

ACADEMIA DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS DE ESPAÑA

**EL ÉXITO TERAPÉUTICO
EN PROSTODONCIA:
UN CONSTRUCTO EVANESCENTE
MULTIDIMENSIONAL**

Discurso pronunciado por el

Excmo. Dr. JAVIER MONTERO MARTÍN

En el acto de su toma de posesión como
académico

de número el 20 de marzo de 2025

Y la contestación del

Prof. MANUEL BRAVO PÉREZ



**MADRID
MMXXV**

EL ÉXITO TERAPÉUTICO EN PROSTODONCIA: UN CONSTRUCTO EVANESCENTE MULTIDIMENSIONAL

Discurso pronunciado por el
Excmo. Dr. JAVIER MONTERO MARTÍN

En el acto de su toma de posesión como académico
de número el 20 de marzo de 2025

Y la contestación del
Prof. MANUEL BRAVO PÉREZ



ISBN: 978-84-128611-4-3
IMPRESO EN ESPAÑA

**EL ÉXITO TERAPÉUTICO
EN PROSTODONCIA:
UN CONSTRUCTO EVANESCENTE
MULTIDIMENSIONAL**

*Nada se puede afirmar con certeza,
ni siquiera semejante aseveración.*

ÍNDICE

CONTEXTO	10
ESTADO DEL ARTE EN EL BIENESTAR PROSTODÓNTICO	12
¿Cuánto influyen las ausencias dentales en el bienestar?	12
¿Cuántos dientes fijos garantizan la función oral?.....	13
¿Aporta bienestar el tratamiento protésico convencional?	14
¿Qué efecto tienen los implantes dentales en el bienestar?	14
¿Qué es el éxito terapéutico?	15
REFLEXIONES FINALES	18
BIBLIOGRAFÍA.....	19

AGRADECIMIENTOS

Excmos. Srs. Presidente y Secretario de la Academia de Ciencias Odontológicas de España, Excmos. Sras. y Sres. Académicos,
Dignísimas Autoridades,
Señoras y Señores.

Permítanme reconocerles que para la confección de este discurso me he inspirado en la estructura y estilo de diversos académicos de número, a los que por mi afinidad personal y/o temática, ya habían dejado su impronta sobre el que suscribe estas primeras palabras. Confieso, además, que este rastreo previo solo ha conseguido agitar el deseo de hacer un discurso innovador, personal y, espero propiciatorio, del ingreso en esta prestigiosa Academia. Soy consciente de que es difícil casar la liturgia con la innovación, pero más difícil es embridar las pulsiones inherentes de un potro y de esto último he sido partícipe en sentido literal y figurado.

Sin ánimo de recurrir a la prosodia borbónica navideña, debo hacerles partícipes del enorme agradecimiento que supone la valoración de mi candidatura de ingreso en una Academia que, por su fundador, sus integrantes, su diversidad dogmática representa el cónclave ilustrado de lo más granado de la profesión odontológica. Espero estar a la altura de semejante honor y poder contribuir de manera significativa a los objetivos de una Academia que, aunque joven, nace en el seno del Consejo General de Dentistas de España apoyado por 12 excelsos representantes de la ciencia y práctica odontológica en España.

Quienes a lo largo de mi carrera profesional han mirado con recelo mi juventud, como símil de bisoñez o impericia, solo han conseguido espolear mi natural ambición de ser pertinaz (que no obstinado) en conseguir logros al alcance de cualquiera. En cualquier caso, la juventud es de las pocas cosas que se curan con el tiempo.

Créanme si les digo que en mi serendípica y poliédrica vida no tuve ocasión de visualizarme defendiendo un discurso ante esta ínclita audiencia en el solemne escenario del paraninfo de la Real Academia Nacional de Farmacia.

Por ponerles en antecedentes, nací en Cáceres en el mítico año en el que se aprobó por referéndum nuestra elástica Constitución Española. Hijo de un cardiólogo extremeño y una psicopedagoga salmantina que, de forma complementaria, fueron promovieron sobre mí una configuración holística inspirada en el precepto romano acuñado por Juvenal que dice: “*Mens sana in corpore sano*”. De tal forma, que mi padre me instruía en las claves de la salud física, y mi madre lo complementaba con las claves del bienestar mental. Toda mi formación se ha realizado en instituciones públicas tanto mi época escolar como pre-universitaria. En la selectividad, obtuve la calificación global de

matrícula de honor, gracias a lo cual puede disfrutar del primer año de matrícula gratis en la Universidad de Granada. Yo quería haber sido veterinario por vocación desde temprana edad, pero como la Facultad de Veterinaria de Cáceres ya gozaba de un gran prestigio nacional, encontré como excusa para salir del terruño mi formación como licenciado en Odontología. Eso sí, la elección de Granada como escenario de mi vida universitaria no fue casualidad, dado que la conocía desde mi viaje en 3º de BUP, y quedé hechizado por su emplazamiento geográfico: entre la costa tropical y las montañas de Sierra Nevada; por sus barrios, sus gentes, su cultura gastronómica... Allí terminó la forja de mi personalidad y mi *modus operandi vitae*, consiguiendo en paralelo terminar la carrera con premio extraordinario de licenciatura, acreedor de becas predoctorales... Son muchos los profesores que han dejado honda impronta en lo que soy hoy, fundamentalmente de las disciplinas de prótesis, cirugía bucal y Odontología preventiva, pero mi maestro es, sin parangón, el Prof. Manuel Bravo. Sin ánimo de extenderme en el merecido panegírico que suscribirían todos los que de la genialidad de su espíritu han disfrutado; sintetizaré que fue él quién despertó en mí la inquietud por el avance científico, el cuestionamiento de postulados lábiles, la pericia en tratamiento estadístico, el olfato estratégico para detectar caladeros de investigación fértil y algo más, que no sabría bien definir, pero que es lo que realmente importa para la promoción académica rutilante. De él me considero su discípulo incondicional *per secula seculorum*.

