

Caso complejo de sinusitis crónica consecuente a perimplantitis. Algoritmo de tratamiento basado en el entendimiento de la biología, fisiología y uso de biomateriales.

Dr. Antoine Petit-Breuilh G. CD. Lic Universidad de la Frontera.

Esp. Implantología y Periodoncia Universidad Mayor.

Dipl. Cirugía de Implantes, Universidad de Chile.

Dipl. Chirurgie Avancée en Implantologie, CFCC, Paris.

Esp. Biomateriales e Ingeniería Biomédica, DQBto, España.

Mag, en Educación Superior, Universidad Tecnológica de Chile

Expositor Internacional y docente en temas de cirugía de implantes y regeneración tisular con PRF.

INTRODUCCION:

La resolución de casos complejos de cirugía e implantología, especialmente en los casos en que no hay reportes publicados precisa de un profundo entendimiento de la biología, fisiología, anatomía de la zona a intervenir, además del conocimiento profundo de las propiedades de los biomateriales a utilizar.

Presentación del caso:

Mujer de 75 años de edad, con antecedente clínicos de HTA y artrosis.

Fumadora pesada de larga data. Consulta por molestias en implantes maxilares derechos los cuales tiene instalados hace más de 15 años.

Examen clínico:

Al llegar a la consulta observo lo siguiente: gran cantidad de tratamientos dentales, regular higiene, varios implantes rehabilitados hace varios años, exodoncias recientes de piezas 2.5/ 2.6 y 2.7 y PPR provisoria en esta zona.



Los implantes 1.4 y 1.5 rehabilitados con una PFP con pónico en Cantilever distal. Su mucosa perimplantaria muy inflamada, con sangrado al sondaje, supuración, ulceración, sacos perimplantarios de más de 15mm de profundidad (largo completo de la sonda North Carolina).

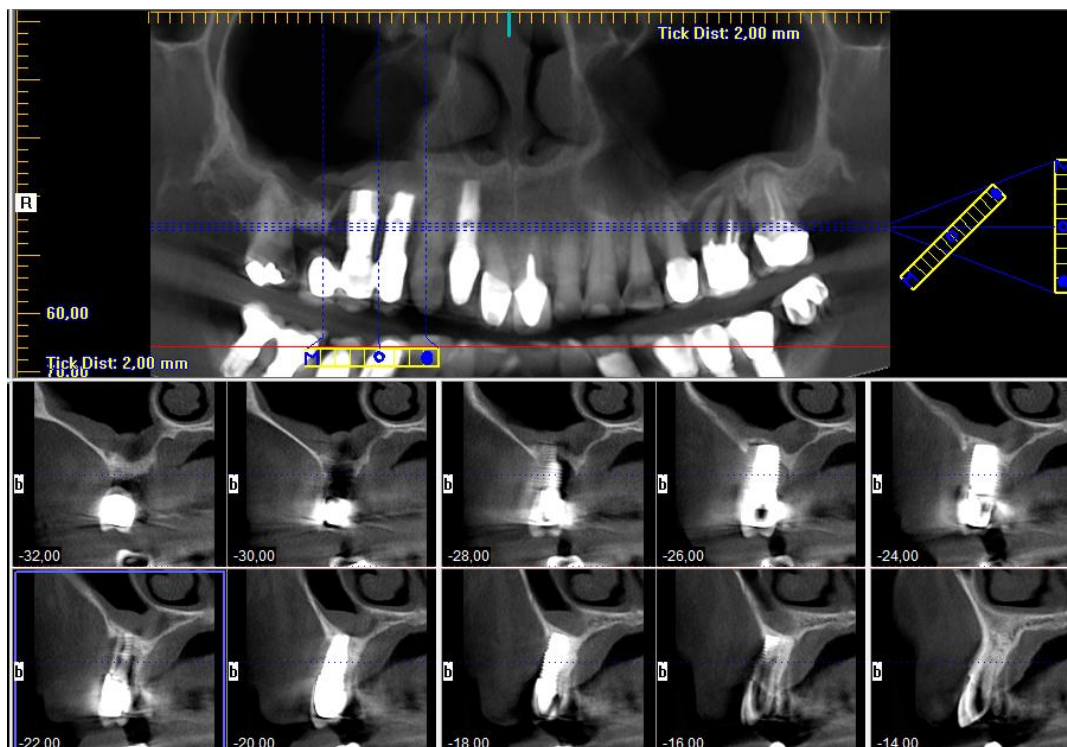
Estos síntomas me hacen sospechar de una fístula orosinusal (FOs), lo cual queda demostrado luego de la prueba de Valsalva positiva drenando pus y aire a través del tejido perimplantar



