

## CASO CLÍNICO

### **“Terapia mucogingival en implantes: corrección de las secuelas mucosas de la periimplantitis”**

*Pedro Buitrago. Profesor Asociado en Periodoncia, Facultad de Odontología. Universidad de Valencia.*

Las enfermedades periimplantarias son un problema cada vez mayor que comprometen el resultado de las rehabilitaciones implantosoportadas. Consideradas como enfermedades de naturaleza inflamatoria y origen infeccioso, pueden llevar a la pérdida de los tejidos periimplantarios y provocar la retracción del margen mucoso con las correspondientes complicaciones estéticas y sociales. Aunque es difícil medir el impacto exacto de estas patologías, los estudios acerca de su prevalencia hacen pensar que uno de cada 5 implantes se verán afectados (Mombelli y cols. 2012)

Los principios que deben regir el tratamiento de estas patologías fueron enumerados por Mombelli en 1999 (Mombelli 1999). Se basan en la resolución del componente inflamatorio mediante la eliminación del biofilm dentro de la bolsa periimplantaria y la descontaminación y acondicionamiento de la superficie del implante pero también en la eliminación de zonas retentivas y el establecimiento de un régimen eficiente en hábitos de higiene oral que permita prevenir la mucositis y la reinfección de las bolsas residuales. Finalmente, una vez resuelta la infección podremos plantear la posibilidad de la regeneración ósea.

Esta estrategia terapéutica pone el acento en resolver la causa de la infección y, solo entonces, plantear la regeneración ósea. Curiosamente, no se observa la necesidad de corregir las secuelas que sobre los tejidos que blandos puedan aparecer. En numerosas ocasiones, la resolución de la inflamación y la pérdida de soporte puede conllevar la retracción del margen mucoso periimplantario y la exposición de zonas metálicas. Esta situación provoca claros inconvenientes sociales y estéticos y deriva, en numerosas ocasiones, en el fracaso de la terapia de implantes al no cumplir con las expectativas del paciente. La aplicación de técnicas mucogingivales a los implantes constituyen una opción para resolver estas complicaciones. Sin embargo, las diferencias estructurales de los tejidos periimplantarios son un factor añadido a valorar en la toma de decisiones para aumentar la predictibilidad de este tipo de procedimientos.

Mediante la presentación de una paciente con un implante ubicado en una zona estética y afectado de periimplantitis, planteamos la secuencia de abordaje de las secuelas mucosas de la periimplantitis

#### ▪ CASO CLÍNICO

##### 1. Anamnesis:

Paciente de 30 años y sexo femenino.

##### 2. Motivo de Consulta:

La paciente detalla presentar “encía retraída en los implantes” y estar preocupada por la repercusiones estéticas y sociales del “borde gris que ha aparecido con el tiempo”.

##### 3. Historia médica general:

No presenta ni refiere ninguna enfermedad por lo que es clasificada como una paciente ASA I. No fuma. Tampoco refiere antecedentes de enfermedades familiares.

##### 4. Antecedentes dentales:

Tiene agenesia de incisivos laterales superiores. Tras un tratamiento de ortodoncia que situó a los caninos en la posición de dichos incisivos laterales, las brechas edéntulas fueron tratadas mediante prótesis dentosoportada en el primer cuadrante e implantosoportada en el 2º cuadrante. Tras 2 años de evolución, la mucosa periimplantaria en vestibular del 2.3i comenzó a retraerse (Fig 1 y 2)



Figura 1



Figura 2

### 5. Exploración Intraoral:

Gingivitis marginal en los dientes pilares de prótesis y mucositis periimplantaria en 2.3i, asociando en el implante una retracción de 3 mm con 1 mm de exposición del cuello metálico. (Fig 3)



Figura 3

### 6. Exploración clínica:

La exploración periodontal detectó bolsas de 4 y 5 mm localizadas exclusivamente a nivel interproximal, con un índice de sangrado al sondaje del 27% y escasa presencia de placa que solo fue evidenciable en algunas localizaciones linguo-palatinas.

