

## Estudio descriptivo a 3 años sobre un grupo controlado de pacientes parcialmente desdentados rehabilitados con implantoprótesis de carga temprana

Dra. M.ª Antonia Rivero González<sup>a</sup>/Dr. Jaime del Río Highsmith<sup>b</sup>/Dr. Ignacio Ardizzone García<sup>c</sup>

**Objetivo:** El objetivo de nuestro estudio se basó en considerar el tiempo de consolidación de una fractura ósea simple como tiempo de osteointegración e incluir este tiempo como parámetro a considerar a la hora de establecer la carga funcional simple. **Material y método:** Se colocaron 68 implantes SLA<sup>®</sup> en 18 pacientes parcialmente edéntulos rehabilitados a 4 semanas en mandíbula y a 6 en maxilar. Durante 3 años se estudiaron los patrones de estabilidad (Ostell Mentor<sup>®</sup>) y de hueso perimplantario (técnica radiográfica), comparando los resultados obtenidos con una serie de variedades. **Resultados:** Se obtuvo una supervivencia de implantes y prótesis parciales implantosoportadas del 100% y un porcentaje de éxito del 96,59% a los 3 años de carga. **Conclusiones:** El índice ISC aumentó de forma progresiva con el tiempo y fue mayor en mandíbula que en maxilar. Influyeron positivamente en la estabilidad: género femenino, prótesis con dos coronas y calidad ósea tipo II. Se perdió más altura ósea durante el primer año de carga y esta fue mayor en mesial que en distal. Influyeron en la pérdida de altura ósea: la longitud del implante (mayor longitud, mayor pérdida ósea) y prótesis con dos coronas. Por lo tanto, el tiempo de consolidación de una fractura ósea simple es un factor primordial a considerar a la hora de establecer la carga funcional de nuestras prótesis parciales implantosoportadas.

**Palabras clave:** Carga temprana, implantes, prótesis parciales implantosoportadas.

### Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad se han desarrollado diferentes métodos y artilugios realizados con el fin de reponer dientes perdidos, la mayoría de las veces con poco o ningún éxito.

Sería durante el siglo XIX cuando ciertos dentistas, animados por las técnicas que empleaban diferentes cirujanos para tratar fracturas óseas mediante la utilización de alambres, tornillos y placas, decidieron aplicar el mismo procedimiento en los maxilares para reponer piezas dentales<sup>1</sup>.

Comenzaron entonces a desarrollarse diferentes prototipos de implantes con resultados poco alentadores.

Sin embargo, el hito histórico en los avances implantológicos llegaría con el descubrimiento del proceso de osteointegración por Brånemark mientras estudiaba el proceso de regeneración de los tejidos óseos y medulares lesionados.

En función de los estudios experimentales y de la experiencia clínica se establecieron una serie de recomendaciones que podían asegurar una osteointegración duradera de los implantes, entre las cuales se incluía una técnica quirúrgica en 2 fases y un periodo libre de cargas durante la cicatrización de 3 a 6 meses<sup>2</sup>.

En desacuerdo con las ideas de Brånemark, otros investigadores empezaron a trabajar para intentar aplicar los principios de la osteointegración al desarrollo de un implante no sumergido insertado en una técnica de intervención, desarrollándose el Equipo Internacional de Implantología Oral (ITI, *International Team for Oral Implantology*)<sup>3</sup>.

Estos establecieron así mismo una serie de principios entre los cuales se incluía una cicatrización en condiciones de estabilidad mecánica y obtención de osteointegración antes de la carga funcional<sup>4</sup>.

Dos eran básicamente los argumentos para realizar una carga retardada de los implantes; por un lado, el que los movimientos inducidos por las fuerzas funcionales en la interfase hueso-implante durante la cicatrización podían provocar la formación de tejido fibroso en vez de una aposición directa de hueso<sup>5</sup>, y por otro lado, el que se consideraba que la capa de hueso necrótico que rodeaba al implante tras su inserción no sería capaz de soportar cargas y tendría que ser previamente reemplazada por hueso nuevo<sup>6</sup>.

<sup>a</sup>Profesora asociada. Departamento de Prótesis Bucofacial. UCM.

<sup>b</sup>Catedrático de Prótesis Dental. UCM.

<sup>c</sup>Profesor asociado. Departamento de Prótesis Bucofacial. UCM.

**Correspondencia:** M.ª Antonia Rivero González.  
Dpto. Estomatología I. Facultad de Odontología de la UCM.  
Plaza Ramón y Cajal, s/n. 28040 Madrid. España.