

Per-Ingvar Brånemark (1929-)





Aunque haya religiones diferentes,
debido a distintas culturas,
lo importante es que todas coincidan en su objetivo principal:
ser buena persona y ayudar a los demás.

Dalai Lama

El cuerpo humano rechaza por naturaleza los objetos extraños y no sólo aquellos que considera que pueden perjudicarlo sino también aquellos que

pueden contribuir a mejorar la calidad de vida como las prótesis. Cuando el médico sueco Per-Ingvar Branemark descubrió una excepción a esta regla, revolucionó la técnica de los implantes tal y como se conocía hasta los años 50.

Per-Ingvar Branemark (nacido el 03 de mayo 1929) es un cirujano ortopédico sueco y profesor de investigación, promocionado como el "padre de la implantología dental moderna." El Centro Brånemark Osteointegración (BOC), el nombre de su fundador, fue fundada en de 1989 en Gotemburgo, Suecia.

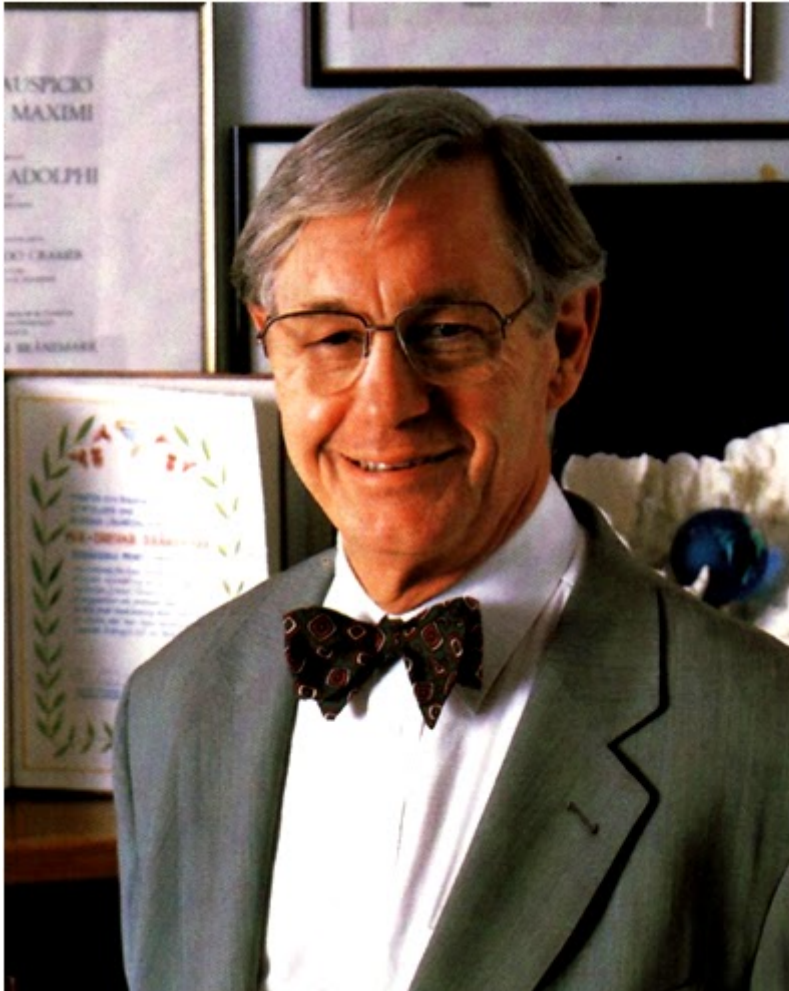
Después de estudiar en la Universidad de Lund en Suecia, Brånemark se convirtió en profesor de anatomía en la Universidad de Gotemburgo en 1969.

En 1969, mientras que el estudio de la cicatrización en los conejos, Per-Ingvar Branemark instalado un microscopio con un soporte de titanio pequeño dentro de uno de los huesos del animal. Para su sorpresa, cuando fue la eliminación de equipos se dio cuenta de que el titanio se fija al hueso. Así nació una técnica revolucionaria que permite el despliegue de los pines de titanio en el cuerpo humano como base para prótesis dentales y ortopédicas.

El descubrimiento se convirtió en el médico sueco una leyenda viviente en el mundo del implante y conquistó el mundo. La implantología moderna se basan en las enseñanzas del descubrimiento de Branemark. Aunque la técnica es tan generalizado, sólo hay nueve centros autorizados por el equipo del Dr. Branemark de hacerlo, situadas en Asia, Europa y América Latina.

El número es tan pequeña explicación: el médico sueco tiene un riguroso proceso de selección de profesionales para que lo represente en todo el mundo. En Brasil, aunque hay miles de dentistas en el país, la única clínica con el apoyo de la doctora sueca se encuentra en Sao Paulo.

Aunque técnicamente avanzado, también este tipo de cirugía tiene riesgos. Buscar una autoridad en este momento puede marcar la diferencia en el resultado de la cirugía: *la sonrisa del paciente*.



El descubrimiento

Fue en 1965 que el Profesor Per-Ingvar Brånemark, por delante de un grupo de investigadores de la Universidad de Gotemburgo (Suecia), comenzó sus estudios que condujeron al descubrimiento de la osteointegración. En ese momento, Brånemark estaba interesado en los protocolos de investigación y los procedimientos quirúrgicos que resuelvan las deficiencias físicas y funcionales de los seres humanos.

En los años 60, Brånemark la investigación de la microcirculación de la sangre en la tibia de conejo con la ayuda de una observación de la cámara

de titanio, al darse cuenta de que el metal y el hueso se integraron a la perfección, sin ningún rechazo. Basándose en esta observación, cilindros personalizados desarrollados para ser implantado en la tibia de conejos y perros. Más tarde, convirtiéndose en una base segura, modificado y optimizado para recibir a largo plazo prótesis fija en el maxilar y la mandíbula para la aplicación en seres humanos.

Nombrado como Osteointegración (del hueso de la América,), la técnica se ha perfeccionado en los últimos 40 años por los científicos que crearon el sistema más avanzado de la odontología fija la historia del mundo de restauración dental.

Las primeras investigaciones científicas

Al principio, Brånemark no imaginaba el desarrollo de un procedimiento que integra componentes de titanio y el hueso, una vez que su interés era el estudio de las técnicas de generación *in vivo* y el comportamiento de las células sanguíneas. Su tesis doctoral se basó en el estudio de la circulación de la sangre en el hueso y la médula ósea, porque en ese momento había poca información sobre la producción de nuevas células sanguíneas.

Brånemark deseaba estudiar la curación potencial y la remodelación de la interacción entre la médula ósea y sangre, con objeto de describir la conexión entre curación y fenómenos que tienen lugar en la médula ósea después de la ocurrencia de un perjuicio.

Para lograr este objetivo, usó un método desarrollado años antes en la Universidad de Cambridge (Inglaterra) se planeó una serie de experimentos que utilizaron una cámara de observación pequeña que se inserta quirúrgicamente en la tibia de los conejos para estudiar el flujo sanguíneo en el hueso. Brånemark, interesado en la regeneración de la médula ósea postraumática, decidió usar la "rabbit ear chamber" de Cambridge, pero esta vez insertada en el fémur de los conejos. Así implantó una cámara óptica endoósea de titanio que consistía en un tubo roscado hueco con varillas de cristal a ambos extremos. Después de la cicatrización, transiluminaba el

hueso colocando una luz intensa en la parte inferior y un microscopio en la superior.

Al entrar en la cámara de observación de titanio en la tibia de conejos, Brånemark utiliza un procedimiento quirúrgico muy delicado para causar el menor daño posible a los tejidos. Él creía que el hueso tenía una capacidad limitada para reparar y deben ser manejados con el mismo cuidado que otros tejidos delicados del cuerpo como los ojos y el cerebro.

Al final del experimento, después de unos pocos meses, como las cámaras eran caras, decidió utilizarlas de nuevo después de sacrificar al animal, pero al intentar desenroscarlas se encontró con que el titanio había desarrollado una unión tan sólida con el hueso que era imposible separarlo. De hecho, si se empleaba mucha fuerza, se rompía el fémur, pero la cámara seguía pegada al hueso.

Este fue el primer paso hacia el **descubrimiento de la osteointegración**.

