

Director: Phoebus Madianos y Andreas Stavropoulos *Comité científico de la EFP*

Traductor: Juan Puchades *Máster en periodoncia e implantología, y profesor asociado de Periodoncia, Universitat de València*

RELATORES

Ece Deniz Yarimoglu y Berkay Ozata
con Prof Bahar Kuru

AFILIACIÓN

Residentes del Programa de Posgrado en Periodoncia, Facultad de Odontología,
Universidad de Yeditepe, Estambul, Turquía

estudio

El túnel de la mucosa implantaria puede ser un factor crítico para la salud periimplantaria

Dave Chan, George Pelekos, Dominic Ho, Pierpaolo Cortellini, Maurizio Tonetti
J Clin Periodontol. 2019; 46:248-255

Resumen del artículo original "Evaluation of peri-implant marginal tissues around tissue-level and bone-level implants in patients with a history of chronic periodontitis," con el amable permiso de Wiley Online Library. Copyright © 1999-2019 John Wiley & Sons, Inc. Todos los derechos reservados. JCP Digest 02 es publicado por la EFP en julio de 2019.

ANTECEDENTES

La mucositis periimplantaria es una enfermedad inflamatoria que afecta a los tejidos blandos que rodean a los implantes dentales osteointegrados, sin causar pérdida de hueso marginal. La mucositis periimplantaria es considerada el precursor de la periimplantitis, una enfermedad inflamatoria de los tejidos blandos que rodean a los implantes dentales osteointegrados que incluye la pérdida de hueso marginal. Se considera que el control de la mucositis periimplantaria previene la periimplantitis. Muchos estudios demuestran la relación entre la acumulación de placa alrededor de los implantes y la aparición de mucositis periimplantaria. El control adecuado de la biopelícula y una correcta accesibilidad alrededor de la supraestructura del implante para su correcta limpieza son factores clave para la prevención y tratamiento de enfermedades periimplantarias.

Se ha demostrado que los implantes con márgenes de restauración supramucosos tienen resultados más positivos en el tratamiento de la mucositis periimplantaria que los implantes con márgenes de restauración submucosos.

Sin embargo, los implantes frecuentemente se colocan más profundamente en los tejidos blandos –con márgenes de restauración submucosa– para lograr mejores resultados estéticos. Se ha sugerido que la distancia desde la interfaz implante-prótesis hasta el margen del tejido blando (es decir, la profundidad del llamado "túnel de la mucosa") es un posible modificador para estrategias de prevención y tratamiento de enfermedades periimplantarias.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio experimental de casos y controles fue investigar el efecto de la profundidad del túnel mucoso en la inducción, desarrollo y resolución de mucositis periimplantaria.

MÉTODOS

Se trata de un estudio clínico prospectivo que incluyó 19 sujetos con al menos un implante transmucoso en salud (Straumann, tissue-level) con una restauración atornillada, que se sometió a un protocolo experimental de mucositis periimplantaria durante un período de 84 días. Los implantes que presentan un túnel mucoso de profundidad ≥ 3 mm (túnel mucoso profundo, TMP) se determinaron como grupo de prueba, mientras que los implantes con túnel mucoso de profundidad ≤ 1 mm (túnel mucoso superficial, TMS) constituyeron el grupo control.

Los dos grupos fueron asignados de acuerdo a la profundidad del túnel mucoso, sobre la base de evaluaciones clínicas y radiográficas. Se examinaron radiografías intraorales para identificar reconstrucciones con la región endosteal del implante situada apicalmente a la cresta marginal ósea de los dientes vecinos. Clínicamente, la profundidad del túnel mucoso –la distancia entre el hombro del implante y el margen de la mucosa– era medida y confirmada después de la extracción de la corona.

Todos los sujetos se sometieron a un período pre-experimental de optimización de la higiene, seguido de la preparación de soportes acrílicos individuales colocados sobre los implantes seleccionados. Los sujetos fueron entonces instruidos para mantener una higiene oral periódica durante 21 días con los soportes colocados sobre los implantes para evitar el acceso a los sitios, interrumpiendo así la higiene oral normal solo en el sitio experimental. Después de este período de acumulación de placa, los soportes fueron retirados y reanudados los procedimientos de higiene en los siguientes 21 días (primera fase de resolución), seguido de detartraje profesional y la extracción de la corona. Tras ello se dieron instrucciones para continuar con la higiene bucal durante 14 días adicionales (segunda fase de resolución, post-detartraje profesional).

Las mediciones se realizaron previamente (-28 días), al inicio del estudio (día 0) y al comienzo de cada semana durante los siguientes 56 días. Se evaluaron los resultados del índice de placa modificado (mPI), el índice gingival modificado (mGI) y el nivel de IL-1 β del fluido del sulcus periimplantario.

resultados

- No se observaron diferencias en el mPI entre grupos durante la inducción, en la primera fase de resolución, y durante la fase post-detartraje profesional.
- No se observaron diferencias entre grupos en el mGI durante la inducción; sin embargo, existieron diferencias significativas durante la primera fase de resolución (higiene oral autorrealizada), con una mayor y más rápida resolución de la inflamación en el grupo TMS. La resolución de la inflamación en el grupo TMP se consiguió solo tras la extracción de la corona y detartraje profesional de la región del túnel mucoso.
- A pesar que no se detectaron diferencias para mPI y mGI durante la fase de inducción, existieron concentraciones más elevadas de IL-1 β en el grupo TMP al finalizar la fase de inducción, indicando una mayor reacción inflamatoria en el grupo TMP.
- Se encontró una correlación significativa entre la concentración de IL-1 β y los valores de mGI.



LIMITACIONES

- El número de pacientes por grupo no queda claramente reportado.
- La distribución de casos de periodontitis en el grupo de prueba y control no se reportó.
- El volumen/grosor de la mucosa periimplantaria no se tuvo en consideración.
- La distancia del cuello del implante al hueso no se tuvo en cuenta o al menos no se reportó.
- Los implantes incluidos en el estudio son de una marca específica con conexión a nivel tisular, y dichos resultados pueden no ser aplicables a implantes de otras marcas y/o implantes con conexión a nivel óseo.



CONCLUSIONES

- Los datos actuales sugieren que la profundidad del túnel de la mucosa es un importante modificador del resultado del tratamiento de la mucositis periimplantaria experimental.
- La profundidad del túnel mucoso modifica los efectos de las medidas preventivas para el control de la periimplantitis, que requieren del total control de la mucositis periimplantaria.
- La colocación profunda de implantes, generando túneles mucosos profundos, limita la efectividad de la higiene oral autorrealizada porque la accesibilidad por debajo del margen del tejido blando no es posible.



IMPACTO

- La higiene oral autorrealizada puede eliminar la inflamación generada por una mucositis periimplantaria. Sin embargo, la colocación profunda de implantes limita la eficacia de la higiene.
- En aquellos casos con túnel mucoso profundo, el tratamiento de la mucositis requiere de la extracción de la prótesis para una efectiva higiene submucosa.



ENLACE AL ARTÍCULO ORIGINAL EN JCP:

www.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jcpe.13066

Acceso a través de la página web para miembros de la EFP: www.efp.org/members/jcp.php