Revista Andaluza de

Cirugía Bucal

Año 2026 / Nº 35



- REEMPLAZO DE IMPLANTES CON PERIIMPLANTITIS MEDIANTE EXTRACCIÓN ATRAUMÁTICA Y COLOCACIÓN DE IMPLANTES CORTOS Y ESTRECHOS SIN REGENERACIÓN ÓSEA
- FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO
- QUISTECTOMÍA Y CIRUGÍA PERIAPICAL EN EL QUINTO SEXTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Asociación
Andaluza
de Cirugía Bucal

Revista Andaluza de
Cirugía Bucal

DIRECTORES:

José Luis Gutiérrez Pérez
Daniel Torres Lagares

EDITORES:

Aida Gutiérrez Corrales
Ignacio Fernández Asián

COMITÉ EDITORIAL:

Rogelio Álvarez Marín
Iñigo Fernández - Figares Conde
Mª Ángeles Serrera Figallo

Editada en Sevilla, por la Unidad de Docencia,
Investigación y Transferencia en Cirugía Bucal de Sevilla (UDIT-CBS).
Maquetación y diseño: OnNet Center SL
ISSN: 2530 - 4135

Sumario

• Editorial 4-5

• Reemplazo de implantes con periimplantitis mediante extracción atraumática y colocación de implantes cortos y estrechos sin regeneración ósea 7-18

• Frenectomía labial superior: A propósito de un caso 20-25

• Quistectomía y cirugía periapical en el quinto sextante: A propósito de un caso 26-35

• Noticias /CURSOS 37-38

• Normas de publicación 39-40

• Patrocinadores AACIB 41



Editorial

Málaga 2026: recordar que la cirugía bucal es mucho más

Cuando estas páginas lleguen a nuestros lectores, estaremos a las puertas de una nueva cita de la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal. Málaga acogerá los días 25 y 26 de septiembre de 2026 nuestro VIII Congreso AACIB, con su jornada científica principal en un escenario tan singular como el Centre Pompidou Málaga. Será, una vez más, una magnífica ocasión para encontrarnos, aprender y compartir aquello que constituye la razón de ser de nuestra Asociación: la Cirugía Bucal.

Cada congreso tiene su personalidad. Y creo que el de Málaga posee una especialmente oportuna. En los últimos años hemos asistido a un extraordinario desarrollo de la implantología, la regeneración ósea y la cirugía digital. Todos hemos contribuido, de una u otra forma, a ese desarrollo y todos nos hemos beneficiado de él. Pero existe el riesgo de terminar identificando la cirugía bucal exclusivamente con el implante y con todo aquello que lo rodea.

Y la cirugía bucal es mucho más.

Por eso resulta especialmente acertado que el programa preparado por el Comité Organizador, presidido por el Dr. Francisco Javier Herrera Briones, recupere cuestiones que pertenecen al núcleo de nuestra disciplina: la biología aplicada a la cirugía, el uso racional de los antibióticos y el problema creciente de las resistencias bacterianas, la cirugía periapical, los traumatismos dentales, la osteonecrosis relacionada con medicamentos, el diagnóstico y tratamiento de las lesiones de la cavidad oral o la toma de decisiones ante una biopsia. Son materias quizás menos espectaculares en las redes sociales, pero absolutamente esenciales para ejercer una cirugía bucal rigurosa y segura.
Un cirujano bucal no se define solo por su capacidad para colocar un implante o realizar una regeneración compleja. Se define también por saber diagnosticar, establecer correctamente una indicación, reconocer una lesión potencialmente maligna, tratar una infección, preservar un diente cuando sea posible, evitar una complicación y saber cuándo una intervención determinada no debe realizarse.

Ese concepto integral de nuestra disciplina es el que debemos transmitir también a las nuevas generaciones. Necesitamos jóvenes profesionales técnicamente excelentes, pero también profesionales formados en patología, farmacología, diagnóstico, medicina oral, investigación y pensamiento crítico. La tecnología debe ampliar nuestra capacidad clínica, nunca sustituir nuestro conocimiento.

Los congresos tienen además otra función difícilmente sustituible. La ciencia avanza en las publicaciones, pero las comunidades científicas también se construyen alrededor de una mesa, durante un café o en una conversación entre compañeros. AACIB nació precisamente para generar esa comunidad andaluza en torno a la Cirugía Bucal y conectar a profesionales de nuestras ocho provincias con inquietudes comunes. Málaga será una nueva oportunidad para reforzar esos vínculos.

Habrá también espacio para las comunicaciones y los pósteres y me gustaría hacer una llamada especial a nuestros compañeros más jóvenes. Una sociedad científica permanece viva cuando sus miembros no se limitan a escuchar, sino que presentan sus casos, someten sus resultados a discusión y convierten su actividad clínica en conocimiento compartido.

Málaga nos ofrece este año ciencia, convivencia y una reivindicación implícita de nuestra identidad profesional.

Disfrutémosla.

Y, sobre todo, recordemos durante estos días algo que no deberíamos olvidar durante el resto del año: somos cirujanos bucales y la cirugía bucal sigue siendo una disciplina extraordinariamente extensa, exigente y apasionante.

