



SALUD / ODONTOLOGÍA

Alberto Sicilia | Pte. de la Asociación Europea de Osteointegración

# «España es líder en implantología a nivel mundial»

EVA S. CORADA • MADRID

**L**as nuevas técnicas de implantología han supuesto toda una revolución en el tratamiento de la salud dental...

-En España empezamos a hacer implantes a mediados de los 80, en el 87 concretamente, y durante los primeros 10 años fue una técnica más limitada a muy pocos especialistas. Luego pasó una etapa de madurez y ahora estamos en fase de explosión. Se calcula que en España se colocan, según el Millenium Report, unos 800.000 implantes por año. Se dice que País Vasco y Corea son los lugares con mayor número de implantes por habitante.

**-¿Y cómo es la calidad del trabajo que se hace aquí?**

-España es, tanto clínica como científicamente uno de los países líderes en la implantología mundial. Es uno de los 10 importantes y nuestra producción científica y los clínicos son de primer nivel.

**-Para decidirse por un implante, ¿qué aspectos hay que tener en cuenta?**

-Hay que evitar equivocarse. El tema está en la elección del profesional, no es tanto el implante. El problema es decidir si hacerlo. Un paciente tiene que ir a un dentista a que le diga qué tiene que hacer en su boca. Nos pasa mucho que vienen y dicen: «Quiero que me haga un implante» e igual tiene una boca destrozada que necesita muchas cosas antes de un implante pero no es consciente de lo mal que está. Si colocas un implante en una boca enferma el implante enferma. No hemos de consumir implantes, hemos de prescribir tratamiento odontológico.

**-Pero ¿qué consejos daría a alguien que se quiere poner uno?**

-Pedir consejo primero a mi dentista de toda la vida. Y preguntar. El boca a boca es lo mejor. Obviar la publicidad y recurrir a las personas que tengas próximas, que te hablen de sus experiencias propias y huir de ofertas de publicidad.

**-¿Cuáles son las complicaciones más comunes?**

-Hay que pensar que es parecido a un diente, y un diente puede tener caries, infecciones periodontales y puede romperse. Y un implante no tiene caries, pero puede tener infecciones parecidas a las periodontales, (que se llama periimplantitis), y puede romperse (la prótesis, los tornillos que no sujetan). Es una estructura que está en la boca reemplazando algo natural a lo que trata de imitar, que no es igual, y que tiene una función de miles de millones de ciclos de masticación,



GONZALO PÉREZ

**PERFIL**

- Doctor en Medicina y Cirugía con Premio Extraordinario, y especialista en Estomatología por la Univ. de Oviedo. Postgrado en Periodoncia por la Univ. Complutense de Madrid. Diplomado en Periodoncia Social (Univ. Illinois, EEUU).
- Profesor titular de Periodoncia en la Univ. de Oviedo y dir. y fundador de la revista científica «Periodoncia y osteointegración»
- Pte. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (1997-2001) y pte. de la European Association for Osseointegration, desde 2014.

se desgasta y, con el tiempo, puede tener complicaciones e infecciones mecánicas, son las más comunes. Pero si está bien hecho son pocas, y muchas son tratables y la duración es larga.

**-¿Cuál sería la duración media?**

-Tengo pacientes con 30 años con implantes; pacientes que han rehecho la prótesis 30 años después de la primera operación sin cambiar los implantes. Y hay algunos -un 5-10%- que en 15-20 años pierden sus implantes por diferentes complicaciones. Pero digamos que, en el peor de los casos, te aportan una calidad de vida a medio plazo de 10 años, y en la mayor parte de los casos mucho más tiempo.

**-¿En qué casos no estaría recomendado o incluso contraindicado?**

-Lo primero que hay que valorar es el tipo de paciente. Se les clasifica en la primera visita según su estado médico. No es una contraindicación, pero una salvedad que hay que hacer son aquellos con enfermedad periodontal sin tratar (no se pueden

poner implantes sin tratamiento previo). Este paciente debe saber, (igual que el gran fumador o el diabético), que pueden tener implantes pero que su riesgo de complicaciones e infecciones es un poco superior. No está contraindicado pero hay que tratarlos bien y ser conscientes de que a medio plazo si el porcentaje de complicaciones es de un 3-5% en una persona sana, en ellos sube hasta un 5-10%.

**-¿Y qué alternativa tendrían entonces estas personas?**

-Se pueden tratar pero con un tratamiento correcto, con un mantenimiento más exigente y deben de ser informadas. Si soy diabético o soy fumador me puedo poner implantes, pero mi dentista me tiene que decir que si en un organismo estos implantes durarían 25 años, siendo fumador lo harán 15. ¡No te enfades conmigo por ello! También hay que tener cuidado con los pacientes que han recibido radioterapia recientemente, que han tomado bifosfonatos más de cinco

años (si ha sido vía oral, junto con tratamiento para el cáncer o para la osteoporosis), o corticoides para el asma. Hay que esperar a que dejen de tomar el medicamento, observar la evolución (a veces seis meses o un año), y después se puede poner.

**-La reimplantación es uno de los retos porque empieza a cumplirse la caducidad de los primeros implantes...**

-Antes veíamos pacientes con caries y enfermedad periodontal y sin implantes en la boca. Y ahora hay millones de pacientes con dientes e implantes, son bocas más complejas y todo enferma junto. Con lo cual tienes que cambiar el paradigma y plantearte qué dientes se pueden tratar y mantener para ayudar a la restauración, cuáles extraer, qué reconstruir o qué implantes sirven. Porque es como en chatarrería: habrá mil marcas de implantes en el mercado, y cada uno con un componente de encaje distinto, es una auténtica pesadilla. Por eso, cuando doy el alta entrego un informe con radiografías y referencias del material que llevan en la boca. Así, si van algún día a otro sitio con esa información sabrán atenderles. Porque, a veces, te encuentras con implantes que por radiografía no reconoces y es una aventura.

**-Madrid acogerá en octubre el congreso de la EAO. ¿Nos puede adelantar algunos de los temas en que se centrarán?**

-Podríamos decir, con un símil culinario, que es un congreso-fusión porque por primera vez lo hacemos en asociación con otra sociedad científica: la Sociedad Española de Prótesis y Estética. La EAO secularmente se ha dedicado más a la parte quirúrgica (a la investigación en la integración y la reconstrucción de tejidos) y el perfil de prótesis ha sido un poco más bajo en los congresos. Este año no. Una de las cuatro sesiones generales estará dedicada completamente a prótesis estéticas y tratamiento multidisciplinarios con especialistas de diferentes perfiles: cirujanos, periodontistas, expertos en estética... También se hará una revisión crítica de estos 30 años de evolución.

**-¿Cuáles son los retos de futuro?**

-Tenemos tres líneas de desarrollo. El tratamiento de la periimplantitis, con la que llevamos peleando 20 años y sabemos controlarla en un 80%, pero hay un 20% que no, y no sabemos por qué evoluciona sin control. Y ése es un reto para el cual no veo una solución a corto plazo. Está claro cómo prevenirla, cómo hacer que en vez de a un 20% afecte a un 3% pero no cómo controlar a ese 3% cuando brota. Los implantes soportan mejor la enfermedad periodontal que los dientes, sin embargo en ellos es más complicado tratarla. Las otras dos son la tecnológica, como la planificación virtual de los procedimientos, y la parte biológica, las células madre (la regeneración ósea, incluso la de dientes), donde todavía tenemos pocas aplicaciones clínicas.