegración, carga inmediata y fijación en hueso de baja densidad. Para cuantificar el grado de osteointegración conseguido por estas superficies, se vienen realizado diversos test biomecánicos e histológicos, destacando entre ellos la histomorfometría. En este sentido, el animal mayoritariamente elegido en los estudios de experimentación con implantes es

el perro, siendo la mandíbula el lugar de preferencia para el análisis histológico de contacto hueso implante. Seguidamente las tibias de conejos son la segunda localización más habitual. El maxilar de cerdos y monos, fémur en cabras y conejos, cresta ilíaca, peroné y escápula en cerdos, así como los estudios en ratas son las otras ubicaciones donde se desarrollan estos estudios.
Conclusiones. Al esquematizar, sintetizar y ordenar el grado de osteointegración conseguido por los diferentes sistemas de implantes en estudios de experimentación, obtenemos una referencia donde basarnos para futuros estudios en esta materia.

Desarrollo de un sistema de regeneración ósea basado en las propiedades del factor básico de crecimiento de fibroblastos (bFGF).

López-Mumpao JA, Ferrándiz-Bernal J, Rull-Broquetas M, Segura JJ, Velasco E.
Postgrado de Implantologia Oral. Universidad Sevilla.

Objetivo: Producción de dos proteínas bFGF recombinantes (bFGFrh) que contienen sendos dominios de unión de alta afinidad, a hidroxiapatita (HABD) y a colágeno (CBD), con la finalidad tanto de reducir las dosis de proteína necesarias para la regeneración ósea, así como para obtener una reparación homogénea en el defecto.
Materiales y métodos: Se analizaron las secuencias de ADN correspondientes a la proteína bFGF y a los dominios HABD y CBD (NCBI). Se realizaron ensayos de expresión de la proteína en *E. coli* y ensayos de purificación en columna (Sigma-Aldrich). La detección de las dos proteínas recombinantes se realizó utilizando geles de acrilamida/bis 40% (A7802 Sigma) en condiciones desnaturalizantes. Además, se realizaron, en ambos casos ensayos de Western Blot para la detección con anticuerpos anti-bFGF (F3393 Sigma).
Resultados: Hemos obtenido dos vectores de expresión; uno de ellos incluye la secuencia del dominio de alta afinidad a hidroxiapatita, mientras que el segundo contiene la secuencia del dominio de unión a colágeno seguidos ambos, en fase, por la secuencia que codifica la proteína bFGF humana. Las dos proteínas se expresaron y purificaron como proteínas recombinantes HABD-bFGF y CBD-bFGF.
Conclusiones. El factor de crecimiento bFGF humano puede ser expresado y purificado como proteína recombinante unido tanto a un dominio de alta afinidad por hidroxiapatita como a un dominio de unión a colágeno.

La tecnología láser aplicada a la implantología oral. Protocolos de tratamientos.

Ruiz-Márquez M, Jiménez-Guerra A, Garcia del Olmo FJ, López-Frías J, Poyato M.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

La tecnología en los láseres Er-Cr y Diodo presentan una serie de indicaciones para la implantología oral. Su uso es aplicable en segundas fases quirúrgicas, tratamiento descontaminante de tejidos periimplantarios (mucositis y periimplantitis), remodelado estético de las papilas emergentes y procedimiento de bioestimulación.
Caso clínico 1. Paciente de 63 años con ausencia del 36, 37 y 38, incisión circular con láser Er-Cr. Fresado del lecho quirúrgico. Colocación de dos implantes Serf EVLN4-14 de conexión interna y anillo estético. Procedimiento de bioestimulación.
Caso clínico 2. Paciente de 35 años que presenta fractura coronal de 14. Incisión pericoronaria con láser. Tras la exodoncia dentaria, legrado minucioso. Colocación de un implante Serf EVLN4-14 de conexión interna y anillo estético. Procedimiento de bioestimulación.
Conclusiones. La tecnología láser demuestra una mejoría de los tejidos blandos periimplantarios durante la segunda fase quirúrgica y en los casos de mucositis y periimplantitis.

Movilización del nervio dentario para la inserción de implantes osteointegrados.

Jiménez A, García Del Olmo JF, Ruíz M, Rollón A, Delgado M.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla. Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

En casos avanzados de reabsorción mandibular posterior, la lateralización del nervio mandibular se nos plantea como una posibilidad terapéutica para la inserción de implantes.
El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados clínicos de esta técnica y discutir sus indicaciones, alternativas, número y características de los implantes empleados, complicaciones intraoperatorias y tardías.
Caso Clínicos. Pacientes desdentados en sectores posteriores portadores de prótesis removibles que tras un diagnóstico clínico y radiológico (ortopantomografía y TAC) se confirma la baja disponibilidad en altura de la cresta alveolar residual y se opta por la transposición del nervio dentario inferior.
Conclusiones. Esta técnica puede ser una alternativa válida y predecible en caso de atrofia de los sectores mandibulares , teniendo buenas expectativas de éxito pese a las posibles complicaciones.

La carga inmediata de implantes postextracción.

García del Olmo-Baena FJ, Jiménez-Guerra A, Ruiz-Márquez M, Medel-Soteras R, Velasco-Ortega E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

El tratamiento con implantes postextracción con carga funcional inmediata será cada vez más demandado

por los pacientes, por disminuir el tiempo de tratamiento y por evitar una segunda cirugía; y por los clínicos, por la preservación del hueso alveolar, consiguiendo además buena función, estética y buena cicatrización de tejidos blandos durante la osteointegración del implante.
Casos clínicos. Pacientes que requieren la exodoncia de piezas del sector anterior, para posteriormente mediante fresas y expansores óseos insertar los implantes. Una vez comprobada la estabilidad primaria de los implantes, se confecciona las coronas provisionales correspondientes, en infraoclusión, que se cementan sobre los pilares de carga inmediata.
Conclusiones. Para la sustitución de dientes unitarios sin posibilidad de tratamiento, los implantes postextracción con carga funcional inmediata son una alternativa predecible, consiguiendo resultados estéticos y funcionales excelentes.