Brånemark optado por el uso de titanio. El metal se utiliza en la industria nuclear en Rusia y fue señalado por un cirujano ortopédico, Hans Emneus en Lund, que estaba estudiando diferentes metales utilizados para la articulación de la cadera prótesis. Brånemark obtuvo una muestra por medio Jernverk de Avesta, ya partir de entonces comenzó a utilizar el titanio puro para hacer la cámara de observación.

Por último, algo muy curioso sobre el titanio: Este metal fue descubierto en 1791 por el clérigo inglés William Gregor, y en 1795 el químico alemán Martin Kalprotz (descubridor del uranio) le dio el nombre de titanio en honor a los titanes, seres mitológicos hijos de Urano y Gea. En total fueron 12, seis machos y seis hembras, algunos de los cuales se casaron entre sí. Uno de sus descendientes fue Atlas, hijo del titán Japeto y de la ninfa Clímene, tan fuerte que sostenía el universo sobre sus hombros. En realidad, todos los titanes eran muy fuertes, tan fuertes como los implantes de titanio, a los cuales (igual que a Atlas) se les ha encomendado aguantar eternamente la presión masticatoria.

El titanio es resistente al ataque químico en forma sólida, siendo mucho más resistencia a la corrosión que el acero inoxidable. Debido a estas propiedades, el titanio puro se ha convertido en los componentes de metal para proporcionar los ideales de la osteointegración.

Intrigado por este fenómeno, al que bautizó con el nombre de osteointegración, estudió el comportamiento del titanio en animales y en voluntarios humanos (puso pequeños tornillos de titanio en los tejidos blandos de los brazos de estudiantes voluntarios e hizo experimentos en perros beagle con el ortodoncista Ake Olsson). Así comprobó la inocuidad del metal en los tejidos blandos y su biocompatibilidad con el hueso, y eso le llevó a la idea de emplearlo en Medicina.

Por lo tanto, tuvo que generar honorarios para la fabricación de otras cámaras para la investigación futura.



Voluntarios humanos

Por este mismo tiempo, a los 31 años, se convirtió en Brånemark profesor asociado en el Departamento de Anatomía de la Universidad de Gotemburgo. Pronto un nuevo laboratorio fue la microcirculación mediante el cual más de 40 investigadores produjeron tesis doctorales bajo su supervisión. Los estudios de PI y su equipo fueron dirigidas a la anatomía y función de los componentes sanguíneos, y uno de los principales logros fue

la elaboración de las películas muestran el movimiento del flujo sanguíneo en la microcirculación.

Estos estudios llamaron la atención de Richard Skalak, un joven ingeniero e investigador estadounidense en una conferencia en Filadelfia. Pasó un año en Gotemburgo para supervisar las elecciones y desde entonces ha trabajado con Brånemark sino hasta 1997, año de su muerte.

El siguiente paso hacia el descubrimiento de la osteointegración es una encuesta de evaluación del flujo sanguíneo en 17 voluntarios humanos, muchos de ellos estudiantes de la universidad donde enseñaba Brånemark. Estuvieron de acuerdo en insertar, en el antebrazo, la cámara de observación de titanio y se quedó con ella durante tres a siete meses. Este estudio de la microcirculación en los seres humanos ha proporcionado dos datos importantes en titanio: a) el metal se integra en el tejido vivo y fue reconocido por esto como parte de su estructura, y 2) fue bien aceptada por los tejidos blandos, causando la inflamación que no podría llevar rechazo.

Sin embargo, de titanio, metal raro en ese momento, se usó muy poco y sólo después de 60 años, con la reducción gradual de su coste, ha sido ampliamente utilizado en la medicina y la química.

En la Universidad de Gotemburgo, se reunió Brånemark Viktor Kuikka, el ingeniero responsable del desarrollo de herramientas especiales para la investigación. Desde el principio hubo una sinergia entre los dos, y comenzó Kuikka métodos de producción de componentes de titanio necesarios para los primeros estudios y más tarde para la investigación futura. Con el tiempo, Kuikka establecido principios técnicos para la fabricación de todos los componentes quirúrgicos y protésicos requeridos para la aplicación clínica de las técnicas de osteointegración.



El primer paciente

Los principios básicos necesarios para la aparición de la osteointegración se establecieron en ese momento por Brånemark de acuerdo con sus observaciones. Podrían ser descrito como componentes de precisión y el daño mínimo a los tejidos. Los componentes deben estar completamente esterilizado para admitir el más mínimo riesgo de contaminación.

El siguiente paso fue a estudiar a evaluar el potencial de titanio como un punto de anclaje para aplicaciones médicas en relación con las extremidades artificiales. La idea original era trabajar con la cirugía para las víctimas de la rodilla y la cadera de los accidentes de motocicleta. Sin embargo, el trabajo en la rehabilitación oral se ha vuelto más factible obtener la experiencia clínica inicial.

Cuando visite a su dentista, Gösta Larsson, quien sufría de problemas dentales durante mucho tiempo, oyó hablar de la investigación desarrollada en la Universidad de Gotemburgo, y decidió aplicar como voluntario para participar de los estudios iniciales. Perdió todos sus dientes en la mandíbula 34 años, había fisura del paladar, la mandíbula y la barbilla deforme, sufriendo constantemente con dolor, tuvo considerables dificultades para alimentarse y conocer la investigación hablar. Até, se había resignado a vivir con estos problemas.

Aunque los procedimientos recomendados por Brånemark y sus colegas no fueron aceptados por muchos cirujanos orales y ortopedia en el tiempo, el tratamiento de Gösta Larsson fue el primero llevado a cabo y con éxito. Cuatro implantes se colocaron en la mandíbula que se usa para conectar una prótesis fija. Después del procedimiento, Larsson empezó a masticar, comer, hablar y tenía una vida saludable hasta el año 2006, año de su muerte.

El hecho de que la elección del primer paciente ha estado en el campo dental tenido efectos positivos, para todos los lugares en el cuerpo humano para el uso de titanio, la boca es el que tiene la mejor posibilidad de éxito. Pero también tuvo su lado negativo, debido a que la comunidad dental en Suecia, era extremadamente hostil a Brånemark, sobre todo porque él no era el dentista. Los ataques personales y profesionales se hicieron contra las diversas formas de Brånemark y esta fue una de las razones por las que él estableció con gran cuidado y control, las bases de la osteointegración.

Condiciones para la Osteointegración

Para salir de la fase de investigación a la aplicación clínica de la osteointegración, Brånemark desarrollado un propósito muy específico. Es decir, todos los implantes y componentes protésicos han sido cuidadosamente desarrollados y los procedimientos técnicos involucrados en el protocolo se detalla cuidadosamente. Y como, por experiencia, se dio cuenta de cómo obtener el mejor resultado (curva del conocimiento), Brånemark modificó el protocolo original, pero siempre con el apoyo de abundante documentación clínica. Este enfoque es crucial para la aceptación de su técnica en las futuras discusiones con sus colegas y dentistas en las universidades de todo el mundo.

La necesidad de una amplia muestra con implantes, hizo Brånemark observaciones a largo plazo poniéndose en conflicto con los funcionarios del gobierno en materia de salud en Suecia. Uno de los más graves ocurrió en el 60, en los estudios en perros. Al final del estudio, que quería mantener vivos a los animales y hacer evaluaciones periódicas de ampliar la información sobre la estabilidad de los implantes. Sin embargo, el Consejo

de Investigación Médica de Suecia ordenó que los perros fueron sacrificados y Brånemark se negó. Este hecho deterioró su relación con la institución desde hace años.

Los primeros animales de nombre, Onclas, antiguamente una raza perro, fueron donado para la investigación y vivió otros diez años, convirtiéndose en una clínica de mascotas y fundamental para el equipo para entender más acerca de Osteointegración. Otros perros utilizados en la investigación también vivió siete años o más. De hecho, estos perros fueron considerados por Brånemark, parte del equipo, por lo que tenían nombres, que fueron visitados, incluso los fines de semana e hizo ejercicio con regularidad.

No fue hasta el 10 de octubre de 1975, la Agencia Nacional de Salud en Suecia regulan el tratamiento desarrollado por los implantes Brånemark ([Patente](#)), pero su uso estaba limitado sólo por especialistas formados en su caso adecuadamente clínica. En los años siguientes, Brånemark concentrado sus actividades en la formación de especialistas y la mejora de los componentes quirúrgicos y protésicos.

