



Luis Carlos Parás Fernández

**Rehabilitación de arcada completa con carga inmediata post extracción en  
maxilar atrófico en pacientes con dentición terminal**

**Principios y procedimientos**

CURITIBA  
2023

Luis Carlos Parás Fernández

Rehabilitación de arcada completa con carga inmediata en maxilar atrófico en pacientes con dentición terminal

Principios y procedimientos

Dissertação apresentada a Faculdade ILAPEO como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Odontologia com área de concentração em implantodontia

Orientador Prof. Dr. Rubens Moreno de Freitas

CURITIBA  
2023

Luis Carlos Parás Fernández

Rehabilitación de arcada completa con carga inmediata post extracción  
en maxilar atrófico en pacientes con dentición terminal

Principios y procedimientos

Presidente da Banca Orientador: Prof. Dr. Rubens Moreno de Freitas

#### BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Flávia Noemy Gasparini Kiatake Fontão  
Profa. Dra. Rogéira Acedo Vieira

Aprovada em: 20-12-2023

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a:

Mi familia, Gloria mi esposa y mis hijos Andrea y Mauricio. Sin duda la inspiración y el apoyo para seguir mi preparación y superación profesional constante.

Mis padres, Antonio+ y Conchita, ambos un ejemplo de vida, me enseñaron a ser un luchador incansable, pero sobre todo lo más importante, me dieron un ejemplo de vida para siempre buscar ser una mejor persona.

A mis colegas y mi profesión. Soy un enamorado de la odontología, dedico este trabajo y este esfuerzo de superación a mi profesión, con el compromiso de contribuir con mi parte al desarrollo de la odontología y la implantología en mi país.

## **Agradecimientos**

Agradezco a mis maestros. En la vida profesional siempre estamos aprendiendo, el conocimiento de la implantología se desarrolla y avanza increíblemente rápido. Encontré en mis maestros de ILAPEO no solo conocimiento y experiencia, sino también un ejemplo de profesionalismo y una disposición a la enseñanza que me han marcado un camino en mi propia manera de enseñar. Después de 30 años de dedicarme a la enseñanza sigo aprendiendo como mejorar como maestro, gracias por su ejemplo.

## **Sumário**

1. Artigo científico .....	7
2. Conferencias.....	24

## 1. Artículo científico 1

# **REHABILITACIÓN DE ARCADA COMPLETA CON CARGA INMEDIATA EN MAXILAR ATRÓFICO EN PACIENTES CON DENTICIÓN TERMINAL PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS**

**Luis Carlos Parás Fernández<sup>1</sup>**  
**Rubens Moreno de Freitas<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Licenciado em Odontologia-AEGD-Fellowship Implantology, Universidad Intercontinental Mexico-Universidad de Rochester NY-New York University. Aspirante a título de Maestría em Implantología-Facultad de ILAPEO. Curitiba. BR.

<sup>2</sup> Cirujano Dentista-Doctor en Implantología. FOAr-Unesp. Professor Maestría en Implantología-Facultad de ILAPEO

### **RESUMEN**

La rehabilitación de arcada completa en el maxilar edéntulo o en dentición terminal presenta el reto de tomar una serie de decisiones críticas para el desarrollo del tratamiento y lograr un resultado satisfactorio para el paciente, especialmente en los casos de atrofia del proceso alveolar posterior.

La remoción de los dientes remanentes en conjunto con el uso de técnicas de colocación inmediata de implantes sin injertos en los senos maxilares ha sido ampliamente reportada en la literatura, con índices de éxito en carga inmediata iguales que los protocolos de carga diferida. 1-5

El propósito de este artículo es mostrar la colocación predecible de implantes con carga inmediata en maxilar atrófico al momento de extraer los dientes remanentes en una dentición terminal. La técnica y recomendaciones en una serie de casos clínicos será expuesta y analizada.

**Palabras-clave:** Carga inmediata; biomecánica; implantes; diseño; cantiléver; cono morse; Grand morse; estabilidad primaria

### **ABSTRACT (TIMES NEW ROMAN 11. NEGRITO)**

Full arch rehabilitation for the edentulous patient or the patient that presents terminal dentition poses decision making challenges for the resolution of the case and satisfactory outcome of the treatment, especially when there is significant atrophy of the alveolar process in the posterior maxilla.

The removal of remnant dentition combined with techniques for immediate implant placement without the need for extensive maxillary sinus grafting has been widely reported in the literature, with success rates for immediate loading similar to those of differed loading. 1-5

The purpose of this article is to demonstrate the principles for predictable placement of immediate implants with immediate prosthetic loading at the time of tooth extraction. The technique and recommendations will be exposed and discussed along with clinical cases.

**Keywords:** Immediate loading; biomechanics; implants; design; cantilever; cone morse; grand morse; primary stability

## INTRODUCCIÓN

El paciente edéntulo o quien presenta una dentición terminal sufre de dificultades para la función masticatoria, lo cual tiene un impacto en su alimentación, con las consecuencias que una mala nutrición puede tener sobre su salud. Las dificultades estéticas y fonéticas a las que se enfrentan también tienen repercusiones en su estilo de vida.

Hoy en día se puede ofrecer un protocolo que resuelva su condición de manera inmediata, con el mínimo de intervención y riesgos, con una óptima relación costo-beneficio. 2, 3, 6

En el maxilar edéntulo o que presenta una dentición terminal, frecuentemente nos enfrentamos a retos anatómicos que añaden complejidad al plan de tratamiento.

Para resolver estos casos necesitamos de un sistema de implantes que nos ofrezca:

1. Estabilidad primaria adecuada para poder llevar a cabo la carga inmediata, con un contacto inicial de hueso a implante elevado.
2. Estabilidad secundaria en un período de tiempo corto gracias a una superficie bioactiva
3. Pilares protésicos que se puedan colocar inmediatamente en el momento de la instalación del implante, los cuales no requieran ser cambiados o removidos.
4. Pilares con diferentes grados de angulación que permitan ubicar de manera más favorable los patrones de inserción de la prótesis.
5. Posibilidad de colocación subcrestal del implante, sin dejar cuerdas del implante expuestas, especialmente en casos donde se requiere colocar implantes inclinados.

6. Una conexión protésica estable que permita un sellado biológico que reduzca al mínimo el tamaño del micro gap, minimizando la remodelación ósea ya sea con pilares rectos o angulados.

7. Elevar la conexión de la prótesis a nivel gingival, haciendo los procedimientos de impresión, asentamiento de la prótesis y su mantenimiento más cómoda y biológicamente estable.

#### Plan de tratamiento de arcada completa para maxilar edéntulo

El manejo de la rehabilitación en la zona posterior del maxilar atrófico puede seguir varias estrategias, una de ellas la elevación del seno maxilar con injertos óseos y la colocación inmediata o diferida de los implantes. La utilización de implantes cortos evitando la elevación del seno maxilar es otra opción, sin embargo, en la zona posterior del maxilar se requiere una altura mínima de 6 a 7 milímetros para la colocación segura de implantes menores a 8 mm de longitud. La desventaja de estas dos técnicas es que generalmente requieren de un protocolo de carga diferida.