Daniel Torres Lagares

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

bti
Human Technology

GAMA DE IMPLANTES

BTI CORE®



UN **SISTEMA ÚNICO** QUE SOLUCIONA LA MAYORÍA DE TUS TRATAMIENTOS IMPLANTOLÓGICOS

- Implantes cónicos con una única plataforma protésica (Ø3,5 mm).
- Indicada para la mayoría de las situaciones clínicas.
- Emergencia estrecha para espacios interdentales limitados.
- Reducción de plataforma para una mejora de los tejidos blandos.
- Superficie UnicCa® que induce la formación de hueso y minimiza la adhesión bacteriana.

DESCUBRE TODAS LAS VENTAJAS

TRUSTED QUALITY 2017 · 2026
CLEAN IMPLANT
BTI Biotechnology UnicCa
LONG-TERM PROVEN EXCELLENCE

Simplicidad y rentabilidad

BTI BiotechnologyInstitute | Tel:(+34)945140024 | bti-biotechnologyinstitute.es

Artículo

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

REEMPLAZO DE IMPLANTES CON PERIIMPLANTITIS MEDIANTE EXTRACCIÓN ATRAUMÁTICA Y COLOCACIÓN DE IMPLANTES CORTOS Y ESTRECHOS SIN REGENERACIÓN ÓSEA

Eduardo Anitua DDS, MD, PhD [1,2,3]

[1] Private practice in oral implantology, Eduardo Anitua Institute, Vitoria, Spain.
[2] Clinical researcher, Eduardo Anitua Foundation, Vitoria, Spain.
[3] University Institute for Regenerative Medicine and Oral Implantology -UIRMI (UPV/EHU-Fundación Eduardo Anitua), Vitoria, Spain.

INTRODUCCIÓN

Los implantes dentales constituyen en la actualidad una opción terapéutica de uso rutinario ampliamente extendida en la práctica clínica diaria[1-4]. Tanto los pacientes como los profesionales recurren cada vez con mayor frecuencia a este tipo de tratamiento para la resolución de casos de edentulismo, debido a las ventajas que ofrecen en términos de función y estética en comparación con otras alternativas, como las prótesis removibles[5-8]. Paralelamente, el desarrollo tecnológico ha permitido una creciente versatilidad en cuanto a morfología, longitud, diámetro y diseño de plataforma de los implantes, lo que facilita la resolución de situaciones clínicas complejas, incluyendo casos con atrofia ósea tanto vertical como horizontal[9-14]. Sin embargo, el incremento en su utilización y el paso del tiempo han llevado a la aparición de complicaciones asociadas, de forma similar a lo observado en otros tratamientos odontológicos. Entre ellas, la periimplantitis representa una de las principales causas de fracaso tardío de los implantes[15-19].

La etiología de las enfermedades periimplantarias es multifactorial, en la que la colonización bacteriana desempeña un papel central, aunque no exclusivo. A este proceso se asocian otros factores como la sobrecarga oclusal, la baja calidad ósea, un diseño protésico inadecuado, las características de la superficie implantaria, el sellado de los tejidos blandos periimplantarios o la presencia de parafunciones[20-23].

A pesar de la amplia variedad de tratamientos descritos para la periimplantitis, fundamentalmente basados en técnicas resectivas y regenerativas orientadas a la conservación del implante, existe un punto a partir del cual la progresión de la enfermedad hace inviable su mantenimiento, siendo necesaria la explantación y el retratamiento del caso[24-31]. En estas situaciones, la posibilidad de revertir la osteointegración de forma controlada resulta clave, ya que permite la retirada del implante minimizando el daño sobre el lecho óseo y facilita, en muchos casos, la colocación de un nuevo implante en el mismo acto quirúrgico, incluso con carga inmediata, tal y como se ha descrito en trabajos previos mediante técnicas específicas de explantación atraumática[32-36].

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

No obstante, incluso en estos escenarios, el lecho óseo suele encontrarse comprometido como consecuencia de la pérdida ósea asociada a la periimplantitis, configurando un entorno complejo para el retratamiento. En este sentido, la disponibilidad de implantes cortos y de diámetro reducido, junto con el empleo de protocolos de carga progresiva y prótesis transicionales, permite abordar estas situaciones de forma predecible, facilitando la transición hacia una nueva rehabilitación funcional y estable, como se ilustra en el caso clínico que se presenta a continuación.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 58 años que acude a consulta por dolor y supuración en una rehabilitación implantosoportada superior e inferior. Asimismo, solicita la reposición del tramo edéntulo correspondiente al segundo cuadrante mediante implantes dentales. En la exploración clínica inicial se observaron dientes remanentes anterosuperiores con gingivitis marcada, restauraciones extensas de resina compuesta y signos de pérdida de inserción en los implantes del primer cuadrante (figuras 1–4).



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

Figuras 1-4. Imágenes iniciales del caso, donde observamos la gingivitis de la paciente en sus dientes remanentes y las restauraciones de resina. En las imágenes laterales se hace evidente la pérdida ósea de los implantes del primer cuadrante y observamos el defecto del segundo.

Podemos ver además en la imagen lateral, como el defecto a rehabilitar del segundo cuadrante presenta un gran espacio oclusal, lo que nos hace pensar en una atrofia moderada-severa en sentido vertical, antes de visualizar las pruebas de imagen.

EEn la OPG inicial vemos la periimplantitis de los implantes del primer cuadrante (avanzada) y los implantes de la mandíbula que varios de ellos presentan inclinaciones de más de 45º con pérdidas óseas asociadas también (figura 5).

