

**Dr. Guillem Esteve**

Profesor del Postgrado en Implantología.
Universidad Miguel Hernández de Elche. Grupo Aula Dental Avanzada.

Dr. Alberto Salgado

Profesor del Máster de Implantes.
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Grupo Aula Dental Avanzada.

Dr. Lino Esteve

Director del Postgrado en Implantología.
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Grupo Aula Dental Avanzada.

LA RESTAURACIÓN PREVISTA, FACTOR CLAVE EN LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

«El bisturí en la mano y en la mente, la prótesis», decía a menudo Feliciano Salagaray. Y es que es bien sabido que para planificar los implantes y, en general, la fase quirúrgica del tratamiento, hay que tener prevista la restauración que pretendemos hacer, la que tenemos «pactada» con el paciente. Trabajar de otro modo es empezar a andar sin saber a dónde pretendemos llegar: puede salirnos bien o no.

Presentamos dos casos para ilustrar este importante principio. Son casos simples, pero en los que se le ha dado la oportunidad al paciente de decidir su preferencia de tratamiento. Si ya en estos casos sencillos este principio ha influido en el resultado, su importancia crece en progresión geométrica conforme aumenta la extensión y complejidad de nuestra restauración.

Caso 1

Un varón de 61 años se presenta en la consulta con dolor e infección causada por fractura radicular de 14. El 15 está ausente y 16 mesializado, con cierre incompleto del diastema. La distancia entre mesial de 16 y distal de 13 era de 11,5 mm, cuando normalmente debería ser de unos 14 mm (**Figura 1**).

A los dos meses de la extracción, la situación clínica del tramo edéntulo es la siguiente (**Figuras 2 y 3**):

- Los tejidos blandos están cicatrizados, con ligero defecto en el centro del alvéolo.
- Encontramos una atrofia moderada horizontal (vestibular) y vertical.

“ EN AUSENCIA DE CONTRAINDICACIONES, EL IMPLANTE UNITARIO ES, EN GENERAL, EL MEJOR TRATAMIENTO

- En el CBCT se aprecia un defecto de tres paredes en la zona mesial.

¿Qué opciones de tratamiento hay disponibles? La terapéutica moderna se basa en plantear al paciente las diferentes alternativas de tratamiento para que pueda tomar una decisión informada. Las opciones teóricas que encontramos en este caso fueron cinco (**Figura 4**):

1. Un implante en el alvéolo de 14 + ROG, simultánea o en dos tiempos, un diente protésico + diastema distal.
2. Dos implantes: 14i + 15i + dos dientes estrechos.
3. Un implante centrado + un diente ancho.
4. Un implante en posición distal, 15i + dos dientes pequeños, 14 en cantilever.
5. Un puente fijo convencional 16-13.



Figura 1.



Figura 2.