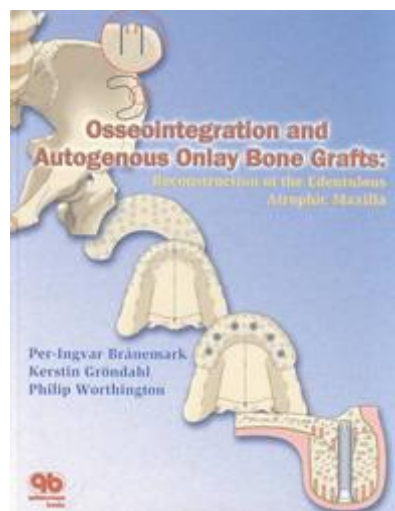
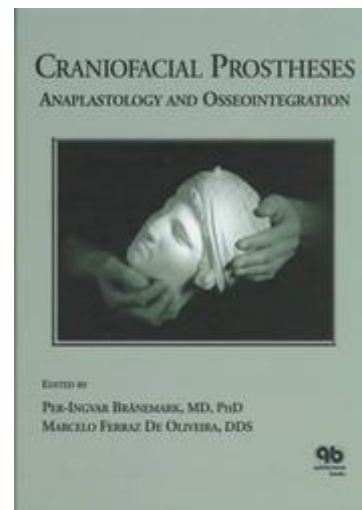
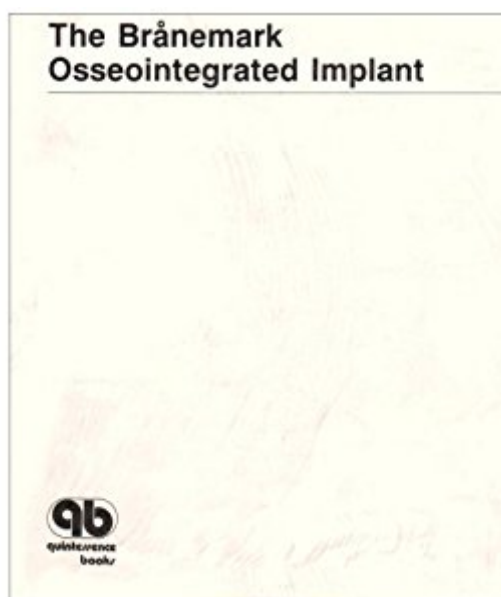
El consigue encontrar el mundo

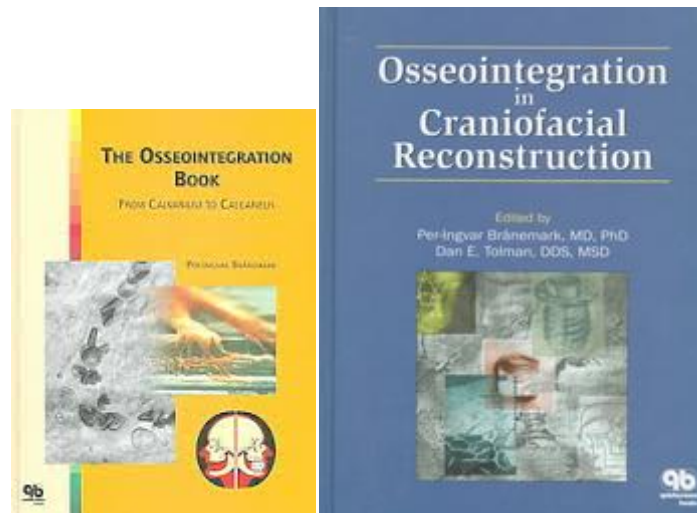
En 1978, a instancias de Linkow y otros implantólogos americanos, se había convocado la primera Conferencia del Consenso Implantológico en el National Institute of Health de la Universidad de Harvard. Allí se consideró aceptable todo implante que durara más de cinco años en boca, en el 75 por 100 de los casos.

Ya en esta ocasión, Branemark y Abrektson presentaron estadísticas del 90-91% de éxitos en el maxilar superior y del 96-98% en la mandíbula, con 85% de éxitos a los cinco años y 80% a los diez años.

Sin embargo, el concepto de osteointegración no caló en la comunidad científica americana hasta que, en 1982, el profesor [George Zarb](#), decidido defensor de las ideas de Brånemark, organizó una conferencia de osteointegración en Toronto, a la que acudieron más de 70 representantes de universidades de Canadá y Estados Unidos.

George Zarb, uno de los investigadores más importantes en el desarrollo de sustitutos artificiales de raíz dental de la Universidad de Toronto, Canadá, para aprender de la investigación Brånemark en los perros ha estado en Gothenburg, donde permaneció durante seis meses y terminó convenciendo al Brånemark compartir los resultados de su investigación con el mundo. Zarb y su grupo fueron los primeros en desarrollar estudios paralelos que utilizan el protocolo Brånemark fuera de Suecia.





Para facilitar la difusión de los conceptos del arte, se organizó una conferencia sobre "Osteointegración en Odontología Clínica" en Toronto, Canadá en 1982, con el apoyo de las Universidades de Toronto y Gotemburgo. Zarb escribió una carta personal de invitación a los investigadores dentales principales de las Universidades para asistir al evento y aprovechar la oportunidad de aprender una nueva técnica en sus carreras.

Muchos dentistas asistieron a esta conferencia sólo debido a la invitación del profesor Zarb, y confesó más tarde que no tenían ninguna expectativa de que la tecnología era superior a otros intentos en el pasado.

A pesar de tener 15 años de experiencia clínica, no sólo en Suecia, Brånemark estaba preocupado por la recepción de su presentación, pero al final de la conferencia, recibió una ovación de pie y muchos de los participantes se convirtieron en empleados en los próximos años.

Desde entonces, varias instituciones reconocidas en todo el mundo se han unido al personal de la osteointegración, en países como los Estados Unidos, Canadá, Australia, Bélgica, Suecia, España, Italia, Brasil, Chile, Japón y Corea. ha escrito varios [libros](#) y múltiples [artículos](#).

Brånemark ha sido galardonado con numerosos premios por su trabajo, incluyendo el codiciado Sociedad Sueca de Medicina Soederberg el Premio

en 1992 - a menudo referido como el "mini-Nobel" - y la medalla igualmente prestigiosos de la Academia sueca de ingeniería para la innovación técnica.

Brånemark también ha sido honrado con la Escuela de Medicina Dental de Harvard medalla por su trabajo en los implantes dentales en Estados Unidos y cuenta con más de 30 posiciones de honor en toda Europa y América del Norte, incluyendo la Beca de Honor de la Sociedad Real de Medicina en el Reino Unido. Propuesto dos veces al Premio Nobel, fué candidato en el año 2011 al Premio Príncipe de Asturias y recibió en ese mismo año el prestigioso Premio "European Inventor Award 2011" en reconocimiento a toda una vida de labor investigadora y clínica.



En 2002 Doctor Honoris Causa de la Universidad Andrés Bello Chile. El Doctor Per-Ingvar Branemark fue pionero en el desarrollo de la técnica quirúrgica de los implantes de titanio para la reconstrucción ósea en diversas partes del cuerpo, valiosa contribución para la salud humana que lo

llevó a ser distinguido Doctor Honoris Causa de la Universidad Andrés Bello, tras la proposición de la Facultad de Odontología, el acuerdo del Consejo Superior de la UNAB y la aprobación de la Junta Directiva.



En la ceremonia de investidura, en octubre de 2002, el Rector Juan Antonio Guzmán Molinari señaló que, en el plano personal, el profesos Branemark reúne las características que casi la mayoría de las veces se dan en los grandes hombres de la ciencia: la sencillez, el compromiso con el trabajo y, por sobre todo un gran amor a la ciencia, que en el caso del doctor Branemark se complementa con ese necesario sentido del humor que da a lo cotidiano e indispensable agrado de vivir. Se agrega a lo anterior su genuina preocupación por las personas, sean estos colegas, pacientes o discípulos”.

En 2003 se celebró el primer acto Doctor Honoris Causa de la Universidad Europea de Madrid. La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Europea de Madrid investía Doctor Honoris Causa, al bioingeniero sueco Per Ingvar Branemak, padre de la óseo- integración.



