

QUINTESSENCE

PUBLICACIÓN MENSUAL DE ODONTOLOGÍA

VOLUMEN 2
NÚMERO 10, 2014

Cerámica rosa:
combinación de estética
y longevidad

Disfunciones
craneomandibulares: un
tema que afecta con gran
frecuencia a las mujeres

El futuro de la odontología
es para las odontólogas:
¡la implantología oral ya no
puede continuar siendo de
hegemonía masculina!

Restauraciones
provisionales no invasivas
con polímeros de alta
densidad

Tuberculosis y sífilis:
¿un nuevo auge?



A

aquellos que ya colocábamos implantes en los años 80 y 90



Desde 1980 hasta aproximadamente el año 2000, el uso del Brånemark System (Nobelpharma AG) fue exitoso y extensamente utilizado en todo el mundo, para tratar a miles de pacientes total o parcialmente edéntulos.

Una característica del sistema, era el uso de unos tornillos cilíndricos con una superficie mecanizada relativamente lisa, que se colocaban con un manejo cuidadoso de tejidos blandos y duros, utilizando para estos últimos, fresas de diámetro creciente a velocidades adecuadas, siempre bajo irrigación profusa de suero salino, y que no eran cargados hasta después de un período de cicatrización suficiente (4 meses mandíbula, 6 meses maxilar superior).

Hoy en día, el 75% de los artículos, todavía se refieren a esta fijación mecanizada y reportan ratios de éxito del 95%, así como una prevalencia de periimplantitis de alrededor del 2,5% después de 20 años de función.

Es de todos sabido que la oseointegración nos ha proporcionado una de las técnicas más predecibles de la medicina, caracterizada por unas tasas de éxito superiores al 95% y hasta no hace mucho, les decíamos a nuestros pacientes que los fracasos ocurrían en los primeros meses y afectaban como mucho al 5% de los implantes.

Las pérdidas tardías eran un acontecimiento poco frecuente, por no decir raro.

Lamentablemente, a día de hoy la situación ha cambiado dramáticamente y cada vez son más los pacientes que vienen a nuestras consultas con inflamaciones de tejidos periimplantarios, asociadas a progresivas y severas pérdidas de hueso.

Todo parece indicar (algunos investigadores así lo vaticinan) que la incidencia de periimplantitis arrollará a nuestros pacientes y por lo tanto a nuestras clínicas en un corto período de tiempo.

A pesar de los excelentes resultados obtenidos durante años con la fijación mecanizada original, a partir del año 2000, las compañías de implantes empezaron a producir lo que denominaron superficies activas. La superficie del implante es tratada, chorreada con arena, grabada al ácido, una combinación de ambas, o tratada con oxidación anódica.

A pesar de la débil evidencia de ventajas clínicas reales en su momento, estas nuevas superficies rápidamente invadieron el mercado a principios del año 2000, con la aprobación y el consenso de la mayoría de los clínicos.

Contrasta esta rápida aceptación con los muchos años de resultados clínicos que Brånemark se autoexigió, antes de permitir que se comercializara su procedimiento¹.

Alrededor del año 2005, los problemas comenzaron a salir a la luz tal como había ocurrido unos años antes con los implantes cubiertos de HA o los IMZ. Un pequeño porcentaje de pacientes, empezaron a presentar inflamaciones en tejidos blandos periimplantarios y una pérdida ósea progresiva. Desgraciadamente, año tras año la prevalencia de periimplantitis reportadas en la literatura aumenta alarmantemente de un 12% hasta un 43%².

Estudios de enfermedad periimplantaria inducida con ligaduras, mostraron mayor pérdida de hueso en implantes con superficie moderadamente rugosa comparados con aquellos que tenían superficie mecanizada, pero es que además,

solo estos últimos curaron completamente después de retirar las ligaduras y no presentaron más pérdida ósea³.