En el año 2004, en el que venía disfrutando una beca de formación predoctoral del Ministerio de Educación desde hacía un par de años, concurrí a una plaza profesor asociado en prótesis estomatológica en la entonces recién iniciada Licenciatura de Odontología de la octocentenaria Universidad de Salamanca. Contra todo pronóstico, fui seleccionado, quizá por falta de concurrencia competitiva. Desde entonces fui promocionando en categoría docente hasta tomar posesión como Catedrático de Universidad en Prótesis Estomatológica desde el 2019, con 40 años. Actualmente, desempeño, además, labores de gestión como director del Departamento de Cirugía en la Facultad de Medicina, donde todavía se inscribe el área de conocimiento de estomatología.

Todos los aquí presentes saben perfectamente que, en cualquier contribución científica, lo último que se debe acuñar es el título. Sin embargo, en esta ocasión me apetecía aunar bajo un epígrafe deliberadamente ambiguo una serie de reflexiones que han jalonado mi particular trayectoria investigadora en los últimos 25 años. En esta temática se deja entrever el perfil investigador de mi tesis doctoral, centrado en medir calidad de vida y bienestar; con mi actividad asistencial prioritaria centrada en la prótesis estomatológica. La motivación de esta línea se enmarca en mi primer contacto profesional en el ámbito protésico, mientras cursaba el primer año del Máster en Prótesis Dental de la Universidad de Granada, que lideraba el tándem formado por los profesores Pepe Maroto y Ramón del Castillo. Me enfrentaba a un paciente totalmente edéntulo con prótesis completas defectuosas de larga evolución, totalmente desadaptadas, desgastes múltiples en el plano oclusal y vestigios evidentes de haber sido composturada y reparada en diversas ocasiones. El paciente acudía porque se le había caído un incisivo de la prótesis y casi se lo

había tragado. Yo le indiqué, imbuido en la ortodoxia dogmática del recién egresado de la academia, que las prótesis había que renovarlas por decreto, dado que eran perjudiciales para su salud, su capacidad trituradora, su ATM... y en última instancia, su bienestar. El paciente, persuadido por mi fundamentalismo teórico y mi hondo convencimiento se sometió a la secuencia vomipurgante de impresiones preliminares, cubetas individuales, prueba de rodetes..., hasta que le instalé ufanamente unas dentaduras nuevas, configuradas de forma paradigmática y correctamente bibalaceadas. Sin embargo, al paciente le resultaban incomodísimas para las actividades de la vida diaria, hablar, comer, sonreír... Prefería utilizar sus viejas y deformadas prótesis a las nuevas y arquetípicas dentaduras. El Prof. Maroto me lo explicó gráficamente: *“Son como las zapatillas de andar por casa que, aunque tengan múltiples defectos de forma, son a las que estamos acostumbrados”*. Entendí que los jóvenes podíamos conocer la norma, pero los veteranos conocen también las excepciones. Con ánimo constructivo extraje las siguientes conclusiones, primero, que sólo podemos mejorar el bienestar oral de aquellos que lo vean perturbado y así nos lo soliciten; y segundo que, en última instancia, es el paciente el que valora el resultado funcional y estético de una rehabilitación protésica. Otros compañeros más pragmáticos en el desafío clínico de renovar prótesis completas en pacientes edéntulos de larga evolución me confiesan que lo ideal es cobrar el doble por la prótesis completa maxilar y regalarles la prótesis completa mandibular. Pero esto no sería prostodoncia basada en la evidencia científica.

La prostodoncia basada en la evidencia consiste en aplicar rigurosamente las evidencias científicas al tratamiento protésico, haciendo un cómputo coste-beneficio de los resultados esperables, teniendo en cuenta las capacidades técnicas del operador, la disposición de materiales del entorno, y, sobre todo, las preferencias/percepciones del paciente. En mi mente concebí que debíamos ser capaces de predecir qué pacientes podrían beneficiarse de nuestras intervenciones, para evitar que haya una prótesis nueva guardada en la mesita de noche y una prótesis vieja bamboleante, casi de forma hipnótica, dando servicio a un paciente feliz. Pero para llegar a ese punto, primero debíamos crear instrumentos que sean válidos para describir el bienestar en población protésica, luego testar su capacidad discriminativa ante situaciones clínicas distintas, así como su capacidad evaluativa de los cambios del bienestar tras una intervención y, por último, analizar múltiples variables predictivas del bienestar oral de nuestra población protésica, conscientes de que puede salir cualquier resultado espurio porque el constructo del bienestar es personal e intransferible. Para algunos el bienestar oral es fundamentalmente la capacidad masticatoria, para otros, la función cosmética, para otros, que han tenido malas experiencias en el pasado, priorizan la ausencia de dolor...

Así que lamento comunicarles que, hasta la fecha, la mejor forma de predecir qué pacientes se beneficiarán o no de un determinado tratamiento, es la experiencia clínica acumulada en una determinada materia, haciendo monitorización sistemática de las necesidades y expectativas del paciente para ir desarrollando ese olfato predictor de éxitos y fracasos.

CONTEXTO

Uno de los objetivos más ambiciosos del cualquier investigador clínico consiste en conocer y cuantificar, y si me apuran predecir, el beneficio de las distintas modalidades terapéuticas. Este beneficio en salud, puede valorarse en base a parámetros clínicos objetivos (como índice de placa, índice periodontal, ajuste marginal, ajuste pasivo, anchura de la banda en encía insertada...), pero también debería valorarse en otras dimensiones paciente-dependiente, que serán percepciones respecto a la estética, dolor, comodidad, limitación funcional, satisfacción. En última instancia, es necesario constatar que el efecto terapéutico no sólo mejora ciertos parámetros clínicos relativos a la boca, sino que también redundan en una mayor calidad de vida de los pacientes tratados. La gran mayoría de la patología oral no es letal, aunque sí suele venir acompañada de cierta morbilidad, con consecuencias físicas, psíquicas y sociales que deben de ser valoradas para monitorizar el impacto en calidad de vida de la patología en sí, así como las intervenciones realizadas.

