

NUEVA TECNICA SOBRE IMPLANTES METALICOS

(NOTA PREVIA)

por el

DR. PASCUAL VALLESPÍN GÓMEZ

El trabajo que presentamos sobre implantes no es un trabajo terminado, sino que lo tenemos en pleno estudio. El interés despertado en el XII Congreso Internacional de Odontoestomatología, celebrado recientemente en Roma, ha sido lo que nos ha animado a su publicación.

Nuestra labor en el paciente está terminada, pero no tenemos los resultados finales; resultados que no los hemos de dar nosotros, sino el tiempo. En la actualidad (octubre de 1957), llevamos seis meses con el trabajo concluído en el paciente, y los resultados obtenidos no pueden ser más óptimos; pero queremos más, ya que consideramos muy pocos seis meses para dar por terminada la obra y menos para poder dar unas conclusiones definitivas.

Seguimos trabajando en el proyecto, y desde aquí nos ofrecemos incondicionalmente a todos los colegas que estén interesados en el procedimiento para darles detalles más amplios, estar en lo sucesivo en contacto con ellos, para confrontar datos y resultados, e incluso para hacerles demostraciones prácticas sobre pacientes.

Nuestra técnica ha tratado de resolver algunas de las dificultades de los procedimientos anteriores, dificultades que en la mayoría de los casos eran el motivo del fracaso.

Para iniciar la exposición de nuestro método haremos resaltar, en primer lugar, los puntos que constituyen la diferencia fundamental entre éste y los demás procedimientos.

Tal diferencia consiste:

1.º La localización de la incisión será por fuera del lugar que ocupa la férula (figura 1).

2.º La infraestructura está dividida en dos partes (férula y pivotes), con lo que evitamos que la misma, en el momento de su colocación, esté en contacto con la cavidad bucal (figura 3).

3.º Estar dividida la intervención en tres fases:

- a) Incisión e impresión.
- b) Colocación de la férula (infraestructural); y
- c) Colocación de los pivotes y de la supraestructura.

Hemos de advertir que es un implante subperióstico; por tanto, siempre que citemos la mucosa se entiende no sólo la mucosa, sino mucosa-



Fig. 1.—La férula (f) o infraestructura queda apoyada sobre el basamento óseo (h) y no está, en el momento de su colocación, en correlación con la cavidad bucal.

La incisión (s) de la mucosa (m) está por fuera del lugar que ocupa la férula (f).

periostio. Asimismo queremos aclarar que en nuestra exposición hablamos indistintamente de férula e infraestructura, ya que son una misma cosa.

Se comienza por hacer un minucioso estudio del paciente. Practicaremos un examen general del mismo por aparatos (respiratorio, digestivo, cardiovascular, etc.), y nos son necesarios los siguientes análisis:

En sangre: Fórmula y recuento de hematíes y leucitos,

Cantidad de hemoglobina,

Valor globular,

Velocidad de sedimentación,

Tiempo de coagulación,

Tiempo de hemorragia,

Determinación de urea,

Tiempo de protrombina,

Determinación de glucosa,

Determinación de calcio y

Reacción de Wassermann y complementarias.

En orina: Caracteres generales,
Densidad,
Albúmina,
Glucosa, etc.

Asimismo, haremos radiografías seriadas intra y extraorales de la mandíbula, que nos darán datos precisos del estado de reabsorción del hueso, así como de la existencia de cualquier proceso patológico o restos de raíz.

Es preciso que el paciente esté desdentado por lo menos desde hace dos años para asegurarnos de la perfecta reabsorción, y así podremos asegurar no han de presentarse modificaciones óseas por esta causa.

La mucosa debe ser inspeccionada minuciosamente, asegurándonos de su buena irrigación por un color sonrosado uniforme.

Una vez realizados todos los reconocimientos y análisis con buenos resultados, se tomarán unas impresiones completas (superior e inferior), como para construir una dentadura completa de placa. Se construyen las placas de articulación, se articula y se prueba en dientes. De esta forma calcularemos los sitios exactos (figura 3) en que van a ir los pivotes exteriores, que han de soportar la prótesis propiamente dicha (supraestructura), ya que estos pivotes deben de estar en puntos clave, y éstos