### 7. Examen Radiográfico:

Perfil óseo radiográfico doble alrededor del implante que muestra un defecto óseo de

2 paredes con una profundidad de 3 mm cuyo fondo coincide con el inicio de las espiras. La distancia entre la cresta ósea y la línea amelocementaria de los dientes adyacentes es de aproximadamente 1,5 mm. (Fig 4)



Figura 4

#### ▪ **DIAGNÓSTICO**

De acuerdo al 6<sup>TH</sup> Workshop Europeo en Periodoncia (Lindhe y Meyle 2008), diagnosticamos a la paciente de periimplantitis con retracción mucosa y problema estético derivado.

#### ▪ **PLAN DE TRATAMIENTO**

Debido a la analogía entre las enfermedades periimplantarias y periodontales, decidimos adoptar por la sistemática terapéutica propuesta por Ramfjord (Ramfjord 1953) que consta de las siguientes fases:

- Fase de control sistémico:
- Fase etiológica
- Fase correctora
- Fase de mantenimiento

##### **1. Fase de control sistémico**

Ante la ausencia de patologías sistémicas (paciente ASA I) no fue necesaria ninguna intervención a este nivel. No obstante, se informó a la paciente de las repercusiones que las situaciones de estrés mantenido podían tener sobre la competencia del sistema inmunitario y, por lo tanto, sobre la respuesta defensiva tisular periimplantaria. Así mismo, se le explicó la relación entre la acumulación de la placa bacteriana bucal con la aparición de la inflamación y su relación con su motivo de consulta.

## 2. Fase etiológica

Se enseñó a la paciente a realizar un control de placa efectivo mediante el uso de cepillo VITIS® ultrasuave (DENTAID®) mediante la técnica de Stillman. Como método de limpieza interproximal se le recomendó VITIS® seda dental suave (DENTAID®) poniendo especial cuidado en su inserción cuidadosa en el surco periimplantario. Así mismo, se instauró un tratamiento coadyuvante con antisépticos orales prescribiéndole el uso de un colutorio de acción gingival tras el cepillado de la mañana y de la noche durante 15 días (Perio-Aid® tratamiento: Clorhexidina 0.12% + Cloruro de Cetilpiridinio 0.05%) pues los estudios ha mostrado que la asociación de medios químicos al cepillado y uso de la seda consigue mejores resultados que los medios mecánicos de forma aislada.

Se realizó el raspado y alisado radicular por cuadrantes bajo anestesia infiltrativa periapical. En el caso del implante, se emplearon curetas de Teflón® para no rallar la porción metálica mecanizada expuesta. Debido al fenotipo gingival vestibular, solo se emplearon ultrasonidos (*implant tip*® SONICflex. KAVO™) en la zona palatina y evitar la posible lesión de los tejidos blandos periimplantarios.

## 3. Fase correctora

Transcurridas 6 semanas desde la finalización de la fase etiológica y una vez constada la efectividad de los hábitos de higiene oral de la paciente, se realizó la evaluación del tratamiento realizado que reflejó los siguientes resultados: (Fig 5 y 6)



Figura 5



Figura 6

- Índice de placa de grado 0
- Desaparición del sangrado al sondaje
- Disminución de la profundidad de sondaje en numerosas localizaciones interproximales
- Aumento de la retracción de la mucosa periimplantaria vestibular

Ante la resolución del componente inflamatorio se planteó la corrección de la retracción mediante cirugía mucogingival. Se preparó el lecho receptor mediante un despegamiento a espesor parcial siguiendo los principios de la técnica de "sobre" (Raetzke 1985) y de tunelización (Zabalegui y cols. 1999). Se tomó un injerto de tejido conectivo palatino que se fijó en la zona receptora mediante puntos simples de sutura no reabsorbibles, cubriendo la zona metálica expuesta. (Fig 7 y 8)



Figura 7



Figura 8

Como cuidados postoperatorios, se le prescribió cobertura antibiótica (amoxicilina/ác. clavulánico 500/125mg cada 8 horas durante 8 días) y se reinstauró el uso de enjuagues con un colutorio con clorhexidina al 0.12% y cloruro de cetilpiridinio al

0.05% (Perio-Aid® tratamiento) dos veces al día durante 30 días. A los 10 días se le retiraron las suturas y se le indicó que retomara el uso de un cepillo de cerdas muy suaves (cepillo VITIS® cirugía) (Fig 9 y 10).