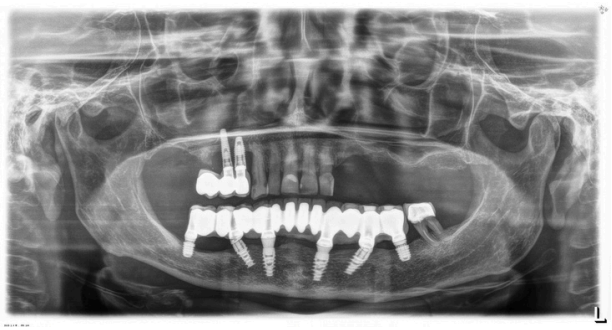


Figura 5. Radiografía inicial del caso donde se pone de manifiesto la perimplantitis de los implantes del primer cuadrante, la inclinación de varios de los implantes mandibulares y la atrofia marcada del segundo cuadrante.

En el segundo cuadrante se puede ver además una marcada atrofia ya en este tipo de radiografía, que debe confirmarse posteriormente en el cone-beam de planificación. Al desmontar la prótesis inferior, se hace evidente además la falta de sellado entre esta y los elementos intermedios que se encuentran cubiertos por placa bacteriana, lo que indica filtraciones constantes (figuras 6 y 7).



Figura 6



Figura 7

Figuras 6 y 7. Aspecto de los transepiteliales inferiores y la prótesis al desatornilarla con gran acumulación de placa bacteriana en las zonas de asiento de la misma, lo que nos indica un mal ajuste a este nivel.

Al realizar el estudio mediante cone-beam para el diagnóstico y la planificación, se observa, al igual que en el primer cuadrante, que a pesar de la pérdida ósea avanzada asociada a los implantes, persiste un volumen óseo remanente suficiente que permite la colocación de dos implantes cortos y estrechos: uno en la zona correspondiente a la explantación del implante en posición 15 y otro en posición distal a este (figuras 8 y 9).

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

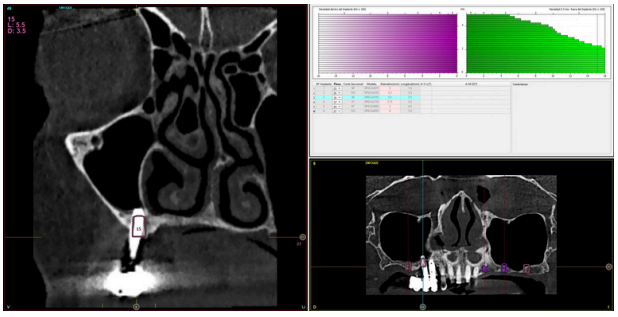


Figura 8

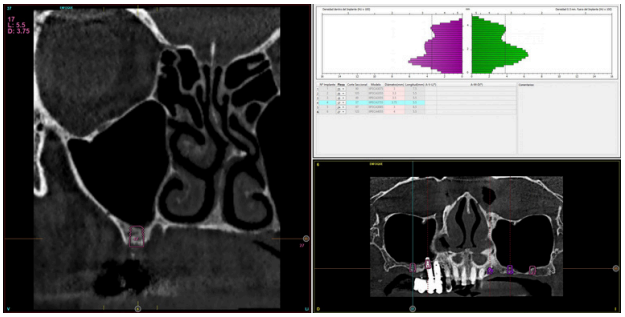


Figura 9

Figuras 8 y 9. Zona de explantación y colocación de implante inmediato en el mismo lecho así como el implante que se colocará en posición de 16, ambos cortos y estrechos.

Ambos implantes se colocarán mediante inserción directa, sin necesidad de técnicas regenerativas previas, lo que contribuye a reducir la morbilidad del paciente y a acelerar la rehabilitación protésica.

En el segundo cuadrante se confirma la presencia de una atrofia ósea vertical severa. En este caso, se planifica la colocación de implantes cortos y estrechos asociada a una ligera elevación transcrestal, utilizando hueso autólogo obtenido durante el fresado y combinado con PRGF-Endoret (figuras 10–13).