Exámenes:

TAC Cone Beam i-Cat Vision (Centro Begmax, Providencia): implantes de 1.4 y 1.5 cilíndricos de gran grosor (ya que son antiguos) y cercanos entre ellos.

Engrosamiento de la mucosa sinusal asociada al los implantes 1.4 y 1.5 pérdida de la cortical ósea apical a ambos implantes (piso de seno maxilar), dehiscencia ósea vestibular y gran reabsorción ósea perimplantar en todo el perímetro.



En este momento le explico a la paciente la importancia de dejar de fumar en forma definitiva para cualquier tipo de tratamiento, sin embargo, la paciente no acude a control. Sólo reaparece después de unos 5 meses, indicando que lleva 3 meses sin fumar, lo cual ha decidido dejar completamente.

Pronóstico para los implantes: MALO

Las posibles opciones de tratamiento y sus consecuencias:

1.- Desimplantación: la remoción de los implantes conlleva la pérdida ósea y del tejido perimplantar y provocando el aumento de la comunicación oro-sinusal, consecuencia bastante nefasta ya que tenemos un tejido blando y duro infectado, y que posiblemente no se cicatrizará correctamente, o peor, que pueda ampliar la FOs, además de conllevar una reconstrucción ósea posterior bastante dificultosa. Podría ser una opción, ya que es el tratamiento estándar en estos casos

2.- Tratamiento no quirúrgico: por consenso sabemos que los tratamientos de las perimplantitis son de resolución quirúrgica, especialmente en este caso que está complicada con la FOs. No es una buena opción.

3.- Cirugía de acceso maxilar y relleno óseo. Mayormente para intentar un tratamiento paliativo de los implantes, ya que su pronóstico es malo, con pocas probabilidades de mantenerlos a largo plazo. Optamos en conjunto a la paciente esta última opción.

Explico a la paciente que intentaremos solucionar su problema infeccioso, con un enfoque quirúrgico combinado de cirugía sinusal, aseo e injertos óseos perimplantares, aunque sea una posiblemente sólo una solución paliativa a la des-implantación convencional. Accede a realizarse la propuesta de tratamiento

TRATAMIENTO:

Pase quirúrgico dado por cardiológico luego de pedir batería completa de exámenes. El tratamiento se realizó en quirófano de cirugía menor, con sedación EV administrado por médico anestesiólogo. Premedicación con: Amoxicilina, Metronidazol, Meloxicam y Betametazona PO, colutorios de Oralgene.

Se siguieron todos los protocolos pre e intraoperatorios.

Descripción de la Cirugía:

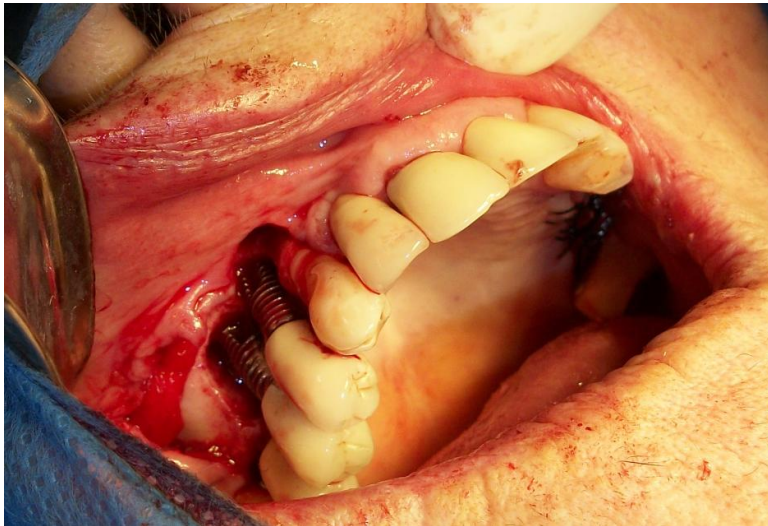
Anestesia infiltrativa periapical y troncular con técnica de Carrea.