Expansión ósea en la rehabilitación completa del maxilar superior edéntulo.

ROMANOS-RODRÍGUEZ C, VÉLEZ-PEREIRA A, ESPAÑA-LÓPEZ A, POYATO-FERRERA M, VELASCO-ORTEGA E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

La atrofia ósea maxilar es una limitación anatómica frecuente en implantología oral. Las crestas alveolares estrechas dificultan y comprometen la colocación de implantes. Con un instrumental especial, los expansores, se puede preparar el hueso, comprimiéndolo de forma que las estructuras existentes no se eliminan con el fresado, sino que se expanden de forma periférica.
Caso clínico. Se presenta un caso de maxilar superior edéntulo, con atrofia ósea a nivel anterior y pérdida de anchura, en el que se planteó la colocación de 8 implantes Microdent, utilizando para ello los expansores de cono roscado y un protocolo especial. Gracias a la expansión ósea, fue posible colocar 4 implantes en una cresta de 4 mm de anchura sin que se presentaran fenestraciones ni fracturas en tallo verde, y los implantes quedaron con buena estabilidad primaria. Los 4 implantes restantes fueron colocados con la técnica habitual de fresado. El resultado fue satisfactorio.
Conclusiones. Los expansores han aportado a la implantología una innovación tecnológica muy sustancial, permitiendo una expansión prácticamente atraumática, con un control medido y progresivo de la misma.

Prótesis inmediata sobre implantes postextracción.

DÍAZ-PRADA FJ, LOPEZ-CASTRO JJ, PATO-MOURELO J, SEGURA-EGEA JJ, VELASCO-ORTEGA E. POSTGRADO DE IMPLANTOLOGÍA ORAL. *Universidad de Sevilla.*

La prótesis implantosoportada postextracción nos ofrece una vía de tratamiento factible ante situaciones de importante requerimiento estético. El objetivo de la comunicación es mostrar las diversas fases de esta técnica implantológica.
Caso clínico. Mujer de 42 años, con buen estado de salud general, no fumadora, y con buenos hábitos higiénicos. Una vez fracasado el tratamiento endodóntico de las piezas dentales 12, 21, 22, se procede a su exodoncia y a la inserción de cuatro implantes de 4/12 (Microdent). Se colocan pilares de carga inmediata sobre los que se realiza la prótesis provisional.
Conclusiones. La prótesis inmediata implantosoportada postextracción es una técnica que proporciona reducción de tiempos de tratamiento y disminuye la pérdida ósea, cumpliendo además las demandas estéticas.

Elevación traumática del seno maxilar (Técnica abierta diferida) para la inserción de implantes en el maxilar superior.

LÓPEZ-CASTRO JJ, PATO-MOURELO J, DIAZ-PRADA FJ, LÓPEZ-FRÍAS J, VELASCO-ORTEGA E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

En la región posterior del maxilar superior, no siempre existe una disponibilidad ósea mínima para el anclaje sin riesgos de los implantes. La elevación de seno maxilar permite mejorar las condiciones anatómicas creando un lecho implantario favorable. El objetivo es presentar la técnica de elevación de seno atraumática (Técnica Abierta Diferida).
Caso clínico. Paciente de 56 años sin patologías médicas que destacar, no fumador y con ausencia parcial de dientes superiores. Radiográficamente se observa la neumatización del seno maxilar superior izquierdo, quedando un espacio inferior a 4 mm de altura ósea a nivel del 25 y 26. Se realiza una incisión palatina paracrestal con dos incisiones liberadoras vestibulares y despegamiento mucoperióstico amplio, osteotomía de abordaje de ventana ósea y separación de mucosa sinusal. Posteriormente se introduce el biomaterial (fosfato tricálcico beta) como material de aumento, rellenando densamente la cavidad. A continuación se coloca una membrana reabsorbible. Se procede a la reposición del colgajo, finalizando con la sutura. La implantación se realizará en una segunda fase después de los 6 meses.
Conclusiones. La región posterior del maxilar superior presenta condiciones únicas para la implantología. Sin embargo esta técnica quirúrgica representa una alternativa terapéutica predecible comparable a otras localizaciones orales implantológicas.

El tratamiento con implantes en el maxilar superior. Consideraciones estéticas.

UBIÑAS A, POYATO M, MEDEL R, CRUZ-VALIÑO JM, VELASCO E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

En la zona estética del maxilar superior a menudo son necesarias técnicas de regeneración ósea y/o tisular para reestablecer el volumen de tejidos duros y blandos para la correcta posición tridimensional del implante guiada por la prótesis, así como para favorecer una estética apropiada.
Caso Clínico. Paciente varón de 61 años de edad, bruxista, no fumador, que cursa con hipertensión arterial controlada. Presenta ausencias del 12 y 13, donde radiográficamente se observa deficiencias del tejido óseo vestíbulo palatino y corono apical. Se procede mediante una incisión crestal palatinizada, manteniendo la preservación papilar del 11 y 14, realizando dos descargas en distal de estos, se eleva un colgajo de espesor total con base ancha para favorecer la vascularización. Se colocan 2 implantes (Camlog) de 3,8 mm de diámetro por 13 mm de largo. Se procede a la regeneración ósea mediante una mezcla de xenoinjerto de origen bovino (Bio-Oss) y hueso autógeno con una membrana reabsorbible (Bio-Guide). Se reposiciona coronalmente el colgajo. Se colocan provisionales individualizados, remodelándolos a la semana. Al 1,5 mes de la exposición de los tornillos se procede a las impresiones para la prótesis definitiva. Se realizan revisiones periódicas a partir del tercer día de la colocación definitiva de la prótesis.

