

Documento de consenso: Carga inmediata de implantes mandibulares.

© 2019: Fundación Internacional de Implantes, Munich, Alemania

Planificación para la carga inmediata de implantes dentales

I. Terminología descriptiva

La categorización de los implantes para carga inmediata o para la carga demorada es confusa, ya que no puede haber una curación de implantes completamente sin carga en el cuerpo humano vivo. Desde el momento mismo de la inserción, los implantes estarán expuestos a cargas en las áreas donde entran en contacto con el tejido vivo, ya que la presión intraósea y el desplazamiento de las capas óseas se producen como resultado de cada movimiento. Por lo tanto, se entiende que la carga inmediata significa carga inmediata para uso protésico (carga funcional inmediata).

II. Historia y situación actual

En el campo de la cirugía ortopédica, la carga inmediata de implantes con bloqueo forzado ha sido el estado de la técnica desde la introducción de conexiones de tornillo y placas de osteosíntesis (al menos desde 1980). Al tratar las fracturas de las extremidades, los tornillos para las placas de osteosíntesis, así como las propias placas, se colocan simultáneamente (una etapa). En traumatología el mejor interés del paciente y la práctica quirúrgica están en armonía.

En la implantología dental, dependiendo del tipo de implante utilizado, todavía se practica comúnmente un procedimiento diferido (en dos etapas). El argumento de la curación cubierta para proporcionar un ambiente estéril para prevenir infecciones tiene una aplicabilidad limitada en implantes diseñados con diámetros amplios en el cuello del implante más una estructura de superficie que agranda intencionalmente el área de la superficie (como los implantes Osseopore o Endopore). Mientras tanto, se han puesto a disposición varios sistemas de implantes para implantólogos orales que permiten una carga inmediata o incluso se han desarrollado especialmente para esta opción de tratamiento.

III. Evidencia científica de la carga inmediata

La carga funcional inmediata de los implantes ha demostrado ser adecuada y, en general, validada científicamente¹. Esto se aplica en particular a los sistemas de implantes que, por su diseño y en base a las instrucciones del fabricante, están destinados a ser utilizados en procedimientos de una etapa con carga funcional inmediata. Otros sistemas de implantes que solo ofrecen esta opción en una medida limitada (por ejemplo, porque requieren varios procedimientos, incluidos los preimplantológicos y los intervalos de tiempo más prolongados después de la cirugía preimplantológica), deben evaluarse de manera bastante crítica al planificar la carga inmediata.

No hay evidencia científica confiable de que las características específicas de la superficie del implante endoóseo (grabado, arenado) favorezcan o faciliten la carga inmediata. Sin embargo, estas características de la superficie pueden promover el desarrollo o la persistencia de la llamada periimplantitis.

El enfoque de tratar superficies con el propósito expreso de reducir los tiempos de curación es desconocido en traumatología.

Por otro lado, se han realizado suficientes estudios y una amplia experiencia clínica en cirugía dental y ortopédica, lo que indica que el anclaje diseñado macromecánicamente en el hueso cortical puede facilitar la carga inmediata. Como regla general, la primera y la segunda capa de hueso cortical se aprovechan para este propósito.

IV. Planificación para la carga inmediata en un caso específico del paciente

La planificación implanto-protésica contemporánea requiere al menos que a los paciente les sea presentada la opción de carga funcional inmediata. La decisión a favor o en contra de esta opción de tratamiento en un caso específico estaría sujeta a la prerrogativa de la decisión del proveedor de tratamiento en cooperación con un paciente bien informado. La experiencia ha demostrado que los pacientes generalmente optan por la carga inmediata.

1.) Los hallazgos diagnosticos y las preferencias del paciente rigen la eleccion del sistema de implantes

Sin embargo, una enumeración de las indicaciones individuales para la carga funcional inmediata según las clases de tratamiento y en base a esto una recomendación generalizada sobre el número de implantes requeridos no refleja adecuadamente las necesidades de atención individual del paciente según la evaluación del presente Consensoⁱⁱ. En cambio, el tipo de implante seleccionado por el dentista para el tratamiento en cuestión se vuelve más importante, de modo que en vista de la abundancia de sistemas de implantes disponibles la planificación de una restauración protésica inmediata solo debe prescindirse en casos excepcionales. Los planes de tratamiento para la carga inmediata a menudo requieren la rehabilitación de toda la dentición. Si un paciente determinado no está de acuerdo con esto (por ejemplo, al no consentir las extracciones necesarias para un tratamiento integral), a menudo será necesario el aumento óseo y el uso de implantes bifásicos/de dos partes (con todas sus desventajas).

