


seleccionados en la


40 reunión anual SEPES,

Santander, 2010



CARGA INMEDIATA UNITARIA CON FINES ESTÉTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO


Dra. Rodríguez, V. Dra. Quesada, M. Dr. Sanz, I. Dr. Ferreira, A. Dr. Cárdenas, E.
Máster de Prótesis Bucofacial, Universidad Complutense de Madrid




INDICACIONES:

- Estabilidad primaria $\geq 60-65$ ISQ.
- Oclusión estable (micromovimientos 50-150 μ m).
- Torque de inserción de 35Ncm.
- Buena higiene oral.
- Calidad ósea tipo I, II y III.
- Ausencia de hábitos parafuncionales.
- Longitud mínima del implante de 10mm.


CASO CLÍNICO: Paciente varón de 35 años, ASA tipo I, no fumador y sin hábitos parafuncionales que presenta ausencia del 24. Se hace carga inmediata sobre un implante Camlog 3.8 x 13 mm usando un pilar provisional sobre el que se adapta una corona prefabricada. Se deja libre de carga durante el período de osteointegración.




1
Situación inicial




2
Férula quirúrgica




3
Cirugía




4
Pilar provisional




5
Ajuste del pilar




6
Adaptación de la corona
preformada al pilar provisional



7
Situación Final





8
Situación final



9
Control de oclusión

CONCLUSIONES: La protesis inmediata unitaria es un procedimiento predecible cuando se siguen las indicaciones y se selecciona el caso adecuadamente. Es cada vez más utilizada con fines estéticos para lograr un resultado óptimo en el perfil de emergencia, cicatrización de tejidos blandos y evita el uso de provisionales removibles.

