

CASO CLÍNICO

“Importancia del mantenimiento en la evolución de un paciente con periodontitis agresiva y periimplantitis”

Morera Cuenca M, Vázquez Pérez M, López Roldán A, Gil Loscos FJ, Buitrago Vera P, Alpiste Illueca F. Posgrado en Periodoncia y Osteointegración. Universidad de Valencia.

▪ **INTRODUCCIÓN**

La periodontitis agresiva se define como una enfermedad de rápida progresión en la destrucción periodontal que se presenta de dos formas, local y general (Armitage 1999). Se ha observado que la prevalencia de esta enfermedad es mucho menor en comparación con la periodontitis crónica siendo en algunas poblaciones de hasta un 28'8% (Albandar JM 2002).

Ante la pérdida temprana de piezas dentales, la rehabilitación con implantes ha sido considerada una de las opciones terapéuticas de elección. Según ciertos autores, estos pacientes son más susceptibles de padecer periimplantitis influyendo directamente sobre la supervivencia de los implantes dentales (De Boever AL 2009)

Tanto la mucositis como la periimplantitis, con prevalencias de 63% y 43% respectivamente, son entidades clínicas muy comunes alrededor de los implantes (Renvert S 2009 y Swierkot K 2012).

La mucositis corresponde a la lesión reversible que se limita a la encía, mientras que la periimplantitis, análoga de la periodontitis (1st Workshop of Periodontology) es una inflamación irreversible tanto de los tejidos blandos como duros periimplantarios.

La prevención es la base del tratamiento de la periimplantitis. Consiste en la desinfección de los tejidos periimplantarios y en el control de los factores de riesgo, que actúan sobre el implante, mediante una terapia de mantenimiento rigurosa, tanto periodontal como periimplantaria (Costa FO 2012).

Lang en el 1997 propone una forma ordenada de tratar la periimplantitis, basándonos en los

factores de riesgo. Es la denominada terapia de mantenimiento interceptiva acumulativa (Cumulative interceptive Supportive Therapy, CIST).

PB Pl. bacteria	BOP Sangrado	Sup Supuración	PS Sondaje	Rx Radiografía	Grado Mantenimiento	
+/-	-	-	NO	-	0	I.H.O.
+	+	-	NO	-	I	A
+	+	+/-	4-5	+	II	A+B
+	+	+/-	>5	++	III	A+B+C
+	+	+/-	>5	+++	IV	A+B+C+D
+	+	+/-	>5	++++	V	E

- A. Limpieza mecánica (curetas/ultrasonidos para implantes) + IHO
- B. Antisépticos Locales (Clx en colutorios, irrigadores o gel local)
- C. Antibióticos; vía general (10días), vía local (tetraciclinas, etc.)
- D. Cirugía: desbridamiento, limpieza, regeneración....
- E. Explantación y regeneración del alveolo.

El objetivo del caso que se presenta posteriormente, es doble, por una parte mostrar que la falta de un programa de mantenimiento se relaciona con la aparición de la enfermedad periimplantaria (Costa FO 2009) y por otra parte, indicar que el diagnosticado de periodontitis agresiva con posterior colocación de implantes necesitan un control mas estricto de mantenimiento, dado que la aparición de la periimplantitis es todavía más frecuente que en pacientes sanos.

▪ CASO CLÍNICO

Paciente diagnosticada con periodontitis agresiva generalizada a los 35 años en el departamento de Periodoncia de la Universidad de Valencia.

Fue sometida a tratamiento periodontal básico y quirúrgico a lo largo de los años 2004, 2005. En 2006, se decidió la colocación de 8 implantes superiores con prótesis cementada implantosoportada.

1. Anamnesis

Mujer, paciente de 45 años de edad.

2. Historia médica general

La paciente es ex fumadora desde hace 5 meses (10 cig/día desde los 20 años).

Es clasificada como una paciente ASA I.

3. Antecedentes familiares:

La paciente refiere antecedentes familiares con historia de enfermedad periodontal. No refiere otro tipo de enfermedad.

4. Historia dental general

La paciente fue diagnosticada con periodontitis agresiva generalizada a los 35 años. Se le realizó tratamiento periodontal básico y quirúrgico, es introducida en el programa de mantenimiento y acude a sus visitas a lo largo de los años 2004, 2005 y 2006.

