

Mantenimiento de la higiene en pacientes con implantes

La boca es una de las principales vías de contacto de nuestro organismo con el exterior. Una boca sana influye en gran medida en el estado de salud general de las personas. Desde un punto de vista estético, una boca sana y en buen estado mejora la imagen personal (1).

Actualmente los dientes que se han perdido pueden reemplazarse por **implantes dentales**. De hecho en la práctica diaria de la clínica dental se ha detectado un alza en los últimos años en el número de implantes que se colocan. Uno de los factores clave para el éxito a largo plazo de los implantes dentales es el mantenimiento de los tejidos sanos a su alrededor (2), para evitar que el biofilm oral patogénico pueda afectarlos y que se produzca una inflamación. Para ello es importante poner en práctica un régimen preventivo eficaz. La prevención puede incluir técnicas de limpieza diaria de los implantes realizada por los pacientes y de limpieza regular realizada en la consulta odontológica (3).



Cualquier paciente adulto, cuya salud general no excluya los procedimientos de cirugía oral menor, puede ser candidato al tratamiento con implantes. La limitación se define por el grado de salud general y, sobre todo, por la capacidad funcional del paciente para realizar un correcto mantenimiento del tratamiento realizado, como la higiene oral (4).

Se ha demostrado una relación entre causa/efecto entre la acumulación de biofilm oral patógeno y el desarrollo de cambios inflamatorios en los tejidos blandos alrededor de los implantes dentales (2). La reacción inflamatoria reversible en los tejidos blandos que rodean a un implante funcional sin afectación del hueso de soporte del diente se conoce como mucositis periimplantaria (5, 6). Si ésta avanza, estaremos frente a una periimplantitis, definida como una reacción inflamatoria de los tejidos blandos y duros que rodean un implante funcional, lo que implica una reabsorción ósea que podría llegar a producir la pérdida del implante (7). En general, las recomendaciones de higiene bucal para los dientes y los implantes son similares y las puede aplicar uno mismo, un profesional o ambos (8-10).

a) Revisión de mantenimiento por un profesional (11)

Se debe acudir cada tres o cuatro meses a una revisión durante el primer año. Después de este año, la frecuencia dependerá de las necesidades del paciente, pero no tendría que pasar de 6 meses.

En esta cita con el odontólogo y el higienista se eliminará el biofilm oral acumulado, se pulirá la superficie protésica y se revisarán los tejidos alrededor de los implantes y el estado y funcionamiento de la prótesis.

En estas revisiones es muy importante el papel del odontólogo y del higienista en la promoción de la salud periimplantaria y en la instauración de una técnica adecuada de higiene que sea eficaz para la eliminación del biofilm oral.

b) Cumplimiento del paciente (11)

La actitud del paciente es fundamental para el control del biofilm mediante los actuales métodos de higiene oral mecánicos y químicos.

Hoy en día contamos con cepillos de última generación que penetran en el cuello implante-corona y eliminan el biofilm. Hay diferentes tipos de cepillos según la zona del implante a la que se quiera acceder: desde la cara palatina o sublingual (cepillo con el cuello angulado), surco gingival o periimplantario (cepillos sulculares, con cabezal estrecho y filamentos suaves distribuidos en dos hileras), rehabilitación protésica sobre implantes (cepillos monopenacho, con cabezal pequeño) y problemas mucogingivales (cepillos con filamentos extrasuaves).

El espacio interproximal se puede limpiar con los cepillos interproximales de forma cilíndrica o cónica, o bien con sedas y cintas dentales. Si se utiliza un enhebrador dental es más fácil acceder con las sedas y cintas debajo de las prótesis. También es muy útil en estos pacientes el uso de un irrigador bucal.

Como complemento a la desestructuración mecánica del biofilm oral se recomienda el enjuague con agentes antimicrobianos que ayudarán a mantener la salud de los tejidos periimplantarios.

