

TECNICA PARA LA IMPLANTACION DE TEJIDOS EN LA CAVIDAD BUCAL

Por el

DR. ADRIANO BERTOLINI

Los primeros resultados clínicos en las paradentopatías, obtenidos en la terapéutica de implantes tisulares, se practica en diversos países por los oftalmólogos y otros especialistas. Estos implantes dan lugar a reacciones locales y generales poco importantes.

La técnica corriente para implantar estos tejidos es la siguiente:

Primero, anestesia por infiltración; *segundo*, asepsia absoluta; *tercero*, incisión de la piel en unos tres centímetros; *cuarto*, introducción de una pinza de Kocher bajo la piel (4 ó 5 centímetros) y separación para crear un fondo de saco en el tejido conjuntivo subcutáneo; *quinto*, colocar el tejido a implantar en la región lo más alejada de la incisión y fijarla con un punto de catgut; *sexto*, suturar la piel con seda; *séptimo*, cubrir la incisión con una gasa estéril embebida en alcohol.

Esta técnica exige una asepsia rigurosa y es difícilmente practicable en las cavidades cubiertas de mucosa: vagina, nariz, boca, ricas en bacterias. A fin de poder realizar perfectamente los implantes submucosos hemos preconizado un sistema, del cual damos su descripción:

Hemos creado un instrumento particularmente útil para la introducción subcutánea o intramuscular, de tejidos u otras sustancias no líquidas. Se ha denominado: “*ajuga-jeringa para implantes tisulares*”, y comprende:

Primero, una aguja-cánula hueca, en la que su luz, en el lado opuesto a su punta, se ensancha en forma de embudo; *segundo*, una pieza reproduciendo exactamente el cuerpo cilíndrico de la aguja, comprendida su parte en embudo, y la cual se prolonga después con el mismo calibre de la boca del embudo; *tercero*, una pieza que sustituya la pieza segunda para penetrar en la luz de la aguja-cánula y a manera de émbolo empujar por su luz, hasta su extremo, el trozo

de tejido o de otra sustancia que se haya introducido en el embudo de la aguja.

Tejidos empleados para los implantes:

Primero, PLACENTA preparada asépticamente siguiendo el método de Filatov, conservada en ampollas bajo la forma de pequeñas porciones del mismo diámetro que la aguja del instrumento.

Segundo, AMNIOS preparado siguiendo la técnica de Filatov y conservado en ampollas de solución fisiológica. Antes de su empleo se corta en tiras de 3 milímetros de largas, con una técnica absolutamente aséptica.

Técnica de aplicación:

Primero, desinfección de la mucosa; *segundo*, anestesia por infiltración de la zona vestibular correspondiente al grupo de dientes a tratar (corrientemente, grupos de seis); *tercero*, introducción del implante con la aguja-cánula en posición dentro de la mucosa del labio o del carrillo, con la punta dirigida hacia afuera; *cuarto*, la punta apenas hendida se dirige al hueso, deslizándola por el periostio. Esta maniobra deja los tejidos de manera tal que, retirada la aguja, su trayecto es tan tortuoso que constituye por sí una barrera contra la infección y la expulsión del implante, favoreciendo una rápida cicatrización; *quinto*, después de haber colocado la otra aguja en la profundidad deseada, se retira la cánula; *sexto*, colocado el tejido a implantar en el embudo de la aguja, se emplea la cánula; *séptimo*, con el émbolo (pieza número 3) se introduce el tejido sobre el periostio; *octavo*, se retira un poco la aguja y se coloca otra parte o porción del implante; *noveno*, se repite esta última operación por tercera vez.

Nosotros colocamos tres porciones de placenta de un calibre igual al del interior de la aguja y de una longitud de un centímetro, o tres banditas de amnios de 3 milímetros por 2 centímetros.

Para evitar que el implante se quede prendido entre la aguja y la pieza número 3 (el émbolo), y para impedir que se aproxime al orificio de entrada, retiramos la aguja, y luego la pieza número 3, que ha sido construída más larga que la aguja.

El orificio de entrada es una herida casi insignificante, que puede ser cerrado por un punto de sutura o espolvoreado con penicilina o sulfamidas.

Los implantes se repiten cada veinte días, tres o cuatro veces, tratando sucesivamente las cuatro hemiarcadas.

Pensamos que el amnios, por su pequeño volumen y por ser perfectamente tolerado por los tejidos de la boca, es el implante de elección en la práctica odontológica.

CONCLUSION

Estamos convencidos con nuestra experiencia de tres años sobre centenas de casos, que la terapéutica tisular es hoy el arma más poderosa para completar los medios habituales de tratamiento de las parodontopatías.

