

HABLAMOS CON LOS DRES. MARCO ESPOSITO Y FERNANDO VERDUGO

ENTREVISTA

Adelanto del Simposio “Enfermedad Periimplantaria” en SECIB Bilbao 2015. Presente y futuro de la Periimplantitis

El Congreso Anual de la SECIB que se celebrará en Bilbao del 29 al 31 de octubre, incluye en su XIII edición un Simposio sobre uno de los temas que más preocupa actualmente a la comunidad odontológica como es la “Enfermedad periimplantaria”. Los Dres. Marco Esposito y Fernando Verdugo son dos de los expertos que participarán en este simposio y como anticipo hemos querido conocer de primera mano sus opiniones y conocimientos sobre esta enfermedad que tanto interés y preocupación levanta en el sector.

El Dr. Marco Esposito es especialista en Periodoncia y autor de más de 200 publicaciones en revistas internacionales indexadas. Ha impartido más de 400 cursos y conferencias a nivel nacional e internacional. En el ámbito editorial, es Editor Jefe de la revista “European Journal of Oral Implantology” (EJOI) y de la “Rivista Italiana di Stomatologia” (RIS), y Editor Asociado del “Cochrane Oral Health Group”.

El Dr. Fernando Verdugo es Diplomado por la Academia Americana de Periodoncia en 2003 y especialista en Periodoncia e Implantes por la Universidad del Sur de California (USC) en 2002. Desarrolla su actividad clínica e investigadora en el campo de la reconstrucción ósea alveolar con especial interés en la influencia de la contaminación microbiana sobre el proceso biológico de la regeneración y la etiopatogénesis de la enfermedad periimplantaria que le ha llevado a publicar numerosos artículos al respecto.

**Dr. Fernando Verdugo****Dr. Marco Esposito**

— **¿Cuál es la prevalencia de la enfermedad periimplantaria?**

— Marco Esposito: Cerca del 20% de los pacientes tendrá al menos un implante afectado por periimplantitis en un periodo de 10 años.

— Fernando Verdugo: Es difícil fijar la prevalencia de la periimplantitis debido a la falta de estudios epidemiológicos. Se sugiere que podría ascender al 56% y se aprecian variaciones dependiendo de la población de pacientes que se analiza.

— **Con el millón de implantes que se colocan anualmente en el mundo, ¿creen que la enfermedad periimplantaria podría llegar a suponer un problema de salud pública?**

— ME: No más que la periodontitis.

— FV: Sí, actualmente se colocan millones de implantes en el mundo y la cifra irá en aumento. Sin un acuerdo sobre un tratamiento fiable, la incidencia de la enfermedad periimplantaria, la resistencia bacteriana y la infección es probable que también aumenten.

— **¿Existe el riesgo que ciertas poblaciones puedan estar en mayor riesgo de desarrollar la periimplantitis? ¿Tienen los individuos con antecedentes de periodontitis un mayor riesgo de padecer esta enfermedad?**

— ME: Los pacientes con historia previa de periodontitis avanzada y los grandes fumadores en particular.

— FV: Sí, con diferentes poblaciones vemos diferentes culturas y diferentes factores de riesgo asociados. Por ejemplo, algunos países todavía tienen una alta pre-



Supuración y fístula periimplantaria

valencia de fumadores, y, como tal, este conocido factor de riesgo tendrá un gran impacto sobre la prevalencia de la enfermedad. Una historia previa de periodontitis parece ser un riesgo significativo para el desarrollo de la PI por lo que si una población de pacientes en particular tiene una alta prevalencia de periodontitis, esperaríamos encontrar una mayor incidencia de PI.

“

Cerca del 20% de los pacientes tendrá al menos un implante afectado por periimplantitis en un periodo de 10 años.

— **¿Se puede considerar que la infección bacteriana es la causa principal de la periimplantitis o que la colonización microbiana es secundaria a la pérdida ósea marginal resultante de una reacción a cuerpo extraño?**

— ME: La infección bacteriana

— FV: Con la gran cantidad de bacterias, hongos y virus que residen en la boca humana, estaría más inclinado a creer que una perturbación del equilibrio ecológico sería la causa principal de la PI. Nada se ha demostrado en la hipótesis de la “reacción a cuerpo extraño”.

— **¿Podríamos considerar la periimplantitis una infección oportunista?**

— ME.: Sí, podría ser considerada así.

— FV: Los estudios de asociación que muestran la presencia de bacterias, levaduras y virus en las lesiones de PI refuerzan el concepto de que la PI sea inducida por patógenos.

