



WEBINAR

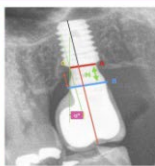




PONENTE
Dr. Asier Eguía

Martes 18 Junio 2024 - 21h.

Prevenir la periimplantitis desde la rehabilitación protésica: Nuevos conceptos



¡¡Te lo perdiste!! ... te lo contamos.

En el ciclo on-Line de **Formación SECIB**, el mes de **junio** se programó para un martes, que parece que es el día de mayor aceptación, el día 18 a horario de tarde noche, otra nueva Webinar. En esta ocasión con un tema en relación a la **prevención** de algo tan “inquietante” como son los problemas de inflamación primero y pérdida de inserción ósea después ... que se generan a corto plazo en algunos casos y sobre todo medio plazo, en las rehabilitaciones sobre implantes. **SECIB** presentó al **Dr. Asier Eguía**.



El **Dr. Eguía**, en su presentación, cambia el foco de atención hacia una de las zonas que actualmente se consideran más críticas en las rehabilitaciones sobre implantes en cuanto a su supervivencia en términos de salud, demostrándose como clave del éxito a largo plazo. Y destaca como críticos y determinantes para ello, los diseños de los elementos de la interfase entre la conexión con el implante, del pilar transepitelial y de la corona protésica.

Explicó de forma muy didáctica como enfocar y planificar la rehabilitación de dientes con elementos protésicos a la hora de “cargar” y poner en función las fijaciones esqueléticas, en este caso internas, a las que vulgarmente llamamos “*implantes dentales*”. Previamente hemos insertado en el tejido óseo de los maxilares los “implantes” o fijaciones y están ya listos para ser utilizados, dado que ya han conseguido la suficiente osteointegración. En la presentación desgranando los factores conocidos y sobre todo aquellos que se empiezan a atisbar en estudios recientes, tanto propios como de otros autores, que están demostrando pueden tener influencia en el desarrollo de eso que a mi opinión incorrectamente se denomina “*Periimplantitis o Enfermedades Periimplantarias*”.



Dr. Asier Eguía

- Licenciado en Odontología por la Universidad del País Vasco UPV/EHU. (2000)
- Doctor en Odontología por la UPV/EHU. (2008)
- Profesor Asociado en la UPV/EHU. (Acreditado profesor contratado doctor ANECA).
- Profesor Máster Patología Oral y Maxilofacial UPV/EHU (2006-2019)
- Docente e investigador del UIRMI -University Institute for Regenerative Medicine and oral Implantology) - (Fundación Eduardo Anitua-UPV/EHU).
- Profesor de posgrado en 4 diferentes programas sobre implantología oral y medicina regenerativa.
- Vocal SECIB (2019 - 2021).
- Vocal Comisión científica SECIB.
- Investigador Participante en 12 proyectos de investigación competitivos mediante convocatorias públicas.
- Autor de más de 40 artículos publicados en revistas indexadas.
- Autor colaborador en 5 libros.
- Dictante nacional e internacional sobre Cirugía oral, Implantología e Implantoprotésis.

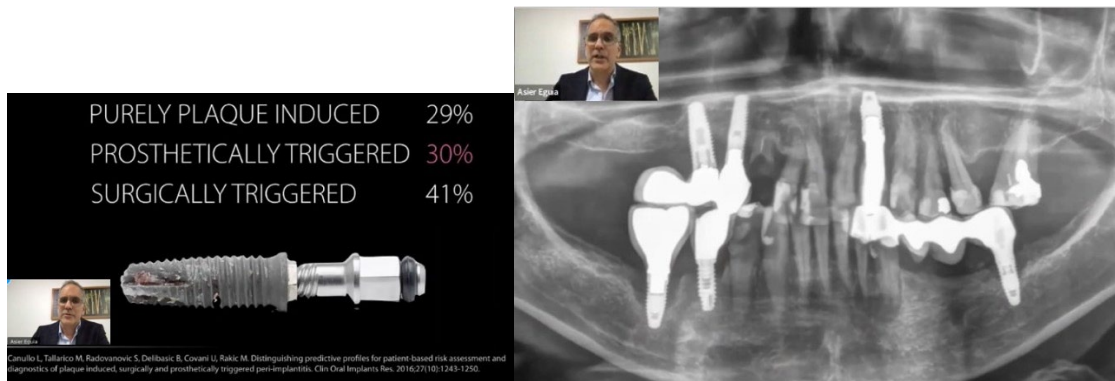
Comenzó explicando que el proceso de inflamación que se produce alrededor de las rehabilitaciones sobre implantes es un proceso muy complejo. Refiere que se asemeja a la enfermedad periodontal pero que tiene unas diferencias con esta **notorias**. Y declaró que esta comparación es debida a una visión demasiado **simplista** del proceso.