La regeneración ósea guiada en el tratamiento con implantes oseointegrados.

Fernández-Pérez JC, Medel Soteras R, García-Méndez A, López-Frías J, Poyato-Ferrera M.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

La regeneración de hueso alveolar perdido o dañado, como resultado de una enfermedad o de un traumatismo, puede plantear problemas en la odontología clínica. Es frecuente que, después de una cirugía regeneradora, los defectos óseos no curen o que lo hagan con un tipo de tejido que difiere del original en cuanto a morfología y función. Múltiples estudios durante los últimos años han llevado al desarrollo de un principio de tratamiento denominado "regeneración tisular guiada". Este principio afirma que solo las células con capacidad para producir regeneración estén en condiciones de invadir la lesión tratada quirúrgicamente durante el proceso cicatricial. Esto se logra mediante la colocación de una barrera física que excluya los tejidos no deseados.
En implantología, el método ha sido utilizado para la cicatrización de las dehiscencias óseas periimplantarias, para la colocación inmediata de implantes en alveolos de extracciones, y para el agrandamiento de los rebordes alveolares atróficos.

Implante unitario postextracción en el sector anterior.

Saz-Camacho I , Rodríguez-Sánchez E , Gomez-Urizar A, Gómez-Font R.
Mastér de Cirugía Bucal. Universidad Europea de Madrid.

Hoy en día el incipiente incremento de la demanda estética por parte de los pacientes ha obligado a buscar nuevas alternativas terapéuticas que puedan satisfacer los objetivos de restaurar la estética sin olvidar la función.
Se exponen las indicaciones y contraindicaciones a propósito de un caso de inserción, en el sector anterior, de un implante osteointegrado unitario postextracción, que pueden condicionar el éxito o fracaso del tratamiento.

Superficies microscópicas de los implantes.

López Gómez-Alférez F, Fernández-Pérez JC, Francisco-Salgado F, Segura-Egea JJ, Poyato-Ferrera M.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

A lo largo de la historia de la implantología oral se han ido utilizando diferentes superficies en los implantes dentales para conseguir mejorar la oseointegración. Desde la superficie lisa o pulida de Banemark , pasando por la superficie con plasma de titanio hasta las actuales superficies rugosas (chorreado de arena, grabado con ácidos) o biactivas (flúor, melatonina, plasma rico en plaquetas) se han utilizado diferentes métodos físicos y químicos para conseguir aumentar el contacto hueso implante. La investigación experimental (*in vitro, in vivo*) y clínica con pacientes en este campo representa unos de los aspectos más extraordinarios de la implantología actual que está modificando positivamente la respuesta tisular a los implantes dentales y reduciendo el tiempo de espera para su carga funcional.

Implante postextracción con carga inmediata.

Vélez-Pereira A, Romanos C, Medel-Soteras R, Cruz-Valiño JM, Velasco-Ortega E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

Cada vez más, acuden a la consulta pacientes demandando la reposición inmediata de los dientes perdidos o de los que tienen que ser extraídos. Los objetivos de la técnica del implante inmediato postextracción es acelerar la rehabilitación prostodóncica definitiva, conservar la arquitectura gingival; fundamental para obtener una buena estética y permitir que el paciente sea restaurado más rápidamente.
Caso Clínico. Mujer de 25 años sin antecedentes médicos, no fumadora y. Presenta un resto radicular del 24 con mal pronóstico, por lo que se decide su exodoncia y colocación inmediata de un implante Q1- Trinon junto con una corona provisional acrílica para estética in-

mediata. La extracción se realizó sin complicaciones y se pudo insertar el implante con buena osteointegración, con buenos resultados después de 18 meses con su corona definitiva.

Carga inmediata de implantes postextracción. Sistemática clínica.

MIGUEL DÍAZ-ROMERAL M, JUANES-RODRÍGUEZ A, DÍAZ-ROMERAL P, LÓPEZ SOTO E.
Master Cirugía Bucal. Universidad Europea de Madrid.

En la actualidad, la posibilidad de rehabilitar protéticamente pacientes con enfermedad periodontal avanzada mediante implantes post extracción es ya una realidad. En estos casos, y especialmente en sujetos jóvenes con alta preocupación por la estética y la función, el protocolo tradicional en dos fases, que conlleva la utilización de una prótesis removible temporal durante varios meses, no satisface las expectativas de los pacientes. Por esta razón, una opción terapéutica más adecuada para nuestros pacientes, es la utilización de una prótesis fija atornillada, de carácter temporal y realizada con función inmediata, en menos de un día. Dicha prótesis temporal, que puede ser realizada en acrílico, aporta claras ventajas al paciente, en lo que respecta estética, función y confortabilidad, durante los meses que deben transcurrir para que se logre la osteointegración de los implantes y se termine de producir la remodelación ósea y de los tejidos blandos después de las exodoncias. Pasado este tiempo, se comenzará con el tratamiento restaurador definitivo, que consistirá en una prótesis fija implantosoportada, atornillada, en metal-cerámica. Será en ese momento cuando el clínico compruebe las ventajas que, para el éxito estético y funcional de la prótesis definitiva, aporta la realización previa de una prótesis temporal inmediata, dado que ésta nos servirá entonces de modelo para intentar mejorar la estética y para lograr una función óptima en oclusión céntrica y a la dimensión vertical oclusal adecuada.

Regeneración tisular guiada en la implantología oral.

RAMOS-GALLEGO J, LORRIO-CASTRO JM, MEDEL-SOTERAS R, SEGURA-EGEA JJ, VELASCO-ORTEGA E.
Postgrado de Implantología Oral. Universidad de Sevilla.