En este periodo se colocaron 8 implantes superiores, siendo los dientes extraídos por mal pronóstico periodontal.

Tras ser advertida de la importancia de la enfermedad periodontal agresiva, la paciente abandona dicho programa hasta el año 2013.

No hay fotografías iniciales pero si disponemos de la serie radiográfica realizada en 2004.



Fig. 1 Radiografías periapicales. Diagnóstico periodontitis agresiva

5. Actualidad

La paciente acude de urgencia por presentar dolor en la zona del segundo cuadrante.

A la exploración observamos un implante en posición 2.7 que presenta dolor a la percusión con sondaje profundo y movilidad grado III.

Se administra antiinflamatorio (ibuprofeno 600mg/ 3 al día a demanda del paciente) y antibiótico (amoxicilina+ metronidazol 500mg/250 cada 6hrs durante 10 días).

Al revisar la historia se encuentra que lleva más de 7 años sin acudir a las visitas de mantenimiento. Tras lo cual se le realizó un examen clínico completo y fue inmediatamente reincorporada en el programa de mantenimientos periodontal.

En la exploración de la arcada superior se encuentra enfermedad periimplantaria con diferentes grado de afectación en los 8 implantes colocado.

Tras valorar la necesidad de tratamiento según la guía de Lang, se decide intervenir quirúrgicamente en la arcada superior.



Fig. 2 Fotografía inicial intraoral (año 2013)

Caso clínico: "Importancia del mantenimiento en la evolución de un paciente con periodontitis agresiva y periimplantitis"

5.1 Exploración extraoral

Morfología de la cara normal con rostro ovalado. Sellado labial competente, sin alteraciones de la articulación temporomandibular y sin adenopatías satélites.

5.2 Exploración Intraoral

Se observó un índice de placa abundante a nivel de los cuellos dentales e implantarios y presencia de cálculo supragingival y subgingival a nivel radiográfico, así como recesiones alrededor de los implantes.



Fig. 3. Fotografías iniciales intraorales (año 2013)

5.3 Examen clínico periodontal y periimplantario

Se observó bolsas profundas, entre 5 -9 mm, sangrado gingival, supuración en 6 de los 8 implantes (1.5, 1.4, 2.2, 2.4, 2.5 y 2.7), movilidad de grado II en implantes 2.4 y 2.5 y movilidad III en 2.7.



Fig. 4. Periodontograma inicial

5.4 Examen radiológico

Reveló pérdida ósea generalizada de más del 50% en general y más del 70% en el implante en posición 27.

