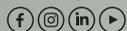


#niwop



video.wh.com

Ahora en su
distribuidor o
en wh.com



NIWOP:

El flujo de trabajo
sistemático y basado
en la evidencia



Implantology
without Periodontology is
like Yin without Yang.



No Implantology without Periodontology – NIWOP

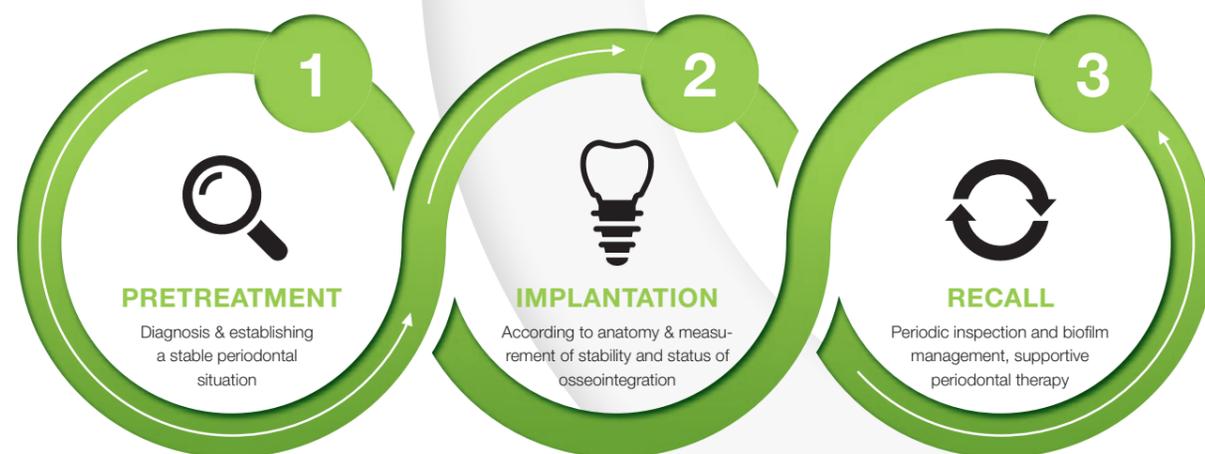
Condiciones periodontales óptimas para el éxito de los implantes

Algunas cosas simplemente tienen que estar juntas: del mismo modo que el yin necesita al yang, la implantología necesita a la periodoncia. Con el lema «No Implantology without Periodontology» (Ninguna implantología sin periodoncia, abreviado NIWOP), W&H describe un flujo de trabajo sistemático y basado en la evidencia para que los tejidos que rodean el implante mantengan un estado sano y estable.

Los tratamientos de implantes pueden mejorar considerablemente la calidad de vida después de perder piezas dentales (1, 2). Su pronóstico a largo plazo suele ser bueno, aunque las complicaciones biológicas son también frecuentes (3).

De hecho, la periimplantitis y su estadio previo, la mucositis, aparecen en un porcentaje muy alto de pacientes (4). Al igual que sucede en la periodontitis y en la gingivitis, se considera que la causa principal es la formación de biopelícula oral (5, 6). Y, si se produce una alteración patológica (disbacteriosis), esta simbiosis microbiana también puede promover la aparición de enfermedades sistémicas graves, como endocarditis y enteropatías inflamatorias (7).

La flora microbiana típica de la periodontitis y la periimplantitis solo se distingue cuando se realiza un examen detallado (8). En comparación con las condiciones de una persona sana, en ambas afecciones se produce sobre todo un cambio en la cantidad y la agresividad de microorganismos patógenos (5, 6). Además, por lo general, la osteólisis alrededor de los implantes se desarrolla de forma más rápida y da lugar a defectos más extensos que alrededor de las piezas dentales (9). En consecuencia, antes de proceder a un tratamiento de implantes, se recomienda administrar una terapia preventiva.



1. Tratamiento preliminar

Determinar los riesgos: aplicar una terapia periodontal

La periodontitis es un importante factor de riesgo de padecer inflamaciones periimplantarias. Esto significa que los pacientes con periodontitis que no reciben tratamiento presentan un riesgo claramente más elevado de desarrollar inflamaciones periimplantarias que pueden desembocar en la pérdida del implante (10). El riesgo es también más alto cuando los pacientes reciben tratamiento al principio, pero no se les incorpora en un programa de terapia periodontal de apoyo o de revisiones periódicas (11).