La regeneración tisular guiada en la implantología oral es una técnica que permite tratar crestas alveolares deficientes horizontales y verticales, mediante la utilización de membranas biocompatibles que ayudan a retener el contenido del injerto y a estimular el crecimiento de nuevo hueso. Los diferentes tipos de injertos son el autoinjerto, realizado con hueso del propio paciente el cual puede ser obtenido a partir de hueso intraoral (zona intermentoniana o rama mandibular) o hueso extraoral (de la calota o pelvis); el Aloinjerto a partir de individuos de la misma especie (banco de transplantes) y el Xenoinjerto cuando el hueso proviene de otras especies distinta a la humana. Además se pueden utilizar sustitutos no óseos de materiales sintéticos comúnmente mezclados con hueso y/o sangre del paciente. Las membranas pueden ser reabsorbibles y no reabsorbibles. Las membranas pretenden actuar como barrera de aislamiento entre el tejido conjuntivo y el defecto óseo, permitiendo la proliferación de tejido óseo. Las membranas no reabsorbibles producen mejores resultados y tienen una mayor predictibilidad, teniendo como inconveniente su remoción en una segunda cirugía.

Valoración y comportamiento radiológico de implantes de plataforma ancha.

GALPARSORO-CATALÁN A, BARONA-DORADO C, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ S, LLANA-MATILLA C, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM.
Institución Universitaria Mississippi. Madrid.

La utilización de implantes de plataforma ancha es un procedimiento que viene realizándose en sectores posterior maxilares en los que la anchura ósea es adecuada. A pesar de sus ventajas iniciales, no todos los autores coinciden en sus porcentajes de éxito, de tal forma que para algunos su utilización debiera de realizarse en casos muy excepcionales.

El objetivo de la presente comunicación es el de valorar el comportamiento radiológico de 37 implantes de plataforma ancha y correlacionar los resultados con el de otros autores.

Pacientes y metodología: El estudio fue realizado en 29 pacientes a los que previa exploración clínica y radiológica se planificó la colocación de implantes de plataforma ancha. El número total fue de 37 implantes Defcon serie 5, siguiendo en todo momento el procedimiento establecido por sus fabricantes.

Una vez colocados los mismos se realizaron controles clínicos así como radiológicos, haciendo el seguimiento hasta los dos años.

Resultados: Del total de la muestra tan solo un implante se perdió en fase de precarga. El resto, se encuentran asintomáticos y desde un punto de vista radiológico no se observan signos de fracaso, por lo que consideramos a este tipo de implantes como una buena solución para rehabilitaciones posteriores con volumen adecuado.

Estudio anatómico sobre la disponibilidad ósea en el sector anterior mandibular mediante Dentascan

SOTO RIVADENEIRA MA, BARONA DORADO C, MARTÍNEZ GONZÁLEZ S, MARTÍN GONZÁLEZ C, GALPARSORO CATALÁN A.
Institución Universitaria Mississippi.

Es por todos conocida la importancia que la radiología tiene en el tratamiento con implantes a la hora de la planificación y la minimización de riesgos como la lesión de estructuras anatómicas nobles.
En el presente estudio se analizaron Dentascan de 155 pacientes con el objetivo de determinar la validez de este medio diagnóstico en la planificación del tratamiento implantológico en el sector anterior mandibular.
Se valoró la presencia o ausencia del foramen mentoniano (FM) y del bucle y se realizaron mediciones desde el FM hasta el borde superior (Dist. A) e inferior (Dist. B) mandibular y hasta la línea media (Dist. C). Encontramos el FM presente en el 67'02% de los pacientes y el bucle en el 41,92% de los mismos. El valor promedio para la Dist. A fue de 13,71 mm; para la Dist. B, 11,08 mm; y para la Dist. C, 22,29 mm. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo o al lado.
En conclusión, el Dentascan es más fiable que la radiografía panorámica, pero no al 100%, por lo que habrá que mantener siempre unos márgenes de seguridad e identificar el FM durante la intervención quirúrgica.

El mantenimiento en implantología.
Sánchez Santillán R, Belarra Arenas C, Fernández Caliz F, Martínez Legorburu J, Valero Iglesias S.
Institución Universitaria Mississippi.
Actualmente, cada vez es mayor el número de pacientes que reemplazan los dientes perdidos por implantes. La mayoría de los autores coinciden en que para conseguir un éxito a largo plazo de los implantes, además de una correcta planificación y una buena técnica quirúrgica, es necesario que nuestros pacientes tengan higiene óptima. El objetivo de esta comunicación es revisar y establecer las instrucciones de higiene que debe seguir el paciente en función del tipo de prótesis y determinar la frecuencia de las revisiones en las que reciban motivación para el mantenimiento de sus implantes a largo plazo.

Complicaciones protésicas y estéticas en implantología.
García García A, Martínez Legorburu J, Fernández Cáliz F, Belarra Arenas C, Gómez Font R.
Institución Universitaria Mississippi.
Desde comienzos de la humanidad, el hombre lleva tratando de reponer los dientes perdidos desde hace cientos de años sin mucho éxito, pero ha sido hace unas décadas, cuando se han conseguido unos porcentajes de éxito muy importantes con el tratamiento implantológico. Esta situación ha hecho que, hoy en día, la implantología sea una de las técnicas que los pacientes demanden para rehabilitar su edentulismo, ya sea parcial o total. Sin embargo, como toda técnica quirúrgica, la implantología no está exenta de complicaciones que puedan afectar al tratamiento, pudiendo aparecer, incluso, después de una fase quirúrgica exitosa, llevándonos al fracaso del mismo. El objetivo de la presente comunicación es el realizar una revisión de las complicaciones que podemos encontrarnos en las distintas fases del tratamiento implantológico, haciendo especial énfasis en las protésicas, valorando cómo prevenirlas o tratarlas.