Bedrosian 5,9 describe 3 zonas de hueso en el maxilar edéntulo, proponiendo cuatro modalidades de tratamiento para carga inmediata sin la utilización de reconstrucción con injertos óseos. Fig. 1

Hueso presente en zona I, II y III - colocación de implantes axiales.

Hueso presente en zona I y II - colocación de implantes axiales en zona I e inclinados en la zona II

Hueso presente solamente en zona I - colocación de implantes axiales en la zona I e implantes zigomáticos en las zonas posteriores

Ausencia de hueso en zonas I, II y III - cuatro implantes zigomáticos

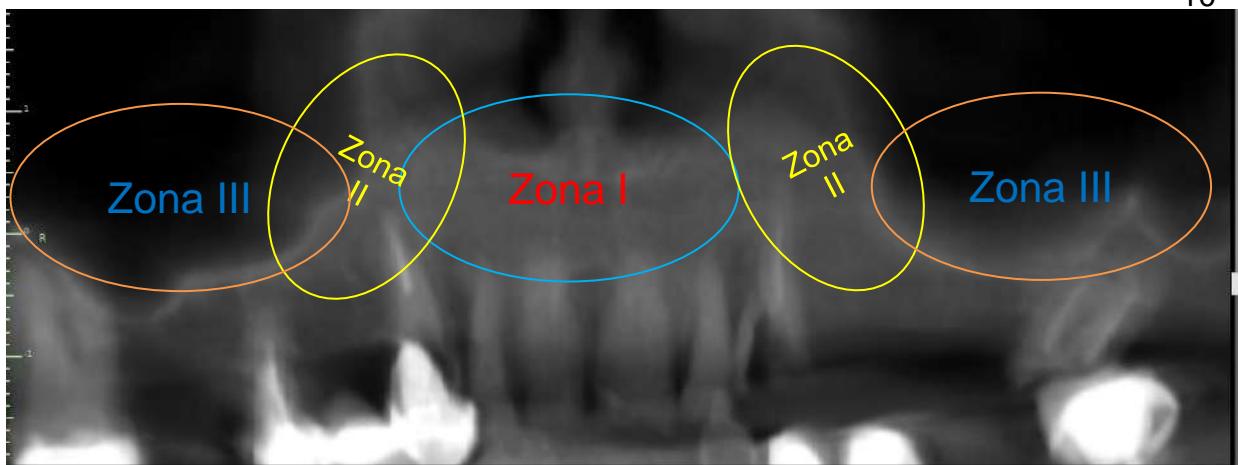


Figura 1 - Análisis de hueso remanente en las tres zonas del maxilar. Adaptado de Bedrosian E y cols. 9

## CASO CLÍNICO 1

El primer caso clínico: mujer de 72 años con dentición terminal que requiere una prótesis total maxilar y presenta hueso en zona I y II.

Después de evaluar el nivel óseo final necesario para el espacio protésico y que la línea de transición de la prótesis no sea visible en la zona estética, se planea para la colocación de cuatro implantes, dos axiales en la zona I y dos inclinados en la zona II Fig. 2. En la planeación virtual se decidió la colocación de 4 implantes Titamax CM/Ex; dos de 4 X 13 en la zona posterior y dos de 4 X 11 en la zona anterior.

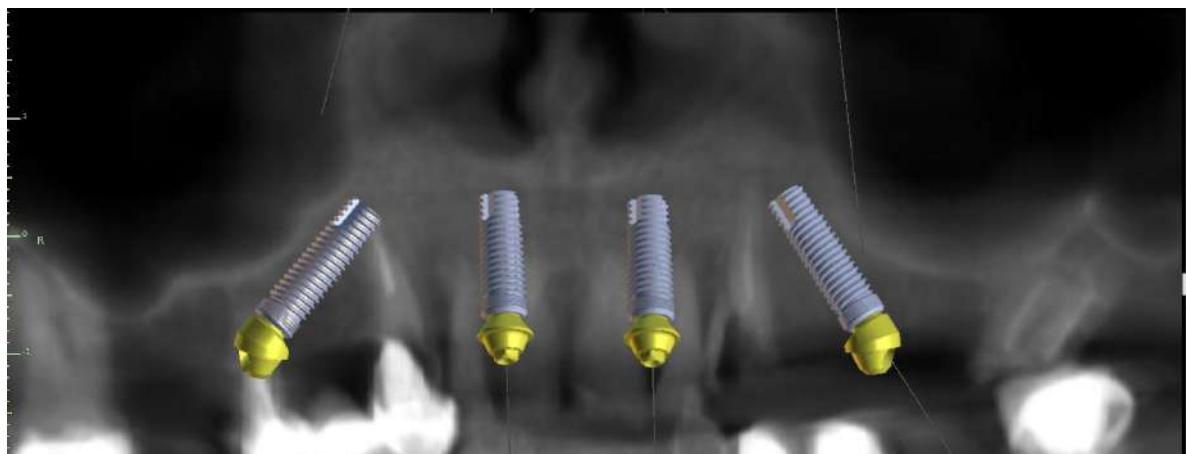


Figura 2. Plan de tratamiento virtual

El uso de implantes inclinados es una alternativa que ha sido extensamente documentada en los últimos años. Con una meticulosa planeación, se pueden colocar los implantes posteriores inclinados verificando la dirección de la osteotomía con radiografías transoperatorias. Fig. 3 La visualización directa de los senos maxilares con una corticotomía lateral del seno maxilar también es una técnica comúnmente utilizada, así como la transiluminación del seno maxilar durante la cirugía. La longitud de los implantes, especialmente en las zonas distales inclinados es de gran importancia en los procesos de carga inmediata, logrando fijación en la mayor cantidad de hueso cortical posible. Al incrementar la distancia entre implantes y la reducción del cantilever se logra una óptima distribución biomecánica de las cargas. Al incrementar la longitud de los implantes inclinados y conectar los implantes a una supraestructura fija de arcada completa se consigue una mejor distribución de las fuerzas. 6-8.

