

IPE (implante post-extracción):

GRUPO DE REHABILITACIÓN IMPLANTO-PROTÉTICA GRIP.

Luego de una exodoncia, la cresta alveolar sufre cambios morfológicos y disminuye su volumen, esta retracción del hueso es directamente proporcional al tejido gingival, quien no solo va a variar su morfología sino también su arquitectura reduciendo sus dimensiones, y cambiando su estructura histológica con pérdida de encía insertada.

Son estos datos de fundamental importancia para el operador ya que de esto dependerá la selección del caso y un correcto plan de tratamiento, un buen protocolo de trabajo nos permitirá acercarnos a nuestro objetivo y así anticiparnos a los ya mencionados cambios biológicos luego de una extracción.

Los primeros trabajos que nos abrieron el interés por esta práctica fueron los de Richard Lazzara (1989), la colocación de IPE generó un tratamiento acelerado a los procedimientos estandarizados de la época.

Podríamos decir que el IPE es la opción ideal para reponer una pieza perdida, hablando siempre de dientes unirradiculares. Su éxito depende de la cuidadosa selección del caso y de las maniobras quirúrgicas tanto para la exodoncia como para la colocación del implante. Logrando esto, encontraremos una gran cantidad de beneficios propios y de los pacientes.

Objetivos del IPE: evitar mediante la inserción del implante precoz las alteraciones estructurales en la zona a restaurar.

INDICACIONES

- » Traumatismos/ fracturas.
- » Agenesias.
- » Lesiones endodónticas no activas.
- » Reabsorción radicular
- » Caries no tratable.
- » Enfermedad periodontal no activa.

VENTAJAS

- » Reduce la reabsorción del hueso alveolar.
- » Disminuye la duración del tratamiento.
- » Evita una segunda intervención.
- » Similares tasas de éxito.
- » Conservación de tejidos blandos y duros
- » Mejor posición del implante.

Pasos a tener en cuenta:

En cuanto a la exodoncia: debemos hacerlo de manera menos traumática posible respetando tanto los tejidos duros como los blandos, éstos con un mínimo legrado, evitando así la realización de incisiones y por ende colgajos. De esta manera nos vamos a garantizar la estabilidad de los tejidos peri-implantarios no alterando la irrigación de la zona y evitando las retracciones cicatrizales. Para la extracción nos vamos a valer de piedras, fresas (ambas solo para odontosección), periostotomos, cunetas y elevadores delicados; siempre irrigando con solución salina. Si fuese posible, la utilización de un bisturí piezo-eléctrico.

En cuanto al protocolo para la colocación del implante: luego de un correcto sondaje del aveolo, vamos a tener en cuenta una fijación del implante 4mm. mas allá del límite apical. La plataforma del implante debe quedar a 3mm. por debajo del margen gingival vestibular. El espacio entre las paredes óseas y superficie del implante (GAP) debe ser lo menor posible, si es mayor a 1.5mm. se recomienda la colocación de hueso autólogo recolectado del fresado o de zonas vecinas. La colocación de un sustituto óseo, se coloca principalmente para contener la arquitectura gingival, y no a modo de regeneración.

Entonces en base a lo que vimos podemos decir que para un IPE será necesario:

- » Mantener las paredes del alvéolo intactas.
- » Extracción mínimamente traumática y con abundante irrigación de solución salina.
- » Legrado concienzudo para eliminar tejido implantario.
- » Disponibilidad de 4mm. en apical del alveolo para el anclaje de la fijación.
- » Y por sobre todas las cosas y fundamental, criterio y un correcto protocolo de trabajo.

A continuación y por último, pasamos a ver qué puede pasar en el momento de hacerlo como así también cuando no encarar un caso.

INCONVENIENTES

- » Puede ser necesario utilizar más técnicas regenerativas adicionales.
- » El cierre primario de la herida puede estar dificultado.

CONTRAINDICACIONES

- » Enfermedad periodontal activa.
- » Absceso periodontal.
- » Absceso periapical.
- » Insuficiente soporte óseo (defectos de tres paredes, lesiones apicales y grandes cráteres).
- » Significativas recesiones gingivales
- » Fractura de las corticales.

Teniendo en cuenta estos parámetros y logrando una correcta colocación con buena fijación inicial, esto se puede combinar con un protocolo de carga inmediata o mejor dicho, provisionalización inmediata con una correcta evaluación oclusal y eliminación de parafunciones. ¿Que quiere decir esto?: que la provisionalización será en total inoclusión ósea fuera de oclusión, sólo recibirá lo que se llama «estímulo inmediato».

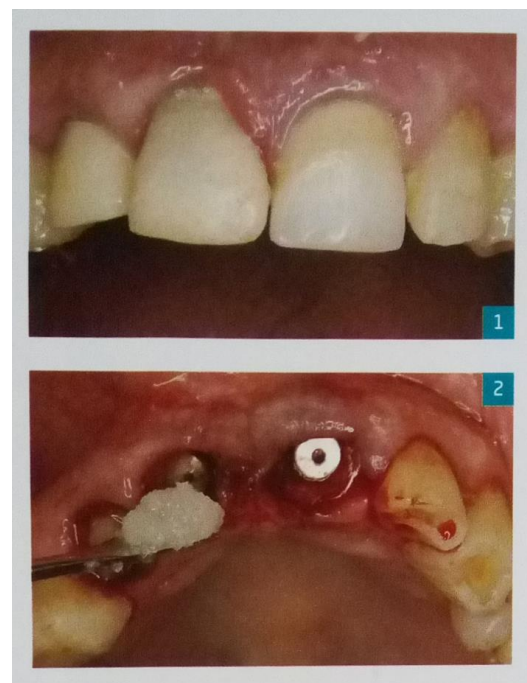
Caso clínico I

IPE Máxilar Superior con Carga Inmediata



Caso Clínico II

Implantes post extracción con relleno de bio-materiales para mantener la arquitectura gingival.



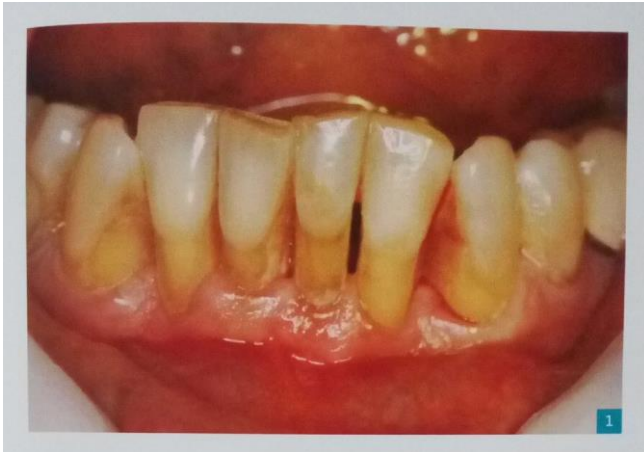
Caso Clínico III

IPE Maxilar Inferior con Carga Inmediata



Caso Clínico IV

Implantes post extracción maxilar inferior



CONCLUSIONES

Es imprescindible una formación multi disciplinaria, dominar las técnicas de diagnóstico, planificación, oclusión y prótesis para la colocación de implantes post-extracción.

