

REGENERACIÓN DEL TEJIDO ÓSEO PERIIMPLANTARIO EN LA PERIIMPLANTITIS

Uso de un sustituto óseo de reabsorción lenta.



Dott. Danilo Alessio Di Stefano
Dentista independiente
Milán, Italia
distefano@centrocivitali.it

El principal desencadenante de la periimplantitis es la formación alrededor del implante de poblaciones bacterianas cuyas especies suelen ser comunes a las que conducen a la aparición de la periodontitis. El inicio de la patología puede verse favorecido no solo por factores individuales, por la colocación incorrecta del implante, por el fracaso de procedimientos regenerativos anteriores que conducen a la exposición, al suministro de una prótesis inadecuada, a la presencia de residuos de cemento en el surco periimplantario, así como a la mala higiene bucal y el hábito de fumar. La inflamación periimplantaria involucra tanto tejidos blandos como duros; la prolongación en el tiempo de la inflamación de estos últimos se asocia a una reabsorción gradual de la cresta alveolar y a una mayor exposición del implante que, en los casos más graves, puede desprenderse.

Incluso cuando se eliminan los factores desencadenantes, las lesiones de los tejidos duros permanecen: esto crea una condición que facilita la recurrencia de la patología. Además, la falta de recuperación correcta de los perfiles mucogingivales siempre está asociada con un defecto estético residual, lo que es particularmente indeseable si el implante está situado en la zona estética. Por este motivo, es aconsejable utilizar técnicas de regeneración ósea guiadas que permitan la restauración de los volúmenes óseos periimplantarios correctos, utilizando un sustituto óseo que permita una eficaz regeneración si bien actúa como un mantenedor de espacio y una membrana que garantice un efecto barrera durante un tiempo adecuado para la regeneración.

Materiales

En la intervención se ha previsto el uso de un sustituto óseo, Calcitos (Bioteck) y una membrana de colágeno (Biocollagen, Bioteck). Calcitos es un biomaterial de origen equino obtenido mediante un tratamiento a alta temperatura que le otorga un tiempo prolongado de reabsorción y una larga permanencia en el sitio injertado, superior a la de otros sustitutos óseos Bioteck.

Además de ejercer el efecto osteoconductor necesario para permitir la regeneración del defecto óseo, este

biomaterial actúa como un mantenedor de espacio a largo plazo y es ideal si se desea garantizar el mantenimiento por largo tiempo de perfiles óseos incluso amplios.

Por su parte, la membrana se obtiene extrayendo el colágeno del que está compuesta del tendón de Aquiles equino a través de un proceso que conduce a la desnaturalización del colágeno. Por este motivo, el tiempo de protección de esta membrana se limita a unas pocas semanas.

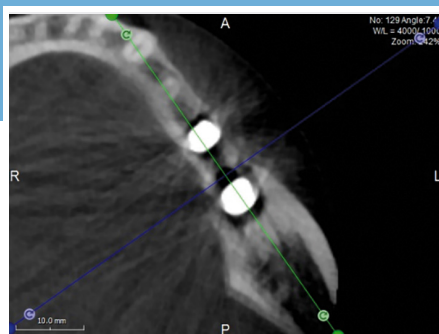


Fig. 1 – CBCT en sección coronal, se observan amplias zonas de reabsorción periimplantaria en ambos implantes.

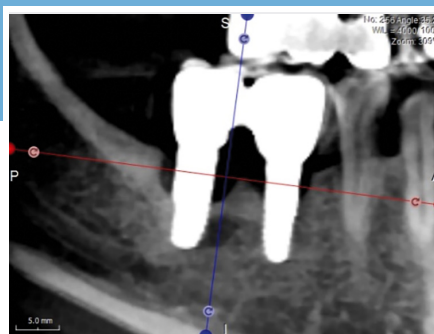


Fig. 2 – CBCT en sección lateral. Los conos de reabsorción involucran una amplia porción de la superficie del implante.



Fig. 3 – Aspecto clínico de las mucosas periimplantarias en el momento de la presentación de la paciente.

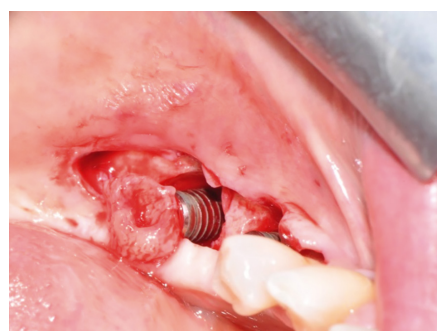


Fig. 4 – Al abrir el colgajo se destaca la superficie expuesta del implante.

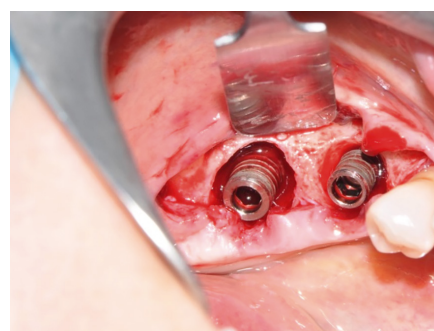


Fig. 5 – Los dos defectos periimplantarios al final de las operaciones de descontaminación y limpieza.