*Figura 9*



*Figura 10*

A las 6 semanas se pasó a un cepillo de dureza superior (cepillo VITIS® ultrasuave) (Fig 11 y 12) y a las 12 semanas se reinstauró el empleo de la seda dental, poniendo especial énfasis en su inserción submucosa. (Fig 13).



*Figura 11*



*Figura 12*



*Figura 13*

A las 16 semanas se realizó la reevaluación del tratamiento quirúrgico, constatándose el recubrimiento completo de la zona metálica expuesta y la integridad de los tejidos blandos periimplantarios interproximales con la ausencia de signos inflamatorios y de sangrado al sondaje. Se planteó a la paciente la incorporación a un Programa Periodontal de Soporte con citas cuatrimestrales (Fig 14, 15 y 16)



*Figura 14*



*Figura 15*



Figura 16

#### 4. Fase de mantenimiento

Tras un periodo de seguimiento de 3 años caracterizado por el cumplimiento regular de las visitas programadas y de los procedimientos de higiene oral prescritos, verificamos la estabilidad del resultado conseguido tanto en la mantenimiento del cubrimiento de la prótesis implantosoportada como en la integridad de los tejidos duros con ausencia de signos inflamatorios a la inspección y al sondaje (Fig 17, 18 y 19)



Figura 17



Figura 18



Figura 19

#### ▪ DISCUSIÓN

En el 3er Workshop Europeo en Periodoncia se concluyó que, en lo que respecta al pronóstico, no hay diferencias en el sellado biológico alrededor del implante entre la mucosa masticatoria y la mucosa alveolar para mantener un sellado de tejidos blandos sano y funcional según criterios clínicos (Tonetti y Sanz 1999). Esta conclusión se veía reforzada por la evidencia periodontal que tampoco consideraba la encía un requisito imprescindible para mantener la salud periodontal (Wennström y Lindhe 1983). Sin embargo, estudios más recientes han revelado que la presencia de una banda de mucosa masticatoria de, al menos 1 mm alrededor del implante, constituye un factor protector para prevenir la aparición y avance de las complicaciones (Costa y cols. 2012) y que los fenotipos gingivales gruesos presentan menor pérdida ósea que los fenotipos finos (Linkevicius y cols. 2009; Puisys y Linkevicius 2015)

Al mismo tiempo, esa conclusión del 3er Workshop Europeo en Periodoncia no tenía en cuenta la perspectiva del paciente. No debemos ignorar que, como destaca el mismo Workshop en un capítulo posterior “ninguna medición realizada por un clínico ni las variables *objetivas* de función reflejan necesariamente la forma en que se siente y funciona el paciente” (Schou 1999). Este hecho revela la importancia del tratamiento implantológico en relación a su impacto psicológico y que debería tenerse en cuenta en la medición de resultados intentando medir la imagen corporal a nivel orofacial, la calidad de vida subjetiva, satisfacción percibida con la prótesis y su efecto sobre la autoestima y las relaciones interpersonales.