Indicaciones y diseño de osteótomos en implantología.
Llana Matilla C, Barona Dorado C, Martínez González S, Lamana Domínguez E, Martín González C.
Institución Universitaria Mississippi.
Los procedimientos de aumento del seno fueron introducidos en la década de los 70 por el Dr. Hilt Tatum. Estas técnicas fueron revisadas por Smiler y cols. en 1992 e incluyeron el acceso de Caldwell–Luc y el acceso vía cresta del reborde. Summers debido a los problemas con la perforación del seno maxilar desarrollo la técnica de los expansores, que tenía como objetivo mantener todo lo posible el hueso maxilar existente comprimiéndolo con un trauma mínimo mientras se ejecuta una expansión guiada. Esta técnica tiende a mantener todo el hueso presente, así como a reposicionar el hueso más esponjoso para el éxito de la cirugía, ganando de esta manera la altura suficiente para la correcta osteointegración del implante. Desde que Summers en 1994 describió la técnica de acceso crestal mediante el uso de osteótomos, han ido apareciendo en el mercado un variado abanico de instrumentos diseñados para tal efecto: rectos, curvos, cóncavos, convexos, con tope, expansores, condensadores, hasta los recientemente presentados Ballon-Lift-Control, un sistema que permite elevaciones de la mucosa sinusal de hasta 10 mm, mediante el empleo de un tubo guía y un catéter con balón.
El objetivo de la comunicación consiste en revisar los diferentes tipos de osteótomos empleados en la implantología actual y su aplicación clínica.

Dolor en implantología.
Lamana Domínguez E, Barona Dorado C, Galparsoro Catalán A, Soto Ribadeneira Á, Llana Matilla C.
Institución Universitaria Mississippi.
El avance de la implantología y las posibilidades prostodóncicas han popularizado el uso de implantes dentales para reponer dientes ausentes. Uno de los factores a tener en cuenta es el control de los fenómenos

postoperatorios, donde quizás el más importante sea el dolor.
El dolor postoperatorio se considera un dolor agudo que consiste en una constelación compleja de experiencias sensoriales y emocionales desagradables, aunadas a determinadas reacciones autónomas, cognoscitivas, emocionales y conductuales concurrentes. Como toda experiencia emocional el dolor es subjetivo, sólo el propio paciente conoce su dolor y el disconfort de su experiencia, pudiendo ser reflejado en una escala analógica visual y verbal.
Se han desarrollado variaciones en las técnicas quirúrgicas, con el fin de mejorar la tasa de éxito de los implantes y reducir los efectos postoperatorios de la cirugía. La mayoría de los pacientes refieren un dolor de intensidad leve, cuyo pico máximo se sitúa transcurridas las primeras horas de la intervención. Asimismo, se relaciona un mayor dolor cuando está asociado a factores como, una deficiente higiene oral, un mayor consumo de tabaco, mayor número de implantes colocados y técnicas regenerativas.
El objetivo de la comunicación es el de valorar las medidas preoperatorias e intraoperatorias, así como los protocolos farmacológicos postquirúrgicos más adecuados que permitan minimizar la aparición de dolor durante los tratamientos implantológicos.

Aumento del volumen crestal periimplantario con injerto de tejido conectivo.

VALERO IGLESIAS S, FERNÁNDEZ CÁLIZ F, BELARRA ARENAS , GARCÍA GARCÍA A, SÁNCHEZ SANTILLÁN R.
Institución Universitaria Mississippi.

Se presenta el caso de una paciente mujer de 32 años con enfermedad periodontal controlada con pérdida de los incisivos inferiores. El reborde alveolar ofrecía un colapso importante por la pérdida ósea y de tejidos periodontales.
Se colocaron dos implantes en las posiciones de 32 y 42 y se esperó la cicatrización. A los dos meses se reevaluaron los tejidos periodontales y se observó que los tornillos de cierre de los implantes se transparentaban por una carencia de encía queratinizada por lo que se optó por realizarle un injerto de tejido conectivo.
El procedimiento quirúrgico, se basó en la preparación del lecho receptor realizando una incisión en sobre o técnica bilaminar, que permite que el injerto reciba riego sanguíneo desde ambos lados, y después se tomó el injerto de tejido conectivo del paladar según la técnica de hojas de puerta con base ancha pediculada. Para ello, se realizó una incisión longitudinal profunda, a unos 3-4 mm del margen de los dientes y dos incisiones perpendiculares más cortas completando los contornos de la hoja de puerta. Después de recortar el contorno, se retiró el injerto de conectivo, llevándolo a la zona receptora y colocándolo en el lecho, procurando durante la sutura que quedase totalmente cubierto por encía alveolar.
El objetivo de esta comunicación es el de valorar algunas de las técnicas de las que disponemos para favorecer la formación de encía queratinizada y el aumento de volumen de tejido blando crestal alrededor de los implantes antes de realizar la restauración protésica.

Uso del láser de diodo en el tratamiento de la periimplantitis.

COT LÓPEZ I, CÁCERES MADROÑO E, RUBIO ALONSO L, LECO BERROCAL I, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM.
Institución Universitaria Mississippi.