BRODERSMA, 1994-1996. Universidad Complutense de Madrid. España. Madrid. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005. 2006. 2007. 2008. 2009. 2010. 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 2132. 2133. 2134. 2135. 2136. 2137. 2138. 2139. 2140. 2141. 2142. 2143. 2144. 2145. 2146. 2147. 2148. 2149. 2150. 2151. 2152. 2153. 2154. 2155. 2156. 2157. 2158. 2159. 2160. 2161. 2162. 2163. 2164. 2165. 2166. 2167. 2168. 2169. 2170. 2171. 2172. 2173. 2174. 2175. 2176. 2177. 2178. 2179. 2180. 2181. 2182. 2183. 2184. 2185. 2186. 2187. 2188. 2189. 2190. 2191. 2192. 2193. 2194. 2195. 2196. 2197. 2198. 2199. 2200. 2201. 2202. 2203. 2204. 2205. 2206. 2207. 2208. 2209. 2210. 2211. 2212. 2213. 2214. 2215. 2216. 2217. 2218. 2219. 2220. 2221. 2222. 2223. 2224. 2225. 2226. 2227. 2228. 2229. 2230. 2231. 2232. 2233. 2234. 2235. 2236. 2237. 2238. 2239. 2240. 2241. 2242. 2243. 2244. 2245. 2246. 2247. 2248. 2249. 2250. 2251. 2252. 2253. 2254. 2255. 2256. 2257. 2258. 2259. 2260. 2261. 2262. 2263. 2264. 2265. 2266. 2267. 2268. 2269. 2270. 2271. 2272. 2273. 2274. 2275. 2276. 2277. 2278. 2279. 2280. 2281. 2282. 2283. 2284. 2285. 2286. 2287. 2288. 2289. 2290. 2291. 2292. 2293. 2294. 2295. 2296. 2297. 2298. 2299. 2300. 2301. 2302. 2303. 2304. 2305. 2306. 2307. 2308. 2309. 2310. 2311. 2312. 2313. 2314. 2315. 2316. 2317. 2318. 2319. 2320. 2321. 2322. 2323. 2324. 2325. 2326. 2327. 2328. 2329. 2330. 2331. 2332. 2333. 2334. 2335. 2336. 2337. 2338. 2339. 2340. 2341. 2342. 2343. 2344. 2345. 2346. 2347. 2348. 2349. 2350. 2351. 2352. 2353. 2354. 2355. 2356. 2357. 2358. 2359. 2360. 2361. 2362. 2363. 2364. 2365. 2366. 2367. 2368. 2369. 2370. 2371. 2372. 2373. 2374. 2375. 2376. 2377. 2378. 2379. 2380. 2381. 2382. 2383. 2384. 2385. 2386. 2387. 2388. 2389. 2390. 2391. 2392. 2393. 2394. 2395. 2396. 2397. 2398. 2399. 2400. 2401. 2402. 2403. 2404. 2405. 2406. 2407. 2408. 2409. 2410. 2411. 2412. 2413. 2414. 2415. 2416. 2417. 2418. 2419. 2420. 2421. 2422. 2423. 2424. 2425. 2426. 2427. 2428. 2429. 2430. 2431. 2432. 2433. 2434. 2435. 2436. 2437. 2438. 2439. 2440. 2441. 2442. 2443. 2444. 2445. 2446. 2447. 2448. 2449. 2450. 2451. 2452. 2453. 2454. 2455. 2456. 2457. 2458. 2459. 2460. 2461. 2462. 2463. 2464. 2465. 2466. 2467. 2468. 2469. 2470. 2471. 2472. 2473. 2474. 2475. 2476. 2477. 2478. 2479. 2480. 2481. 2482. 2483. 2484. 2485. 2486. 2487. 2488. 2489. 2490. 2491. 2492. 2493. 2494. 2495. 2496. 2497. 2498. 2499. 2500. 2501. 2502. 2503. 2504. 2505. 2506. 2507. 2508. 2509. 2510. 2511. 2512. 2513. 2514. 2515. 2516. 2517. 2518. 2519. 2520. 2521. 2522. 2523. 2524. 2525. 2526. 2527. 2528. 2529. 2530. 2531. 2532. 2533. 2534. 2535. 2536. 2537. 2538. 2539. 2540. 2541. 2542. 2543. 2544. 2545. 2546. 2547. 2548. 2549. 2550. 2551. 2552. 2553. 2554. 2555. 2556. 2557. 2558. 2559. 2560. 2561. 2562. 2563. 2564. 2565. 2566. 2567. 2568. 2569. 2570. 2571. 2572. 2573. 2574. 2575. 2576. 2577. 2578. 2579. 2580. 2581. 2582. 2583. 2584. 2585. 2586. 2587. 2588. 2589. 2590. 2591. 2592. 2593. 2594. 2595. 2596. 2597. 2598. 2599. 2600. 2601. 2602. 2603. 2604. 2605. 2606. 2607. 2608. 2609. 2610. 2611. 2612. 2613. 2614. 2615. 2616. 2617. 2618. 2619. 2620. 2621. 2622. 2623. 2624. 2625. 2626. 2627. 2628. 2629. 2630. 2631. 2632. 2633. 2634. 2635. 2636. 2637. 2638. 2639. 2640. 2641. 2642. 2643. 2644. 2645. 2646. 2647. 2648. 2649. 2650. 2651. 2652. 2653. 2654. 2655. 2656. 2657. 2658. 2659. 2660. 2661. 2662. 2663. 2664. 2665. 2666. 2667. 2668. 2669. 2670. 2671. 2672. 2673. 2674. 2675. 2676. 2677. 2678. 2679. 2680. 2681. 2682. 2683. 2684. 2685. 2686. 2687. 2688. 2689. 2690. 2691. 2692. 2693. 2694. 2695. 2696. 2697. 2698. 2699. 2700. 2701. 2702. 2703. 2704. 2705. 2706. 2707. 2708. 2709. 2710. 2711. 2712. 2713. 2714. 2715. 2716. 2717. 2718. 2719. 2720. 2721. 2722. 2723. 2724. 2725. 2726. 2727. 2728. 2729. 2730. 2731. 2732. 2733. 2734. 2735. 2736. 2737. 2738. 2739. 2740. 2741. 2742. 2743. 2744. 2745. 2746. 2747. 2748. 2749. 2750. 2751. 2752. 2753. 2754. 2755. 2756. 2757. 2758. 2759. 2760. 2761. 2762. 2763. 2764. 2765. 2766. 2767. 2768. 2769. 2770. 2771. 2772. 2773. 2774. 2775. 2776. 2777. 2778. 2779. 2780. 2781. 2782. 2783. 2784. 2785. 2786. 2787. 2788. 2789. 2790. 2791. 2792. 2793. 2794. 2795. 2796. 2797. 2798. 2799. 2800. 2801. 2802. 2803. 2804. 2805. 2806. 2807. 2808. 2809. 2810. 2811. 2812. 2813. 2814. 2815. 2816. 2817. 2818. 2819. 2820. 2821. 2822. 2823. 2824. 2825. 2826. 2827. 2828. 2829. 2830. 2831. 2832. 2833. 2834. 2835. 2836. 2837. 2838. 2839. 2840. 2841. 2842. 2843. 2844. 2845. 2846. 2847. 2848. 2849. 2850. 2851. 2852. 2853. 2854. 2855. 2856. 2857. 2858. 2859. 2860. 2861. 2862. 2863. 2864. 2865. 2866. 2867. 2868. 2869. 2870. 2871. 2872. 2873. 2874. 2875. 2876. 2877. 2878. 2879. 2880. 2881. 2882. 2883. 2884. 2885. 2886. 2887. 2888. 2889. 2890. 2891. 2892. 2893. 2894. 2895. 2896. 2897. 2898. 2899. 2900. 2901. 2902. 2903. 2904. 2905. 2906. 2907. 2908. 2909. 2910. 2911. 2912. 2913. 2914. 2915. 2916. 2917. 2918. 2919. 2920. 2921. 2922. 2923. 2924. 2925. 2926. 2927. 2928. 2929. 2930. 2931. 2932. 2933. 2934. 2935. 2936. 2937. 2938. 2939. 2940. 2941. 2942. 2943. 2944. 2945. 2946. 2947. 2948. 2949. 2950. 2951. 2952. 2953. 2954. 2955. 2956. 2957. 2958. 2959. 2960. 2961. 2962. 2963. 2964. 2965. 2966. 2967. 2968. 2969. 2970. 2971. 2972. 2973. 2974. 2975. 2976. 2977. 2978. 2979. 2980. 2981. 2982. 2983. 2984. 2985. 2986. 2987. 2988. 2989. 2990. 2991. 2992. 2993. 2994. 2995. 2996. 2997. 2998. 2999. 3000. 3001. 3002. 3003. 3004. 3005. 3006. 3007. 3008. 3009. 3010. 3011. 3012. 3013. 3014. 3015. 3016. 3017. 3018. 3019. 3020. 3021. 3022. 3023. 3024. 3025. 3026. 3027. 3028. 3029. 3030. 3031. 3032. 3033. 3034. 3035. 3036. 3037. 3038. 3039. 3040. 3041. 3042. 3043. 3044. 3045. 3046. 3047. 3048. 3049. 3050. 3051. 3052. 3053. 3054. 3055. 3056. 3057. 3058. 3059. 3060. 3061. 3062. 3063. 3064. 3065. 3066. 3067. 3068. 3069. 3070. 3071. 3072. 3073. 3074. 3075. 3076. 3077. 3078. 3079. 3080. 3081. 3082. 3083. 3084. 3085. 3086. 3087. 3088. 3089. 3090. 3091. 3092. 3093. 3094. 3095. 3096. 3097. 3098. 3099. 3100. 3101. 3102. 3103. 3104. 3105. 3106. 3107. 3108. 3109. 3110. 3111. 3112. 3113. 3114. 3115. 3116. 3117. 3118. 3119. 3120. 3121. 3122. 3123. 3124. 3125. 3126. 3127. 3128. 3129. 3130. 3131. 3132. 3133. 3134. 3135. 3136. 3137. 3138. 3139. 3140. 3141. 3142. 3143. 3144. 3145. 3146. 3147. 3148. 3149. 3150. 3151. 3152. 3153. 3154. 3155. 3156. 3157. 3158. 3159. 3160. 3161. 3162. 3163. 3164. 3165. 3166. 3167. 3168. 3169. 3170. 3171. 3172. 3173. 3174. 3175. 3176. 3177. 3178. 3179. 3180. 3181. 3182. 3183. 3184. 3185. 3186. 3187. 3188. 3189. 3190. 3191. 3192. 3193. 3194. 3195. 3196. 3197. 3198. 3199. 3200. 3201. 3202. 3203. 3204. 3205. 3206. 3207. 3208. 3209. 3210. 3211. 3212. 3213. 3214. 3215. 3216. 3217. 3218. 3219. 3220. 3221. 3222. 3223. 3224. 3225. 3226. 3227. 3228. 3229. 3230. 3231. 3232. 3233. 3234. 3235. 3236. 3237. 3238. 3239. 3240. 3241. 3242. 3243. 3244. 3245. 3246. 3247. 3248. 3249. 3250. 3251. 3252. 3253. 3254. 3255. 3256. 3257. 3258. 3259. 3260. 3261. 3262. 3263. 3264. 3265. 3266. 3267. 3268. 3269. 3270. 3271. 3272. 3273. 3274. 3275. 3276. 3277. 3278. 3279. 3280. 3281. 3282. 3283. 3284. 3285. 3286. 3287. 3288. 3289. 3290. 3291. 3292. 3293. 3294. 3295. 3296. 3297. 3298. 3299. 3300. 3301. 3302. 3303. 3304. 3305. 3306. 3307. 3308. 3309. 3310. 3311. 3312. 3313. 3314. 3315. 3316. 3317. 3318. 3319. 3320. 3321. 3322. 3323. 3324. 3325. 3326. 3327. 3328. 3329. 3330. 3331. 3332. 3333. 3334. 3335. 3336. 3337. 3338. 3339. 3340. 3341. 3342. 3343. 3344. 3345. 3346. 3347. 3348. 3349. 3350. 3351. 3352. 3353. 3354. 3355. 3356. 3357. 3358. 3359. 3360. 3361. 3362. 3363. 3364. 3365. 3366. 3367. 3368. 3369. 3370. 3371. 3372. 3373. 3374. 3375. 3376. 3377. 3378. 3379. 3380. 3381. 3382. 3383. 3384. 3385. 3386. 3387. 3388. 3389. 3390. 3391. 3392. 3393. 3394. 3395. 3396. 3397. 3398. 3399. 3400. 3401. 3402. 3403. 3404. 3405. 3406. 3407. 3408. 3409. 3410. 3411. 3412. 3413. 3414. 3415. 3416. 3417. 3418. 3419. 3420. 3421. 3422. 3423. 3424. 3425. 3426. 3427. 3428. 3429. 3430. 3431. 3432. 3433. 3434. 3435. 3436. 3437. 3438. 3439. 3440. 3441. 3442. 3443. 3444. 3445. 3446. 3447. 3448. 3449. 3450. 3451. 3452. 3453. 3454. 3455. 3456. 3457. 3458. 3459. 3460. 3461. 3462. 3463. 3464. 3465. 3466. 3467. 3468. 3469. 3470. 3471. 3472. 3473. 3474. 3475. 3476. 3477. 3478. 3479. 3480. 3481. 3482. 3483. 3484. 3485. 3486. 3487. 3488. 3489. 3490. 3491. 3492. 3493. 3494. 3495. 3496. 3497. 3498. 3499. 3500. 3501. 3502. 3503. 3504. 3505. 3506. 3507. 3508. 3509. 3510. 3511. 3512. 3513. 3514. 3515. 3516. 3517. 3518. 3519. 3520. 3521. 3522. 3523. 3524. 3525. 3526. 3527. 3528. 3529. 3530. 3531. 3532. 3533. 3534. 3535. 3536. 3537. 3538. 3539. 3540. 3541. 3542. 3543. 3544. 3545. 3546. 3547. 3548. 3549. 3550. 3551. 3552. 3553. 3554. 3555. 3556. 3557. 3558. 3559. 3560. 3561. 3562. 3563. 3564. 3565. 3566. 3567. 3568. 3569. 3570. 3571. 3572. 3573. 3574. 3575. 3576. 3577. 3578. 3579. 3580. 3581. 3582. 3583. 3584. 3585. 3586. 3587. 3588. 3589. 3590. 3591. 3592. 3593. 3594. 3595. 3596. 3597. 3598. 3599. 3600. 3601. 3602. 3603. 3604. 3605. 3606. 3607. 3608. 3609. 3610. 3611. 3612. 3613. 3614. 3615. 3616. 3617. 3618. 3619. 3620. 3621. 3622. 3623. 3624. 3625. 3626. 3627. 3628. 3629. 3630. 3631. 3632. 3633. 3634. 3635. 3636. 3637. 3638. 3639. 3640. 3641. 3642. 3643. 3644. 3645. 3646. 3647. 3648. 3649. 3650. 3651. 3652. 3653. 3654. 3655. 3656. 3657. 3658. 3659. 3660. 3661. 3662. 3663. 3664. 3665. 3666. 3667. 3668. 3669. 3670. 3671. 3672. 3673. 3674. 3675. 3676. 3677. 3678. 3679. 3680. 3681. 3682. 3683. 3684. 3685. 3686. 3687. 3688. 3689. 3690. 3691. 3692. 3693. 3694. 3695. 3696. 3697. 3698. 3699. 3700. 3701. 3702. 3703. 3704. 3705. 3706. 3707. 3708. 3709. 3710. 3711. 3712. 3713. 3714. 3715. 3716. 3717. 3718. 3719. 3720. 3721. 3722. 3723. 3724. 3725. 3726. 3727. 3728. 3729. 3730. 3731. 3732. 3733. 3734. 3735. 3736. 3737. 3738. 3739. 3740. 3741. 3742. 3743. 3744. 3745. 3746. 3747. 3748. 3749. 3750. 3751. 3752. 3753. 3754. 3755. 3756. 3757. 3758. 3759. 3760. 3761. 3762. 3763. 3764. 3765. 3766. 3767. 3768. 3769. 3770. 3771. 3772. 3773. 3774. 3775. 3776. 3777. 3778. 3779. 3780. 3781. 3782. 3783. 3784. 3785. 3786. 3787. 3788. 3789. 3790. 3791. 3792. 3793. 3794. 3795. 3796. 3797. 3798. 3799. 3800. 3801. 3802. 3803. 3804. 3805. 3806. 3807. 3808. 3809. 3810. 3811. 3812. 3813. 3814. 3815. 3816. 3817. 3818. 3819. 3820. 3821. 3822. 3823. 3824. 3825. 3826. 3827. 3828. 3829. 3830. 3831. 3832. 3833. 3834.

