

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ODONTOLOGÍA Y LA IMPLANTOLOGÍA BUCAL

Por:

Dra. Yudelkis Martín Morales¹ y Dra. Anabel Zurbano Cobas²

1. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Facultad de Estomatología. Instructora. ISCM-VC. e-mail: yudelkismm@iscm.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Residente de Prótesis Estomatológica. Facultad de Estomatología. Instructora. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

ODONTOLOGIA/tendencias
IMPLANTES DENTALES/tendencias

Subject headings:

DEBTISTRY/trends
DENTAL IMPLANTS/trends

La odontología es una ciencia dinámica en constante evolución. Después de la introducción de la endodoncia en la práctica clínica diaria, en la década de los años 50, posiblemente ninguna técnica haya revolucionado de forma tan significativa nuestros planes de tratamiento y, por tanto, el ejercicio de la profesión, como la implantología oseointegrada.

En el transcurso del tiempo, y más aún en la actualidad, uno de los mayores problemas que afrontamos en nuestra profesión es el tratamiento del paciente desdentado parcial, en el cual la sustitución de los dientes perdidos debe hacerse tan pronto como sea posible, si se desea mantener la salud bucal durante la vida del individuo. La pérdida dental y sus consecuencias han sido una plaga para la humanidad desde hace muchos siglos.

Los pacientes necesitan prótesis que rehabiliten su edentulismo y que no vayan en detrimento de la función masticatoria, la estética del paciente o dificulten la adaptación psicológica del mismo a su nueva situación.

La implantología bucal surge ante la necesidad de mejorar el soporte y la retención de las prótesis bucales; con los implantes se logra un incremento de su funcionalidad y una mejoría de la autoestima del paciente.

Hay aspectos psicológicos que deben tenerse en cuenta. La expectativa y calidad de vida han crecido sustancialmente en el transcurso del siglo. La odontología no puede estar ajena a todos los fenómenos psicosociales que se han producido.

La mayoría de los profesionales utilizan implantes de titanio. Su biocompatibilidad y sus características físico-químicas lo hacen el material elegido por la mayoría de los sistemas; ya sea puro o en aleaciones, solo o con revestimiento, es el elemento de comparación para cualquier innovación en el campo de los biomateriales. Es inerte frente al tejido, bioactivo, con una alta estabilidad química y ausencia de reacción hística de rechazo, tanto del hueso como de los tejidos blandos; tiene propiedades físico-mecánicas para su uso en la implantología^{1,2}.

En la década de los 70 y los 80 lo importante en la implantología era la técnica quirúrgica. A partir de 1984, Branemark describe el concepto de oseointegración. En 1987, surgen los conceptos biomecánicos; en 1992 es cuando toman valor los protésicos, y en 1993 surge la periimplantología.

En 1995 se consideran todos los conceptos importantes: la carga progresiva, las condiciones sistémicas del paciente, el mantenimiento y el seguimiento posquirúrgico³. Todas las rehabilitaciones implantosoportadas deben cumplir estrictamente con los requisitos funcionales y de mantenimiento que se exigen para el buen pronóstico del tratamiento; así vemos cómo las prótesis ceramo-metálicas permiten, además, conseguir para nuestros pacientes niveles altos de confort, por cuanto son prótesis finas y con estética, ya que reproducen con gran fidelidad las características de los dientes; se puede decir que es el tratamiento prostodóntico sobre implante que más se acerca a la dentición natural, desde todos los puntos de vista.

Existen muchos autores que han demostrado la especial importancia que presenta la biomecánica en la implantología, porque los dientes y los implantes se adhieren de una manera diferente al hueso. El objetivo de los estudios y consideraciones biomecánicas radica fundamentalmente en la valoración de la carga de los dientes, implantes y huesos periimplantarios, en las restauraciones protésicas, con la intención de calificar y mejorar los métodos de tratamiento de implantes; de ahí que la cicatrización por tejido conjuntivo o hueso no dependa del biomaterial, sino de la estabilidad biomecánica durante la fase de cicatrización. A su vez, esta estabilidad se relaciona con el grosor óseo del lecho del implante, el diseño del mismo, la micromorfología de su superficie y la congruencia entre el implante y el lecho óseo; es importante lograr niveles de carga que no produzcan destrucción del hueso periimplantario, mediante el control de la distribución y dirección de las cargas masticatorias sobre los implantes⁴.

