

IMPLANTES METALICOS SUBPERIOSTICOS

POR EL DOCTOR
ALBERTO BERTUCCI PRETTI
 Asistente de Periodoncia de la
 Facultad de Odontología.

S U M A R I O

FINALIDAD.
 ESTADO ACTUAL.
 TECNICAS QUIRURGICAS Y
 PROTESICA.
 RESUMEN.
 CONCLUSIONES.

FINALIDAD

En este trabajo tratamos de destacar la importancia de los implantes subperiosticos y las posibilidades clinicas que de ellos surgen, interesando a la masa profesional en su experimentación, para poder así contar con una casuística propia que nos permita presentar conclusiones al igual que las escuelas extranjeras.

ESTADO ACTUAL

La escuela Americana es sin lugar a dudas quien más trabajos ha realizado en este sentido y la casuística presentada es verdaderamente extraordinaria en número y resultados, teniendo en cuenta los años de evolución favorable presentados por el gran porcentaje de casos realizados. Tal ha sido el auge alcanzado, que se ha fundado la sociedad de implantes subperiosticos de

(1) Colaboradores: En el acto quirúrgico, Dra. María Dolores Torrado. En la parte protésica, Sr. Adolfo Tasani.

dicada no solamente a la experiencia clínica sino también a la investigación seria de laboratorio indispensable como respaldo científico (1, 2, 3, 7, 8, 11, 13, 16, 36). Entre las escuelas europeas, cabe destacarse, por su seriedad en la materia, la escuela francesa de odontoestomatología y cirugía máxilo facial, que bajo la dirección investigadora del Profesor Dr. Gerard Maurel, se ha dedicado desde hace más de un decenio al estudio de los implantes metálicos subperiosticos y a la publicación de sus resultados. (26, 27). Lo mismo podría decirse de la escuela inglesa. (24, 39).

En nuestro medio, si bien es cierto que tenemos conocimiento de algunos trabajos realizados, no lo es menos que no se han registrado publicaciones al respecto, salvo alguna excepción (17). Los trabajos presentados por los Dres. Pedro Company y Egon Meyer en las IV Jornadas en nuestro país en noviembre de 1957, parecen confirmar que en la República Argentina se ha experimentado con éxito este tipo de realizaciones. (9).

Antes de pasar a describir los detalles técnicos nos permitiremos algunas referencias acerca

de sus indicaciones. Su finalidad es prestar soporte a las prótesis en los desdentados completos, fundamentalmente en el maxilar inferior, donde la ausencia total o parcial de cresta debida a equis causas, que no entraremos a considerar, pueden constituir escollos insalvables aún para las técnicas funcionales más depuradas de impresión, si bien es cierto que la gran perfección técnica alcanzada en este sentido limita a casos muy particulares la inclusión de implantes subperiósticos. Su utilidad o necesidad puede igualmente llevarnos a su realización en el maxilar superior o en los desdentados parciales. Además de las indicaciones de orden anatómico que pueden justificarlos, debemos tomar en consideración los estados anímicos de numerosos pacientes deseoso de utilizar prótesis fijas o removibles sin placas bases de soporte a pesar de ser desdentados completos. En los desdentados parciales las indicaciones podrían ser las mismas pudiendo llegarse a eliminar las prótesis removibles a extremos libres con el implante de pilares. Esto podrá ser una experiencia muy interesante sobre todo en el enfermo paradentósico, donde la resiliencia tisular en tales condiciones compromete la resistencia de las piezas remanentes, aunque éstas hayan sido ferulizadas en forma permanente.

En el momento actual disponemos de materiales muy bien tolerados en el seno de los tejidos. (37, 40). Son las aleaciones de cromo-cobalto-manganeso, Vitallium o similares, los más frecuentemente utilizados; domos-

trando hacia ellos el organismo una tolerancia absoluta cuando son utilizados con discernimiento clínico. Pero si la tolerancia en inclusión totalmente intratisular es bien conocida y confirmada en medicina quirúrgica, en nuestro caso el problema que nos ocupa difiere, pues nuestros implantes son parcialmente intratisulares y extratisulares. Nuestra experiencia con respecto a las inclusiones parcialmente intratisulares, cuando hemos querido implantar muñones metálicos sustitutivos de raíces para realizar jackets, ha sido deplorable, pues hemos fracasado en el 100 % de los casos, ya sea cuando hemos utilizado alvéolos inmediatos a la extracción, como cuando hemos debido labrarlos por ser extracciones que databan de largo tiempo y podemos asegurar que tales fracasos no serían imputables a defectos de técnica ni a mala preparación del enfermo, sino simplemente a una no aceptación biológica de parte del hueso. A la misma comprobación ha llegado el Profesor Dr. J. S. Mazzoni luego de múltiples experiencias realizadas en perros.