CONFORMACIÓN DEL MARGEN GINGIVAL A TRAVÉS DE LA PRÓTESIS PROVISIONAL. A propósito de un caso.

Autores: Blas Bevián, Gonzalo Garmón Vaz de Concepción, Ignacio Gómez Rojas, Adriana Pascucci Barafall, Silvia Pellegrini, Juan Martínez Jiménez, Julián

INTRODUCCIÓN

- Realizar una restauración sobre implante en sector anterior manteniendo un perfil gingival aceptable siempre es un desafío debido a la reabsorción ósea y la migración apical de los tejidos gingivales. Un factor determinante para conseguir una forma ideal del margen gingival es realizar una correcta presión sobre la encía generando una ligera isquemia transitoria y alargando la vida del provisional el tiempo necesario^{1,2}.
- Las restauraciones provisionales tienen un papel importante en la rehabilitación de implantes anteriores maxilares ya que permiten un manejo guiado de los tejidos blandos creando un perfil de emergencia estética.

OBJETIVOS

- Evaluar la eficacia del uso de prótesis provisionales sobre implantes en la conformación de encía en sector anterior estético antes de la restauración definitiva.

DESCRIPCIÓN

- Exodoncia del 2.1 desahucado y colocación del implante. Al colocar el provisional, correctamente pulido para evitar inflamación, se controla la presión sobre la encía para conformarla. Mediante el provisional se realiza una presión guiada de lingual a vestibular.
- Pasados 15 días se realiza un control y modificamos el provisional añadiendo 0.5mm de resina autopolimerizable bien pulida. Así consecutivamente 3 veces más. Son necesarios 1,5-2 meses para permitir un buen remodelado del tejido blando peri-implantario alrededor de la restauración provisional obteniendo así un correcto perfil de emergencia³.
- Un mes y medio más tarde se realiza la transferencia del modelado gingival de la boca del paciente al modelo de yeso mediante la impresión de la base del provisional⁴. Posteriormente se prueba el muñón de zircono sobre el implante (sistema Zirconium[®]). Debido a que las coronas de los dientes contiguos al implante carecían de estética aunque su función fuese adecuada se procede a cambiar las coronas, con lo cual se prueban las cillas en los dientes 1.1 y 2.2. Se deja una ligera isquemia transitoria en el 2.1 para poder alcanzar la altura del margen gingival deseada.
- Transcurridos 2 meses podemos observar un resultado satisfactorio de los márgenes gingivales y de las papilas gracias a la distancia 3.5mm de la zircono ósea al punto de contacto entre el implante y el diente natural^{5,7}. La restauración sigue estando en buenas condiciones transcurridos 3 años y 7 meses sin ninguna complicación con los tejidos blandos.