La literatura avala una más rápida integración de las nuevas superficies, y estas son recomendadas como las de elección para la colocación de implantes inmediatos, o la carga inmediata, o la inmediata provisionalización... y de alguna manera el uso de las superficies mecanizadas, ha caído en desuso, ya que ha dejado de considerarse implantes «Premium» todo lo que no esté fabricado por grandes empresas y todo lo que no tenga una superficie tratada o modificada respecto a la original.

Que las nuevas superficies se integren antes, que consigan antes un mayor contacto hueso-implante, o que sean las más apropiadas en hueso tipo 4, no garantiza en absoluto un mejor resultado a largo plazo.

La carga inmediata sobre cuatro implantes mecanizados con los distales angulados (mucho antes de que Malo la bautizara), arrojó unos resultados excelentes con escasas periimplantitis.

En nuestra clínica tratamos a final de los noventa, 70 pacientes con el procedimiento Brånemark Novum⁴.

Como recordarán, se colocaban tres implantes mandibulares mecanizados de una sola pieza (implante y pilar formaban una unidad), que debían soportar una prótesis fija definitiva colocada el mismo día de la intervención.

De 210 implantes colocados, tuvimos alguna pérdida de integración durante el primer año, varias mucositis y alguna periimplantitis (sobre todo en el implante central), muchas fracturas de tornillos de fijación (sobre todo de la infraestructura) así como roturas de acrílico, pero sin embargo no perdimos ninguna fijación por periimplantitis. Parecidos resultados reportan J. Pi Urgell (25 casos 75 fijaciones) y R. Martínez Corría (40 casos 120 fijaciones).

En nuestro centro de Las Palmas hemos colocado miles de fijaciones mecanizadas desde los años 80 hasta la actualidad⁵, y mucho implante con superficie tratada de diferentes fabricantes en los últimos 14 años.

Son muchas las fijaciones mecanizadas donde una periimplantitis tratada nos ha permitido continuar su uso durante años, con varias espiras expuestas, pero en boca y funcionando.

Desgraciadamente no tenemos los mismos resultados cuando la patología se instaura en implantes de superficie tratada.

Es obvio que en medicina cuando algo no va bien, aquellos que tienen la facultad de alertar tienen la responsabilidad de hacerlo.

Actualmente son miles los profesionales más jóvenes que solo conocen las superficies rugosas, que jamás han usado mecanizados y que se han formado en la filosofía del implante inmediato y de la carga inmediata sin haber pasado por los cuidadosos protocolos, que tan buenos resultados arrojaron en el pasado.

Es por estas razones por lo que nosotros «los pioneros», los que nos iniciamos en la implantología hace muchos lustros, y que consecuentemente hemos tenido la posibilidad de comparar la evidencia clínica en este asunto, debemos ser quienes lideremos la iniciativa colectiva que conduzca a un camino de vuelta parcial o total, que proporcione a los pacientes tratados unos resultados más seguros a medio y a largo plazo.

Si con ello conseguimos minimizar, o al menos reducir la avalancha de patología periimplantaria que se nos viene encima, habremos cumplido en parte con nuestra obligación.

Dr. José Manuel Navarro

1. Adell,R.; Brånemark,P.I.; Lekholm,U.;Roekler,B.:A 15 year study ofosseointegrated implantsin the treatment of the edentulous jaw.Int.J.Oral.Surg. 1981; 10:387-416.
2. Zitmann NU; Berglundh T. J Clin Periodontol; Definition and prevalence of peri-implant diseases 2008; Sep; 35(8 Suppl):286-91
3. Albouy, JP; Abrahamssoh, I; Berglundh T.J Clin Periodontol; Spontaneous progression of experimental peri-implantitis at implants with different surfaces characteristics: An experimental study in dogs 2012; Feb;39(2):182-7
4. Navarro, J.M. (2004); Brånemark Novum: Surgical and Prosthetic Procedure for Mandibular Immediate Loading; V. Jiménez-López, Immediate Loading in Implant Dentistry (pp. 153-185); Quintessence.
5. Navarro Alonso, J.M. et al.; Descripción de la técnica de sustitución de un solo incisivo sobre implante oseointegrado Archivos de Odontología Estomatología 1988; 4; 449-456.