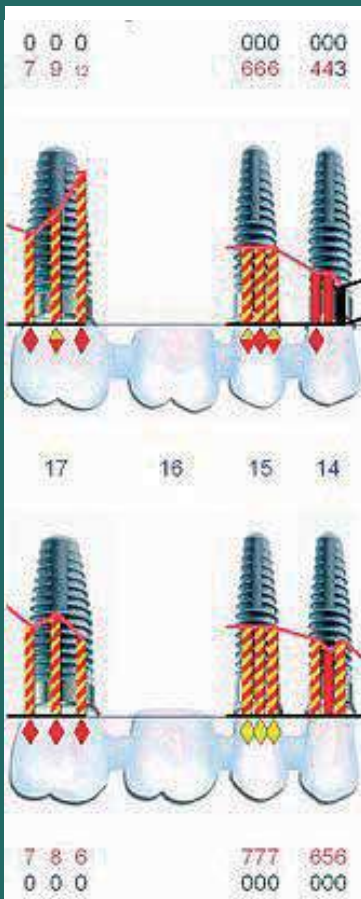


Situación inicial



Defectos



A PROPÓSITO DE UN CASO

Los diversos tratamientos alrededor de la periimplantitis



Por Santiago Arias Herrera

La enfermedad periodontal puede ser clasificada en dos entidades principalmente gingivitis y periodontitis. El término gingivitis hace referencia a la inflamación gingival sin pérdida de inserción, mientras que el término periodontitis, además de la inflamación gingival, se caracteriza por la pérdida de inserción clínica y ósea.

La terapia con implantes ha demostrado ser una solución a largo plazo para el restableci-

miento de la función y la estética del paciente tras la pérdida dentaria (Berglundh y cols. 2002). Sin embargo, incluso en aquellos pacientes en los que los IOI se hayan osteointegrado con éxito, en los tejidos periimplantarios se pueden producir afecciones patológicas derivadas de un desequilibrio entre la exposición a las bacterias y la respuesta del huésped en las que se puede producir la pérdida de hueso de soporte (Zitzmann y cols. 2008).

Las lesiones inflamatorias que se desarrollan en los tejidos que rodean al implante son conocidas como enfermedades periimplantarias. El término periimplantitis fue descrito por Mombelli y cols. (1987), quien a partir de un estudio sobre la microbiota oral asociada a implantes, con y sin pérdida ósea, determinó que la periimplantitis era una entidad infecciosa sitio específica que compartía características en común con la periodontitis crónica. Las enfermedades periimplantarias,

mucositis y periimplantitis, han sido definidas en diferentes consensos desde el 1er al 8º Workshop Europeo en Periodoncia. El término de mucositis periimplantaria fue definida como una reacción inflamatoria reversible de los tejidos blandos que rodean a un implante en función, mientras que el término periimplantitis se refiere a una reacción inflamatoria con la consecuente pérdida de tejidos óseos de soporte alrededor

de un diente en función (Albrektsson e Isidor, 1994).

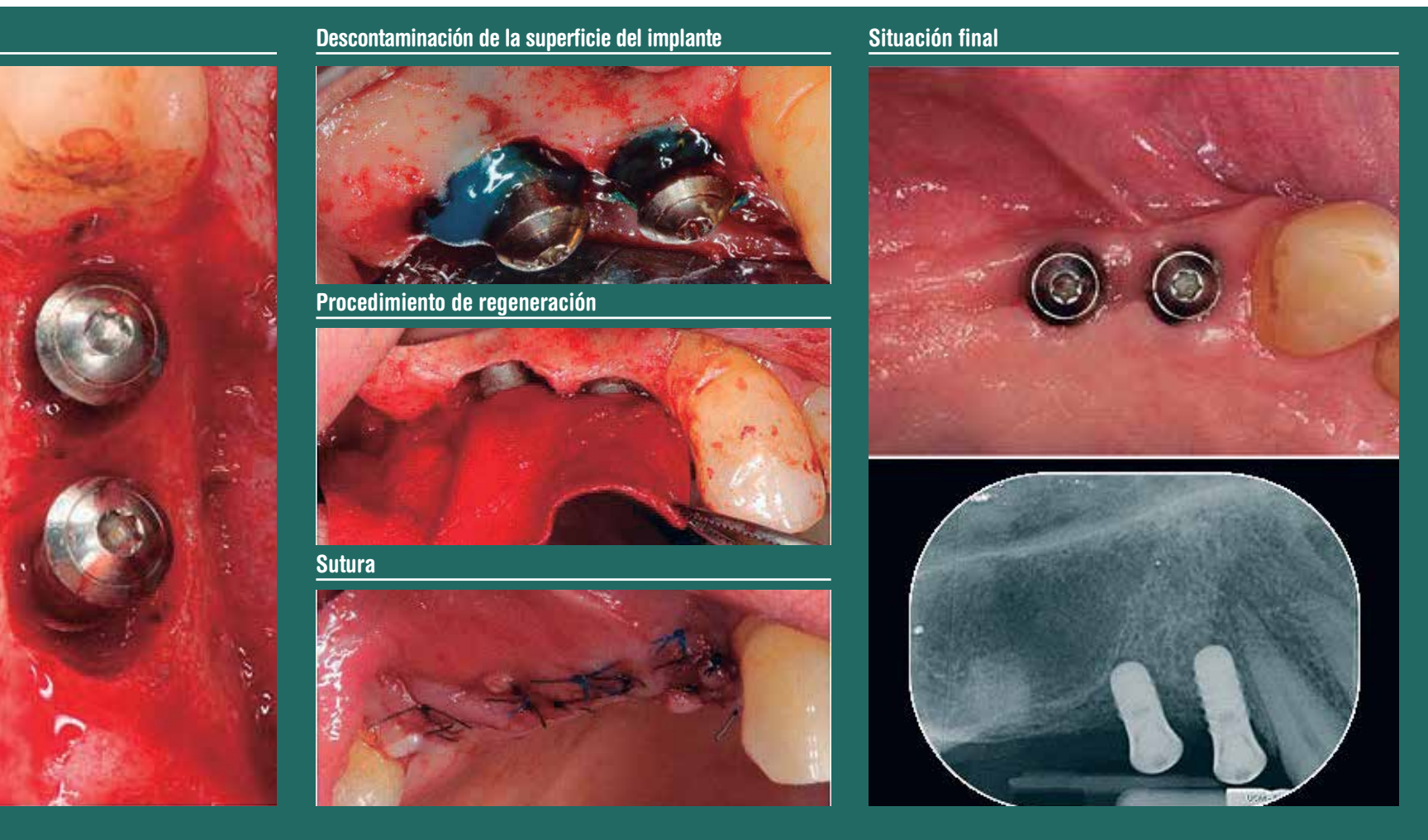
La evidencia disponible respecto a la prevalencia de las enfermedades periimplantarias establece que la mucositis ocurre en el 45% de los implantes