Definió la “*perimplantitis*” como una **disbiosis** a la cual se llega por la conjunción de varios factores. Entre ellos considera y destaca que hay que tener en cuenta los **factores protésicos**, que en son los “**grandes olvidados**”. En este sentido subraya, que es desde la prótesis desde donde hay mucho que hacer para la **prevención** de esto que llamaos “*Perimplantitis*”



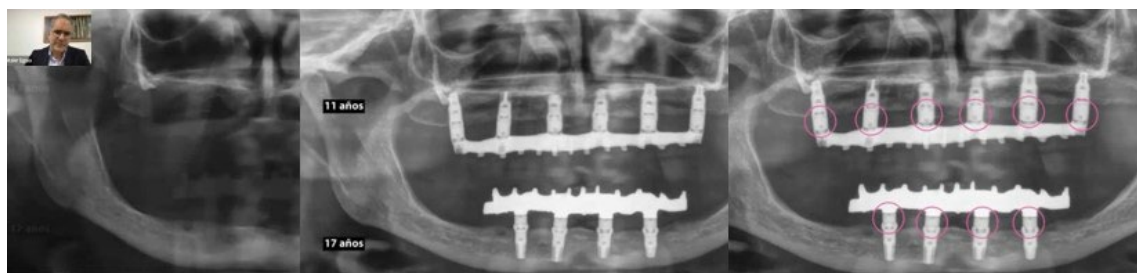
El **Dr. Eguía** explicó que los problemas en este tipo de rehabilitaciones se crean por que en definitiva lo que creamos es un entorno muy “*proinflamatorio que rompe equilibrio de remodelado óseo a favor de la reabsorción en detrimento de la aposición...*” que lleva al fracaso biológico de la restauración implantosoportada.



Explica cómo estamos llegando a una exquisitez de excelencia en la definición de protocolos quirúrgicos que consigue resultados de osteointegración excelentes. Pero, sin embargo, en los casos de fracaso biológico de este tipo de rehabilitaciones se está viendo que se descuidan parámetros básicos de la rehabilitación protésica como es el tipo de material, superficies adecuadas, el hermetismo, así como la estanqueidad de las conexiones. Pero no solo a estos niveles micro o nanoscópicos, sino que incluso a niveles macroscópicos en relación con grosores, formas y tamaños que no respetan “el orden” de los espacios biológicos, es decir no respetan los parámetros biológicos adecuados del entorno. Mostró trabajos bibliográficos en los que se habla de la importancia del diseño de lo que se denomina el **Perfil de Emergencia** tras mucosal, como una de las claves del ÉXITO en medio y largo plazo de este tipo de rehabilitaciones.

Define el éxito en rehabilitaciones sobre implantes en parámetros de supervivencia, de estabilidad ósea, de ausencia de complicaciones biológicas y mecánicas, y de satisfacción del paciente.

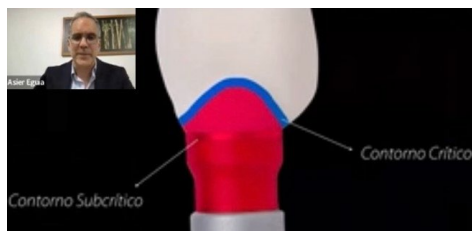
Explicó que cuando se analizan casos de éxito en los seguimientos habituales de este tipo de rehabilitaciones, lo primero que llama la atención es los **tres primeros milímetros** de la conexión de la rehabilitación con la parte cervical de los implantes, definiendo esto como la clave para este éxito. Considera que entender lo que pasa en ese tramo de interfase, entre el medio interno en el tejido óseo hasta el medio externo por encima de la mucosa en el ambiente de la boca, es lo que va a permitir predecir y prevenir los problemas inflamatorios alrededor de estas rehabilitaciones implanto soportadas.