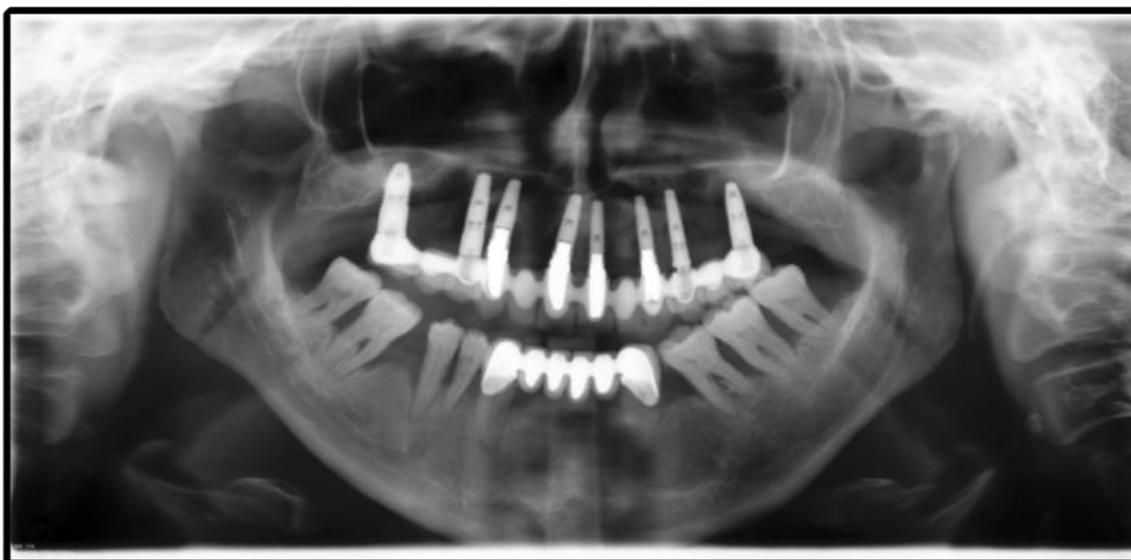


Fig. 5. Ortopantomografía

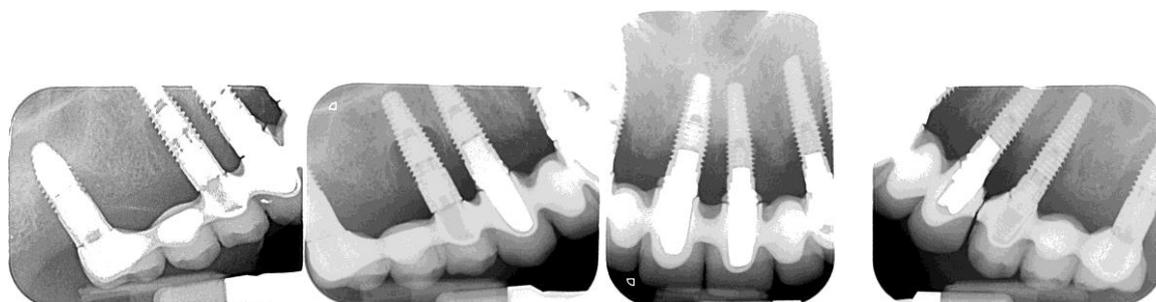


Fig. 6. Radiografías obtenidas de la serie radiográfica inicial

Caso clínico: "Importancia del mantenimiento en la evolución de un paciente con periodontitis agresiva y periimplantitis"

- **DIAGNÓSTICO**

La paciente fue diagnosticada de periimplantitis (Swierkot K, 2012)

- **PLAN DE TRATAMIENTO**

Primero: informar al paciente respecto a la patología y la importancia de acudir a las visitas de mantenimiento.

Tratamiento no quirúrgico

Control mecánico de la infección

Descementado de la prótesis seccionada, para así valorar el estado de los tejidos periimplantarios.

Posteriormente, se utilizaron curetas de teflón y ultrasonidos para eliminar el mayor componente bacteriano posible.



Fig. 7. Fotografías de la prótesis descementada y aspecto de los tejidos blandos.

Instrucciones de higiene oral y motivación

Se le instruyó la técnica de cepillado Stillman y el uso de cepillos interproximales.

Caso clínico: "Importancia del mantenimiento en la evolución de un paciente con periodontitis agresiva y periimplantitis"

Control químico de la infección

Administración de antisépticos locales como coadyuvantes, siendo clorhexidina al 0'12% y Cloruro de Cetilpiridinio al 0'05% (Perio.Aid® tratamiento), durante 30 segundos, dos veces al día durante 15 días.

Revaluación

Tras la fase no quirúrgica sigue persistiendo infección periimplantaria avanzada. Por lo que se decide intervenir quirúrgicamente.

Tratamiento quirúrgico

Se realiza desbridamiento, limpieza y descontaminación de las superficies periimplantarias con peróxido de hidrógeno al 10% y povidona yodada oral del primer y segundo cuadrante ya que la prótesis implantosoportada cementada esta seccionada.

Primero se realizó la fase quirúrgica (cirugías de acceso) del primer cuadrante.