Sin embargo, desde que la patología se inicia a nivel microscópico hasta que genera impacto en el rendimiento físico, psicológico y social, tiene que atravesar diversos estadios patológicos de severidad creciente. En las fases iniciales, ni siquiera el clínico es capaz de detectarlas, en las fases intermedias suelen ser asintomáticas y sólo en las fases evolucionadas el propio paciente se ve motivado a solicitar asistencia dental consciente de que tiene un problema de salud. Esta concepción de las distintas dimensiones del curso patológico fue promulgada por el canadiense David Locker, quien afirmó en 1988 que la Odontología era una rama de la Medicina basada en criterios estrictamente clínicos, tanto en su concepción como en el entendimiento de la patología oral, ya que las valoraciones subjetivas del paciente con respecto a su estado de salud oral rara vez habían sido consideradas^[1].

Fruto de este cambio de concepción, cuando se estiman las necesidades de tratamiento, basándose exclusivamente en parámetros clínicos (evaluación normativa del estado de salud oral), se detecta una gran cantidad de patología dental y periodontal, que en la mayoría de los casos son totalmente compatibles con una adecuada función y comodidad para el paciente, por lo que no sirven de motivación para que el paciente efectivamente solicite un cita dental, salvo que tenga instaurado un patrón de visitas periódicas. Esto es todavía mucho más evidente si evaluamos con la ortodoxia normativa las necesidades de tratamiento ortodóntico, donde la mayoría podríamos sobrellevar dignamente variantes de la norma.

La identificación de patología oral sin tener en cuenta la percepción subjetiva del paciente ha recibido las siguientes críticas:

- Los juicios profesionales no están exentos de cierta subjetividad y conveniencia. La conveniencia puede estar basada en las capacidades asistenciales del propio clínico. Lamentablemente, esto ha sido objeto de perturbaciones interprofesionales, cuando,

en casos similares, algunos extraerían, otros endodonciarían y otros reimplantarían. De hecho, hay evidencia científica sobre que los dentistas realizan tratamientos muy diferentes en costo y complejidad en situaciones comparables^[2,3].

- Muchos de los tratamientos indicados según los índices estandarizados (CAOD, CPITN, DAI...)^[4] no afectan a la dimensión social y funcional que percibe el paciente.
- Existen grandes discrepancias entre las necesidades normativas y las necesidades percibidas por los pacientes sobre todo en aquellas especialidades en las que no hay una clara definición y demarcación de los estadios patológicos como, por ejemplo, las alteraciones oclusales, alteraciones ortodónticas...^[5]. Se ha constatado que sólo con respecto al tratamiento endodóntico o exodóntico, suele haber concordancia entre pacientes y clínicos, aunque con cierto margen de discrepancia^[6].
- El enfoque normativo no puede cuantificar de forma eficaz las percepciones que acompañan a la patología como dolor, comodidad, satisfacción con la estética, disfunción, bienestar...^[7].
- Los pacientes tienden a percibir menos problemas de salud oral de los que estima el profesional^[8], por lo que no se puede justificar la necesidad de tratar basándose exclusivamente en el juicio clínico sin valorar el potencial beneficio en la salud y bienestar del paciente.
- Desde el punto de vista de la Salud Pública, no son adecuadas las planificaciones basadas en necesidades normativas de tratamiento porque no tienen en cuenta la escasez de recursos, la vulnerabilidad de grupos de riesgo, los factores pronósticos..., siendo, por tanto, incosteable de forma óptima.

Decía sabiamente el entrañable Aubrey Sheiham de la *University College* de Londres que los índices clínicos tienen una tarea esencial a la hora de medir patología oral presente o pasada, el problema aparece cuando los utilizamos para medir salud o estimar necesidades de tratamiento, ya que esto implica una concepción más amplia del problema^[5].

¿Qué nos dice el índice CAOD, que es un sumatorio de dientes permanentes cariados, ausentes y obturados, acerca del impacto en calidad de vida? NADA. No es comparable tener 10 caries activas con pulpitis secundaria, que 10 restauraciones bien hechas que 10 ausencias dentales en el frente anterior. Tampoco tiene en cuenta si las ausencias dentales han sido repuestas protéticamente o no. Por ello, es necesario complementar la información con valoraciones del bienestar en las distintas dimensiones del bienestar (función, estética, psicosocial...). Sin embargo, el índice CAOD y sus derivadas (proporción de cariados, ausentes, obturados) son indicadores válidos para monitorizar aspectos epidemiológicos de caries en las distintas poblaciones, pero no son útiles para describir el estado de salud de un sujeto determinado.

Pero, incluso el número de dientes naturales presentes, nada nos dice de su engranaje oclusal, posición en la arcada y de su integridad. Por tanto, no podemos inferir el bienestar estético y funcional que aportará al sujeto. Ciertamente, resulta muy complejo la introducción y análisis de datos odontológicos, dado que un solo sujeto puede tener múltiples unidades dentarias que a su vez pueden tener en la misma unidad, restauración, caries, desgaste, bolsa periodontal... En muchos sentidos, autocorrelacionados por factores subyacentes..., pero todas las unidades dentarias conforman el aparato estomatognático cuya valoración funcional debe hacerla el sujeto. Es el sujeto el único capacitado para ponderar el grado de disfrute que una persona tiene con respecto a su boca en función del servicio que en su vida diaria le reporta, teniendo en cuenta sus circunstancias pasadas y presentes, su implicación en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y, por supuesto, el sistema de valores que su contexto sociocultural le inspire.

Un esquimal necesita una dentición fuerte para adaptarse a la dieta exigente de su comunidad, mientras que cualquier ciudadano del primer mundo procura tener la dentición bonita para que esté en consonancia con las corrientes cosméticas vigentes en nuestra sociedad.

ESTADO DEL ARTE EN EL BIENESTAR PROSTODÓNTICO

La prostodoncia es una de las especialidades odontológicas en la que más frecuentemente se encuentran presentes los impactos del bienestar oral, tanto en los que le faltan dientes como a los que se los han repuestos mediante prótesis convencionales removibles que son un sustituto pobre de la dentición natural^[9].

¿Cuánto influyen las ausencias dentales en el bienestar?

Según la última Encuesta Nacional de Salud Oral realizada en 2020, el promedio de dientes naturales en población adulta (de 35 a 44 años) es 26.0 ± 3.0 mientras que en población anciana (de 65 a 74 años) es 17.3 ± 7.9 dientes. Un 10% de los adultos jóvenes tiene prótesis dental (mayoritariamente fija, 80%) mientras que un 65% los ancianos de 65 a 74 años tienen algún tipo de prótesis dental, distribuyéndose homogéneamente las prótesis fijas y las prótesis removibles, siendo sólo un 10% portador de prótesis completa. Y aún así un 25% de los adultos y un 50% de los ancianos requiere algún tipo de reposición dental (unitaria o múltiple)^[10].