En abril de 1986 se reunió por primera vez en Chicago la Academia de Osteointegración.

En la década de 1980, la ADA aprobó una resolución que la facultaba para estudiar los implantes que le fueron enviados. En 1985 Nobelpharma presentó su solicitud.

En 1985 la ADA cambió el término “aprobación” por el de “aceptación”. Once sistemas recibieron la “aceptación” de la ADA de forma absoluta, y dos de manera provisional.

Actualmente se calcula que se ponen al año, en todo el mundo, unos 450.000 implantes de titanio.

Prácticamente nadie discute el fenómeno de la osteointegración y el profesor Bränemark se ha convertido en un personaje de fama mundial que aprovecha su influencia para ayudar al Dalai Lama, de cuya filosofía es un convencido admirador.

Bränemark ni siquiera era dentista, pero supo sacar consecuencias de un hecho fortuito. Otro se hubiera puesto de mal humor y hubiera arrojado las cámaras a la basura; él estudió el fenómeno como un astrónomo estudia la

nueva estrella que aparece ante su telescopio. “La inspiración debe encontrarme trabajando”, decía el poeta. La suerte debe encontrarnos preparados, pues, de otro modo, la famosa serendipia puede pasar de largo sin que la notemos siquiera. ¿Cuántos millones de personas habrían visto caer las piedras y las manzanas desde lo alto, y a nadie, antes que a Newton, se le ocurrió enunciar la Ley de la Gravedad?



[biografía](#)

•
[Abordajes al Condilo. Introduccion](#)



[Portada](#)



Revisión Bibliográfica 22.



[zoilo nuñez gil](#)

6/07/2012

[Dejar un comentario\(28\)](#)

Relacionados con Per-Ingvar Brånemark (1929-)



René Le Fort (1869-1951)



- Cirugía Craneofacial

Paul Tessier (1917-2008). Padre de la



- Sir Harold Delf Gillies (1882 - 1960).



Profesor Hugo L. Obwegeser (1920-)

Comentarios Per-Ingvar Brånemark (1929-)

No se, lo que diría Per-Ingvar Branemark, a la quizás primera propuesta del término al que aludiremos y que parece hizo, en 1965 Levignac J, como veremos a continuación, después de leer el párrafo que sigue y que aparece en la biografía de Branemark, que comentamos:

-El siguiente paso hacia el descubrimiento de la osteointegración es una encuesta de evaluación del flujo sanguíneo en 17 voluntarios humanos, muchos de ellos estudiantes de la universidad donde enseñaba Brånemark. Estuvieron de acuerdo en insertar, en el antebrazo, la cámara de observación de titanio y se quedó con ella durante tres a siete meses. Este estudio de la microcirculación en los seres humanos ha proporcionado dos datos importantes en titanio: a) el metal se integran en el tejido vivo y fue reconocido por esto como parte de su estructura, y 2) fue bien aceptada por los tejidos blandos, causando la inflamación que no podría llevar rechazo.- (Quizás la traducción sea algo incorrecta).

De su lectura quizás se pueda entender, entre otros, sobre nuestro rechazo a un término, cada vez más en uso, en el día a día clínico y quirúrgico, así, como en Cursos y Congresos y también y eso quizás, es todavía mas preocupante, en la Literatura Científica en el ámbito

de la Cirugía Oral y Maxilofacial, la Estomatología y la Odontología, etc, en casi todo lo que rodea a los implantes y que siguiendo mi promesa, no pienso, difundir, sino más bien, hacerlo ver, sobre todo y en primer lugar en el ámbito práctico y de la terminología anatomopatológica, por si no mereciera, un lugar nominativo, en la misma. Mis primeras conversaciones con anatomopatólogos, sobre el término, ya muchos años atrás, les dejaban impactados, cuando lo pronunciaba.....

Siento, que los que nos lean, tengan que soportar mi negativa al respecto y las molestias, que les pueda determinar, al intentar descifrar los posibles jeroglíficos que apunto y que "esconden" el mencionado término, que se ha integrado en el ambiente científico y casi rural, más que en su momento, lo hizo el titanio, con respecto al hueso.

Si tiene ganas y tiempo, les remito nuestra entrada al Artículo y al tema en:

Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac v.30 n.1 Madrid ene.-feb. 2008

CARTA AL DIRECTOR

Titanitis y perititanitis

Titanitis and perititanitis

Sr. Director:

Introducción

A día de hoy, creemos que podríamos decir y escribir titanitis y perititanitis (términos inventados por nosotros), con los mismos derechos, que Levignac J en Rev Fr Odontoestomatol, 1965 Oct;12(8):1251-60. French, menciona para nosotros algo parecido, en su trabajo "Periimplantation osteolysis-periimplantosis – peri " (que no hemos querido ya escribir, con todas las letras) y en el XII Congreso Nacional de Cirugía Oral y Maxilofacial de la SECOM celebrado en Granada del 23 al 25 de junio de 1993, en un Curso Precongreso , que trataba sobre implantología, que fue donde

por primera vez escuchamos los términos que por nuestra parte no vamos a escribir (. y) y que están muy introducidos en Conferencias, Cursos y escritos en Libros y Revistas Nacionales e Internacionales de gran impacto y actualidad e incluso alguno de ellos en Diccionarios (2). Desde entonces, nos produjo la sensación de que se habían introducido de manera incomprensible en el arsenal y argot científico, como ya denunciábamos el mismo día de autos. Nosotros, difícilmente escribiremos esos términos, ¡hasta la fecha no lo hemos hecho! y esperamos que nunca suceda, ya que si así fuera sería como desprendernos y romper con nuestra formación más básica y elemental.



Francisco Hernández Altemir 05/03/2016 a las 01:23

Siguiendo, aproximadamente, sobre lo mismo de lo tratado en mi Comentario anterior, alrededor de lo que rodea a Per Ingar Bränemark 1929-...., sobre la interpretación de aspectos Terminológicos, que sepamos fundamentalmente de terceros, alrededor de sus extraordinarias aportaciones Científicas y Aplicativas, decir, que hemos buscado con fechas 7 (7h,30 minutos, mas menos) y 10 (15h 58 minutos, también más menos) de septiembre del actual 2016, sobre nuestra búsqueda en Real Academia Española (Diccionario y Diccionario panhispánico de dudas-DPD-), sobre los siguientes términos: "Osteointegración" y "Osteodesintegración" (término este, que tratamos de introducir, para su desarrollo aplicativo en futuras publicaciones) no existen reflejados en el Diccionario de la Real Academia Española, ni en el Diccionario panhispánico de dudas). Si hemos visto contemplado el Término, Mucositis, en el Diccionario de la Lengua, pero no en el Diccionario panhispánico de dudas. El término Mucopatía (que recientemente íntentamos en el Congreso de Cirugía Oral e Implantología de Alicante (España) del 2016, no aparece contemplado, ni en el Diccionario, ni en el DPD).

Tampoco están, otros usados por nosotros, como Organointegración, ni en el Diccionario, ni DPD.

Tampoco Implantitis, ni Periimplantitis, (aunque prometimos no nombrarlos y si lo hago ahora, por intenciones fundamentalmente CIENTIFICAS), no aparecen en el Diccionario de la Real Academia Española, ni en el DPD.

En nuestro Artículo Titanitis y Perititnitis, que aparece, en <http://www.medicinaycirugiaoralmaxilofacial.info>, el lector interesado puede abrirlo.

Seguiremos.....



Francisco Hernández Altemir 10/09/2016 a las 19:05

Como decíamos ayer....

Y dado, que damos por hecho que:

¡Los implantes no se inflaman!.: Y de ahí, nos estamos atreviendo a decir siguiendo esta premisa, que quizás:

+ ¡Nunca hemos podido ver una Implantitis!, ni tampoco

+ ¡Nunca una Periimplantitis!

¡Si hemos visto:

Mucosistis (término contemplado en el Diccionario de la lengua) y las que denominamos: Mucopatias (según lo apuntado en nuestro comentario anterior, sin recoger, como decíamos, ni en el Diccionario de la Lengua, ni en el PDP) y también, Patologías Osteolíticas Periimplantarias!

Y en Ingles y mas brevemente, lo dicho, podría traducirse así, con el mismo contenido :

¡The Implants do not Inflammate!:

+ I´ve never seen a implantitis!.