Iniciales



Modelado



Finales



CONCLUSIÓN

- El empleo de la prótesis provisional fija proporciona comodidad y estética al paciente durante la fase de adaptación. También reduce el tiempo en estas etapas haciendo que el paciente acepte de mejor manera el tratamiento con implantes. La literatura demuestra la eficacia del uso de provisionales provisionales en la forma y conformación de la encía para así obtener un correcto perfil de emergencia consiguiendo una estética adecuada en el sector anterior.

Este artículo es propiedad de la SEPS. No se permite su reproducción o transformación sin el consentimiento escrito de la SEPS. La SEPS no se hace responsable de los errores u omisiones que puedan contenerse en el presente artículo. SEPS: Sociedad Española de Periodoncia y Estomatología. SEPS: Spanish Society of Periodontology and Stomatology. SEPS: Spanish Society of Periodontology and Stomatology.





CUBETAS MONODIENTE: UNA AYUDA EN CASOS COMPLEJOS



Berrendero. S, Donado. S, Rodríguez. V, Quesada. M, Pradies. G.

Máster en Prótesis Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

INTRODUCCIÓN: Tomar una impresión fiable es esencial para el éxito clínico de la restauración, y en los casos en los que se combinan dientes e implantes es especialmente complicado que la impresión reúna todos los requisitos de calidad. Además hay que tener en cuenta otros factores que influyen en la fiabilidad de la impresión como son los márgenes subgingivales o la excesiva hemorragia de la encía. Ante estas situaciones en las que tomar una buena impresión es complicado podemos ayudarnos mediante las cubetas monodiente.(Fig.- 3) Estas cubetas son un aditamento creado por el técnico de laboratorio que facilita la práctica diaria de prótesis fija en casos complicados, evitando así repeticiones innecesarias por la mala calidad de los modelos obtenidos con una impresión convencional. Se realizan en acrílico termoplástico moldeado al vacío, sobre un modelo espaciado para el material de impresión (Fig.-9). Estas deben adaptarse a la línea de terminación y al muñón de forma precisa.(Fig.- 1 y 2)

CASO CLÍNICO: Se presenta un caso tratado en el Máster de Prótesis de la UCM. Se trata de una mujer de 65 años que acude para rehabilitarse dos implantes Straumann en posición de 14 y 15, así como para cambiar una PPF de 22 a 25. Ante resultados poco adecuados en impresiones convencionales con hilo de retracción (Fig.-6), decidimos realizar la impresión con las cubetillas para conseguir una impresión adecuada. Con las cubetillas controlamos el sangrado de la encía, favorecimos la precisión de la reproducción de detalles, y nos asegurábamos de conseguir una impresión óptima en una sola fase, tanto en la zona de PPF convencional como sobre implantes. Decidimos usar cestillas Snap-On (Fig.- 5), ya que el caso era propicio para ello, solo eran dos implantes, paralelos entre si y con suficiente espacio entre ellos para la silicona.



Fig 1. -Aliviado de los muñones con acrílico termoplástico



Fig 2. -Cubetillas de acrílico sobre el modelo.



Fig 3. -Cubetillas "monodiente" terminadas

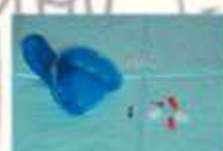


Fig 4. -Aditamentos de impresión



FIG 10. -Cubetas con silicona fluida en boca



Fig 11. -Impresión definitiva



Fig 12. -Detalle de los márgenes obtenidos con las cubetillas



Fig 5. -Cestillas Snap-On de Straumann



Fig 9. -Carga del material de impresión ligero en las cubetillas



Fig 8. -Prueba de las cubetillas en boca



Fig 7. -Muñones preparados para tomar impresión



Fig 6. -Hilo de retracción en los muñones de prótesis fija

CONCLUSIÓN: La toma de impresión con técnicas individualizadas, como es el caso de las cubetas monodiente, pueden suponer una ayuda en casos complicados en los que con una impresión convencional no obtenemos los resultados adecuados.

Paloma Berrendero S. & G. Gade. "Técnicas de obtención de un modelo preciso de Prótesis dental". Ciencia Dental Especial número 2021. Joseph Berrendero S. & Gade. "Análisis de una prótesis dentaria fija con implantes". The Journal of Prosthetic Dentistry. Febrero 2020. López, María & Gade. "The accuracy of indirect impressions in a complete denture". The Journal of Prosthetic Dentistry. Octubre 2014



ESTUDIO PILOTO DEL ESCÁNER INTRAORAL LAVA™ COS COMO INSTRUMENTO EDUCATIVO EN LA ENSEÑANZA PRECLÍNICA DE PRÓTESIS FIJA



Valverde A, Giménez B, Martínez Rus F, Salido M, García C, Pradies G.
Departamento de Prótesis Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM.

Introducción y Objetivo

La Prótesis Dental está sometida a una continua evolución, tanto en los materiales como en las técnicas empleadas, debido a los avances tecnológicos que se están produciendo en los últimos años. Las impresiones con tecnología digital se usan en la Odontología desde hace más de 20 años (Cerec, Sirona). En el 2008, el Escáner Intraoral Lava™ COS (Chairside Oral Scanner) se introduce como herramienta para la captación de imágenes de video 3D en movimiento y crea un modelo digital en tiempo real, permitiendo que el operador analice extraoralmente sus preparaciones.

El objetivo del presente estudio fue evaluar las posibilidades del Escáner Intraoral Lava™ COS, como herramienta de ayuda en la autoevaluación de las preparaciones dentarias de prótesis fija, realizadas por los estudiantes de pregrado en las prácticas preclínicas.



Material y Método

Treinta estudiantes de la asignatura de Prótesis II de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, realizaron una preparación dental en el primer molar superior derecho sobre tipodonto modelo Frasiaco AG3. La preparación realizada fue para una corona de recubrimiento total con línea de terminación en Chanfer.

Las piezas talladas fueron escaneadas empleando el Escáner Lava™ COS, siguiendo el procedimiento establecido. Los alumnos evaluaron los tallados mediante visión directa del tipodonto, y analizaron las imágenes virtuales aleatoriamente y a doble ciego.

Las variables evaluadas fueron: Calidad de la línea de terminación, Convergencia de las paredes y Calidad de la superficie de tallado obtenida. La escala de evaluación fue de 0 a 4 (0 = incorrecto y 4 = ideal).

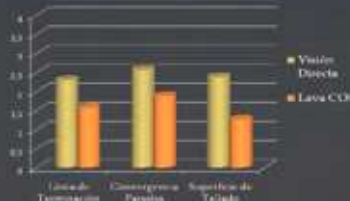


Resultados

Los resultados obtenidos para las tres variables evaluadas directamente sobre el tipodonto fueron 2,3 ±0,8 para la línea de terminación; 2,6 ±0,7 para la convergencia axial de las paredes; y 2,4 ±0,6 para la calidad de la superficie de tallado.

