

Retratamiento de la periimplantitis de forma segura, predecible y atraumática. Recambio de implantes. Presentación de un caso clínico



Ciencia y práctica



Médico estomatólogo.
Director científico de BTI Biotechnology Institute.
Práctica privada en Vitoria dedicada a la implantología y la rehabilitación oral.

Dr. Eduardo Anitua Aldecoa

Introducción

El retratamiento de pacientes con periimplantitis avanzadas o implantes mal posicionados que no permiten su correcta rehabilitación se está convirtiendo en un problema cada vez más habitual en la consulta odontológica.

Enfrentarnos a este tipo de casos con las herramientas adecuadas para la retirada de los implantes de forma atraumática marca la diferencia entre la resolución rápida y con menor número de cirugías o el empleo de cirugías de mayor envergadura (regeneración e injertos) y mayor tiempo de tratamiento.

Varios estudios han descrito la eficacia y la seguridad de la aplicación de contratorque para la desosteointegración de implantes dentales fracasados¹⁻⁵. Esta herramienta puede minimizar los tiempos y los tratamientos necesarios para los pacientes con periimplantitis^{1,2,4,5}.

En este artículo presentamos la resolución de un caso clínico con múltiples implantes fracasados—debido a la periimplantitis y el mal posicionamiento— de forma atraumática y predecible.



Figs. 1 y 2. Imágenes intraorales iniciales de la paciente. La rehabilitación implantosoportada no le complace estética y funcionalmente, siendo además muy complicada la higiene dada la posición de algunos implantes.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 56 años que acude a la consulta con una rehabilitación superior completa implantosoportada que estéticamente no le complace (figs. 1 y 2).

En la exploración radiográfica podemos observar la presencia de múltiples implantes de diferente morfología, existiendo además varios de ellos que no pueden emplearse en la rehabilitación (fig. 3).

Al retirar la prótesis, podemos observar el motivo por el que no se han utilizado los implantes para la construcción de la

prótesis: mala angulación y emergencias incorrectas de múltiples implantes. Éstos, además, no cuentan con tejido blando suficiente al encontrarse con angulación incorrecta y pérdida de la tabla ósea vestibular, por lo que además muchos de ellos presentan periimplantitis (figs. 4 y 5).

Decidimos retirar los cuatro implantes anteriores mal posicionados y los dos distales por tener gran pérdida ósea. Realizamos la explantación atraumática de los seis implantes y regeneramos la zona con Endoret-PRGF[®] 6-11. La extracción de los implantes fracasados se realizó con el kit de explantación (BTI Biotechnology Institute) (fig. 6).

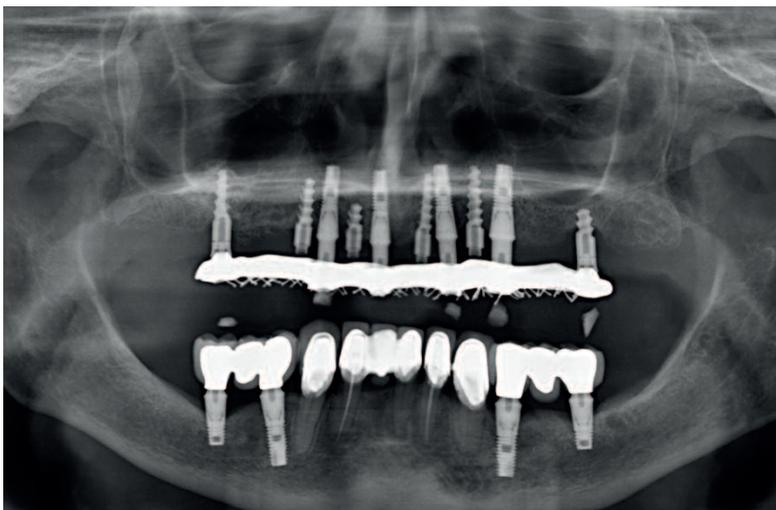


Fig. 3. La radiografía panorámica inicial nos muestra la gran cantidad de implantes de diferentes morfologías que tiene insertados la paciente. Además, muchos de ellos, por posición o angulación, no se emplean en la rehabilitación.



Figs. 4 y 5. Al retirar la prótesis de la paciente, puede observarse la emergencia de todos los implantes en la boca y la inflamación de los tejidos blandos alrededor de los que están afectados por periimplantitis.