+ I´ve never seen a Periimplantitis!,

But we have seen: Mucopathyas and Osteolytic diseases periimplantar!.

Estamos, también, en que el fenómeno de la Osteointegración,

quizás pueda tener enfrente Histopatológicamente, el que denominamos: Desosteointegración, que quizás podría acoger de una manera más global, los fenómenos, que hace ya años y aún todavía, denominan no pocos, implantitis y si, el proceso quizás es, más generalizado, periimplantitis (que no es casual, después de nuestras explicaciones, apuntemos, en minúscula).

El dar a luz, nuestros pensamientos Conceptuales una vez más, sobre la Terminología, que vemos día a día, incluso en los ambientes científicos, más relevantes, que rodean, las casi siempre Sobresalientes Terapias Titanoimplantarias, de las que se están beneficiando millones de pacientes. No debe ser óbice, para reflexionar, sobre lo señalado y que claramente consideramos no es prudente mantener y tal vez, se deba reunir en un Ambiente Meticulosamente Seleccionado, a algún grupo de Profesionales Expertos, en los que no deben faltar, además de Clínicos, Cirujanos, Anatomopatólogos, Físicos, Revisores Editoriales, en un gran etc., para de una vez, poner los aspectos Terminologicos en sus sitio, si es que no estoy confundido, de que, lo están.



Francisco Hernández Altemir 11/09/2016 a las 18:25

Como quizás habrán podido percibir de mis comentarios anteriores sobre nuestra oferta de Revisión de la Terminología que aparece en la práctica y en literatura que versa sobre implantes de titanio y dado, que adelante, con incertidumbre claro, el de Desosteointegracion y de forma similar, me podría atrever a que pudiera ser un término, con capacidad para sustituir a los habituales de implantitis y/o periimplantitis.

No voy a extenderme por ahora, más hasta ver si puede llegarme algún comentario al respecto, para otras posibles decisiones, de lo que venimos tratando.



Dr. Francisco Hernández Altemir 20/09/2016 a las 17:49

Creo que es hora, de pedirle permiso al Dr. Zoilo, sobre sí puedo seguir abundando en esta serie de Comentarios sobre probable Terminología implantaria.

No obstante, mientras nos llega la autorización correspondiente, sólo decir a estas horas que escribo, que quizás los más puristas, que puedan aceptar, por ejemplo, el término

DESOSTEOINTEGRACION, En no mucho tiempo, podrán matizarlo según su evidencia clínica, radiológica y probablemente anatomopatologica, etc., en Grados, tipos o similares. Así, si fuera el primero, tal vez de más a menos, Grado 1, Grado 2, 3 y un etc., variable....., que a su vez, podrían intercalar matices...



Francisco Hernández Altemir 21/09/2016 a las 00:16

Estoy convencido, que los posibles lectores que estén siguiendo nuestros Comentarios, sobre Propuesta de Adecuación de la Terminología que Rodea la Práctica Clínica e incluso Investigadora de las terapias con implantes de titanio, se sentirán inquietos. Ya que, puede parecer, que ofrezco en uno y otro momento, varios términos, sustitutivos de los que vengo denunciando.

Pero después de considerar, como premisa relevante, el hecho para nosotros incuestionable, de que los ¡IMPLANTES NO SE INFLAMAN! y todo, lo que pueda suceder a su alrededor, no tendría "nada que ver", dicho de otra manera, con el TITANIO, puro y duro y sólo por ello, no deberían participar en denominación alguna empezada, por im....., peri.... y terminadas, poritis.

Posibles Términos aplicativos, para los fenómenos que suceden en los tejidos que rodean a los implantes, por ahora, como más sobresalientes quizás, serían los de: OSTEODESINTEGRACION (ODS) y/o DESOSTEOINTEGRACION (DOI), ambos con las posibles repercusiones o influencias, en algunos casos de las mucosas relacionadas. En todos los casos (ODS) y (DOI), habría que no dejar de buscar el porque, de esos fenómenos destructivos, por

llamarlos de una manera genérica.

No dejo de pensar, de cómo es posible, que nos hayamos atrevido a sacar a la luz, los términos (ODS) y (DOI), que parece que quieran contravenir el indiscutible y reconocido fenómeno de la OSTEointegración (OI), con todo su significado, que no es preciso desglosar....

Acción y Reacción, parecen inseparables, tal vez, no estamos obligados a que puedan "convivir" los que ahora llamamos fenómenos (ODS) y (DOI) con el intocable de la (OI).

No le prometo a los lectores, nada, de que siga dándole vueltas a este asunto e insisto, en que se animen, ¡a no estar de acuerdo con nuestras Propuestas!



Francisco Hernández Altemir 22/09/2016 a las 13:44

Más sobre Terminología y otras.....

Cuando el Espacio, la región o el área periimplantaria, etc., aparece (más o menos desdibujados, clínica y sobre todo, radiográficamente, por emplear una palabra sencilla y casi de uso común, podemos nominarla, por su inicio y/o causa fisiopatológica, con pretensiones científicas, entre otras muchas, además de las señaladas (ODI) y (DOI) y las que señalaremos de inmediato, cuando se ve afectada la mucosa periimplantaria, adornándolas, con el inicio y/o terminación, muco(sitis):

Y si los términos, son tales como:

Osteodesintegración, desosteointegración, osteodestrucción, osteodistrofia, lisis periimplantaria, osteolisis, osteitis, pasarían a denominarse como;

Mucoosteodestrucción periimplantaria, osteodestrucción periimplantaria con mucositis y o también:

mucoosteodesintegración, mucodesosteointegración, mucolisis periimplantaria, etc., por citar sólo algunos de los señalados.

Sirva todo lo dicho, para que el clínico, vea que tiene, según nuestro

pensamiento, multitud de posibilidades de expresarse quizás mas correctamente, si ha entendido claro, que los **IMPLANTES NO SE INFLAMAN**, pese, a que se pueden inflammar o afectar, todos los tejidos que les rodean.

Siguiendo, sobre otras circunstancias:

Algunos pueden decir, que a veces los implantes, se mueven o rompen más o menos crónica, espontánea o accidentalmente, etc. En estos casos, se pueden producir fenómenos inflamatorios, como no, periimplantarios o más extensos y evolucionados, con repercusiones, en las gingivomucosas adyacentes e incluso de zonas, más alejadas. Deberíamos expresarnos para estos casos como: Proceso, infección, osteodestrucción, osteolisis, etc, , por afectación estructural, del implante.

En otras situaciones sobre la superficie de un implante y/o de sus complementos, se deposite placa, flora bacteriana, sarro, etc., y aquí, habría que hablar, si se produjeran síntomas al efecto, de forma genérica, como afección por ejemplo:

Gingivoperiimplantaria de etiología tártrica, por poner un ejemplo. Quizás seguiremos trabajando, sobre el tema..... ,aunque nos sentiríamos reconfortados, si hemos sido capaces de despertar, cierta curiosidad para desbloquear, la terminología clásica, que no obstante, estamos observando, se va abriendo.....



Francisco Hernández Altemir 23/09/2016 a las 14:03

Nos parecería oportuno, que los interesados en estos últimos Comentarios, si ya se pueden llamar así, leyeran en Aportaciones de <http://www.medicinaycirugiaoraly maxilofacial.info>: Pinchando en (English) **G A S T R O S T O M Y**

Source: Gastrostomy

ISBN 978-953-307-365-1

Edited by: Pavel Kohout

Publisher: InTech, December 2011

hasta ver:

-Psychosomatic manifestations of gastrostomy in head and neck surgery (Chapter-10), y ahí, el Apartado 3 de la página 146, Titulado : ¿ Organointegración o también mejor pseudoorganointegración?, y de su lectura, quizás puedan sacar algún tipo de "parecido", con lo que venimos exponiendo, cuando hablamos de Osteointegración (OI) y/o de su posible opuesto, si es que existe, que hemos llamado Osteodesintegración (ODI).

Eso sí, sabiendo que todas las comparaciones son odiosas y aquí, quizás más. Porque parece que mezclamos, churras con merinas, esto es, Titanio, con tejidos orgánicos y ahora, en el Apartado señalado, hablamos ´, de Trasplante de tejidos orgánicos, entre donante y receptor, con las repercusiones inmunológicas correspondientes. Que no parece que se den, entre Titanio y huesped.

