

Tratamiento de las lesiones periimplantarias

Rosa María Zaldívar Chiapa*

El tratamiento de implantes es una realidad desde hace aproximadamente 40 años y hoy sabemos de la existencia de lesiones periimplantarias, por lo que se considera de suma importancia conocer su manejo.

- Jovanovic y Spiekermann establecieron una clasificación de la periodontitis, basándose en los defectos óseos que se presentan alrededor de los implantes; ¿cuál es la que se refiere a la clase de periimplantitis clase 2?
 - Presencia de pérdida ósea horizontal moderada con un componente intraóseo mínimo.
 - Pérdida horizontal entre moderada y avanzada con un componente intraóseo mínimo.
 - Pérdida ósea horizontal entre mínima y moderada, con lesión intraósea circunferencia avanzada.
 - Defectos implantarios con pérdida ósea horizontal moderada y lesión intraóseo circunferencial avanzada; además, pérdida de la tabla vestibular o lingual, o ambas.
- Esta lesión se presenta en los implantes y entra en la categoría de fracasos tardíos; se define como una forma reversible de afección inflamatoria de los tejidos blandos que rodean a un implante en función:
 - Gingivitis.
 - Periimplantitis.
 - Mucositis.
 - Periodontitis.
- Diversos estudios clínicos como los de van Steenberghe en 1993 y Los de Weyant y Burt en 1993 y 1994 han reportado que existieron fracasos en los implantes por que presentaron mucositis y periimplantitis. ¿Cuál fue el porcentaje de implantes afectados por estas enfermedades mucoimplantarias?
 - 7%.
 - 3-5%.
 - 2-10%.
 - 11%.
- Tratamiento de la mucositis cuando existen signos como sangrado al sondeo, bolsa de menos de 3 mm, y no existe pérdida ósea de acuerdo a los estudios de Matarasso y col. 1996, Lang 2000 y Mombelli en 2002:
 - Debridamiento mecánico con curetas de plástico o teflón, instrucciones de higiene oral y aumento en la frecuencia del mantenimiento.
 - Debridamiento mecánico, instrucciones de higiene oral y enjuague de clorhexidina por siete días.
 - Retiro del implante.
 - Terapia regenerativa para lograr una reoseointegración.
- Los fracasos tardíos se producen en situaciones en las que se pierde la oseointegración de un implante inicialmente estable. ¿Cuáles son las causa por las que se ha sugerido que sucede?
 - Carga excesiva e infección.
 - Genética.
 - Falta de estabilidad primaria.
 - Todas las anteriores.

* Maestra de Periodoncia. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

6. Estudios como los de Mombelli y col. 1995, Winkelhoff y col. 2000 destacan la importancia del establecimiento de condiciones periodontales saludables antes de la colocación de implantes en paciente parcialmente desdentados. ¿Cuál sería la importancia de este punto?
 - a) Los patógenos de los dientes remanentes pueden colonizar los implantes.
 - b) Los patógenos de los dientes remanentes no pueden colonizar los implantes.
 - c) Los patógenos pueden afectar o disminuir la respuesta inmunológica del paciente.
 - d) Los patógenos pueden hacer que exista una respuesta exagerada de los fibroblastos.
7. En los estudios de Zou y col. 2006 en los cuales trataron defectos óseos producidos por periimplantitis. ¿Cuál fue el tratamiento que resultó en una reoseointegración?
 - a) Debridamiento únicamente.
 - b) Debridamiento más el uso de injerto óseo.
 - c) Debridamiento más el uso de un injerto con membrana no reabsorbible.
 - d) Debridamiento con descontaminación de la superficie.
8. Esta lesión se define como una reacción inflamatoria de los tejidos blandos y duros que rodean un implante en función, que implica pérdida ósea y puede conducir a la pérdida del implante:
 - a) Periodontitis.
 - b) Periimplantitis.
 - c) Mucositis.
 - d) Gingivitis.
9. En el esquema para la clasificación del caso y la selección del tratamiento propuesta por Mombelli en el 2002 cuando tienes sangrado, supuración profundidad de más de 5 mm y defecto óseo profundo con movilidad en un implante:
 - a) Debridamiento mecánico más instrucciones de higiene oral.
 - b) Terapia antibiótica.
 - c) Terapia regenerativa.
 - d) Retiro del implante.
10. El diagnóstico de periimplantitis ha sido claramente establecido en los proceedings of the 3rd European Workshop on Periodontology mediante la constatación de una serie de signos clínicos irrefutables de los siguientes que se nombran. ¿Cuál es el que no pertenece a estos signos clínicos?
 - a) Evidencia radiológica de destrucción vertical de la cresta.
 - b) Hay sangrado después del sondeo suave, pudiendo existir supuración de la bolsa.
 - c) Los tejidos blandos marginales pueden estar inflamados, tumefactos y enrojecidos.
 - d) Agrandamiento gingival.