Existe evidencia creciente sobre que la pérdida dental y las reposiciones protésicas de las mismas se acompañan de ciertas molestias, discomfórt, deficiencias masticatorias, alteraciones estéticas, dificultades higiénicas...^[11]. Las ausencias dentarias en el sector posterior son bien toleradas, a diferencia de aquellas que se ubican en el frente estético, dado el impacto cosmético que éstas generan. Al menos, en nuestra sociedad. Tengo constancia que en otras latitudes lo que prima es el rendimiento masticatorio. De hecho, en otra época, en España tener la boca bonita era un extra, pero la clave era que fuera funcional. Por eso, muchas personas mayores cuando les preguntan acerca del efecto que tiene

su sonrisa en sus relaciones sociales y/o personales, tras meditar un poco manifiestan que, a su edad, ya ninguna o poca, aceptando que en la gente joven tiene efecto propiciatorio de reclamo y de cortejo.

Fruto de algunas investigaciones secundarias realizadas sobre la base de datos de las Encuestas Nacionales de Salud Oral, hemos observado que en España las necesidades protésicas son el principal atentado al bienestar oral de los adultos y ancianos^[12]. No obstante, en general la población portadora de prótesis removibles (parciales o completas) se encuentra relativamente satisfecha con su estado de salud oral. Se ha adaptado razonablemente bien a estos dispositivos protésicos. Aunque resulta sorprendente que la evaluación normativa de las prótesis por un profesional, en base al diseño, adaptación de las bases, oclusión..., rara vez predican el nivel de bienestar que percibe el portador. Como ya les anticipé con la nota autobiográfica del inicio: hay prótesis técnicamente mejorables que se acompañan de altos niveles de satisfacción y viceversa, prótesis técnicamente bien diseñadas que no son bien toleradas por el usuario^[13].

¿Cuántos dientes fijos garantizan la función oral?

Se ha sugerido que 20 dientes fijos bien distribuidos pueden ser suficientes para satisfacer los requerimientos funcionales de la boca sobre todo a partir de los 50 años^[14]. Para evaluar como influye la longitud de arcada en el bienestar oral en sujetos dentados y sin prótesis que mantienen el frente anterior íntegro y no demandan tratamiento protésico, realizamos un estudio sobre 624 adultos-ancianos que, al menos, tenían el frente anterior íntegro (de canino a canino) y con antagonistas naturales^[15]. Los sujetos fueron clasificados en arcada dental completa (ADC), arcada dental interrumpida (ADI) o arcada dental acortada (ADA) en función de la presencia de todas las unidades oclusales, tramos edéntulos intercalares o extremos libres respectivamente. Se demostró que los impactos al comer, hablar, sonreír y relacionarse eran significativamente más prevalentes, frecuentes, duraderos y severos en el grupo de ADA, después en el grupo ADI y en mucha menor proporción en el grupo ADC. En términos de satisfacción oral, a pesar de que todos los grupos estaban mayoritariamente satisfechos, existe una tendencia lineal hacia una mayor satisfacción desde el grupo ADA hasta el ADC. Por tanto, aunque las ausencias de dientes posteriores son bien toleradas por los sujetos, el bienestar es superior a mayor longitud de arcada. Estos hallazgos, sin embargo, nada nos dicen de la capacidad objetiva de trituración, utilizando alimentos patrones como almendras, zanahorias... Para esa evaluación objetiva, también hemos recabado evidencias que atestiguan que cuantas más unidades dentales fijas con antagonista mayor capacidad de trituración^[9]. Entonces, por qué están satisfechos con la masticación los portadores de prótesis completas porque son totalmente edéntulos. Las razones, querida audiencia, son de tipo multifactorial. Estos sujetos han cambiado su dieta: ya no comen alimentos duros y frescos (carne a la brasa, jeta, frutos secos, zanahorias crudas...), sino que buscan alternativas que requieren mayor preparación (carrilleras en salsa, albóndigas, cremas de verduras...) y también han cambiado sus patrones masticatorios y

deglutorios (emplean más ciclos masticatorios y, por tanto más tiempo de trituración, pero, además, son capaces de deglutir un bolo alimenticio de mayor tamaño^[16]). Por tanto, aunque objetivamente estén discapacitados, han encontrado fórmulas que les permiten sobrellevar o compensar el déficit funcional con ánimo de seguir alimentándose con lo que les gusta y/o disfrutar de los eventos sociales que, en nuestro país, suele implicar esfuerzo gastrohepático.

¿Aporta bienestar el tratamiento protésico convencional?

A pesar de la popularidad de los implantes, las prótesis convencionales son las más comúnmente observadas en la población anciana, fundamentalmente^[17]. En un estudio de cohortes realizado en la Clínica Universitaria de Salamanca en el que se comparó un grupo demandante de tratamiento protésico (P0; n=31), un grupo tratado con prótesis convencional (P1; n=29) y un grupo control (C; n=18) que ni demandaba ni fue tratado con prótesis. Se realizó una exploración clínica de caries, enfermedad periodontal y edentulismo. Se evaluó el impacto en calidad de vida mediante dos indicadores específicos (el OIDP-sp y el OHIP-14sp), y la satisfacción en escala 0-10. Los resultados demostraron que, si bien en términos sociodemográficos los grupos eran comparables, la cohorte P0 estaba significativamente más insatisfecha y sufría mayor nivel de impacto en calidad de vida que las otras dos cohortes. El principal beneficio del tratamiento protésico convencional se percibió en dimensiones relacionadas con la función masticatoria, la función estética y la valoración del estado general de la boca^[18]. Aún así, un 20% de los pacientes tratados con prótesis removibles refería molestias o incomodidades al masticar con sus nuevas prótesis. Las prótesis parciales removibles de acrílicos, sobre todo de extremo libre, son las más desagradecidas^[17], mientras que las prótesis fijas dentosoportadas son las que mejor se toleran, aunque no están exentas de algún discomfort relacionado con la dificultad de higiene o alteraciones estéticas. Conviene pues reflexionar si tiene sentido reponer molares mandibulares perdidos con prótesis parcial removible acrílica de extremo libre (tipo I de Kennedy), dado que tenemos experiencia acumulada desde hace décadas que son las más desagradecidas y que, además, una distribución en “*arcada dental acortada*” suele acompañarse de una adecuada función y estética oral para la mayoría de la población adulta^[19] tal y como postuló hace décadas el Prf Käyser de la Universidad de Nijmegen, siempre que se mantengan, al menos, 10 pares oclusales. En todo caso, sería preferible recomendar la colocación de implantes o incluso prótesis fija en cantiléver^[20] antes que colocar una prótesis removible.

