



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

## UNA TECNICA PARA IMPRESIONES EN IMPLANTES YUXTAOSEOS

RODOLFO NÉSTOR ASTRADA \*

### R E S U M E N

Esta técnica consiste en impresionar el terreno con cubeta de acrílico y material elástico (mercaptano, silicona, etc.) y a través de estos introducir alfileres hasta superficie ósea para conseguir los espesores exactos de mucosa en la zona donde asentará el implante.

### A TECHNIQUE FOR IMPRESIONS IN JUXTABONY IMPLANTS

### S U M M A R Y

This technique consists to imprint the ground with acrylic and elastic material pail (buciet or beck) (mercaptan, silicon,) and to introduce pins though this materials until the bone surface to obtain the true or exact mucous thickness in the place where the implant will set up.

A través del tiempo, gracias a las investigaciones y perfeccionamiento de materiales y técnicas, podemos decir que los implantes (intro o yuxtaóseos), son una realidad en la práctica odontológica (1-2-3-4-5-6). Uno de los inconvenientes que presentan los implantes yuxtaóseos, es la necesidad de una perfecta adaptación de estos a la superficie ósea, para que el tejido de soporte (hueso) reciba bien distribuidas las fuerzas que trasmite la prótesis a través del implante y consecuentemente la cicatrización, (entre cortical ósea y periosto) se realice sin complicaciones.

Para la reproducción del terreno se realizan diferentes técnicas, una de ellas que podemos llamar de *certeza*, que consiste en tomar una impresión directa de la superficie ósea (4), mediante procedi-

\* Cátedra de Clínica de Prótesis II Curso —Coronas y Puentes—

mientos quirúrgicos bastante cruentos, levantando colgajos mucoperiosticos extensos, con la finalidad de obtener la exposición del hueso, y así poderlo impresionar. Esta técnica la consideramos problemática, por varias razones:

1) El trauma causado al paciente por la doble intervención quirúrgica, siendo el mismo de doble efecto: físico y psíquico.

2) El edema post operatorio que suele producirse, dificulta el uso de la prótesis standard que tiene el paciente o de la provisoria que podemos colocar.

3) La dificultad para realizar la impresión de la superficie ósea, puesto que tenemos un campo sangrante, exudado, seroso y saliva.

4) Necesitamos un material de impresión estéril, los convencionales no son y pueden contaminar al hueso, con excepción del hidrocóide reversible que puede ser esterilizado pero que requiere aparatología especial, de alto costo y difícil de conseguir en nuestro medio.

5) Mayor riesgo de contaminación superiostica por la doble intervención.

Otra técnica usada, es la llamada "minitraumática" es presuntiva, consiste en tomar una impresión con cualquiera de los materiales para impresión de uso corriente, y una vez obtenido nuestro modelo de trabajo, desgastamos el mismo, en la zona donde se colocará el implante, guiados por la palpación de la mucosa y por las radiografías, tomadas con rayos blandos, con las cuales podemos medir el espesor de la mucosa únicamente, en zonas más altas de los rebordes maxilares (5). Las radiografías se pueden tomar con guías de superficie mucosa, lo cual se consigue adhiriendo a la superficie de las mismas un alambre delgado o pintándolas con un material radiopaco.

Esta técnica si bien es atraumática es completamente presuntiva, porque lo único controlable con relativa exactitud, es el espesor mucoso de la parte superior del reborde, el resto de la superficie de asiento del implante, se obtiene desgastando arbitrariamente el modelo, en base a un diagrama obtenido por palpación. Sabiendo que la consistencia de la mucosa es distinta en cada individuo, nos parece imposible determinar su espesor, por medio de una simple comprensión digital, por más agudizado sentido táctil que poseamos.

Los inconvenientes enumerados en las técnicas anteriormente descriptas, nos llevó a realizar una técnica sencilla, que no es tan

cruenta como la primera, ni incierta como la segunda, la cual nos está dando resultados satisfactorios en los casos en los cuales ha sido aplicada, razón por la cual pasamos a presentarla; consta la misma de varios pasos que a continuación se detallan:

1º) Se toma una impresión de alginato de la arcada a intervenir, con cubeta standard, con extensión correcta de los márgenes; se realiza el vaciado, con el cual obtenemos el modelo, que vamos a utilizar para confeccionar una cubeta individual de acrílico. En este modelo, en la zona que hemos determinado para realizar el Implante, hacemos un diseño del mismo, dibujándolo sobre el yeso con lápiz de grafito blando (Fig. 1).