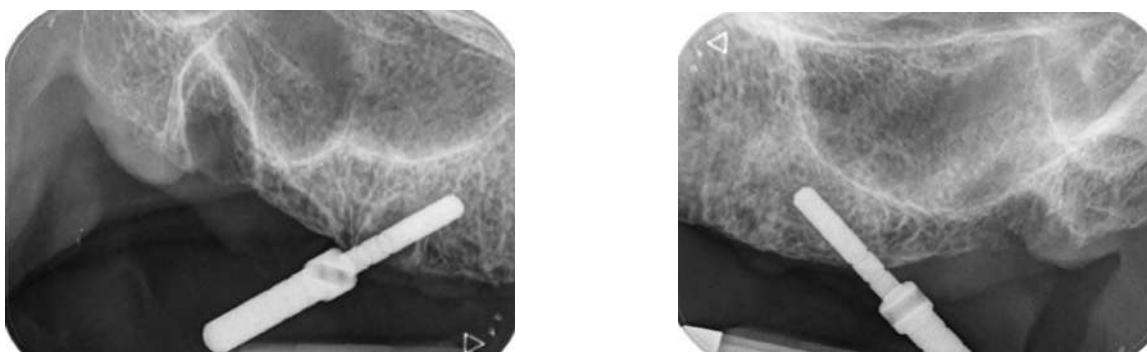


Figura 3. Radiografías trans-operatiorias para verificar dirección de osteotomía

El implante Titamax CM Ex permite la sub-instrumentación en la zona posterior del maxilar logrando una mayor estabilidad primaria con valores de inserción comúnmente superiores a los 30 Ncm de torque. Logrando un torque promedio igual o mayor a los 30 Ncm se puede llevar a cabo la carga inmediata.

### **Planeación Protésica**

Desde la planeación y simulación digital se pueden seleccionar los pilares protésicos que serán utilizados. La selección final de los pilares protésicos se lleva a cabo clínicamente

con el Kit de Selección Protésica de Neodent®. Para este tipo de rehabilitación están indicados los Mini-Pilares de Neodent®, diseñados para poder cambiar la angulación de inserción de los tornillos de fijación protésica y paralelizar el patrón de inserción de la prótesis, permitiéndonos elegir el ángulo y ubicación más conveniente de emergencia de las chimeneas para que éstas no queden en sitios visibles y no comprometan la integridad estructural de los dientes protésicos.

Fig. 2

### Cirugía

Después de la extracción de los dientes remanentes y la regularización del proceso alveolar a la altura planeada para el espacio protésico, se procede a instalación de los implantes. La colocación palatinizada de los implantes axiales en zona I permite fijación del implante a la cortical palatina y la colocación de mini pilar recto con emergencia del tornillo protésico palatino a los dientes de la prótesis. Fig. 4

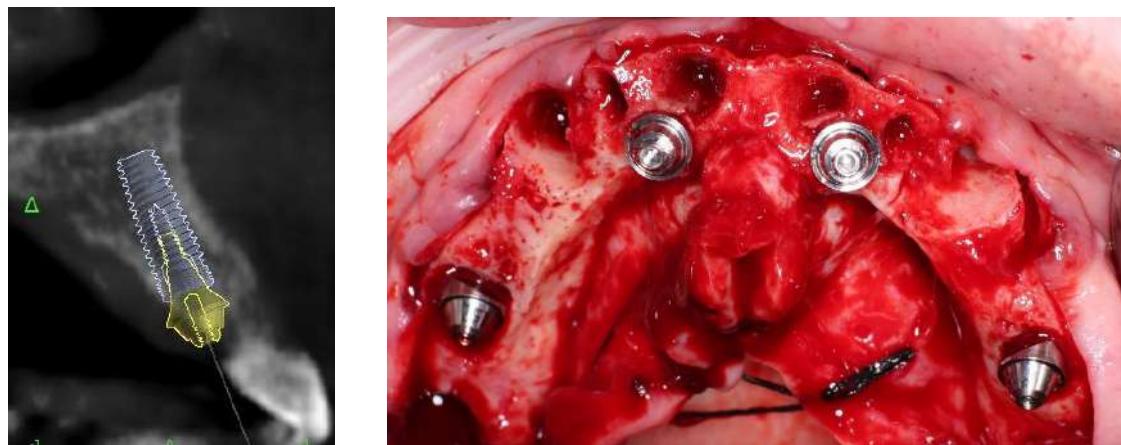


Figura 4 Planeación virtual y colocación quirúrgica de los implantes anteriores

La colocación subcrestal del implante inclinado antes de la colocación del Mini Pilar angulado, permite que no haya cuerdas del implante expuestas. Fig. 5 La conexión Cono Morse del Sistema CM de Neodent® ofrece una conexión rígida entre implante y pilar protésico, brindando un sellado biológico que virtualmente desaparece el micro gap, lo cual favorece la

permanencia del hueso por arriba de la plataforma del implante sin que haya una remodelación significativa del hueso y mantener la posición subcrestal. 10

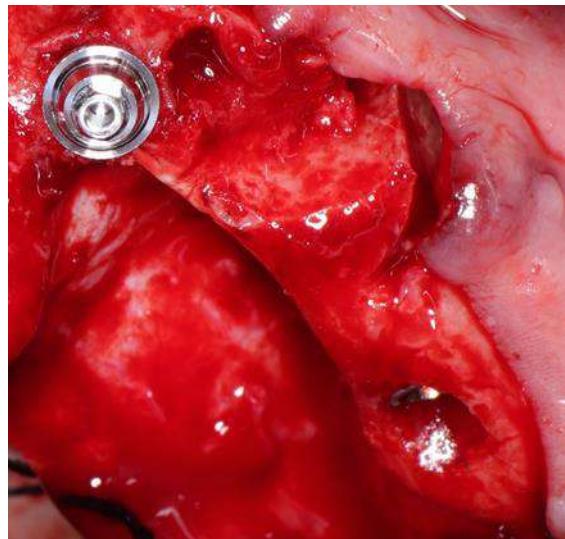


Figura 5. Colocación sub crestal implante inclinado

Los principios del platform switching, la colocación y no remoción del pilar protésico y la conexión cónica rígida que minimiza el micro gap, son todos llevados a cabo con el Sistema CM y Mini Pilar de Neodent®.

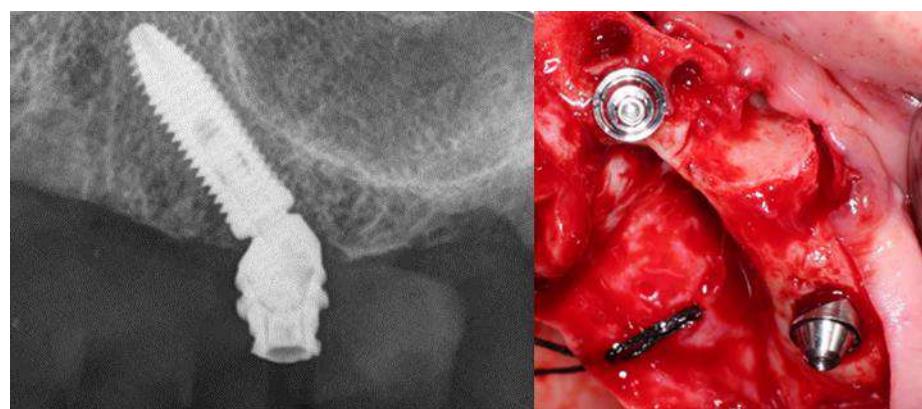


Figura 6 Mini pilar angulado 30° en implante inclinado

Una vez suturados los tejidos se procede a la toma de impresión, ya sea utilizando transfer de cubeta abierta para minipilar y conectándolos entre sí de manera rígida con acrílico

de alta resistencia, o utilizando transfer multifuncional para la toma de impresión multifuncional en la cual se registra la posición de los implantes y la relación maxilomandibular céntrica y dimensión vertical.