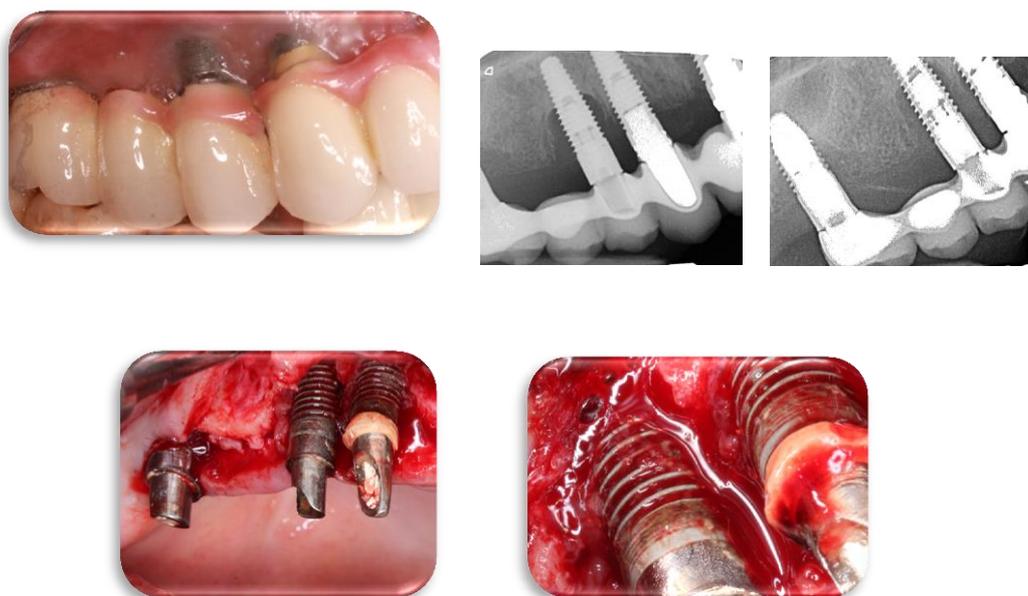


Fig. 8. Procedimiento quirúrgico del primer cuadrante

Posteriormente, a las 2 semanas, se realizó cirugía de acceso del segundo cuadrante.

Puesto que el implante en posición 2.7 presentaba movilidad grado III, sangrado y supuración se procedió a la explantación de la pieza.