Fig. 6. Kit de implantación de implantes (BTI Biotechnology Institute). Con él podemos realizar la extracción atraumática de los implantes mal posicionados y afectados por periimplantitis, conservando el lecho óseo intacto y preparado para una nueva inserción de implantes en la misma cirugía si es necesario.

En la misma cirugía de implantación insertaremos los implantes posteriores y conservaremos cuatro implantes anteriores para que la paciente pueda seguir llevando una prótesis provisional implantosoportada. Para la inserción de los nuevos implantes realizamos una planificación de los mismos a través del *software* BTI-Scan III (figs. 7-9).

Para la regeneración de los defectos fue necesaria la preparación de coágulos de fracción 2 retraídos y con forma cilíndrica y, posteriormente, sellamos la zona de la implantación con una membrana de fibrina y suturamos (figs. 10-22).

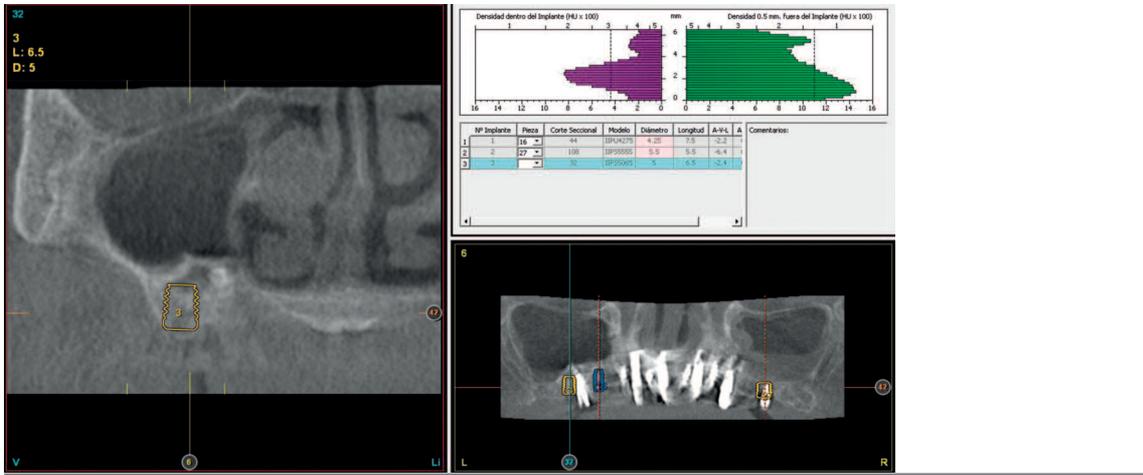
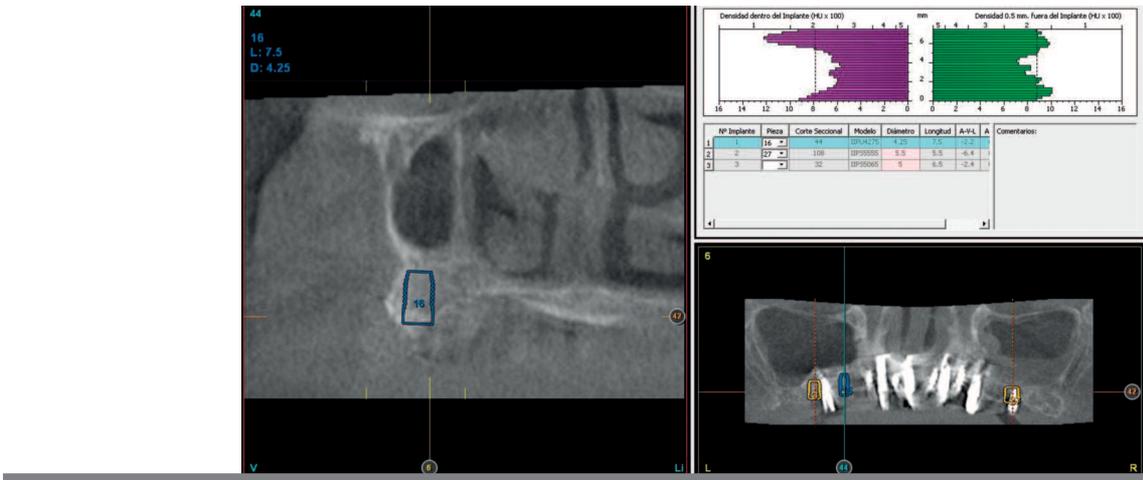
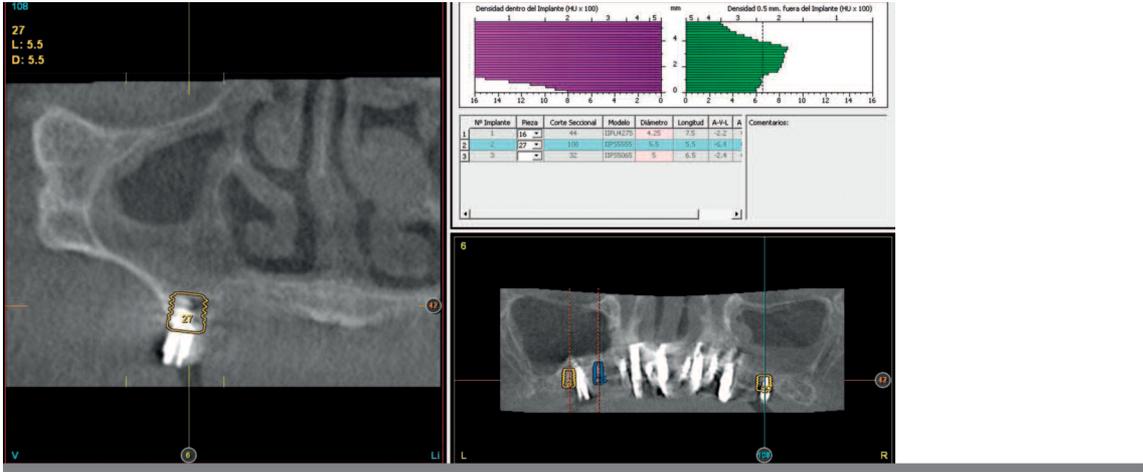
Durante la exploración, los implantes inferiores presentan también periimplantitis, haciendo que únicamente sea posible conservar el implante situado en posición 44. Los restantes deben ser retirados. Comenzamos por el tercer cuadrante, explantando los dos implantes y colocando un implante distal. Los defectos