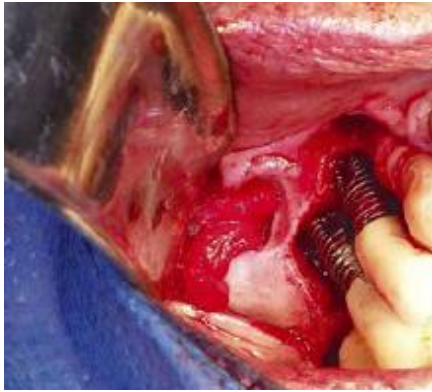
Se observa dehiscencias óseas vestibulares extensas, con presencia de gran cantidad de tejido granulatorio.

Aseo quirúrgico prolijo con Cureta American Eagle Titanium.





Acceso maxilar kit DASK (Dentium, Korea), decolado inusal y cierre de la perforación con membrana colágena de Collatape (Zimmer Dental, USA). Sólo usé la membrana sin injerto para disminuir posibilidad de infección y paso del relleno óseo al seno maxilar, pudiendo agravar la sinusitis.



Relleno de dehiscencia perimplantar con biocerámica de betafosfato tricálcico de fase pura y alta porosidad RTR (Septodont, France), y cobertura vestibular de Collatape (Zimmer USA)



Cierre del colgajo con sutura seda 4.0 con cierre primario.

Indicación de analgesia, antibioticoterapia y colutorio de clorhexidina (Oralgene, Maver Labs).



Evolución:

La paciente tolera bastante bien en el postoperatorio, sin complicaciones.

Retiro las suturas a los 10 días, sin dehiscencia de colgajo. Ausencia de supuración ni síntomas de patología sinusal. Después de 3 semanas, observo la consiguiente retracción cicatrizal gingival, y procedo a realizar alisado de las espiras de los implantes y a ampliar el espacio perimplantario supragingival, con fresa de diamante de alta velocidad, para mejorar el acceso para realizar la higiene oral con cepillos interproximales.

