

PROTOCOLO CLÍNICO SOBRE ENFERMEDADES PERIIMPLANTARIAS

Alba Sánchez Torres¹, Albert Gonzalez Barnadas¹, Amparo Aloy Prósper²,

Hilario Pellicer Chover², Rui Figueiredo¹, David Peñarrocha Oltra²

¹ Master de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Universitat de Barcelona

² Master de Cirugía Oral e Implantología. Universidad de Valencia

RESUMEN

1. Definición, prevalencia y diagnóstico de las enfermedades periimplantarias

Según Schwarz y cols., la periimplantitis es “una situación patológica asociada a placa bacteriana producida en los tejidos que rodean a implantes dentales caracterizada por inflamación de la mucosa periimplantaria y pérdida progresiva del hueso de sostén”. Se trata de una patología muy frecuente que afecta entre el 14% y el 30% de los pacientes portadores de implantes (Derks y Tomasi 2015).

Los criterios diagnósticos actuales son:

Salud periimplantaria

- Ausencia de signos clínicos de inflamación.
- Ausencia de sangrado y/o supuración al sondaje.
- Estabilidad de la profundidad de sondaje comparado con los registros previos.
- Ausencia de pérdida ósea tras los cambios en los niveles óseos ocasionados por la remodelación ósea inicial.

Mucositis periimplantaria

- Presencia de sangrado y/o supuración al sondaje suave con o sin incremento de la profundidad de sondaje comparado con los registros previos.
- Ausencia de pérdida ósea tras los cambios en los niveles óseos ocasionados por la remodelación ósea inicial.

Periimplantitis

- Presencia de sangrado y/o supuración al sondaje.
- Incremento de la profundidad de sondaje comparado con los registros previos.
- Presencia de pérdida ósea tras los cambios en los niveles óseos ocasionados por la remodelación ósea inicial.
- En ausencia de registros previos, el diagnóstico de periimplantitis puede basarse en una combinación de:
 - Presencia de sangrado y/o supuración al sondaje.
 - Profundidad de sondaje ≥ 6 mm.

- Pérdida ósea ≥ 3 mm desde la plataforma del implante.

2. Factores de riesgo

Mucositis (Heitz-Mayfield 2018).

EVIDENCIA SUSTANCIAL	EVIDENCIA LIMITADA	EVIDENCIA CONTROVERTIDA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedad periodontal ○ Higiene oral deficiente <ul style="list-style-type: none"> ● Por parte del paciente ● Falta de programas de mantenimiento ● Prótesis no higiénicas ○ Exceso de cemento 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes ○ Superficie del implante 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Encía queratinizada (2 mm)

Periimplantitis (Renvert 2018).

EVIDENCIA SUSTANCIAL	EVIDENCIA LIMITADA	EVIDENCIA CONTROVERTIDA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedad periodontal ○ Higiene oral deficiente <ul style="list-style-type: none"> ● Por parte del paciente ● Falta de programas de mantenimiento ○ Exceso de cemento 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hábito tabáquico ○ Ausencia/poca encía queratinizada ○ Polimorfismos genéticos ○ Patología sistémica ○ Malposición del implante ○ Prótesis no higiénicas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes ○ Sobrecarga oclusal ○ Partículas de titanio

3. Tratamiento de las enfermedades periimplantarias.

Mucositis. El objetivo principal es eliminar el biofilm y el cálculo periimplantario sin alterar la superficie del implante mediante un **tratamiento no quirúrgico** (Figuro y cols. 2014)

1. Desbridamiento mecánico:

- a. Desmontar la prótesis siempre que sea posible
- b. Utilización de diferentes dispositivos:
 - i. Curetas. Para superficies rugosas expuestas se recomienda instrumentos de acero; para superficies pulidas se recomienda instrumentos plásticos (teflón, fibra de carbono).
 - ii. Ultrasonidos. Aplicar siguiendo las mismas indicaciones del apartado anterior.

iii. Aeropulidores de aire abrasivo.

2. Descontaminación química:

- a. Valorar el uso coadyuvante de antisépticos. No existe evidencia científica que determine un método químico de elección.

Periimplantitis. El objetivo principal es eliminar el tejido de granulación y reducir la bolsa periimplantaria mediante un **tratamiento quirúrgico** (Schwarz y cols. 2017). Previo a dicho tratamiento debemos realizar la terapia no quirúrgica (ver apartado anterior) con el fin de 1.) restablecer la salud de los tejidos blandos, 2.) estudiar la respuesta tisular del paciente y 3.) valorar las habilidades higiénicas del paciente.

El tipo de abordaje quirúrgico dependerá sobretodo de la anatomía del defecto óseo:

- **Cirugía de acceso**
 - a. Pérdida ósea horizontal leve
 - b. Compromiso estético
- **Cirugía resectiva**
 - a. Patrón de pérdida ósea predominantemente horizontal
 - b. Defectos óseos verticales incipientes
 - c. Sin compromiso estético
- **Cirugía regenerativa**
 - a. Defectos contenidos por pérdida ósea vertical
 - b. Con o sin compromiso estético
- **Cirugía combinada**
 - a. Pérdida ósea combinada (componente horizontal y vertical)
 - b. Defectos contenidos
 - c. Con o sin compromiso estético
- **Explantación**
 - a. Pérdida ósea excesiva (>50% de su longitud)
 - b. Posición tridimensional del implante inadecuada

4. Mantenimiento periimplantario.

Los pacientes deben acudir a visitas de mantenimiento cada 6 meses como mínimo. En presencia de factores de riesgo claros, el control debe ser más frecuente (3-4 meses).