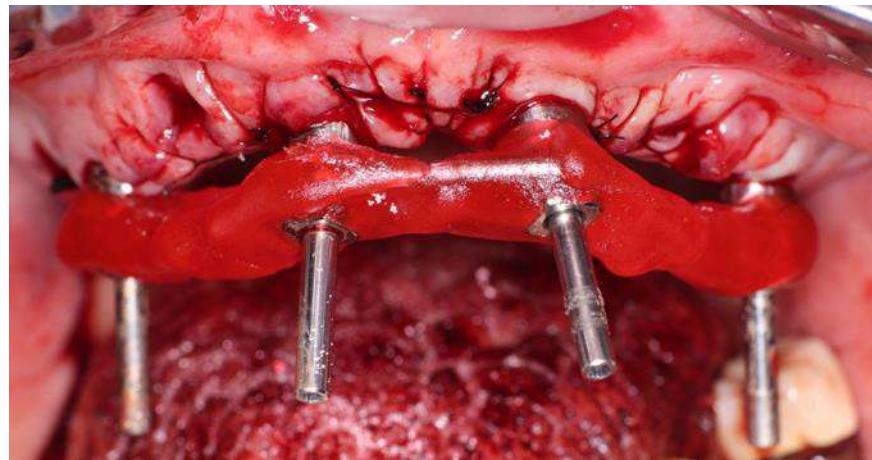


Figura 7 Transfer ferulizados para impresión de cubeta abierta



Figura 8 Transfer multifuncionales ferulizados para impresión multifuncional

En el laboratorio se procede a la fabricación de una prótesis transicional de arcada completa de acrílico termo curado. La prótesis se atornilla dentro de las primeras 72 horas después de la extracción y colocación de los implantes, siguiendo el protocolo de carga inmediata. Se ajusta la oclusión y se dan indicaciones de cuidados post operatorios.



Figura 9 La carga inmediata es cuándo la prótesis transicional es entregada dentro de las primeras 72 horas después de la instalación de los implantes. El paciente puede disfrutar de los resultados del tratamiento de manera inmediata y con un mínimo de molestias postoperatorias. La función masticatoria se restablece inmediatamente.

### Prótesis final

Después de cuatro meses se removió la prótesis transicional, se hace la toma de impresión para la fabricación de la prótesis híbrida, siguiendo el mismo protocolo de impresión descrito anteriormente. Se fabrica la barra metálica con el sistema de cementación pasiva de Neodent, que permite colar una barra de arco completo y cementarla de manera pasiva sobre los cilindros de titanio que serán los que entren en contacto con los minipilares.

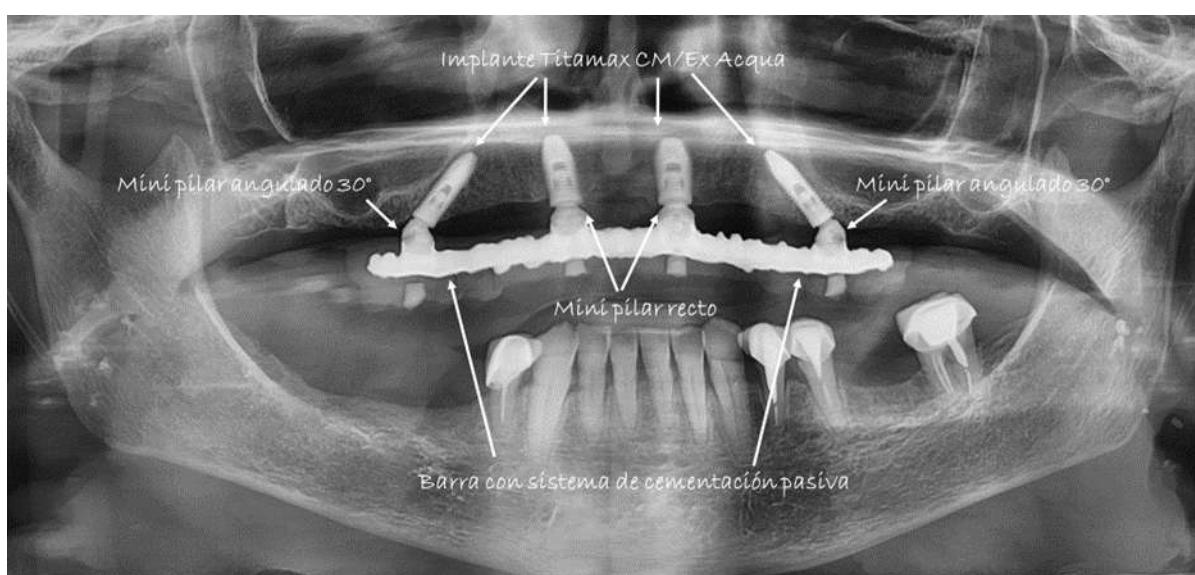


Figura 10 Prótesis híbrida con barra hecha con el sistema de cementación pasiva de Neodent®

La prótesis hibrida con barra hecha con el sistema de cementación pasiva de Neodent® fue insertada a los 6 meses de uso de la prótesis transicional. Los niveles óseos alrededor de los implantes axiales e inclinados fueron valorados radiográficamente con radiografías periapicales de planos paralelos.

