

5

Estética inmediata y carga inmediata



Resumen

- En este capítulo describiremos con detalle dos de las técnicas de carga inmediata que más utilizamos en nuestro día a día: la técnica *pick up* modificada y la técnica de escaneado intraoral quirúrgico.
- El objetivo principal de este capítulo será explicar el protocolo de cada una de ellas de forma precisa y esquemática, para que el lector pueda disponer del paso a paso y aplicarlo desde un primer momento en su práctica diaria.



| Tipos de provisionales para la carga inmediata

Podemos dividir los provisionales en dos tipos según el **tipo de carga** que vamos a realizar:^{1,2}

- ⊗ **Funcionales o de carga inmediata.** Se realiza un contacto oclusal con el antagonista. Lo llevamos a cabo en casos de arcada completa.
- ⊗ **No funcionales o de carga estética.** No se realiza el contacto oclusal con el antagonista. Lo efectuamos en casos unitarios y en casos de edentulismo parcial. Se ejecuta de esta forma para minimizar el micromovimiento que puedan sufrir los implantes durante la carga en el período de osteointegración.

Para llevar a cabo la **provisionalización en arcadas completas** se han descrito dos alternativas. De este modo, se evitan siempre las prótesis removibles:^{3,4,5}

- ⊗ **Implantes transicionales.** Se colocan implantes adicionales para sujetar el provisional mientras que los implantes que soportarán la prótesis definitiva se dejan que osteointegren sin carga. Está indicado en aquellas situaciones donde sea necesario realizar técnicas de regeneración ósea combinadas con implantes y nos interese dejar los implantes sumergidos.
- ⊗ **Carga de todos los implantes con la prótesis provisional (carga inmediata).** Es la primera elección en nuestra filosofía de trabajo, ya que desde el primer momento nos veremos en condiciones de poder ir diseñando a nuestra conveniencia los perfiles de emergencia y el contorneado estético de los tejidos al provisional.

En nuestra práctica diaria describimos básicamente tres formas de realizar los provisionales para la carga inmediata:^{4,6,7}

1. **Realización de una escaneado intraoral y CBCT intraquirúrgico y envío al laboratorio.**
2. **Utilización de modelos prefabricados para recapturar en boca a partir del estudio preoperatorio protésico: técnica *pick up* modificada.**
3. **Adaptación de una prótesis completa** realizada con anterioridad para su uso en carga inmediata.⁸ De esta forma transferimos al provisional la altura protésica y la oclusión establecida en la completa. Pero presenta un problema y es que no nos permite la adaptación apropiada de los perfiles de emergencia y márgenes gingivales. Como consecuencia, a nuestro entender solo utilizaríamos esta técnica en casos en que la futura prótesis definitiva fuera una sobredentadura o prótesis híbrida donde no existieran márgenes gingivales ni perfiles de emergencia, pues estarían cubiertos por resina.