¿Qué efecto tienen los implantes dentales en el bienestar?

Uno de los pocos escenarios en los que es factible aleatorizar una intervención en situaciones prostodónticas comparables consiste en trabajar con pacientes desdentados totales portadores de prótesis convencionales a los que se les colocarán implantes mandibulares y/o maxilares con distintos diseños, técnicas o protocolos. El incesante desarrollo de los implantes dentales ha obligado a la prostodoncia a cursar un desarrollo paralelo de nuevos protocolos, aditamentos, diseños, materiales, métodos de

fabricación..., muchos de ellos popularizados en el mercado con relativamente poca evidencia científica subyacente.

En esta línea de investigación, hemos ido aportando en los últimos 10 años evidencias sobre el impacto del tratamiento implantológico en los pacientes totalmente edéntulos. Nuestros hallazgos avalan la idea de que los implantes dentales son una intervención positiva para el bienestar de pacientes totalmente edéntulos que reciben sobredentaduras^[21] y muy positiva para los que reciben prótesis fija sobre implantes^[22], sobre todo cuando se realiza carga inmediata de los mismos. También hemos constatado en ensayo clínico el beneficio de la cirugía guiada, que requiere un abordaje mínimamente invasivo^[23].

Por tanto, las prótesis sobre implantes alcanzan mejores cotas de bienestar que las prótesis convencionales en pacientes total o parcialmente edéntulos, sobre todo en pacientes con extremo libre.

Dado que las mayores limitaciones anatómicas para colocar implantes están en el sector posterior (por atrofia maxilar y/o presencia de seno, nervio dentario...), resultaría particularmente útil el planteamiento rehabilitador en “arcada dental acortada”, que implicaría instalar los implantes en premaxila o en el tramo interforaminal mandibular y rehabilitar con 10 unidades fijas (molarizando el último bicúspide de la arcada)^[24]. Tenemos experiencia emergente sobre que esta configuración oclusal es satisfactoria para la mayoría de los adultos y sobre todo para los más mayores^[25].

¿Qué es el éxito terapéutico?

Tanto el clínico como el paciente desean que el resultado del tratamiento sea un éxito, pero ambos suelen desconocer que el éxito es un constructo lábil multidimensional y dependiente exclusivamente del observador. Por poner un ejemplo de labilidad, los criterios de éxito de los implantes según Albrektsson y colaboradores se referían a un implante inmóvil, asintomático y con menos de 2 mm de pérdida ósea peri-implantaria en el primer año de servicio y <0,2 mm a partir de entonces^[26]. Estos criterios de éxito han ido evolucionando, haciéndose más exigentes en cuanto a la magnitud de pérdida ósea, así como incorporando parámetros de salud de los tejidos blandos, incluso la estética o función de la restauración final^[27].

Sin embargo, todos estos criterios están focalizados a la valoración del clínico y no tiene en cuenta la percepción del paciente, y ya hemos consolidado la concepción de que sólo el paciente es el que puede cuantificar, con arreglo a sus criterios y expectativas el grado de satisfacción con la estética, función, comodidad..., lo que el tratamiento le ha generado. Los estudios dirigidos a valorar las intervenciones deberían aplicar medidas de evaluación del impacto terapéutico en estos dominios complementarios del bienestar oral, más que en parámetros puramente clínicos, que describen bien el grado de patología clínica, pero no la salud, porque este concepto requiere la valoración subjetiva del bienestar físico, psicológico y social por parte del individuo.

Por ello, resultados clínicamente satisfactorios pueden ser subjetivamente un fracaso y viceversa. En este sentido, existe evidencia que el constructo del bienestar que percibe el sujeto está dimensionalmente distribuido en 3 dimensiones (función, dolor e impacto psico-social de la boca)^[28]. Existen instrumentos específicos para poder monitorizar distintas intervenciones como el OHIP-20 para sobredentaduras o dentaduras completas^[29], el PQL para prótesis removibles^[30], el PIDAQ para tratamiento de encías^[31]. Pero también existen indicadores genéricos de calidad de vida oral como el OHIP-14 o el OIOP-sp que son válidos y fiables para medir impacto en calidad de vida oral, aunque no están dotados de especial sensibilidad para recoger las peculiaridades de las dolencias específicas de alguna especialidad odontológica. En mi opinión, estos instrumentos se deberían utilizar como norma, para poder comparar el impacto de las distintas dolencias.

Por otro lado, la mayoría de los trabajos que valoran el resultado terapéutico se centran en el grado de significación estadística de algún parámetro clínico, como la pérdida de inserción periodontal, profundidad de sondaje, color dental, espesor de encía queratinizada... , sin tener en cuenta como variable resultado complementario el bienestar del paciente. Algunos trabajos rutilantes ofrecen resultados estadísticamente significativos, aunque sean clínicamente irrelevantes. Por poner un ejemplo, aunque pueda demostrarse una ganancia estadísticamente significativa de 0,5 mm de encía queratinizada tras un injerto libre de paladar *versus* una limpieza profiláctica ultrasónica (control), es posible que ninguno de los clínicos operadores se planteen la realización de dicha cirugía en sí mismos, al considerar el coste beneficio de la intervención. No se si han tenido la oportunidad de comprobar la existencia de ortodoncistas con ligeros apiñamientos, prostodoncistas con ausencias dentales no reemplazadas protéticamente, periodoncistas con recesiones gingivales, cirujanos orales con inclusiones dentarias... , y oftalmólogos con gafas de larga evolución evitando la cirugía refractiva. ¡Quizás no tengamos tiempo ni para ir al dentista!