dejados por los implantes previos y la infección activa existente en la zona hacen que dejemos la inserción de los nuevos implantes mesiales para una segunda fase. Los alveolos, una vez legrados, se regeneran con Endoret-PRGF® (figs. 23-25).

A los tres meses, se realiza la reentrada en el tercer cuadrante para la inserción de los implantes mesiales, a la vez que la segunda fase del implante insertado más distal. En esta ocasión, aprovechamos también para realizar la implantación del implante más distal del cuarto cuadrante, que también presenta una periimplantitis avanzada (figs. 26-29).

Una vez terminada la cirugía, en el plazo de 24 horas se han realizado prótesis de carga inmediata inferiores para ambos cuadrantes. En la zona anterior, se han conservado y tallado los caninos para poder colocar un puente sobre diente natural (figs. 30-36).

Tras tres meses, se realizan las prótesis definitivas inferiores completándose el tratamiento de la paciente (fig. 37-41).



Figs. 7-9. Imágenes de planificación del Cone-Beam, tratadas con el *software* diagnóstico BTI-Scan III. Este *software* nos permite la planificación tridimensional de los implantes y conocer la densidad ósea a la que nos enfrentamos para guiar nuestro protocolo de fresado y de inserción de implantes.



Fig. 10. Extracción de la sangre para la preparación del PRGF-Endoret.



Fig. 11. Centrifuga para la preparación del PRGF-Endoret.



Fig.12. Tubos una vez centrifugados donde podemos observar el plasma en la porción superior de cada tubo y la serie roja en la inferior.