En particular, los implantes con soporte Corticobasal[®], los implantes laterales e implantes basales que dan lugar a la corticalización de los aspectos del hueso esponjoso por compresión ósea a lo largo del eje vertical del implante, con a menudo mejoras dramáticas en términos del hueso utilizable, ahora generalmente tienen prioridad sobre los grandes sistemas cilíndricos de gran lumen que requieren que esté disponible preoperativamente una cantidad considerable de hueso. No debemos pasar por alto el hecho de que aproximadamente el 95% de los procedimientos de aumento óseo

realizados hoy con el único propósito de anclar el implante no serían necesarios si solo se usaran los implantes descritos anteriormente, que coincidan con el hueso existente desde el principio. El objetivo de la planificación de evitar el aumento óseo antes de la colocación del implante también corresponde regularmente a los deseos del paciente informado. La selección del tipo de implante que se colocará (diseños combinados con texturas de la superficie, longitudes, diámetros) debe ser apropiado para los hallazgos de diagnóstico y el objetivo del tratamiento según lo define el paciente. La ventaja de costos asociada con evitar el aumento óseo y evitar riesgos quirúrgicos adicionales son las razones principales por las que un paciente completamente informado generalmente decidirá contra el aumento.

La decisión a favor de un sistema de implantes monofásico (de una sola pieza) puede ser beneficiosa con respecto a la cicatrización y el mantenimiento del hueso, ya que evita el uso de microgaps, especialmente porque no tiene sentido unir conexiones atornilladas y otras articulaciones susceptibles que pueden ser colonizadas por gérmenes si el implante es cargado inmediatamente de todos modos. El uso de tornillos de compresión puede promover el logro de la estabilidad primaria. Los implantes Corticobasal® favorecen la carga inmediata, ya que no dependen del suministro vertical del hueso en la misma medida que los implantes clásicos de tipo tornillo, gracias a su anclaje cortical. A diferencia de los tornillos de compresión, los implantes de tornillo Corticobasal® no comprimen el hueso lateralmente, sino verticalmente, y no exhiben una superficie ampliada. Estos tipos de implantes son principalmente adecuados para la carga inmediata. En el contexto de los tipos de implantes Corticobasal® monofásicos (de una pieza) destinados a la carga inmediata, el aumento con el propósito de crear un lecho óseo transmisor de fuerza tiene poco sentido. Si el trasplante de tejido blando para mejorar el volumen y la estética no es una opción de tratamiento preferible, debe decidirse caso por caso. El éxito de los implantes de una pieza insertados en áreas de hueso previamente aumentado puede depender de si el hueso aumentado se reabsorbió (completamente) en realidad.

2.) Los hallazgos de diagnóstico y el sistema de implante utilizado rigen el plan de tratamiento individual

En la planificación de las restauraciones de implantes y prótesis, por un lado, se deben tener en cuenta los hallazgos diagnósticos y en particular las opciones estratégicas de colocación de implantes, un objetivo protésico sensato y la capacidad de carga de las estructuras óseas existentes. Por otro lado, el plan de tratamiento individual del implantólogo se guiará por las ventajas específicas del tipo de implante seleccionado para una situación dada. La planificación del tratamiento basada en especificaciones generalizadas en cuanto al número de implantes que dependen de alguna clase de tratamiento, se dice que se aplica por igual a todos los sistemas de implantes, indicaría que el plan de tratamiento no se basó realmente en los hallazgos diagnósticos.

La situación individual del tratamiento, la justificación de la planificación y el deseo del paciente de una restauración protésica inmediata le dan al dentista una causa

suficiente para utilizar la opción de tratamiento de carga inmediata, a no ser que una de las siguientes contraindicaciones ¡excepcionales! esté presente:

- Cantidad o calidad ósea insuficiente con respecto a todos los tipos de implantes convencionales disponibles en el mercado
- Opciones de ferulización o estabilización insuficientes o inexistentes (por ejemplo, conexiones de tornillo secundarias), especialmente en la región anterior y con huecos de un solo diente
- Circunstancias dictadas por el historial médico del paciente o la falta de cumplimiento del paciente
- Rango restringido de indicaciones para un sistema de implante específico según las instrucciones de su fabricante.

