

Actualización de la cirugía periapical en los implantes dentales

Miguel Peñarrocha Diago¹, Araceli Boronat López², Joana Lamas Pelayo²

(1) Profesor Titular de Cirugía Bucal. Director del Máster de Cirugía e Implantología Oral

(2) Alumna del Máster de Cirugía e Implantología Oral. Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia

Correspondencia:

Dr. Miguel Peñarrocha Diago

Facultad de Medicina y Odontología.

Gascó Oliag 1

46021 – Valencia

E-mail: Miguel.Penarrocha@uv.es

Recibido: 18-01-2005

Aceptado: 7-05-2005

Indexed in:

-Index Medicus / MEDLINE / PubMed
-EMBASE, Excerpta Medica
-Índice Médico Español
-IBECS

Peñarrocha-Diago M, Boronat-López A, Lamas-Pelayo J. Update in dental implant periapical surgery. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E429-32.

© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-6946

RESUMEN

La lesión periapical implantaria es una patología infecciosa-inflamatoria localizada alrededor del ápice del implante. Puede ser provocada por diversas causas, entre ellas: la contaminación en el momento de la instrumentación, el sobrecalentamiento óseo y la presencia de una patología preexistente en el hueso. Su diagnóstico es sintomático y radiográfico, y puede observarse una imagen radiolúcida alrededor del periápice. Clasificamos las lesiones según el momento evolutivo en lesión aguda (no supurada y supurada) y crónica o absceso periapical. El tratamiento de esta patología es la cirugía periapical con legrado e irrigación en la fase aguda; y la extracción del implante cuando se involucre la superficie ósea y/o se pierda la fijación primaria (fase crónica).

Palabras clave: Lesión periapical implantaria, patología periapical del implante, periimplantitis apical.

ABSTRACT

Implant periapical lesions are infectious-inflammatory alterations surrounding an implant apex, and can be caused by a number of situations – including contamination at instrumentation, overheating of bone, and the prior existence of bone pathology. The diagnosis is based on the clinical manifestations and radiological findings, where a radiotransparency can be seen at periapical level. The lesions are classified according to their evolutive stage as either acute (non-suppurated and suppurated) or chronic (or periapical abscess). The management of implant periapical lesions comprises periapical surgery with curettage and irrigation in the acute phase, or implant extraction when the bone surface is affected and/or primary fixation is lost (chronic phase).

Key words: Implant periapical lesion, implant periapical pathology, apical periimplantitis.

CONCEPTO

Sussman y Moss (1), en 1993, introdujeron el concepto de patología periapical del implante, como un proceso infeccioso-inflamatorio de los tejidos que rodean al ápice del mismo. El incremento del uso de implantes dentales ha provocado un aumento considerable en la incidencia de la lesión periapical implantaria, pero las series publicadas son cortas. En este trabajo revisamos la literatura de los últimos 10 años indexadas en Medline, para conocer la frecuencia, la etiología, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de esta patología.

ETIOPATOGENIA

La etiología de estas lesiones es multifactorial. Según los diferentes autores revisados, puede ser ocasionada por: sobrecalentamiento del hueso durante el fresado (2-7), contaminación de la superficie del implante (3,8), patología ósea preexistente (9), presencia de fragmentos residuales de raíces y colocación próxima a un seno maxilar infectado (4). Ayangco y Sheridan (9) publicaron 3 casos de lesión periapical implantaria en pacientes con historia de endodoncia y apicectomía fallida previa a la colocación del implante. Según estos autores, a pesar del legrado, limpieza del alveolo y el largo tiempo de espera, las bacterias permanecerían en el hueso, produciendo la lesión periapical implantaria.

Por otro lado, Brisman y cols. (10) refieren 4 fracasos implantarios debido a los dientes adyacentes endodonciados asintomáticos clínica y radiográficamente. Sussman (5) clasificó esta lesión en: implante a diente (tipo I), cuando es causada en la preparación del lecho implantario y diente a implante (tipo II), cuando se origina a partir de una lesión apical en los dientes vecinos al implante.

CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO

La patología periapical aguda dental provoca dolor y éste aumenta a la percusión del diente afecto, debido al tipo de inervación que tiene el ligamento periodontal. En cambio, la patología periapical aguda del implante se manifiesta como dolor espontáneo, pero no aumenta a la percusión del implante por ser directa la unión hueso-implante. En la fase crónica el absceso periapical dental puede evolucionar hacia la fistulización, a través del hueso y el tejido blando; sin embargo, en el implante no hay presión para crear un trayecto fistuloso, porque el material purulento se abre camino a través de la unión, todavía no bien establecida de hueso-implante (Figura 1).

Reiser y Nevins y Oh y cols (6,11), clasifican las lesiones periapicales implantarias en forma inactiva (no infectada) e infectada.

Tabla 1. Diferencias entre el diente y el implante cuando existe patología periapical.

	DIENTE	IMPLANTE
PERIODONTITIS O PERIIMPLANTITIS APICAL AGUDA (no supurada y supurada)	<p>Dolor agudo, continuo, espontáneo, moderado o severo, y localizado. ↑ con la percusión.</p> <p>Mucosa del periápice puede estar dolorida e inflamada.</p> <p>Rx: No alteraciones o ensanchamiento del ligamento periodontal en fases iniciales (no supurada) o área radiolúcida apical en fases avanzadas (supurada).</p>	<p>Dolor agudo, continuo, moderado o severo y localizado.</p> <p>No ↑ dolor a la percusión.</p> <p>Percusión timpánica.</p> <p>Mucosa del periápice puede estar dolorida e inflamada.</p> <p>Rx: No alteración en fases iniciales (no supurada) o lesión radiolúcida apical implantaria en fase más avanzada (supurada).</p>
ABSCESSO PERIAPICAL	<p>Sintomatología sorda o escasa excepto en fases de agudización.</p> <p>Fistulización (↓ síntomas).</p> <p>Puede haber movilidad.</p> <p>Rx: Lesión radiolúcida apical.</p>	<p>Sintomatología sorda o escasa excepto en fases de agudización.</p> <p>Percusión mate “chuf”</p> <p>Supuración alrededor del implante y enrojecimiento gingival.</p> <p>Movilidad.</p> <p>Rx: Radiolucidez periapical implantaria, con destrucción de hueso marginal.</p>

Rx (radiografía); ↑ (aumenta); ↓ (disminuye)

