

RELATORES

Nagore Ambrosio & Honorato Ribeiro-Vidal, con David Herrera

AFILIACIÓN

Preparado por los residentes del programa de Postgrado de la Facultad de Odontología, Universidad Complutense, Madrid

estudio

Implantes dentales cortos (6 mm) frente a implantes dentales largos (de 11 a 15 mm) en combinación con procedimientos de elevación del suelo sinusal: resultados a los tres años de un ensayo clínico multicéntrico, aleatorio y controlado

Pierpaolo Cortellini, Jacopo Buti, Giovanpaolo Pini Prato,
Maurizio S. Tonetti
J Clin Periodontol 2017; 44: 58-66.

*Resumido del artículo original con el amable permiso de Wiley Online Library.
Copyright © 1999-2017 John Wiley & Sons, Inc. Todos los derechos reservados.
JCP Digest 04 está publicado en castellano por la EFP en febrero de 2018.*

ANTECEDENTES

Los implantes cortos se utilizan con frecuencia en el maxilar posterior para evitar procedimientos quirúrgicos complementarios. Mientras que algunos autores han descrito una tasa de éxito similar con implantes cortos como con aquellos con una longitud de 10 mm o más, otros han descrito una tasa de fracaso incrementada después de cinco años con implantes de 6 mm en comparación con aquellos con una longitud más larga.

OBJETIVOS

Este ensayo clínico aleatorio (ECA) multicéntrico y de tres años buscó comparar la tasa de supervivencia de los implantes cortos frente a la de los implantes más largos colocados simultáneamente con aumento del seno maxilar mediante ventana lateral.

MÉTODOS

En este estudio han participado 101 pacientes con edentulismo parcial que necesitaban reemplazar sus dientes posteriores perdidos. Estos pacientes tenían una altura ósea residual de 5 a 7 mm y fueron asignados aleatoriamente a: grupo corto (GS), en el que recibieron implantes de 6 mm de longitud con 4 mm de diámetro, o grupo de injerto (GG), en el que recibieron implantes más largos (de 11 mm, 13 mm o 15 mm, siempre con 4 mm de diámetro) en combinación con un aumento simultáneo del seno maxilar mediante ventana lateral. Se dejaron los implantes para la cicatrización transmucosa y, seis meses después, los implantes recibieron las coronas finales. Las radiografías periapicales se tomaron en el momento de la colocación del implante, en la restauración protésica y luego anualmente hasta tres años. El resultado primario fue la tasa de supervivencia de los implantes, mientras que las variables de resultado secundarias incluyeron la profundidad de sondaje (PPD), el sangrado al sondeo (BoP), los cambios en el nivel óseo marginal (MBL), el registro de control de placas (PCR) y los eventos adversos.

resultados

- Se reevaluaron 94 pacientes y 129 implantes en la cita de seguimiento tras los tres años (FU-3).
- La tasa de supervivencia acumulada de implantes (CSR) fue la misma, el 100% en ambos grupos.
- En FU-3, la PPD media para el grupo corto (GS) de $2,8 \pm 0,9$ mm fue inferior en comparación con el grupo de injerto (GG), $3,0 \pm 0,76$ mm ($p = 0,035$).
- El PCR y el BoP registrados en FU-3 fueron similares entre los grupos.
- El MBL en FU-3 fue de 0,44 mm para GS y de 0,45 mm para GG ($p > 0,05$). Cuando se comparó el registro de la colocación del implante con el tomado en la FU-3, el MBL mostró una pérdida ósea estadísticamente significativa tanto para el GS ($-0,44 \pm 0,56$ mm) como para el GG ($-0,43 \pm 0,58$ mm). Y comparando el registro tomado en el momento de la reconstrucción protésica final (PR) con el de la FU-3, el MBL mostró una pérdida estadísticamente significativa solo para GG ($0,25 \pm 0,58$ mm), pero no para GS ($-0,1 \pm 0,54$ mm).
- No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los eventos adversos entre los grupos ($p = 0,654$).



LIMITACIONES

- Tras los abandonos, el 21% de todos los pacientes eran fumadores, pero su porcentaje relativo era diferente en cada grupo (16% en GS, 26% en GG). Estos datos pueden explicar un mayor MBL en el grupo de injerto (GG). Lo mismo se aplica para los exfumadores, que constituyeron el 25% de todos los pacientes (20% en GS, 29% en GG).
- Los implantes utilizados fueron OseeoSpeed de Astra Tech Implant System, con superficies de titanio moderadamente rugosas, así que cualquier comparación con otras superficies de implantes puede estar sesgada.
- En el estudio se utilizó un solo diámetro (4 mm), lo que limita las conclusiones en crestas estrechas.
- El período de seguimiento (tres años) es corto en términos de terapia con implantes y no permite establecer conclusiones sobre los resultados del tratamiento a largo plazo.



CONCLUSIONES

- El estudio presenta una tasa de supervivencia del implante del 100% para ambos grupos investigados. Estos datos son consistentes con las tasas de supervivencia de 97-100% descritas tras períodos de observación promedio de ocho a 18 meses, y significativamente mejores que las tasas de 80-90% descritas para los implantes ≤ 7 mm en una revisión sistemática reciente (Karthikeyan et al., 2012).
- A diferencia de otros estudios, las pérdidas de implantes cortos descritas ocurrieron sobre todo durante la cicatrización, antes de la carga protésica; no se observaron pérdidas de implantes ni en GS ni en GG. Esto puede explicarse por la estricta selección de pacientes y la experiencia clínica.
- En la cita de seguimiento tras los tres años, hubo una tasa de abandonos del 6% (8% en GS, 4% en GG), que es comparable a la de otros ECA.
- Para el maxilar posterior atrófico con una altura residual de la cresta de 5 a 7 mm, una opción de tratamiento posible es instalar implantes cortos (6 mm) en lugar de utilizar implantes más largos con aumento simultáneo del seno maxilar superior.



IMPACTO

- En casos de altura ósea residual de 5 a 7 mm, el uso de implantes cortos (6 mm) podría ser una buena solución alternativa al aumento del seno maxilar con la colocación posterior de implantes más largos.
- Las ventajas de utilizar implantes cortos en estos casos son numerosas e incluyen un tratamiento más rápido, sencillo y económico que se asocia con menor morbilidad.
- Los implantes cortos pueden ser una solución para pacientes con patologías de los senos paranasales, donde sería difícil realizar un aumento del seno maxilar mediante ventana lateral.



ENLACE AL ARTÍCULO ORIGINAL EN JCP:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12638/full>

Acceso a través de la página web para miembros de la EFP: <http://www.efp.org/members/jcp.php>