

UNIVERSIDAD
CIENTÍFICA
DEL SUR



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA
ESPECIALIDAD EN IMPLANTOLOGIA ORAL

**“PERIIMPLANTITIS FACTORES DE RIESGO Y
ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO”**

**TESINA PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN**

IMPLANTOLOGIA ORAL

CD. EDITH CLAUDIO ORE

LIMA –PERU 2014



A mediados de 1950 Per-Ingvar Branemark monitoreaba la sangre como un tejido dinámico en médula ósea, diseñó e implantó una cámara de titanio en hueso de conejos, para complementar su estudio de microscopia vital. Más adelante al intentar remover dichas cámaras capta su atención la dificultad para lograrlo; Este hallazgo lo comparte con otros investigadores a fin de evaluarlo y verificarlo en servicios médico-quirúrgicos. Es así como se desarrolla un dispositivo denominado implante de titanio que logra un anclaje directo al hueso, naciendo con ello la oseointegración . Posteriormente en Suiza, Shroeder corrobora los hallazgos mencionados respecto de la íntima unión hueso-implante, realizando pruebas técnicas de corte óseo descalcificado .

Luego de estos estudios y de grandes avances, se dio inicio a la utilización de implantes de titanio sobre hueso como anclaje dental; convirtiéndose en la mejor alternativa de reemplazo a dientes perdidos ¹.

La Oseointegración definida como íntimo contacto hueso implante puede verse afectada por disturbios de diversa índole que conllevaran al fracaso del implante, de acuerdo a la estructura afectada y al tiempo de aparición será denominada como mucositis peri-implantar ó peri-implantitis .

La presente revisión de literatura busca orientar y definir los conceptos básicos y actualizados en lo referente a estas dos entidades.

La clasificación propuesta en el 1st. European Workshop on Periodontology en 1993, establece dos tipos de lesiones periimplantarias: la mucositis periimplantaria, que es un proceso inflamatorio reversible que solo afecta a la mucosa periimplantaria, y que, por tanto, cursa sin pérdida de soporte; y la PI, que se define como un proceso de naturaleza inflamatoria, y etiología bacteriana, y que cursa con pérdida de soporte óseo periimplantario. Por lo tanto, desde el punto de vista etiopatogénico, existen dos niveles de tratamiento: el etiológico, frente a la infección, y el tratamiento de las secuelas, es decir, de los defectos óseos secundarios a la infección. En este sentido, se puede considerar terapia antiinfecciosa aquella que va dirigida a la eliminación de la infección, y no a la corrección del defecto, incluyendo técnicas como el desbridamiento de las lesiones, la detoxificación de la superficie del implante y empleo de antibioterapia sistémica y/o antisépticos locales.

Mombelli y cols plantearon la posibilidad de realizar tratamiento antimicrobiano alrededor de implantes con lesiones periimplantarias en nueve pacientes portadores de implantes. La pauta de tratamiento consistía en desbridamiento mecánico seguido de irrigación de las bolsas periimplantarias con profundidad de sondaje mayor o igual a 3 mm con clorhexidina al 0,5%, y administración sistémica de 1.000 mgr de Ornidazol durante 10 días. Se produjeron mejorías en los parámetros clínicos (índice de placa, índice de sangrado y profundidad de sondaje), aunque los datos microbiológicos demostraron una recidiva en la composición de la microbiota. El estudio no aporta datos clínicos a largo plazo, pero la recidiva microbiológica cuestiona la efectividad del tratamiento.