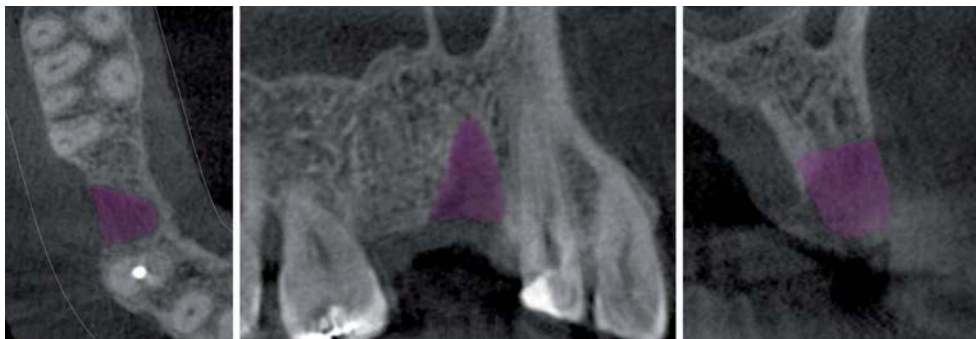
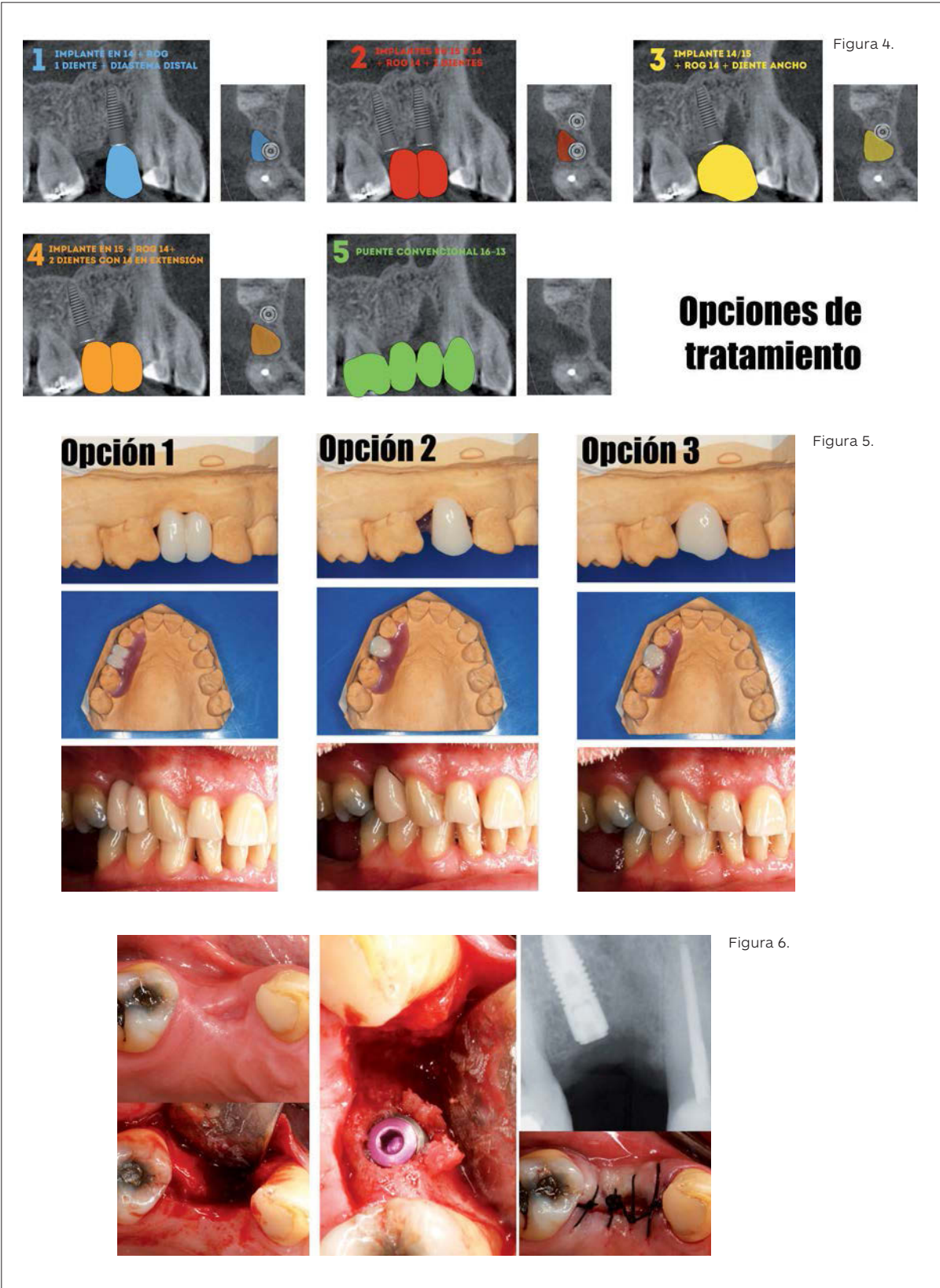


Figura 3.

El paciente se decide por implantes frente al puente convencional, pues entiende que éste requiere la reducción irreversible de dos piezas sanas, a lo que no está dispuesto. El siguiente paso es comprobar el aspecto estético que tendrá la restauración final, lo que se hace con tres mock-up diferentes (**Figura 5**). El paciente elige el diente centrado y más ancho con el máximo cierre estéticamente aceptable del diastema, la solución nº 3. Quirúrgicamente, esta opción

nos permite anclar el implante en hueso estable (implantación tipo 4) a distal del defecto y una ROG que puede hacerse simultánea, pues queda en mesial sin involucrar al implante.

La resolución ulterior del caso se produce sin nada digno de mención (**Figuras 6-9**). Se presenta una ortopantomografía de control al año, tras haberle restaurado, además de la zona 1, el resto de tramos edéntulos (**Figura 10**).