El paciente debe ser consciente, como parte de estar informado sobre el riesgo individual, de que el concepto de carga inmediata se desarrolló y se probó científicamente para la mandíbula edéntula y que a los riesgos individuales se les puede asignar más peso, mientras más pequeños sean los espacios que se restaurarán. Al tratar los huecos de un solo diente y las mandíbulas parcialmente desdentadas, se debe tener en cuenta que en lugar de las restauraciones con soporte de implantes, un puente convencional aún puede considerarse como una opción de restauración fija válida, siempre que haya disponible un número suficiente de pilares utilizablesⁱⁱⁱ.

En denticiones con necesidades restaurativas integrales, especialmente si la preservación adicional de los dientes es técnicamente complicada y costosa, o si la retención de dientes sanos prevendría la carga inmediata, es ahora apropiado señalar que la restauración con implantes Corticobasal® y la restauración extensa simultánea es un proceso mucho más rápido y barato que la preservación dental. Este consejo también debe ser brindado por dentistas que no dominen estos u otros métodos de implantología oral contemporánea.

3.) Divulgación de mecanismos de control extraños

Si el implantólogo está en contra de la carga inmediata, en principio o en el caso de un paciente específico, puede informarle que los problemas asociados se han debatido en el pasado, mientras que hoy en día, el uso de implantes con superficies agrandadas se considera más crítico.

Si el implantólogo ha limitado su propio rango de tratamiento al favorecer un sistema de implantes específico o ciertas medidas preimplantológicas independientemente de los hallazgos diagnósticos los deseos del paciente, el paciente debe recibir la divulgación completa de este hecho.

Si el implantólogo planea usar sistemas de implantes de gran tamaño, de múltiples partes y de superficie ampliada, las desventajas del plan de tratamiento resultante se deben revelar claramente.

Si el implantólogo es consciente de que ciertas aseguradoras de salud privadas renuncian a su obligación de pagar las prótesis con soporte de implantes cargados de inmediato en ciertas situaciones de diagnóstico por falta de estudios a largo plazo, esto también se debe señalar al paciente. Sin embargo, la negativa a pagar es, en cualquier caso inadmisibile con respecto a los sistemas de implantes cuyo uso en un régimen de tratamiento de carga inmediata ha sido expresamente aprobado por el fabricante del sistema^{iv}. En cualquier caso, la comercialización de sistemas de implantes y la determinación de su alcance de indicaciones no depende de la disponibilidad de dichos estudios a largo plazo, sino que se basa únicamente en las pruebas iniciadas por el fabricante por un organismo competente^v.

- i** zur medizinischen Notwendigkeit i.S.v. § 1 Abs. 2 GOZ, LG Tübingen, Urt. v. 11.05.2005, 3 O 267/03; zur medizinischen Notwendigkeit i.S.v. § 1 Abs. 2 MB/KK der Krankenversicherung, LG Köln, Urt. v. 07.02.2007, 23 O 458/04).
- ii** so noch ohne Differenzierung nach Implantatsystemen: Konsenspapier des BDIZ vom 26. 02.2006 „Sofortversorgung und Sofortbelastung auf Implantaten“
- iii** OLG Brandenburg, Urt. v. 29.05.2008, 12 U 241/07
- iv** zur medizinischen Notwendigkeit i.S.v. § 1 Abs. 2 GOZ, LG Tübingen, Urt. v. 11.05.2005, 3 O 267/03; zur medizinischen Notwendigkeit i.S.v. § 1 Abs. 2 MB/KK der Krankenversicherung, LG Köln, Urt. v. 07.02.2007, 23 O 458/04).
- v** § 6 Abs. 1 Medizinproduktegesetz zuletzt geändert durch Gesetz vom 14.06.07 (BGBl. I S. 1066); EU-RL 93/42/EWG (ABl. EG Nr. L 169/1 v. 12.07.1993)