

LOS IMPLANTES Y LA TECNICA DE RIALLAND

por el

DR. JACQUES RIVIÈRE

de Doubs.

616.314.-089.843]617

El problema de los implantes vuelve a despertar el mismo interés que suscitaría si su empleo no tuviera contraindicaciones; este interés se ha despertado actualmente, sobre todo en Francia y Suiza, hasta el extremo de haberle sido dedicado varias sesiones científicas en reuniones y asambleas. Recientemente, Rialland ha clasificado los implantes en odonto-estomatología o cirugía maxilo-facial, reduciéndolos a dos tipos: implantes intratisulares e implantes de semi-inclusión. Los primeros los subdivide en implantes de quirúrgicos, implantes de estabilización e implantes endo-maxilares. Entre los implantes quirúrgicos estudia los de interposición, de reconstitución y los de medios auxiliares de fijación. En los implantes endo-maxilares, que comprenden los autónomos, se los clasifica en: implantes a tornillo; de redes alveolares; espirales; de cavidades retentivas, y los transversales.

En el segundo grupo de implantes o de semi-inclusión estudia Rialland los implantes supra-maxilares, los subperiósticos y los submucosos.

En los implantes alveolares estudia los unitarios, los múltiples y los de apoyo. Para los implantes de resina acrílica y la implantación de un solo diente se prepara la raíz artificial en el laboratorio y se coloca en el alvéolo (al cual se le ha practicado alguna retención resecaando ligeramente la trama ósea) por medio de una resina autopolimerizable.

En el empleo de las prótesis quirúrgicas en las extremidades se ha aconsejado la extirpación del hueso hiperémico si ha de resistir las presiones a que ha de ser sometido. Es, pues, indispensable que el hueso alveolar sobre el que se establezca el implante esté sano.

En otros casos se trata de implantes parcialmente intraóseos y extra-óseos aislados, destinados únicamente a la sustitución inme-

diata de dientes ausentes. Esta técnica ha sido muy difundida y practicada en muchos casos.

Rialland utiliza para ciertos casos los implantes de apoyo. Según sus propias indicaciones estos implantes son útiles mientras persistan en la boca ciertos pilares; casos en los que un pilar intermedio o posterior falte, o bien por circunstancias mecánicas, o bien casos en los que se presente esta falta por la exigencia de practicar la extracción de uno de estos dientes. En este caso, tras la extracción se reproduce en el laboratorio la morfología radicular del diente extraído, de forma que el sustituto artificial pueda ser colocado exactamente en el alvéolo vacío, sin haber sido previamente retocado.

Rialland no cree que los implantes metálicos en comunicación con el medio exterior tengan otro fin más o menos tarde que su eliminación. Rialland utiliza, pues, este tipo de implante lo mismo sobre los alvéolos naturales que sobre los artificiales y los mixtos. Estas raíces las prepara en acrílico incoloro polimerizado al calor. Los implantes de Rialland no se utilizan, pues, sino como apoyos que forman una unidad con la estructura toda del puente y sin medio de fijación alguno al alvéolo; es decir, que se mantiene en posición por la estructura del puente.

En los implantes metálicos se ha de considerar no sólo las dificultades de tipo quirúrgico, sino asimismo de índole técnica, ya que lo mismo en el empleo de la técnica de Goldberg al sujetar la estructura metálica en el proceso alveolar por medio de tornillos, o en la sustitución de éstos por redes metálicas soportadas por la cresta alveolar, supone un inconveniente que aunque disminuido por la modificación de Sabras y Mazotto al suprimir esta red por travesaños que unen los elementos vestibulares y palatinos, es decir, reducir la estructura, los inconvenientes—repetimos—de apoyar en la cresta alveolar cuerpos metálicos constituye un punto de irritación que puede producir osteolisis en estas zonas, con su reabsorción, lo que da lugar a pérdida de estabilidad del implante al faltarle adaptación al implante con la superficie ósea, dando lugar a un proceso fibroso osteoperióstico. La misma solución de Maurel del doble arco simétrico, aun cuando reduce estos inconvenientes, no los anula completamente. Esta estructura la fija Maurel a la masa ósea por medio de tornillos, aun cuando esta fijación—dice—no resulte indispensable. La confección de la estructura o implante se aconseja prepararla lo más rápidamente

posible, con objeto de que la intervención quirúrgica no se distancie demasiado del segundo tiempo. El ajuste de estos implantes, es lógico, debe de ser lo más perfecto posible. Sobre estos implantes utiliza Maurel restauraciones de resina acrílica.