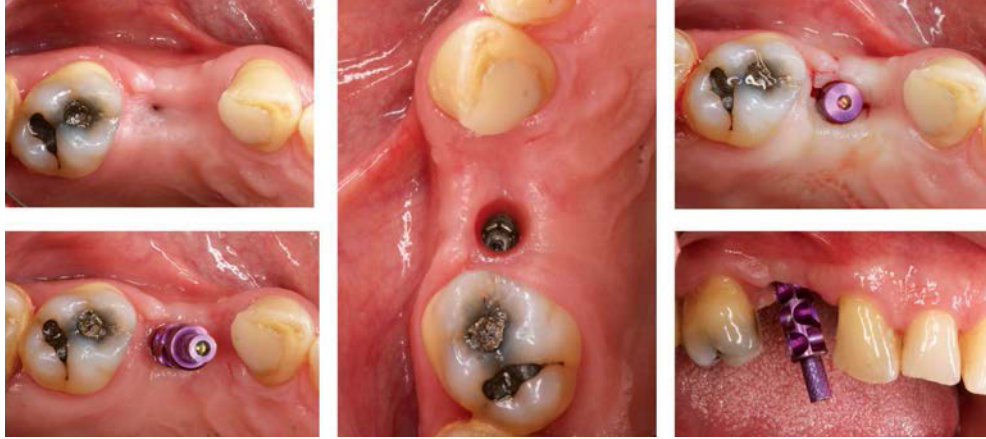


Figura 7.

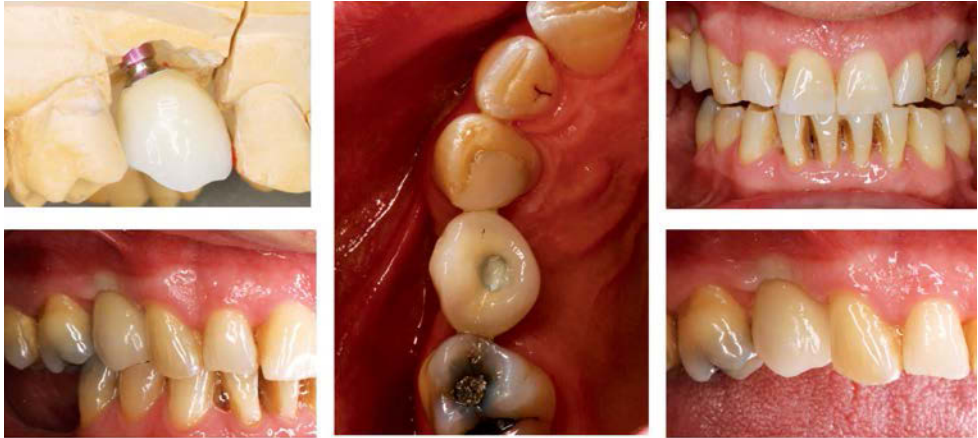


Figura 8.



Figura 9.

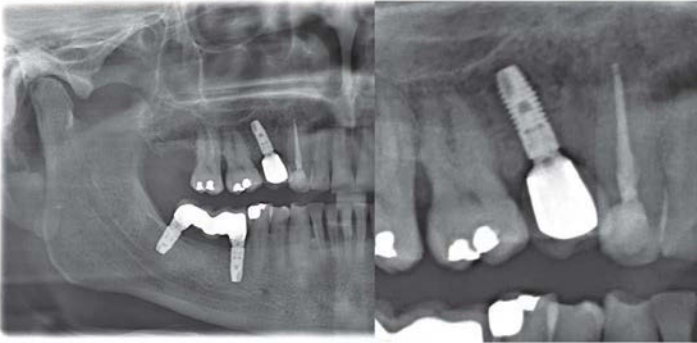


Figura 10.

Caso 2

Paciente de 63 años, que acude regularmente desde hace años a su mantenimiento periodontal (**Figura 11**). Tras los intentos conservadores pertinentes (**Figura 12**), se decide la extracción de 14, después de fracasos repetidos de retención de su antigua corona tipo Richmond junto a una lesión crónica interradicular compatible con fisura, que se continuaba con una fisula en para-apical.

Se considera que, en ausencia de contraindicaciones, el implante unitario es, en general, el mejor tratamiento y, en este caso, nos decidimos por un implante tipo 1 (inmediato post-extracción). El alvéolo era defectuoso y la implantación se hizo en la raíz palatina y con ROG simultánea, pero la indicación quirúrgica queda, en este caso, fuera de la presente

discusión (**Figuras 13-16**).