La periimplantitis continúa siendo una de las principales causas de fracaso del tratamiento implantológico en la actualidad. La necesidad de una descontaminación profunda de la superficie rugosa de los implantes, requisito imprescindible para conseguir la reoseointegración del implante infectado y, por tanto, el éxito del tratamiento ha llevado en los últimos años a considerar la aplicación de sistemas láser, entre ellos el láser de Diodo, como alternativa más eficaz a los tratamientos convencionales, que consiga la esterilización y limpieza de superficies implantarias eliminando las principales bacterias patógenas responsables de la infección.
El objetivo de este trabajo es demostrar la eficacia bactericida del láser de Diodo aplicado sobre la superficie de implantes de titanio contaminados por los patógenos principalmente responsables de la periimplantitis, así como la inocuidad de su aplicación en cuanto a la integridad física del implante.
Materiales y metodología. En nuestro trabajo hemos utilizado dos variables: la potencia de aplicación del láser y el tiempo de exposición al mismo.Y hemos evaluado dos factores: la capacidad bactericida del láser sobre los principales patógenos responsables de la periimplantitis, observando la reducción bacteriana en la superficie del implante tratado, y las alteraciones de superficie producidas por la aplicación del láser sobre el implante, ambos factores analizados mediante la utilización del microscopio electrónico de barrido.
Resultados y conclusión. Los resultados obtenidos en nuestro estudio coinciden con diversos trabajos publicados y revelan que la descontaminación (aunque no la esterilización) mediante láser de diodo es posible sin producir daño alguno en la superficie de los implantes, pudiendo considerarse una alternativa terapéutica en el tratamiento de la periimplantitis.

Consideraciones sobre los injertos de cresta ilíaca en cirugía preimplantológica.

SANTOS-MARINO J, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ S, BARONA-DORADO C, RUBIO-ALONSO L, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM.
Institución Universitaria Mississippi.

La pérdida ósea a nivel de los maxilares se produce habitualmente como consecuencia de la extracción dentaria. Sin embargo, existen circunstancias que pueden provocar pérdidas importantes como consecuencia de procesos patológicos, yatrogenias o incluso problemas mecánicos. Es en estas circunstancias, en las que la rehabilitación con implantes solo es posible si se devuelve una estructura ósea suficiente para que sirva de soporte. Las posibilidades de realización de injertos es variada y estará en función del volumen que se necesita, pudiendo recurrir a injertos del área craneofacial o extrabucales, entre los que destacan las regiones tibial y de la cresta ilíaca.

Esta última zona ofrece gran cantidad de tejido óseo aunque, en ocasiones, con cierto grado de reabsorción, por lo que precisa de la toma de gran volumen para paliar esta situación. Frente a sus ventajas, en ocasiones puede plantear inconvenientes tanto sobre la propia zona donante como la receptora —cavidad bucal—.

El objetivo de la presente comunicación es el de comparar la experiencia en nuestro Servicio con otras casuísticas, haciendo hincapié en las complicaciones que pueden aparecer en la cresta ilíaca tras la intervención así como a nivel de la cavidad bucal, tras su colocación.

Estética en implantes inmediatos.

LÓPEZ-GOLLONET M, CANTERO-ÁLVAREZ M, LECO-BERROCAL I, RUBIO-ALONSO L, CÁCERES-MADROÑO E.
Institución Universitaria Mississippi.

Debido al continuo y creciente aumento de la demanda de tratamiento implantológico en nuestra actividad profesional diaria, así como la tendencia a disminuir los tiempos de carga con prótesis cada vez más estéticas, surge la necesidad de establecer una serie de protocolos de carga y estética inmediata que nos garanticen dichos tratamientos.

El objetivo de este trabajo es explicar la técnica de implante post-extracción y la de elaboración de una prótesis provisional inmediata que disminuya las complicaciones estéticas de la técnica convencional en dos pasos.

Debe valorarse algunas variables como indicaciones y contraindicaciones de la técnica de implantes inmediatos así como ventajas e inconvenientes de la misma. En este protocolo es importante evaluar la arquitectura gingival y su estrecha relación con el hueso así como el diente a reponer. Con la confección de prótesis provisionales inmediatas se consigue una mayor preservación de la papila y tejidos blandos, mejorando la conformación gingival y evitando una segunda fase quirúrgica.

Mantenimiento de la papila interproximal en implantes del sector anterior.

OCAÑA-COBO R, FERNÁNDEZ-CÁLIZ F, GUTIÉRREZ L, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ S, CÁCERES-MADROÑO E.
Institución Universitaria Mississippi.

Clásicamente, los objetivos del tratamiento con implantes se han basado en obtener la integración y funcionalidad de los mismos, delegando a un segundo plano los tejidos blandos y con ello la estética. Uno de los mayores condicionantes en la estética implantológica es la papila interproximal. Por ello, actualmente, nuestros mayores esfuerzos van destinados a conseguir una buena estética en el sector anterior. Es necesario realizar una planificación y un estudio del caso a tratar, para poder decidir cuales son nuestras expectativas y nuestras limitaciones. Existen diversas técnicas para poder mejorar el estado estético final, pero quizás la más efectiva radique en aplicar criterios conservadores en la planificación y ejecución de nuestras maniobras, para la prevención de la pérdida de los tejidos duros y blandos; ya que es primordial mantener tanto cresta alveolar e interproximal como tejidos blandos para conseguirlo. Actos como la colocación del implante, el tipo de incisión, la implantología inmediata o el incremento de la plataforma del implante han forjado los parámetros a seguir en la conservación de la papila interdental.

El objetivo de nuestra comunicación es determinar qué factores influyen en el mantenimiento de la papila interdental y analizar sobre cuales de ellos podemos actuar.

Protocolos para la valoración de elevaciones sinusales. Revisión de la literatura.

MARTÍNEZ-BARRERO A, BARONA-DORADO C, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ S, GARCÍA-GARCÍA A, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM.
Servicio de Implantología y Cirugía Bucofacial. Hospital de Madrid.