La mucositis ocurre en el 45% de los implantes. La periimplantitis en aproximadamente el 22%

La terapia con implantes es solución a largo plazo para el restablecimiento de la función y la estética

mientras que la periimplantitis en aproximadamente el 22% (Derks y Tomasi, 2015).

La mucositis periimplantaria se define clínicamente por la presencia de sangrado al sondaje, mientras que la periimplantitis cursa con inflamación alrededor de los tejidos de soporte de los implantes junto con sangrado y/o supuración al sondaje, incrementos en la profundidad de sondaje así como con pérdida ósea (Lang y Ber-



glundh, 2011). Se han asociado una serie de factores de riesgo que favorecen la destrucción del tejido óseo alrededor del implante tales como la mala higiene oral, la historia previa de periodontitis, así como el consumo de tabaco.

El tratamiento de las enfermedades periimplantarias tiene como principal objetivo la eliminación del biofilm bacteriano asociado a la superficie del implante, de manera que se erradique la infección, se controlen los factores de riesgo asociados y se mantengan los resultados en el tiempo. El tratamiento por tanto de dicha entidad se basa en la remoción del biofilm de forma similar a como se realiza en el tratamiento de las enfermedades periodontales teniendo en cuenta una serie de factores asociados a los implantes como el tipo de implante así como su morfología y superficie, posición y rehabilitación posterior.

En la actualidad no existe un consenso en el tratamiento de la periimplantitis resultando dicho tratamiento en ocasiones poco predecible. El tratamiento de la periimplantitis consiste en el tratamiento de la superficie implantaria expuesta resultado en

una mayor complejidad que el tratamiento periodontal. Existen diferentes opciones de tratamiento no quirúrgico y quirúrgico. El tratamiento no quirúrgico de la periimplantitis resulta insuficiente por lo que se requiere siempre de tratamiento quirúrgico aunque con un tratamiento no quirúrgico previo.

La terapia no quirúrgica resulta beneficiosa respecto a los parámetros clínicos y microbiológicos pero con una serie de limitaciones que la convierten en insuficiente. Se han descritos diferentes protocolos como el desbridamiento mecánico mediante curetas, ultrasonidos, mecanismos de aire abrasión o láseres, de forma individual o asociados a antibioterapia local o sistémica. Dichos protocolos muestran una eficacia limitada y no resuelven la enfermedad. La presencia de la exposición de la superficie del implante conlleva una terapia quirúrgica con el fin de obtener una resolución de la inflamación. La morfología del defecto óseo asociado a la exposición de la superficie del implante determinará un enfoque quirúrgico resectivo o regenerativo. Así en patrones de pérdida ósea horizontal se recomienda un en-

foque más resectivo mientras que en presencia de defectos intraóseos de más de 3mm o en dehiscencias óseas se optará por un enfoque regenerativo.

Las principales técnicas quirúrgicas consisten en obtener un acceso para una mayor limpieza y descontaminación de la superficie del implante (cirugía de acceso); además de obtener acceso generar una zona más accesible para la higienización por parte del paciente (cirugía resectiva) o, obtener acceso para lograr una regeneración del tejido óseo de soporte perdido (cirugía regenerativa).

En la actualidad, el establecimiento de una técnica quirúrgica u otra para lograr un restablecimiento de la salud de los tejidos de soporte han demostrado ser poco eficaces. La evidencia disponible determina que el empleo de cirugías de acceso resulta poco predecible en el mantenimiento de la salud obtenida a largo plazo. Sin embargo, procedi-

mientos resectivos asociados a implantoplastia así como los regenerativos, independientemente del método de desinfección empleado, junto con el empleo o no de membranas o antibióticos sistémicos, mues-

El tratamiento tiene como objetivo la eliminación del biofilm bacteriano asociado a la superficie del implante

Los procedimientos quirúrgicos resectivos y/o regenerativos obtienen mejores resultados

tran resultados más estables a largo plazo. Por lo tanto, aunque en la actualidad no exista un tratamiento de referencia en la resolución de la periimplantitis, los procedimientos quirúrgicos resectivos y/o regenerativos obtienen mejores resultados clínicos y radiológicos de salud periimplantaria a largo plazo.

Santiago Arias Heras es doctor en Odontología y máster en Periodoncia.