Los valores medios de la evaluación con el Escáner Intraoral fueron 1,5 ±0,8 para la línea de terminación; 1,9 ±0,7 para la convergencia axial de las paredes; y 1,3 ±0,7 para la calidad de la superficie de tallado.

La prueba T de Student para muestras apareadas mostró diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05) para las tres variables.



Conclusiones

Los resultados muestran que los alumnos fueron más críticos al evaluar las imágenes virtuales que al examinar las preparaciones de forma directa. Por lo tanto, este estudio confirma que el Escáner Intraoral Lava™ COS es una herramienta educativa válida en la enseñanza preclínica de Prótesis Fija.



EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE PRÓTESIS PARCIALES FIJAS POSTERIORES DE ÓXIDO DE CIRCONIO: RESULTADOS CLÍNICOS A TRES AÑOS

Galvez Cogolludo A, Pallas Rico J, Martínez Ruiz F, Serrano Muñoz B, González Inigo E, Salazar García M J
 Universidad Complutense de Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las restauraciones de zirconia se introdujeron como alternativa a las restauraciones metalcerámicas a principios del Siglo XXI, y aunque los estudios *in vitro* muestran resultados alentadores para los parámetros exigidos a las restauraciones de prótesis fija, no se conoce aún su predictibilidad en cuanto a supervivencia clínica se refiere. El objetivo de este estudio prospectivo fue evaluar la supervivencia clínica de prótesis parciales fijas posteriores de tres piezas de óxido de zirconio (sistema LAVA) durante un período de seguimiento de tres años.

MATERIAL Y MÉTODOS

20 puentes posteriores se colocaron en 14 pacientes para reemplazar un 2º premolar o un 1º molar. Todos los dientes pilares se prepararon con una línea de terminación en chumbrer de 0,8-1 mm. Las estructuras se confeccionaron con el sistema LAVA y se cementaron con un cemento de resina. Dos examinadores entrenados evaluaron de forma independiente las restauraciones a la semana, al año, a los 2 años y a los 3 años usando los criterios de evaluación de la California Dental Association (CDA). También se evaluaron los parámetros periodontales: índice gingival, índice de placa, índice de situación del margen y profundidad de sondaje de los dientes pilares y de los dientes contralaterales de las restauraciones. Los datos se abstruyeron y analizaron mediante estadística descriptiva y estadística inferencial (Test de Wilcoxon de rangos signados).



RESULTADOS

- Todas las restauraciones se calificaron como satisfactorias después de 3 años y no se observó ninguna fractura de estructura durante el periodo de control.
- Una restauración tuvo que ser retirada por complicaciones biológicas a los 3 años (fractura radicular vertical de diente pilar endodonciado).
- Se observaron fracturas de la cerámica de recubrimiento en dos restauraciones.
- No se observaron diferencias estadísticamente significativas para los parámetros periodontales entre los dientes pilares y los dientes contralaterales.



CONCLUSIONES

Los resultados clínicos a 3 años hacen pensar que las restauraciones fijas posteriores de zirconia de 3 piezas pueden ser una alternativa protésica prometedora.



REHABILITACIÓN ORAL CON MATERIAL POLICERÁMICO

Dr. CELESTINO VICENTE GÓMEZ ESQUINAS, Dra. PAULA GÓMEZ GARCÍA

OBJETIVO

Rehabilitación con material que permite ser trabajado en boca con excelente adaptación de los tejidos blandos por su biocompatibilidad 100%.

INTRODUCCIÓN

La demanda de estética ha crecido en los últimos tiempos y los tratamientos son largos y costosos. La estética y la salud bucal dependen tanto de la pieza que reemplazamos o tratamos, como de la encía que la rodea. El material estético por definición es la cerámica pero no puede ser aplicada ni modificada en clínica. El trabajo debe ser confeccionado en un laboratorio protésico.

La toxicidad cero del material que empleamos favorece la preservación de los tejidos blandos. Desde el 2006 estamos trabajando con la policerámica DiamondCrown y hemos podido comprobar la extraordinaria reacción de la encía a la policerámica.

DESARROLLO

Presentamos un caso de un paciente de 54 años, bruxista en estado avanzado. Vino a nuestra consulta en el año 2007 y la reparación se realizó en una sola sesión clínica. Solucionamos la estética, cerrando diastemas y unificando la línea de sonrisa. Mejoramos la funcionalidad aumentando la dimensión vertical sin necesidad de colocar ninguna prótesis.




CONCLUSIONES

Después de cuatro años en la praxis con este material, podemos corroborar tanto la excelente biocompatibilidad que se manifiesta en el comportamiento de las encías a largo plazo, como su funcionalidad confirmada en pacientes extremadamente bruxistas.


OTROS CASOS





REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE UN PACIENTE ONCOLÓGICO MEDIANTE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE: CASO CLÍNICO


Dra. María Gómez, Dra. Diana García, Dra. Celia Tobías, Dr. Alberto Ferreira, Dr. Guillermo Pradies
 Máster de Prótesis Bucalofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.



CONSECUENCIAS POSTOPERATORIAS EN PACIENTES HEMIMANDIBULECTOMIZADOS

FÍSICAS	FUNCIONALES	PSICOLÓGICAS
Retracción labio inferior Pérdida dentaria Dolor articular y muscular (líquido) Pérdida de sensibilidad en la zona Formación de tejido cicatricial	Dificultad en el habla y en la masticación Dificultad para el control y retención salival Xerostomía	Estética (Desviación de la línea media facial) Limitación de las relaciones sociales

OPCIONES TERAPÉUTICAS	PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	SOBREDENTADURA SOBRE CORONAS TELESCÓPICAS	PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES
CARACTERÍSTICAS	Convencional Diseño especial	Aprovechamiento de la dentición residual para ganar retención y estabilidad.	Sobredentaduras parciales Implantarreferidas: las alietas vestibulares reposicionan el labio inferior y contribuyen a la recuperación del volumen de tejido perdido.
VENTAJAS	Menor coste económico Tratamiento poco agresivo Fácil corrección	Buena Estética Mejor funcionalidad que la PPR	Mayor comodidad Dentición remanente intacta
INCONVENIENTES	Destreza manual del paciente Poca retención de la prótesis	Tratamiento más agresivo Mayor coste económico Tratamiento técnicamente más complejo Suficiente Dimensión Vertical	Disponibilidad ósea Rechazo psicológico a un nuevo procedimiento quirúrgico Coste económico más elevado



Paciente varón de 53 años acude a la clínica del Máster de Prótesis Bucalofacial de la Universidad Complutense de Madrid con el objetivo de reposicionar los dientes perdidos por la resección de la hemimandíbula izquierda como consecuencia de un sarcoma mandibular.

La hemimandíbula izquierda fue reconstruida en dos ocasiones. El primer injerto de crista ilíaca fue rechazado y la reconstrucción final se realizó mediante un injerto de peroné.