Lo dejamos dicho todo esto: Por si se pudiéramos necesitar. esta referencia.

Nota: También se puede entrar directamente, quizás más fácilmente a través de Google académico y/o Google: Introduciendo el texto: ¿ Organointegración o tambien mejor pseudoorganointegración?



Francisco Hernández Altemir 23/09/2016 a las 22:44

De todos los Comentarios anteriores desearía, dejar estas opciones, extractadas, para que puedan expresarse, si es de su conformidad, todos los implicados en los diferentes aspectos, que puedan implicar la práctica Asistencial, Científica. Investigadora, Industrial e incluso en lo Social, de los Implantes de Titanio.

En referencia a la Terminología que creemos puede ser considerada, para que forme parte, de la ya existente y así, cada uno de los interesados, seleccione las opciones, que libremente determine, cómo parece. no puede ser de otra manera. Pero al menos, que no le falten por nuestra parte, los apoyos.

Al caso queremos, subrayar fundamentalmente, los términos: Osteodesintegración (ODS) y Desosteointegración (DOI), que pueden ocupar lugar en expresiones, como:

1-Osteodesintegración periimplantaria y/o Osteodesintegración paraimplantaria

2-Desosteointegración periimplantaria y/o Desosteointegración paraimpalntaria

A su vez 1-2: Clasificables en Grados o Similares.

Más opciones expresivas, se pueden deducir de los Términos, que señalábamos también ayer, con el apellido peri o paraimplantaria(o) u otros al efecto, que la asistencia, pueda determinar, para Términos como:

Osteodesestructuración, Osteodestrucción, "Osteodistrofia", lisis, osteolisis, osteitis y los mismos, si hay afección Gingivomucosa concomitante, podrían pasar a denominarse, como:

Mucositis con osteodestrucción periimplantaria,

Mucoosteodestrucción periimplantaria.

Osteodestrucción periimplantaria con mucositis y o también:

Mucoosteodesintegración, Mucodesosteointegración, Mucolisis periimplantaria, etc., por citar sólo algunos de los señalados y posibilidades.

Todo sin expresar, por ello, que los Implantes puedan inflamarse, como si ocurre, en la Literatura Científica, más reconocida y actual.

Lo referido para que los Clínicos, etc., vean que tienen, según nuestro pensamiento, posibilidades de expresarse, quizás mas correctamente, si han entendido, que los IMPLANTES NO SE INFLAMAN, pese, a que sí, se pueden inflamar o afectar, todos los tejidos y estructuras, que les rodean y/o más alejadas.

Creemos, que entender, que los IMPLANTES NO SE INFLAMAN, no sólo tiene significado en la Clínica, sino, en todos los aspectos,

Fisiopatológicos y Científicos, que rodean a los **IMPLANTES DE TITANIO**, que es de lo que hemos venido tratando.



Francisco Hernández Altemir 24/09/2016 a las 20:50

Con todas mis disculpas:

Alveolitis, polialveolitis y mucoalveolitis periimplantaria(s), también podrían ser definitorias.



Francisco Hernández Altemir 24/09/2016 a las 22:50

Carl E. Misch, en Implantología Contemporánea III Edición 2009, ya señalaba en el Capítulo, 42 - Mantenimiento de los implantes dentales: escala de calidad de salud del implante- Página 1077, en el Apartado concreto: Calidad del Implante en la escala de salud: valoración clínica de la transición salud-enfermedad, en el segundo párrafo y textualmente: " Suelen emplearse índices periodontales para evaluar los implantes dentales (nosotros incluso, suprimiríamos dentales). Pero estos últimos son fundamentalmente diferentes debido a que no tienen caries, no tienen pulpas dentales que funcionen como indicadores tempranos de enfermedad y no tienen membrana periodontal. Además, los términos empleados para describir la enfermedad periodontal suelen ser inadecuados a la hora de aplicarlos a los implantes".

Por todo ello y refiriéndonos, a nuestro comentario anterior, en el que, mencionamos los de: Alveolitis, polialveolitis y mucoalveolitis periimplantaria(s), con intenciones definitorias, sólo tendrían cabida y temporal, en aquellos casos en los que el implante es Inmediato a la extracción dentaria, cuando todavía el alveolo esta anatómicamente presente y todavía podría evolucionar con cierta autonomía histopatológica, pese al implante sustitutivo, del diente extraído.



Francisco Hernández Altemir 04/10/2016 a las 12:16

Señalar la discreción, de como en dos líneas y no completas, Carl E. Misch, en el Capítulo 41, del ya arriba señalado, -Un implante no es un diente: comparación de los índices periodontales-, en el Apartado: Enfermedad periimplantaria, Página 1068, párrafo 4, dice textualmente: "El término periimplantitis describe la pérdida ósea alrededor un implante".

Es aquí y con toda modestia, donde seguimos insistiendo, en quizás lo inadecuado del termino y de los que puedan derivarse del mismo. Este(n) donde esten referenciado(s) y más, en el Maravilloso : - Implantología Contemporánea III Edición-.



Francisco Hernández Altemir 04/10/2016 a las 13:36

Yo quiero pedir disculpas, por seguir mareando la perdiz, pero resulta que dándole vueltas, ahora de forma mas especifica, al Termino Osteointegracion y apoyado con las afecciones periimplantarias, que no pocas veces le acompañan. Me hace pensar, que la denominacion del fenomeno, puede resultar excesivo y quizás habría que otorgarle, otro más ajustado o modesto, como podría ser el de osteoaposition, osteoadherencia, osteoconvivencia, osteoadaptacion o similares y es, porque, se quiera o no se quiera, parece que la relación entre el hueso y el implante de titanio, para lo que hablamos, no tiene, verdadero carácter de intimidad anatomopatologica estricta. Lo que no debe resultar extraño. La realidad, es que son estructuras individuales, la una orgánica, el hueso, con lo que ello conlleva y la otra metálica y que se comporta en una mayoría de casos, por suerte, como inerte o indiferente a aquel. Siendo queramos o no, un verdadero cuerpo extraño, como no se podría decir menos, aún siendo de titanio y no pocas veces arropado de otras aleaciones metálicas, más o menos nobles. O no metálicas, tipo de la hidroxiapatita, etc. Lo que decimos, para nada

trata de desvirtuar el éxito asistencial, que representan los tratamientos derivados de la inserción en la mayoría de las ocasiones, de las prótesis dentarias restauradoras, apoyadas sobre los implantes principalmente de titanio. Léase lo dicho, pues para que tanto clínicos, como científicos, ajusten, ajustemos las terminologías a lo que se deja ver principalmente, por los soberbios estudios, incluso ultraestructurales del espacio entre hueso e implante. Y los derivados, de la clínica, en el día a día. La verdadera integración para nosotros sería, pues, aquella situación en la cual, dos o más elementos en un mismo medio, no se interfieran para nada, biológica y estructuralmente, para decirlo breve y quizás llanamente, como a nosotros correspondería.



Francisco Hernández Altemir 15/10/2016 a las 17:08

Creemos saber, que la enfermedad periimplantaria, se suele iniciar en el espacio de la mucosa "adherida", que rodea la porción cefálica del implante. casi desde el mismo momento, de la instalación de los pilares y manifiesta, muchas veces sobre todo, cuando, soportan las coronas correspondientes. Una buena prueba clínica, de ello, es que la enfermedad implantaria, en sus primeras fases, se controla, cuando prestamos atención, al entorno estriado de los implantes y zonas pulidas, que pudiera haber y claro, a la superficie y ajustes de pilares y coronas. Con mejoras, casi inmediatas, después de explorar y tratar las zonas críticas señaladas instrumentalmente y con otros, conocidos. Para luego ya acciones regenerativas, si fuera el caso y sobre todo para pensamientos preventivos.

El entorno adverso, que podamos crear o ignorar, en el área de la perimucosa periimplantaria, se debe interpretar, como el reto más trascendente, al que nos debemos enfrentar, en nuestros tratamientos y controles.



Francisco Hernández Altemir 18/11/2016 a las 20:38

Quizás, de algunas de las cosas, que vengo Comentando, se podría deducir, que si bien los Implantes de titanio (por casi inertes, en su medio aplicativo, según nuestro parecer y sin desdeñar otros, que pudieran tener pensamientos similares) representan en su gran mayoría, un gran beneficio para los pacientes y un éxito asistencial, para Clínicos, Protésicos y como no, para toda la Industria relacionada. Al cubrir además, no pocas veces, la falta de eficiencia de algunos tratamientos clásicos, por unas u otras razones.