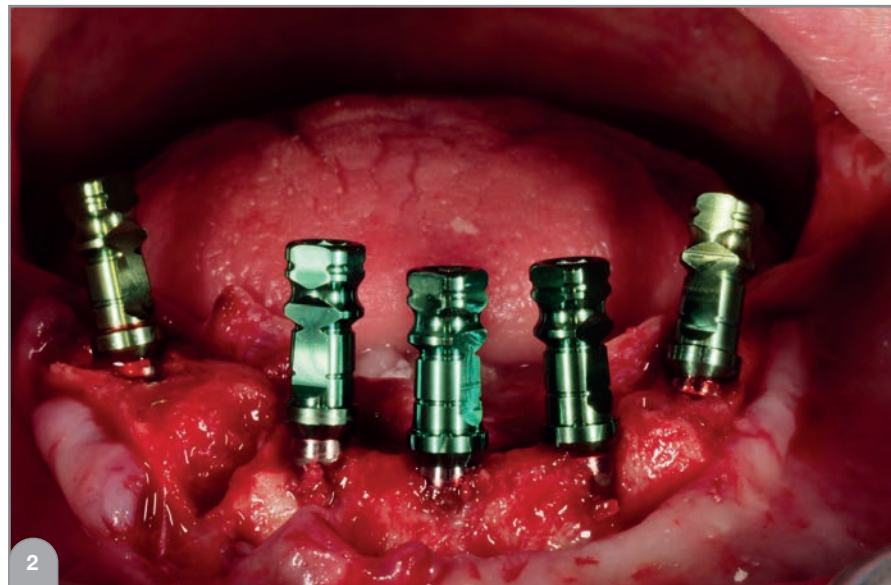
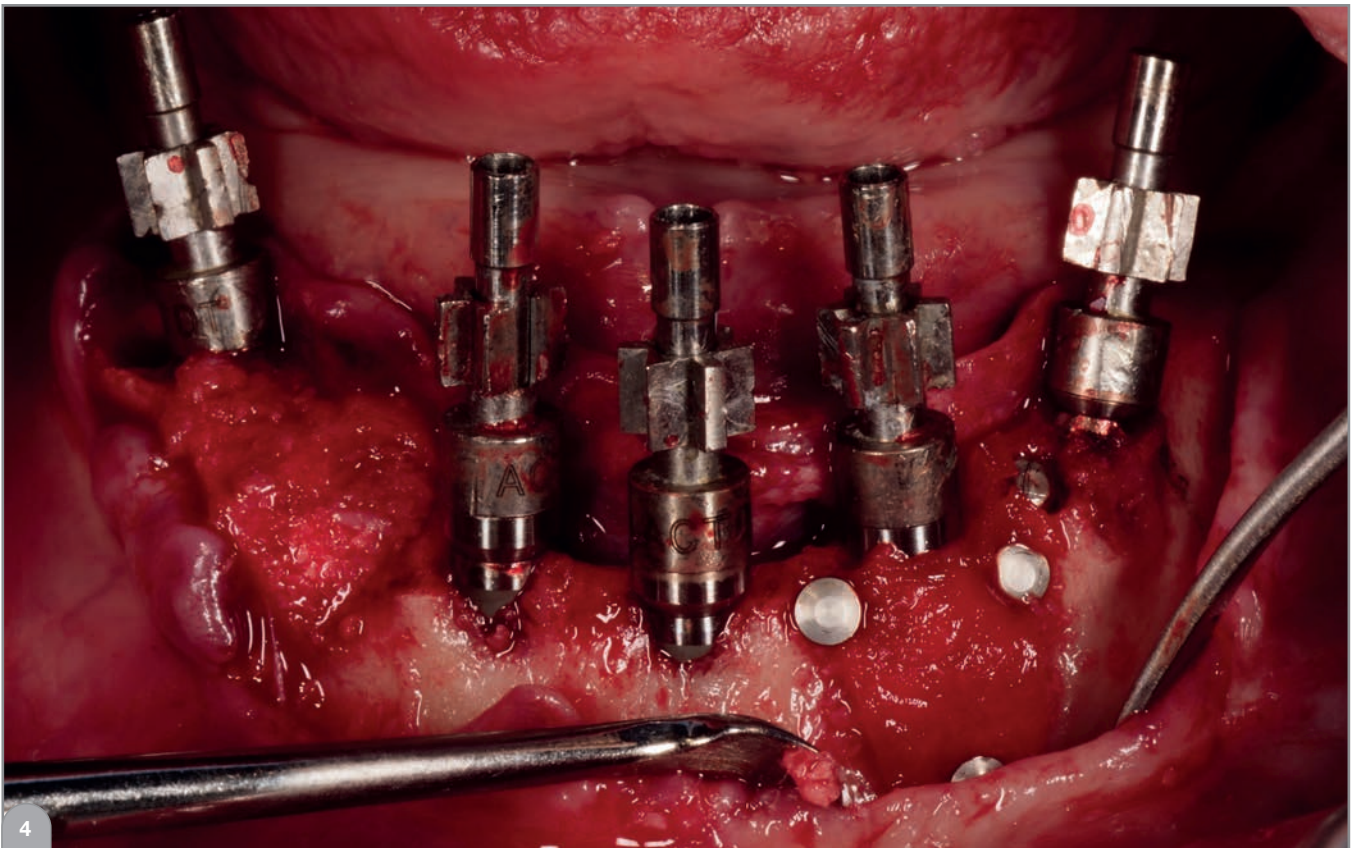