Los criterios de éxito para el clínico suelen estar basados en el grado de *restitutio ad integrum* o en su defecto *restitutio ad valetudinem* conseguida con la intervención. En este sentido, el clínico tiene en cuenta la complejidad anatómica, la dificultad técnica del caso, el grado de control de la enfermedad oral, la precisión-ajuste de la restauración, la estética conseguida, la biomecánica, la facilidad de desmontaje... Sin embargo, el paciente puede basar sus criterios de éxito en la morbilidad del proceso, el número de citas requeridas, tiempo en sala de espera, la duración del tratamiento, costes directos e indirectos, requerimientos higiénicos, comodidad funcional, expectativas estéticas... Por tanto, los tratamientos más agradecidos por el paciente serán los más alineados con esta peculiar manera de ponderar el éxito.

Actualmente, el éxito en implantología se valora fundamentalmente se valora fundamentalmente por la estabilidad de hueso marginal de los implantes^[27]. Sin embargo, los implantes osteointegrados serán los responsables de soportar una prótesis, que no está exenta de sufrir complicaciones relativamente frecuentes (tanto biológicas como

técnicas) y no siempre evitables como, por ejemplo, aflojamiento de tornillos, fractura del material de recubrimiento, peri-implantitis...^[32].

Según un exhaustivo meta-análisis de Pjetursson^[33] el éxito a los 5 años de las prótesis fija dentosoportadas (84.3%) es significativamente superior a las prótesis fija implantosoportadas (61.3%), porque son frecuentes los aflojamientos/fracturas de tornillos y prótesis (10.4% and 33.3%, respectivamente).

En implantes unitarios Pjetursson^[34] encuentra que, a los 5 años de seguimiento, el rango de complicaciones técnicas en las implantoprótesis oscila entre 8.3-17.5% y es más frecuente a las complicaciones biológicas que oscilan entre 2.8-8.1%. No obstante, resulta preocupante la incidencia de complicaciones que acompañan al tratamiento de elección actual, que son los implantes. Pero también es cierto que no es fácil reemplazar el elemento más resistente del organismo, que está diseñado para resistir las inclemencias oclusales masticatorias con fuerzas de entre 200-1000 Ncm en función de la zona, como también las parafunciones diurnas y nocturnas, en un entorno particularmente séptico, sin la amortiguación que ofrece el ligamento peridontal ni los reflejos tangoceptivos de protección oclusal... y todo esto utilizando fijaciones huecas de titanio sujetadas por tornillos protésicos de diámetro entre 1,2 mm y 2 mm en la mayoría de los casos. En los implantes, se percibe un nivel creciente de sofisticación en el diseño geométrico de todas sus partes y de sus aditamentos, es un digno sustituto de la dentición que consigue restaurar muy dignamente la función perdida, pero desengañense, como la dentición natural sana no hay prótesis que valga. Algún paciente me ha comentado que ya podíamos ser como los tiburones cuya dentición es renovada de forma natural de por vida^[35]. Volverías a perderlos le recriminé yo, porque los tiburones tienen varias hileras de dientes (entre 5-15 hileras) y su dentición prácticamente no tiene anclaje. Nuestra inercia evolutiva nos lleva a una reducción del número de dientes y unos maxilares cada vez menos voluminosos. En este sentido, les confieso que he disfrutado mucho leyendo el libro titulado “Your Inner fish” de Neil Shubin^[36] en el que hace un recorrido prospectivo de la morfología desde nuestros antepasados más lejanos que vivían en el gran océano hasta hoy, aportando hipótesis muy plausibles entre las semejanzas que aún hoy mantenemos en nuestra configuración musculo-esquelética con familias y especies de vertebrados de los que aparentemente nos vemos muy alejados. Como dice el jienense Juan Eslava en todas sus obras para escépticos: ¡Me lo lean!

REFLEXIONES FINALES

Tras la exposición de este compendio de evidencias y experiencias que ha planteado mi actividad investigadora resulta muy didáctico enumerar las conclusiones con respecto a esta temática:

- La valoración del bienestar de los pacientes debería de implementarse para monitorizar los cambios en la calidad de vida que nuestros bienintencionados tratamientos generan en cada sujeto.
- Las ausencias dentarias son bien toleradas en el sector posterior, aunque su reemplazo mediante prótesis parciales removibles de extremo libre suele generar impactos negativos en el bienestar.
- Las prótesis convencionales suelen ser bien agradecidas, sobre todo las prótesis fijas dentosoportadas, aunque no están exentas de perturbaciones en el bienestar, dado que uno de cada cinco pacientes refiere incomodidades al masticar y ciertas molestias.
- Las arcadas dentales acortadas en las que se mantiene el frente anterior estético son composiciones oclusales satisfactorias, sobre todo en pacientes más mayores, con unos requerimientos funcionales y estéticos menores; aunque no comparables a la dentición completa.
- Los implantes dentales en el paciente totalmente edéntulo deberían ser el tratamiento de elección en mandíbula, por el efecto beneficioso que produce, máxime si es con carga inmediata y con cirugía guiada.
- El éxito terapéutico lo define de forma diferencial el paciente y el clínico.
- A pesar de la predictibilidad de la supervivencia de los implantes, las implantoprótesis no están exentas de complicaciones técnicas y biológicas a corto-medio plazo, sobre todo aflojamiento de prótesis y fracturas del material de recubrimiento.

Con ánimo de darle pragmatismo y sentido útil para la sociedad en la que se inscribe esta Academia, ruego tomen en consideración la propuesta de hacer publicaciones cortas periódicas a través de los cauces oportunos con objeto de que las reflexiones y deliberaciones que los integrantes de esta prestigiosa academia sobre los distintos temas que puedan suscitar confusión o debate entre los profesionales o nuestros conciudadanos puedan venir avaladas o, al menos, consensuadas por un elenco de acreditados profesionales de las distintas ciencias odontológicas. No habrá mejor órgano consultivo cualificado que éste. En ese sentido, trataré de contribuir hasta donde lleguen mis capacidades.