Fig. 6 – El biomaterial granular de reabsorción lenta Calcitos.

REGENERACIÓN DEL TEJIDO ÓSEO PERIIMPLANTARIO EN LA PERIIMPLANTITIS



Uso de un sustituto óseo de reabsorción lenta.

Resultados

El caso se refiere a una paciente que se presentó quejándose de sangrado y dolor durante la higiene oral en la mucosa periimplantaria en las posiciones 4.6 y 4.7. La exploración intraoral mostró un sufrimiento de la mucosa alrededor de los pilares de los dos implantes, mientras que el examen en tomografía CBCT mostró una resorción ósea evidente con la presencia de dos conos de reabsorción periimplantaria extendidos a aproximadamente un tercio de uno de los dos implantes y aproximadamente la mitad del otro. Los implantes no presentaban ninguna movilidad.

La paciente fue incluida en un régimen de higiene oral profesional para resolver completamente la condición inflamatoria de la mucosa periimplantaria. El plan de tratamiento propuesto al paciente dispuso la limpieza de la superficie periimplantaria con posterior regeneración ósea con un sustituto óseo y una membrana.

La paciente dio el consentimiento informado para el tratamiento. Después de una sesión de higiene previa a la intervención, la paciente fue sometida a la cirugía bajo anestesia local. Primero se retiraron el puente

cementado y los dos pilares de implante y luego se abrió un colgajo de espesor total. La zona del periimplantaria se limpió con un raspador y la superficie periimplantaria, así como toda la bolsa, se descontaminaron utilizando polvo de glicina, y fue alisada la superficie del implante con goma abrasiva. Luego se preparó el hueso cortical receptor mediante cruentación y los defectos óseos periimplantarios se injertaron con los gránulos óseos, después de la hidratación con solución salina. Cada injerto se protegió con una membrana de colágeno, previamente perforada para ser colocada alrededor del cuello del implante. La operación de perforación se realizó antes de la hidratación de la membrana. Entonces se procedió con la sutura.

A 3 meses de la cirugía, la radiografía de control mostraba los implantes completamente insertados en el hueso regenerado de la cresta. Los sondajes resultaron todos fisiológicos.

La paciente no se quejó de ningún síntoma espontáneo o evocado y no hubo evidencia de sufrimiento de los tejidos blandos.

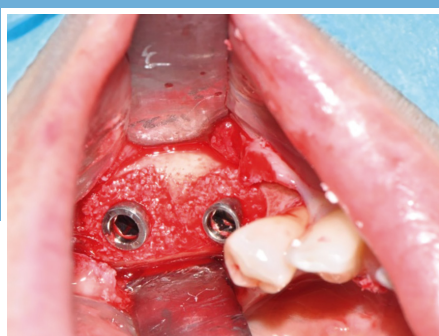


Fig. 7 – Los dos defectos periimplantarios se injertan con el biomaterial de reabsorción lenta.

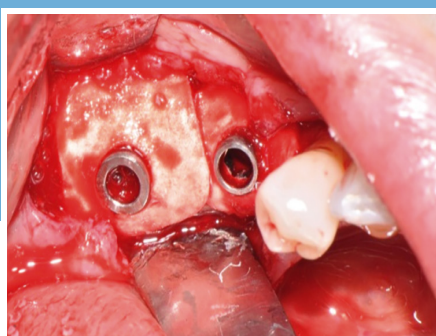


Fig. 8 – Las membranas de colágeno se colocan alrededor de los implantes después de haberlas perforado de forma adecuada.



Fig. 9 – La sutura al final de la cirugía.

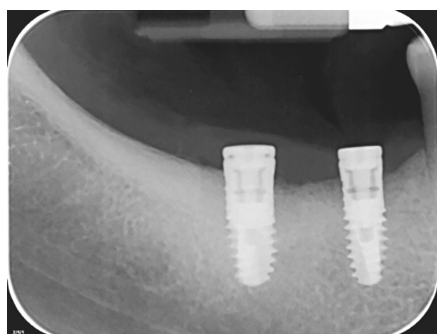


Fig. 10 – Radiografía intraoral de control al final de la cirugía.



Fig. 11 – Control a 3 meses, aspecto clínico de la rehabilitación.

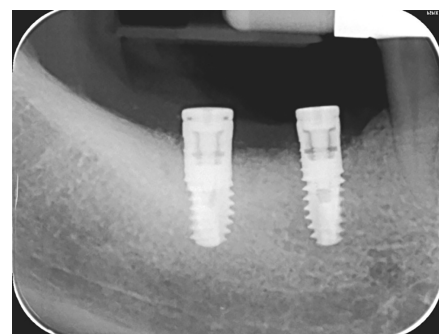


Fig. 12 – Radiografía a 3 meses, se mantienen los niveles periimplantarios.



Visite www.bioteckacademy.com para otras fichas clínicas y para acceder a literatura científica siempre actualizada.