

Implantes Inmediatos

Qué debería considerar la profesión?

por Dr.Fernán LOPEZ

Dr.Daniele BOTTICELLI,
Cirujano Universidad de Modena (Italia)
 Odont Dr. Phd
 Universidad de Gotemburgo (Suecia)
 Director de "Ariminum Research & Dental Education Center (ARDEC)"



FL - Implantación Inmediata se ha constituido en una opción frecuente hoy en día, cuando la recomendaría?

DB - Se debe considerar principalmente la reabsorción de la pared vestibular luego de la extracción dental. La implantación Tipo 1 (inmediata) no previene la reabsorción alveolar. Cuando se requiere de extracciones múltiples y una reconstrucción completa, la implantación Tipo 1 es utilizada de manera exitosa por muchos colegas, sin embargo dicha modalidad debe ser prudentemente manejada en zonas con alto impacto estético.

FL - Qué papel jugaría la distancia Implante - pared alveolar remanente (*jumping distance*) en la implantación Tipo 1?

DB - Se ha demostrado que la oseointegración se obtiene vía osteoconducción. El Titanio no es osteoinductivo. La superficie del implante juega un papel importante en la retención del coágulo y los componentes sanguíneos adheridos. Sin embargo la protección del coágulo es un tema importante y esto ocurre principalmente por las paredes remanentes. Debemos definir "jumping distance" como la brecha que existe entre la superficie del implante y las paredes alveolares del defecto circundante. En defectos creados de manera artificial, no se percibe una reabsorción importante, de manera que hay una protección importante del coágulo en el tiempo. Ello permite que brechas mayores de 2mm cicatricen y se obtenga una correcta oseointegración con la superficie del implante. Situación diferente ocurre cuando se implementa la modalidad de implantación Tipo 1 (*Inmediata*) porque la pared bucal se reabsorbe y el coágulo en esa porción se compromete. Por dicha razón preservación alveolar es la técnica sugerida en dichos casos.

FL - Muchos doctores son atraídos por implantar de manera inmediata y provisionalizar en la zona antero-superior, qué protocolo podría generar un correcto resultado estético?

DB - Como lo he reportado de manera previa, en zonas estéticas, muchos clínicos expertos postergan la instalación del implante, para la obtención de mayor tejido blando y poder aplicar una técnica de preservación alveolar previa a la inserción del implante. Sin embargo cuando se emplea la implantación Tipo 1 (*inmediata*) en zonas estéticas, debe utilizarse una técnica de preservación alveolar tanto para tejidos duros (*biomaterial en el defecto remanente y alrededor del implante*) como en los tejidos blandos (*tejido conectivo*). La provisionalización inmediata es aplicada por muchos clínicos también, mi opinión personal es la de que los resultados estéticos altos se controlan de una mejor manera con provisionalización sobre un tejido blando completamente cicatrizado. Es muy difícil poder predecir un resultado estético cuando en comparación con la implantación estándar (*cicatrización completa*) se incluyen otras variables tales como la implantación inmediata, provisionalización, posibilidad de inestabilidad, defectos remanentes, injertar con biomateriales y/o con tejido conectivo al mismo tiempo.

FL - Requieren los implantes tener alguna configuración geométrica específica o algún tipo de tabla protésica para la implantación Tipo 1?

DB - No puedo proveer una respuesta definitiva al respecto. Se ha discutido de manera intensa dónde debería quedar la plataforma del implante: a nivel de la cresta ósea, o ligeramente más profundo, o a nivel de los tejidos blandos. También se ha estudiado con intensidad el concepto de intercambio de plataformas (*switching plataforma*). No ha habido recomendaciones concluyentes al respecto y no creo que este tema pudiera estar relacionado con algún sistema de implantes en particular. Yo simplemente sugeriría a expertos de los diferentes sistemas que desarrollen la modalidad en cuestión.

FL - Qué papel juegan los biomateriales en la modalidad discutida (Implantación Tipo 1)?

DB - Se han estudiado diferentes biomateriales, especialmente aquellos con una tasa de reabsorción lenta. Se ha podido demostrar que los biomateriales con y sin membrana reabsorbibles pueden contribuir a preservar parcialmente la pared bucal en implantación Tipo 1 (*inmediata*). Sin embargo también se ha observado que en defectos óseos extensos, la contribución de biomateriales es menos efectiva y hasta ausente o más aún la presencia de biomateriales arriesgaría la cicatrización. La integración de un material en tejido óseo, apenas se obtiene desde la base de las paredes laterales de los defectos. Grandes cantidades de biomaterial, requieren de mayor tiempo para ser reabsorbidos y convertirse en tejido óseo, posiblemente un tiempo mayor que el que requiere la pared bucal en reabsorberse. Ello significa, que en la región coronal el biomaterial no estará inmerso en tejido óseo cuando la pared bucal se haya reabsorbido, conllevando al biomaterial a estar incluido en el tejido conectivo, ayudando a mantener el tejido blando en una posición más coronal. Sin embargo la integración de la superficie del implante pudiera no ser óptima. En conclusión, los biomateriales no pueden ser la panacea para todos los defectos, especialmente en aquellos defectos extensos en la zona estética. En esos casos un abordaje tardío sería preferible y el uso de alguna técnica de preservación alveolar estaría indicada el momento de la extracción o en la inserción del implante.