

Editorial

No hacer daño... ¿Es eso suficiente?

Las diferencias en el tratamiento al paciente desde que iniciamos nuestras carrera profesional en 1979 hasta la actualidad son espectaculares y a menudo impresionantes. Los implantes osteointegrados al inicio de la década de 1980, la regeneración tisular guiada a mediados de esa década, la regeneración ósea guiada a finales de la misma y la introducción de nuevos diseños implantarios, cada uno de estos conceptos terapéuticos ha tenido un impacto significativo en la atención a los pacientes. Sin embargo, es crucial darse cuenta de que si bien las tecnologías implicadas en cada una de estas modalidades terapéuticas son importantes, es la conceptualización que subyace en estos avances la que tiene mayor significado.

El resultado ha sido el cambio de muchos paradigmas, que impactan en nuestros pacientes y clínicas de forma espectacular. La velocidad a la que dicha conceptualización está evolucionando, acompañada de los avances técnicos y materiales, continúa creciendo a un ritmo vertiginoso.

Los «postulados» demostrados sobre los que se han basado muchos aspectos del tratamiento clínico durante décadas deben repensarse o abandonarse. Por ejemplo, ningún investigador o clínico cree hoy en día que los implantes osteointegrados deban tener como mínimo 10 mm de longitud para sobrevivir en el tiempo, o que los injertos de hueso autógeno deban emplearse siempre para conseguir la regeneración de los tejidos duros perdidos.

La planificación del tratamiento y el desarrollo de algoritmos terapéuticos adecuados tanto cuando se considera el paciente en su conjunto como cuando se considera una zona individual deben ir parejos con los conceptos, las tecnologías y los materiales desarrollados. El diagnóstico es un cruel maestro que pone límites conceptuales y terapéuticos al clínico y al paciente. Un diagnóstico incorrecto lesiona al paciente a diferentes niveles, incluido su potencial para estar sometido a tratamiento innecesario o inadecuado, y a la expectativa de un mal pronóstico. Un mal pronóstico lesiona tanto al paciente como al clínico.

Los ponentes del X International Symposium on Periodontics and Restorative Dentistry, celebrado en Boston en junio de 2010 destacaron este hecho repetidamente. Como siempre, el simposio presentó conceptos en desarrollo junto con tratamientos demostrados para ayudar a los clínicos a tomar decisiones informadas en sus clínicas. Único en su enfoque como en la calidad de sus ponentes, el simposio desafió creencias largo tiempo sostenidas a través de una investigación clínica meticulosa, colocó las nuevas tecnologías en el contexto de la práctica clínica diaria, y brindó visiones tentadoras en el futuro desarrollo de nuestro campo.

Los doctores Mauricio Araújo, de Brasil, y Ronald Jung, de Zürich, en presentaciones separadas, comentaron la realidad del remodelado postextracción en presencia y ausencia de materiales de injerto y/o la colocación simultánea de los implantes. Tras estas presentaciones, los clínicos pudieron construir fácilmente algorit-

mos diagnósticos para usar en el momento de las extracciones dentales, incluidos los tratamientos a realizar y los materiales a utilizar.

La introducción y la mejoría continua de los factores de crecimiento tienen potencial para influir en la regeneración y la cicatrización de forma decisiva. La regeneración de los tejidos duros y blandos perdidos seguirá siendo menos invasiva, más fácil de lograr, mejor controlada, más rápida de alcanzar y con bases más biológicas. Además, la investigación continuada con células madre promete abrir una nueva era de regeneración y trasplante en las zonas deficientes.

Se han comentado con detalle numerosas tecnologías que han tenido un impacto significativo en la odontología clínica y sin duda seguirán alterando el cuidado de los pacientes.

La tomografía computarizada permite adquirir imágenes volumétricas y tridimensionales. Esta transición de la tecnología 2D a 3D permite realizar un seguimiento preciso de la anatomía topográfica, y obtener detalles e información que facilitarán un diagnóstico perfectamente preciso, el desarrollo de un plan terapéutico adecuado y detallado, y la provisión de un tratamiento lo más atraumático y exhaustivo posible. Los pacientes comprenden mejor el tratamiento al que van a ser sometidos y los clínicos pueden anticipar los desafíos a los que deberán enfrentarse y, por tanto, planificarlos en consecuencia.

La evolución de los lectores ópticos y de la fabricación/diseño asistido por ordenador aumenta aún más nuestra capacidad, no solamente para planificar el tratamiento de los pacientes con respecto a la necesidad o no de terapia regenerativa y la posición ideal de los implantes, sino también para tomar impresiones ópticas de los implantes tras su osteointegración. Los implantes están mejor colocados, las prótesis provisionales se planifican de forma más eficiente y precisa, y el tiempo de tratamiento disminuye. Los resultados finales del tratamiento se optimizan a la vez que se reduce al mínimo la lesión terapéutica al paciente.

Sin embargo, la introducción continuada de nuevos conceptos, técnicas y materiales no ha alterado el hecho de que un tratamiento exitoso debe basarse en el conocimiento y manejo de la relación entre odontología periodontológica y restauradora. Los fundamentos de las prótesis periodontales están bien establecidos y son empleados diariamente por clínicos concienciados. La base de una prótesis periodontal es la toma de un registro exhaustivo, el desarrollo de un diagnóstico correcto y la formulación de un plan terapéutico interdisciplinar adecuado. Si bien estos conceptos fundamentales no han cambiado, ni deben cambiar en el futuro, los aspectos específicos de estos conceptos siguen evolucionando.

Sergio de Paoli, MD, DDS
Paul Fugazotto, DDS