

IMPLANTACIONES. SU ESTADO ACTUAL

por el

DR. ANGEL GUERGUÉ

616.314—089.843

En Prostodoncia.

Del hecho de haber recurrido en traumatología a la fijación de fracturas por clavos o tornillos metálicos, se dedujo la posibilidad de poder utilizar parecidos medios en Prostodoncia, para ser utilizados como pilares de puente, bien sobre alvéolos frescos, bien sobre alvéolos tallados ex profeso en la cresta alveolar.

Aun cuando en distintas ocasiones nos hemos pronunciado nosotros contra la posibilidad, al menos actual, de tal recurso, es interesante hoy aumentar los recientes trabajos publicados en los Estados Unidos (O. S. M. P., 9, 1956, 1) sobre los trabajos de un simposium sobre transplantaciones y reimplantaciones.

La tolerancia de los tejidos para recibir implantes metálicos ha sido ampliamente discutida, aun aceptando como implante metales puros, inertes, sin reacciones químicas con los flúidos orgánicos, o al menos sin apreciable valor electrolítico. Con mayor desventaja se han estudiado asimismo los implantes metálicos de acero al cromo.

Ha merecido asimismo consideración el estudio de los materiales acrílicos como implantes en la cresta alveolar, habiendo sido deducido por algunos autores (Flohr, 1953) que no producen irritación en los tejidos duros o blandos, hasta el punto de que en condiciones favorables se forma o se organiza una formación epitelial en la superficie radicular, que llega a impedir la penetración de bacterias (Waerhaug, Steen, 1952), lo que a la larga se hace muy difícil de aceptar, y mucho menos si el implante ha de estar sometido no sólo a su trabajo como pilar, sino soportar simplemente la palanca de su corona.

Waerhaug y Zander (O. S. M. P., 47, 9, 1956) han realizado un trabajo experimental en perros.

Al efecto fueron preparados 34 dientes, unos con la superficie radicular cuidadosamente pulida y los otros pasando sobre ella la

piedra de carborundo. Para mayor seguridad, solamente se implantó la posición radicular que fué cortada a flor de encía, una vez fijada en el alvéolo con martillo, de forma que quedó fijada firmemente como un clavo sobre el alvéolo fresco. Los implantes acrílicos fueron esterilizados en mercurrocromo.

Los perros en los que se realizaba la experiencia fueron sacrificados en períodos de una semana a tres meses. De ellos se obtuvieron preparaciones en formalina a 10 por 100, embebidas en celoidina y teñidas por hematoxilina y eosina.

Clínicamente se había observado una correcta cicatrización alrededor de las raíces implantadas, permaneciendo, en unos casos, firmes, y en otros, sueltas dentro del alvéolo. Catorce de estos implantes se cayeron de los veintitrés a los ciento veintinueve días.

Histológicamente se había formado un tejido de granulación, apareciendo en algunas partes alguna neoformación ósea, mientras que en los implantes todavía firmemente establecidos aparecía en el hueso una zona necrótica. En el tejido conectivo formado alrededor del implante aparecían zonas inflamatorias, orientándose fibroblastos jóvenes paralelamente a la superficie del implante, observándose en su derredor células epiteliales degeneradas y vasos dilatados.

No se apreciaron diferencias esenciales en los casos de implantes pulidos o sin pulir, ni esterilizados o sin esterilizar con mercurrocromo.

Flohr y Waerhaug aceptan la resina polimerizada como no irritativa para los tejidos, al encontrar en su derredor tejidos conectivos formados. Se acepta también como establecido el hecho de encontrar estéril el implante tras su empleo experimental, mas, sin embargo, Waerhaug adjudica a estos implantes o raíces artificiales de resina acrílica una vida tan limitada que los hace de valor nulo en Prótesis.

En realidad, es demasiado grande el trabajo de un implante radicular, lo mismo desde el punto de vista físico que bioquímico, para pretender que un implante—mucho más con vía abierta al exterior—soporte no sólo el trabajo como pilar, sino simplemente el brazo de palanca en su propia corona. Si no se nos tachara de pretenciosos nos atreveríamos a asegurar el fracaso definitivo para estos intentos.

En Odontología.

Después de los trabajos de Apfel (ODONTOL., 51, 1954) y Miller tratando de trasplantar un tercer molar, con su folículo, en el alvéolo

del primero recién extraído, se ha creado el banco de conservación de dientes, con objeto de poder seleccionar en cada caso el más adecuado para, procediendo al tallado del nuevo alvéolo sobre la cresta, fijar el nuevo diente en línea con el arco dental.

Pafford asegura en su trabajo (O. S. M. P., 55, 1, 1956) reciente que la trasplantación técnicamente adecuada de dientes procedentes de banco consigue una cicatrización y readaptación en dos semanas, pudiendo en este plazo el paciente masticar con su nuevo diente sin estar sujeto a férula alguna. Solamente las primeras dieciocho horas siente el paciente algunas molestias. De dos a cuatro meses son necesarios para que el hueso neoformativo se adapte a la raíz del nuevo diente. Desde el punto de vista estético, el resultado puede considerarse como un éxito si el diente se selecciona adecuadamente.

No obstante estos buenos augurios de Pafford, y aun sin discutir tan favorables resultados, examinemos a la luz de nuestras posibilidades no técnicas, sino psicológicas y materiales, el *modus operandi*, y juzguemos si, al menos para nosotros, europeos, latinos, españoles o nosotros mismos personalmente, aceptaríamos los naturales riesgos de la intervención por la posibilidad de un resultado exitoso.