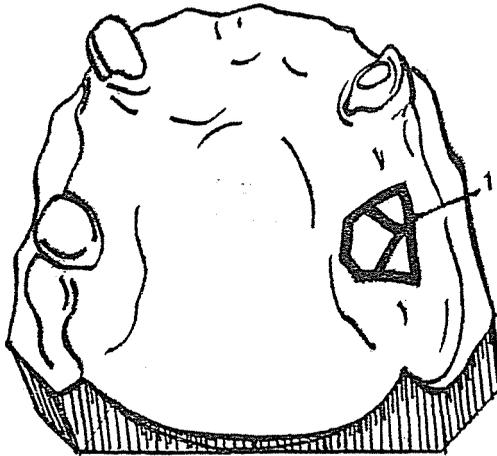


Figura 1.

1) Diseño del implante con grafito blando

En la parte interna de la cubeta, en la zona que corresponde al implante, se pega una plaqueta de cera, un poco más amplia que el diseño del implante, de espesor aproximado a dos hojas de cera rosa para bases (Fig. 2).

Se lleva la cubeta así preparada, sobre el modelo donde habíamos dibujado nuestro implante, presionamos y al retirarla notaremos que en la cera se adhiere el grafito blando, dejando marcado el diseño anterior (Fig. 3).

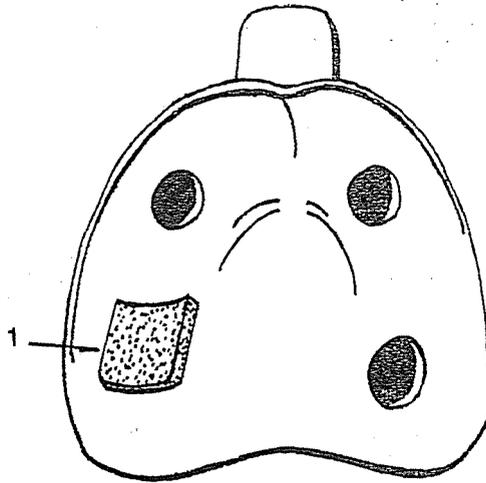


Figura 2.  
1) Cera

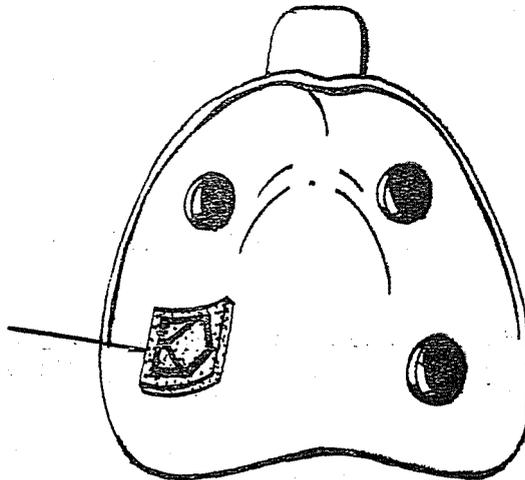


Figura 3.  
1) Cera marcada por el gráfico

Con una fresa de fisura, montada en pieza de mano de baja velocidad se hacen perforaciones que sean perpendiculares a la cubeta, atravesando el espesor de cera y cubeta. Estas perforaciones se realizan siguiendo las marcas del diseño, espaciadas entre sí, aproximadamente tres milímetros; retiramos la cera, y nos queda la cubeta preparada para la impresión definitiva (Fig. 4).

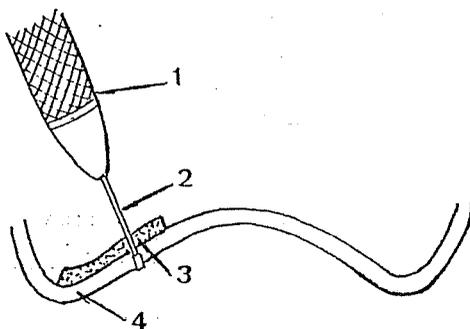


Figura 4.

- 1) Pieza de mano
- 2) Fresa
- 3) Cera
- 4) Cubeta

Esterilizamos alfileres de aproximadamente 20 mm. de largo, en cantidad suficiente para las perforaciones realizadas en la cubeta, anestesiarnos la zona del implante, procediendo luego a la toma de la impresión con material elástico (mercaptano, silicona, etc.), una vez fraguado el mismo, cortamos con una espátula filosa o con bisturí los excedentes que han aflorado a través de las perforaciones para tener una buena visibilidad de las mismas (Fig. 5).

