

PREGUNTAS A RESPONDER:

¿Cree que la aparición de la periimplantitis está cambiando nuestra filosofía de tratamiento a la hora de intentar conservar más dientes usando técnicas como la RTG? Si es así, ¿dónde está el límite?

Como mi formación básica es de periodoncista, veo muchos dientes que se extraen y que se podrían haber mantenido fácilmente con tratamiento periodontal. Creo que lo fundamental es realizar un buen diagnóstico para decidir si es posible mantener la pieza con o sin injerto (RTG), porque, dependiendo de las características del defecto, el tratamiento regenerativo puede no estar indicado. El límite está en el sentido común y hacer un diagnóstico detallado pero, siempre que sea posible, mantener los dientes en condiciones de salud es la mejor opción.

2. ¿Cuál es en su opinión la técnica más predecible para el tratamiento de las recesiones en los dientes?. ¿Juega la oclusión algún papel en el resultado a largo plazo de estos tratamientos?

Normalmente las recesiones tienen un origen multifactorial. Evaluar la oclusión, así como determinar el resto de factores que pueden estar relacionados con las recesiones, forma también parte del tratamiento, no solo la elección de la mejor técnica quirúrgica. Para el éxito del tratamiento es importante determinar cuáles son esos factores, para corregirlos y/o tratarlos tanto en el postoperatorio inmediato como a largo plazo. En cuanto a las técnicas, también son muy específicas. En mi opinión, no existe ninguna técnica que vaya a solucionar o que sea la mejor para todos los casos. Para determinar cuál será la mejor técnica quirúrgica en cada caso, se deben analizar las características de cada sitio, por ejemplo, la cantidad de tejido queratinizado, la morfología de las recesiones, el número de dientes involucrados, la integridad de los tejidos interproximales...

3. Dada la poca literatura que existe en cuanto al tratamiento de las recesiones en implantes, ¿cuál es su experiencia en el tratamiento de dichas recesiones?

Ése es un tema nuevo que voy a abordar en el congreso de SECIB en Octubre, pero hay poca evidencia científica, con algunas publicaciones (Burkhardt et al. 2008, Zucchelli et al. 2013) que han utilizado el colgajo de reposición coronal y otras que han usado una técnica de sobre (Happe et al. 2013, Rocuzzo et al. 2014). De nuevo, existen múltiples factores que determinarán cuál es la mejor técnica y si va a ser posible conseguir la cobertura. Quizás los dos puntos más importantes, que deben evaluarse con criterio, serían la posición del implante (grado de vestibularización) y la integridad de los tejidos interproximales. Si se puede corregir el grado de vestibularización del implante cambiando el aditamento protésico y la forma de la restauración, y la recesión es una clase I o II de Miller, creo que las posibilidades son muy buenas si se usan las técnicas descritas anteriormente. Aún así, si el implante está muy vestibularizado, las técnicas de cobertura probablemente no solucionarán el problema.

4. ¿Cree que el uso de los sustitutos del tejido blando puede considerarse una opción predecible en el tratamiento de las recesiones?

Los sustitutos de tejidos blandos aún están en proceso de desarrollo, pero no tengo dudas de que en los próximos años vamos a utilizar cada vez más estos productos, al igual que ocurrió con los sustitutos óseos. En la actualidad se han usado en recesiones clase I de Miller y en algunas situaciones en las que se debía aumentar el tejido queratinizado. De todas formas, en recesiones moderadas o profundas y alrededor de implantes, se sigue prefiriendo el injerto autógeno de conectivo.

5. Respecto a los implantes en la zona estética, ¿Es partidario de preservar la cresta o prefiere realizar técnicas diferidas de aumento de cresta?

En la zona estética tenemos muchas opciones de tratamiento, cada una de ellas con sus ventajas y desventajas. No nos gusta tener o pensar solamente en una opción. Las palabras "siempre" y "nunca" no deberían ser utilizadas en implantología, ya que los pacientes presentan gran variabilidad de situaciones. La gran mayoría de las veces, las condiciones son favorables para los implantes inmediatos y, cuando no lo son, nuestra alternativa es trabajar con técnicas de preservación de la cresta, en un intento de minimizar los problemas en el futuro. En cualquier caso, la literatura apoya el abordaje diferido asociado a técnicas reconstructivas y en algunos casos ésta puede ser una buena alternativa de tratamiento.

6. La implantación inmediata es un tema controvertido desde la década de los 80. Algunos autores han observado la aparición de recesiones en aproximadamente el 20% de los implantes inmediatos. ¿Sería ésta su técnica de elección en el sector anterior o cree que representa realmente un riesgo estético?

Tanto para nuestro grupo (IMPLANTEPERIO – Brazil) como para muchas personas, sin duda ésta es la técnica de elección, tanto en alveolos anteriores como en posteriores, pero se deben analizar bien los criterios de toma de decisión y la experiencia del operador. En implantología estética hay tres pilares importantes: la posición tridimensional, la reconstrucción de tejidos y el manejo protésico. De los tres, sin duda, lo más importante es el posicionamiento 3D, porque tiene muchísima influencia sobre los otros dos y porque, probablemente, es el principal responsable de las recesiones periimplantarias. Sin embargo, colocar el implante correctamente no es suficiente. Las publicaciones han demostrado la importancia de utilizar injertos de tejidos duros y/o blandos para compensar la pérdida fisiológica post-extracción. Y todo eso puede afectarse negativamente cuando el rehabilitador no maneja correctamente los tejidos durante las diferentes etapas protésicas (contorno de provisionales, impresión, cementado, diseño del pilar y de la corona definitiva), comprometiendo el resultado final.

7. ¿Estaría indicada la provisionalización inmediata sobre el implante inmediato postextracción?

Se puede indicar la provisionalización inmediata cuando se cumplen los siguientes criterios: una estabilidad primaria superior a 35 Ncm, un análisis adecuado del perfil del paciente y protección oclusal. Es importante que el paciente sepa que va a llevar una corona provisional un poco más corta y que, durante algunos meses, este área no puede tener función. La selección del paciente es muy importante, así como que éste comprenda los riesgos. En el caso de un paciente menos colaborador, una alternativa excelente sería realizar un pilar de cicatrización personalizado.

8. ¿En su opinión cual es el material idóneo del que debe estar fabricado el pilar protésico sobre el implante en la zona estética?

Los pilares idóneos deben ser híbridos, porque una parte de la conexión debe ser metálica (titanio) y la porción subgingival y de retención de la corona es preferible que sea de un material de un color estético. Las investigaciones actuales sugieren la Zirconia como el material de elección, pero en publicaciones recientes se han estudiado también los pilares de Disilicato de Litio, aunque todavía no tienen un seguimiento a largo plazo.

9. En la reconstrucción de tejidos duros en implantología ¿qué factor considera más importante para el éxito a largo plazo: tipo de injerto, tipo de membrana, selección del caso?

¡Todo, absolutamente todo! Por ejemplo la selección del paciente, ya que fumadores o pacientes

con un mal control del biofilm son mucho más susceptibles de tener problemas. También nos preocupa mucho lo que estamos colocando en el sitio ya que, sin duda, es importante trabajar con buenos materiales. Pero desde el diseño de la incisión hasta la liberación del colgajo, así como la coaptación de las suturas y los cuidados postoperatorios, todos deberían tener la misma importancia, porque están todos conectados y son dependientes los unos de los otros.