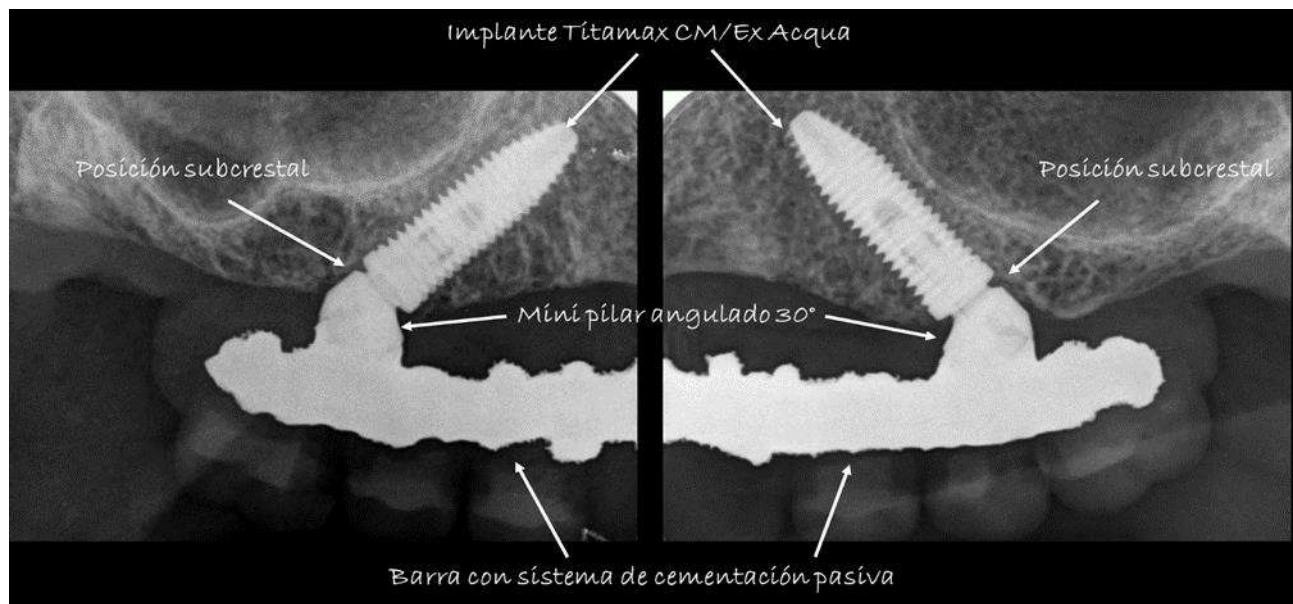


Figura 11 Radiografías periapicales de planos paralelos en los que se observa el mantenimiento de la cresta ósea alrededor de los implantes posteriores inclinados.

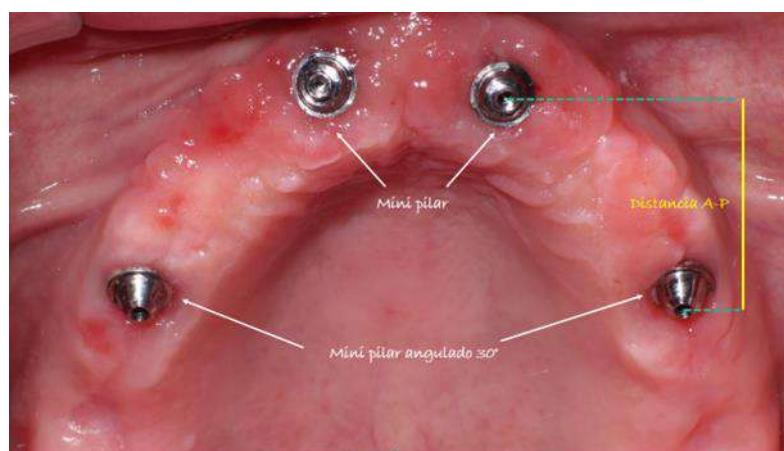


Figura 12 Distribución biomecánica destacando la favorable distancia anteroposterior entre implantes. La colocación inclinada de los implantes distales permite la disminución del cantiléver mejorando la ventaja mecánica.



Figura 13 Vista oclusal de la prótesis híbrida final. La emergencia de las chimeneas de acceso a los tornillos de fijación palatinas a los dientes anteriores y en el centro de los dientes posteriores evita la exposición en zonas estéticas y mantiene la integridad estructural de los dientes protésicos.

Mini-Pilar CM Recto y Angulado del sistema CM de Neodent



## CASO CLÍNICO 2

El segundo caso clínico un hombre de 75 años que presenta una dentición terminal en el maxilar superior, con presencia de senos maxilares neumatizados y adecuado hueso en la zona I y II. Los pocos dientes remanentes restaurables de la arcada no resultan estratégicos y el paciente decide optar por el plan de tratamiento de protocolo de arcada completa con colocación de implantes post extracción y carga inmediata con prótesis fija atornillada sobre implantes. Este caso lo tratamos con Implantes Grand Morse™, la nueva generación de implantes de Neodent®.



Figura 14 Vista oclusal y frontal de la situación inicial

Se llevó a cabo el protocolo diagnóstico, radiografías iniciales, CBCT con planeación virtual y evaluación de espacio protésico y exposición de la zona estética. Dadas las condiciones adecuadas de volumen y densidad ósea se planearon cuatro implantes Helix™ de Neodent®, dos inclinados a 20° en zona posterior con emergencia a la altura de los primeros molares superiores y dos rectos en zona anterior con emergencia palatina a los incisivos laterales superiores.