Así pues, los principales expertos en periodoncia recomiendan realizar siempre un cribado antes de proceder a un implante, por ejemplo, determinando el índice periodontal (PSI) o realizando un examen periodontal (PSR); consulte la figura 1 (12), pues tales pruebas permiten determinar la existencia de hemorragias al sondaje y las profundidades de la bolsa periodontal. Si se obtienen resultados llamativos, se recomienda realizar un diagnóstico del estado periodontal global (13). También es importante elaborar una anamnesis minuciosa que determine las precargas sistémicas existentes (13), pues estas son indicios importantes de un riesgo elevado de inflamación, como sucede en el caso de padecer una diabetes mal controlada (14). Los pacientes deben recibir información adecuada sobre los riesgos correspondientes, incluidos los relativos al tratamiento de implantes.

Siempre que es necesario, se administra un tratamiento periodontal inicial. Al principio, una limpieza dental profesional logra unas condiciones gingivales sanas, para lo cual se retira sarro (figura 2) y biopelícula hasta el surco gingival. Después, con unas instrucciones adecuadas para seguir una estricta higiene bucal en casa, el paciente o la paciente obtiene la base para prevenir la inflamación a largo plazo (15). La eliminación de placa subgingival (denominada desbridamiento) es el tratamiento inicial para la periodontitis y se aplica con equipos sónicos o ultrasónicos y puntas especiales de periodoncia (figura 3). Además, también pueden utilizarse instrumentos manuales. En función de la situación de que se trate, puede que también se necesiten intervenciones quirúrgicas y regenerativas.



Fig. 1: Sonda OMS
Un examen periodontal periódico forma parte del diagnóstico básico, sobre todo cuando se ha programado la colocación de un implante.
(Foto: Dr. Kenji Hosoya)



Fig. 2: Tigon+ con 3U
La eliminación del sarro con ultrasonidos es una parte fundamental de una limpieza dental profesional.



Fig. 3: Raspador tipo scaler neumático Proxeo con 1AP
Si se diagnostica una periodontitis marginal, el desbridamiento inicial se realiza de forma muy eficaz con un raspador tipo scaler neumático.

2. Implantación

Implantes proactivos

Si el paciente o la paciente recibe un buen tratamiento preventivo y, en su caso, un pretratamiento periodontal, es posible planificar el tratamiento de implantes. Una prótesis soportada por un implante que no esté suficientemente osteointegrado favorece la formación de biopelícula (16). Para evitar esto, ya durante la planificación, es preciso asegurarse de que los implantes están colocados en la posición correcta, a la distancia suficiente respecto a los dientes adyacentes y con la orientación axial ideal.

Por otro lado, con el fin de conseguir tratamientos de implantes predecibles y estables, también es importante preparar el lecho del implante con métodos adecuados y con los instrumentos correctos, lo que se consigue con potentes motores de implantes combinados con contra-ángulos quirúrgicos (figura 4). Durante la preparación, es preciso asegurarse de que el régimen de revoluciones sea bajo y de que exista un suministro abundante de líquido refrigerante estéril (17). De lo contrario, el hueso puede sobrecalentarse, lo que pondrá en peligro la cicatrización.

También es posible preparar el lecho del implante con sistemas piezoquirúrgicos, para los que existen insertos especiales (18). Con otros instrumentos especiales, es posible tratar huesos de forma no agresiva y, al mismo tiempo, eficaz. Son indicaciones, por ejemplo, el ranurado de la cresta alveolar, la extracción quirúrgica de piezas dentales y la preparación de bloques óseos o de ventanas laterales para aumentos (19). Los equipos piezoquirúrgicos altamente desarrollados son al mismo tiempo mínimamente invasivos con los tejidos blandos.



Fig. 4:
Implantmed y WS-56
Fuerza de arrastre óptima y refrigeración segura con un motor de implantes y un contra-ángulo quirúrgico.
(Foto: Dr. Karl-Ludwig Ackermann)

2. Medición de estabilidad



Medición de estabilidad y cirugía ósea

Si el implante atornillado se encuentra en su posición final, es posible determinar la estabilidad primaria de forma segura y precisa con el análisis de la frecuencia de resonancia o RFA (véase figura 5). La técnica se encuentra disponible por separado o como módulo opcional de un motor de implantes. Con una cuota de estabilidad del implante (ISQ) a partir de 66, es posible realizar una carga temprana y, a partir de 70, puede aplicarse un tratamiento inmediato (20).

Un protocolo de carga basado en el valor ISQ mejora el pronóstico del tratamiento. Frente a este, solo con medir la resistencia de enroscado no se logra una seguridad clínica similar (21). Si, después de incorporar el implante, se miden valores ISQ reducidos, por lo general se elige un protocolo de dos fases. Tras la exposición, una nueva medición permite determinar si la osteointegración se ha producido correctamente (estabilidad secundaria) y si, por lo tanto, la carga ya resulta factible en ese momento (22).