En el caso de los implantes subperiósticos el problema es otro; aquí no se observan reacciones óseas de vecindad que perturben la permanencia de los implantes. Nuestra muy limitada experiencia y la de los autores con mayor casística, permite afirmar que estos fenómenos reaccionales óseos no existen, que las reacciones infecciosas o inflamatorias frente a este tipo de implantes son absolutamente nulos.

Esto nos lleva a considerar el mecanismo por el cual se realiza la fijación. Aquí deberían considerarse dos procesos diferentes:

- 1 — F. Inmediata
- 2 — F. Mediata.

1º — La fijación inmediata en el curso del acto quirúrgico que se realizará por una adaptación lo más perfecta posible del metal al tejido óseo y la sutura de la fibromucosa que lo recubre. Esta fijación inmediata es más o menos absoluta dependiendo del estado inflamatorio, más o menos acentuado, de los tejidos blandos adyacentes, como sucede en cualquier acto quirúrgico.

2º — La fijación mediata debe ser confirmada por un estudio experimental anatómico histológico realizado años después. Esto implicará el retiro del implante, por lo cual es difícil realizar este estudio en el paciente humano, no así en el animal de experiencia y en este sentido han sido realizadas, mostrando que la fijación se realiza por un tejido fibroso cicatricial. (1, 13, 14).

Cualquiera sea el mecanismo lo cierto es que, clínicamente puede constatar una fijación que no permite al implante ningún movimiento.

TECNICAS QUIRURGICAS Y PROTESICA

No entraremos a considerar y describir las precauciones habituales a todo acto quirúrgico, pues no escapa a nadie que ellas se imponen y deben ser seguidas paso a paso como la ciencia quirúrgica establece.

Describiremos la técnica de nuestro caso, realizado en el ma-

xilar superior, que difiere de lo preconizado en la literatura general, pues reducimos las dos intervenciones a una sola. Para ello tomamos impresión del maxilar lo más exacta posible, siguiendo las indicaciones protésicas, utilizando pasta Kerr y rebasado luego. Realizamos el vaciado de nuestro modelo. A continuación, con una sonda milimetrada, evaluamos el espesor de la fibromucosa que recubre la cresta alveolar siguiendo el centro de la misma y en la parte periférica hasta donde haremos llegar nuestro implante y luego practicaremos en el mismo un desgaste aproximativo como puede verse en la figura N° 1. De



Fig. Nº 1.—Modelo mostrando el desgaste que hemos preconizado y el implante ocupando su lugar.

ello surge, que según nuestro criterio, no consideramos necesaria una adaptación estricta del implante al hueso, tal como el de una incrustación a su cavidad, según lo preconizan los diversos autores. Tampoco realizamos surcos de retención o perforación para aplicar tornillos, pues en tal caso dejaría de ser totalmente subperióstico y supraóseo con menores probabilidades de aceptación por parte del organis-

mo. Una vez realizada la base del implante y la parte básica de la prótesis, que en este caso será removible, realizamos el acto quirúrgico.

1er. tiempo. — Anestesia regional de los nervios dentales superiores.

2do. tiempo. — Incisión siguiendo el centro de la cresta alveolar. En nuestro caso en que conservamos las molares 7|7, ella se extenderá desde mesial de un molar hasta mesial del molar del lado opuesto.

3er. tiempo. — Decolamiento de la fibromucosa. Del lado vestibular, el levantamiento de la mucosa y el periostio lo extendemos casi hasta el fondo del surco vestibular. Del lado palatino, donde la mucosa es mucho más densa, el levantamiento sobrepasa apenas el límite de nuestro implante, de adaptación bastante satisfactoria. Sólo un leve cureteado del hueso en algunos puntos es requerido para que la adaptación sea perfecta, lo que pone de manifiesto la utilidad de nuestra evaluación previa del espesor de la mucosa.