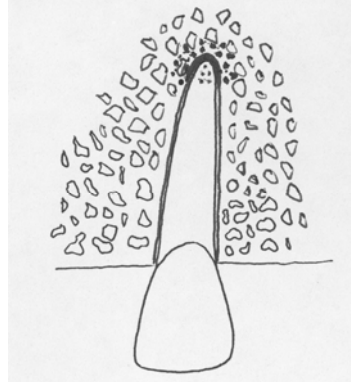
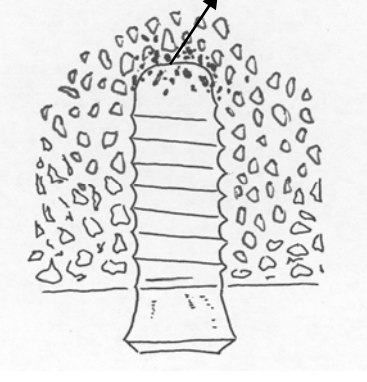
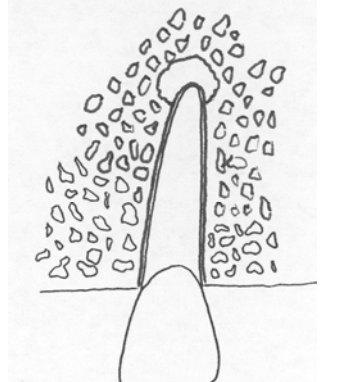
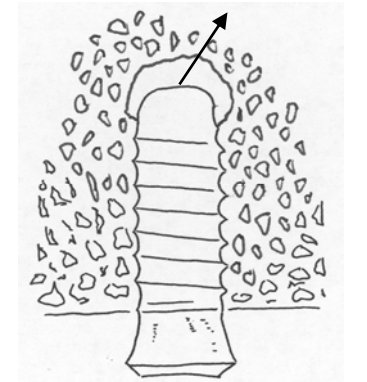
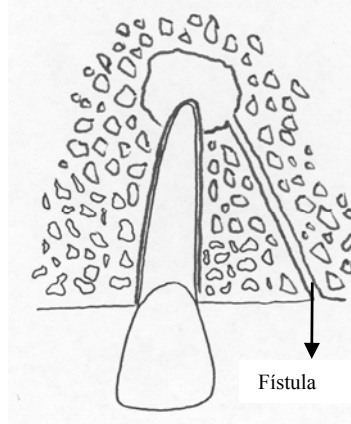
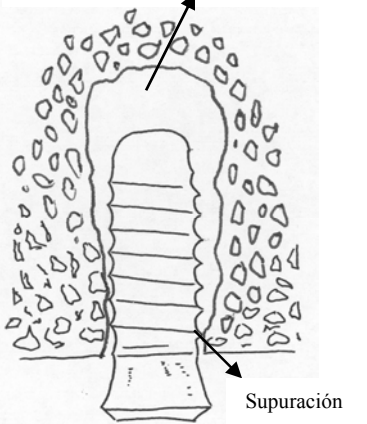
	PERIODONTITIS APICAL	PERIIMPLANTITIS APICAL
AGUDA NO SUPURADA		 Infiltrado inflamatorio
AGUDA SUPURADA		 Granuloma periapical
CRÓNICA O ABSCESO PERIAPICAL	 Fistula	 Absceso periapical Supuración

Fig. 1. Esquema de la patología periapical.

La inactiva ocurre por una sobreinstrumentación vertical del lecho y queda una imagen radiotransparente a nivel apical que puede confundirse con la forma infectada; esto no es realmente una lesión y por tanto no necesita tratamiento, sólo control. Para estos autores, la infectada es la infección localizada en el ápice del implante.

Según la literatura revisada, la clínica de la lesión periapical implantaria (Tabla 1) es: dolor constante e intenso (incluso persistente y resistente a analgésicos) (4), inflamación (12), percusión mate (12), no movilidad (12), presencia de fistula (2,3,9,12), radiotransparencia apical (2-4,9,12,13). Bretz y cols. (13) publicaron una sinusitis maxilar asociada al área apical. Sin embargo, ninguno de estos autores clasifican estas lesiones según su evolución y esto dificulta su tratamiento.

No hemos encontrado en la literatura ningún autor que distinga esta lesión en función del estado evolutivo; tal y como sucede con la patología odontológica, se podría diferenciar la fase aguda (periimplantitis periapical aguda supurada y no supurada) y la fase crónica (periimplantitis periapical crónica o absceso periapical) (Tabla 1 y Figura 1).

Siguiendo el criterio de su evolución, el diagnóstico es clínico y radiográfico. Clínicamente, en la lesión periapical implantaria aguda (supurada y no supurada) aparece: dolor agudo en zona del implante afectado, ausencia de dolor a la percusión (sonido mate) e inflamación de la mucosa gingival de la zona vecina al periápice; En la lesión crónica o absceso periapical la sintomatología es sorda o escasa excepto en las fases de agudización, existe movilidad del implante, presencia de supuración y enrojecimiento gingival. Radiológicamente, en la lesión no supurada no hay alteraciones y en la fase supurada ya aparece una lesión radiotransparente periapical; en el absceso periapical existe radiotransparencia periapical implantaria con destrucción de hueso marginal.

PRONOSTICO

El pronóstico será favorable en los casos en los que el tratamiento sea inmediato (fase aguda) (6), pues con ello se evita la extracción del implante, se acorta el tiempo de espera, el coste y las molestias del paciente.