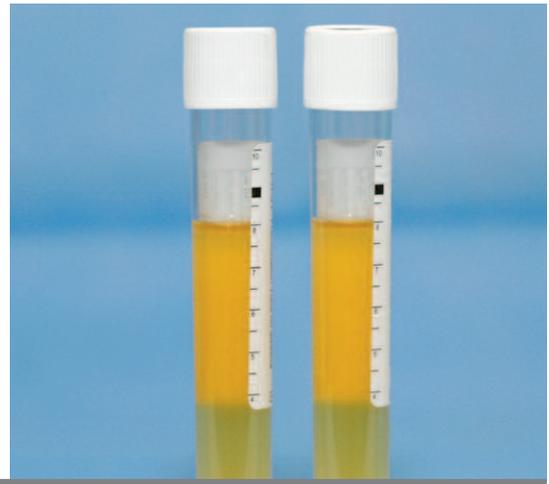


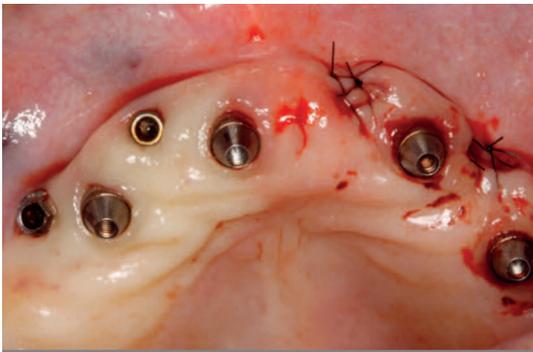
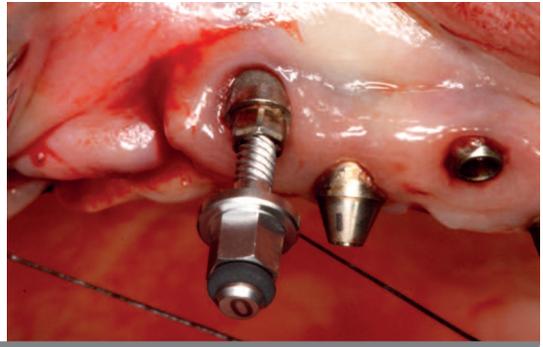
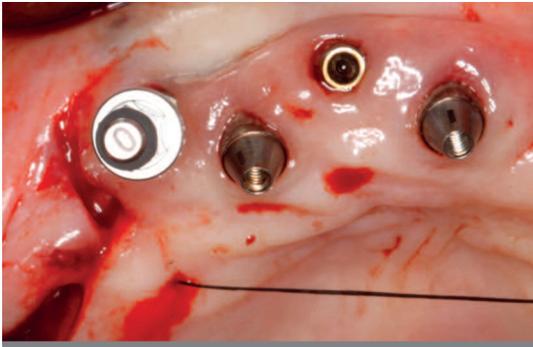
Fig.13. Tubos de fraccionamiento una vez separado el PRGF-Endoret.



Figs. 14 y 15. Activación de PRGF-Endoret con el activador (BTI Biotechnology Institute), para la formación de las membranas y el coágulo.



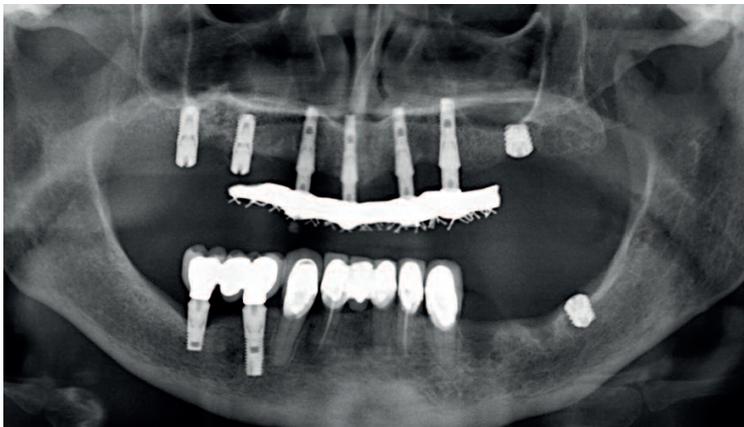
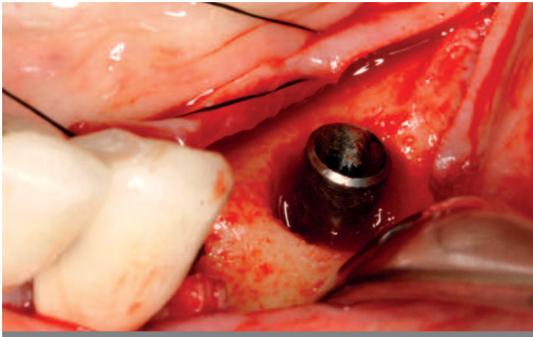
Figs. 16 y 17. Membrana y coágulo listos para su aplicación en la cirugía.