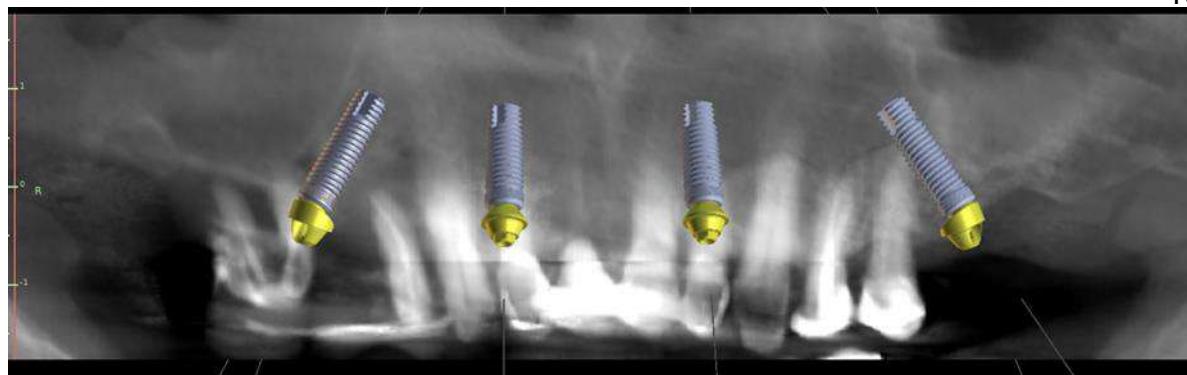


Figura 15 Plan de tratamiento virtual

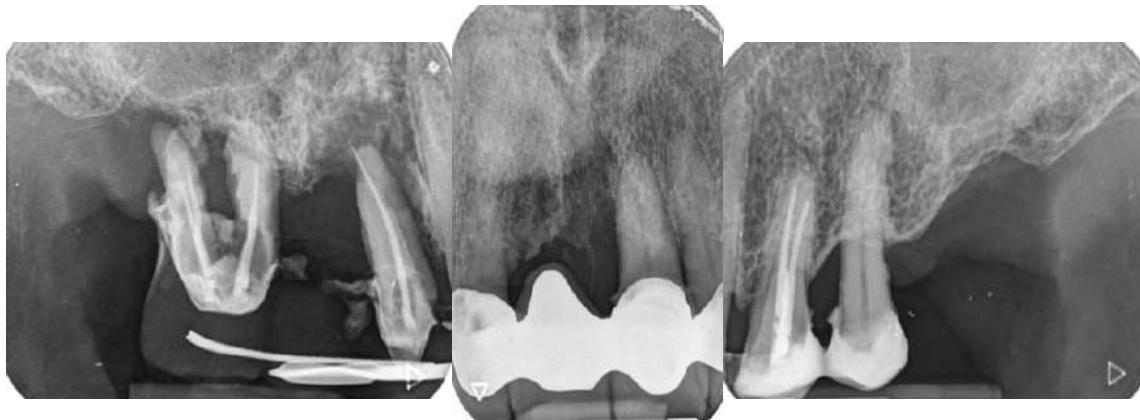


Figura 16 Radiografías periautomáticas preoperatorias

Se siguió el mismo protocolo de extracción y regularización del proceso alveolar antes de la instalación de los implantes. En este caso se observa una menor neumatización del seno maxilar a la altura de los premolares, pero mínimo grosor de reborde alveolar en la zona de los primeros molares. La colocación de los implantes distales inclinados siguiendo la dirección de las corticales de los senos maxilares resultó en una inclinación entre  $15^{\circ}$  y  $20^{\circ}$ . La estabilidad primaria alcanzada superior a los 40 Ncm. permite la instalación de los mini pilares y la carga inmediata.

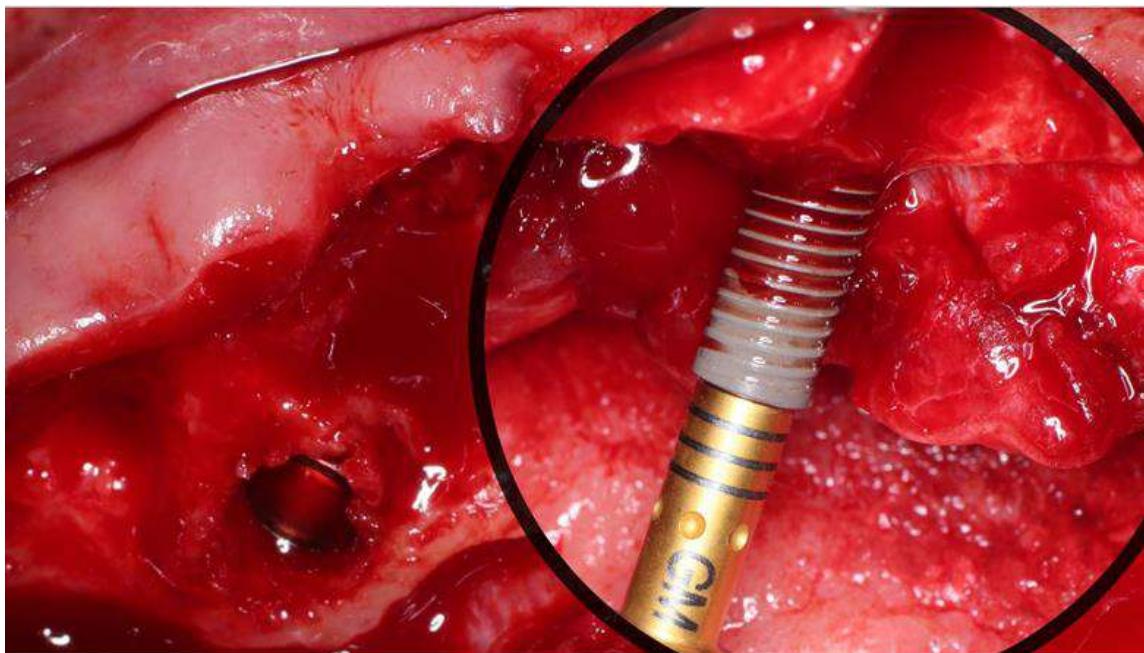


Figura 17 Instalación de implante Helix™ con conexión Grand Morse™ en zona posterior

La selección de los Mini Pilares se llevó a cabo con el Kit de selección protésica de Grand Morse. En este caso, se colocaron Mini Pilares rectos en los implantes anteriores y de 17° en los implantes distales angulados. Fig. 17 La selección de la posición y asentamiento del pilar protésico angulado es más sencilla gracias a la conexión protésica más amplia. La entrada del tornillo pasante con la llave Neotorque fue diseñada para ofrecer simplicidad permitiendo resolver el 93% de los casos con una misma llave.

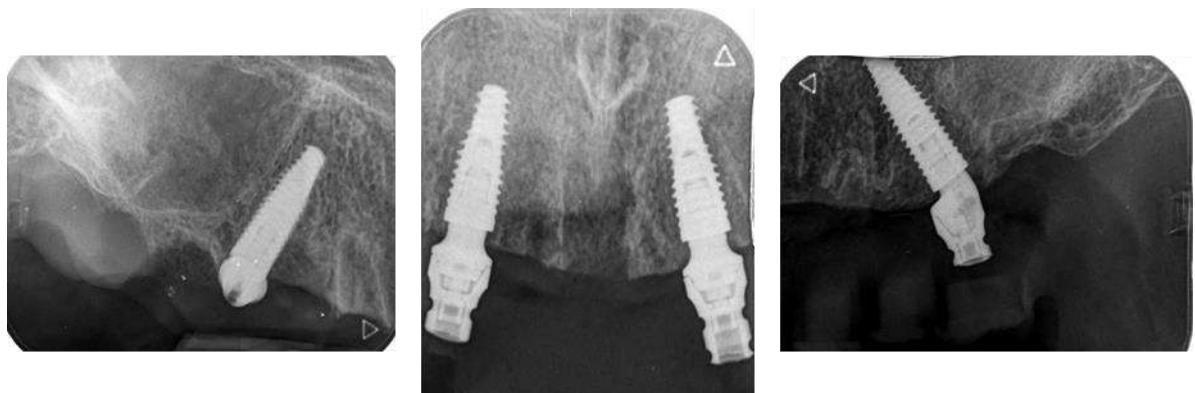


Figura 18 Radiografía de implantes Helix con Mini Pilares Grand Morse rectos anteriores y angulados a 17° en zonas posteriores

### Mini-Pilar CM Recto y Angulado del sistema GM de Neodent



La impresión y fabricación de la prótesis transicional se realizó siguiendo los mismos procedimientos antes descritos. La colocación de los implantes inclinados resultó en la emergencia de los tornillos protésicos a nivel de los primeros molares superiores, y con un acceso palatino que permite mantener la integridad estructural de los dientes protésicos.