Dentro de las opciones terapéuticas descritas, en este caso se optó por la confección de una PPR de diseño especial debido a:


1. Aunque la colocación de implantes en la zona del dento es posible, el paciente rechaza cualquier tipo de intervención quirúrgica debido a los efectos de su rechazo.
2. El paciente sólo puede asumir un coste económico moderado.
3. La decisión de realizar un tratamiento más conservador en tener a cabo el soporte de los dientes remanentes.


Se diseñó una prótesis de resina rígida para una clase II de Kennedy.


Estructura de crómo-cobalto sobre barra lingual, reticulado con coronas en 41 y 45, retención con Kennedy vestibular del 46 al 32 con bisagra entre 47 y 44 y cierre bucal por un broche en 23.

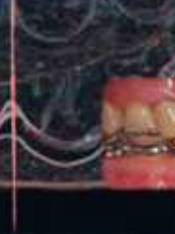
Debido a la excesiva inclinación de la base de la prótesis y a su eje de fuerza utilizamos un sistema retentivo adicional, como es la retención vestibular con el fin de evitar la rotación y desestabilización de la misma.





















SEPE
Sociedad Española de
Prótesis Estomatológica

SEPE es una asociación sin ánimo de lucro, fundada en 1984, que tiene como objetivo promover y desarrollar la investigación científica y la formación de especialistas en el campo de la prótesis estomatológica maxilofacial y maxilomaxilar.

SEPE es una asociación sin ánimo de lucro, fundada en 1984, que tiene como objetivo promover y desarrollar la investigación científica y la formación de especialistas en el campo de la prótesis estomatológica maxilofacial y maxilomaxilar.

SEPE es una asociación sin ánimo de lucro, fundada en 1984, que tiene como objetivo promover y desarrollar la investigación científica y la formación de especialistas en el campo de la prótesis estomatológica maxilofacial y maxilomaxilar.



Protesis 22

Avda. P. 2222 22222
 Email: info@protesis22.com
 Tel: 91 750 45 00 - Fax: 91 750 45 45
 www.protesis22.com



REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTE ONCOLÓGICO CON INJERTO ÓSEO Y CIRUGIA DE IMPLANTES GUIADA POR ORDENADOR

40 REUNIÓN ANUAL DE SEPES, SANTANDER 2010

Perez Cardoso A, Martínez R, Infante Cossío P, Fernández Ramiro J, Orozco Varo A, Arroyo Cruz G.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE SEVILLA

OBJETIVO

Una de las principales contraindicaciones para realizar cirugía de implantes mediante la técnica con colgajo, se puede observar en aquellos pacientes a los que se ha realizado previamente una reconstrucción ósea con injerto autólogo, debido a que, durante el despegamiento del colgajo se puede producir un compromiso en la vascularización del periostio del injerto y la posible reabsorción del mismo.

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico infrecuente de una paciente afectada de un fibroma odontogénico maxilar superior (0,4% de los tumores odontogénicos), en el que se planificó un tratamiento multidisciplinar, y así tras la exéresis del tumor, se realizó una reconstrucción con injerto de cresta ilíaca para posteriormente insertar implantes guiados por ordenador (NobelGuide®) y la colocación de una prótesis implantosoportada.



Vista inicial: movilidad en 12 y 13. No dolor a percusión.



Vista intraoperatoria del defecto, resección ósea en bloque. Reconstrucción del defecto con injerto autólogo (cresta ilíaca).



Rx panorámica inicial: imagen radiotransparente multilocular con niveles en 12, 13 y 14.



Rx panorámica, TC coronal y 3-D de control postoperatorio a los 6 meses antes de la retirada de las miniplacas.



MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 22 años que consultó por movilidad en los dientes 12 y 13. En la radiografía panorámica se apreció una imagen radiotransparente multilocular con rizolisis raíces de 12, 13 y 14. La TC mostró una imagen de lesión lítica en relación a 11, 12, 13 y 14, con erosión de corticales interna y externa y adyacente a fosas nasales. La biopsia previa confirmó el diagnóstico de fibroma odontogénico. Se trató con resección ósea en bloque incluyendo los dientes desde 11 a 14. El defecto se reconstruyó con un injerto cortico-esponjoso de cresta ilíaca fijado con dos miniplacas. A los 6 meses, se planificó y construyó una férula quirúrgica óseo-soportada, para la inserción transmaxilar de 3 implantes oseointegrados utilizando el programa NobelGuide® y a los dos meses se colocó una prótesis implantosoportada de metal-resina.



Vista intraoral y Rx panorámica a la rehabilitación con implantes.



Fijación intraoral de guía quirúrgica con pin de estabilización. Inserción de implante tras secuencia de fijado.



Aspecto intraoral una vez retirada la guía quirúrgica. Rx postoperatoria de la inserción de los 3 implantes oseointegrados.



Finalización de la inserción de implantes mediante cirugía guiada. Retirada de los dispositivos de los fijadores.



Prueba de la estructura metálica. Prótesis parcial implantosoportada metal-resina.



Guía radiográfica en occlusión con nuevos de guía-percha. Guía quirúrgica obtenida con TC helicoidal. Modelo positivo de la guía quirúrgica previo a la inserción de implantes.

RESULTADOS

Todos los implantes han sobrevivido durante el periodo de seguimiento (3 años). Los resultados estéticos y funcionales han sido satisfactorios para la paciente. No se han observado recurrencias del tumor.

CONCLUSION

La rehabilitación con implantes oseointegrados en los pacientes oncológicos que han sido sometidos a exéresis quirúrgica y reconstrucción con injerto del defecto óseo (como es el caso de algunos fibromas odontogénicos), mejora su predictibilidad al utilizar una técnica sin colgajo para la inserción de implantes. La cirugía guiada por ordenador permite minimizar el trauma quirúrgico y dirigir la colocación correcta de los implantes que unido a la posterior rehabilitación protésica, disminuyen las secuelas estéticas y funcionales. El estudio previo con el programa informático asegura una perfecta situación tridimensional de los implantes con una técnica mínimamente invasiva sobre el injerto.



REHABILITACIÓN SOBRE IMPLANTES ANGULADOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Balaguer Viladec, G., Corominas, C., Torrens, J.
 Máster en Implantología Oral, Cirugía y Prótesis, Universitat Internacional de Catalunya, Sant Cugat del Vallès.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, las condiciones ideales para la colocación de implantes no siempre se cumplen ya que con más frecuencia nos encontramos limitaciones anatómicas. Por ello, desde hace más de dos décadas se han ido desarrollando diferentes técnicas que han obtenido diversos resultados. Una de las más comunes es la colocación de implantes angulados^{1,2}.

OBJETIVOS

Plantear una opción válida a las posibles soluciones protésicas para la rehabilitación de implantes angulados a partir de un caso clínico

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 50 años, portadora de prótesis total removible de larga duración cuyo motivo de consulta es la colocación de una prótesis fija sobre implantes en ambas arcadas (Fig. 1 – 7).