He dicho.

BIBLIOGRAFÍA

1. Locker D. Measuring Oral Health: A conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988; 5: 3-18.
2. Elderton RJ, Nuttal NM. Variation among dentists in planning treatment. *Br Dent J*. 1983; 154: 201-6.
3. Heaven TJ, Gordan VV, Litaker MS, Fellows JL, Rindal DB, Gilbert GH; National Dental PBRN Collaborative Group. Concordance between responses to questionnaire scenarios and actual treatment to repair or replace dental restorations in the National Dental PBRN. *J Dent*. 2015;43(11):1379-84.
4. World Health Organization. *Oral Health Surveys. Basic Methods*. 4th Edition. World Health Organization. Geneva; 1997.
5. Sheiham A, Maizels JE, Cushing AM. The concept of need in dental care. *Int Dent J*. 1982; 32: 265-70.
6. Montero J, Lorenzo B, Barrios R, Albaladejo A, Mirón Canelo JA, López-Valverde A. Patient-centered Outcomes of Root Canal Treatment: A Cohort Follow-up Study. *J Endod*. 2015;41(9):1456-61.
7. Giddon DB, Mosier M, Colton T, Bulman JS. Quantitative relationships between perceived and objective need for health care-dentistry as a model. *Public Health Rep*. 1976; 91: 508-13.
8. Montero J, Yarte JM, Bravo M, López-Valverde A. Oral health-related quality of life of a consecutive sample of Spanish dental patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(6):e810-5.
9. Palomares T, Montero J, Rosel EM, Del-Castillo R, Rosales JI. Oral health-related quality of life and masticatory function after conventional prosthetic treatment: A cohort follow-up study. *J Prosthet Dent*. 2018 ;119(5):755-763.
10. Bravo et al. Encuesta de Salud Oral en España 2020. *RCOE 2020*; 25(4): 12-69.
11. Montero J, Bravo M, López-Valverde A, Llodra JC. Clinical and sociodemographic predictors of oral pain and eating problems among adult and senior Spaniards in the national survey performed in 2010. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015;20(4):e393-401.
12. Montero J, Bravo M, Vicente MP, Galindo MP, Lopez-Valverde A, Casals E, Cortes-Martícorena FJ, Llodra JC. Oral pain and eating problems in Spanish adults and elderly in the Spanish National Survey performed in 2005. *J Orofac Pain*. 2011 Spring;25(2):141-52.
13. John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Micheelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(2):125-132.
14. Kanno T, Carlsson GE. A review of the shortened dental arch concept focusing on the work by the Käyser/Nijmegen group. *J Oral Rehabil*. 2006;33:850-862.
15. Montero J, Bravo M, Hernández LA, Dib A. Effect of arch length on the functional well-being of dentate adults. *J Oral Rehabil*. 2009, 36(5): 338-345.
16. Montero J, Leiva LA, Martín-Quintero I, Barrios-Rodríguez R. Chewing Performance Calculator- An interactive method for quantifying masticatory performance in clinical settings. *J*

Prosthet Dent 2020 24:S0022-3913(19)30671-7.

17. Montero J, Lopez JF, Galindo MP, Vicente MP, Bravo M. Impact of prosthodontic status on oral wellbeing: a cross-sectional cohort study. *Journal of Oral Rehabilitation* 2009; 36: 592-600.

18. Montero J, Castillo-Oyagüe R, Lynch CD, Albaladejo A, Castaño A. Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: a cohort follow-up study. *J Dent.* 2013;41(6):493-503.

19. Käyser AF. Shortened dental arches and oral function. *J Oral Rehabil.* 1981;8(5):457-62.

20. Emami E, Feine JS. Resin-bonded cantilever partial dentures are effective in terms of patient satisfaction in the restoration of the mandibular shortened dental arch. *J Evid Based Dent Pract.* 2010;10(1):64-6.

21. Montero J, Dib A, Guadilla Y, Flores J, Pardal-Peláez B, Quispe-López N, Gómez-Polo C. Functional and Patient-Centered Treatment Outcomes with Mandibular Overdentures Retained by Two Immediate or Conventionally Loaded Implants: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Med.* 2021;10(16):3477.

22. Montero J, Guadilla Y, Flores J, Pardal-Peláez B, Quispe-López N, Gómez-Polo C, Dib A. Patient-Centered Treatment Outcomes with Full-Arch PEEK Rehabilitation Supported on Four Immediate or Conventionally Loaded Implants. A Randomized Clinical Trial. *J Clin Med.* 2021;10(19):4589.

23. Montero J, Dolz J, Silvestre FJ, Flores J, Dib A, Gómez-Polo C. Changes in oral health-related quality of life after three different strategies of implant therapy: a clinical trial. *Odontology.* 2019;107(3):383-392.

24. Montero J, Hernández LA, Dib A, Albaladejo A. Conversión de una dentición periodontal terminal del maxilar en una rehabilitación implantosoporada acertada: Estudio piloto en 6 casos. *Revista Internacional de Prótesis Estomatológica* 2009;11(1):35-43.

25. Funke N, Fankhauser N, McKenna GJ, Srinivasan M. Impact of shortened dental arch therapy on nutritional status and treatment costs in older adults: A systematic review. *J Dent.* 2023;133:104483.

26. Albrektsson T, Zarb G, Worthington P, Eriksson AR. The long-term efficacy of currently used dental implants: a review and proposed criteria of success. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1986;1(1):11-25.

27. Papaspyridakos P, Chen CJ, Singh M, Weber HP, et al: Success criteria in implant dentistry: a systematic review. *J Dent Res.* 2012;91:242-8.

28. Montero J, Bravo M, Vicente MP, Galindo MP, López JF, Albaladejo A. Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health and quality of life outcomes* 2010; 8: 24.

29. Montero J, Macedo C, López-Valverde A, Bravo M. Validation of the Oral Health Impact Profile (OHIP-20sp) for edentulous Spanish patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012; 17(3):e469-76.

30. Montero J, Bravo M, López-Valverde A. Development of a specific indicator of wellbeing of wearers of removable dentures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011. 39(6):515-24.