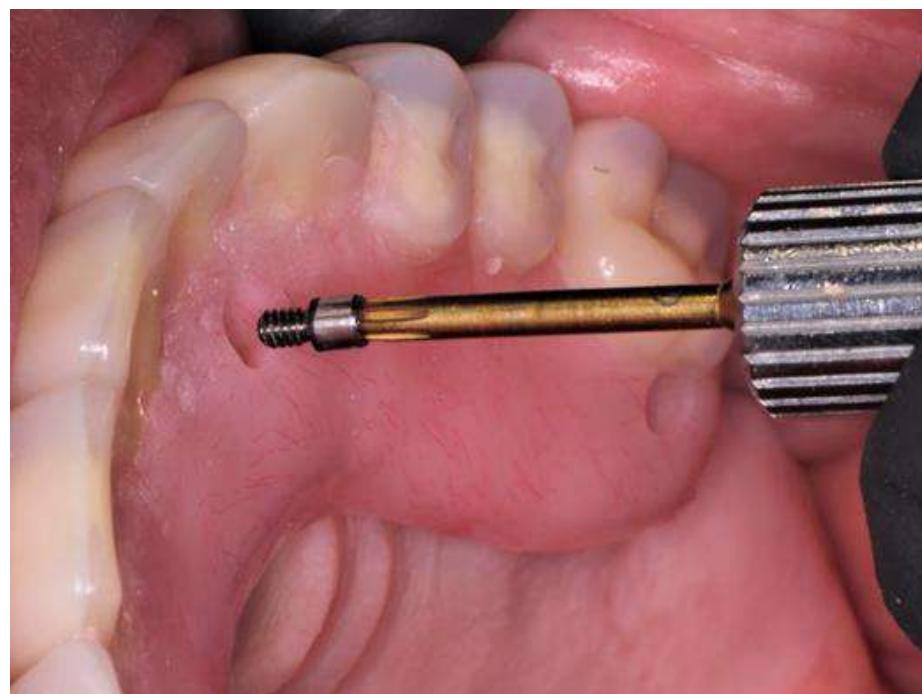


Figura 19 Instalación de la prótesis transicional con la llave Neo torque.



Figura 20 Prótesis transicional con accesos palatinos para los tornillos de fijación. La amplia distancia anteroposterior y la reducción del cantiléver aseguran una óptima distribución biomecánica de las fuerzas.

## CONCLUSIÓN

La reducción del tiempo de tratamiento representa un desafío importante para los odontólogos. El Sistema Grand Morse™ Neodent® ofrece un portafolio innovador de implantes para optimizar la estabilidad primaria y la predictibilidad en protocolos inmediatos en todos los tipos de hueso.

Este protocolo nos permite llevar a los pacientes que tienen necesidad de una rehabilitación de arcada completa de principio a fin en una sola etapa quirúrgica y con instalación con carga inmediata de una prótesis estética y funcional. Este tratamiento tiene elevadas tasas de éxito cuando se realiza con el entrenamiento adecuado y el uso de implantes que incorporan diseño y tecnología de vanguardia. La optima relación costo beneficio, no solo en costo económico sino también en tiempo y número de intervenciones a las que se tiene que someter el paciente, hacen que estos protocolos tengan una amplia aceptación y satisfacción del paciente. El período de cicatrización y óseo-integración sucede mientras que el paciente puede disfrutar de una prótesis fija que funciona y proporciona una apariencia estética inmediata.

## REFERENCIAS

1. Bränemark PI, Svensson B, van Steenberghe D. Ten-year survival rates of fixed prostheses on four or six implants ad modum Bränemark in full edentulism. *Clin Oral Implants Res.* 1995 Dec;6(4):227-31.
2. Peñarrocha-Oltra D1, Covani U, Aparicio A, Ata-Ali J, Peñarrocha-Diago M, Peñarrocha-Diago M. Immediate versus conventional loading for the maxilla with implants placed into fresh and healed extraction sites to support a full-arch fixed prosthesis: nonrandomized controlled clinical study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2013 Jul-Aug;28(4):1116-24
3. Cooper LF, Rahman A, Moriarty J, Chaffee N, Sacco D. Immediate mandibular rehabilitation with endosseous implants: simultaneous extraction, implant placement, and loading. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2002 Jul-Aug;17(4):517-25.
4. Malo P, Rangert B, Nobre M. All-on-Four immediate-function concept with Bränemark System implants for completely edentulous mandibles: a retrospective clinical study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2003;5 (Suppl 1);2-9.
5. Bedrossian E Rehabilitation of the edentulous maxilla with the zygoma concept: a 7-year prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2010;25(6):1213-21.
6. Brunski JB Biomechanical aspects of the optimal number of implants to carry a cross-arch full restoration. *Eur J Oral Implantol.* 2014;7 Suppl 2:S111-31
7. Del Fabbro M, Ceresoli V. The fate of marginal bone around axial vs. tilted implants: a systematic review. *Eur J Oral Implantol.* 2014 Summer;7 Suppl 2:S171-89.
8. Bevilacqua M, Tealdo T, Menini M, Pera F, Mossolov A, Drago C, Pera P. The influence of cantilever length and implant inclination on stress distribution in maxillary implant-supported fixed dentures. *J Prosthet Dent.* 2011 Jan;105(1):5-13.
9. Bedrossian E, Sullivan RM, Fortin Y, Malo P, Indresano T. Fixed-prosthetic implant restoration of the edentulous maxilla: a systematic pretreatment evaluation method. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008 Jan;66(1):112-22.
10. Cooper LF, Reside G, Stanford C, Barwacz C, Feine J, Nader SA, Scheyer T, McGuire M. Three-Year Prospective Randomized Comparative Assessment of Anterior Maxillary Single Implants with Different Abutment Interfaces. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2019 Jan/Feb;34(1):150-158

## 2. CONFERENCIAS







**SEPT 2023**

**MASTER COURSE  
CARGA INMEDIATA  
TIJUANA**

Curso de dos días con actividad Hads On carga inmediata en arcadas completas Tijuana BC

**OCT 2023**

**30 AÑOS NEODENT  
WORLD TOUR**

Conferencia durante el Neodent world tour Ciudad de México celebración de los 30 años de Neodent

**Protocolo de carga inmediata en edentulos**  
21 y 22 SEPTIEMBRE  
Tijuana B.C.  
Dr. Luis Carlos Parás

**NEODENT 30 ANIVERSARIO**  
Dr. Luis Carlos Parás  
CELEBRAR CON NOSOTROS!  
24 DE OCTUBRE 2023  
Hotel Hyatt Regency Mexico City  
Conferencias de invitados especiales!

**Rehabilitación de arcada completa**

con carga inmediata post extracción en maxilar atrófico en pacientes con dentición terminal. Principios y procedimientos

Dr. Luis Carlos Paredes Fernández.  
Diposadura en Prótesis e Implantología Oral  
Médico Dentista. Especialista en Prótesis e Implantología Oral.  
Papúa University of Biomedicine Faculty Dental School.  
Bachiller en el Grado Universitario de Estomatología y Odontología A.C.  
Residente en la Residencia de Prótesis e Implantología Oral.  
Maestro en Medicina Preventiva y Salud Pública.  
Miembro del Comité Organizador de la Jornada de la Academia Mexicana de Prótesis.  
Miembro del Comité Organizador de la Jornada de la Sociedad Mexicana de Implantología.