Realizada la perfecta aproximación de los colgajos vestibular y palatino, realizamos su sutura. Primero practicamos tres suturas, una a cada lado posterior y una en la parte media anterior. Probamos entonces la base de la prótesis, que encaja en dos coronas telescópicas a nivel de los caninos y por medio de ganchos con apoyo oclusal de los molares 7|7, haciendo estas piezas las veces de pilares posteriores (Fig. 2).

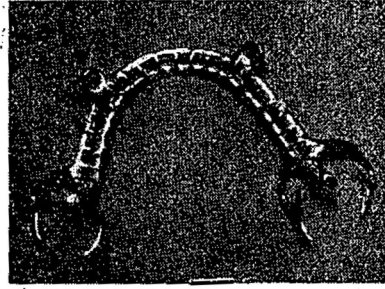


Fig. Nº 2 — Base protésica con Co. telescópica a nivel de 3/3 y ganchos con apoyo oclusal.

Esta precaución es necesaria dado que no hemos realizado ranuras en el hueso y si hubiera un ligero desplazamiento del implante, la presión de la base protésica lo obligaría a ubicarse. Una vez realizada esta comprobación y previo retiro cuidadoso de la base protésica, practicamos puntos de sutura próximos para conseguir una perfecta inmovilización inmediata. Volvemos a colocar la base protésica para evitar variaciones durante la cicatrización. Esta evoluciona satisfactoriamente, luego del primer empuje inflamatorio controlado con la terapia usual hoy día en todo acto quirúrgico. Retiro a los 15 días de las suturas habiéndose practicado cada 48 horas el control y profilaxis de la herida en nuestra clínica.

Al mes nuestra paciente ya lleva la prótesis definitiva. (Fig. Nº 4). El aspecto de la mucosa puede apreciarse en las figuras Nº 3 a - 3 b, tomada tres meses después de nuestra intervención.

(VER FIGURAS EN PAG SIGUIENTE)

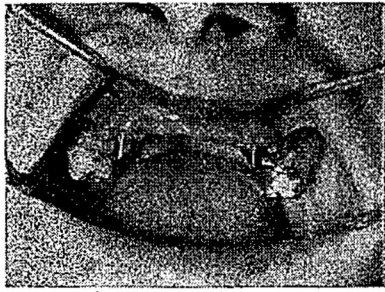


Fig. Nº 3— a— Aspecto de la mucosa 3 meses después de realizado el implante.

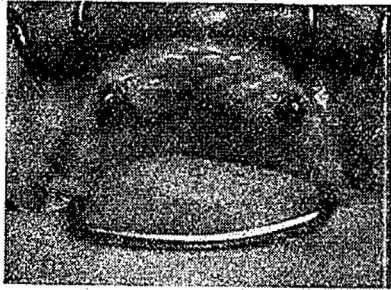


Fig. Nº 3— b— Aspecto de la mucosa siete meses después de realizado el implante.

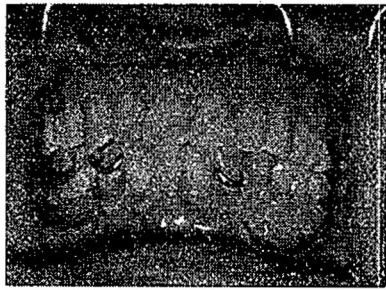


Fig. Nº 4— Rehabilitación de la boca con la prótesis.

RESUMEN

En nuestra presentación hemos intentado establecer las posibles soluciones que los implantes metálicos subperiósticos nos permitirán en el paciente total o parcialmente desdentado. Para ello hemos efectuado una revisión de la literatura existen-

te al respecto, agregando nuestra modesta experiencia. Hemos dado bases para utilizar una técnica simplificada.

CONCLUSIONES

1º — La literatura actual es optimista en lo relativo a los implantes subperiósticos.

2º — La casuística presentada por los diversos autores es favorable a su realización.

3º — Los fracasos registrados parecerían correlacionarse con una técnica deficiente o a un enfoque no biológico del problema.



Fig. Nº 5— a— Radiografías inmediatas al acto quirúrgico.

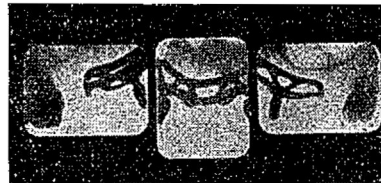


Fig. Nº 5— b— Radiografías tomadas a los 7 meses, donde no se constata reacción morbose alguna.