31. Gómez-Polo C, Sánchez de Martín MA, Curto A, Montero J, Martín Casado AM. Validation of a New Questionnaire for Assessing the Psychosocial Impact of Gingival Aesthetics (PIGAQ). *J Clin Periodontol*. 2024 (in press)
32. Montero J, Manzano G, Beltrán D, Lynch CD, Suárez-García MJ, Castillo-Oyagüe R. Clinical evaluation of the incidence of prosthetic complications in implant crowns constructed with UCLA castable abutments. A cohort follow-up study. *J Dent*. 2012 ;40(12):1081-9.
33. Pjetursson BE, Asgeirsson AG, Zwahlen M, Sailer I: Improvements in implant dentistry over the last decade: comparison of survival and complication rates in older and newer publications. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2014;29 Suppl:308-24.
34. Pjetursson BE, Zarauz C, Strasding M, Sailer I, et al: A systematic review of the influence of the implant-abutment connection on the clinical outcomes of ceramic and metal implant abutments supporting fixed implant reconstructions. *Clin Oral Implants Res*. 2018;29 Suppl 18:160–183.
35. Nicklin EF, Cohen KE, Cooper RL, Mitchell G, Fraser GJ. Evolution, development, and regeneration of tooth-like epithelial appendages in sharks. *Dev Biol*. 2024;516:221-236.
36. Neil Shubin. *Your Inner Fish: A Journey into the 3.5-Billion-Year History of the Human Body*. Ed: Vintage Books. New York 2009.

**DISCURSO DE CONTESTACIÓN
DEL DR. DON MANUEL BRAVO PÉREZ
AL DISCURSO DEL DR. D. JAVIER MONTERO MARTÍN**

Excmo. Srs. Presidente de la Real Academia Nacional de Farmacia, Excmo. Sr. Presidente del Consejo General de Dentistas e España, Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Ciencias Odontológicas de España, Excmo. Sras. y Sres. Académicos; Señoras y Señores:

Es un honor tomar la palabra para responder al discurso, ante este docto auditorio, del Dr. Javier Montero Martín. Agradezco al Dr. Bascones, nuestro presidente en la Academia, que me otorgue el honor de realizar el discurso de contestación, porque se me da una tribuna desde la que agradecer al Dr. Montero su gran valía, lo cuál es también reflejo de su generosidad, y de la gran amistad demostrada durante todos estos años que, como decía Valerio Máximo ya en el siglo I a de C., «La fuerza de la amistad supera la fuerza del parentesco», pues, en efecto, la amistad es más cierta y experimentada que aquel primer vínculo, porque a éste lo suscita un hecho fortuito, la suerte de nacer, y al segundo la voluntad de cada uno, cimentada en un sólido criterio.

Conocí al Dr. Javier Montero Martín, siendo él alumno de Odontología en la Universidad de Granada, en el año 2000. Ahí me convertí en su director de beca iniciación a la investigación. A continuación, becario de colaboración del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en el curso 2000/2001 y, posteriormente, ya como licenciado en Odontología, beca predoctoral del Plan Propio de la Universidad de Granada y a continuación Beca PFU del Ministerio de Educación. En 2006 defendió su tesis doctoral, bajo mi dirección, y hemos siempre mantenido una fluida relación científica y personal. En enero de 2005 consiguió una plaza de profesor asociado en la universidad de Salamanca, que comenzaba por aquellos años su andadura en la licenciatura de Odontología, dependiente de su facultad de Medicina. Tras una brillante carrera científica y académica, en 2019 el Dr. Javier Montero se convirtió en el primer catedrático de universidad del área de Estomatología en la Universidad de Salamanca, con la especialización en Prótesis Estomatológica. Él sigue con actividad científica yo diría que creciente y exponencial, y también se ha implicado fuertemente en el ámbito de la gestión en su Universidad, siendo director del departamento de Cirugía, que en Salamanca incorpora no sólo el área de Estomatología, sino distintas áreas quirúrgicas.

Cuando me preguntan qué es lo importante que yo haya podido hacer a lo largo de mis 35 años de profesor universitario, siempre respondo que de lo que más feliz y orgulloso me siento es de haber tenido la fortuna de estar cerca de personas como el Dr. Javier Montero, que, junto a sus cualidades que lo hacen brillante y creativo, es un hombre generoso en su trabajo. Son numerosísimos los discípulos que él tiene, y jóvenes dentistas a los que ha ayudado y ayuda en el día a día a conseguir sus objetivos de progresión profesional y de aprendizaje. Con respecto a mí, veo imposible que alguien mejore el trato de respeto y afecto que a mí siempre me ha brindado con palabras y con hechos, y eso a pesar de que ya hace muchos años que el discípulo superó al maestro.

Posiblemente, con su nombramiento como académico de la Academia de Ciencias Odontológicas, se convertirá en el más joven de todo este claustro, al menos, en términos cronológicos, y por ahora.

Javier aúna los dos requisitos que mi opinión debe reunir un buen investigador: una sólida formación metodológica, y una enorme capacidad creativa. Y los que lo conocemos de cerca, sabemos que es humilde y muy cercano en el trato. Es muy respetuoso con las opiniones de colegas de profesión y de su aproximación terapéutica. No tendría problema con Plinio, que en su Historia Natural ya en el siglo I, nos recoge la siguiente reflexión: “...y no cabe duda de que toda esa gente, al acecho de la fama a costa de cualquier novedad, negocian con nuestra vida sin pensárselo dos veces. De ahí aquellas miserables discusiones junto al lecho de los enfermos, en las que ninguno opina lo mismo para que no parezca una concesión ante el otro. De ahí aquella desgraciada inscripción funeraria: «Murió por exceso de médicos»”.

Para finalizar, estimado Dr. Javier Montero, creo hablar en nombre de la Academia y de sus Académicos, y transmitirle que es para todos nosotros un honor que personas de su relevancia científica y profesional, muy en particular para mí en concreto por razones también afectivas, contar con personalidades como usted en nuestra querida Academia de Ciencias Odontológicas.

He dicho.

Madrid, a 20 de marzo de 2025.

Manuel Bravo Pérez. Académico de la Academia de Ciencias Odontológicas de España. Catedrático de Odontología Preventiva y Comunitaria. Facultad de Odontología, Universidad de Granada.

