

IMPLANTES YUXTA - OSEOS

POR EL DOCTOR
SERGIO DI PIRAMO
(Montevideo - Uruguay)

El problema de los implantes yuxta-óseos, luego de una experimentación de 10 años, mantiene hoy en día, partidarios y opositores del método. Hay quienes hablan de éxitos sorprendentes, con casuísticas pobres; los hay también que denigran el método, sin haberlo experimentado. Creemos por lo tanto de utilidad, comunicar la experiencia adquirida sobre el tema, en la sección de Estomatología del Hospital Foch, dirigida por el Dr. Gilette.

NOTA PRELIMINAR

Por el momento hay dos métodos. Un número reducido de autores que trabajan con tantalio y siguen en líneas generales la técnica preconizada por el Dr. Marziani de Roma; y un grupo mucho más numeroso que trabaja con aleaciones de cromo-cobalto-molibdeno. El uso de uno u otro método, supone técnicas diferentes. En el caso del tantalio, el metal será prensado para darle la forma conveniente. En el otro el metal será colado. Este último es el método que hemos visto y del cual hablaremos.

En el año 1948 Goldberg y Gerskoff realizan el primer implante y dejan establecidos los fundamentos de su técnica. A pe-

sar del tiempo transcurrido las variaciones son pocas y se refieren sobre todo al diseño del implante.

Se ha visto que una estructura metálica a mallas anchas, es mejor que una intrincada. También se ha comprobado que tanto los tornillos como las ligaduras están destinados tarde o temprano al fracaso. Se señala también la ventaja de colocar el implante en el mismo día por oposición al método primitivo en que se colocaba 3 o 4 semanas después.

Implantación de cromo-cobalto-molibdeno

El implante es una estructura metálica yuxtapuesta al hueso y subperióstica. Lleva varios pilares que emergen de la fibro-mucosa, sobre la cual se fija una estructura intermedia, por lo general removible que será el soporte de la prótesis propiamente dicha.

El implante queda fijado al hueso por una verdadera red de tejido conjuntivo fibroso que hace readherirse la capa mucoperióstica que hemos levantado al preparar el lecho de la estructura. Si este tejido fibroso queda

en buenas condiciones, la implantación será exitosa. Si por cualquier causa se inflama, hay una infiltración más o menos rápida, se forma tejido de granulación que circunscribe el implante y, en una etapa posterior, hay segregación de pus y el organismo trata de expulsar el cuerpo extraño.

Como lo señala Bataille, no hay integración, sino tolerancia. El implante será siempre un cuerpo extraño.

El tejido conjuntivo que se produce encierra el metal sin hacer cuerpo con él. Ackerman ha estudiado la biostática de los implantes y señala:

- a) El hueso debe ser decortificado regularizado, para que quede una superficie lisa.
- b) Las zonas de apoyo deben ser resistentes. en hueso duro o denso.
- c) El metal del implante debe ser duro, inerte homogéneo, y a mallas amplias.
- d) El implante tiene que encontrar lugar entre la fibromucosa y el hueso, sin tensiones perjudiciales.
- e) Debe estar perfectamente adaptado a la superficie ósea.
- f) Los pilares deben ser determinados con paralómetro para evitar fuerzas mal balanceadas.

INDICACIONES

La dentadura implantada será el método de elección, cuando todos los otros procedimientos protésicos corrientes hayan fra-

casado. El maxilar debe estar estabilizado desde el punto de vista óseo; por lo tanto es conveniente operar después de un año de producida la edentación.

Se observa especial cuidado a la articulación que presente el paciente.

El estado general es un factor importante a tener en cuenta.

FRACASOS

En el Hospital Foch, luego de dos años de trabajo, el porcentaje es muy bajo. En general se deben a mala elección del caso, o a mala técnica.