Asier definió el concepto de “**contorno crítico**” como la zona de más o menos 1mm en relación con el nivel de la superficie de encía (yuxta y ligeramente subgingival) que debe tener un contorno armónico en relación a los dientes naturales. Y definió el “**contorno subcrítico**” como el que va desde este nivel gingival a la conexión con el implante y que los autores ya empiezan a definir que debe tener una altura de entre 2 a 3 mm como parámetro fundamental para el mantenimiento en salud. Y según describe el Dr. Eguía, y

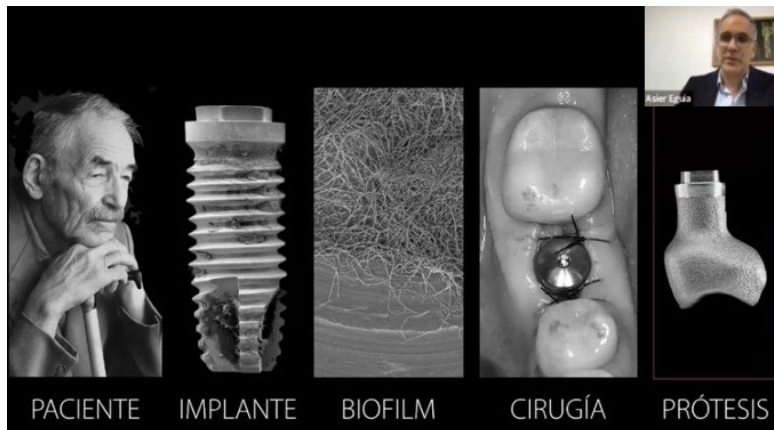
este dato lo considero muy importante, este “**perfil subcrítico ... NO debe ser diseñado como en un diente natural**” ... Ahí está el error de años en el diseño del perfil de emergencia. Considera, sin embargo, que este perfil subcrítico debe diseñarse a favor de “**BIO**” y “**FISIO**” – LOGIA. **Debe diseñarse de una forma bio favorable** desde un punto de vista biomecánico tanto en aspectos de espacio en **altura** como en aspectos de **diámetro** del contorno de este “**perfil subcrítico**” o también llamado “**perfil de emergencia**”. Es decir “*Jugando a favor del proceso biológico de cicatrización del tejido blando*”, y esto es de mi “cosecha”. Asier concluyó en este bloque, que es aquí donde reside una de las claves para prevenir futuras complicaciones biológicas que se inician con la activación de los **procesos de inflamación** alrededor de estas estructuras, que provocan la migración apical de los tejidos, con la exposición de estructuras o superficies diseñadas para permanecer intraóseas, pero que exteriorizadas favorecen o propician la **adhesión de “biofilm”** ... cerrando así el círculo o ciclo de la perpetuación de los procesos de inflamación y osteólisis.

Recomienda huir de la visión como él llama “mecanicista” en que todo el proceso de “perimplantitis” se deba al “biofilm” y que esta se cure controlándolo. Proponiendo atender otros factores entre los que además de una adecuada cirugía de inserción de los elementos de fijación, se destaque y se observe de forma minuciosa el diseño del elemento protésico, es decir los elementos que van desde la conexión con el implante a la restauración coronal propiamente dicha.



Asier describió, y comparto, los Factores relacionados con el éxito o el fracaso para tener en cuenta en este tipo de rehabilitaciones con “implantes”:

- **Condiciones del Paciente en cuanto a genética e historia clínica.**
- **Tipo y modo de fabricación del implante**
- **” Biofilm” que es capaz de desarrollar cada paciente o el tipo de su MICROBIOTA**
- **La técnica quirúrgica que se realiza, en cómo y en qué condiciones se colocan los “implantes”.**
- **La rehabilitación con relación al tipo, la estrategia y el diseño de la prótesis**