El paso siguiente consiste en la colocación de los alfileres a través de las perforaciones, atravesando material de impresión y la mucosa hasta hacer tope en la cortical ósea; para ello seleccionamos primero las perforaciones paralelas al eje de salida de la impresión, introducimos en cada una de ellas un alfiler, hasta sentir el tope en hueso, a este grupo de alfileres paralelos al eje de salida de la impresión (que para distinguirlo de los otros llamaremos "grupo 1") los mismos entre sí y también a la cubeta, con acrílico autopolimerizable, cuidando no tapar las otras perforaciones durante la manobra (Fig. 6).

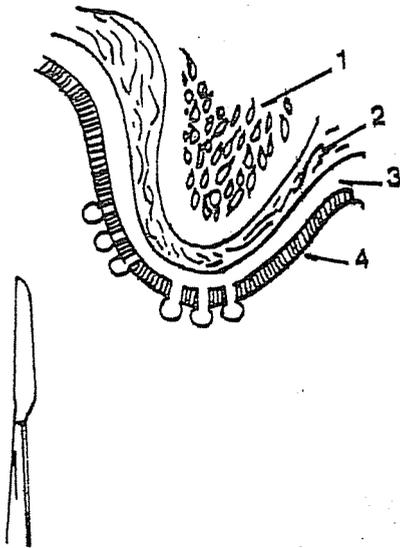


Figura 5.

- 1) Hueso
- 2) Muco periostio
- 3) Material de impresión
- 4) Cubeta

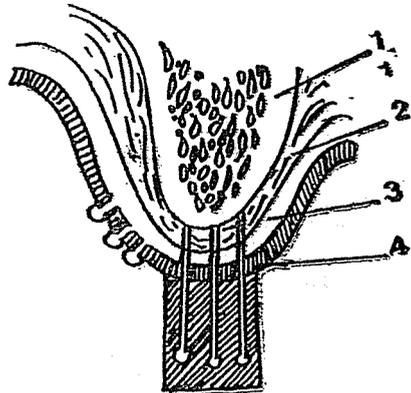


Figura 6.

- 1) Hueso
- 2) Muco periostio
- 3) Material de impresión
- 4) Cubeta

A continuación, ya fraguado el acrílico del "grupo 1", colocamos sobre este, y en cubeta, en la zona de los otros orificios un material aislante (vaselina líquida, etc.) continuando luego con la introducción de los alfileres en el resto de las perforaciones, siempre hasta hacer tope en hueso, pero en este segundo grupo deben ser paralelos entre sí, los unimos con acrílico y obtenemos así el "grupo 2" (movible) generalmente con dos o tres grupos tenemos todos los alfileres colocados (Fig. 7).

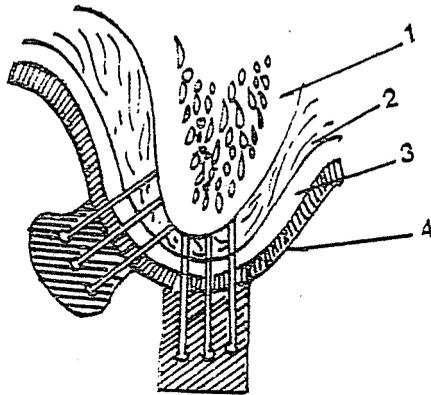


Figura 7.

- 1) Hueso
- 2) Muco periostio
- 3) Material de impresión
- 4) Cubeta

Para retirar la impresión es necesario retirar los grupos de alfileres que no son paralelos al eje de salida de la misma, y que para eso fueron aislados con vaselina (grupo movible) (Fig. 8).

Una vez retirados éstos, realizamos el retiro de la impresión, la cual sale en conjunto con el "grupo 1" de alfileres o grupo fijo. Después de lavada la impresión, se procede a colocar los grupos de alfileres movibles, pegándolos con cera resinosa, por la parte externa de la cubeta, evitando así su movilidad. Tenemos de esta manera completada la impresión, en la que aparecen las puntas de los alfileres que nos indican el espesor mucoso de la zona (Fig. 9).

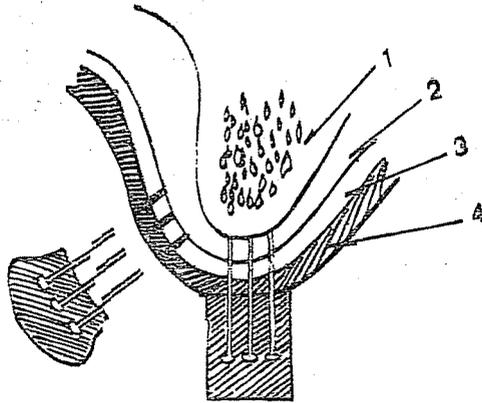


Figura 8.

