

HIGHLIGHT

Ponencia Dr. Antonio Bowen

Implantes cortos: indicaciones, precauciones y evolución

Los pacientes con atrofiaciones mandibulares y maxilares representan los casos más extremos y los que más complicaciones presentan. En casos de atrofia anterior la respuesta es sencilla. El problema viene en casos de atrofia posterior de la mandíbula o de los maxilares. Clásicamente se han utilizado técnicas muy diversas de regeneración ósea que se caracterizan por ser sensibles y difíciles de realizar: técnica de Curie, caja osteogénica, factores de crecimiento o injertos alogénicos. Actualmente con lo que más se está trabajando es con los arbotantes maxilares, los implantes zigomáticos y la apófisis maxilopiramidal y los resultados son realmente buenos, aceptables y satisfactorios para los propios pacientes. Pero estas técnicas tienen claros inconvenientes: la morbilidad y su alta complejidad y es necesario dar con técnicas predecibles.

Los implantes cortos son una solución francamente buena para distintos casos, con unas tasas de éxito muy elevadas, son predecibles y se obtiene una supervivencia del implante de aproximadamente el 98 %.

En 2016 hubo una reunión de consenso sobre implantes cortos. La primera conclusión a la que se llegó eran las diferentes consideraciones biomecánicas que éstos tienen, desde la relación cordo-radicular hasta las cargas a las que son sometidos, ya que están indicados para ser insertados en los sectores posterior

res de maxilar y mandíbula. En segundo lugar, se habló del diseño de la superficie del implante y de una técnica quirúrgica que sea lo menos agresiva posible con el fin de minimizar los riesgos. Se definió que los implantes cortos deben tener siempre una mínima anchura. Y no vale cualquier implante. Deben ser implantes de 3,7 mm o más.

Hay otra serie de recomendaciones:

- No se deben dejar superficies pulidas.
- Se debe trabajar con una buena calidad de hueso. Por ello se deben utilizar superficies lo más desarrolladas posibles que faciliten la integración del hueso.
- Se recomienda la colocación de coronas individuales, aunque este es un punto de mucha controversia por cuestiones biomecánicas.
- Se recomienda la utilización de implantes roscados, ya que la estabilidad primaria es fundamental.
- La inserción debe ser o bien ligeramente subcrestal o directamente crestal, no supracrestal.
- Se ha de tener un adecuado entrenamiento para poder insertar estos implantes.
- No hay una evidencia acerca de la carga inmediata.

Frente a lo recogido en este documento de consenso, ¿qué es lo que está haciendo?

Hay que partir del hecho de que se ha mejorado todo. Con los nuevos diseños de implantes se

están consiguiendo resultados mucho mejores. La superficie del implante está funcionando de una forma directa y se tiene la seguridad de que al conseguir un mayor contacto de implante con hueso se obtienen mejores resultados.

En cuanto a la calidad del hueso, poco puede hacerse para que mejore. Pero sí seleccionar la calidad del hueso sobre la que se va a trabajar (tipos D2 o

D3). En huesos muy corticales o medulares se deben ofrecer al paciente otras técnicas. Está muy claro que en huesos D1 y D4 la posibilidad de perder los implantes es altísima.

En cuanto a la calidad de la técnica quirúrgica hay que decir que se ha depurado al máximo, planificando cuidadosamente todos los casos. Siempre se trabaja con imágenes de TAC y, desde hace mucho, con la técnica de cirugía guiada por ordenador, para lo que se han fusionado las impresiones digitales, con las imágenes de TAC y las de férula, con el fin de que la guía quirúrgica tenga precisión. Trabajar con técnicas muy depuradas permite obtener unos resultados muy superiores a los de antes.

De acuerdo a lo anterior, se han llegado a las siguientes conclusiones:

- El implante debe ser roscado.
- La superficie del implante debe ser lo más bioactiva posible y con estudios probados.
- Tenemos una técnica quirúrgica que es precisa, muy cuidadosa y sensible, por lo que es indispensable una formación específica.