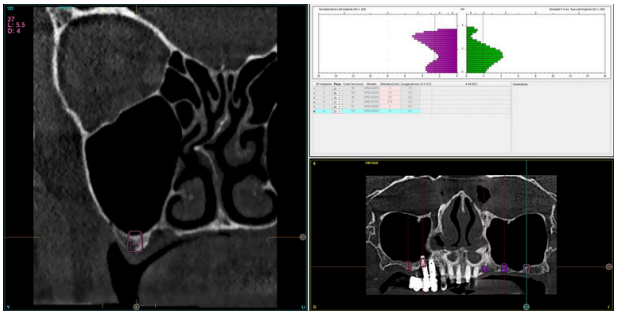


Figura 10

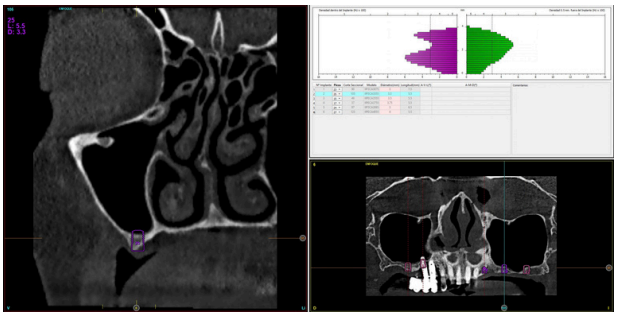


Figura 11

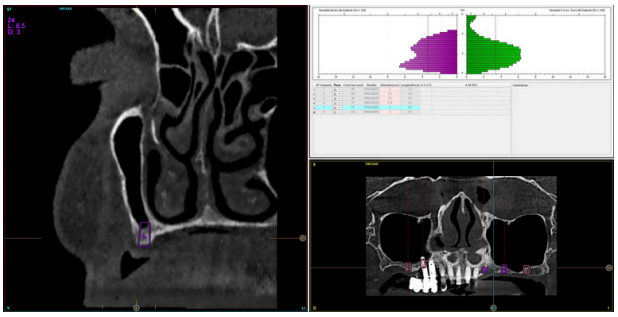


Figura 12

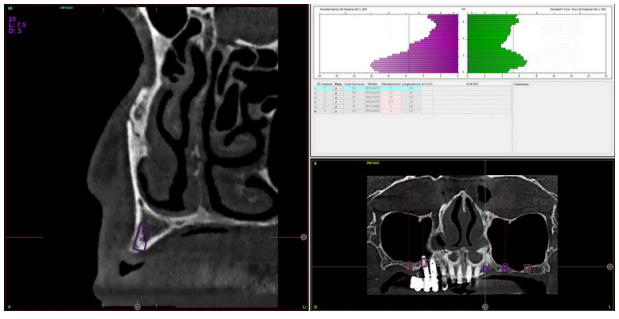


Figura 13

Figuras 10-13. Imágenes de los cone beam de control donde se pueden observar los implantes planificados en el segundo cuadrante. Todos elos se colocarán también sin regeneración previa, a pesar de la atrofia mixta severa que presenta la zona.

Se decide también en la misma cirugía la explantación atraumática de los dos implantes inferiores inclinados y la regeneración del lecho post-explantación con PRGF-Endoret. Los cuatro implantes restantes se conservan realizándose una prótesis transicional atornillada sobre transepitelial compatible terminada en resina con estructura de barras articuladas. Los implantes del maxilar superior se cargan de forma inmediata con una prótesis de las mismas características que la inferior (figura 14).

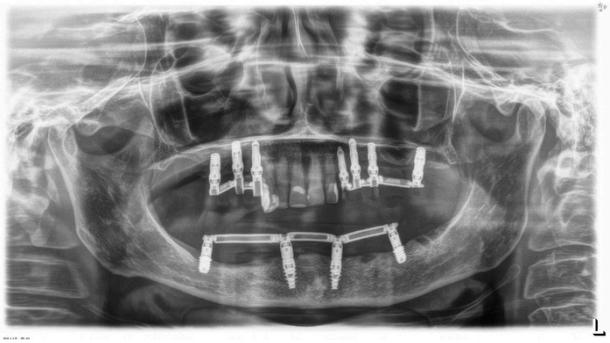


Figura 14. Carga inmediata de los implantes superiores y prótesis provisional transicional inferior.

Seis semanas después de las explantaciones, el estudio cone-beam de planificación evidencia una completa regeneración del lecho óseo, lo que permite la colocación directa de los implantes (figuras 15 y 16).

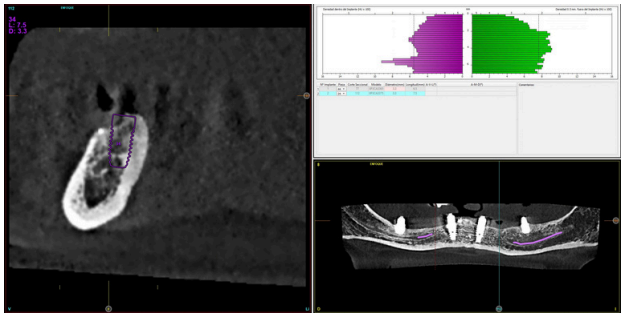


Figura 15

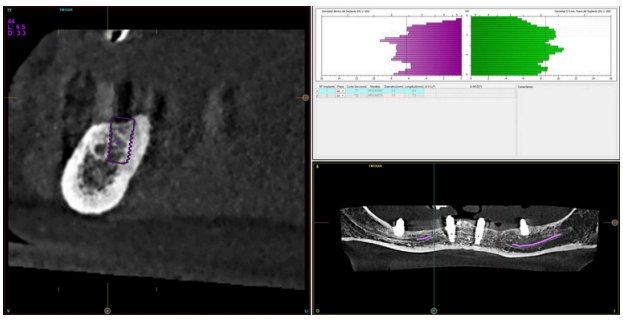


Figura 16

Figuras 15 y 16. Planificación de los implantes inferiores una vez regenerados los defectos de las explantaciones de los implantes inclinados que se encontraban colocados de inicio.

No obstante, se opta por la colocación de implantes estrechos (3,3 mm, con plataforma de 3 mm) y de longitud reducida. Esta elección permite un abordaje más conservador del hueso remanente y evita la invasión de estructuras anatómicas críticas, como la salida del canal dentario. Además, la inserción en una posición más lingual posibilita una correcta orientación tridimensional, evitando la inclinación que presentaban los implantes iniciales. Una vez colocados los implantes se cargan y se integran de forma sencilla en la prótesis inicial (figura 17).