Ahora bien, a pesar de sus beneficios, los implantes aludidos, no tienen, para sus efectos, quizás, los mismos requerimientos y matices científicos, que los que se necesitan en la exigencia, de la clínica clásica.

Lo dicho, es, para evitar por ello, el dejar, por interesados, el estudio, práctica y tratamiento de los territorios señalados y que así, permanezcan atentos y diversos, en su formación.



Francisco Hernández Altemir 25/11/2016 a las 01:02

Creo que podríamos comentar, con alguna relación con lo dicho ayer, el como los implantes, se han introducido en la práctica clínica, de forma tal, que ya los pacientes, no quieren ni oír hablar, de algo que tenga que ver con la Conversadora tradicional y no precisamente, por su culpa, sino más bien, por lo que los medios y no pocos profesionales promocionan. Parece, como si, el "éxito" de los mismos, pudiera ser determinante, para que nadie, no vea el futuro con optimismo, y pueda llegar a pensar, -para que cuidarme, si luego, e incluso ahora, me pueden curar, con implantes, por no citar otros tratamientos de moda-.

¡Quizás habría que transmitir a las nuevas generaciones de Especialistas y a la Sociedad en general, que los implantes, no son pastillas y sus propiedades para la salud general y bucal, son muy limitadas!



Francisco Hernández Altemir 26/11/2016 a las 20:54

Errata corregida: Decía Conversadora..... y es Conservadora.....
Creo que podríamos comentar, con alguna relación con lo dicho ayer, el como los implantes, se han introducido en la práctica clínica, de forma tal, que ya los pacientes, no quieren ni oír hablar, de algo que tenga que ver con la Conservadora tradicional y no precisamente, por su culpa, sino más bien, por lo que los medios y no pocos profesionales promocionan. Parece, como si, el "éxito" de los mismos, pudiera ser determinante, para que nadie, no vea el futuro con optimismo, y pueda llegar a pensar, -para que cuidarme, si luego, e incluso ahora, me pueden curar, con implantes, por no citar otros tratamientos de moda-.

¡Quizás habría que trasmitir a las nuevas generaciones de Especialistas y a la Sociedad en general, que los implantes, no son pastillas y sus propiedades para la salud general y bucal, son muy limitadas!



Francisco Hernández Altemir 26/11/2016 a las 23:50

Si supiéramos, el número de implantes de titanio, que se han colocado en Suecia o en el conjunto de los Países Nórdicos (elegidos, por quizás ser muy similares entre ellos, en una mayoría de aspectos, que suponemos, pero que no nos atrevemos a certificar) desde que se inició el procedimiento. Seleccionados por años. Y otros parámetros a determinar, podríamos, obtener alguna idea, de como ha podido ir evolucionando, la salud bucal de las poblaciones respectivas. Y así, si resultara, que se van poniendo cada vez menos implantes, serviría para aproximáramos a una mejora o no, de la asistencia bucal en general. Y de ello ver, que adelantos terapéuticos han podido ser los causantes. A menos implantes, si las condiciones sociales y sanitarias y otros etc., se mantienen, reflejaría, que vamos adelantando, no sólo asistencialmente, si no lo que es muy

importante, Científicamente y de ello, a su vez, en que aspectos terapeuticos, concretos y en que habría que mejorar e innovar, etc



Francisco Hernández Altemir 27/11/2016 a las 21:08

Al principio de la era del titanio, cargábamos los implantes a los tres meses para asegurarnos que estaban integrados. Ahora ya, vivimos otros tiempos y se integran, casi de forma personalizada y me refiero, al clínico fundamentalmente, si es que no existen condicionamientos muy específicos, en el paciente.

Interpretamos con esto, que el fenómeno osteointegrativo, se ha ido devaluado en su significado primitivo siguiendo, lo que hemos venido exponiendo en los Comentarios que preceden, y que hablemos de términos, como osteoadherencia, osteoconvivencia, osteotolerancia, etc.

Y pensando más sobre el particular, cabe, que como generalmente ahora los proceso alveolo dentarías, no se exponen de aquella forma tan drástica. Y la evolucion clínica de la mucosa perforada selectivamente, es más rápidamente favorable (el profesional, ya no ve el hueso desde el principio de la cirugía y da, que se haya olvidado del mismo). Y hace que ahora, mire, poco incluso el aspecto de la "minima mucosa gingival afectada del area de implantación" y tal vez mas, a la Inmediata sobredentadura. Y no parece, que le vaya mal al paciente, ni al cirujano.



Francisco Hernández Altemir 28/11/2016 a las 01:47

No se, sí existen estudios experimentales o mas avanzados, y pido disculpas, sobre el efecto. si sucediera, del grado de adherencia, que se daría entre implante de titanio totalmente lisos o incluso pulidos, sin ningún tipo de rosca, instalados, a medida estricta, en hueso maxilar y/ o, incluso en otras estructuras oseas, aislados del medio bucal y todo, para comprobar, que grado de fijación entre ambos, se llevaría a efecto. Si la fijación, fuera efectiva, sería un dato

interesante, para en casos seleccionados suprimir la rosca y otros relieves o ausencias, de los cilindros de titanio, que proponemos. De esta manera y ya sabemos, se hace parcialmente, en la porción cefalica de los implantes de titanio, en el espacio que seria gingivoalveolar, para evitar los efectos del biofíl y en definitiva, de los elementos adversos de la placa vital e inorgánica.

En definitiva, si esto funcionara, los inconvenientes, de elementos extraordinarios entre hueso e implante, no se darían o lo harían en menor proporción. Y podría tener connotaciones aplicativas, para evitar o disminuir la enfermedad periimplantaria.



Francisco Hernández Altemir 01/12/2016 a las 21:26

Espero que el posible lector, vea en nuestro anterior comentario, que podríamos llamar, el de los Cilindros de Titanio, un verdadero interés en conocer por nuestra parte, si alguien tiene experiencia, el grado de osteoadherencia o similar, que verdaderamente, pueda suceder, entre el más elemental de los diseños de simples cilindros de titanio con el hueso, al menos desde el punto de vista experimental, para si los resultados fueran positivos, plantearlos en el humano, para posibles aplicaciones que pudieran darse .y que someramente algunas apuntábamos.

Tal vez, algunos dirán, que les o investigue al respecto y tal vez no estén exentos de razón, pero me atrevo, porque me extrañaría, que con la investigación que hay en el mundo de la Implantología.



Francisco Hernández Altemir 02/12/2016 a las 14:28

Corrección ultimo párrafo de nuestro Comentario de hoy, debe decir:

Tal vez algunos dirán, Que lo investigue al respecto y tal vez, no estén exentos de razón, pero me atrevo, porque nos extrañaría, que en la investigación que hay en tema de implantes, esto no se hubiera contemplado.



Francisco Hernández Altemir 02/12/2016 a las 14:41

Alguno de los que leen los Comentarios, pero que no lo expresan por escrito, como sería quizás, lo más productivo para todos y sin extendernos mas. Decir, que cuando hablamos de cilindros de titanio de uso sanitario, nos referimos a cilindros macizos, de medidas adecuadas, a la experimentacion animal tradicional (cerdos), sin huella, rosca, mortaja o resalte alguno. Esto es, puros y llanos cilindros, pulidos e incluso tratados en superficie, de las múltiples formas reconocidas o de lo que seria muy interesante, de algunas, top secret, que puedan darse y no tubos, que remeden trefinas de titanio, que pudieran pensarse a modo de implantes, que permitieran el crecimiento oseoso intero y si, las trefinas convencionales extractivas, que ahora empleariamos, para instalar el implante de diámetro más preciso posible. Todo para evitar el mínimo o nulo espacio entre el implante y el hueco de hueso y así determinar, como se desarrollaría el fenómeno adaptativo, entre titanio y hueso, de nuestros cilindros, en los tiempos que se estimen, con la superficie ósea, labrada en el hueso del animal elegido, tanto a nivel alveolomaxilar o en otras zonas esqueléticas, sin contacto alguno con el exterior orgánico.



