

Enfermedades periimplantarias

Dr. Juan Blanco

Introducción

Las enfermedades periimplantarias, con la mucositis periimplantaria y la periimplantitis al frente, se han convertido en un reto para odontólogos y periodoncistas, dado que amenazan la salud bucodental de los pacientes que cuentan con implantes dentales. Se estima que a los 5-10 años de la colocación de un implante, un 20% de los pacientes presentan periimplantitis, lo que pone en peligro la viabilidad del propio implante. La mala higiene bucodental, el tabaco y tener una historia previa de periodontitis son los principales factores de riesgo para sufrir una periimplantitis.

Una salud adecuada de las encías es un requisito indispensable para la colocación de implantes dentales, dado que en caso contrario, la utilidad y funcionalidad de estos implantes puede verse amenazada por la aparición de infecciones que afectan a los tejidos periimplantarios, lo que puede reducir la eficacia de este recurso terapéutico y acortar sustancialmente su vida media. Por eso, los odontólogos insisten en que los implantes dentales también deben cuidarse, como si fuesen los dientes naturales o incluso más.

¿Qué son las enfermedades periimplantarias?

Los implantes dentales han demostrado ser una solución fiable para restaurar la función y la estética bucal en los pacientes que han sufrido pérdida dentaria, siendo un arma terapéutica que se ha popularizado en los últimos años. Sin embargo, los tejidos que los rodean (tejidos periimplantarios) pueden desarrollar lesiones inflamatorias que se conocen como enfermedades periimplantarias. Estas son fundamentalmente la mucositis (lesión inflamatoria limitada a la mucosa circundante sin que exista pérdida ósea alrededor del implante) y la periimplantitis (lesión inflamatoria en la que se produce además pérdida progresiva de hueso de soporte).

Se estima una prevalencia de la mucositis periimplantaria en el 79% de los pacientes y un 50% de los implantes. En el caso de la periimplantitis estas cifras serían entre un 28% y un 56% de los pacientes y entre un 12% y un 43% de los implantes.

¿Cómo surgen?

Las enfermedades periimplantarias son procesos inflamatorios. El síntoma clínico principal es el sangrado. Actualmente, se cree que la inflamación en los tejidos blandos está causada por una biopelícula bacteriana que se adhiere al implante, el pilar o la reconstrucción protésica. Esta inflamación puede o no conducir a la pérdida de hueso.

Actualmente se acepta mayoritariamente que el principal factor etiológico en el desarrollo de estas enfermedades es de naturaleza infecciosa, siendo producto del biofilm bacteriano que se instaura en los implantes. La microbiota asociada con las enfermedades periimplantarias es similar a la microbiota subgingival de la periodontitis crónica, aunque en algunos casos pueden estar vinculadas con otras especies bacterianas asociadas a infecciones de dispositivos médicos.

El proceso patológico desarrollado es similar al que ocurre en los dientes. Tanto la encía como la mucosa periimplantaria responden a la formación de la placa bacteriana "de novo" de forma similar, pero según se produce una progresión de la lesión se observa una encapsulación de la lesión en los dientes existiendo una serie de fibras colágenas que separan la lesión de la cresta ósea, mientras que en los implantes la lesión alcanza directamente la cresta ósea y se produce una respuesta inflamatoria más intensa.

El proceso patológico de estas enfermedades estaría influenciado por factores dependientes de los microorganismos (biofilm periimplantario), del huésped (a nivel sistémico y local) y del implante (tipo de superficie, posición, factores protéticos).

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo asociados al huésped, pueden ser de tipo sistémico y/o local. Entre ellos, destacan:

- La mala higiene oral, que se relaciona con una alta prevalencia de periimplantitis (OR 14,3 95% CI 2,0-4,1).
- La periodontitis no tratada o bolsas periodontales residuales. Los pacientes con periodontitis no tratadas o con bolsas periodontales residuales tienen mayor riesgo (RR 2,21) de desarrollar periimplantitis.
- Las infecciones endodónticas.
- La encía queratinizada. La ausencia de encía queratinizada aumentaría la probabilidad para el desarrollo de las enfermedades periimplantarias.
- El tabaco, que representa el principal factor de riesgo sistémico para el desarrollo de estas enfermedades.
- La Diabetes Mellitus. Los pacientes diabéticos con un mal control metabólico tienen un mayor riesgo de fracaso en el tratamiento con implantes.
- La osteoporosis no supone un problema ni a corto ni a largo plazo para la realización del tratamiento con implantes. Sólo si la osteoporosis es consecuencia de otra condición sistémica (Diabetes Mellitus, tratamiento con corticoides), habría un mayor riesgo.