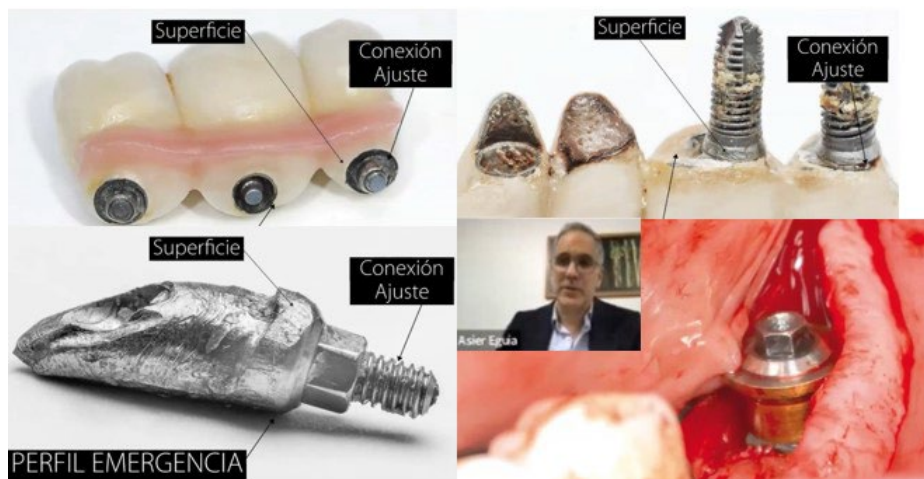


Asier considera que en cuanto a la prótesis hay tres aspectos críticos en su diseño:

1. **Tipo de superficie de la prótesis.**
2. **Conexión con el implante. Que debe ser perfecta y que garantice la ausencia de filtraciones o “gaps”.**
3. **Perfil de emergencia en relación con respetar el “espacio biológico”. Pudiendo definir perfiles de bajo riesgo.**

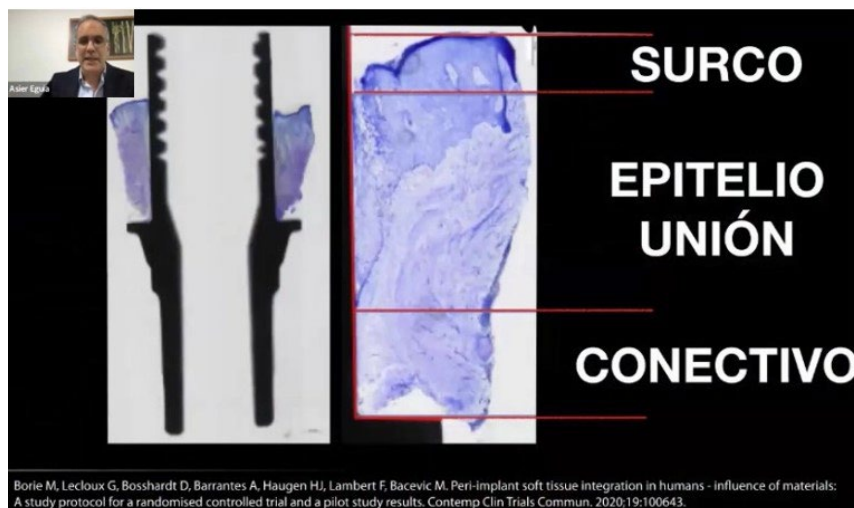


El **Dr. Eguía** explica que en su experiencia si analizamos “*prótesis implanto soportadas*” que han fracasado por procesos de “periimplantitis”, se encuentra groseros fallos en alguno de estos aspectos en cuanto al diseño de la prótesis. Y Yo me aventuro a asegurar que en estas situaciones se detectan más de uno de estos fallos de diseño, con aspectos clave que no se ha tenido en cuenta con relación a estos aspectos en el diseño.