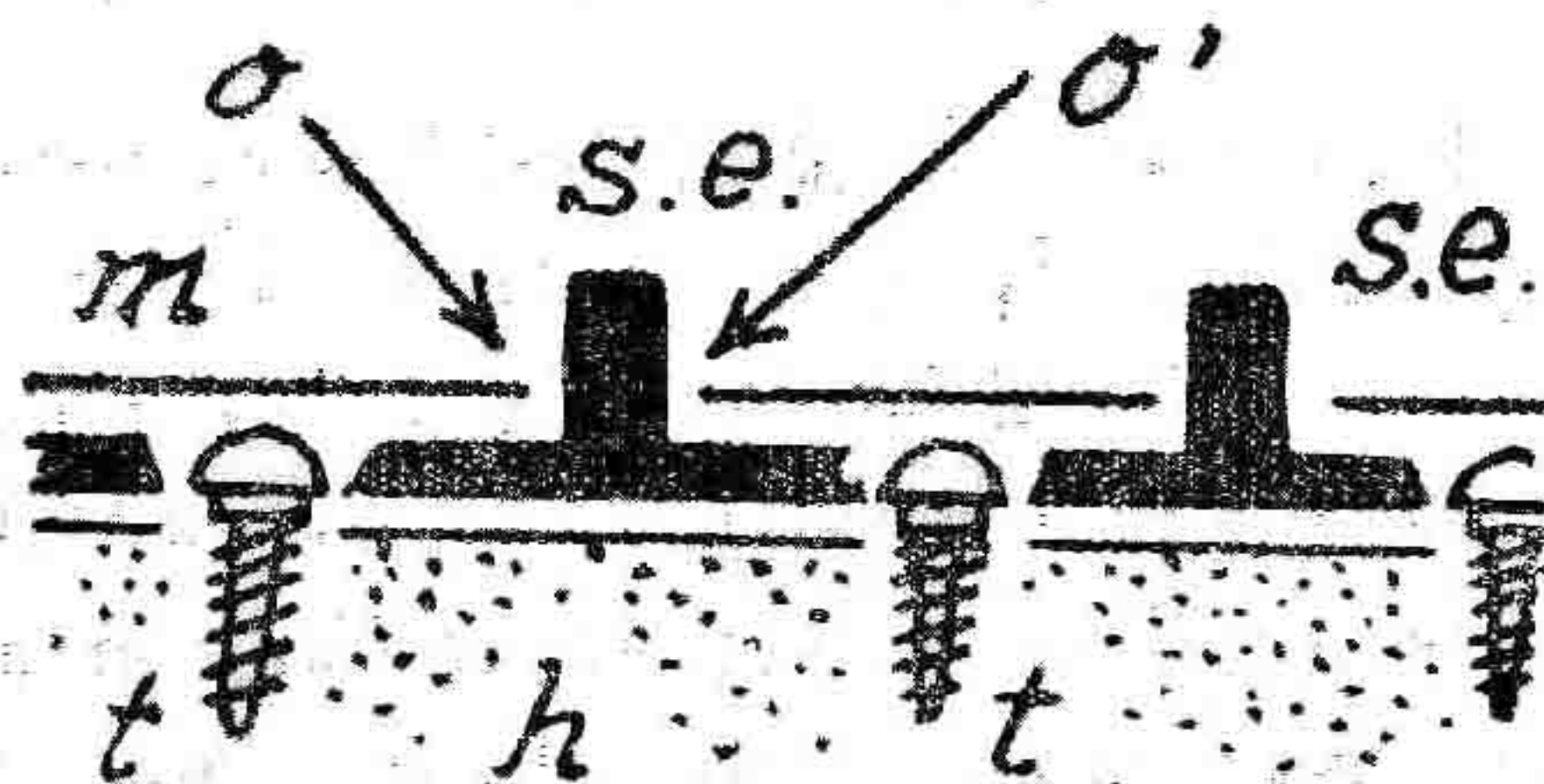


Fig. 2.—La estructura metálica en las otras técnicas deja a la mucosa (m) abierta (flechas o y o'), por donde aflora la parte superior de la estructura (s.e.), dejando un «ojal» ya en el período inicial.

h, basamento óseo.

t, tornillos de sujeción de la estructura.

s.e., supraestructura.

son el lugar de los caninos y primeros molares, con lo que obtendremos el equilibrio de fuerzas, punto muy interesante para el buen resultado del implante.

Ya con estos modelos previos pasamos a la primera fase.