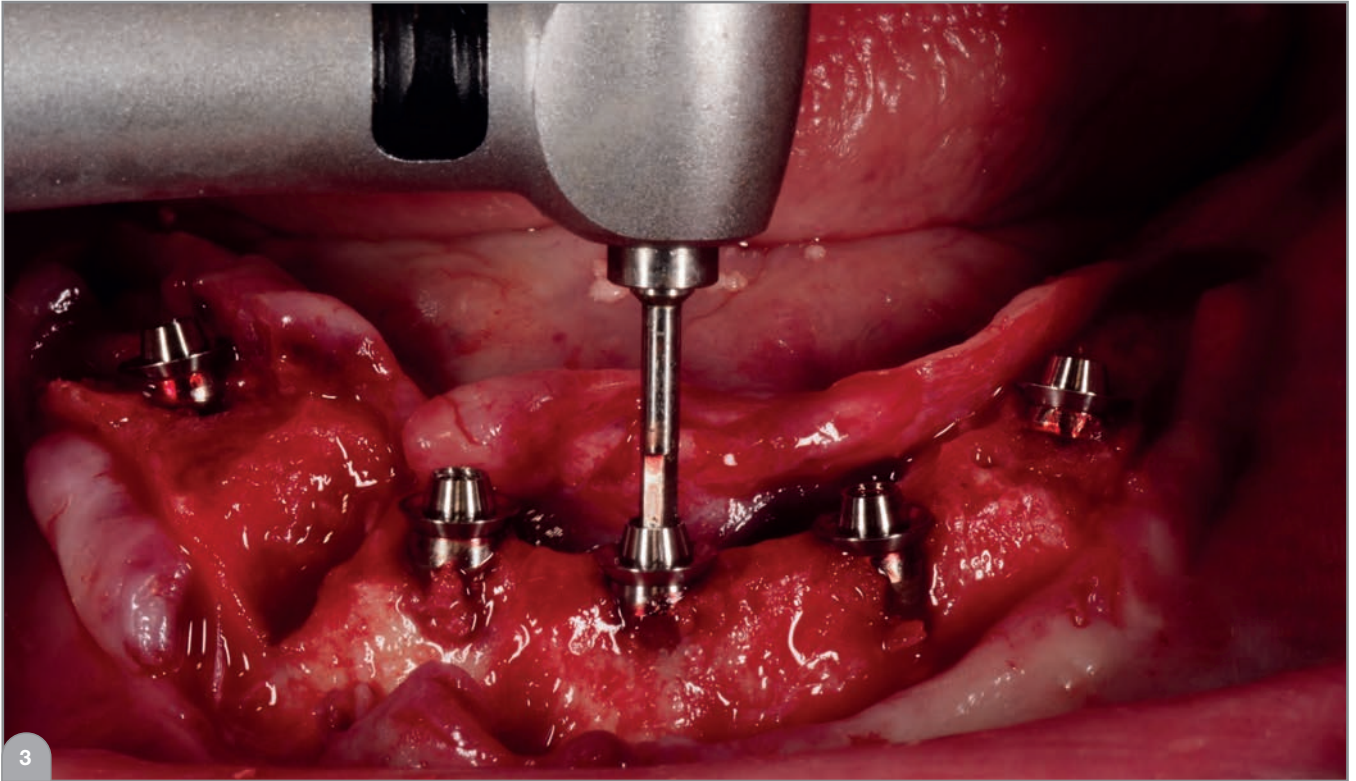


