

# PROTOCOLO CLÍNICO SOBRE ENFERMEDADES PERIIMPLANTARIAS

Alba Sánchez Torres<sup>1</sup>, Albert Gonzalez Barnadas<sup>1</sup>, Amparo Aloy Prósper<sup>2</sup>,  
Hilario Pellicer Chover<sup>2</sup>, Rui Figueiredo<sup>1</sup>, David Peñarrocha Oltra<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Master de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Universitat de Barcelona

<sup>2</sup> 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  $\geq 6$  mm.

- Pérdida ósea  $\geq 3$  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"> <li>○ Enfermedad periodontal</li> <li>○ Higiene oral deficiente               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por parte del paciente</li> <li>• Falta de programas de mantenimiento</li> <li>• Prótesis no higiénicas</li> </ul> </li> <li>○ Exceso de cemento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diabetes</li> <li>○ Superficie del implante</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Encía queratinizada (2 mm)</li> </ul> |

**Periimplantitis** (Renvert 2018).

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

## 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:

- Desmontar la prótesis siempre que sea posible
- Utilización de diferentes dispositivos:
  - Curetas. Para superficies rugosas expuestas se recomienda instrumentos de acero; para superficies pulidas se recomienda instrumentos plásticos (teflón, fibra de carbono).
  - 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).