BIBLIOGRAFIA

1. BODINE ROY L., D.D.S. — Canine Experimentation with Subperiosteal Prosthodontic Implants. The Journal of Implant Dentistry. Nov. 1955. Vol. 2, Nº 1.
2. BODINE ROY L., Jr. D.D.S. — Evaluation of the Bicuspoid Single-Tooth Subperiosteal Implant for Fixed Crown. The Journal of Implant Dentistry. Nov 1956. Vol. 3. Nº 1.
3. BODINE ROY L., D.D.S. — The Implant Denture Bone Impresión;

- Preparations and Technique. The Journal of Implant Dentistry, Nov. 1957. Vol. 4, Nº 1.
4. BRUNO JJORGE. — Estabilización intraósea. Odontología Uruguaya 1954. Vol. VIII, Nº 29-30. Pág. 251.
 5. BRUNO JORGE. — Estabilización intraósea. Odontología Uruguaya. 1954. Vol. VIII, Nº 31. Pág. 311.
 6. CIRIELLO GIORGIO. — Implantaciones endomaxilares como soporte de prótesis. Anales españoles de Odontostomatología. Vol. XIV, Nº 6, 1955. Pág. 443.
 7. CRANIN A. NORMAN, D.D.S. — Pharmacodynamics: Pre-and Post-Operative Care of the Implant Patient. The Journal of Implant Dentistry. Nov. 1956. Vol. 3, Nº 1.
 8. MACCOUN JJOSEPH G., D.D.S. — And Evaluation of the Mandibular Implant Denture. The Journal of Implant Dentistry. Nov. 1956. Vol. 3, Nº 1.
 9. COMPANY PEDRO, MEYER EGON. — Trabajos presentados en las IV Jornadas Internacionales, Montevideo. XI. 1957.
 10. CAROL MURILLO. — Implantes dentarios en acrílicos. Hechos clínicos y radiológicos. Revista Española de Estomatología, 1954. Tomo II, Nº 3. Pág. 223.
 11. DORA JOSEF, D.D.S. — Abstrac.— The Insertion of Vitallium Substructures In One Appointment. The Journal of Implant Dentistry, Nov. 1957. Vol. 4, Nº 1.
 12. GRAUDIN M. — Contribution a l'étude des inclusions preprothétiques sous-périoestées. — Revue Françoise d'odonto-stomatologie. — Año 1955. Tomo II, Nº 3. Pág. 279.
 13. HERSCHFUS LEON, D.D.S. — Further Pathologic of Implants in Dogs. The Journal of Implant Dentistry. Nov. 1957. Vol. 2, Nº 1.
 14. HERSCHFUS LEON, D.D.S. — Histopathologic Studies of Five Year Implant in Dogs. The Journal of Implant Dentistry. Nov. 1957. Vol. 4, Nº 1.
 15. Dr. Méd. H. de Cuyper (Anvers) La sangle sous-mandibulaire pour implants sous - périostés. Le Journal Dentaire Belge. Año 1957. Nº 3. Pág. 158.
 16. JERMUN ARTHUR C., D.D.S. — Ball - Point Balanced Occlusion In the Implant Denture. The Journal of Implant Dentistry. Nov. 1955. Vol. 2, Nº 1.
 17. JIMENEZ NILO. — La dentadura implantada. Fundamentos y técnica. Odontología Uruguaya, 1953. Nº 25. Pág. 133.
 18. JOSKARZEC B. et PARANT M. — De l'évolution du problème des implants métalliques sous-périoste. Revue - Francaise d'odonto-stomatologie. Año 1955. Tomo II, Nº 3. Pág. 309.
 19. KRESSE EDWARD J., D.D.S. — Rehabilitating the Edentulous with Implantation. The Journal of Implant Dentistry. Nov. 1957. Vol. 4, Nº 1.
 20. Dr. KLEINSCHMIDT JOACHIN. — Implante metálico para reemplazar un solo diente. Boletín Dentalcolombian. Año 1957. Nº 17. Pág. 17.
 22. KUNZ OTTO. — Les implants metálique dans la prothese complete. Revue Mensuelle Suisse D'Odontologie. Año 1953. Nº 5. Pág. 308.
 23. LAPLACE AUSED, JUAN y PEREZ HERNANDEZ ESTHER. — Prótesis total insertada. — Gaceta Odontológica (Caracas - Venezuela). Año 1957. Vol. III, Nº 4. Pág. 237.
 24. LEE JOHN B. — The advantages of an oblique path of insertion in tissue bone non-metallic partial dentures. British Dental Journal. Año 1955. Vol. 99, Nº 6. Pág. 191.
 25. LOECHLER PHILIP S., D.D.S. — The Use of the Alginate Acid Type Hemostatic Agent in Oral Surgery. The Journal of Implant Dentistry. Nov. 1955. Vol. 2, Nº 1.
 26. MAUREL GERARD. — Implantes metálicos subperiósticos. Anales españoles de Odontostomatología. Mayo 1957. Vol. XVI, Nº 5.
 27. MAUREL GERARD. — Etat actuel de l'utilisation des inclusions d'acrylique en chirurgie maxillo-faciale et en pratique odonto-stomatologique. Revue - française d'odonto-stomatologie. Año 1955. Tomo II, Nº 3. Pág. 295.
 28. MARZIANI LUIGI. — Les implants alloplastiques en Chirurgie et en particulier les implants comme soutien de prothese dentaire. Revue française D'otonto - stomatologie. Tomo IV, Nº 5. Pág. 756. Mayo 1957.
 29. LEIN ISAH. — Implantación para una dentadura. Una técnica simplificada empleando prótesis inmediata en dentaduras superiores. Oral Higiene. Julio 1954.
 30. Dr. PORTILLA LUIS. — Implantación de imanes en la mandíbula como una ayuda en la retención de prótesis total. Revista Española de Estomatología. Año 1957. Vol. Nº 4. Pág. 345.
 31. RIALLAND R. — Bridge Béquillé par implant métallique sous périoste en une seule intervención. Revue française D'odonto-Stomatologie. Año 1955. Vol. 2, Nº 10, P. 1245.
 32. Dr. RIALLAND M. R. — Classification des implants. Le bridge béquillé.