PRIMERA FASE

En la primera fase de la intervención quirúrgica hacemos una anestesia local al 2 por 100, mezclada a su vez con hialuronidasa para aumentar su poder de difusión. La anestesia puede ser también general. Practicamos seguidamente dos incisiones, una derecha y otra izquierda, a nivel de los espacios retromorales incisiones perpendiculares a la línea que marca la cresta alveolar, y de una longitud de 1,5 cm.; estas incisiones se unen por otra longitudinal que va unos 7 mm. (figura 1) por

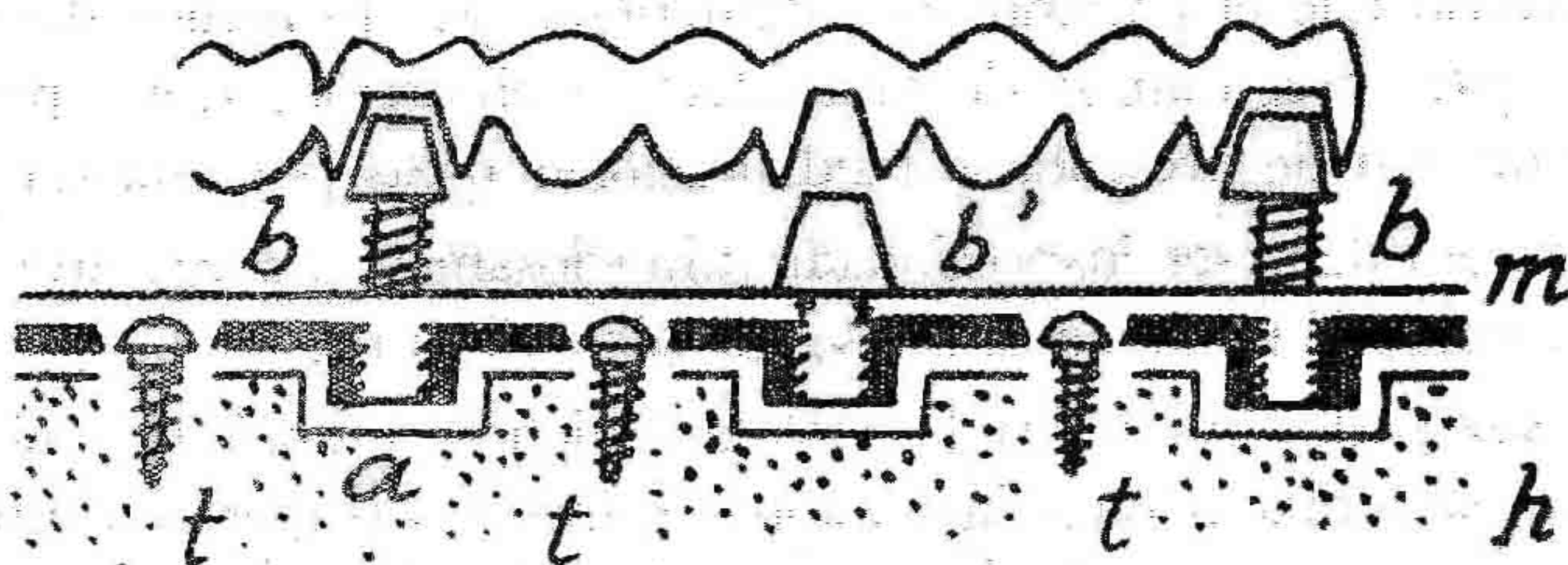


Fig. 3.—Técnica de Vallespín. La infraestructura queda fijada al maxilar (h) por sus tornillos (t), desprovista de sus pivotes (b); estructura que lleva una zona roscada hembra (a), que albergará más tarde al pivote (b'), que constituyen la supraestructura.

Sobre dichos pivotes en posición se construirá después el arco dental.

fuera de la cresta alveolar (por su cara vestibular) teniendo mucho cuidado al pasar por cerca de los agujeros mentonianos, agujeros que habremos localizado por radiografías practicadas con antelación. Separaremos la mucosa totalmente y dejaremos la cresta ósea alveolar descubierta, tomando en estas condiciones una impresión con alginato; con una cubeta fabricada al efecto, sobre el modelo que nos ha servido para la dentadura previa; cubeta que será metálica para su más fácil esterilización.

El positivo de esta impresión lo obtenemos en escayola-piedra para evitar pequeños desgastes por la manipulación durante la construcción de la férula.