En estas circunstancias, la prueba protésica previa no hubiera tenido interés, pues la posición del implante viene dictada anatómicamente. Sin embargo, la restauración podía tener más o menos proyección hacia vestibular, pues el paciente presentaba un canino con marcada giroversión mesial y un espacio reducido para el 14. Para tomar la decisión, probamos dos encerados, antes de pedir el pilar Atlantis (**Figuras 17 y 18**).

El paciente se decidió por el que tenía más contorno vestibular, el pilar se solicitó acorde con éste y se restauró, finalmente, con una corona e-max cementada (**Figuras 19-21**).

Se presenta un control radiográfico y de aspecto clínico al año y medio de evolución (**Figura 22**). ■



Figura 11.



Figura 12.

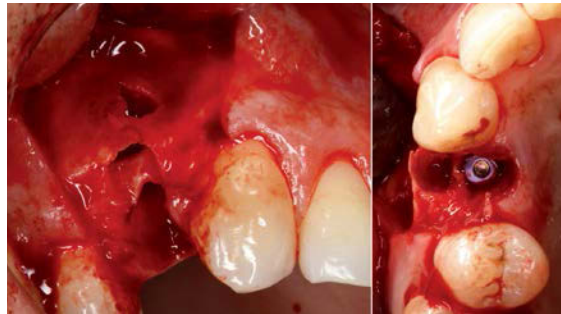


Figura 13.

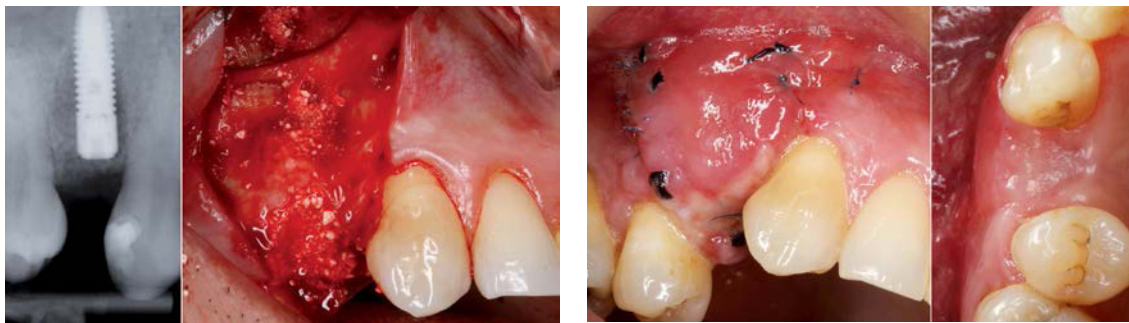


Figura 14.

Figura 15.

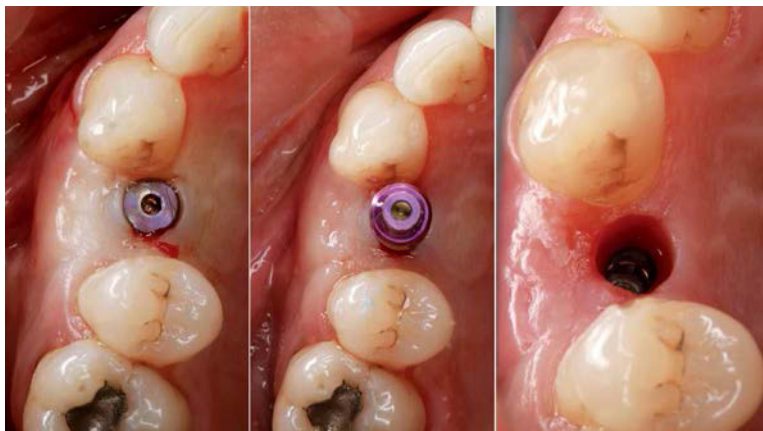


Figura 16.

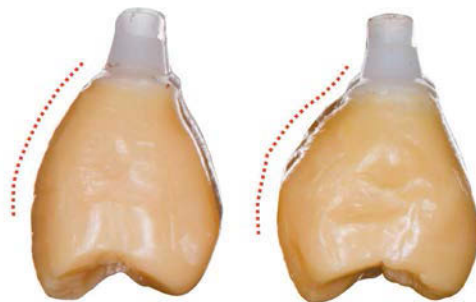


Figura 17.



Figura 18.



Figura 19.



Figura 20.



Figura 21.

Figura 22.