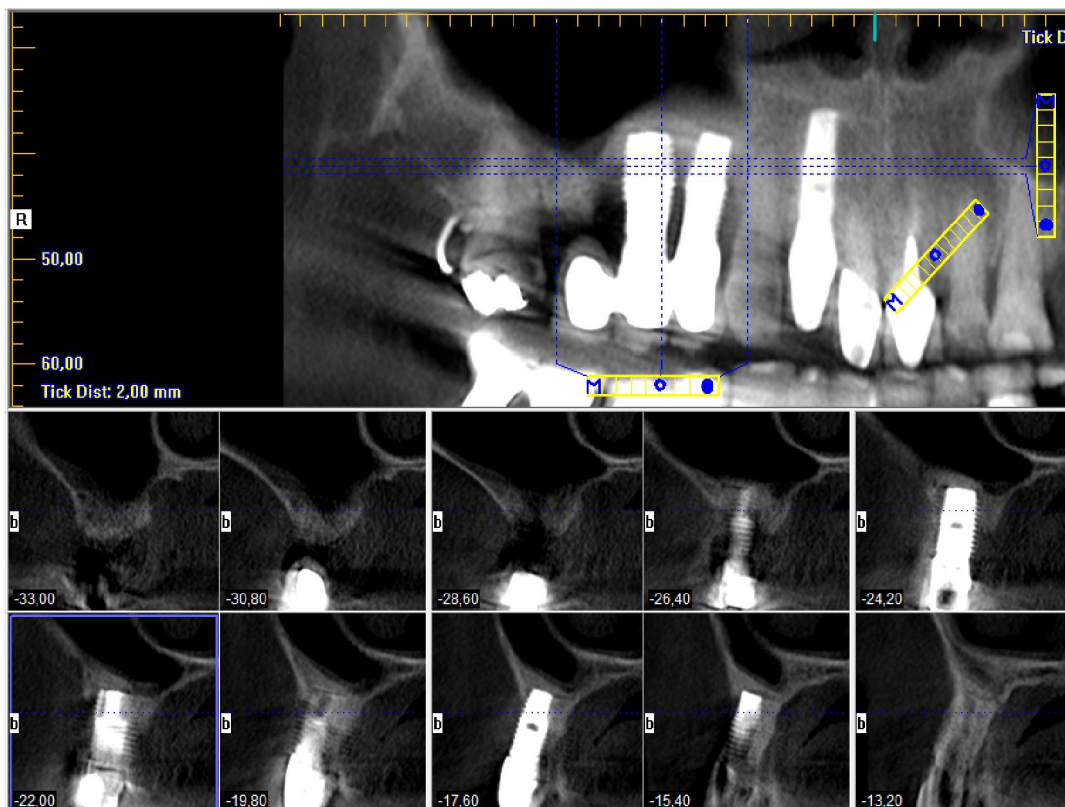




Controlé a la paciente cada mes hasta completar 10 meses postoperatorios.

Imágenes de control:

i-Cat Vision: se observa el cierre de la FOs, con formación ósea apical a los implantes, aún sin colocar relleno óseo en esa zona, y pequeña formación de hueso nuevo en vestibular de los implantes, con resolución de la patología inflamatoria sinusal.



Discusión y conclusiones:

A pesar de ser un caso bastante complejo, debido a las condiciones de infección del sitio quirúrgico, y la escasa o nula publicación de casos similares de perimplantitis combinadas con sinusitis, los beneficios del tratamiento superaron el pronóstico quirúrgico inicial, especialmente si se compara con la agresividad y posibles complicaciones de la alternativa de desimplantación convencional con trefina o forceps. Si analizamos el pronóstico a largo plazo de los implantes, puede ser dudoso debido al escaso remanente óseo perimplantar, sin embargo, si analizamos que la FOs se ha cerrado, se ha eliminado la sinusitis e incluso se ha formado hueso apical a los implantes. Esto es benéfico en caso de la posible pérdida de los implantes y facilitaría en gran medida las técnicas de reconstrucción ósea.

La ausencia de evidencia científica de casos clínicos similares, me obligó a innovar y arriesgarme en la realización de la cirugía dado los potenciales beneficios biológicos de mejorar las condiciones anatómicas y fisiológicas de la zona.

El relleno óseo vestibular que personalmente utilizo con mayor frecuencia es el beta-fosfato tricalcico de fase pura, RTR Septodont France, siguiendo la evidencia científica y las tendencias europeas, donde se usan casi exclusivamente aloplastos (sintéticos). Esto debido a la imposibilidad de infecciones cruzadas de estos sustitutos óseos, mínima reacción inflamatoria, propiedades ultraestructurales controladas (tamaños de macro y microporos controlados), con excelentes resultados clínicos, con gran cantidad de evidencia científica que apoya su uso y evitando la morbilidad del sitio quirúrgico de cosecha, en caso de usar autoinjertos. El tema de los injertos óseos lo discutiremos en otra presentación. Hago la salvedad que en este caso no usé PRF ya que aún no viajaba a Francia a aprender estas técnicas.

A pesar de ser un caso de alta complejidad y de posibles complicaciones difíciles de manejar, pude cumplir con mis objetivos terapéuticos iniciales: eliminar la infección perimplantar y sinusal, cerrar la FOs, y en este caso incluso formando hueso apical a los implantes y prolongar la vida de los implantes mejorando las condiciones biológicas y retomando niveles de salud perimplantar.