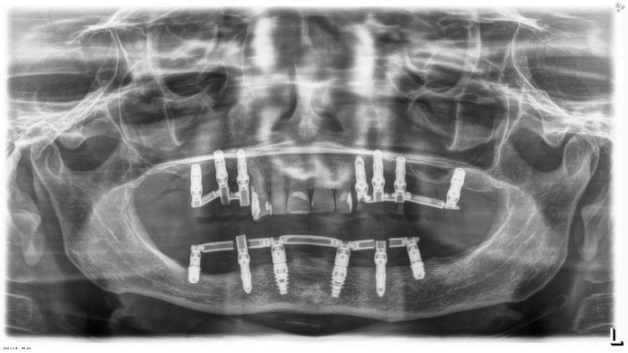


Figura 17. Implantes inferiores colocados, cargados integrados en la prótesis de carga progresiva inicial de forma sencila. Este tipo de prótesis con la estructura de barras articuladas nos permite estas modificaciones, por lo que es perfecta para casos en los que se cargan implantes en distintos momentos temporales.

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

Seis meses después, se procede a la toma de impresiones para la carga definitiva. Las prótesis finales se confeccionan en metal-cerámica en el arco superior, atornilladas mediante transepiteliales. En la mandíbula, se realiza una prótesis de resina sobre barra fresada mediante CAD-CAM, dividida en tres segmentos y también atornillada mediante transepiteliales. En el momento de la toma de medidas superior e inferior, se puede observar el excelente estado de los tejidos blandos peri-implantarios (figuras 18-19).



Figura 18



Figura 19

Figuras 18-19. Momento de la toma de medidas para la prótesis definitiva. Vemos el excelente estado de los tejidos blandos entorno a los transepiteliales. Estos transepiteliales son los mismos de la carga inicial, conservándose el hermetismo implante-prótesis en todo momento.

Se realizan además unas carillas de cerámica en el frente antero-superior que integran perfectamente desde el punto de vista estético los dientes remanentes con la rehabilitación final (figuras 20-21).



Figura 20



Figura 21

Figuras 20-21. Imagen inicial del caso y final con toda la rehabilitación finalizada, incluidas las carilas de los dientes antero-superiores.

Tras dos años de la carga los implantes se mantienen estables, sin pérdidas óseas, tal como refleja la radiografía de seguimiento en este momento (figuras 22-23).



Figura 22

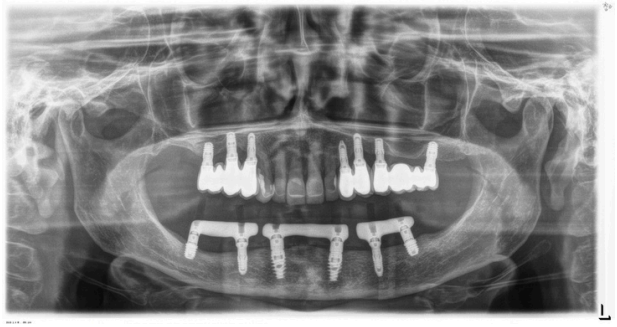


Figura 23

Figuras 22-23. Radiografía final a los dos años de seguimiento con la estabilidad total del tratamiento, comparada con la radiografía inicial. Como podemos apreciar, se ha realizado un cambio completo tanto del concepto de la rehabilitación como de los implantes empleados, con un procedimiento mínimamente invasivo.

DISCUSIÓN

El abordaje del fracaso de implantes dentales, tanto por periimplantitis como por otros eventos mecánicos o de malposición mediante explantación y reimplantación en el mismo lecho plantea un reto clínico relevante, especialmente cuando existe una pérdida ósea significativa asociada a periimplantitis[34,37,38].

En este tipo de situaciones, la preservación del hueso remanente se convierte en un factor determinante para el éxito del retratamiento[39-43].

Las técnicas de explantación mediante contra-torque han demostrado ser capaces de retirar implantes osteointegrados sin perder volumen óseo remanente, lo que permite mantener condiciones favorables para una nueva inserción inmediata[44,45].

Los resultados del presente caso concuerdan con estudios previos que indican que la reimplantación en sitios previamente ocupados por implantes fracasados puede alcanzar tasas de supervivencia comparables a las de implantes colocados en lechos primarios, siempre que se logre una adecuada estabilidad primaria. En contraste, investigaciones más antiguas reportaban tasas significativamente inferiores, en torno al 70%, cuando la explantación implicaba la eliminación adicional de hueso mediante fresado[46], lo que refuerza la importancia del enfoque mínimamente invasivo.

El uso de implantes cortos y estrechos posteriormente en este tipo de situaciones es una excelente alternativa poco invasiva que nos permite el re-tratamiento eficaz, sin recurrir a procedimientos con mayor morbilidad[37,47-49]. Otro aspecto clave es la correcta planificación tridimensional del implante de que se coloca tras la explantación. La modificación de la posición y angulación respecto al implante previo, como se observa en este caso, contribuye a optimizar la distribución de cargas y a mejorar el pronóstico biomecánico, factores estrechamente relacionados con la estabilidad a largo plazo[50-53].

Asimismo, la estabilidad de los tejidos blandos periimplantarios observada durante el seguimiento sugiere que la preservación del lecho óseo, junto con un adecuado manejo protésico y del sellado implante-pilar, desempeña un papel relevante en la prevención de recidivas de periimplantitis, en línea con lo descrito en la literatura sobre enfermedades periimplantarias[54-57].