— **¿Cuáles son las estrategias de tratamiento predecibles para la periimplantitis?**

— ME: No me gusta el término predecible en este contexto, ya que el resultado del tratamiento de los implantes afectados por periimplantitis no es predecible, sin embargo, las estrategias de tratamiento deben basarse en una intervención temprana para

eliminar el biofilm de bacterias en la superficie del implante, en la motivación y la enseñanza a los pacientes de una higiene oral adecuada, en la modificación de la anatomía local (incluyendo el implante y la prótesis) para facilitar la higiene oral y en un programa de mantenimiento personalizado.

— FV: Por desgracia, todavía no tenemos estrategias de tratamiento predecibles. Debemos establecer un fuerte protocolo de mantenimiento y supervisar y revisar las historias médicas de los pacientes con regularidad, valorando el uso previo de antibióticos, el hábito tabáquico y la presencia de diabetes, entre otras condiciones, y considerar el uso de probióticos para proteger la microflora normal, con el fin de ayudar a prevenir la aparición de una superinfección periimplantaria.

“

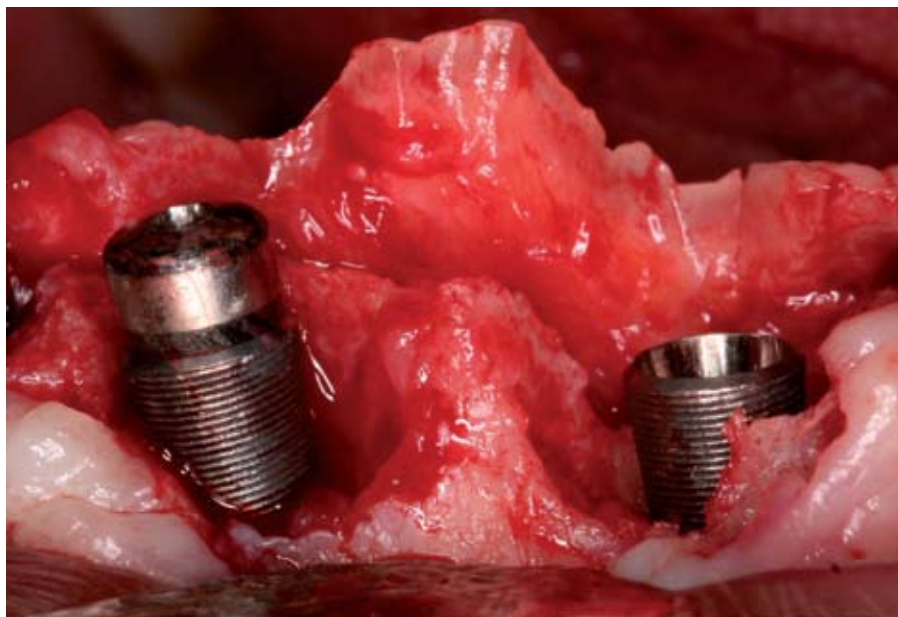
Una perturbación del equilibrio eco-

lógico sería la causa principal de la PI.

— **¿Es factible prevenir la recontaminación de la superficie del implante y mantener los tejidos sanos después del tratamiento de la periimplantitis?**

— ME: Sí, lo es en la mayoría de los casos.

— FV: El mantenimiento de la salud de los tejidos peri-implantarios a largo plazo después de la periimplantitis podría ser una búsqueda incierta. Teniendo en cuenta la naturaleza infecciosa



Pérdida ósea periimplantaria secundaria a la periimplantitis

de la enfermedad, la superficie rugosa del implante, la dificultad para erradicar los patógenos causantes, y su capacidad para evitar la respuesta inmune innata, el re-tratamiento parece ser bastante probable.

— **¿Creen que el uso de antibióticos sistémicos para el tratamiento de la periimplantitis puede contribuir a crear resistencias bacterianas o que puede conducir a sobreinfecciones?**

— ME: No hay un solo ensayo controlado randomizado sobre este tema. Si los antibióticos se utilizan en casos seleccionados tras un desbridamiento adecuado de la superficie del implante podrían ser útiles. Si el mismo antibiótico se utiliza regularmente como el único medio para tratar la exacerbación de la periimplantitis, podría causar resistencias bacterianas y esto debe evitarse a toda costa.