El organismo tolera bien las aleaciones de cromo cobalto y si la adaptación es buena los casos de infección son raros. Los accidentes más frecuentes son debidos a una movilización del implante. Los primeros síntomas son los inflamatorios, aunque suele no haber dolor. Luego supuración intensa. La ablación del implante es dificultosa, por la cantidad de fibras que lo entrecruzan. Y señalaremos que la mucosa queda en condiciones bastante malas posteriormente. Por eso diremos de acuerdo a M. Parant: "Rechazar sistemáticamente su empleo, sería un error. Adoptarlo sin grandes precauciones, sería otro".

TECNICA

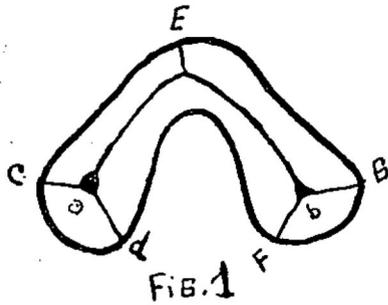
Describiremos el método para el maxilar inferior, ya que es el que más frecuentemente plantea problemas de retención al protésico. En el maxilar superior creemos que las indicaciones son muy raras.

ANESTESIA

La anestesia general puede tener sus indicaciones; pero siempre se utilizará de preferencia la loco-regional.

INCISION

Longitudinal, a lo largo de la cresta y en su punto más elevado. Para facilitar el posterior desprendimiento del colgajo es conveniente hacer incisiones adicionales. A nivel de los incisivos un corte vertical; y en la zona del espacio retromolar dos incisiones en forma de V a partir de la incisión primitiva.

**DECOLAMIENTO**

Con legras adecuadas (legra Ginestet) se desprende la fibromucosa, respetando su integridad y teniendo en cuenta el diseño del implante, cuyos límites serán: lo más alejado posible de la cresta evitando por vestibular los agujeros mentonianos para no dar lugar a futuras compresiones.

Para facilitar la posterior toma de impresión, se mantienen separados los colgajos de la siguiente manera. Por lingual se pasan puntos del colgajo a un botón a diversos niveles y luego se anudan sobre el mismo. Por

vestibular, puntos del colgajo al labio dejando el hilo de suture largo y pinzado con hemostáticas.

OSTEOTOMIA

Se quitan todas las asperezas con pinza gubia, y luego se alisa toda la superficie ósea con una fresa de hueso. Esto tiene por objeto no sólo evitar compresiones desiguales, sino también lo que se llama "avivar" el hueso.

A nivel de los molares 6 y 7, y de los caninos de ambos lados, se hacen ranuras transversales de más o menos 1 mm. de profundidad. Para ello se utilizan discos de carborundum y fresas de fisura, para terminar con piedras del ancho adecuado de manera de obtener superficies es cuadradas.

IMPRESION

Es quizás la parte más importante; por ello todas las precauciones que se tomen son pocas. En Foch se han ensayado muchos materiales, siendo el utilizado de preferencia los alginatos. Las impresiones son tomadas con cubetas individuales de acrílico, confeccionadas de antemano. Se toman dos impresiones: una simple y otra con rodete de mordida para luego poder hacer una correcta articulación.

Terminada esta etapa, se espolvorea la herida cruenta con penicilina y se colocan gasas embebidas de trombasa entre hueso y fibromucosa. Se aproximan los bordes de la herida sin suturar.

La etapa siguiente es de taller.

LABORATORIO

Una vez obtenido el modelo, con cera calibrada se diseñan los límites del implante. Se utilizan también implantes prefabricados en material plástico que se adaptan sobre el modelo de la base ósea. Se determinan con el paralelometro los pilares, teniendo en cuenta para su altura la articulación. Una vez colado el implante se pule y se pasa por un baño electrolítico (figs. 2, 3 y 4). Se lleva nuevamente a la sala de operaciones esterilizándolo por ebullición y poniéndolo luego en una solución de penicilina.

INSTALACION

Luego de este proceso de laboratorio que lleva más o menos unas seis horas, se coloca el implante en boca.

Se separan los labios de la herida, se controlan adaptación y extensión; se limpia cuidadosamente la herida y luego se sutura. Los puntos deben ser hechos minuciosamente sobre todo a nivel de los pilares en los cuales se usa de preferencia la sutura de Donati.