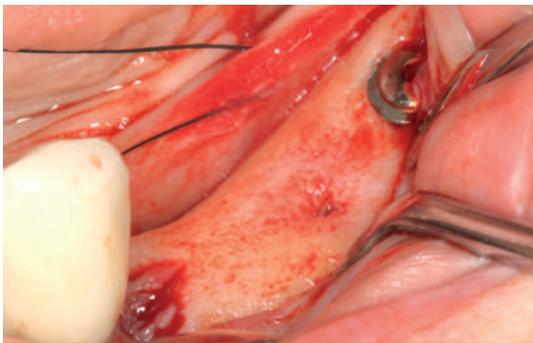
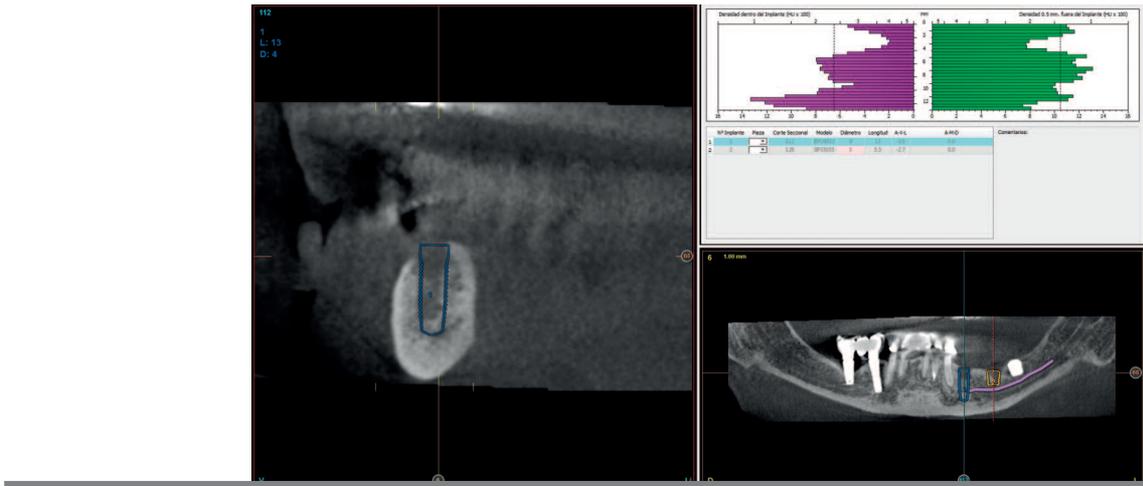
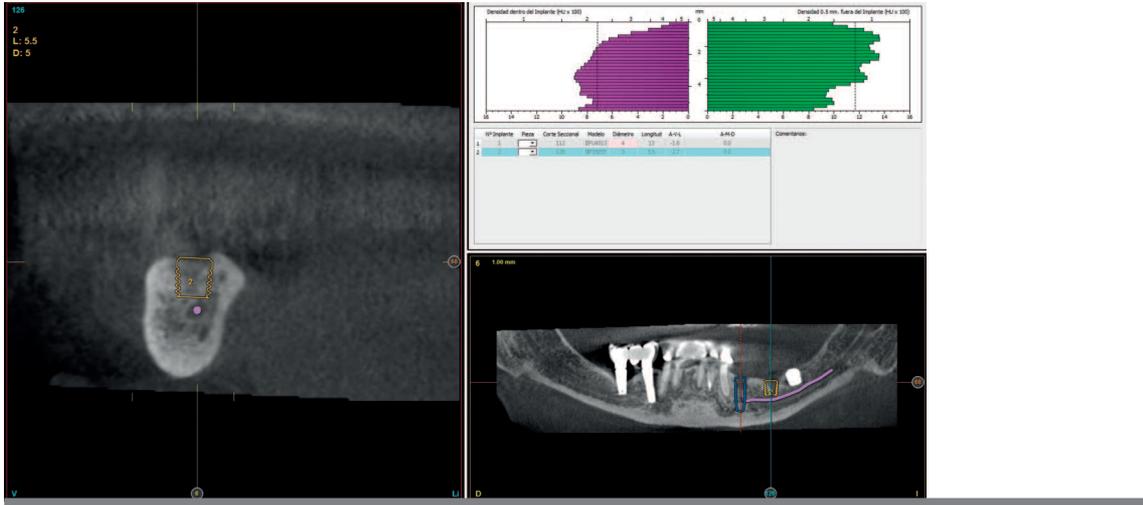
Figs. 18-21. Cirugía de implantación de los implantes superiores. Únicamente se conservan cuatro de los implantes anteriores para mantener a la paciente con una prótesis provisional fija implantosoportada.