En conjunto, este caso respalda la viabilidad de un enfoque conservador basado en la explantación atraumática y la colocación inmediata de implantes cortos y estrechos sin regeneración ósea previa, así como de la transformación de rehabilitaciones sobre implantes hacia otras más predecibles desde el punto de vista de la biomecánica.

CONCLUSIONES

El manejo clínico descrito evidencia que, incluso en escenarios complejos con compromiso óseo significativo, es posible restablecer una rehabilitación funcional y estable mediante estrategias quirúrgicas y protésicas orientadas a la simplificación y al control biomecánico. La combinación de técnicas conservadoras y una planificación precisa permite optimizar los resultados clínicos, reduciendo la invasividad del tratamiento y favoreciendo la estabilidad a medio plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1.Hong DGK, Oh J-H. Recent advances in dental implants. Maxillofac Plast Reconstr Surg. 2017;39: 33. doi:10.1186/s40902-017-0132-2

2. Schmid E, Morandini M, Roccuzzo A, Ramseier CA, Sculean A, Salvi GE. Clinical and radiographic outcomes of implant-supported fixed dental prostheses with cantilever extension. A retrospective cohort study with a follow-up of at least 10 years. Clin Oral Implants Res. 2020;31: 1243–1252. doi:10.1111/CLR.13672

3. Gaviria L, Salcido JP, Guda T, Ong JL. Current trends in dental implants. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2014;40: 50–60. doi:10.5125/jkaoms.2014.40.2.50

4. Esposito M, Ardebili Y, Worthington H V. Interventions for replacing missing teeth: Different types of dental implants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;2014. doi:10.1002/14651858.CD003815.pub4

5. Turkyilmaz I, Company AM, McGlumphy EA. Should edentulous patients be constrained to removable complete dentures? the use of dental implants to improve the quality of life for edentulous patients. Gerodontology. 2010;27: 3–10. doi:10.1111/j.1741-2358.2009.00294.x

6. Wolfart S, Wolf K, Brunzel S, Wolfart M, Caliebe A, Kern M. Implant placement under existing removable dental prostheses and its effect on masticatory performance. Clin Oral Investig. 2016;20: 2447–2455. doi:10.1007/S00784-016-1746-Y

7. Yao CJ, Cao C, Bornstein MM, Mattheos N. Patient-reported outcome measures of edentulous patients restored with implant-supported removable and fixed prostheses: A systematic review. Clin Oral Implants Res. 2018;29: 241–254. doi:10.1111/clr.13286

8. Gonçalves TMSV, Campos CH, Rodrigues Garcia RCM. Implant retention and support for distal extension partial removable dental prostheses: Satisfaction outcomes. Journal of Prosthetic Dentistry. 2014;112: 334–339. doi:10.1016/j.prosdent.2013.11.004

9. Al-Johany SS, Al Amri MD, Alsaeed S, Alalola B. Dental Implant Length and Diameter: A Proposed Classification Scheme. Journal of Prosthodontics. 2017;26: 252–260. doi:10.1111/jopr.12517

10. Fugazzotto PA. Shorter implants in clinical practice: rationale and treatment results. Int J Oral Maxillofac Implants. 23: 487–96.Available: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18700373

11. Graziani F. Short implants: a systematic review. J Clin Periodontol. 2018;45: 20–30.

12. Nisand D, Renouard F. Short implant in limited bone volume. Periodontol 2000. 2014;66: 72–96. doi:10.1111/prd.12053

13. Schiegnitz E, Al-Nawas B. Narrow-diameter implants: A systematic review and meta-analysis. Clin Oral Implants Res. 2018;29: 21–40. doi:10.1111/CLR.13272

14. Storelli S, Caputo A, Palandrani G, Peditto M, Del Fabbro M, Romeo E, et al. Use of Narrow-Diameter Implants in Completely Edentulous Patients as a Prosthetic Option: A Systematic Review of the Literature. Biomed Res Int. 2021;2021. doi:10.1155/2021/5571793

15. Diaz P, Gonzalo E, Villagra LJG, Miegimolle B, Suarez MJ. What is the prevalence of peri-implantitis? A systematic review and meta-analysis. BMC Oral Health. 2022;22: 449-. doi:10.1186/S12903-022-02493-8/FIGURES/2

16. Renvert S, Persson GR, Pirih FQ, Camargo PM. Peri-implant health, peri-implant mucositis, and peri-implantitis: Case definitions and diagnostic considerations. J Periodontol. 2018;89: S304–S312. doi:10.1002/JPER.17-0588

17. Heitz-Mayfield LJA. Peri-implant mucositis and peri-implantitis: key features and differences. Br Dent J. 2024;236: 791–794. doi:10.1038/s41415-024-7402-z

18. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang HL. Peri-implantitis. J Clin Periodontol. 2018;45: S246–S266. doi:10.1111/jcpe.12954

19. Algraffee H, Borumandi F, Cascarini L. Peri-implantitis. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2012;50: 689–694. doi:10.1016/j.bjoms.2011.11.020

20. Algraffee H, Borumandi F, Cascarini L. Peri-implantitis. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2012;50: 689–694. doi:10.1016/j.bjoms.2011.11.020

21. Berglundh T, Mombelli A, Schwarz F, Derks J. Etiology, pathogenesis and treatment of peri-implantitis: A European perspective. Periodontol 2000. 2024 [cited 10 Mar 2026]. doi:10.1111/prd.12549

