

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección: Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada, D. D. S.
de la Asociación de Prensa Médica Española



MADRID - 1

Jorge Juan, 39

Editorial

Número 210 (6)

1963

LAS AGUJAS IMPLANTES DE SCIALOM

Entremos sin más preámbulo en la sugerencia de Scialom, publicada en «L'Informt. Dent.» (18, 3-5-1962). Para ello no es imprescindible remitir al lector a nuestros comentarios sobre implantes, ya varias veces publicados en estas mismas páginas.

Quizás nos humilla un poco—como odontólogos—el que con todos los adelantos actuales de la técnica se haya quedado la Prostodoncia como alejada en sus más primitivos sistemas de restauración. Sea ésta una de las poderosas razones de que esa pléyade de intervencionistas, que por todas las latitudes surgen, trabajen por imponer sus técnicas; para nuestro criterio todavía muy onerosas.

La sugerencia de Scialom es la representación exacta de cómo ha de colgarse una placa en un dintel plano (cuando un decorador o escayolista trata de establecer, por ejemplo, una luz indirecta en un salón, o cuando se trata de reducir su cubicación por la altura de sus techos). Son, pues, sistemas acreditados por la Mecánica para soportar de manera poco devastadora todas las cargas a las que normalmente puedan ser sometidas.

El implante de Scialom consiste en unas agujas o clavos preparados en estelita, terrajados—es decir, en forma de tornillo—, lo que permite ser emplazados con la ayuda del mismo torno dental, eliminando el bisturí.

Si las agujas o clavos fueran colocados en una dirección normal al plano de masticación, las cargas a que fuera sometido el implante no podrían ser otras que las que pasaran por su mismo eje, es decir, que las fuerzas laterales darían al traste con su permanencia. No; no es, pues, así: un clavo, una de las agujas va en dirección diagonal u oblicua hacia afuera, y la otra, en dirección diagonal u oblicua hacia adentro.

Naturalmente, como subraya el autor, lo primero que se hace nece-

sario es determinar si es posible o no el establecimiento de tales implantes. Una vez decidida su indicación se determina la dirección que hayan de llevar las agujas, procurando colocarlas lo más oblicuamente posible una respecto a la otra.

Las cabezas de ambas agujas—de 1,6 cm de largura—que afloran sobre la superficie mucosa soportarán luego un «pilar» polimerizado de resina sintética, el que nosotros sugerimos preparar en el laboratorio dejándole o haciéndole una «caja» adecuada para recibirlas. Polimerizado y pulido sólo nos restaría colocar un poco de resina autopolimerizable en esta «caja» y esperar unos minutos a su total fijación. Esto facilitaría, además, el pulido total del pilar de resina, aun el de la superficie en contacto con la mucosa.

Por supuesto que, aun en el caso de que con un plazo prudencial nos garantizásemos el éxito de su permanencia en la boca, nosotros somos partidarios de utilizar estos pilares exclusivamente para estructuras desmontables.

Si continuamos nuestro comentario basados en criterios biológicos y experienciales generales, no nos es fácil aceptar la sugerencia de preparar anticipadamente una placa para la cresta alveolar sobre la cual, y perforándola, vayamos colocando las agujas con la necesaria oblicuidad.

No obstante los señalados inconvenientes a los implantes en general, es evidente que las agujas clavos representan una mínima injuria, y así es indudable que habrían de ser los primeros en practicarse, en ensayarse decimos, más en el maxilar superior, aunque el seno pueda en ocasiones o zonas restringir su uso.

«Ackermann ha determinado—dice textualmente Scialom—la importancia que tiene la constitución anatómica de los dientes en los que el eje coronario es distinto del eje radicular, lo que le permite una función ruptora de fuerzas respecto a los impactos y vibraciones», y así es en efecto.

En lo que a nosotros respecta—sigue el autor—hemos asistido a resultados lo más contradictorios, y así, mientras un implante moviéndose durante quince días, y que llegó a inquietarnos temiendo su expulsión, nos sorprende ocho días después consolidado, otro fijamente asentado durante dos meses, súbitamente se nos presenta con ligera movilidad para consolidarse nuevamente después. Y es que los fenómenos de lisis y odontogénesis, como recuerda Scialom y tantas veces se ha repetido, son todavía oscuros, funciones neuro-endocrinas.