Experto de Implantología
Dentista Pascual

**Rehabilitación de arcada completa**

**A LA REHABILITACIÓN DE ARCADA COMPLETA EN EL MAXILAR ESPECIALIZO PRESENTAR AL RESES DE TÉCNICA UNA SÍNTESIS CON DIFERENTES ENFOQUES PARA EL DESARROLLO DEL TRATAMIENTO Y ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL PACIENTE, SIGUIENDO ALMENOS LOS LINEAS DENTAL DEL PROCESO REVISOR PREDOMINANTE.**

**Figura 1. Aparato de fijación inmediata en los dientes premolares.**

La remoción de los dientes remanentes en comparecer con el uso de técnicas de colocación inmediata de implantes en dientes premolares, molares, caninos y tercios molares, se ha reportado en la literatura, con índices de éxito en carga inmediata iguales que los protocolos de carga diferida.<sup>1,2</sup>

El protocolo de actuación es mostrar la existencia de prelección de implantes con carga inmediata en los dientes remanentes una vez extraídos los dientes remanentes en una dentición terminal. La técnica y recomendaciones en una serie de casos clínicos será expuesta y analizada.

**El manejo de la rehabilitación en la zona posterior del maxilar atrófico puede seguir varias estrategias, una de ellas es la elevación parcial del piso sieno maxilar con injertos óseos y la colocación inmediata o diferida de los implantes**

**INTRODUCCIÓN**

El paciente adulto en su dentición terminal sufre de estructuras postas fuertemente atrofia, lo cual tiene un impacto en su alimentación, con los consecuentes que una mala nutrición puede tener sobre su salud. Las dificultades estéticas y funcionales a las que se enfrentan también tienen repercusiones en su calidad de vida.

Hoy en día se puede ofrecer un protocolo que resuelva su condición de manera inmediata, con el mínimo de intervención y riesgos, con una óptima relación costo-beneficio.<sup>3,4</sup>

Frecuentemente los resanamientos a estos pacientes son referidos a nosocomios que han completado el plan de tratamiento oral en su totalidad, debido que presenta una dentición terminal.

Para entender estos casos necesitamos de un sistema de implantes que sea óptimal:

1. Estabilidad para una alta tasa posoperatoria de éxito y el compromiso de una alta tasa basal de fijación a tejido óseo.
2. Estabilidad con una tasa de rotación constante gracias a una superficie óptima.
3. Fijación temprana ya que permiten iniciar inmediatamente con el momento de la instalación del implante, los dientes no se desplazan ni se desgarran.
4. Placas con diferentes grados de engrosamiento que permiten aplicar en materiales más fáciles de los patrones de inserción.
5. Posicionamiento del sistema óptimo del implante, sin perdar calidad del mismo.
6. Una alta tasa de supervivencia.
7. Una elevada probabilidad estable que permite un retorno temprano, incluso al interior de la boca del mismo día y

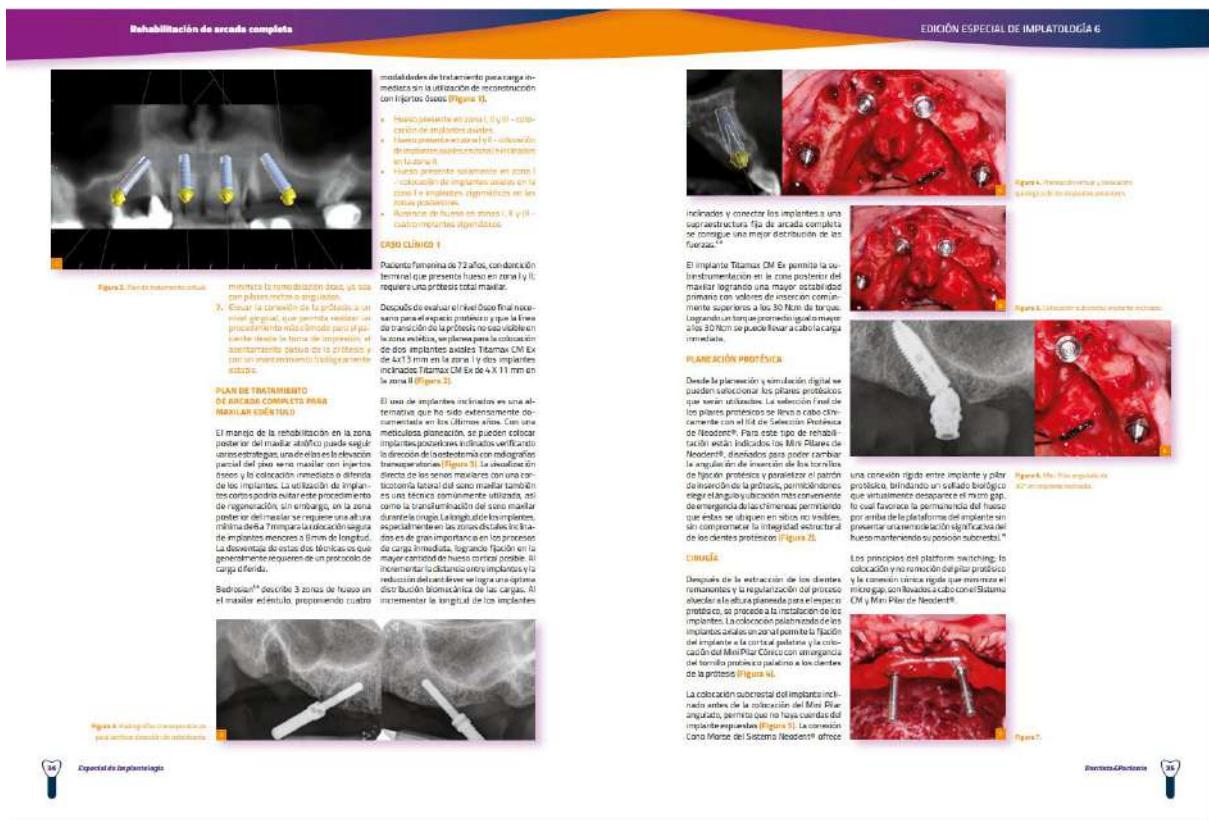
**LA GRANDEZA ES EL RESULTADO DE LA EXPERIENCIA**

**NEODENT®**  
A Straumann Group Brand

Experto de Implantología
Dentista Pascual

#### **Rehabilitación de arcadas completas**

EDICIÓN ESPECIAL DE IMPLANTOLOGÍA 6



#### **Rehabilitación de secada completa**

EDICIÓN ESPECIAL DE IMPLANTOLOGÍA 6