21. Smeets R, Henningsen A, Jung O, Heiland M, Hammächer C, Stein JM. Definition, etiology, prevention and treatment of peri-implantitis - a review. Head Face Med. 2014;10. doi:10.1186/1746-160X-10-34

23. Martínez Gómez JC, Hernández-Andara A, Quevedo-Piña M, Ortega-Pertuz AI, Lyn Chong M. PERI-IMPLANTITIS: CURRENT CONCEPTS ABOUT ITS ETIOLOGY, CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS. A REVIEW. Revista Cientifica Odontologica. 2022;10. doi:10.21142/2523-2754-1004-2022-134

24. Liu S, Li M, Yu J. Does chlorhexidine improve outcomes in non-surgical management of peri-implant mucositis or peri-implantitis?: A systematic review and meta-analysis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2020;25: e608–e615. doi:10.4317/medoral.23633

25. Schwarz F, Jepsen S, Obreja K, Galarraga-Vinueza ME, Ramanauskaite A. Surgical therapy of peri-implantitis. Periodontol 2000. 2022;88: 145–181. doi:10.1111/prd.12417

26. Antonoglou GN, Papageorgiou SN, Carrillo de Albornoz A, Payer M, Stavropoulos A. Do Systemic Antibiotics Offer Benefits to the Surgical Treatment of Peri-Implantitis? A Systematic Review With Meta-Analyses. J Clin Periodontol. 2025;52: 1746–1759. doi:10.1111/jcpe.70021

27. Baus-Domínguez M, Bakkali S, Hermida-Cabrera P, Serrera-Figallo M-A, Gutiérrez-Pérez J-L, Torres-Lagares D. A Systematic Review and Meta-Analysis of Systemic and Local Antibiotic Therapy in the Surgical Treatment of Peri-Implantitis. Antibiotics (Basel). 2023;12.

28. Ramanauskaite A, Cafferata EA, Begic A, Schwarz F. Surgical interventions for the treatment of peri-implantitis. Clin Implant Dent Relat Res. 2023;25: 682–695. doi:10.1111/cid.13162

29. Kwon TH, Wang CW, Salem DM, Levin L. Nonsurgical and surgical management of biologic complications around dental implants: peri-implant mucositis and peri-implantitis. Quintessence Int. 2020;51: 810–820. doi:10.3290/j.qi.a44813

30. Aljohani M, Yong SL, Bin Rahmah A. The effect of surgical regenerative treatment for peri-implantitis: A systematic review. Saudi Dent J. 2020;32: 109–119. doi:10.1016/j.sdentj.2019.10.006

31. Dos Santos Martins B, Fernandes J, Martins A, Castilho R, Fernandes G. Surgical and Nonsurgical Treatment Protocols for Peri-implantitis: An Overview of Systematic Reviews. Int J Oral Maxillofac Implants. 2022;37: 660–676. doi:10.11607/jomi.9659

32. Anitua E, Murias-Freijo A, Piñ As L, Tejero R, Prado R, Orive G. Nontraumatic implant explantation: A biomechanical and biological analysis in sheep tibia. Journal of Oral Implantology. 2016;42: 3–11. doi:10.1563/aaid-joi-D-14-00193

33. Urrutia P, Bravo S, Sáenz-Ravello G, Torres-Lagares D, Tavelli L, Díaz L. Explantation Techniques of Osseointegrated Dental Implants. An Updated Systematic Review. Int J Periodontics Restorative Dent. 2025; 1–32. doi:10.11607/prd.7531

34. Ardakani MT, Amid R, Moscowchi A. Explantation Site Management: A Decision Algorithm for Re-Implantation. Int J Periodontics Restorative Dent. 2023;43: s26–s35. doi:10.11607/prd.6287

35. Roy M, Loutan L, Garavaglia G, Hashim D. Removal of osseointegrated dental implants: a systematic review of explantation techniques. Clin Oral Investig. 2020;24: 47–60. doi:10.1007/s00784-019-03127-0

36. Anitua E, Fernandez-de-Retana S, Alkhraisat MH. Performance of the counter-torque technique in the explantation of nonmobile dental implants. Int J Implant Dent. 2020;6: 1. doi:10.1186/s40729-019-0197-z

37. Anitua E. [Rehabilitation of a case with active periodontitis and advanced perii-implantitis. Minimally invasive approach]. Revista cientifica odontologica (Universidad Cientifica del Sur). 2022;10: e113. doi:10.21142/2523-2754-1002-2022-113

38. Schwarz F, Jepsen S, Obreja K, Galarraga-Vinueza ME, Ramanauskaite A. Surgical therapy of peri-implantitis. Periodontol 2000. 2022;88: 145–181. doi:10.1111/prd.12417

39. Onclin P, Meijer HJA, van Minnen B, Vissink A, Raghoebar GM. Retreatment of multiple failing maxillary implants after full arch rehabilitation: a retrospective, observational cohort study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2020;49: 1481–1488. doi:10.1016/j.ijom.2020.03.010

40. Greenstein G, Cavallaro J. Failed dental implants: diagnosis, removal and survival of reimplantations. J Am Dent Assoc. 2014;145: 835–841. doi:10.14219/JADA.2014.28