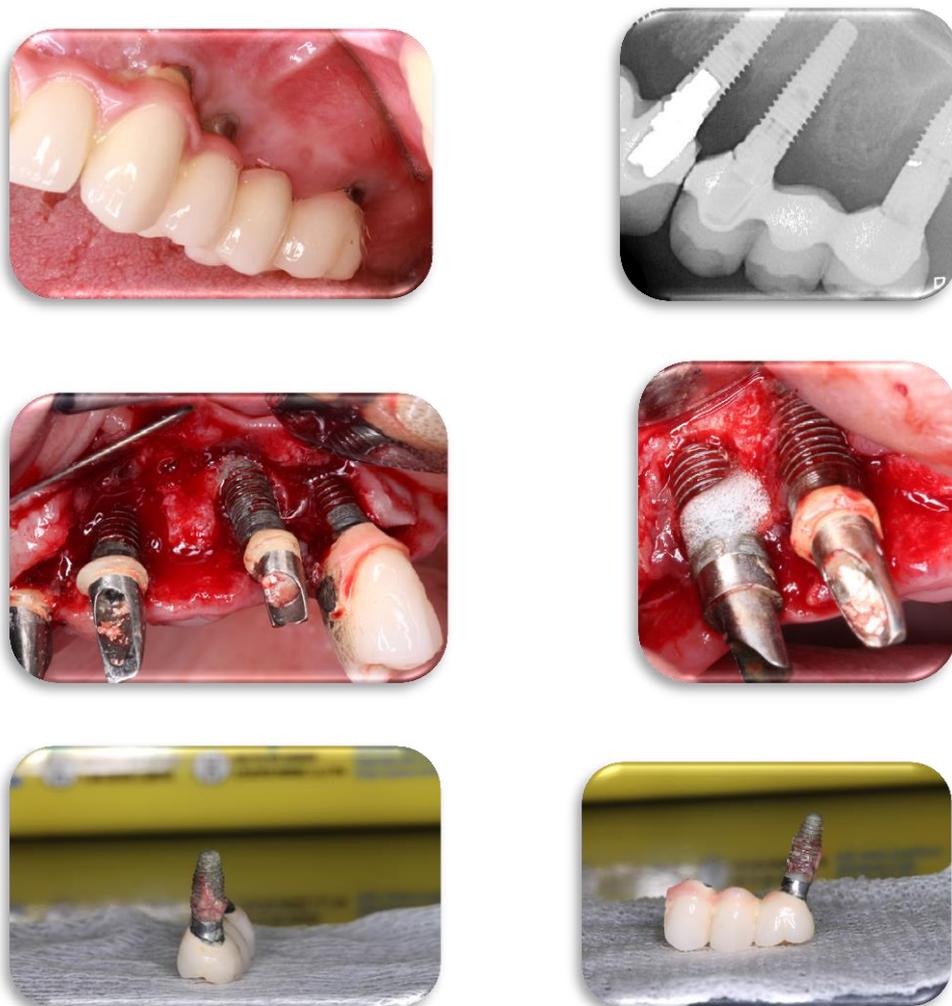


Fig. 9. Procedimiento quirúrgico del segundo cuadrante

Pautas posquirúrgicas

Enjuagues de clorhexidina al 0'12% y Cloruro de Cetilpiridinio al 0'05% (Perio.Aid® tratamiento) durante 30 segundos, dos veces al día durante 15 días.

Se le advirtió a la paciente de no cepillarse en la zona tratada hasta la siguiente semana de la reevaluación.

Tratamiento coadyuvante con antibióticos

Amoxicilina con ácido clavulánico (875/125mg) 3 veces al día durante 7 días, paracetamol 650mg 3 veces al día e ibuprofeno 600mg cada 3 días.

Evolución

Se retiran los puntos a los 7 días y se valora la cicatrización de los tejidos periimplantarios. Se limpió la zona con gel de clorhexidina al 0'2% y se evaluó la cicatrización del tejido blando.

A las 2 semanas y al mes se desinfectó de nuevo con clorhexidina al 0'2%.

A los 3 meses se revalúa, siendo reincorporada al programa de mantenimiento y realizando tratamiento periodontal correspondiente. En cada visita se le motivó a la paciente, instrucciones de higiene oral y se eliminaron los depósitos de placa y cálculo.



Fig. 10. Fotografías de la reevaluación

Se reanuda el tratamiento periodontal con raspado y alisado radicular por cuadrantes y se planifica la fase correctiva de la periodontitis agresiva en la arcada inferior.

Observamos como los 6 años que ha estado sin fase de mantenimiento han determinado pérdidas óseas importantes en la arcada inferior.

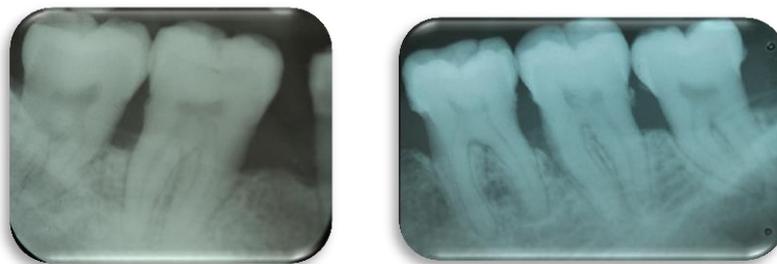


Fig. 11. Radiografías periapicales de la arcada inferior (año 2004)

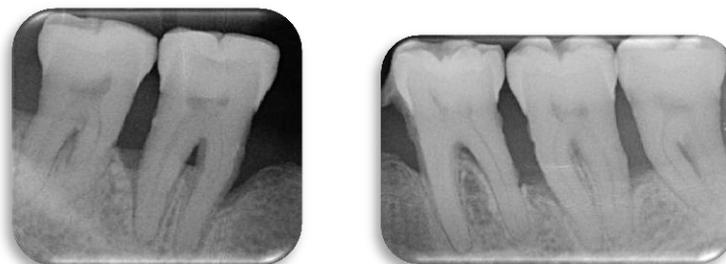


Fig. 12. Radiografías periapicales de la arcada inferior (año 2013)

▪ **DISCUSIÓN**

El manejo de los pacientes con periodontitis agresiva resulta todo un reto en comparación con los pacientes con periodontitis crónica.

Ante la pérdida de piezas dentales, como en este caso, una opción terapéutica es la rehabilitación con implantes.

Hoy en día se sabe que los pacientes diagnosticados con periodontitis agresiva, son pacientes susceptibles a padecer periimplantitis, ya sea por los reservorios bacterianos que determina la presencia de bolsas periodontales o por alteraciones inmunológicas propias del factor hospedador que presentan los pacientes afectados de periodontitis agresiva.