Francisco Hernández Altemir 05/12/2016 a las 21:51

Es probable, que el Lector de los Comentarios que hemos venido haciendo ya de años antes, con Artículos tradicionales y ahora, recientemente, desde que anunciamos ¡LOS IMPLANTES NO SE INFLAMAN! y retomemos: términos como periimplantitis e implantitis y también, de hace no mucho el de Mucositis y muy cercano, el supuesto integrativo, etc., y de todo, lo que vamos derivando, los lectores, echen de menos, algún tipo de Protocolo, en cuanto a que lo que apuntamos, se base exclusivamente en criterios personales, sin haber sufrido previamente algún tipo de control, en

Medios Colegiados Tradicionales: Cursos, Congresos y/o de los que gozan Los Libros y sobre todo, las Publicaciones tradicionales, con sus Equipos Editoriales y Revisores Especializados, que si bien dan más confianza, en lo que pueda salir a la luz, puede resultar, para algunos de nosotros, que quizás adolezcan, en no pocas ocasiones, de la inmediatez de los que estamos, por decir y hacer, las cosas con más fluidez, por decirlo brevemente.

No obstante, para que se vea, que no queremos eludir estas responsabilidades, en lo tratado, animamos a los Lectores, a que visiten al respecto:

<http://www.medicinaycirugiaoralmaxilofacial.info> y sigan en la Página de Inicio, el contenido del Primer Recuadro Sobretitulado: PERIIMPLANTITIS PLAGA DEL SIGLO XXI y en su interior, vayan activando de arriba abajo, los Titulados: "Pinchar aquí , para leer su contenido y reseñas bibliográficas relacionadas y así, se puedan quedar más tranquilos



Francisco Hernández Altemir 10/12/2016 a las 21:26

No es la primera vez, que voy a tratar, de lo que sigue y al respecto, ya publicamos el siguiente artículo:

¿Que le puede pasar a la Cirugia Oral y Maxilofacial, a la Estomatología y a la Odontología, con el desarrollo quizás incontrolado, de las terapias implantologicas o similares, asi como de forma parecida a la Medicina y a sus Especialidades, en los aspectos que les correspondan a cada una de ellas?. -What could happen to Oral and Maxillofacial Surgery, Stomatology and Odontology with the development, possibly uncontrolled, of implantologic or similar therapies?. Likewise, what could happen to medicine and its specialities? -:Revista Española de Cirugia Oral y Maxilofacial v. 30 no.3 Barcelona may-jun 2008.

Articulo, que esta claro, no parece haya significado influencia preventiva alguna, como ya para aquellos tiempos presentíamos, no

obstante.

Pero, empleando un símil futbolístico, queda claro, por lo que lean a continuación, que no damos nunca una pelota por pérdida. Y moral toda, como los del Club Español de Fútbol Deportivo Alcoyano, donde, el que tira el córner, es el mismo, que remata de cabeza. Dicho esto, deseáramos ahora, insistir en lo parecido de hace ocho años, esto es aplicar en primer lugar y crónicamente las Ciencias Básicas propias de la Medicina, Estomatología, Odontología y de la Cirugía Oral y Maxilofacial, para a continuación, las derivadas Terapias Preventivas y Aplicativas Tradicionales. Para así conseguir poner el número de implantes verdaderamente necesario, en la población y todo fundamentalmente, a través de cuidar, de lo que la naturaleza nos ha dotado. Lo excepcional debería ser tener que poner implantes sustitutivos de las estructuras dentarias perdidas, por falta de prevención, de incluso, de lo que los pacientes saben, en cuanto a higiene, alimentación, etc., en una gran mayoría de casos o por, en ocasiones que el profesional se olvide de las terapias convencionales, en beneficio de las que no deberían ser artificialmente punteras.

Dicho brevemente y ahora si:

INTEGRAR LA MEDICINA Y SUS ESPECIALIDADES EN EL ESTUDIO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LAS AFECCIONES DEL TERRITORIO BUCAL Y ESTRUCTURAS CRANEOFACIALES Y CERVICALES RELACIONADAS.



Francisco Hernández Altemir 14/12/2016 a las 00:56

Los términos periimplantitis e implantitis acaparan el mundo de las especialidades médico quirúrgicas, Específicas Bucales y de las más genéricas del Territorio Oral y Craneomaxilofacial y de todo lo que de ella se deriva. No por ello se debería permitir, que fueran punto de lanza, para que nadie pueda sacar partido de ellos, sin pararse a meditar de su validez científica. Son no pocas veces, habituales de

clínicos, científicos y del mundo de la industria y el marketing, que quizás no se han parado a meditar, si verdaderamente, pueden codearse, con otros, que conviven con el resto, de lo que podríamos llamar Los TÉRMINOS MADRE DE LA CIENCIA.



Francisco Hernández Altemir 16/12/2016 a las 02:27

Apuntábamos en nuestros primeros Comentarios, de este espacio, que puso el Dr. Zoilo a disposición de Interesados, el 2012.

Que el 7 y el 16 de septiembre del 2016, investigamos en la Real Academia Española de la Lengua y otras afines, al mundo hispánico, de términos como osteointegración, osteodesintegración y/o desosteointegración, entre otros afines a la temática, de que tratamos.

Y ahora resulta que hemos caído, en que como parece que creemos o ponemos muy en duda, que el primero de los señalados arriba, no existe. Difícilmente, podemos apoyarnos, en los dos que le siguen, para definir la destrucción ósea periimplantaria, más o menos contundente, que pueda darse.

Creemos que esa zona, podría referenciarse, sin más, como espacio de osteítis, osteolisis, osteodestrucción o similares, con más fortuna y rigor científico, que los de osteodesintegración o de desosteointegración que apoyábamos o que pudiéramos incluso, al último referido, como haber querido dar vida aplicativa.

Sin olvidar claro, las manifestaciones perimucosas o más generalizadas del área ósea desestructurada, que también se merece, una meticulosa terminología.



Francisco Hernández Altemir 24/12/2016 a las 12:59

Hoy sin ningún tipo de idea al respecto, resulta, que de repente, nos ha venido a la cabeza, nuevamente, el Artículo de 2008: Titanis y perititanitis, que el lector puede encontrar, anunciado en esta misma Bibliografía ya, en Comentario del 10/9/2016, para ir, a la Página de

Inicio de: <http://www.medicinaycirugiaoralymaxilofacial.info>.

Y resulta al respecto, que incluso, lo he repasado y delmencionado, hemos podido, ya pasados tantos años, deducir de su vigencia y para actualmente, reforzar algunas consideraciones y nuevas aportaciones de las que estamos tratando, en estos Comentarios y en nuevos foros especializados.

No negaremos, que hemos sentido, satisfacción al poder percibir, que podemos perseverar en aspectos conceptuales que expresábamos y expresamos. Todo porque, modestamente, creemos que aquellos pensamientos, se han podido venir consolidando con el paso de los años.

Para aquel 2008, Titanitis y perititanitis, lo habíamos mandado previamente para su valoración, por Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery, sin éxito para su Publicación.

No se, sí lo mandáramos ahora, nuevamente, correría la misma suerte, después de todo, lo que creemos estar viendo y viviendo.

También pueden leer: ¿Qué le puede pasar a la Cirugia Oral y Maxilofacial a la Estomatología y a la Odontología con el desarrollo quizás incontrolado de las terapias implantologicas o similares, así como de forma parecida, a la medicina y a sus especialidades, en los aspectos que les correspondan a cada una de ellas?. Revista Española de Cirugia Oral y Maxilofacial 2008 Scielo.



Francisco Hernández Altemir 25/12/2016 a las 20:38

Deja tu comentario Per-Ingvar Brånemark (1929-)

[Identificate](#) en **OboLog**, o [crea tu blog gratis](#) si aún no estás registrado.

1.
- 2.
- 3.



1.

2. Enviar comentario



Tu nombre

Los comentarios de este blog están moderados. Es posible que éstos no se publiquen hasta que hayan sido aprobados por el autor del blog.

• [Portada](#)

• [Archivos](#)

• [Temas](#)

• [Fotos](#)

• [Contacto](#)

• [Suscribir](#)



UNIDAD DE CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL - blog creado con el gestor de blogs gratuito **OboLog**.

[Crea un blog gratis en Obolog](#) | [Privacidad y condiciones de servicio](#)