De cualquier forma, las prudentes palabras del autor merecen la pena transcribir: «Nuestro procedimiento tiene sí todos los inconvenientes de los implantes endo-óseos en general y también de los yuxta-óseos, con la diferencia que nuestra puerta de entrada biológica y nuestra conjunción periférica están reducidas a su más mínima expresión.»

Terminemos también este breve comentario con palabras del autor: Digamos prudentemente que ni todo es posible, ni nada hay previsible.

EL SULFATO DE CONDROITINA EN LA REPARACION OSEA

La reparación de la trabécula ósea ha sido estudiada por diferentes autores queriendo llegar a la entraña del problema del desarrollo y crecimiento del hueso.

Ray y Holloway (1957) han confirmado lo sugerido por Miller (1890), Senn (1889), y otros, de que el mejor sustitutivo del tejido óseo autógeno fresco, es la matrix orgánica del hueso demineralizado. Sin embargo, mientras el hueso demineralizado resulta efectivo en la curación de las heridas, el hueso demineralizado tratado con sulfato de condroitina acelera además la curación.

Burger, Sherman y Sobel (1961) acaban de hacer un estudio experimental («Deptmt. of Blochmstry», Jewish H., Brklyn., N. Y.) para estudiar la acción de distintos estimulantes manteniendo un grupo de control. En éste pudo observarse, al examen histológico, que excepto algunas pocas trabéculas de nueva formación, extendiéndose en el área de la herida quirúrgica, la mayor parte de la herida se encontraba, nueve semanas después de la intervención, ocupada por un tejido denso de naturaleza conectiva fibrosa.

Entretanto se estudiaron los siguientes materiales:

Espuma soluble de gelatina con sulfato de condroitina.—Siete semanas después de haber sido empleada en la herida se observó una masa de tejido conectivo con ligera actividad osteoblástica en la región marginal adyacente a la herida. Una clara formación ósea se podía advertir; no obstante, las trabéculas óseas, en el área central, no se encontraban en estado muy avanzado.

Hueso homogéneo fresco o demineralizado.—Se utilizó hueso fresco homogéneo, normal o raquíptico, o demineralizado, y una semana después de la intervención se apreciaba ligera reabsorción ósea en los bordes de la herida, mientras tenía lugar una ligera actividad osteoblástica con trabéculas óseas de nueva formación que se apreciaban desde el margen de la herida hacia el huésped. No existía incorporación del material del implante al huésped óseo o a las nuevas trabéculas óseas. La herida estaba ocupada por una moderada masa de tejido conectivo fibroso que contenía fibroblastos. Su vascularización era perfecta y no se apreciaba la más mínima reacción extraña.

A la sexta semana la vascularización había aumentado y se había consolidado la trabeculización, pero sólo hasta la novena semana no pudo considerarse la herida curada.

Hueso demineralizado con sulfato de condroitina.—Una semana después de haber sido implantado se observó nuevo hueso.

A la quinta semana la formación ósea se hizo mucho más rápida rodeando el material implantado y la actividad osteoblástica se extendía a todas las áreas. Seis semanas después de la operación la herida se pudo considerar curada.

Material colágeno y cloruro sódico.—Muy pequeños cambios se observaron una semana después de la intervención, pero sí una eosinofilia y algunos focos de células cartilaginoides, y la herida llena con la densa masa de tejido fibroso conectivo. Ocho semanas después sólo una moderada formación ósea podía apreciarse sin que, sin embargo, pudiera considerarse hueso compacto.

Colágeno con sulfato de condroitina.—Podemos considerar su cuadro histológico muy similar al estudiado anteriormente.

Tras estos estudios experimentales puede establecerse, con los mismos autores, que el hueso demineralizado estimula o induce la nueva formación ósea, pero tratado con sulfato de condroitina, este estímulo aumenta de manera muy superior al de los otros estudiados. Este estímulo—dicen Burger, Sherman y Sobel—no ha de ser interpretado en un sentido estrictamente embriológico, sino en el de su habilidad o potencial osteoblástico, en la que la nueva formación parte del tejido conectivo indiferenciado, como son los fibroblastos en la vecindad de la herida.