La paciente, diagnosticada con periodontitis agresiva a los 35 años fue sometida a tratamiento periodontal. Acudió a las visitas de mantenimiento (cada 3 meses) tras tratamiento periodontal. Previamente advertida de la importancia de la enfermedad, abandona dicho programa tras la colocación de los implantes.

No es hasta después de 7 años, cuando la paciente vuelve al departamento, refiriendo dolor en el segundo cuadrante.

Ya que todo paciente susceptible con implantes debe estar controlado rigurosamente (Heitz-Mayfield 2008), la paciente fue reincorporada inmediatamente en el programa de mantenimiento tras una exploración clínica y radiográfica.

Lo primero, en dicho programa, es recoger todos aquellos parámetros clínicos y radiográficos (Swierkoy K 2012, De Boever 2009, Mombelli A 2000 y Costa FO 2012) con el fin de obtener un diagnóstico inicial, el cual dictaminará el abordaje terapéutico. Renvert en el 2009 describe los factores de riesgo que debemos considerar en cada visita de mantenimiento riguroso.

Los parámetros diagnósticos que se recomiendan recoger son:

1. Sondaje periimplantario.
2. Presencia o no de sangrado gingival.
3. Presencia o no de supuración.
4. Recesión gingival con exposición de la superficie implantaría.
5. Movilidad de los implantes.

En la paciente se observó una profundidad de sondaje de 5 a 9mm, presencia sangrado gingival, supuración en 6 de los 8 implantes (1.5, 1.4, 2.2, 2.4, 2.5 y 2.7) y recesión gingival con exposición de la superficie implantaría. Sólo se observó movilidad en el implante en posición 2.7.

Tras la recogida de todos datos, se estableció el diagnóstico de periimplantitis, y se propuso un plan de tratamiento.

Mombelli en 2000 y Heitz-Mayfield 2008, describieron una serie de procedimientos para obtener un diagnóstico e interceptar la enfermedad lo mas pronto posible.

En numerosos estudios se describen los tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos de la periimplantitis (Claffey N 2008, Kim KK 2012, Heitz-Mayfield, LJA 2008 y De Boever FO 2009).

Debido a la gran pérdida ósea generalizada se realizó una intervención quirúrgica donde se explantó el implante en posición 27 con una pérdida de mas del 75%.

En el resto de los implantes se realizó desbridamiento, descontaminación y antibiototerapia durante 7 días.

Tras finalizar el tratamiento, la paciente entra en el programa de mantenimiento donde se lleva a cabo una monitorización de los parámetros clínicos y radiográficos antes descritos, un control del estado de los tejidos periimplantarios, y se refuerzan instrucciones de higiene oral y su motivación.

Para concluir, es muy importante el cumplimiento del programa de mantenimiento en los pacientes diagnosticados de periodontitis agresiva para controlar la evolución de la periimplantitis.

El objetivo del tratamiento básico y quirúrgico de la enfermedad periimplantaria va a consistir en frenar la infección bacteriana y estabilizar los tejidos, siempre junto un tratamiento coadyuvante mediante la clorhexidina al 0'12% así como métodos complementarios de higiene oral.

El incumplimiento de las visitas de mantenimiento de su enfermedad periodontal no sólo determina una evolución mas rápida de su periodontitis agresiva sino que además determina la presencia en boca de colonias bacterianas que pueden afectar gravemente a los implantes colocados.

▪ BIBLIOGRAFÍA

1. Albandar JM. Aggressive periodontitis: case definition and diagnostic criteria. *Periodontol 2000* 2014 Jun; 65(1):13-26.
2. Albandar JM, Muranga MB, Rams TE: Prevalence of aggressive periodontitis in school attendees in Uganda. *J Clin Periodontol* 2002; 29: 823-831.
3. Bidra AS, Shaqman M. Treatment planning and sequence for implant therapy in a young adult with generalized aggressive periodontitis. *J Oral Implantol* 2012 Aug;38(4):405-415.
4. Chee W. Peri-implant management of patients with aggressive periodontitis. *J Calif Dent Assoc* 2011 Jun;39(6):416-419.
5. Cho CM, You HK, Jeong SN. The clinical assessment of aggressive periodontitis patients. *J Periodontal Implant Sci* 2011 Jun;41(3):143-148.
6. Costa FO, Takenaka-Martinez S, Cota LO, Ferreira SD, Silva GL, Costa JE. Peri-implant disease in subjects with and without preventive maintenance: a 5-year follow-up. *J Clin Periodontol* 2012 Feb; 39(2):173-181.

