Implantes Inmediatos

Tomas, L. J.; Tomas, P. M.
Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Los Implantes Inmediatos son implantes que se colocan inmediatamente después de hacer una o varias extracciones dentarias, pero esto no quiere decir que se coloquen los implantes y los dientes al mismo tiempo. Cuando hay un problema en un diente que obliga a su extracción, por ejemplo una fractura de su raíz se puede planificar el colocar el implante inmediatamente después de la extracción sin esperar a que cicatrice la herida. Esto tiene la ventaja de que se gana tiempo pero no se puede hacer si el diente está infectado. Si esto ocurriera primero hay que extraer el diente, liberar correctamente el proceso infeccioso, suturar, dar el tratamiento oportuno y esperar alrededor de un mes. Al cabo de este tiempo se puede ya colocar el implante (en este caso le llamamos implante diferido). De cualquier manera, una vez colocado el implante hay que esperar a que este se "integre" al hueso antes de colocar el diente o los dientes encima. El tiempo de espera entre la colocación del implante y la prótesis oscila entre 2 y 4 meses dependiendo de si es maxilar inferior o superior, en el superior la espera es mayor porque la calidad del hueso suele ser peor. Hoy en día la tendencia es a reducir estos tiempos de espera. En muchos casos ya estamos colocando los implantes y los dientes fijos en el mismo día o en el día siguiente La colocación de implantes dentales se realiza según un protocolo técnico-quirúrgico minucioso y delicado. De la misma manera se debe tratar la etapa anterior a este procedimiento, por la que en definitiva es lo que precede a este tratamiento y es la exodoncia, la cual fue la mejor terapia preventiva de males peores en la odontología casi contemporánea y que hoy en día es el último recurso de nuestro tratamiento odontológico. Sin desmerecer el logro de nuestros antecesores, las técnicas actuales de exodoncia han cambiado notablemente, y la mejor forma de continuar con la función para la cual fue creado el alvéolo dentario, es conservándolo. (I, II) Fomentar la prevención de la reabsorción ósea alveolar post exodoncia desde el momento mismo de la programación de la misma, teniendo en cuenta que esa unidad odontológica es de suma importancia para albergar el implante que será en definitiva, la nueva raíz que transmitirá las cargas que se generarán en la corona. Luego de la extracción de una pieza dentaria o resto radicular, queda el alvéolo vacío, con sus tablas algo dilatadas por los movimientos de avulsión que se realizaron para vencer los puntos retentivos que actuaban de traba mecánica a la raíz de dicho diente. El deber de todo odontólogo es no solo realizar la extracción en forma conservadora, manteniendo las tablas intactas, sino que también debe tomar todos los recaudos necesarios como para que ese espacio tridimensional, tan importante en función de sostén y mantenimiento de la pieza dentaria se conserve en su totalidad, y si además se cuenta con la

indicación apropiada de realizar un implante, éste sería el mejor momento de hacerlo. Se busca una coincidencia lo más ajustada posible entre el tamaño y forma de la raíz a extraer con la del implante o implantes a colocar, tanto sea un diente uni como multi radicular, en este último caso se juzgará la colocación de tantos implantes como raices se presenten o no, dependiendo del septun de cada alvéolo. Los implantes de titanio con rosca de autofijación y los materiales de relleno óseo que se usaron fueron Hidroxiapatita, vidrio bioactivo, hueso cortical alveolar, y gel de implante de colágeno como vehículo, pudiendo ser reemplazado en estos momentos por el Plasma rico en plaquetas del mismo paciente, según protocolo modificado de la técnica desarrollada. Concluyendo se puede apreciar que la técnica quirúrgica e implantológica con el implante colocado en el alveolo de forma inmediata tras la avulsión del elemento dentario, si es realizada según un preciso y bien determinado protocolo quirúrgico, ofrece garantías de predictibilidad de éxito, del mismo nivel que las conseguidas con la técnica de la colocación del implante osteointegrado de la forma convencional. Es la mejor forma de prevenir la reabsorción alveolar post exodoncia, realizando un solo acto quirúrgico. Se logra menor tiempo de espera para la colocación de la corona en esa pieza dentaria, y hasta si la densidad ósea es favorable, se puede colocar perno y corona provisoria con la ventaja de la conservación de las papilas gingivales, y del volúmen alveolar, evitando el colapso tisular. Además, el implante sirve de sustentación o guía para la fijación de los materiales de injerto, teniendo una visión directa del diámetro cervical del alvéolo. Frente a una indicación de exodoncia, los implantes inmediatos acortan el tiempo de espera en su rehabilitación, además disminuyen la reabsorción ósea del alvéolo residual y evita un acto quirúrgico. Una patología periapical crónica, no es contraindicación para la implantación inmediata, siempre y cuando se realice bajo antibioterapia y con un minucioso legrado del lecho óseo. La inserción de los implantes inmediatos de entre 3 y 5 mm sobrepasando el ápice y el uso de implante de diámetro mayor al del alvéolo remanente, otorgan una estabilidad primaria suficiente, lo cual es un requisito fundamental. Dentro de las técnicas de regeneración ósea guiada, no existe un concenso entre los diferentes autores, respecto al uso o no de membranas, su combinación con material de injerto y el tipo de relleno a utilizar. El cierre primario de la herida, luego de la implantación inmediata, es algo deseable para la mayoría de los autores, aunque para otros no tiene gran relevancia.
En defectos óseos 5 mm se sugiere la implantación diferida.

BIBLIOGRAFIA

(I) Hayes, W.C. and Snyder, B. Toward a quantitative formulation of Wolff s law in tra-becular bone. In Mechanical properties of Bone (Edited by Cowin, S. C. ASME, New York). pp. 43-68, 1981.

(II) Misch, C. Immediate load applications in implant dentistry. Ed: Misch, C. Dental implant prosthetics. Elsevier Mosby: San Luis. pp. 531-567, 2005.