



## **REHABILITACIÓN UNITARIA ATORNILLADA FIJA UTILIZANDO IMPLANTE PALATINIZADO. PRESENTACIÓN DE CASO**

**Autor principal:** Lic. Aliz Beatriz Martorell Hernández. Licenciada en Prótesis Estomatológica. Profesora Instructora. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

**Coautores:** Dra. Maydel Pérez Fuentes, Dra. Isis Bárbara Herrera López, Dra. C Clara Sánchez Silot, Dr. Eduardo Ponce de León Ávalos

### **Resumen**

**Introducción:** En los últimos años, la rehabilitación de los dientes ausentes con implantes dentales ha ido ganando aceptación. Este trabajo tiene como **Objetivo:** presentar los resultados de un caso clínico en el cual se realiza rehabilitación unitaria atornillada fija utilizando implante palatinizado. **Caso clínico:** Se trata de un paciente de 37 años edad que acude a consulta de prótesis para su rehabilitación. Presenta implante marca Galimplant®, correctamente osteointegrado, anclado en la cortical palatina del hueso maxilar a nivel del 22. Se prepara en el laboratorio pilar protésico a partir de un calcinable, al cual se le realiza una extensión con resina acrílica autopolimerizable, para conformar altura, angulación y anatomía de la futura corona, así mantener el contorno de la arcada dentaria y evitar que la restauración quede sobre contorno por palatino o deprimido por vestibular. **Conclusiones:** Con este tratamiento, el paciente obtuvo los resultados estéticos y funcionales deseados.

**Palabras clave:** implante palatinizado, rehabilitación atornillada fija, prótesis dental.

### **I. INTRODUCCIÓN**

En los últimos años, la rehabilitación de los dientes ausentes con implantes dentales ha ido ganando aceptación<sup>1</sup>. El objetivo de la implantología es proporcionar restauraciones a los pacientes sobre implantes bien integrados, que sean funcionales, duraderas,



asintomáticas, estéticas y con bajo riesgo de complicaciones.<sup>2</sup> Una cantidad adecuada de hueso alrededor de la superficie del implante es esencial para obtener el éxito a largo plazo del tratamiento.<sup>3</sup>

Anatómicamente, el proceso alveolar en la zona anterior del maxilar superior tiene una cortical palatina gruesa y una fina cortical vestibular. La anchura media de esta zona es de  $12.1 \pm 4.9$  mm. Tras la pérdida dental, se produce una reabsorción ósea tridimensional.<sup>4</sup> Esta reabsorción se produce más rápidamente en dirección vestíbulo-palatino, siendo principalmente a expensas de la cortical vestibular, dando lugar a un maxilar superior edéntulo más estrecho y corto que la arcada original.<sup>5</sup> De acuerdo con el protocolo original de Branemark, los implantes dentales deben colocarse rectos, centrados en la cresta ósea y totalmente rodeados por hueso.<sup>6</sup>

Cuando existe insuficiente hueso en cantidad o calidad, anchura o altura, se han propuesto en la literatura numerosas técnicas quirúrgicas para resolver esta situación. Procedimientos que pueden clasificarse en técnicas con injertos óseos (regeneración ósea guiada, injertos en bloque o elevaciones de seno) o técnicas sin injertos óseos con modificación del protocolo original para la inserción de implantes dentales (implantes cigomáticos, implantes en la tuberosidad maxilar, implantes pterigoideos e implantes angulados).<sup>7-13</sup>

Branemark y cols<sup>6</sup> sugirieron la colocación de implantes dentales palatinizados, anclándolos en el hueso palatino remanente. Esta técnica permite rehabilitar a estos pacientes mediante prótesis fija sin necesidad de realizar injertos óseos, ni elevaciones sinusales, conservando, la cortical vestibular intacta con mayor cantidad de encía queratinizada y mejor estética final.<sup>4</sup>

Este trabajo tiene como objetivo presentar los resultados estéticos y funcionales de un caso clínico en el cual se realiza rehabilitación unitaria atornillada fija utilizando implante palatinizado.