Fig. 5: Módulo Osstell ISQ
Con el análisis de frecuencia de resonancia, se puede determinar si ya es posible cargar la prótesis en el implante.
(Foto: Dr. Jörg Neugebauer)

3. Revisiones

Postratamiento periimplantario

Con el fin de evitar de antemano la osteólisis periimplantaria, los expertos recomiendan tratar de inmediato los primeros síntomas de inflamación (23). La mucositis surge en casi la mitad de todos los implantes y, como en la mayoría de los casos se colocan varios implantes, también aparece en un porcentaje aún más alto de pacientes (24).

Así pues, después del tratamiento de implantes, es preciso continuar con un método de seguimiento demostrado, ya sea con revisiones profilácticas o periodontales (23, 25). La higiene bucal en casa se adapta de forma precisa a la nueva prótesis y los pacientes reciben instrucciones concretas al respecto (26). En combinación con el tratamiento profesional de las biopelículas (figura 6), de este modo se consigue una buena eficacia preventiva (27).

De este modo, si el paciente se somete a una sesión anual de revisión minuciosa, el riesgo de que se produzca una periimplantitis disminuye del 43,9 % (cuando no hay revisiones) al 18 %, es decir, en más de la mitad (28). Para este propósito, resultan adecuados sistemas de ultrasonidos con instrumentos especiales que no resultan agresivos con los materiales, como los de PEEK (figura 7) o los instrumentos manuales correspondientes (29).



Fig. 7: Tigon+ con 11

Los implantes y las superestructuras se limpian de forma rutinaria, por ejemplo, con equipos de ultrasonidos e instrumentos especiales de plástico.



Fig. 6: Proxeo con copa de pulido

La limpieza rotativa con copas de pulido profilácticas y con cepillos elimina la biopelícula y la placa.

3. Periimplantitis

Tratamiento de la periimplantitis

La osteólisis periimplantaria también puede aparecer incluso si se realiza un buen tratamiento preventivo, por ejemplo, debido a una mala higiene bucal. Si existen defectos delimitados, en la mayor parte de los casos, se intenta administrar un tratamiento no quirúrgico mediante un desbridamiento periimplantario (29). La retirada mecánica de placa con sistemas de ultrasonidos adecuados presenta resultados prometedores, en su caso, asistido mediante láser ER:YAG, terapia fotodinámica antibacteriana (aPDT), pulido con aire o antibiosis sistémica (29).

Si ya no es posible aplicar un tratamiento cerrado, el defecto debe tratarse quirúrgicamente y descontaminarse con cuidado, lo que se realiza después de la preparación del colgajo, retirando el tejido inflamatorio y limpiando la superficie del implante, por ejemplo, con ultrasonidos o sistemas piezoquirúrgicos (figura 8). El éxito se obtiene con las medidas de regeneración ósea realizadas a continuación (30). Para la terapia quirúrgica de los defectos periodontales, existen insertos piezoquirúrgicos especiales (figura 9).

Tras la terapia, el paciente o la paciente vuelve a recibir una formación intensiva sobre una higiene bucal adecuada y sobre las revisiones continuas a las que debe someterse. En caso necesario, se elige una frecuencia más alta acorde con el postratamiento periodontal correspondiente. Si se realiza un tratamiento riguroso de la biopelícula, los resultados implantológicos obtenidos pueden permanecer estables durante años, incluso después que la periodontitis, la mucositis y la periimplantitis se hayan curado (25, 31).



Fig. 8: Piezomed con EX2

En el marco de un tratamiento de periimplantitis abierto, el desbridamiento puede efectuarse con un inserto piezoquirúrgico. (Foto: Dr. Jörg Neugebauer)



Fig. 9: Piezomed con P2RD/LD

Los defectos periodontales también pueden tratarse quirúrgicamente con un sistema piezoquirúrgico. (Foto: Dr. Kenji Hosoya)



Fabricante:

W&H Dentalwerk Bürmoos GmbH
Ignaz-Glaser-Straße 53, Postfach 1
51111 Bürmoos, **Austria**
t +43 6274 6236-0
f +43 6274 6236-55
office@wh.com
wh.com

Distribución:

W&H Ibérica
C/Canónigo Tárrega, 33
46014 Valencia, **España**
t +34 96 353 20 20
f +34 96 353 25 79
oficinas.es@wh.com
wh.com