- La Genética. El polimorfismo (IL-1) no se ha asociado a un incremento en el riesgo para desarrollar problemas periimplantarios, aunque pudiera tener un efecto sinérgico junto con el tabaco.

Ya como factores protésicos y del implante, se sabe que la presencia de restos de cemento en las prótesis cementadas sobre implantes se ha relacionado con el desarrollo de periimplantitis. Por otra parte, se ha observado que determinadas superficies parecen favorecer el desarrollo de las enfermedades periimplantarias

¿Cómo se diagnostica?

Entre los medios disponibles para un adecuado diagnóstico de las enfermedades periimplantarias se encuentran el sondaje periimplantario y el examen radiográfico.

La profundidad de sondaje y el nivel de inserción son fundamentales para un adecuado diagnóstico. Un aumento en la profundidad de sondaje podría estar asociado con pérdida ósea. La ausencia de sangrado al sondaje sería un indicador de salud periimplantaria con un gran valor predictivo negativo. En cambio, la presencia de supuración estaría asociada con lesiones avanzadas. La presencia de sangrado al sondaje y profundidad de sondaje ≥ 4 mm en ausencia de pérdida ósea han sido propuestos como criterios diagnósticos para mucositis periimplantaria, mientras que la presencia de sangrado al sondaje y profundidad de sondaje ≥ 5 mm en presencia de pérdida ósea son criterios diagnósticos para periimplantitis

Respecto al examen radiográfico, se aconseja realizar exámenes radiográficos en el momento de la conexión protésica y posteriormente a lo largo del tiempo. En comparación con las técnicas radiográficas convencionales, las avanzadas (tomografía computerizada) aportan una mayor información.

El análisis del fluido crevicular y el test microbiológico aportan alguna información, pero no son esenciales para el diagnóstico de las enfermedades periimplantarias.

¿Cómo se tratan?

Los tratamientos no quirúrgicos son predecibles en el tratamiento de las mucositis periimplantarias y el uso de colutorios antimicrobianos mejora los resultados obtenidos. Sin embargo, los tratamientos no quirúrgicos no resultan efectivos en el tratamiento de las periimplantitis. En estos casos, el uso adicional de clorhexidina sólo produce mejoras limitadas en los aspectos clínicos y microbiológicos. El uso de antibióticos locales o sistémicos produce una disminución en el sangrado y en la profundidad de sondaje, pero no permiten mantener la salud periimplantaria a largo plazo. Los tratamientos no quirúrgicos no obtienen, por tanto, resultados satisfactorios en periimplantitis, pero servirían para desinflamar y preparar los tejidos para el tratamiento quirúrgico.

Entre los tratamientos quirúrgicos, se han propuesto cirugía de acceso, cirugía resectiva y cirugía regenerativa con diferentes resultados. A largo plazo la cirugía de acceso no parece obtener resultados predecibles para mantener la salud de los implantes. Tanto la cirugía resectiva como la cirugía regenerativa parecen poder mantener la salud de los implantes a largo plazo.

Aunque la descontaminación de la superficie del implante es clave, el método de descontaminación de la misma no parece tener relevancia clínica ni radiológica en los abordajes quirúrgicos resectivos y/o regenerativos de la periimplantitis. No está justificada la necesidad de prescribir antibióticos sistémicos en los casos tratados con cirugía regenerativa.

Mantenimiento y prevención

Una falta de seguimiento tras la colocación de los implantes se ha relacionado con una mayor incidencia de periimplantitis. Habría que identificar el riesgo de cada paciente para el desarrollo de las enfermedades periimplantarias y monitorizar al paciente con una frecuencia que dependerá del riesgo asignado.

Los pacientes deberían ser evaluados periódicamente y se debería examinar el estado de los tejidos periimplantarios, controlar los niveles de placa alrededor de los implantes, el ajuste de las prótesis implantosoportadas y eliminar el biofilm supra y subgingival. Se aconseja también realizar un control de las condiciones sistémicas (tabaco, diabetes mellitus). Además, enseñar y motivar a los pacientes en lo referente a un buen control higiénico de sus implantes es fundamental.

Estudios clínicos a largo plazo han documentado que los pacientes que después de la terapia periodontal continúan en un programa de mantenimiento supervisado profesionalmente exhiben una pérdida mínima de hueso en comparación con los pacientes no incluidos en este programa. De hecho, la falta de seguimiento de estas terapias de mantenimiento se asocia con un mayor riesgo de fracaso del implante, así como la pérdida ósea en los implantes y con un aumento en la incidencia de la enfermedad periimplantaria. Además, la existencia de un tratamiento de apoyo después de la inserción del implante podría disminuir el riesgo de periimplantitis.

Fuente: SEPA: Revista Periodoncia Clínica nº 1. 2015.