DISCUSIÓN

La falta de paralelismo de los implantes nos dificulta la rehabilitación protésica por su elevada dificultad técnica: estético y funcional. Se necesita pues de aditamentos protésicos mecánicamente resistentes y de una gran calidad de ajuste que revertían el disparelismo creado. Sin embargo, aditamentos prefabricados pueden no llegar a corregir dicha angulación, por lo que deberíamos usar sobrecollados (precio elevado), o múltiples aditamentos los cuales requieren un fuerte control y mantenimiento (riesgo de aflojamiento y fractura)³.

CASO CLÍNICO



Inclinación de los pilares en distintos planos del espacio



Estructura metálica dividida en dos semi-estructuras⁴. Teniendo cada una su vía de inserción. Estas están unidas entre sí a partir de un atache de semiprecisión⁵ en doble T. El atache se realiza a partir de un proceso de electroerosión⁶.



CONCLUSIÓN

La segmentación de una estructura metálica sobre implantes por falta de paralelismo de los mismos es una opción predecible y económica. Gracias a la colocación de un atache de precisión a partir de electroerosión nos permite la colocación de la estructura mecánica en las dos vías de inserción

BIBLIOGRAFÍA

- Mali P, Klinger B, Nöcker M. All-on-Four immediate function concept with Straumann system implants for completely edentulous mandibles: a retrospective clinical study. Clin Implant Dent Relat Res 2013; 6 (suppl 1): 3-8
- Ortega E, Mendez A, Segura E, Weller R, Lopez J. Immediate implant loading in maxillary edentulous patients: Technique of Mini- Avances en otorrinolaringología e implantología oral 2008; 15(3): 88-95.
- Alford NJ, Zaki G. Long-term treatment outcomes in edentulous patients with implant-fixed prosthesis: the Toronto study. Int J Prosthodont 2004; 17: A17424
- Alford J, Glazer S, Vignola M, van't Hof-Grootenboer E. A 10-year prospective-retrospective clinical trial on the influence of applied and unapplied oral implants retaining a mandibular overdenture: Prosthetic aspects and patient satisfaction. J Oral Rehabil 1998; 25: 190-200
- Wahlström M, Palmqvist E, Kerschner G. Removable implant prosthodontic rehabilitation of the edentulous mandible: five year results of different prosthesis anchorage concepts. Int J Oral Maxillofac Implants 2013; 28: 588-607.
- Yu K, Hwang J. Study of the all electrical discharge machining (EDM). International journal of machine tools and manufacture 2003; 43(10): 1261-1265



Restauraciones de óxido de aluminio: Combinación de estética y resistencia



M^º Jesús Suárez, Benjamín Berrano, Jesús Polvora, Carlos López, José F. L. Lozano

Departamento Prótesis Bucofacial, Facultad De Odontología UCM

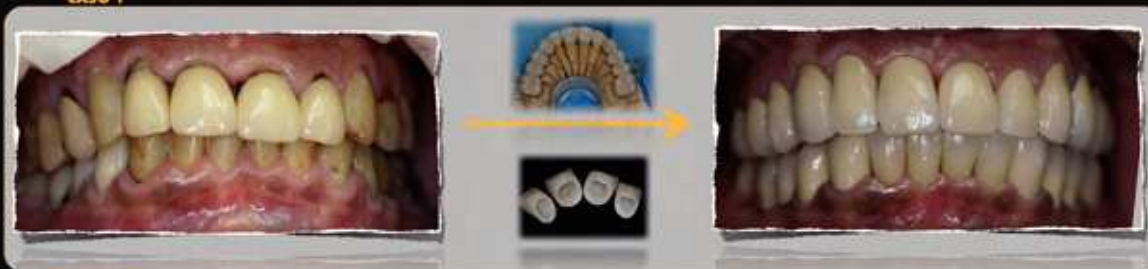
INTRODUCCIÓN

La demanda de las restauraciones cerámicas ha experimentado un gran auge, siendo múltiples los sistemas cerámicos disponibles en el mercado para el logro de los objetivos estéticos. En los últimos años, los sistemas cerámicos de óxido de aluminio se han introducido con fuerza debido fundamentalmente a sus propiedades mecánicas, sin embargo no siempre permiten el logro de unos resultados estéticos óptimos, existiendo otros sistemas cerámicos que se pudieran considerar "clásicos", que no pueden caer en el olvido y con los que se obtienen unos magníficos resultados estéticos.

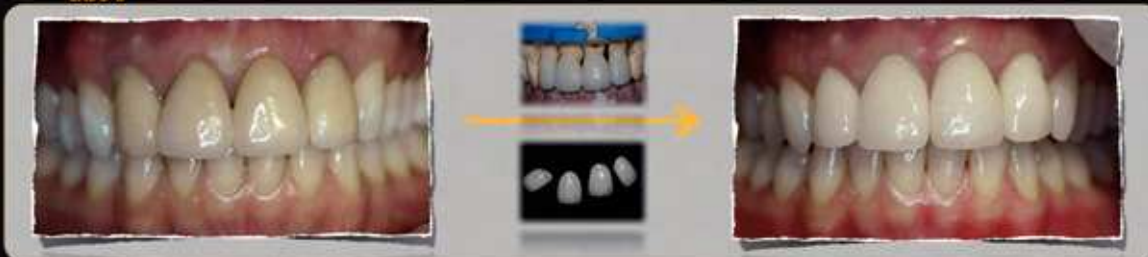
CASOS CLINICOS

Se presentan tres casos clínicos realizados con sistemas cerámicos de óxido de aluminio y tecnología CAD/CAM para restauraciones múltiples en el grupo anterior.

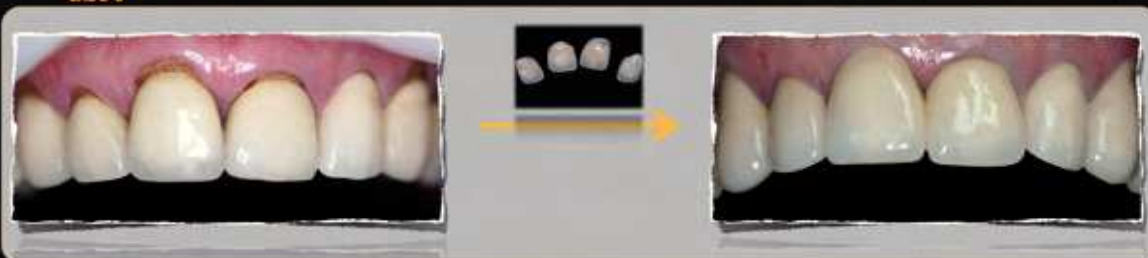
CASO 1



CASO 2



CASO 3



CONCLUSIONES

Los sistemas cerámicos de aluminio permiten la confección de restauraciones de extraordinaria translucidez, con un resultado estético excelente, un sellado marginal preciso y con unas propiedades mecánicas adecuadas para los dientes anteriores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hsu K, Lee H, Chang H, Hsu H. El procesamiento por ordenador de imágenes y restauración por ordenador de imágenes dentales. Rev. International de Prótesis Odontológica Experimental.
2. Nagai T, Kato T. Estética experimental en el maxilar superior. J. Oral Rehabilitation 1994; 21: 371-376.
3. Bentley T, Pardo G, Suarez M, Wain J. Zirconia óxido de aluminio y zirconia óxido de aluminio. Rev. International de Prótesis Odontológica Experimental.
4. Jolly M, P. Avances de la técnica de fabricación de cerámica dental. Rev. International de Prótesis Odontológica Experimental.
5. Jolly M, P. (ed.) Tratado de Odontología. 2.ª edición. 2008. Elsevier.
6. Jolly M, Pardo G, Bentley T. (ed.) Tratado de Odontología. 2.ª edición. 2008. Elsevier.