7. De Boever AL, Quirynen M, Coucke W, Theuniers G, De Boever JA. Clinical and radiographic study of implant treatment outcome in periodontally susceptible and non-susceptible patients: a prospective long-term study. *Clin Oral Implants Res* 2009 Dec;20(12):1341-1350.
8. Heitz-Mayfield LJ, Mombelli A. The therapy of peri-implantitis: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2014;29 Suppl:325-345.
9. Hong JS, Yeo IS, Kim SH, Lee JB, Han JS, Yang JH. Implants and all-ceramic restorations in a patient treated for aggressive periodontitis: a case report. *J Adv Prosthodont* 2010 Sep;2(3):97-101.
10. Kar K, Simonian K, Nowzari H. Dynamic therapeutic approach for individuals affected with aggressive periodontitis. *J Calif Dent Assoc* 2011 Jun;39(6):401-415.
11. Kim KK, Sung HM. Outcomes of dental implant treatment in patients with generalized aggressive periodontitis: a systematic review. *J Adv Prosthodont* 2012 Nov;4(4):210-217.
12. Koyuncuoglu CZ, Calisir K, Minoglu-Saylan I, Yassibag Z, Metin S, Tuncer O, et al. Implant Supported Full-Mouth Restoration in a Young Patient with Generalized Aggressive Periodontitis. *J Oral Implantol* 2013 May 3.
13. Lang NP, Berglundh T, Working Group 4 of Seventh European Workshop on Periodontology. Periimplant diseases: where are we now?--Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2011 Mar;38 Suppl 11:178-181.
14. Lee DW. Periodontitis and dental implant loss. *Evid Based Dent* 2014 Jun;15(2):59-60.
15. Lindhe J, Meyle J, Group D of European Workshop on Periodontology. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2008 Sep;35(8 Suppl):282-285.
16. Lu RF, Xu L, Meng HX, Feng XH, Liu KN. Treatment of generalised aggressive periodontitis: a 4-year follow-up case report. *Chin J Dent Res* 2012;15(1):61-67.
17. Mombelli A, Moene R, Decaillet F. Surgical treatments of peri-implantitis. *Eur J Oral Implantol* 2012;5 Suppl:S61-70.
18. Nevins M, Kim DM. Classical versus contemporary treatment planning for aggressive periodontal disease. *J Periodontol* 2010 May;81(5):767-775.
19. Renvert S, Persson GR. Periodontitis as a potential risk factor for peri-implantitis. *J Clin Periodontol* 2009 Jul;36 Suppl 10:9-14.
20. Rutar A, Lang NP, Buser D, Burgin W, Mombelli A. Retrospective assessment of clinical and microbiological factors affecting periimplant tissue conditions. *Clin Oral Implants Res* 2001 Jun;12(3):189-195.

21. Sanz M, Chapple IL, Working Group 4 of the VIII European Workshop on Periodontology. Clinical research on peri-implant diseases: consensus report of Working Group 4. J Clin Periodontol 2012 Feb;39 Suppl 12:202-206.
22. Serino G, Strom C. Peri-implantitis in partially edentulous patients: association with inadequate plaque control. Clin Oral Implants Res 2009 Feb;20(2):169-174.
23. Sgolastra F, Petrucci A, Severino M, Gatto R, Monaco A. Periodontitis, implant loss and peri-implantitis. A meta-analysis. Clin Oral Implants Res 2013 Dec 31.
24. Swierkot K, Lottholz P, Flores-de-Jacoby L, Mengel R. Mucositis, peri-implantitis, implant success, and survival of implants in patients with treated generalized aggressive periodontitis: 3- to 16-year results of a prospective long-term cohort study. J Periodontol 2012 Oct;83(10):1213-1225.