4 o 5 días más tarde se van retirando en forma alternada, siendo los últimos a nivel de los pilares.

La prótesis definitiva se coloca unas 4 semanas después de la intervención.

POST - OPERATORIO

El paciente que ya había sido medicado con antibióticos, se le siguen administrando 4 o 5 días más. Se prescribe dieta líquida y

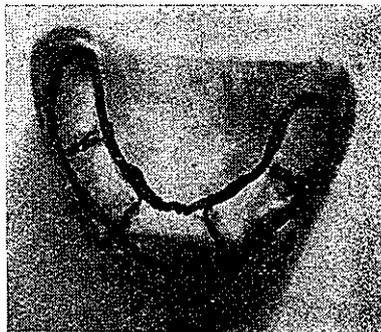


Fig. 2

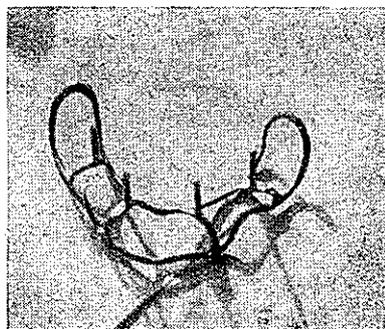


Fig. 3



Fig. 4

Concluye en la página 1028

nitaria es prevención y nada más, que es asistencia al indigente a la gestante, al escolar o a cualquier otro grupo.

Odontología Sanitaria es el trabajo organizado de la comunidad en la comunidad y para la comunidad a fin de conseguir las mejores condiciones de salud oral.

No existe una desconexión entre clínicas particulares y odontología sanitaria. La clínica particular es una aliada del trabajo del sanitarista en países de libre empresa.

El dentista sanitarista responsable por la odontología sanitaria en una comunidad es el que trabaja en los Ministerios de S. Pública.

Cuando pertenece a otros servicios sociales su radio de trabajo estaría reducido a los objetivos de su servicio. Así el jefe sanitarista de un Servicio Dental Escolar su función estaría vinculada especialmente a la población en edad escolar.

Todo cuanto he dicho es el resultado de una honda y vieja preocupación en esta materia y de la experiencia recogida de la beca, la cual he usufructuado.

Cualquiera comprende que en este campo nuestro país tiene necesariamente que encaminarse a dar soluciones de carácter sanitario.

Claro está que muchos factores han concurrido para que aun no tenga una orientación definitiva en una política sanitaria.

Pero es indudable asimismo que nuestro país tiene las condiciones para alcanzar los fines que venimos persiguiendo.

Será necesario para ello la acción sinérgica de varias instituciones; la Facultad por medio de sus cátedras que tienen gran jerarquía científica, el Ministerio de Salud Pública, reorganizándose sobre nuevos conceptos el Consejo del Niño cuya función estimamos primordial y que es de desear se cambie la orientación de sus clínicas y por último nuestra Institución por medio del Departamento de Higiene.

Este aspecto de nuestra Odontología debemos encararlo con decisión, vigorosamente para que cumplamos la misión que nos compete en una sociedad organizada.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

IMPLANTES YUXTA - OSEOS

Conclusión de la página 1023

abstención de todo movimiento de la mandíbula.

El paciente experimenta a veces dolor; hay edema, congestión intensa y a veces fiebre. La terapéutica será dirigida a estos síntomas y también se preconizará frío en la zona ya que el edema es constante.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Ackerfann.—Act. Odont. Abril 1960.
- 2.—Bataille, R.—Act. Odont. Abril 1960.
- 3.—Congreso de Nápoles, Marzo 1960.
- 4.—Dental Abstracts.—Mayo 1960. V. 5, Nº 5.
- 5.—Jornadas dentales internacionales. París, Mayo 1960.
- 6.—Minerva Stomatologica. Marzo 1959. V. 61, Nº 4-5.
- 7.—Parant, M.—Act. Odont. Abril 1960.
- 8.—Revue de Stomatologie. Marzo 1959. V. 61, Nº 4-5.
- 9.—Sección de Marzo 1960.
- 9.—Sociedad Francesa de Implantes.—