El mecanismo de acción de la condroitina no está todavía claro. La idea de que contenga alguna sustancia capaz de inducir la nueva formación, que pudiera ser un mucopolisacárido o una proteína-complejo mucopolisacárido, es muy posible; así como el mismo ácido hialurónico contribuye a esta formación en el cerdo experimental. Este mucopolisacárido sería segregado en la matrix ósea y así participaría en el sistema haweriano, donde los osteoblastos ocupan un papel análogo al del cartílago hipertrófico, lo que ha sido confirmado por Polot (1960).

«H₂» EN GERIATRIA

«H₂» no es un derivado de la procaína, sino simplemente una solución de procaína al 2 por 100 con un pH de 4,2-5. El tratamiento preconizado en Bucarest como causante de rejuvenecimiento y curas espectaculares de artritis, arteriorclerosis y otras enfermedades de la vejez, consistía en la inyección intramuscular de 5 ml de esta solución día por medio durante doce semanas. La inyección intravenosa de procaína como analgésico sistémico fue en otros tiempos usada con entusiasmo en el tratamiento de afecciones reumáticas, pero fue abandonada después de haberse demostrado que tenía un efecto analgésico muy poco mayor que un placebo administrado por la misma técnica, y también debido a la elevada incidencia de toxicidad. En los informes sobre H₂ se dice que no se han observado efectos tóxicos en unos 6.000 casos; pero no se mencionan grupos testigos tratados con placebos. Sería notable si estos efectos terapéuticos tan poderosos atribuidos a la procaína no hubiesen sido observados en alguna otra parte en una droga tan ampliamente usada. Se sabe que posee un efecto quinidínico, pero es demasiado transitorio como para tener algún valor. En el organismo se hidroliza para dar ácido p-aminobenzoico y dietilaminoetanol, y se ha sugerido que la estimulación mental y la euforia registradas después de procaína son debidas a esta última sustancia, que hace poco ha sido introducida como «excitante psíquico». Pero las pruebas para la eficacia de esta sustancia son por sí solas escasas.

BIBLIOGRAFIA

Die Anwendung des Vakuums in der Zahnheilkunde, del Prof. Dr. HEINZ FRIEDRICH OVERDIEK, de la Universidad de Bonn. 99 pág. con 60 grabados y una lámina en color. Tamaño 17 x 24,5 cm. Editado por Karl Hanser, München, 1962. Precio en rústica/cartulina: DM-22.

En estos últimos tiempos el vacío se ha venido utilizando en odontología en distintos aspectos, y así en la labor de porcelana; en la colocación del revestimiento en el cilindro para el colado; en el tratamiento de los conductos radiculares; en el tratamiento de la enfermedad parodontal, etc. El trabajo del investigador en cualquiera de estos campos ha llegado a obtener resultados positivos.

Es, pues, evidente que este trabajo de Overdiek resulta interesante no sólo para el profesional graduado, sino también para el obrero técnico interesado en alguna de las facetas del problema aquí expuesto. En ambos aspectos, médico y técnico, resulta el autor docto en la materia.

En fin, se trata de una obra bien interesante para la biblioteca del profesional estudioso. La impresión es excelente.

Das Dentogene Herdgeschehen unter besonderer Berücksichtigung des nervalen Anteils, por el Dr. ERNST LAUTENBACH, Privadozent de la clínica Maxilo-facial del Hospital de Bonn. 162 pág. con 38 grabados. Formato de 17 x 24,5 cm. Editado por Carl Hanser, München 1962. Precio: DM-23.

El concepto de infección focal ha recibido en estos últimos años valoraciones diversas. Y así, después de haber interpretado la acción de las toxinas, alcanzó gran auge en 1939 el concepto alérgico; es ahora cuando se concede importancia al dominio neuro-endocrino neural del mecanismo focal.

La obra de Lautenbach se presenta rica de experiencia clínica y experimental, estableciendo la diferencia entre «foco» y «foco dentario», aclarando las posibilidades de su diagnóstico y tratando sobre la teoría neuro-endocrina y neural en relación con la patología neural de Speransky, la patología de relación de von Ricker, la patología correlativa de von Siegmund, la neurología de Scheidt, o la terapéutica neural de Huneke. En otro capítulo estudia la histopatología del granuloma y la zona apical.

Se trata de un trabajo muy actual e interesante de acuerdo con los conceptos de estos últimos tiempos.

La edición, como siempre en este editor alemán.