En cuanto a la superficie de los materiales de rehabilitación

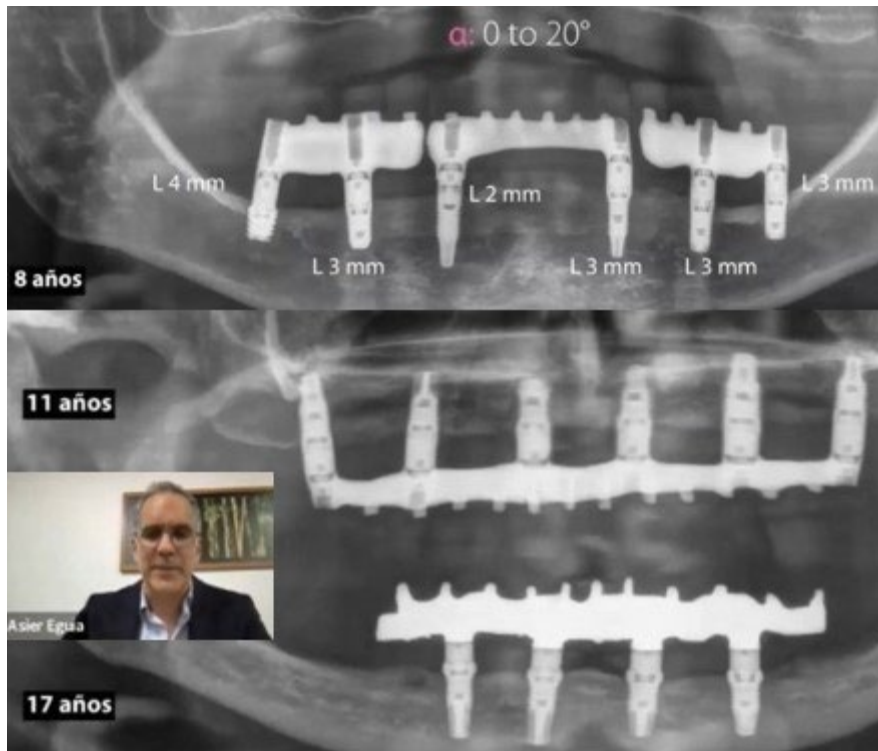
Destacó que hay que tener en cuenta que nos movemos en un territorio frontera desde el interior del organismo a exterior de este. Pasando a través de tres distintos tipos de tejidos, de dentro a fuera: tejido Óseo, tejido Conectivo y Epitelio Oral. Y que estos tienen distintas propiedades de afinidad a las distintas superficies y que en cada sitio habrá que pensar que tipo de superficie es la más adecuada.



Esta superficie en la prótesis deberá cumplir una serie de propiedades fisicoquímicas, a grandes rasgos en cuanto a rugosidad, hidrofilia ... etc., para que puedan ser consideradas suficiente biocompatibles en cada nivel de la emergencia. Evitando favorecer el acúmulo de colonias bacterianas o de “biofilms” nocivos.

Pilares intermedios y perfil de emergencia

El **Dr. Eguía** propone que lo más indicado para mejorar esta interfase de emergencia es usar “Pilares Intermedios”, estos van a permitir conseguir un nivel de conexión perfecto con el implante y posicionar los materiales ideales en la zona más crítica. Aconsejando usar aquellos elementos que han sido desarrollados a tal fin por los que han investigado de manera eficiente todo el sistema. Es decir, usar materiales originales dejando la “artesanía protésica” para aquellas zonas fuera de los perfiles considerados críticos.



Por su puesto que no todos los sistemas que se ofrecen en la industria de la implantología son iguales y que hay que saber separar “el grano de la paja” ... Cada sistema o cada empresa debe avalar sus desarrollos con el rigor que debe exigir las investigaciones de sus I+D’s ... pero es otra historia ...

Asier y en esto coincidimos plenamente, considera que la falta de hermetismo en el ajuste de la conexión pilar implante, es decir la existencia de **Gaps** o micro movimientos que permitan las filtraciones y por tanto la colonización bacteriana del interior del implante con especies bacterianas que pueden ser muy patógenas tipo **anaerobios y/o “gram negativos”** ... va a ser uno de los factores que van a favorecer los procesos de inflamación en los tejidos blandos circundantes y por ende en los procesos de “osteólisis” por inflamación. Filtraciones tanto del medio oral (exterior) al interior del implante como del interior del implante contaminado que actúa como reservorio (“exterior”) ... a la superficie de conexión con el tejido conectivo/epitelial sellado (“interior”). En este sentido está admitido por todos, la importancia de descontaminación de las superficies externas del implante para intentar tratar los procesos de “perimplantitis” ya desarrollado, pero todavía no se está poniendo suficiente atención a descontaminar el interior del implante ... Y aquí quiero aportar un dato de mi experiencia clínica: *“en la mayoría de los tratamientos de descontaminación de estos procesos de inflamación periimplantaria, el proceso se estabiliza cuando además de conseguir la descontaminación y la regeneración, estabilizando los tejidos circundantes. Además, exponemos esta conexión a el medio oral (exterior), minimizando de esta forma el efecto que este “GAP” genera en el medio interno ...”*