## **II. CASO CLÍNICO**

Paciente masculino de 37 años de edad que acude a consulta de prótesis para su rehabilitación sobre implante, con antecedentes de buena salud, sin hábitos tóxicos, con experiencia de prótesis parcial acrílica mucosoportada durante años, siendo la causa de la pérdida, del incisivo lateral superior izquierdo, el trauma dental. Presenta implante osteointegrado marca Galimplant<sup>®</sup>, anclado en la cortical palatina del hueso maxilar superior aproximadamente a unos 7 mm de la cima del reborde. En la 1<sup>ra</sup> sesión se confecciona la Historia clínica individual de prótesis, se toma impresiones primarias con cubeta comercial individualizada de flancos altos y piso recto, como material de impresión el alginato. Se realiza el vaciado de los mismos con yeso piedra en el laboratorio, se confecciona cubeta individual fenestrada acrílica. En la 2<sup>da</sup> sesión se retira tornillo de cicatrización de la boca del paciente y se toma las impresiones definitivas, con la cubeta individual, como material elástico de impresión se emplea la silicona pesada y liviana por adicción en un solo tiempo, se usa transfer de Galimplant<sup>®</sup> en la arcada superior. Se efectúa el vaciado en el laboratorio con yeso extraduro, previa colocación del análogo, obteniéndose los modelos de trabajo. (Fig. 1<sup>a</sup>) Se monta los modelos en el articulador usando los registro de mordida.



En la 3<sup>era</sup> sesión se prepara en el laboratorio el pilar protésico a partir de un calcinable, al cual se le realiza una extensión con resina acrílica autopolimerizable, para conformar altura, angulación y anatomía de la futura corona, así mantener el contorno de la arcada

dentaria y evitar que la restauración quede sobre contorno por palatino o deprimido por vestibular (Fig. 2<sup>a</sup>.2<sup>b</sup>) y en clínica se prueba.



En la 4<sup>ta</sup> sesión en el laboratorio se procede al colado del pilar- estructura metálica, obtenida ésta se pasa al proceso de un primer arenado, luego se adapta mediante la eliminación de poros o rebabas en una sola dirección de manera que quede uniforme y finalmente al arenado final. En clínica al hacer la prueba metálica se tiene en cuenta contactos proximales, que no existan contactos prematuros en oclusión en los diferentes movimientos mandibulares y ajuste correcto del pilar- estructura al implante, lo cual se corrobora con un Rx periapical. Se selecciona color de diente por la guía colores según sus dientes naturales contiguos. En la 5<sup>ta</sup> sesión en el laboratorio se monta el frente estético, pulido, enjuague y brillo de la rehabilitación terminada; y en la clínica se instala la rehabilitación unitaria fija atornillada. (Fig.3a 3b). Se dan indicaciones sobre higienización, uso y cuidado de la rehabilitación.





### III. DISCUSIÓN

Candel Marti (2016) expresa que el anclaje por palatino de los implantes permite el máximo aprovechamiento del hueso remanente en pacientes con atrofia ósea del maxilar superior severa tras la pérdida dentaria. Además demostró en su estudio un elevado éxito de tratamiento con implantes palatinizados, siendo muy similar a los implantes centrados en la cresta ósea, existiendo satisfacción y calidad de vida de los pacientes.<sup>4</sup>

Peñarrocha y cols.<sup>14</sup> estudiaron a 69 pacientes tratados con 330 implantes palatinizados y tras 2 años de seguimiento obtuvieron un porcentaje de éxito del 97,8%. Estos mismos pacientes fueron analizados en otro estudio a los 5 años del tratamiento, analizándose además los parámetros clínicos periimplantarios. Los autores observaron que a los 5 años del tratamiento existía estabilidad en los tejidos blandos periimplantarios, así como un elevado porcentaje de éxito (98,7%).<sup>15</sup>

Otálora y cols.<sup>16</sup> Plantea que la selección del pilar en el momento de la rehabilitación implantológica es tan importante como la elección del mismo implante.