Universidad
Rey Juan Carlos

ZIRCONIO, ¿ALTERNATIVA REAL AL TITANIO?

CARBALLO TEJEDA V, LUCERÓN DÍAZ-ROPERO ME, IGUALADA AMIGO E, CORTÉS-BRET
BRINKMANN J, GARCÍA DURÁN C, GARCÍA GÓMEZ FA, GONZÁLEZ SANZ A.

UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ODONTOLOGÍA, DPTO. PRÓTESIS ESTOMATOLÓGICA



METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en
MEDLINE

OBJETIVOS

- Determinar si actualmente, el zirconio podría representar una alternativa real al titanio.
- Valorar y comparar el uso de implantes y de pilares de zirconio vs titanio para analizar la predictibilidad de un tratamiento implantológico usando sólo zirconio.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha aparecido el Dióxido de Zirconio como una nueva opción en la elaboración de implantes dentales y aditamentos implantológicos. Actualmente se considera que este material tiene un gran potencial para ser usado en la odontología moderna, ya que nos permite obtener resultados más estéticos y reducir el número de metales en boca conservando las características funcionales y mecánicas del material tradicional.

El zirconio presenta una gran biocompatibilidad y menos adhesión de placa bacteriana; lo que hace que la salud de tejido óseo y conectivo a largo plazo sea óptimo y los resultados estéticos se mantengan en el tiempo.

PILARES DE ZIRCONIO

- Los pilares de zirconio ofrecen mejores resultados estéticos.
- Riesgo minimizado de fractura o aflojamiento del tornillo.
- Soporta adecuadamente los cambios de temperatura.
- Precisión excepcional en ajuste.
- Buena resistencia a la fractura ante fuerzas masticatorias en grupo anterior y posterior.
- Su resistencia aumenta cuando el diámetro del implante es mayor.
- Periintegración; mayor adhesión de fibras colágenas.
- Las propiedades mecánicas y biológicas de los pilares transmucosos de zirconio son similares a los de titanio.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEL ZIRCONIO

- Presenta la misma dureza y resistencia que el titanio.
- Ofrece buena resistencia a la tracción.
- Resistente a la corrosión, similar al acero.
- Resiste a cualquier tipo de ácido.
- Es duradero en relación con el estrés y la tensión.
- Es termoconductor.
- Es biocompatible (no produce cambios en el ADN celular, no es mutagénico ni carcinogénico).
- El dióxido de zirconio estabilizado con itrio tiene mayor resistencia, dureza y buena estabilidad.
- Estética inmejorable.
- El coste del tratamiento es más elevado en casos de zirconio.

IMPLANTES DE ZIRCONIO

- Reduce la posibilidad de generar reacciones alérgicas.
- El BIC (bone implant contact) es comparable a los implantes de titanio.
- La proliferación de osteoblastos en las fases iniciales de la osteointegración es significativamente mayor que en superficies de titanio (aunque la fuerza de adhesión es significativamente menor).
- La fuerza de antirotor que empleada para la remoción de los implantes de zirconio es comparable a los de titanio.
- Es termoconductor, aunque la temperatura que alcanza el implante al preparar el muñón en boca no es crítica para la osteointegración.
- Los implantes de zirconio con superficies tratadas presentan mejor integración que aquellos que son mecanizados.

➤ Actualmente, no podemos considerar el zirconio como una alternativa real al titanio ya que no hay estudios estadísticamente significativos que determinen su supervivencia y comportamiento a largo plazo.

➤ Por el momento, las investigaciones clínicas y científicas nos hacen pensar que el zirconio presenta un gran potencial para ser un material de éxito.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

1. Nothdurft F, Pospisil P. Prefabricated zirconium dioxide implant abutments for single-tooth replacement in the posterior region: evaluation of peri-implant tissues and superstructures after 12 months of function. *Clin Oral Implants Res* 2010; Apr 5. 2. Mangano C, Mangano F, Piatelli A, Lezzi G, Mangano A, La Colla L. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2010 Mar-Apr;25(2):394-400. 3. Mangano C, Mangano F, Piatelli A, Lezzi G, Mangano A, La Colla L, Mangano A. Single-tooth Morse taper connection implants after 1 year of functional loading: a multicentre study on 302 patients. *Eur J Oral Implantol*. 2008 Winter;1(4):305-15. 4. Andersson B. Review implants for single-tooth replacement. A clinical and experimental study on the Branemark CeraOne System. *Swed Dent J Suppl*. 1995;108:1-41. 5. Koutayas SO, Vagkopoulou T, Pelokanos S, Koidis P, Strub JR. Review Zirconia in dentistry: part 2. Evidence-based clinical breakthrough. *Eur J Esthet Dent*. 2009 Winter;4(4):348-80. 6. Aboushelib MN, Salameh Z. Zirconia implant abutment fracture: clinical case reports and precautions for use. *Int J Prosthodont*. 2009 Nov-Dec;22(6):616-9. 7. Sailer I, Sailer T, Stawarczyk B, Jung RE, Hammerle CH. In vitro study of the influence of the type of connection on the fracture load of zirconia abutments with internal and external implant-abutment connections. *J Oral Maxillofac Surg* 2009 Nov;67(11 Suppl):74-81. 8. Blatz MB, Bergler M, Holst S, Block MS. Zirconia abutments for single-tooth implants—rationale and clinical guidelines. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2009 Jul-Sep;22(3):773-9. 9. Maccauro G, Bianchino G, Sangiorgi S, Magnani G, Marotta D et cols. Development of a new zirconia-toughened alumina: promising mechanical properties and absence of in vitro carcinogenicity. *J Prosthodont* 2010 Jan;19(1):64-8. 10. Goncalves F, Dias EP, Cestary TM, Taga R, Zanetti A et cols. Clinical and histopathological analysis of intramucosal zirconia inserts used for improving maxillary denture retention. *Clin Oral Implants Res* 2009 Nov;20(11):1265-71. 11. Kohal RJ, Baechle M, Han JS, Hueren D, Huebner U et cols. In vitro reaction of human osteoblasts on alumina-toughened zirconia. *Int J Maxillofac Surg* 2009 Nov;38(11):1127-32. 12. Piker W, Kocher A. Immediate, non-submerged, root-analogue zirconia implants placed into single-rooted extraction sockets: 2-year follow-up of a clinical study. *Clin Oral Implants Res* 2009 Sept;20 Suppl 4:32-47.