La atrofia maxilar es un problema cada vez más frecuente entre la población que acude al odontólogo demandando un tratamiento implantológico. La existencia de una inadecuada altura ósea en la parte posterior del maxilar constituye una contraindicación para el tratamiento con implantes. Las técnicas de elevación sinusal se vienen practicando desde hace 25 años pero los nuevos materiales de regeneración ósea, superficies de implantes y un mayor conocimiento de la biología ósea hace posible establecer unos resultados más predecibles que en años anteriores.

El objetivo de nuestro estudio es determinar cuáles son los protocolos que actualmente se utilizan para valorar los resultados a corto y largo plazo de la técnica de elevación sinusal.

Complicaciones del injerto de tibia en implantología bucal.

BARONA-DORADO C, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ S, MARÍN-RUIZ M, MARTÍNEZ-BARREIRO A, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM.
Servicio de Cirugía e Implantología Bucofacial. Hospital de Madrid.

En la actualidad resultan más numerosos los casos en los que la rehabilitación con implantes no es posible sin la colocación previa de injertos óseos. Los criterios de selección de la zona donante se basan en el consentimiento del paciente y en el volumen de tejido óseo que debemos restituir. De esta forma, es habitual la utilización de injertos intrabucales (mentón, rama y cuerpo mandibular) y extrabucales (principalmente calota, cresta ilíaca y tibia). La indicación de los injertos de tibia, se basa en que se trata de una zona que aunque su osificación sea de origen endocondral, nos facilita una cantidad considerable de tejido cortical por lo que es preferible a la cresta ilíaca. El abordaje quirúrgico se hará sobre la cara interna, a la altura de la diáfisis, mediante una incisión semilunar con lo que el reposo de la sutura nunca queda sobre la zona extraída. Durante la toma del mismo, con instrumentos rotatorios y ayuda de escoplos y martillo, se vigilará el sangrado practicando una correcta hemostasia. Una vez obtenido el injerto se reposiciona el colgajo y se procede a la sutura por planos colocando un vendaje compresivo. Durante el postoperatorio es recomendable la protección con antibióticos y el reposo de la extremidad, esperando hasta los ocho días para proceder a la retirada de la sutura y el vendaje compresivo.
El objetivo de la presente comunicación es el de analizar las posibles complicaciones que pueden surgir tanto en el intraoperatorio como el postoperatorio estableciendo las pautas que se han de seguir con el fin de prevenir dichas complicaciones.

Disfonía aguda tras la rehabilitación superior mediante sobredentadura: Consecuencia o coincidencia.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM, BARONA-DORADO C, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ S, MARÍN-RUIZ M, MERCHÁN-MORALES S.
Servicio de Cirugía e Implantología Bucofacial. Hospital de Madrid.

La rehabilitación mediante implantes en la cavidad bucal es en la actualidad uno de los procedimientos más habituales dados los resultados favorables que suelen producir. Sin embargo aunque su tasa de éxito sea elevada, alrededor del 97%, existen fracasos que generalmente se producen como consecuencia de pérdidas óseas perimplantarias. Aunque menos habituales, podemos encontrarnos con pacientes en los que la fijación y por ende la función de los implantes es adecuada, y sin embargo contemplarlos como fracasos, como rehabilitaciones poco estéticas, impactación de alimentos, secuelas nerviosas, etc.
La prevención de las mismas pasa por una correcta planificación e información a los pacientes de cuantos hechos puedan acontecer durante su tratamiento. Uno de éstos y que en ocasiones no se le concede demasiada importancia es el cambio fonético que puede producirse con la transformación de la prótesis superior completa a otra implantomucosoportada en la que la expansión palatina se va a modificar.
El objetivo de la presente comunicación es presentar una paciente rehabilitada con cuatro implantes superiores y una sobredentadura en la que tras la colocación de la prótesis sufrió una transformación aguda progresiva del tono de voz. Se discute cuáles pueden ser las causas diagnósticas y el manejo de este tipo de pacientes, entre las que destacan alteraciones laríngeas, pulmonares, trastornos tiroideos y causas locales propiamente dichas.

Procedimiento de estética inmediata en el sector anterior superior.

ANDRÉS-VEIGA M, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ S, BARONA-DORADO C, MARTÍNEZ-BARRERO A, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM.
Servicio de Implantología y Cirugía Bucofacial. Hospital de Madrid.

En la actualidad, cada vez es mayor el número de pacientes que acuden a nuestras consultas demandando tratamiento implantológico, y la mayoría de ellos no sólo buscan reponer los dientes ausentes para recuperar la función perdida, si no que uno de sus principales objetivos es la estética, principalmente cuando nos referiremos al sector anterior, y que el período transcurrido desde la extracción dentaria hasta que se complete la rehabilitación sea el menor posible.
El objetivo de esta comunicación es valorar los resultados clínicos de un procedimiento de estética inmediata, mediante la presentación de un caso clínico de una mujer a la que se le realizó la exodoncia de los 4 incisivos, pilares de prótesis fija, por caries y se le colocaron dos implantes postextracción y en esa misma sesión se colocó una prótesis provisional, sin carga funcional, atornillada sobre esos dos implantes. De tal manera que de una forma fácil y sencilla puede llevar desde el primer momento su prótesis sobre implantes y además permite la remodelación de los tejidos blancos en torno a esas coronas.

¿Es imprescindible el empleo de una membrana para conseguir buenos resultados en la regeneración ósea?

MARÍN-RUIZ M, MONCADA-RICARDO, MERCHÁN-MORALES S, SAN HIPÓLITO MARÍN L, BELARRA-ARENAS C.
Servicio de Implantología y Cirugía Bucofacial. Hospital de Madrid.

El objetivo es comparar el porcentaje de densidad ósea obtenido en los grupos experimentales en los que se empleó el polímero reabsorbible sólo con aquellos en los que se cubrió con una membrana.

