

HIGHLIGHT

Ponencia Dr. David Morales

Short DM, new alternative to extreme cases

Después de la extracción, el hueso alveolar se remodela y se produce una pérdida de hueso primero en anchura y luego en altura, lo que hará que el reborde alveolar tenga una carencia importante de hueso, que a nivel anterior tiene una implicación estética importante, mientras que a nivel posterior dificulta la colocación de una fijación de una manera correcta y que pueda cargar correctamente.

La pérdida ósea se produce sobre todo a costa del hueso medular, por lo que debería esperarse que en un hueso reabsorbido hubiese más hueso cortical que en uno no reabsorbido. Esto es importante, puesto que gran parte de la estabilidad que se obtiene con los implantes se da en el hueso cortical.

Los pacientes que acuden a las consultas con mayor o menor grado de atrofia ósea suelen ser desdentados totales, o con dentaduras de mal pronóstico general, por lo que la perderán, y pacientes que ya han sido tratados con implantes y que debemos volver a tratar (un caso cada vez más frecuente).

Cabe plantearse dos estrategias de tratamiento. Una es la reconstructiva, en la que se deberá crear hueso nuevo para colocar implantes de unas dimensiones estándar en una posición tridimensional específica, con el objetivo de poner una prótesis blanca y restaurar los tejidos alveolares perdidos. Básicamente se hace un encofrado en el

que los procesos osteogénicos del propio organismo van a formar más hueso para que se adapte al implante que se va a colocar.

En el otro extremo está la estrategia del anclaje, en la que se busca hueso para colocar fijaciones que sean capaces de fijar una prótesis dentoalveolar que sustituirá tanto el tejido alveolar perdido como a los dientes. Los biomateriales se pueden emplear para dar volumen, pero la estabilidad del implante va a depender de la calidad del hueso del paciente. Cuando se realiza un anclaje el diseño, la geometría del implante es muy importante. En la categoría de anclaje entran muchos tipos: como los implantes muy largos que se ponen en los arbotantes cigomáticos del maxilar, los inclinados para sinusales, los transinusales, los implantes en línea media del agujero nasopalatino, etc.

El objetivo de la reconstrucción es poder colocar implantes estándar (más de 10 mm de longitud y 3,75 mm de diámetro) y una prótesis dental blanca, además de dar soporte facial.

Se ha avanzado mucho. Hace 20 años se tardaban meses en colocar la prótesis una vez hechos los implantes. En la actualidad, esta intervención se puede realizar en apenas 24 horas, con el resultado de una prótesis estética, definitiva y funcional. Se hacen anclajes para rehabilitar antes, tener postoperatorios mucho más favorables, que la transición sea más cómoda, que la cirugía sea menos cruenta y también para ganar en predic

bilidad y porque no es un problema hacer prótesis dentoalveolares. Los pacientes quieren un tratamiento rápido, de baja morbilidad, con poco sufrimiento y duradero, además de estético y económico. Y ahora tenemos pacientes satisfechos.

El diseño del implante en esta nueva implantología juega un papel determinante a la hora de lograr los objetivos de éxito, predictibilidad y estabilidad a largo plazo. Por eso se plantea hacer un implante que se adapte al hueso y no buscar huesos que se adapten al implante.

Implantes cortos

El cuerpo de evidencia que sostiene que los implantes cortos funcionan crece cada día. Y, una vez integrados, es de esperar que lo hagan de una manera muy parecida a los de mayor longitud, aunque tienen el problema de tener un mayor índice de fracaso durante el primer año por falta de estabilidad primaria. Pero funcionan porque, una vez integrado, la parte que más trabaja es la de los primeros 4-5 mm del cuerpo del implante, por ser la que está anclada en hueso cortical y donde se acumula el 95 % de la carga.

El mejor diseño de los implantes cortos es el de ápice plano, la rosca triangular y la conexión baja sin las conexiones internas. Con estas premisas, Bioner ha diseñado un implante corto, el *Short DM*, que da la máxima seguridad en el fresado por su protocolo específico, *Secure*, y que presenta una óptima superficie por su particular rugosidad, una excelente estabilidad en hueso marginal, una mínima transmisión de estrés y unas soluciones protéticas sencillas.

Carga inmediata

La carga inmediata supone colocar las prótesis a las 24 horas de haber colocado los implantes. Y estos implantes tienen un índice de éxito muy alto. Se colocan en pacientes con dientes de mal pronóstico o en aquéllos que han sido previamen-

te tratados, en los que han fracasado los implantes y en los desdentados.

El *hardware* es fundamental para hacer la carga inmediata, al igual que un alto grado de estabilidad primaria. El implante ideal para ello es aquél que tiene un fácil manejo y que no consume mucho hueso. La estabilidad mecánica depende de la fricción entre implante y hueso o, lo que es lo mismo, al diseño del implante y la calidad del hueso. Preferiblemente el implante ha de ser cónico, la morfología superficial rugosa y el núcleo del implante expansivo. El sistema de implante ha de ser también versátil, de modo que se pueda colocar de *yuxtaóseo* a bastante *infraóseo*, en este último caso, siempre que se tenga una conexión estable. También es muy importante el ajuste estático de los componentes; que no haya movimiento entre ellos. Asimismo, deben mantener el hueso una vez que estén en carga, lo que se logra con un cuello rugoso y conexiones estables. Todas estas características las reúne el implante Top DM de Bioner, por lo que es también ideal para hacer carga inmediata.