Fig. 1: Prótesis completa perforada. Esta prótesis hace la doble función de férula quirúrgica para lo colocación de los implantes y de cubeta individual para la toma de impresión intraquirúrgica.

Fig. 2: Colocación de 5 implantes posextracción.



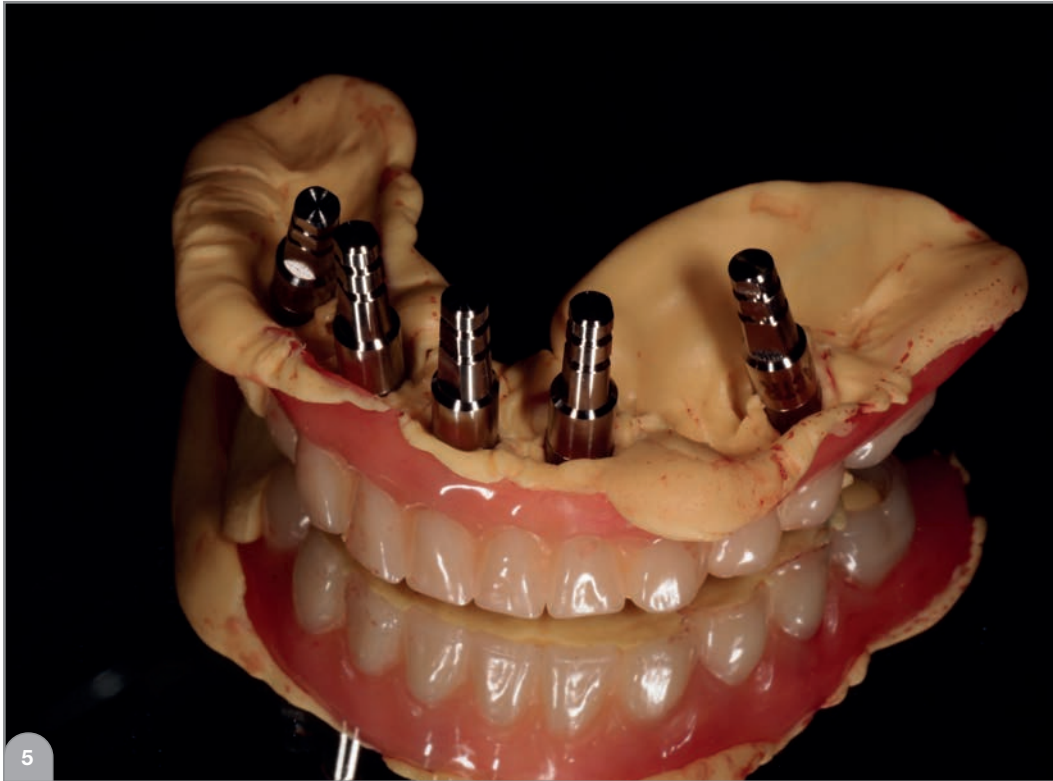


Fig. 3: Se atornillan los transeptiliales/pilares cónicos.

Fig. 4: Colocación de cinco transfers de impresión a cubeta abierta sobre los implantes posextracción, relleno del gap y regeneración de dehiscencia vestibular en el cuadrante 3 mediante xenoinjerto.

Fig. 5: Toma de impresión con silicona utilizando la completa como cubeta individual.

Fig. 6: Transformación de una prótesis completa a híbrida: conversión, acabado y pulido.

Descripción de la técnica de escaneado intraoral y CBCT intraquirúrgico

Una vez finalizada la cirugía, colocaremos los *scanbodies* y realizaremos el escaneado intraoral y el CBCT con los *scanbodies* en boca. El laboratorio realizará el *matching* del archivo DICOM del CBCT y del STL del escaneado intraoral. Diseñará y confeccionará el provisional tomando como referencia el *mock-up* realizado previamente, que colocaremos en 24 horas.

Mediante esta técnica evitamos el rebase en boca, que muchas veces es tedioso, y reducimos el tiempo completo de la cirugía, **por lo que es en la actualidad nuestra primera opción como técnica de provisionalización en casos múltiples.**

El paso a paso sería:

1. Registros: Fotos intra y extraorales, escaneado intraoral completo.
2. Envío de archivos al laboratorio para el protocolo Medicalfit®.
3. Diseño dentro del protocolo Medicalfit® de encerado digital y comprobación de estética mediante *mock-up* en boca del paciente.
4. Obtención del STL del encerado virtual y *matching* mediante el *software* de planificación de implantes con el archivo DICOM.
5. Planificación de implantes y posibilidad de trabajar con una férula de cirugía guiada.
6. Realización de la cirugía, colocación de implantes y *scanbodies*. Toma del registro con escáner intraoral y CBCT con los *scanbodies*.
7. Envío de los archivos según el protocolo Medicalfit® para el diseño final en base al encerado previo y fabricación de la prótesis provisional de carga inmediata que enviarán a la clínica en menos de 24 horas.
8. Colocación y ajuste en boca.