TRATAMIENTO

En la literatura se proponen varios tipos de tratamiento para la patología periapical implantaria: la extracción del implante y la cirugía periapical con o sin resección del ápice del implante. Para Reiser y Nevins y Oh y cols (6,11), las formas infectadas requieren una intervención quirúrgica, con eliminación del tejido infeccioso mediante la resección apical del implante o extracción del mismo, en función de la extensión de la lesión o del grado de movilidad que presente el implante. Sussman (5) opina que el implante debe ser extraído inmediatamente para prevenir la osteomielitis ya que el mantenimiento del mismo podría provocar una pérdida ósea irreversible. Scarano y cols (4) y Piattelli y cols.(2,3) también extraen el implante obteniendo el cese del dolor.

Otros autores (9,12,13) realizan el curetaje de la lesión con irrigación consiguiendo la resolución del proceso. Bretz y cols. (13), trataron con éxito un caso de lesión implantaria periapical, con cirugía periapical, legrado e irrigación con clorhexidina, colocando hueso desmineralizado y cubierto con una membrana de colágeno reabsorbible. Ayangco y Sheridan (9), realizaron la cirugía periapical e irrigación del implante; aplicando en la zona tetraciclina durante un minuto para la desinfección local. Señalan como alternativa al tratamiento, realizar el corte del ápice del implante en casos donde no este asegurada la completa remoción del tejido granular, y cuando nos encontremos en seno maxilar o cavidad nasal.

CONCLUSION

La patología periapical del implante la clasificamos según el momento evolutivo en lesión aguda (no supurada y supurada) y crónica o absceso periapical. Nosotros proponemos la cirugía periapical de los implantes en las lesiones no supuradas y supuradas y en los casos donde se involucra toda la superficie ósea en contacto con el implante o se pierda la fijación del implante primaria realizaremos la extracción del implante.

BIBLIOGRAFIA

1. Sussman HI, Moss SS. Localized osteomyelitis secondary to endodontic-implant pathosis. A case report. *J Periodontol* 1993;64:306-10.
2. Piattelli A, Scarano A, Balleri P, Favero GA. Clinical and histologic evaluation of an active "implant periapical lesion": a case report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1998;13:713-6.
3. Piattelli A, Scarano A, Piattelli M, Poda G. Implant periapical lesions: clinical, histologic, and histochemical aspects. A case report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1998;18:181-7.
4. Scarano A, Di Domizio P, Petrone G, Iezzi G, Piattelli A. Implant periapical lesion: a clinical and histologic case report. *J Oral Implantol* 2000;26:109-13.
5. Sussman HI. Periapical implant pathology. *J Oral Implantol* 1998;24:133-8.
6. Reiser GM, Nevins M. The implant periapical lesion: etiology, prevention and treatment. *Compend Contin Educ Dent* 1995;16:768-70.
7. Esposito M, Hirsch J, Lekholm U, Thomsen P. Differential diagnosis and treatment strategies for biologic complication and failing oral implant: a review of literature. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1999;14:473-90.
8. Chaffee NR, Lowden K, Tiffie JC, Cooper LF. Periapical abscess formation and resolution adjacent to dental implants: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2001;85:109-12.
9. Ayangco L, Sheridan PJ. Development and treatment of retrograde peri-implantitis involving a site with a history of failed endodontic procedures: a series of reports. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2001;16:412-7.
10. Brisman DL, Brisman AS, Moses MS. Implants failures associated with asymptomatic endodontically treated teeth. *J Am Dent Assoc* 2001;132:191-5.
11. Oh TJ, Yoon J, Wang HL. Management of the implant periapical lesion: a case report. *Implant Dent* 2003;12:41-6.
12. Rodríguez A, Rodríguez F. Proceso periapical implantológico. *Rev Esp Odontostomatológico de Implantes* 1995;3:159-62.
13. Bretz WA, Matuck AN, de Oliveira G, Moretti AJ, Bretz WA. Treatment of retrograde peri-implantitis: a clinical report. *Implant Dent* 1997;6:287-90.