El uso de moléculas como el Cloruro de Cetilpiridinio al 0,05%, permite su recomendación de uso diario para combatir la agresión latente de los biofilms, puesto que se ha demostrado que el Cloruro de Cetilpiridinio al 0,05% tiene efecto antiplaca (12). Por lo que podría considerarse su uso diario para asegurar el éxito en el mantenimiento de implantes a largo plazo.

El uso de coadyuvantes como la Clorhexidina al 0,12%, es eficaz en el control y reducción del biofilm oral causante de la mucositis periimplantaria (13) y periimplantitis (14).

Actualmente hay numerosas investigaciones científicas en la literatura que avalan a la Clorhexidina como el mejor agente antiséptico de uso tópico, aunque no todas las formulaciones con Clorhexidina aseguran la misma efectividad. Las formulaciones que incorporan Cloruro de Cetilpiridinio a la Clorhexidina, han demostrado obtener resultados mejores. La combinación de estos dos principios activos consigue el máximo control de la carga microbiana (15), responsable de las enfermedades periimplantarias.

Bibliografía:

1. Muñoz Sánchez MJ. Higiene bucodental. Pastas dentífricas y enjuagues bucales. Offarm. 2000;19:69-9.
2. Grusovin MG, Coulthard P, Worthington HV, George P, Esposito M. Interventions for replacing missing teeth: Maintaining and recovering soft tissue health around dental implants (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010;8: CD003069. DOI: 10.1002/14651858.CD003069.
3. Pontoriero R, Tonelli MP, Carnevale G, Mombelli A, Nyman SR, Lang NP. Experimentally induced peri-implant mucositis. A clinical study in humans. Clin Oral Implants Res. 1994;5:254-9.
4. Velasco Ortega E, Velasco Ponferrada C, Monsalve Guil L, Bullón Fernández P. Los implantes dentales no sumergidos en el paciente anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001;36:51-6.
5. Albrektsson TO, Johansson CB, Sennerby L. Biological aspects of implant dentistry: Osseointegration. Periodontol. 2000;4:58-73.

6. Lang NP, Wilson TG, Corbet EF. Biological complications with dental implants: Their prevention, diagnosis and treatment. *Clin Oral Implants Res.* 2000;11 (Suppl. 1):146-55.
7. Steenberge D, Klinge B, Linden U, Quirynen M, Reaman I, Garpland C. Periodontal indices around natural titanium abutments: A longitudinal multicenter study. *J Periodontol.* 1993;64:538-41.
8. Thomson-Neal D, Evans GH, Meffert RM. Effects of various prophylactic treatments on titanium, sapphire, and hydroxyapatite-coated implants: An SEM study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1989;9:300-11.
9. McCollum J, O'Neal RB, Brennan WA, Van Dyke TE, Horner JA. The effect of titanium implant abutment surface irregularities on plaque accumulation in vivo. *J Periodontol.* 1992;63:802-5.
10. Speelman JA, Collaert B, Klinge B. Evaluation of different methods to clean titanium abutments. A scanning electron microscopic study. *Clin Oral Implants Res.* 1992;3:120-7.
11. Dentaïd. La importancia del mantenimiento de implantes. 2012. Data on file.
12. García V, Rioboo M, Serrano J, O Connor A, Herrera D, Sanz M. Plaque inhibitory effect of a 0.05% cetyl-pyridinium chloride mouth-rinse in a 4-day non brushing model. *Int J Dent Hyg.* 2011 Nov;9(4):266-73.
13. Sánchez-Garcés MA, Gay-Escoda C. Periimplantitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004;9 Suppl:S63-74.
14. García V, López J. Interacciones farmacológicas en periimplantitis. *Journal of the American Dental Association.* 2010;5(1).
15. Herrera D, Roldán S, Santacruz I, Santos S, Masdevall M, Sanz M. Differences in antimicrobial activity of four commercial 0.12% chlorhexidine mouthrinse formulations: an in vitro contact test and salivary bacterial counts study. *J Clin Periodontol.* 2003 Apr;30(4):307-14.