Por otro lado, el **Dr. Eguía** considera que, si se detecta que esta conexión a propiciado el desarrollo del problema, lo lógico es que además de usar los tratamientos que consideremos más adecuados para descontaminar superficies, además modifiquemos o sustituyamos estos elementos protéticos por otros más adecuados en términos de

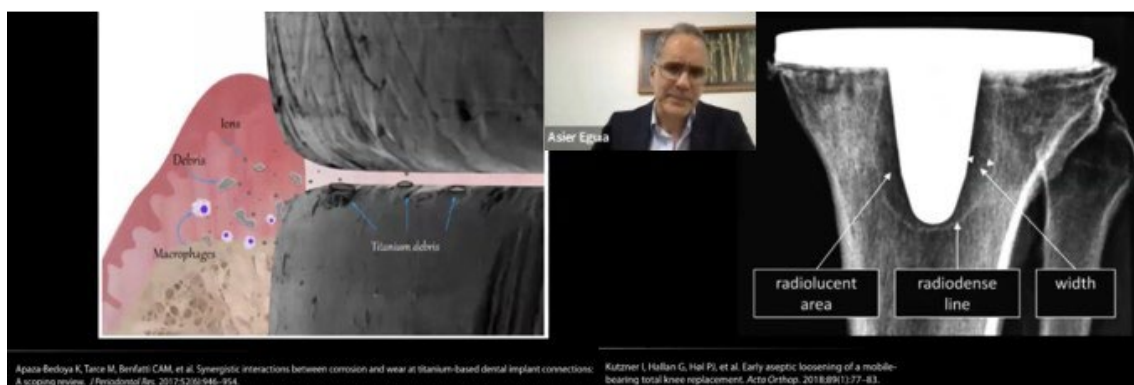
biocompatibilidad, porque si no lo más probable es que la situación vuelva a revertir, es decir recidive ...



Reacción a cuerpo extraño

Apunta además que también se debe considerar a estudio el hecho de otros factores que pudieran inducir a activar **“la cascada” del proceso de inflamación**, que es el verdadero causante de la osteólisis que se genera alrededor de los implantes ya osteointegrados. Entre ellos destaca el efecto de los procesos de **“reacción a cuerpo extraño”**.

Desencadenados por el desprendimiento de partículas de los materiales con que están fabricados estos elementos implantados, bien por corrosión o por microfracturas mecánicas. Que actúan activando los sistemas de inmunidad e inflamación tanto humoral como celular que conlleva a la inflamación y osteólisis. Esto se ha documentado ampliamente en otras especialidades en la que usan elementos protésicos similares como es en Traumatología.



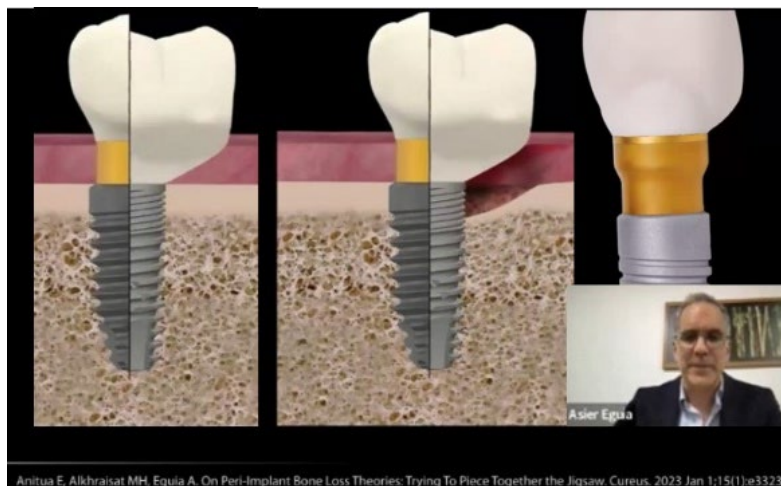
Factores propios de diseño de la rehabilitación protésica

Pasando a la prótesis propiamente dicha, ya por encima de estos perfiles tisulares críticos, ya en el medio Oral (exterior). Destaca como factor importante al **ajuste pasivo**,

la ausencia de tensiones a la hora de estabilizar la prótesis por medio del atornillamientos de las conexiones. Donde si no existiera este ajuste, se generasen zonas de tensión donde según refiere se sobre pasa el umbral donde las fuerzas generadas pasan de ser osteogénicas a ser osteolíticas, apareciendo en los controles radiográficos periódicos perdidas de osteointegración.