Una vez obtenida la impresión, lavamos la herida con suero fisiológico y saturamos con seda muy fina. Se administran antibióticos desde el día anterior a la intervención, indicándonos el postoperatorio cuándo debemos suprimirlos. Generalmente, de no haber ninguna complicación, al día siguiente de la intervención puede suprimirse la aportación de an-

tibióticos. Suele haber después de la intervención un ligero aumento de la temperatura (38 a 38,5 grados), que cede rápidamente.

Se construye la férula en el tiempo que media entre la primera y segunda intervención (un mes aproximadamente), teniendo presente que no debe llegar nunca a la línea de incisión (figura 1-s). Se construye en aleación de cromo cobalto y molibdeno. Este primer tiempo, como puede verse, difiere del de las otras técnicas en la localización de la incisión longitudinal, pues mientras los otros autores la sitúan en la misma cresta alveolar, nosotros la hacemos unos 7 mm. por fuera de la cresta alveolar, con lo que pretendemos y conseguimos que la línea de incisión-sutura en la segunda intervención (colocación de la férula) no quede superpuesta al metal, sino en las condiciones anatómico-biológico-funcionales, o sea, superpuesta al hueso, con lo que evitamos la posible infección.

En las otras técnicas, como la encía no se adapta firmemente al metal, queda entre ella y la férula un túnel mucoso que reúne las mejores condiciones para la proliferación de los microorganismos, ya que dicho túnel, al seguir las otras técnicas, puede quedar en comunicación con el exterior por un punto de sutura defectuoso por mucho espacio entre dos puntos o por los espacios que forzosamente quedan entre el pivote y la mucosa (figura 2; la flecha marca el punto de entrada) si procediésemos a la colocación de los mencionados pivotes por los procedimientos ajenos al nuestro, o sea: cuando la infraestructura está formada por férula y pivotes unidos, constituyendo una sola pieza.

SEGUNDA FASE

En la segunda fase se procede al implante de la férula, desprovista de pivotes (figura 3), que es la característica diferente de nuestro método. Nuestra férula, en lugar de llevar fijamente insertos los pivotes, lleva en los puntos en que habrá de procederse a su inserción posterior una zona roscada (hembra) (figura 3-a), que corresponde a otra que llevan los pivotes (macho), por las que, como queda dicho, con posterioridad han de unirse. Los pivotes, aparte de su zona roscada, son unos tronco-conos (figura 3), sobre los cuales, y por medio de unas coronas telescópicas (figura 3-b), fijaremos la supraestructura (figura 3-bt).

De esta forma, con la infraestructura hecha en dos partes, férula y pivotes, conseguimos que al colocarla en posición, exenta de los pivotes, sea absolutamente imposible su comunicación con el exterior en esta

fase en que por hallarse traumatizados hueso y mucosa se da el momento crítico favorable a la infección; imposibilidad que tiene su fundamento en el perfecto cierre de la incisión-sutura, al estar ésta directamente superpuesta al hueso (figura 1-f) y al carecer de los puntos abiertos de mucosa que lleva consigo la fijación simultánea de férula y pivotes (figura 2).

Una vez colocada la férula y saturada la encía, examinamos periódicamente el hueso mandibular por medio de radiografías seriadas, para comprobar la buena cicatrización del traumatismo óseo. Una vez estamos seguros de la feliz marcha del proceso, realizamos la tercera fase.

TERCERA FASE

Esta tercera fase consiste en la colocación de la supraestructura; para ello basta con localizar radiográficamente las zonas roscadas de la férula (figura 3-a), y en tales zonas se da un punto de cauterio y se colocan en ellas los pivotes. La quemadura de la cauterización es mínima y, además, hemos de tener en cuenta que en el momento de realizarla no existen ni vestigios de los primitivos traumatismos y que, dada su localización absolutamente superficial, no afecta para nada la estructura ósea.

En estas condiciones se coloca la supraestructura (figura 3). Deben de pasar, desde la colocación de la férula hasta la de los pivotes y supraestructura, unos dos meses; de todas formas, el estudio radiográfico determinará el momento oportuno de su colocación.

Quiero que sirvan estas líneas de agradecimiento a los colaboradores doctores Hernanz Cerveró, Bernad Clavería, Puente Sanz, Marín Górriz, Bestué Fuster y señores Bravo Ortega, Urieta Solanas y Duro Borque y a Laboratorios, que con su colaboración desinteresada han hecho se haya llevado a feliz término.

(«Archivos de la Fac. de Med. de Zaragoza», Tomo V, N.º 5.)