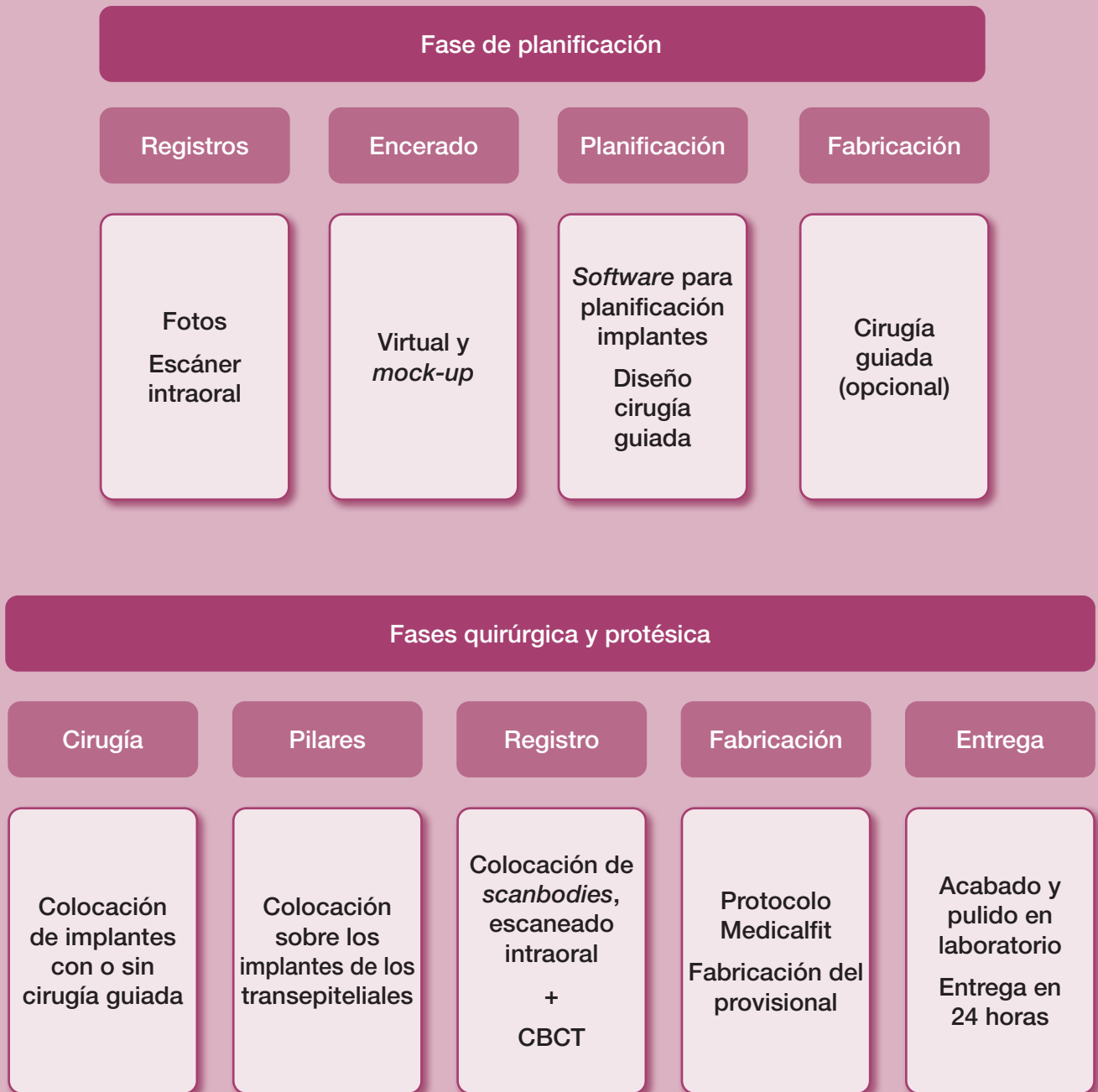


Fig. 7: Descripción del protocolo de carga inmediata Medicalfit® en las fases de planificación, quirúrgica y protésica.

Como entendemos que quizás esta alternativa no está al alcance de todos los clínicos, ya sea porque ellos mismos o su técnico de laboratorio no dispongan de las herramientas digitales necesarias o no hayan hecho la formación específica para ello, hemos decidido desarrollar en detalle la técnica *pick up* modificada, que creemos que está al alcance de todos, y con la que hemos trabajado durante muchos años.

Descripción de la técnica *pick up* modificada

Realizamos un modelo primario donde hacemos un **encerado diagnóstico** y el posterior *mock-up* en el paciente para verificar los parámetros estéticos y fonéticos del diseño inicial de la rehabilitación y los perfiles de emergencia.