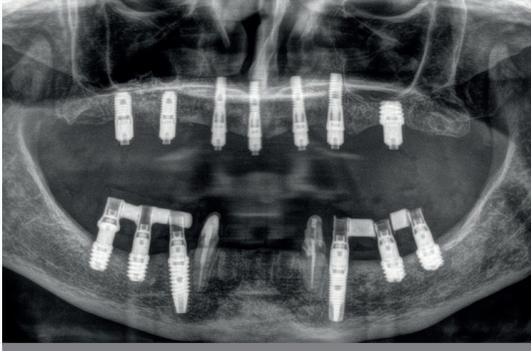
Fig. 22. En la misma cirugía de implantación superior se colocaron nuevos implantes en la zona posterior de ambos cuadrantes superiores.



Figs. 23-25. Los implantes superiores presentan una periimplantitis que no hace posible que puedan mantenerse. Se realiza en una primera fase la implantación de los implantes del tercer cuadrante con regeneración de los alveolos posexplantación con PRGF-Endoret y la inserción de un implante corto distal.



Figs. 26-29. En la reentrada a los tres meses para la segunda fase del implante del tercer cuadrante y la segunda fase de los implantes distales superiores, que ya llevan seis meses insertados, se realizan, además, las explantaciones de los implantes del cuarto cuadrante con inserción, en la misma cirugía, de tres nuevos implantes en esa área. La zona correspondiente al tercer cuadrante regenerada previamente con PRGF-Endoret puede verse completamente cubierta por nuevo hueso en las fotografías de la segunda fase, por lo que dos implantes se insertan en la zona.



Figs. 30-32. Tras la inserción de los implantes del cuarto cuadrante y del tercer cuadrante, se realizan prótesis de carga inmediata para el cuarto cuadrante y para los dos implantes del tercero ferulizados al implante que ya se encontraba insertado previamente. Además, se confecciona un nuevo provisional superior englobando los cuatro implantes conservados de la paciente y los distales a los que se les ha realizado la segunda fase.



Fig. 33. Estado inicial de la paciente al llegar a la clínica.



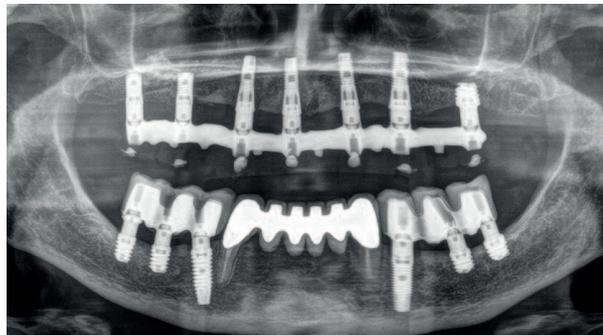
Fig. 34. La paciente con la prótesis provisional de larga duración confeccionada para el arco superior y las de carga inmediata inferiores.



Fig. 35. Estado inicial de la paciente al retirar la prótesis con los implantes afectados por periimplantitis en el arco superior y las posiciones incorrectas.



Fig. 36. Imagen de la paciente tras el retratamiento del arco superior, conservando cuatro de sus implantes y realizando nuevos implantes posteriores.



Figs. 37-39. Realización de las prótesis definitivas tres meses después de la colocación de los provisionales, una vez que los tejidos blandos se encontraron estables.

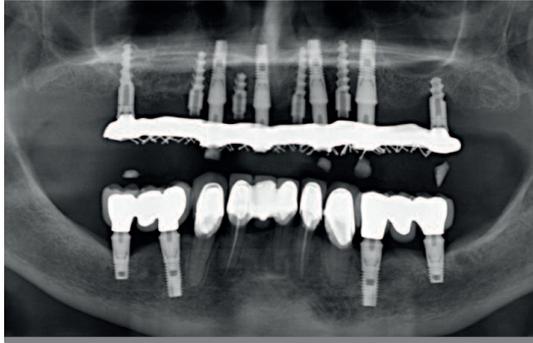


Fig. 40. Radiografía inicial de la paciente.