- 1) Hueso
- 2) Muco peristio
- 3) Material de impresión
- 4) Cubeta

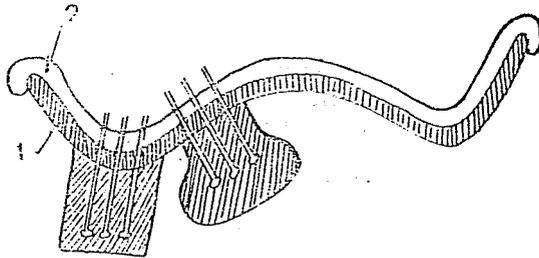


Figura 9.

- 1) Cubeta
- 2) Material de impresión

Procedemos a llenar con cera por goteo, toda la zona demarcada por los alfileres hasta sus puntas, llevando el contorno de nuestro encerado a 1 mm. por fuera del perímetro de los alfileres; alisamos la superficie de la cera, de modo que apenas se insinúen las puntas de los alfileres (Fig. 10).

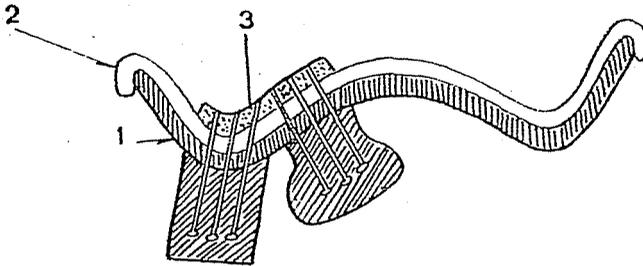


Figura 10.

- 1) Cubeta
- 2) Material de impresión
- 3) Cera

Realizamos el vaciado en densita y obtenemos un modelo en el cual está determinado el lugar y la profundidad de lo cortical ósea. (Fig. 11).

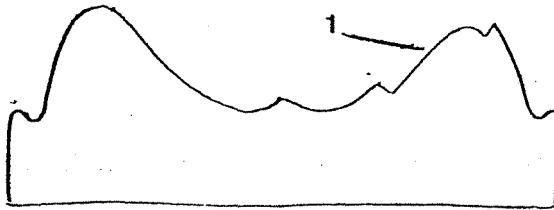


Figura 11.

- 1) Concavidad en el modelo

Se puede concluir diciendo que:

1º) Con este tipo de impresión se han obtenido implantes que han adaptado correctamente a la superficie ósea, siendo ésto de fundamental importancia para la estabilidad y fijación del mismo.

2º) Es una técnica de impresión que no produce ningún efecto secundario en la mucosa donde fueron colocados los alfileres.

3º) Es una técnica sencilla, se realiza con materiales e instrumental standard.

4º) No hay traumatismo quirúrgico, como en la técnica de impresión directa del hueso, trabajamos con el paciente ambulatorio. (Fig. 12).

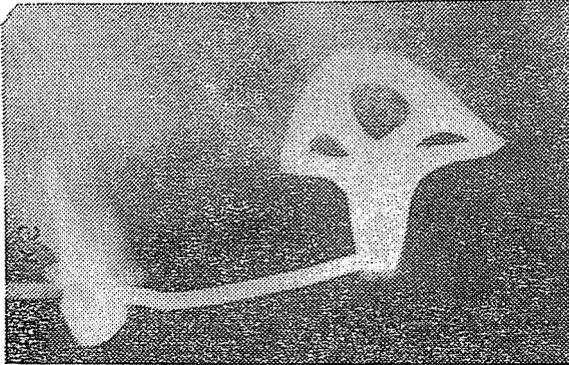


Figura 12.

Radiografía de un caso realizado con esta técnica

#### B I B L I O G R A F I A

- Audoire, P.; Pelletier, M.: Report on Yuxtossseous implants. *Rev. Odontomat.* 9:659, 1962.
- Bojanow, B.: On the unsolved problems of subperiosteal implants. *Deutsch. Stomat.* 15:48, 1965.
- Currie, F. V.: Full Mandibular subperiosteal implant denture. *J. Canad. Dent. Ass.* 27:559, 1962.
- Gershkoff, A. y Goldberg, N. I.: *Denturas implantadas.* Buenos Aires. Panamericana, 1961, pág. 19-38.
- Rillo, C. A.; Benítez Castellanos, H.; Larghi, M. O.: *Implantodontología aloplástica* Buenos Aires, Ursino, 1971.
- Skaloud, F.: Experiences with subperiosteal implants. *J. Implant. D.* 5:42, 1959.