— FV: Las resistencias bacteria-

nas y las superinfecciones han sido bien documentados en medicina durante décadas. La falta de seguimiento microbiológica y de tests de sensibilidad a los antibióticos puede conducir a exacerbar la progresión de la enfermedad. La proliferación de las resistencias antimicrobianas y los tratamientos antibióticos empíricos indiscriminados pueden promover la escalada de la enfermedad peri-implante en los próximos años.

“

El resultado del tratamiento de los implantes afectados por periimplantitis no es predecible.

El resultado del tratamiento de los implantes afectados por periimplantitis no es predecible.

— **¿Están indicadas las técnicas regenerativas utilizando biomateriales? ¿Es posible alcanzar la reoseointegración de forma predecible?**



En la mayoría de los casos es factible prevenir la recontaminación de la superficie del implante.

— ME: Yo no creo que sea posible lograr la re-osteointegración de forma predecible, aunque 2 pequeños ensayos clínicos randomizados sugieren que la regeneración ósea guiada (ROG) se puede utilizar con resultados satisfactorios en el tratamiento de la periimplantitis. Personalmente no utilizaría rutinariamente la ROG ya que no me gusta usar un procedimiento asociado a un alto riesgo de infección en un sitio ya infectado, sin embargo, si un clínico está seguro de ser capaz de limpiar adecuadamente la superficie del implante y las condiciones anatómicas lo permiten, podría intentar un procedimiento regenerativo. En este caso me gustaría dar cobertura antibiótica sistémica durante una semana, utilizar un sustituto óseo poco o no reabsorbible y no utilizar membrana.

— FV: Los meta-análisis recientes sugieren que los tratamientos regenerativos más complejos y costosos no son necesariamente más beneficioso a corto o largo plazo. La regeneración de los defectos periimplantarios depende de un gran número de factores, entre ellos la anatomía del defecto. Un defecto óseo de tres paredes tendrá más posibilidades de reparación ósea que un defecto de una o ninguna pared. Al menos dos estudios sobre PI utilizando membranas y biomateriales han reportado complicaciones (exposición de la membrana, formación de fístulas, secuestro óseo)

en hasta el 60% de los casos. Hasta el momento, la reosteointegración no es predecible.

— ¿Creen que en el futuro seremos capaces de predecir la periimplantitis mediante biomarcadores específicos?

— ME: No, pero espero equivocarme.

— FV: Los biomarcadores salivales y del fluido del surco periimplantario derivados de las bacterias (enzimas) y del huésped (PGE2, TNF, ILS, MMP, la proteína C-reactiva, etc) no son específicos de la enfermedad, y la mayoría de los clínicos no tienen acceso a estas técnicas, todavía costosas, de biología molecular.



Los meta-análisis recientes sugieren

que los tratamientos regenerativos más complejos y costosos no son necesariamente más beneficioso a corto o largo plazo.

Sin embargo, es posible que nos aporten información sobre el estado inflamatorio del paciente y ayudarnos a identificar a los pacientes con riesgo.

— ¿Cuál es la mejor manera de prevenir la enfermedad periimplantaria ?

— ME: Colocar implantes que no tengan una superficie demasiado rugosa junto a una prótesis que

permita una higiene oral adecuada en pacientes motivados, que realicen una buena higiene oral y asistan regularmente a las visitas de mantenimiento.

— FV: Establecer un fuerte protocolo de mantenimiento personalizado para cada paciente con seguimientos microbiológicos y pruebas de sensibilidad a los antibióticos. Realizar unas restauraciones anatómicas saludables que permitan un control de placa adecuado (por ejemplo, eliminando el exceso de cemento o coronas sobrecontorneadas), identificar aquellas áreas de difícil acceso donde la inflamación puede progresar e instruir al paciente en el control adecuado de la placa, realizar un seguimiento y revisión de las historias clínicas de los pacientes con regularidad, controlar los tratamientos previos con antibióticos, el hábito tabáquico y la presencia de diabetes, entre otras condiciones, y tener en cuenta el uso de probióticos para proteger la microflora normal y ayudar a prevenir la sobreinfección, si se prescriben antimicrobianos de amplio espectro.

Además de los Dres. Marco Esposito y Fernando Verdugo, el cuadro de conferenciantes en el Simposio sobre la "Enfermedad periimplantaria" se completará con el Prof. Dr. Niklaus Lang y el Prof. Tord Berglundh. La experiencia de todos ellos y la discusión que se derive de sus presentaciones serán sin duda muy interesantes para aportar más datos sobre el manejo de esta patología por parte del clínico