Pafford ha debido actuar de la siguiente manera: En primer lugar justifica el banco de dientes por los obtenidos de los supernumerarios y de los impactados o incluídos. terceros molares en mayor profusión.

Tras la extracción, cada diente lleva su ficha, indicando no sólo sus características anatómicas, sino la circunstancia de su ex portador, como son características, fórmula sanguínea, factor Ph, reacciones Wassermann y Aahn, así como dos radiografías para poder en su momento reproducir en material acrílico el diente mismo.

Al paciente al cual se pretende implantar o trasplantar el diente ha de hacerse su fórmula sanguínea, historia clínica, con medida de su tensión, tiempo de coagulación, velocidad de sedimentación, análisis de orina con contenido en calcio y fósforo, sedimentos, etc. También está indicado un estudio de su equilibrio endocrino. No debe olvidarse tampoco el examen radiográfico de la zona en la que se pretenda tallar el nuevo alvéolo, trama ósea, situación de senos, etc. Pafford añade a esto las pruebas postoperativas del laboratorio, biopsias y examen periódico por rayos.

Tras esta preparación elemental quirúrgica, se procede a actuar sobre el paciente, y previa impresión de la arcada se prepara una férula en acrílico, de manera que se extienda sobre la superficie oclusal, para levantar la oclusión durante el tiempo que necesite el diente para su consolidación.

Dispuestos a actuar quirúrgicamente, veinticuatro horas antes de la intervención se ponen 600.000 unidades de penicilina, y una hora antes se le administra una fórmula compuesta de pentobarbital sódico, sulfato de atropina y difenhidramina hidroclicórica. Asimismo, media hora antes se le administra pantopón.

La anestesia se obtiene por infiltración localmente, así como troncular.

Se obtienen dos colgajos, vestibular y palatino, con la encía, y con una fresa enfriada con una solución de tetracilina hidroclicórica se labra el nuevo alvéolo, operación tras la que no ha observado el citado autor tejidos necróticos por el posible calor generado durante esa intervención. El alvéolo se talla con la continua confrontación del diente de acrílico que reproduce exactamente el diente seleccionado del banco. Así obtenido el alvéolo y dispuesto el diente para ser injertado, se dispone éste eliminando de su superficie radicular cualquier resto periodontal, de forma que quede una superficie fresca de cemento. No hay inconveniente en retocar la corona del diente lo necesario en el esmalte para que adapte con sus vecinos.

Se espolvorea con un polvo antibiótico y se suturan los colgajos; se le coloca la férula acrílica; se pinta el campo operatorio con aceite de almendras, y se coloca la férula acrílica por un período de dos o tres semanas.

Trocitos de hielo se aplican al campo operatorio durante algunas horas después de la intervención, recomendando dieta líquida o blanda.

El paciente siente algunas molestias durante los primeros dos días, para evitar las cuales se le pueden administrar los analgésicos habituales. Asimismo, antes y después de la intervención se han de administrar antihistamínicos, ya que ello reduce a un mínimo los efectos secundarios de la intervención quirúrgica. Como conclusión, se han de administrar también durante tres o cuatro días las unidades de penicilina necesarias, recomendando al paciente que, durante unos doce días, mantenga en la boca, después de cada comida, pastillas de antibióticos.

La mayor parte de los fracasos de la intervención tienen lugar por reabsorción de la raíz consecutiva a una infiltración de células redondas, cuya inflamación da lugar a la expulsión del diente.

Sentimos verdaderamente no poder aceptar estas intervenciones experimentales para obtener resultados tan relativos, en caso de éxito, a tan costoso precio.

En el estado actual de nuestros conocimientos no podemos aceptar los implantes radiculares, ni en Prostodoncia ni en Odontología.

Tratamiento de las micosis por "Candida albicans".—E. Drouhet. "Press. Méd.", 63, 30, 620-623 (1955).

La frecuencia y gravedad de las infecciones provocadas por la especie "Candida albicans" se han visto incrementadas, dando lugar a diversos casos mortales, asociados a la creciente difusión terapéutica de los antibióticos, de "amplio espectro", estimulantes de la invasión de tales especies sobre las mucosas.

La "fungicidina", que fué inicialmente aislada por Hazen y Brown a partir de los extractos miceliarios del "Streptomyces noursei", denomínase también "nistatina", y actúa lo mismo "in vitro" que "in vivo" frente al género "Candida", y es atóxica a concentraciones comprendidas entre 1,56 y 12,5 g/c c. durante cuarenta y ocho horas. La acción fungistática de la "nistatina" complementase con otra de carácter fungicida, que ocasiona la muerte de todas las células de estas levaduras a concentraciones comprendidas entre 100 y 1.000 g/c. c.

En cuanto a su acción "in vivo", ha podido observarse en los ensayos efectuados sobre conejos que la administración intravenosa o subcutánea de dosis de 40 miligramos diarios, durante cinco días, logró reducir el índice de mortalidad.

La infección experimental conseguida sobre otro lote de conejos en quienes la inoculación se efectuó por vía digestiva, la administración de una dosis oral de 50 miligramos por kilo logró reducir de modo extraordinario el número de levaduras existentes en sus heces.

Comprobada la "nistatina" por su escasa toxicidad, se ensayó sobre lactantes afectados de graves formas de "muguet", confirmando así su eficaz acción.

La gran eficacia manifestada por la aplicación tópica sobre las mucosas justifica los espectaculares resultados conseguidos en las manifestaciones digestivas de la infección.