El instrumento que hemos designado facilita la terapéutica de las parodontopatías por los implantes tisulares, al hacerlas tan simples como las inyecciones corrientes (per *Paradntgie.*, 1, 1953).

Empleo del ungüento de clorofila en las lesiones operatorias resultantes de la remoción de terceros molares impactados. (Joseph C. Tam y Hendry B., Jr., "Journal of Oral Surgery", 9, 3, p. 237, 1951.)

Con la esperanza de obtener una cicatrización de primera intención se usa un ungüento de clorofila en las lesiones operatorias de terceros molares impactados, llenadas con el ungüento llamado Chloresium Dental Ointment y suturadas después. Ocho (el 33,33 por 100) desarrollaron osteitis o supuración, lo que mostró que no se había obtenido un proceso de cicatrización de primera intención. El mencionado ungüento no parece apropiado para su empleo en heridas operatorias de terceros molares inferiores impactados, si es que se desea una cicatrización de primera intención.

Causas de maloclusión. (R. Hotz, "International Dental Journal", 1, p. 50, junio 1951.)

Los informes e investigaciones demuestran que la etiología de la maloclusión es extremadamente compleja, puesto que está determinada por los efectos variables de influencias hereditarias, constitucionales, funcionales y aquellas que dependen del crecimiento.

Son muchas las variaciones individuales en la articulación dentaria del hombre moderno que no deben considerarse como patológicas y que seguramente están incluídas en la categoría de tales, porque no es misión de la ortodoncia normalizar variaciones naturales. Si tales variedades no resultasen estéticas, el tratamiento debe consistir en la corrección cosmética. El estudio de las causas de la maloclusión da una idea de lo incompletos que resultan los métodos terapéuticos empleados actualmente en este complicado problema que hasta ahora ha consistido casi exclusivamente en el tratamiento sintomático de condiciones mal comprendidas.

El papel de la fosfatasa alcalina en la osteogénesis

(Editorial de "Revista Española", 41, p. 355, 1951.)

Desde 1923 se conoce la existencia en el cartílago y hueso, durante la fase de crecimiento y osificación, de un fermento capaz de liberar fosfato inorgánico de los fosfatos orgánicos (Róbinson). Pronto se pensó que el acúmulo de fosfato inorgánico, así producido, en la proximidad de la matriz ósea, facilitaba su combinación el calcio y su depósito para constituir el hueso. Sin embargo, el mismo Róbinson hubo de reconocer la necesidad de un "segundo mecanismo", no conocido, para explicar el hecho de que otros tejidos que contienen fosfatasa no produzcan calcificaciones. Por otra parte, serían precisas localmente cantidades de ésteres fosfóricos mayores que las que realmente existen para explicar la formación del depósito óseo solamente por intermedio de la actividad de la fosfatasa. Quizá deba pensarse más bien en la actividad del fermento fosforilasa, el cual interviene en la fosforilización necesaria para la glicogenólisis, originando como pasos intermedios ésteres fosfóricos, los cuales pueden ser el substrato de donde se obtenga el fósforo inorgánico necesario para la osificación.

El desarrollo de técnicas histoquímicas para la demostración de fosfatasas o de fosfatos inorgánicos, así como los estudios con fósforo radiactivo han permitido ampliar nuestros conocimientos sobre la acción de la fosfatasa. Este fermento se encuentra en tejidos no osificantes, como el cartílago en crecimiento o el callo fibroso, así como también en el osteoide raquítico y en numerosos otros tejidos (intestino, hígado, riñón, tejido de granulación, etc.). Revela este hecho la importancia de la fosfatasa alcalina en numerosos procesos metabólicos, distintos de la formación del depósito óseo. Es conocido, de otro lado, que el osteoide raquítico, que no se calcifica, es rápidamente calcificado cuando el animal de experiencia es sometido a una dieta normal o cuando "in vitro" se sumerge el tejido en una solución adecuada de fosfato cálcico (Shipley y colaboradores).

La cuestión de si la fosfatasa alcalina es necesaria para el depósito mineral en el hueso o para la formación de la matriz ósea, la cual poseería entre sus propiedades inherentes la de fijar sales de fósforo y calcio, sin necesidad de la intervención de fermentos, ha sido atacada por Siferé con medios histoquímicos. Demuestra así que no siempre coinciden la presencia de fosfato inorgánico y de fosfatasa en la unión diáfisoepifisaria de conejos en crecimiento o en la zona de unión de costilla y cartílago costal, en niños recién nacidos. La presencia de fosfatasa activa se halla siempre en relación con células en zonas de activa formación de matriz ósea. En este proceso son utilizados elementos de la matriz cartilaginosa; pero en esta reabsorción del cartílago no parece intervenir la fosfatasa, cuya presencia no guarda paralelismo con la desaparición del sulfato de condroitina.