A partir de la revolucionaria irrupción de la oseointegración en la práctica estomatológica, un número creciente de pacientes portan implantes dentales. Estos "nuevos dientes" se relacionan con los tejidos bucales de una forma bastante semejante a como lo hacen los homónimos naturales, y el modo de enfermar los tejidos que lo rodean guarda bastante similitud.

Con la introducción de los implantes en la práctica odontológica actual, han aparecido nuevas afecciones inflamatorias en los tejidos de soporte, que pueden conducir al fracaso de los que están en función. El éxito a largo plazo de una prótesis implantosoportada depende, además, de la oseointegración del implante al hueso circundante y de la integridad y salud de los tejidos periimplantarios.

Se deben considerar las limitaciones anatómicas para la colocación del implante, así como los procedimientos quirúrgicos para corregir estas deficiencias, debido al impacto que tienen en la restauración. Las fuerzas no axiales o torsiones deben minimizarse mediante el uso de una cifra, posición y alineamiento adecuado del implante, mediante el control de la oclusión y el diseño de la prótesis.

Los pacientes deben comprender los riesgos, limitaciones, costos y compromisos de tiempo de la restauraciones de los implantes antes del tratamiento, para contribuir favorablemente con el mismo y facilitar un futuro protésico exitoso.

La supervivencia a largo plazo de los implantes y sus restauraciones es un aspecto de significativa importancia. Ellos se convierten en la tercera oportunidad de dentición para los pacientes, con la salvedad de que el proceso resulta un tanto más doloroso que sus homólogos naturales; por ello, el sostenimiento de la funcionalidad de los mismos se convierte en un factor crítico en la relación galeno-procedimiento-paciente⁵.

Estudios investigativos sobre los factores descriptivos de la funcionalidad han comenzado a aparecer en la literatura internacional, como resultado de la ya "extensa" práctica del procedimiento¹. Laury y colaboradores presentaron un informe con un porcentaje acumulativo de éxito del 97,2 % después de tres años del reemplazamiento de un diente maxilar o mandibular. Entre muchos factores necesarios y nunca suficientes a tener en cuenta para el aseguramiento de la funcionalidad a largo plazo, ellos relacionan los siguientes: el tamaño macroscópico de los tornillos, el torque aplicado, las propiedades de la fuerza del material, la adaptación de la estructura, los contactos oclusales y la experiencia del cirujano^{6,7}.

Los problemas mecánicos y bacterianos potenciales, aunque no den como resultado una pérdida de hueso alrededor de las fijaciones, pueden considerarse fracasos, tanto para el paciente como para el dentista, o por lo menos, complicaciones mayores en la reconstrucción con implantes. Los pacientes no quieren implantes: quieren dientes. Y problemas como tornillos rotos o perdidos, mal sabor o mal olor debido al crecimiento bacteriano en los tornillos del pilar, les recuerda que lo que llevan no son dientes, sino implantes. Esta situación atenta contra uno de los objetivos principales de la práctica médica: la elevación de la calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Akca K, Iplikcioglu H. Evaluation of the effect of the residual bone angulation on implant supported fixed prostheses in mandibular posterior edentulism. Part 1: Spiral computed tomography study. *Implant Dent.* 2001;10(3):216-22.
2. Bert M, Missika P. Materiales de Implantación. En: *Implantes oseointegrados*. París: Masson; 1994. p. 11-24.
3. Bert M, Missika P. Biomecánica. En: *Implantes oseointegrados*. París: Masson; 1994. p. 81-6.
4. Bert M, Missika P. Enfermedades perimplantarias. En: *Implantes oseointegrados*. Paris: Masson; 1994. p. 317-28.
5. Buenachea R. Conceptos generales en Implantología endósea. En: Herrero Climent M, Herrero Climent F. *Atlas de procedimientos clínicos en implantología oral*. Madrid: Cadencia Agencia de Publicidad de Servicios Plenos; 1995. p. 15-37.
6. Bert M, Missika P. Tratamiento protésico. En: *Implantes oseointegrados*. Paris: Masson; 1994. p. 143-266.
7. Barroja Guinea E, Uneageneka García E. Un método para lograr rutinariamente ajuste pasivo de prótesis ceramo-metálicas sobre implantes oseointegrados. Resultado 2 años. *Soc Esp Periodoncia.* 1995;5(2):34-7.