Aun cuando se ha repetido numerosas veces, es necesario recordar que ninguna de estas intervenciones debe intentarse sin un examen radiológico completo con objeto de evitar cualquier inconveniente resultante de la topografía de los senos, de lo que se deduce mayores peligros por su empleo en el maxilar superior que en el inferior.

Los americanos prefieren como implantes las estructuras de tipo Goldberg, ya que, de acuerdo con su criterio, permiten un mejor reparto de fuerzas sobre el basamento óseo, de forma que ofrece a las fibras periósticas una superficie más apta.

Según Parant y Jaskarzec, la adaptación del implante en el desdentado no debe intentarse antes del año y medio después de la última extracción, con objeto de no provocar una atrofia posterior que dé lugar a su expulsión y facilitar una más perfecta adaptación al hueso. Por supuesto que la estructura metálica debe ser fina, pero rígida, estimando, para terminar, que el período de experimentación ha sido ya sobrepasado.

De todo esto podemos deducir que, pese a la tendencia americana, en Europa se abandona el empleo del tornillo para la fijación de la estructura al hueso, pues dan lugar a fenómenos de osteolisis, y no sólo debido a razones de índole dinámica, sino químicas, por corrosión y subsecuente osteolisis.

Entre las contradicciones para el establecimiento de los implantes sub-periósticos se encuentran las de toda intervención quirúrgica: cardiopatías, hemostasia, cicatrización, etc., además de que en la edad del paciente puede representar un grave problema, agravado en los casos en que la densidad del cuerpo auxiliar represente una dificultad para la intervención.

En resumen, podemos decir que, lo mismo en Francia que en Suiza, los implantes sub-periósticos merecen actualmente un vivo interés. (Trad. E. P.)

PRUEBA DE LA FLUORESCEINA EN EL DIAGNOSTICO DE CANCER

La fluoresceína sódica, inyectada por vía intravenosa, es empleada en unos pocos centros para ayudar al diagnóstico y localización de tejidos malignos. Al exponer los tejidos a la radiación ultravioleta (3.650 Å), los tejidos donde se ha concentrado el colorante se distinguen por una fluorescencia verdosa. Esta prueba ha dado los resultados más consistentes en la diferenciación de las lesiones del sistema nervioso central. En este caso se dice que el uso clínico del colorante es sencillo y exacto, particularmente para localizar lesiones subcorticales y para diferenciar tumores infiltrantes del cerebro normal. Además, el colorante se acumula en áreas con edema, abscesos y en las zonas corticales asociadas con ciertos tipos de epilepsia. Probablemente todas estas observaciones puedan ser relacionadas en parte a perturbaciones de la barrera hematocefálica. Asimismo, se dice que la prueba de la fluoresceína ha dado resultados promisorios en el diagnóstico del cáncer en el ojo y en la piel. En ciertos otros neoplasmas, la fluoresceína sódica se concentra de una manera imprevisible, por ejemplo, en los carcinomas del estómago y del colon y, de manera más consistente, en el adenocarcinoma mucoso del tracto gastrointestinal y en las metástasis peritoneales de una carcinomatosis generalizada.

La acumulación de la fluoresceína en los tumores malignos no constituye una cualidad única del colorante, puesto que se pueden hallar grandes cantidades del colorante en áreas inflamadas y necróticas que no tienen ninguna relación con procesos malignos. La retención de fluoresceína en algunos tumores parece ocurrir debido a la vascularización más o menos intensa de los tejidos subyacentes o adyacentes, y la lentitud de la difusión dentro y fuera de las áreas con vascularización pobre o necróticas. Se sabe que el color de la fluorescencia debida a la fluoresceína se modifica rápidamente después de la muerte de la célula y que depende del pH, y es posible que estos factores, junto con las diferencias en la autofluorescencia de diferentes tejidos y órganos, compliquen la aplicación de esta prueba en algunos tejidos más que en otros. Se ha señalado que la técnica es un complemento útil en el diagnóstico de aquellos casos donde no se dispone rápida y rutinariamente de los servicios de un anatomopatólogo. («B. M. J.»)