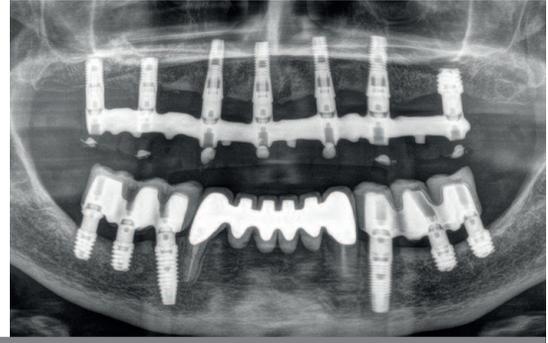


Fig. 41. Radiografía final de la paciente a los dos años del tratamiento, donde podemos observar la estabilidad de los implantes y del tratamiento realizado.

Conclusión

El tratamiento de la periimplantitis es un reto a afrontar en nuestra consulta, que puede abordarse con total predictibilidad con la extracción atraumática de los implantes, tal como se ha mostrado en este caso clínico.

El hecho de conservar el lecho posexplantación intacto nos permite, en una misma cirugía, la retirada y nueva inserción de los implantes, minimizando los tiempos quirúrgicos y disminuyendo la morbilidad del tratamiento para el paciente. ■

Bibliografía

1. Anitua E, Alkhraisat MH, Tejero R. *Immediate replacement of failed dental implants owing to periimplantitis*. Journal of Oral Science and Rehabilitation. 2015; 1: 8-14.
2. Anitua E, Piñas L, Begoña L, Alkhraisat MH. *Prognosis of dental implants immediately placed in sockets affected by periimplantitis: A retrospective pilot study*. Int J Periodontics Restorative Dent. Date accepted: 2014-12-25
3. Anitua E, Murias-Feijo A, Piñas L, Prado R, Tejero R, Orive G. *Non-traumatic implant explantation: a biomechanical and biological analysis in sheep tibia*. J Oral Implantol. 2016 Feb; 42 (1): 3-11.
4. Anitua E, Murias-Feijo A, Alkhraisat MH. *Conservative implant removal for the analysis of the cause, removal torque and surface treatments of failed nonmobile dental implants*. J Oral Implantol. 2016 Feb; 42 (1): 69-77.
5. Anitua E, Orive G. *A new approach for atraumatic implant explantation and immediate implant installation*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012 Mar; 113 (3): e19-25.
6. Del Fabbro M, Corbella S, Ceresoli V, Ceci C, Taschieri S. *Plasma Rich in Growth Factors Improves Patients' Postoperative Quality of Life in Maxillary Sinus Floor Augmentation: Preliminary Results of a Randomized Clinical Study*. Clin Implant Dent Relat Res. 2015 Aug; 17 (4): 708-16.
7. Mozzati M, Gallesio G, di Romana S, Bergamasco L, Pol R. *Efficacy of plasma-rich growth factor in the healing of postextraction sockets in patients affected by insulin-dependent diabetes mellitus*. J Oral Maxillofac Surg. 2014 Mar; 72 (3): 456-62.
8. Taschieri S, Corbella S, Tsesis I, Del Fabbro M. *Impact of the use of plasma rich in growth factors (PRGF) on the quality of life of patients treated with endodontic surgery when a perforation of sinus membrane occurred. A comparative study*. Oral Maxillofac Surg. 2014 Mar; 18 (1): 43-52.
9. Rosano G, Taschieri S, Del Fabbro M. *Immediate postextraction implant placement using plasma rich in growth factors technology in maxillary premolar region: a new strategy for soft tissue management*. J Oral Implantol. 2013 Feb; 39 (1): 98-102.
10. Mozzati M, Martinasso G, Pol R, Polastri C, Cristiano A, Muzio G, Canuto R. *The impact of plasma rich in growth factors on clinical and biological factors involved in healing processes after third molar extraction*. J Biomed Mater Res A. 2010 Dec 1; 95 (3): 741-6.
11. Anitua E. *Plasma rich in growth factors: preliminary results of use in the preparation of future sites for implants*. Int J Oral Maxillofac Implants. 1999; 14: 529- 535.