

[*El especialista*]

Hablemos de los implantes zigomáticos

Esta técnica ha supuesto una verdadera solución para la atrofia severa del maxilar.



José Luis Villamarín Domínguez
MÉDICO ODONTÓLOGO. COLEGIADO
COEL

EL IMPLANTE CIGOMÁTICO HA SUPUESTO toda una revolución en el campo del tratamiento de la atrofia severa del maxilar superior. La principal característica de estos implantes es que van colocados en un hueso que no se reabsorbe nunca, como es el hueso cigomático o pómulos. Lo mismo ocurre con otro tipo de implantes que también se utilizan, que son los implantes pterigoideos del hueso esfenoides. Por eso están tan indicados en las grandes reabsorciones óseas.

HACIENDO HISTORIA. Fueron diseñados inicialmente para la rehabilitación de pacientes víctimas de traumas o cirugías resectivas tumorales en las que hay gran pérdida de estructuras maxilares.

Estos son implantes más largos que los alveolares y que, partiendo de hueso alveolar residual, pasan a través del seno maxilar y buscan su anclaje en el hueso zigomático, entre la pared lateral de la órbita y el proceso temporal del cigoma. Se trata de un hueso muy compacto, que será el encargado de absorber una parte relevante de la carga

funcional de la futura prótesis.

Los candidatos a un tratamiento con implantes zigomáticos suelen ser pacientes edémulos de larga evolución portadores de prótesis completas, frecuentemente en la quinta década de la vida o a partir de ella y en los que la atrofia ósea es tan importante que no son posibles implantes alveolares.

Pero también pueden serlo pacientes con periodontitis (piorrea) muy agresiva que, aunque conservan sus dientes, la cantidad y calidad del hueso es mala. También para cirugía de rescate, tras tratamientos anteriores sin éxito.

Los pacientes edéntulos tienen unos tejidos blandos muy sensibilizados como consecuencia de la pérdida de espesor de la mucosa, la disminución del flujo salivar y la falta de retención y estabilidad de las prótesis. Las prótesis retenidas con implantes no necesitan apoyarse en los tejidos blandos, dando mayor comodidad bucal.

Las prótesis comprometen el habla y la función oral y pueden llegar a desplazarse hasta 10 milímetros en relación con las estructuras de apoyo durante el uso. La lengua y la musculatura perioral pueden verse comprometidas en su intento de limitar el movimiento de las prótesis mandibulares.

BENEFICIOS. Un implante estimula el tejido óseo y mantiene sus dimensiones de un modo parecido a los dientes naturales sanos.

Las prótesis implantosoportadas son estables, tienen una buena retención y no requieren la

intervención de la musculatura.

La ventaja de los implantes zigomáticos es que es un tratamiento de una sola cirugía y de escasa morbilidad. Los tiempos quirúrgicos son menores, no existen segundos campos quirúrgicos, se evita la necesidad de autoinjertos, se limita la pérdida hemática y no son precisas técnicas adicionales de cirugías de tejidos blandos.

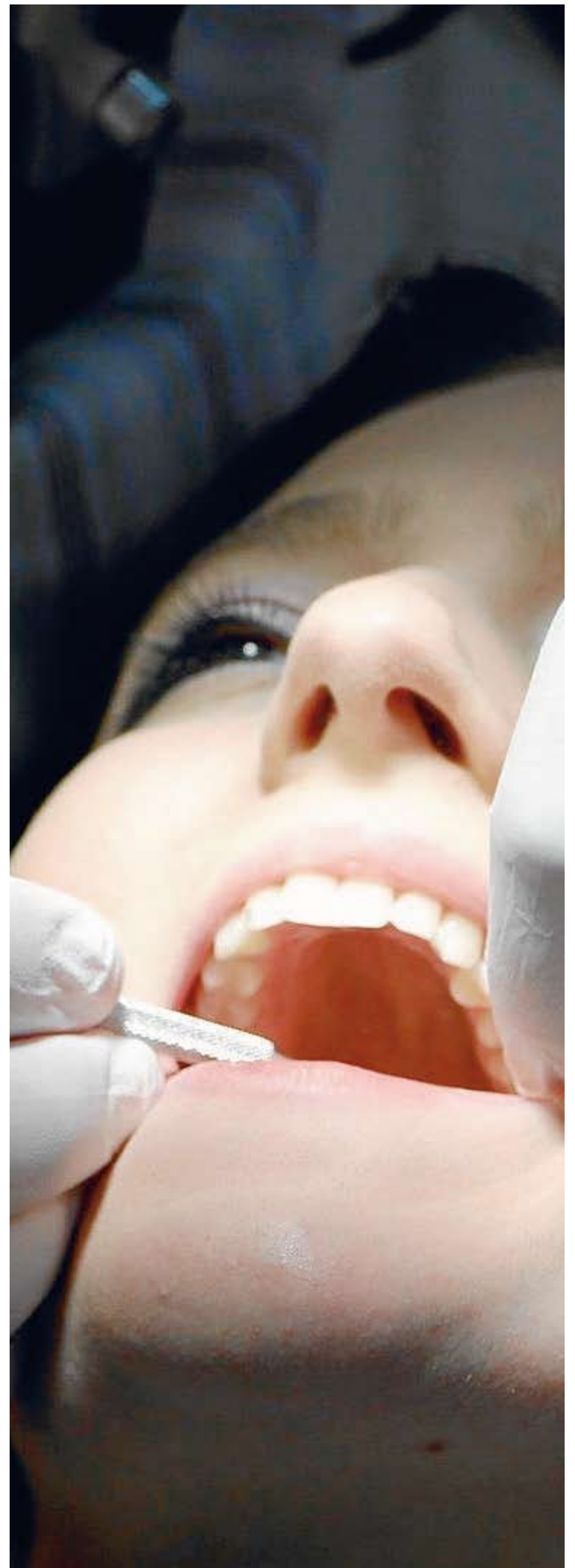
Algunos datos

Cifras

- ▶ La tasa de éxito de estos tratamientos es muy elevada, ya que se sitúa en torno al 95 %.
- ▶ Incluso hay series publicadas con 15 años de seguimiento, con tasas de éxito cercanas al 100 por ciento.
- ▶ Además, al ser la resolución del caso de manera inmediata, el grado de satisfacción de estos pacientes es muy alto.

Entre sus ventajas estarían...

- ▶ Este procedimiento se realiza sin injertos de hueso: para este novedoso tratamiento es necesaria una sola cirugía.
- ▶ Este tratamiento permite disponer de dientes fijos en un período que oscila entre 24 y 48 horas.
- ▶ Es posible rehabilitar los maxilares sin injertos óseos de cadera o cráneo.



La recuperación es más rápida y, en 24/48 horas, el paciente puede llevar ya una prótesis fija, olvidándose de dieta de triturados.

Además, hoy día se realizan exodoncias y explantaciones de antiguos implantes simultáneas al procedimiento de inserción de los nuevos implantes, con tratamientos de las atrofias con injertos inlay u onlay de zonas donantes intraorales (mentón o rama mandibular), quistectomías o exodoncias de dientes impactados con implantes naso-zigomáticos,

pterigoideos o alveolares, además de osteoplastias o vestibuloplastias si precisa. Si la atrofia es extrema, el tratamiento es el 'cigoma quad': dos implantes zigomáticos de cada lado del maxilar y a veces un quinto en zona nasal (cigoma five).

INFORMACIÓN REMITIDA POR EL Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Lugo