- Le Journal Dentaire. Belge. Año 1957. Nº 3. Pág. 139.
33. ROTTEMBERG ARMAND. — Implantación de piezas dentarias. Revista Española de Estomatología. Tomo III. Nº 2. Año 1955. Pág. 153.
34. ROTTEMBERG ARMAND. — Visión general europea sobre los implantes. Revista Española de Estomatología. Año 1955. Vol. III. Nº 6. Pág. 549.
35. SCHERMER ROBERT, D.D.S. — The mandibular Single Abutment Implant. Nov. 1955. Vol. 3. Nº 1.
36. SCHERMER ROBERT, D.D.S. — Report on Removal of Maxillary Implant Denture. The Journal of Implant Dentistry. Nov. 1956. Vol. 3. Nº 1.
37. SCHAFER OLIVIER. — Implants juxta osseux en tantale. Revue française D'Odonto - stomatologie. Año 1957. Tomo IV. Nº 5. Pág. 781.
38. SOUZA M. — Estabilización intraósea, su aplicación en los apicectomías y en órganos parodontósicos.
39. TRAININ BORIS. — L.D.S. — E.N.G.—Dental implants in Theory and Practice. British Dental Journal. Vol. 102. Pág. 389.
40. WEISS MAURICE. — Les implants juxta - osseux en tantale. Revue française. D'Odonto-stomatologie. Año 1957. Tomo IV. Nº 5. Pág. 783.

DECALOGO

10 MANERAS DE HUNDIR UNA ORGANIZACION

1. — No concurra a las asambleas.
2. — Pero si va, llegue tarde.
3. — Si el tiempo fuera inclemente, ni siquiera piense en concurrir.
4. — Si va a una reunión, critique acerbamente la obra de las comisiones, y los otros colegas.
5. — Jamás acepte responsabilidades, es mucho más fácil criticar que trabajar.
6. — No obstante ello, enfádase si no lo incorporan a alguna comisión, pero si lo hacen no asista a sus reuniones.
7. — Si quien preside una reunión le pide un juicio, no opine. Pero al salir de allí explique públicamente cómo deberían ser hechas las cosas.
8. — No trabaje. Pero cuando otros se arremangan y contribuyen con su habilidad, vocifere contra la "camarilla" que domina la institución.
9. — Esmérese por ser moroso, o, mejor aun, trate de no abonar nunca sus cuotas.
10. — No se esfuerce por conseguir socios nuevos; que eso lo hagan otros.