RESPUESTAS

1. b) Pérdida horizontal entre moderada y avanzada con un componente intraóseo mínimo.

— Jovanovic S. Diagnosis and treatment of peri-implant disease. T. A systematic review of effect of anti-infective therapy in the treatment of peri-implantitis. *J Clin Periodontol* 2002; 29(39): 213-25.

2. c) Mucositis.

— Lang N, Karring T, Lindhe J. Proceedings of the 3rd European workshop on periodontology implant dentistry, 1999. Quintessence Publishing.

— Lang N, Wilson T, Corbet E. Biological Complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment. *Clin Oral Implants Res* 2000; 11(1): 146-55.

3. c) 2-10%.

— van Steenberghe D, Klinge B, Linden U, Quirynen M, Herrmann I, Garpland C. Periodontal indices around natural titanium abutments: A longitudinal multicenter study. *J Periodontol* 1993; 64 (6): 538-41.

— Weyant RJ, Burt BA. An assessment of survival rates and within patient clustering of failures for endosseous oral implants. *J Dent Res* 1993; 72(1): 2-8.

— Weyant RJ. Characteristics associated with the loss and peri-implant tissue health of endosseous dental implants. *Int J Oral and Maxillofac Implants* 1994; 9(1): 95-102.

4. a) Debridamiento mecánico con cuteras de plástico o teflón, instrucciones de higiene oral y aumento en la frecuencia del mantenimiento.

— Lang NP, Wilson TG, Corbet EF. Biological complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment. *Clinical Oral Res* 2000; 11: 146-55.

— Matarasso S, Quaremba G, Coraggio F, Vaia E, Caffiero C, Lang NP. Maintenance of implants: an *in vitro* study of titanium implant surface modifications subsequent to the application of different prophylaxis procedures. *Clin Oral Implants Res* 1996; 7: 64-72.

— Mombelli A. Microbiology and antimicrobial therapy of periimplantitis. *Periodontol* 2000-2002; 28: 177-89.

5. a) Carga excesiva e infección.

— Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológica. 4^a ed. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2005.

6. a) Los patógenos de los dientes remanentes pueden colonizar los implantes.

— Mombelli A, Maxer M, Gaberthuel T, Grunder U, Lang NP. The microbiota of osseointegrated implants in patients with a history of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* 1995; 22: 124-130.

— van Winkelhoff AJ, Goene RJ, Benschop C, Folmer T. Clinical oral implants research. 2000; 11: 511-520.

7. c) Debridamiento más el uso de un injerto con membrana no reabsorbible.

— Zou DR, Zhu H, Qu XH. Reosseointegration of periimplantitis bone defects: an experimental study in dogs. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue* 2006; 15(6): 614-8.

8. b) Periimplantitis.

— van Steenberghe D, Klinge B, Linden U, Quirynen M, Herrmann I, Garpland C. Periodontal indices around natural titanium abutments: A longitudinal multicenter study. *J Periodontol* 1993; 64(6): 538-41.

9. d) Retiro del implante.

— Mombelli A, Feloutzis A, Bragger U, Lang NP. Treatment of periimplantitis by local delivery of tetracycline. Clinical, microbiological and radiological results. *Clinical Oral Implants Research* 2001; 12: 287-294.

10. d) Agrandamiento gingival.

— Lang N, Karring T, Lindhe J. Proceedings of the 3rd European Workshop on Periodontology Implant Dentistry Quintessence Publishing 1999.