

**E**n 1970, el biólogo y premio Nobel en medicina, Jacques Monod, publicó una obra, *El azar y la necesidad*, que fue un gran éxito como divulgación científica y que nos ha dado muchas claves para entender la evolución humana. En dicha obra, el científico explica cómo las mutaciones fortuitas que se producen en los seres vivos pueden hacerles mejorar su adaptación al medio. “Parece que los seres vivos se encuentran estructurados, organizados y condicionados para un determinado fin: la supervivencia del individuo, pero también de la especie”, dice Monod en su obra.

Pues bien, algo parecido parece estar sucediendo en el mundo de la odontología en general y de la prótesis estomatológica en particular. La odontología en los años ochenta se encontraba relativamente cómoda con el desarrollo de sus respectivas ciencias, todas ellas avanzando con el desarrollo científico y tecnológico. En periodoncia, los descubrimientos acerca de las interacciones entre las bacterias de la placa dental y la respuesta inflamatoria e inmunológica frente a ellas condujo a un mejor conocimiento de las enfermedades periodontales, de sus factores de riesgo y al desarrollo de tratamientos eficaces y predecibles. En endodoncia, el desarrollo de técnicas de instrumentación más avanzadas y precisas, junto con un mejor conocimiento de las interacciones de las bacterias con los tejidos del periápice, también condujo al desarrollo de protocolos de tratamientos predecibles. Finalmente, el avance científico en el área de los materiales condujo en los años noventa a una explosión en la utilización clínica de restauraciones tanto metálicas como cerámicas con unas prestaciones y resultados desconocidos hasta entonces. Sin embargo, un hecho de no menos importancia científica, el desarrollo clínico del modelo biológico de la osteointegración como interfase entre un implante dental y el hueso vivo en función –descrito por P. I. Branemark en los años sesenta, y evaluado clínicamente a finales de los años ochenta y sobre todo en los años noventa–, ha cambiado radicalmente nuestra profesión y el desarrollo de las ciencias odontológicas. De hecho en este nuevo siglo, la mayoría de las actividades científicas, tanto en periodoncia como en endodoncia o en prótesis estomatológica, giran alrededor de la implantología clínica; por ello, uno no deja de preguntarse si verdaderamente existe una verdadera justificación científica y tecnológica a este giro, o bien, como decía Jacques Monod, supone una adaptación al medio para que, en este caso, nuestra profesión sobreviva.

Para despejar esta duda, como profesión médica y científica que somos, deberíamos buscar la evidencia científica que nos demuestre claramente si los tratamientos implantológicos son claramente superiores a los tratamientos odontológicos convencionales y, de este modo, no tengamos esa frecuente pregunta existencial, con muy importantes matices éticos, sobre si sería recomendable la extracción dentaria para mejorar el pronóstico de la denti-

ción mediante su reemplazo con implantes dentales. Recientemente se han publicado distintas revisiones sistemáticas utilizando la metodología meta-analítica más sofisticada para tratar de dilucidar estas cuestiones. Tan y cols. en 2004 analizaron la probabilidad de supervivencia de prótesis dentosoportadas y encontraron un 89% de probabilidad para que dichos puentes se encontraran en función a los 10 años. El mismo ejercicio realizado para prótesis implantosoportadas aportó unos resultados muy similares (83,7%) (Pjetursson y cols. 2004), aunque con un mayor porcentaje de complicaciones. A pesar de estos datos tan convincentes, la prótesis fija convencional parece descartada como modalidad de tratamiento en muchos foros profesionales. Algo así parece ocurrir con los tratamientos endodónticos, sin embargo, como en el caso anterior, la justificación científica no existe y, de hecho, cuando se analiza sistemáticamente, parece todo lo contrario. Iqbal y cols. (2007) realizaron una revisión sistemática para evaluar las diferencias en resultados ante un diente comprometido, entre las restauraciones implanto-soportadas tras la extracción del diente, frente a dientes tratados endodónticamente y restaurados posteriormente. Dichos autores no encontraron diferencias significativas. Ambas modalidades de tratamiento aportaron excelentes resultados a largo plazo, con la gran diferencia de que en la modalidad asociada al uso de los implantes dentales supuso la extracción del diente afectado.

Esta argumentación no implica un descrédito o infravaloración a la terapéutica de implantes como método eficaz y altamente predecible de la restauración de la dentición cuando faltan los dientes. De hecho, es evidente que los avances científicos y tecnológicos de la implantología clínica son quizás, junto con el desarrollo de la anestesia local y de los sistemas de fresado a alta velocidad, lo que más ha hecho avanzar a nuestra profesión. Sin embargo, no por ello debemos dejar de preguntarnos sobre la justificación ética de la extracción masiva de dientes comprometidos, tanto endodónticamente como periodontalmente, que podrían mantenerse en función de un modo predecible, por lo menos, en un porcentaje similar, si hubieran sido tratados periodontalmente o endodónticamente. ¿Hemos de pasar página a tantos años de desarrollo científico y tecnológico en materiales dentales, en periodoncia, en endodoncia, para centrarnos únicamente en los implantes dentales? El estado de la ciencia actual claramente no avala esta ruta y sería una lástima para nuestra profesión si condicionantes ambientales (fundamentalmente la economía asociada a la implantología) no nos permitieran un desarrollo equilibrado en todas las ciencias odontológicas, lo que obviamente influiría en el futuro de nuestra profesión.