Estas 2 circunstancias avalan ampliamente la indicación de los procedimientos de cirugía mucogingival en los implantes. Sin embargo, la corrección de las retracciones mucosas constituye un claro desafío para el clínico. Su complejidad reside no solo en la dificultad de seleccionar una técnica quirúrgica concreta sino también de la incertidumbre del resultado incluso con una toma de decisiones científicamente basada. Al afrontar este tipo de técnicas, el clínico debe tener en cuenta los factores pronóstico señalados para este tipo de procedimientos a nivel periodontal: Control etiológico, morfología de la recesión, consumo de tabaco, grosor de los tejidos, posición del diente y características de la superficie (Rocuzzo y cols. 2002). A estos

factores hay que añadir las diferencias estructurales entre los tejidos blandos periimplantarios (Berglundh y cols. 1991). Su menor vascularización, un número más escaso de fibroblastos así como la mayor concentración de fibras de colágeno son circunstancias que muy probablemente condicionan su capacidad de reparación. Por este motivo, cobra a nuestro parecer especial importancia la habilidad técnica y experiencia del operador así como el empleo de técnicas quirúrgicas delicadas como son los procedimientos de microcirugía que disminuyan al máximo el traumatismo a los tejidos tal como se apunta en la literatura (Burkhardt y Lang 2005).

Por último, no podemos olvidar que la corrección de los defectos mucogingivales alrededor de los implantes debe estar encuadrada dentro de una estrategia de tratamiento coherente y adecuadamente planificada. La identificación y eliminación previa de los factores etiológicos así como el control posterior de los factores de riesgo mediante un adecuado programa de Seguimiento y Soporte son elementos claves para la obtención de resultados satisfactorios así como su mantenimiento en el tiempo.

#### ▪ **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Berglundh T, Lindhe J, Ericsson I, Marinello CP, Liljelberg B, Thomsen P. The soft tissue at implants and teeth. *Clin Oral Impl Res* 1991; 2: 81-90.

Burkhardt R, Lang NP. Coverage of localized gingival recessions: comparison of micro- and macrosurgical techniques. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 287-293.

Costa FO, Takenaka-Martinez S, Costa OM, Ferreira SD, Silva GLM, Costa JE. Peri-implant disease in subjects with and without preventive maintenance: a 5-year follow-up. *J Clin Periodontol* 2012; 39: 173-181.

Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2008; 35 (suppl 8): 282-285.

Linkevicius T, Apse P, Grybauskas S, Puisys A. The Influence of Soft Tissue Thickness on Crestal Bone Changes Around Implants: A 1-Year Prospective Controlled Clinical Trial. *Int J Oral Maxillofacial Implants* 2009; 24: 712-719.

Mombelli A. Prevention and therapy of peri-implant infections. In: Lang N & Karring T, Lindhe J (eds). *Proceedings of the 3rd European Workshop on Periodontology*. Berlin; Quintessence 1999: 281-303.

Mombelli A, Müller N, Cionca N. The epidemiology of peri-implantitis. *Clin Oral Impl Res* 2012; 23: 67-76.

Puisys A, Linkevicius T. The influence of mucosal tissue thickening on crestal bone

stability around bone-level implants. A prospective controlled clinical trial. *Clin Oral Impl Res* 2015; 26: 123–129).

Ramfjord SP. A rational plan for periodontal therapy. *J Periodontol* 1953; 24: 75-87.

Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the “envelope” technique. *J Periodontol* 1985; 56 (7): 397-402.

Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2002; 29 (Suppl.3): 178–194.

Schou L. Responsiveness to patient in implant dentistry: Expectations, satisfaction and behavior. In: Lang NP, Karring T, Lindhe J(eds). *Proceeding of the 3rd European Workshop on Periodontology (implant dentistry)*. London: Quintessence 1999: 333-346.

Tonetti M, Sanz M. Consensus report of session B: Tissue integration. In: LangNP, Karring T, Lindhe J(eds). *Proceeding of the 3rd European Workshop on Periodontology (implant dentistry)*. London: Quintessence 1999: 185-188.

Wennström J, Lindhe J. Plaque-induced gingival inflammation in the absence of attached gingiva in dogs. *J Clin Periodontol* 1983; 10: 266-276.

Zabalegui I, Sicilia A, Cambra J et al. Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel subepithelial connective tissue graft: a clinical report. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1999; 19 (2): 199-206.