Cárdenas y cols.<sup>17</sup> recomienda diseñar subestructuras metálicas como opción de restauración estética y funcional, utilizando implantes a pesar de estos estar colocados en posición o dirección comprometedora.

### IV. CONCLUSIONES

A pesar de la posición palatinizada del implante se lograron excelentes resultados estéticos y funcionales con la realización de este tratamiento rehabilitador, recuperándose la expresión facial del paciente y alcanzando así una mejor calidad de vida.

### Referencias bibliográficas

1. Ordoñez Sousa B, Pérez González M, Reche Ibañez A, Moreno Muñoz J, Núñez Márquez E, Velasco Ortega E. Carga inmediata en implantes. Indicaciones y controversias. Rev. esp. odontoestomatol. implant. [Internet]. 2017 [citado 30 Jun 2020]; 21(1):78-81. Disponible en: <https://www.sociedadsei.com/wp-content/uploads/2017/07/Revista-Espanola-Odontoestomatologica-de-Implantes-2017.pdf>





*Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)*  
*"Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"*  
*Universidad de Ciencias Médicas de La Habana*



2. Eswaran B, Rai R, Rathee S, Chirom B, Menaga V. Aesthetic Essentiality Regained Using Implant- A Case Report. J ClinDiagn Res [Internet]. 2014 [citado 2020 Jun 18]; 8(8):ZD01-ZD3 Disponible en: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/9228.4653>
3. Morales Navarro D, Vila Morales D. Regeneración ósea guiada en Estomatología. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 [citado 2020 Jun 18]; 53(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/709>
4. Candel Marti E. Rehabilitación del maxilar superior con atrofia severa horizontal utilizando implantes dentales palatinizados. [tesis doctoral] Valencia, España: Universidad de Valencia. Facultad de Odontología. Departamento de Estomatología; 2016.
5. Schropp L, Wenzel A, Kostopoulos L, Karring T. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. Int J Periodontics Restorative Dent [Internet]. 2003 [citado 3 Jul 2020]; (23): 313-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12956475/>
6. Branemark PI, Adell R, Albrektsson T, Lekholm U, Lindström J, Rockler B. An experimental and clinical study of osseointegrated implants penetrating the nasal cavity and maxillary sinus. J Oral Maxillofac Surg.[Internet]. 1984 [citado 27 Jun 2020]; (42): 497-505. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6588167/>
7. Arias González M, Cordero de Francisco C, Larrasquitu I, Jacobo Orea C, del Canto Pingarrón M, Alobera Gracia MA. Elevación sinusal: injerto de hueso autólogo con xenoinjerto bovino vs xenoinjerto bovino. Análisis preliminar. Rev. esp. odontoestomatol. implant.[Internet]. 2016 [citado 23 Jun 2020]; 20(1): 43-45. Disponible en: [https://www.sociedadsei.com/wp-content/uploads/2016/10/sei\\_revista-cientifica.pdf](https://www.sociedadsei.com/wp-content/uploads/2016/10/sei_revista-cientifica.pdf)
8. Spin-Neto R, Stavropoulos A, Coletti FL, Pereira LA, Marcantonio E Jr, Wenzel A. Remodeling of cortical and corticocancellous fresh-frozen allogeneic block bone grafts a radiographic and histomorphometric comparison to autologous bone grafts. Clin Oral Implants Res. [Internet]. 2015 [citado 29 Jun 2020]; 26: 747-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24953889/>
9. Aparicio Magallon C. Implantes zigomáticos: El enfoque guiado por la anatomía. Rev. esp. odontoestomatol. implant.[Internet]. 2016 [citado 23 Jun 2020]; 20(1): 12-14. Disponible en: [https://www.sociedadsei.com/wp-content/uploads/2016/10/sei\\_revista-cientifica.pdf](https://www.sociedadsei.com/wp-content/uploads/2016/10/sei_revista-cientifica.pdf)
10. Marro Amador P, Salido Iniesta N, Reyes Ortiz A, López-Silva García A, Arriola Riestra I, Martínez González JM. Influencia del xenoinjerto y membrana en la regeneración alveolar. Rev. esp. odontoestomatol. implant.[Internet]. 2016 [citado 23 Jun 2020]; 20(1): 27-29. Disponible en: [https://www.sociedadsei.com/wp-content/uploads/2016/10/sei\\_revista-cientifica.pdf](https://www.sociedadsei.com/wp-content/uploads/2016/10/sei_revista-cientifica.pdf)
11. Pérez González ME, Gil González J, Suero González S, Moreno Muñoz J, España López A, Velasco Ortega E. La elevación del seno maxilar. Regeneración ósea predecible en maxilares atróficos. Rev. esp. odontoestomatol. implant.[Internet]. 2016 [citado 23 Jun 2020]; 20(1): 39-41. Disponible en: [https://www.sociedadsei.com/wp-content/uploads/2016/10/sei\\_revista-cientifica.pdf](https://www.sociedadsei.com/wp-content/uploads/2016/10/sei_revista-cientifica.pdf)
12. Alobera Gracia MA. Regeneración ósea guiada horizontal y vertical: evidencia científica y clínica. Rev. esp. odontoestomatol. implant. [Internet]. 2017 [citado 30 Jun 2020]; 21(1):141-143. Disponible en: <https://www.sociedadsei.com/wp-content/uploads/2017/07/Revista-Espanola-Odontoestomatologica-de-Implantes-2017.pdf>



*Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)*  
*"Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"*  
*Universidad de Ciencias Médicas de La Habana*



13. Guerra F. Los biomateriales colagenados para regeneración ósea. Rev. esp. odontoestomatol. implant. [Internet]. 2017 [citado 30 Jun 2020]; 21(1):15-17 Disponible en: <https://www.sociedadsei.com/wp-content/uploads/2017/07/Revista-Espanola-Odontoestomatologica-de-Implantes-2017.pdf>
14. Peñarrocha M, Carrillo C, Boronat A, Balaguer J, Peñarrocha M. Palatal positioning of implants in severely resorbed edentulous maxillae. International Journal Oral and Maxillofacial Implants. [Internet]. 2009 [citado 3 Jul 2020]; 24(3): 527-33 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19587877/>.
15. Peñarrocha Oltra D, Candel Martí E, Peñarrocha Diago M, Martínez González JM, Aragonese JM, Peñarrocha Diago M. Palatal positioning of implants in severely atrophic edentulous maxillae: five-year cross-sectional retrospective follow-up study. International Journal of Oral and Maxillofacial Implants. [Internet]. 2013 [citado 3 Jul 2020]; 28(4):1140-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23869373/>
16. Otálora Villafañe CA, Pizarro Sanceledonio H, Capitán Maraver D, Barenblit Scheinin P, Mendieta Fiter C. Diferencias entre la utilización de pilares sobre implantes originales y compatibles. . Rev. esp. odontoestomatol. implant. [Internet]. 2017 [citado 30 Jun 2020]; 21(1):23-25. Disponible en: <https://www.sociedadsei.com/wp-content/uploads/2017/07/Revista-Espanola-Odontoestomatologica-de-Implantes-2017.pdf>
17. Cárdenas-Erosa R, Chuc-Ucán E, Rejón-Peraza M, Guillermo-Rodríguez C, Martínez-Trejo D. Rehabilitación de implantes mal posicionados. Rev. Odontol. Latinoam [Internet]. 2008 [citado 29 Jun 2020]; 0(2):42-46. Disponible en <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/index.php?op=cc&re=2>