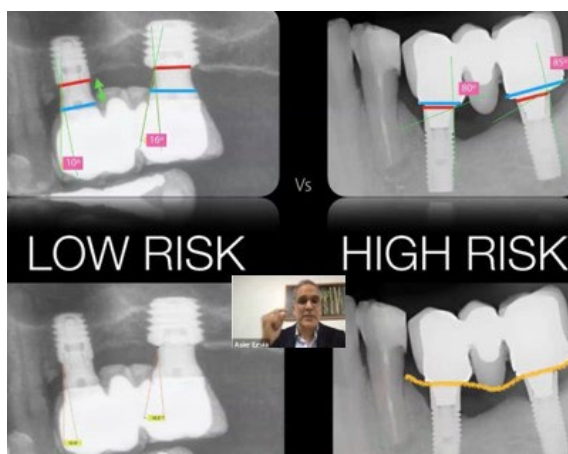
Considera fundamental en la prevención o control de estos problemas, mejorar el diseño de las prótesis. Muestra que estamos trabajando con una arquitectura tisular que tenemos que respetar. Se debe respetar los espacios biológicos, lo que él llama “**Ancho Biológico**” en la prótesis o rehabilitación. Esto se tiene muy en cuenta en sectores anteriores a nivel de dientes. Y en periodoncia para dientes naturales está considerado que si se sobre contornea o si se excede esta dimensión (“ancho”) acarrea problemas de inflamación periodontal. El **Dr. Eguía** considera que este conocimiento se debería trasladar también al “ambiente periimplantario” y no solo en dientes anteriores, sino que también en rehabilitaciones de sectores posteriores en molares, ser igual de cuidadosos y rigurosos en cuanto a respetar este “**ESPACO BIOLOGICO**” en anchura, en altura y en grosor.



Insiste que a la hora de diseñar un contorno protésico se debe diseñar respetando la biología, favoreciendo el acceso a la higiene y el acceso al control clínico. Creando espacio suficiente para el “**tejido insertado supracrestal**”.



A la hora de crear este espacio, señala la importancia de los **ángulos de emergencia** con relación a la anchura del perfil de este. Considera que estos ángulos NO deben abrirse, es decir el pilar NO debe invadir el espacio que debe ocupar el tejido conectivo. El **Dr. Eguía** considera que contra más se abren estos ángulos, cuando el contorno de emergencia se hace "muy convexo", provoca que en las zonas próximas al hueso cortical lo dejemos apenas sin cobertura conectiva, que es donde el periostio recibe la vascularización, es decir de donde se nutre. Provocando migraciones de tejido hacia apical, en un intento de generar este espacio biológico, lo que conlleva a migraciones apicales y a exposiciones cervicales del implante, exponiendo superficies que están pensadas para ser intraóseas por su rugosidad, que llevara a la falta de adhesión fibrosa o conectiva y al favorecimiento de formación de "biofilm" ... El **Dr. Eguía** presenta trabajos que muestran que **perfiles de emergencia de angulación mayor a 30° no son biofavorables**, generando este efecto comentado.



Para mí, una referencia buena es respetar la anchura que tiene la embocadura del pilar en su conexión con el implante al menos 2 mm o hasta su emergencia "yuxta-gingival"

1. Superficie transmucosa
2. Elección material
3. Conexión protésica eficiente
4. "Ajuste pasivo"
5. División estructura
6. Diseño perfil emergencia
7. Reversibilidad: Atornillado
8. Ajuste Oclusal
9. Acceso a la higiene
10. Diseño pónicos



Otro gran acierto de programación de la responsable de SECIB formación, la **Dra. Berta Garcia Mira**. Este ciclo se pausará hasta otoño, dando todo el protagonismo al congreso de la Sociedad que se desarrollará próximamente:



Para no perderselo ...

Fdo. Dr. A de Juan Galindez

adejuan@ceuskalduna.com