Parámetros estéticos a valorar:⁹

- Localización protésica de los dientes
- Perfiles de emergencia
- Oclusión
- Fonética
- Soporte labial y facial

Para la provisionalización en esta opción terapéutica utilizaremos una prótesis provisional tipo FP1 (férula *pick up* modificada) confeccionada previamente a la cirugía y que rebasaremos en boca recapturando en:

- Casos unitarios. **Un pilar PEEK** atornillado directo al implante. Esta férula *pick up* **modificada tendrá apoyo o retención en palatino, lingual o en dientes adyacentes a fin de asentarla bien durante la cirugía y el rebase.**
- Casos múltiples. Rebasaremos unos **pilares de titanio** que se han atornillado sobre los transepiteliales. Esta férula *pick up* **modificada tendrá apoyo o retención en palatino o lingual para asentarla bien durante la cirugía y el rebase.**

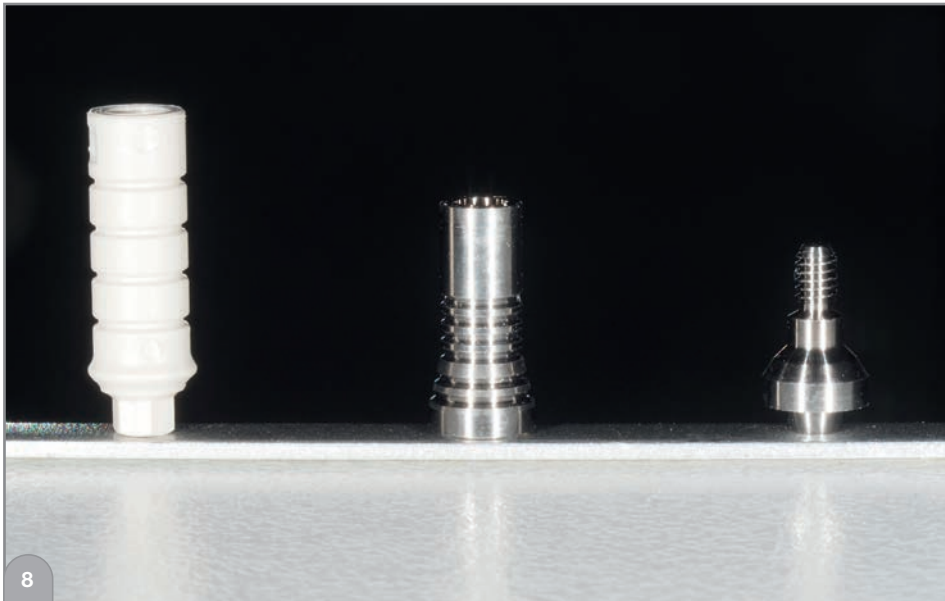


Fig. 8: De izquierda a derecha: pilar PEEK antirrotatorio, pilar de titanio rotatorio y transepitelial.

Figs. 9 y 10: Pilar PEEK antirrotatorio para provisionalización de implantes unitarios. Retocamos estos pilares previamente a su rebasado y recaptura para reducir su anchura y aumentar su retención. Lo atornillamos directamente sobre el implante.

Fig. 11: Pilar provisional de titanio rotatorio. Este pilar es el de elección para el rebase y recaptura de prótesis provisionales en casos múltiples. Atornillaremos el pilar de titanio sobre el transepitelial, que a su vez está atornillado sobre el implante, para así ganar ajuste pasivo de la prótesis.

Figs. 12 y 13: Transepitelial/pilar cónico que atornillamos sobre el implante en casos múltiples.

Nosotros sugerimos colocar un refuerzo metálico interno y no desatornillar la prótesis inmediata antes de los 3 meses de carga. Una vez pasados estos 3 meses, desatornillaremos y comprobaremos la estabilidad de los implantes y los perfiles de emergencia. Aun así, nuestro protocolo incluye la comprobación cada mes de que no haya ningún aflojamiento del provisional; dicha comprobación será manual sin desmontar la prótesis.

Las ventajas que presenta la técnica *pick up* modificada en provisionalización inmediata son:

- ⊗ Colocar el implante en relación con el futuro eje del diente.
- ⊗ Evitar impresiones intraquirúrgicas.
- ⊗ Reproducir la oclusión y localización de los dientes.
- ⊗ Reducir el tiempo de coste en clínica.
- ⊗ Adaptar, en las primeras 24 horas, un provisional inmediato atornillado.
- ⊗ Conformar los perfiles de emergencia y las papilas interdentes durante el período de osteointegración.