Metodología: Para la realización del estudio se emplearon cerdos minipig en los que se realizó una incisión sobre la cara interna de la tibia derecha de cada animal. Tras la disección de los planos se marcaron los cinco defectos en cada tibia mediante el empleo de una fresa de trefina de 5 mm de diámetro. El relleno de las cavidades se hizo de la siguiente manera: la primera cavidad se dejó como grupo control, en las otras dos se empleó el material de relleno en forma de gel y en forma de esponja y en la cuarta y quinta cavidad se cubrió el biomaterial con una membrana reabsorbible de colágeno equino. Los animales se sacrificaron al mes, a los dos meses, a los tres meses, a los seis meses o a los nueve meses según el grupo de estudio.

Conclusiones. El análisis histológico mostró actividad remodeladora ósea en aumento progresivo según se incrementó el tiempo experimental hasta lograr "restitutio ad integrum" transcurridos nueve meses de la intervención. El empleo de membranas junto con el ácido poliláctico-poliglicólico no mejoró la respuesta ósea. La aplicación de ácido poliláctico-poliglicólico favoreció un incremento en el porcentaje de densidad ósea durante las primeras fases de nuestro estudio.

Rehabilitación mediante prótesis implantosoportada en paciente con histiocitosis de Langerhans.

MONCADA R, MERCHÁN-MORALES S, MARÍN-RUIZ M, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ S, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM.
Servicio de Implantología y Cirugía Bucofacial. Hospital de Madrid.

La histiocitosis de Langerhans es un proceso que se caracteriza por la proliferación indiscriminada de poblaciones linfocitarias, células gigantes e histiocitos pudiendo producir afectación localizada o generalizada. Las consecuencias clínicas de esta entidad, a nivel bucal, es la pérdida progresiva del soporte dentario que suele conduce a estados de atrofia severa con serias dificultades a la hora de rehabilitar a estos pacientes.

Caso clínico. Se presenta un caso de un varón de 23 años de edad que estaba siendo tratado de defectos periodontales hasta que acudió a nuestro Servicio en donde se le practicó una biopsia con el diagnóstico de Histiocitosis de Langerhans. El tratamiento inicial fue el de extracciones dentarias seriadas con curetaje óseo. Tras un período de observación de dos años y ante la imposibilidad de sustentación de su prótesis se obtuvo el consentimiento para la rehabilitación con implantes, con la particularidad de que dada la edad del pacientes, éste solicitó que la rehabilitación permitiese la colocación de prótesis fija.

El tratamiento quirúrgico consistió en la lateralización doble del nervio dentario inferior con la colocación de siete implantes, dejando un periodo de reposo de tres meses hasta la confección de la prótesis.

El objetivo de la presente comunicación es el de valorar el resultado de este tipo de rehabilitaciones complejas en las que el pronóstico inicial puede resultar dudoso.

Rehabilitación inferior en paciente desdentada total mediante la lateralización bilateral del nervio dentario inferior y carga inmediata.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ S, BARONA-DORADO C, ANDRÉS-VEIGA M, MONCADA R, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM.
Servicio de Cirugía e Implantología Bucofacial. Hospital de Madrid.

Las rehabilitaciones mandibulares totalmente implantosoportadas en pacientes desdentados han sido realizadas clásicamente, mediante la colocación de 8 a 10 implantes. Para la realización de las mismas se requiere un soporte adecuado en longitud y anchura de los sectores posteriores, lo que en numerosas ocasiones resulta difícil. La solución a estos estados deficitarios de soporte se han venido realizando mediante la colocación previa de injertos óseos, técnicas de distracción o colocación inmediata de los implantes junto a la lateralización del nervio dentario inferior.

El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de una paciente desdentada total en la que su prótesis superior, totalmente removible, mantiene una estabilidad y función aceptables, mientras que la inferior no cumple con las exigencias del paciente. Tras la exploración, diagnóstico por imagen y planificación, se decide informar sobre las diferentes posibilidades de rehabilitación, concluyendo que la lateralización bilateral del nervio dentario inferior cumpliría con los objetivos del paciente. Previa a la intervención se realizaron los registros correspondientes para disponer de una prótesis provisional fija, la cual fue colocada tras la inserción de ocho implantes inferiores. Durante el postoperatorio, se le administró protección con antibióticos, antiinflamatorios y complejos de vitamina B. La evolución fue altamente satisfactoria, no existiendo secuelas nerviosas a los 23 días y transcurridos los tres meses se tomaron nuevas impresiones para el di-

seño de la prótesis definitiva. Durante todo este tiempo los controles radiográficos no evidenciaron fracaso implantario alguno por lo que se puede concluir que esta técnica quirúrgica, dado el número de implantes, permite la realización de procedimientos de rehabilitación mediante carga inmediata con un alto grado de predecibilidad.

La absorciometría de doble energía como posible aplicación a la implantología

MERCHÁN-MORALES S, MONCADA R, MARÍN-RUIZ M, BARONA-DORADO C, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM.
Servicio de Implantología y Cirugía Bucofacial. Hospital de Madrid.

En el presente trabajo se plantea el uso de la Absorciometría Radiológica de doble energía o DXA como posible técnica densitométrica en Implantología bucal.

El objetivo es valorar si existen diferencias densitométricas significativas según la edad en pacientes osteoporóticos y si éstas pueden ser extrapolables a la cavidad bucal.

Pacientes y metodología: el estudio retrospectivo, descriptivo y observacional se realizó a partir de densitometrías correspondientes a historias clínicas de 396 pacientes procedentes de los Departamentos de Metabolismo Óseo y de Diagnóstico por Imagen del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, utilizando dos equipos de DXA y estableciendo dos grupos de edad.

Resultados: Existen diferencias densitométricas estadísticamente significativas entre dichos grupos de edad.