41. Solderer A, Al-Jazrawi A, Sahrmann P, Jung R, Attin T, Schmidlin PR. Removal of failed dental implants revisited: Questions and answers. Clin Exp Dent Res. 2019;5: 712–724. doi:10.1002/CRE2.234

42. Kim YK, Park JY, Kim SG, Lee HJ. Prognosis of the implants replaced after removal of failed dental implants. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology. 2010;110: 281–286. doi:10.1016/j.tripleo.2010.01.031

43. Zhou W, Wang F, Monje A, Elnayef B, Huang W, Wu Y. Feasibility of Dental Implant Replacement in Failed Sites: A Systematic Review. Int J Oral Maxillofac Implants. 2016; 535–545. doi:10.11607/jomi.4312

44. Anitua E, Fernandez-de-Retana S, Alkhraisat MH. Performance of the counter-torque technique in the explantation of nonmobile dental implants. Int J Implant Dent. 2020;6: 1. doi:10.1186/s40729-019-0197-z

45. Favero LG, Pisoni A, Paganelli C. Removal torque of osseointegrated mini-implants: An in vivo evaluation. Eur J Orthod. 2007;29: 443–448. doi:10.1093/ejo/cjm062

46. Anitua E, Murias-Freijo A, Piñ As L, Tejero R, Prado R, Orive G. Nontraumatic implant explantation: A biomechanical and biological analysis in sheep tibia. Journal of Oral Implantology. 2016;42: 3–11. doi:10.1563/aaid-joi-D-14-00193

47. Anitua E. [5.5 mm implant. A solution for severe atrophies without sacrificing predictability]. Revista cientifica odontologica (Universidad Cientifica del Sur). 2023;10: e137. doi:10.21142/2523-2754-1004-2022-137

48. Anitua E, Orive G. A new approach for atraumatic implant explantation and immediate implant installation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012;113. doi:10.1016/J.TRIPLEO.2011.06.035

49. Anitua E, Piñas L, Begoña L, Alkhraisat M. Prognosis of Dental Implants Immediately Placed in Sockets Affected by Peri-implantitis: A Retrospective Pilot Study. Int J Periodontics Restorative Dent. 2017;37: 713–719. doi:10.11607/PRD.2458

50. Anitua E, Larrazabal Saez de Ibarra N, Saracho Rotaeche L. Implant-Supported Prostheses in the Edentulous Mandible: Biomechanical Analysis of Different Implant Configurations via Finite Element Analysis. Dent J (Basel). 2022;11. doi:10.3390/dj11010004

51. Manea A, Bran S, Dinu C, Rotaru H, Barbur I, Crisan B, et al. Principles of biomechanics in oral implantology. Med Pharm Rep. 2019;92: S14–S19. doi:10.15386/mpr-1512

52. Bedrossian E, Bedrossian E. Treatment Planning the Edentulous Mandible. Review of Biomechanical and Clinical Considerations: An Update. Int J Oral Maxillofac Implants. 2019;34: e33–e41. doi:10.11607/jomi.7196

53. Hämmerle CHF, Cordaro L, Alccayhuaman KAA, Botticelli D, Esposito M, Colomina LE, et al. Biomechanical aspects: Summary and consensus statements of group 4. The 5 th EAO Consensus Conference 2018. Clin Oral Implants Res. 2018;29: 326–331. doi:10.1111/clr.13284

54. Moreira F, Rocha S, Caramelo F, Tondela JP. One-Abutment One-Time Effect on Peri-Implant Marginal Bone: A Prospective, Controlled, Randomized, Double-Blind Study. Materials (Basel). 2021;14. doi:10.3390/ma14154179

55. Perrotti V, Zhang D, Liang A, Wong J, Quaranta A. The Effect of One-Abutment at One-Time on Marginal Bone Loss Around Implants Placed in Healed Bone: A Systematic Review of Human Studies. Implant Dent. 2019;28: 603–612. doi:10.1097/ID.0000000000000931

56. Wang Q qing, Dai R, Cao CY, Fang H, Han M, Li QL. One-time versus repeated abutment connection for platform-switched implant: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12. doi:10.1371/journal.pone.0186385

57. Santos JS, Santos T de S, Martins-Filho PRS, von Krockow N, Weigl P, Pablo H. One abutment at one time concept for platform-switched morse implants: Systematic review and meta-analysis. Braz Dent J. 2018;29: 7–13. doi:10.1590/0103-6440201801686



Dr. Carlos Martínez Barcenilla

Dr. Alfonso García Pérez

CIRUGÍA MUCOGINGIVAL

INJERTOS, RECESIONES Y MANEJO DE TEJIDOS BLANDOS

- *DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN MUCOGINGIVAL*
- *SELECCIÓN DE TÉCNICAS SEGÚN LOCALIZACIÓN Y TIPO DE RECESIÓN*
- *INJERTOS EPITELIALES E INJERTOS DE CONECTIVO*
- *MANEJO DE TEJIDO BLANDOS EN IMPLANTOLOGÍA*
- *ABORDAJE DE CASOS COMPLEJOS Y R.O.G*

Madrid - 2027

26 FEBRERO

Un curso para entender, planificar y aplicar técnicas mucogingivales ***CON UN ENFOQUE CLÍNICO Y PRÁCTICO***

OFD
OSTEÓGENOS FORMACIÓN Y DIAGNOSIS

Osteógenos
REGENERACIÓN