FIABILITATEA METODEI DE EXTRACȚIE CU IMPLANTARE IMEDIATĂ

IRINA PALADA [1]

[1]*Doctorand Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu*

Cuvinte cheie: *extracție, implantare imediată*

Rezumat: *Implantologia este o disciplină în continuă evoluție. Extracția cu implantare imediată permite să se reducă manipulările asupra țesuturilor moi şi limitarea rezorbției osoase. Este cunoscut faptul că în primele 6 luni după extracție se remarcă o pierdere de 40% a înalțimii şi 60% a grosimii alveolei. Stimulul funcțional exercitat pe dintele natural stimulează şi susține osul alveolar. În cazul pierderii dinților acest stimul fiziologic dispare în profitul unei rezorbții osoase inițial în sens transversal apoi în sens axial şi care progresează rapid. Pentru a preîntâmpina acest fenomen se adevereşte a fi legitimă intervenția cât mai timpurie pentru a conserva corticala alveolară. Extracția cu implantare imediată are următoarele obiective: prezervarea volumului osos inițial; prezervarea țesutului moale adiacent; chirurgia non-invazivă şi dacă se poate fără lambou; redarea unei funcții rapide şi imediate; câştig estetic. Această tehnică permite reducerea timpului de tratament şi a numărului intervențiilor chirurgicale comparativ cu protocolul convențional. În plus protocolul operator este mai puțin traumatizant şi simplificat deoarece după extracție nu rămâne decât calibrarea zonei apicale.*

Keywords: *extraction, immediate implant*

Abstract: *Implantology is an evolving discipline. Extraction with immediate implant helps to reduce the manipulation of the soft tissue and the limitation of bone resorption. It is known that the first 6 months after extraction, a loss of 40% to 60% of the height and thickness of the socket is to be noticed. The functional stimulus exercised on the natural tooth stimulates and supports the alveolar bone. In case of teeth loss, this physiological stimulus disappears in the advantage of a bone resorption, initially transversely and then axially that progresses quickly. In order to prevent this phenomenon, it seems legitimate that an intervention as early as possible will preserve the alveolar cortex. Immediate implant extraction has the following objectives: preservation of the initial bone volume; preservation of the adjacent soft tissue; non-invasive surgery, and if possible without flap; rendering the immediate and rapid function; aesthetic benefit. This technique can reduce the treatment time and the number of surgical interventions, compared with the conventional protocol. In addition, the surgical protocol is less traumatic and is simplified because after extraction, only the calibration of the apical area remains to be done.*

INTRODUCERE

Metoda clasică de implantare a fost deja analizată şi documentată, aceasta conținând cel puțin trei faze:

- faza chirurgicală : inserarea implantului
- perioada de vindecare de trei până la şase luni
- faza protetică.

Aşadar între perioada de punere a implantului şi cea protetică după metoda clasică există o perioadă de trei luni până la un an, aceasta depinzând de indicații, structura osului şi tehnica aleasă. Logic se pune întrebarea dacă se poate scurta această perioadă şi în ce fel.

Mulți medici practică de mulți ani tehnica implantării imediate post-extracționale. Această metodă particulară dă foarte bune rezultate echivalente celor obținute prin tehnica clasică cu condiția respectării indica□iilor şi a protocolului operator.

Un anumit număr de reguli trebuie respectate în cadrul protocolului de punere a unui implant post-extrac□ional pentru obținerea unui rezultat pozitiv.

După anestezia loco-regională se procedează la extracția dintelui. Aceasta trebuie să fie atraumatică pentru a prezerva capitalul osos. Situl postextracțional trebuie chiuretat pentru a-l debarasa de orice țesut patologic posibil. Chiuretajul stimulează pereții alveolei, eliberând celulele osoase responsabile de cicatrizare.

Trebuie verificată integritatea pereților alveolari deoarece, lipsa unui perete şi în special a peretelui vestibular poate constitui o sursă de eşec.

Următoarea etapă o constituie analizarea şi determinarea poziției şi orientării implantului în raport cu rădăcina dintelui extras pentru a obține un rezultat optim din punct de vedere estetic şi biomecanic. Axul implantar nu este totdeauna compatibil cu axul radicular. Poziția implantului este dictată de imperative funcționale şi estetice. Este foarte importantă obținerea unei bune stabilită□i primare (minim 15 Ncm) a implantului de unde interesul de a fora dincolo de apex acolo unde condițiile anatomice o permit. În anumite cazuri este necesară utilizarea materialelor de adiție osoasă precum şi a membranelor deoarece, diametrul implantar este inferior diametrului dintelui extras.

PREZENTARE DE CAZ

Pentru prezentarea acestei metode de terapie din cazurile studiate am ales prezentarea unui caz care ilustrează avantajele metodei de extracție cu implantare imediată.

Pacienta este în vârstă de 52 de ani cu stare generală

[1]Autor Corespondent: Irina Palada, str □trandului, bl 29, sc A, ap 3, Sibiu, România, e-mail: victor.palada@polisano.ro, tel +40726722045
Articol intrat în redacție în 28.10.2011 şi acceptat spre publicare în 31.01.2012
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Martie 2012; 2(1)109-111

bună şi care nu prezintă contraindicații pentru tratamentul implantar.

Figura nr. 1. Ortopantomografia ini□ială

Analiza ortopantomografiei arată că în zona maxilară stângă, respectiv la nivelul lui 26 şi 27 există o rezorbție osoasă în plus cu un debut de proces infecțios la nivelul rădăcinii meziale a primului molar, respectiv la nivelul lui 26.

Examenul scanerului ne-a permis analiza anatomiei alveolei, grosimii osului alveolar, cantitatea de os apical, înalțimea totală disponibilă, ceea ce ne-a permis alegerea dimensiunilor implantului.

Acest tip de examen devine obligatoriu pentru toate intervențiile care sunt realizate în apropierea nervului dentar inferior sau a sinusului maxilar. În plus scanerul este indispensabil în toate cazurile în care radiografia panoramică lasă neclarități asupra anatomiei zonelor în care se va plasa implantul în particular în ceea ce priveşte lărgimea osului disponibil.

Figura nr. 2. Sec□iune scanner care permite analizarea zonelor prevăzute pentru implantare

Am recurs la extracția lui 26 şi 27 după secționarea lucrării protetice existente. Secționarea s-a efectuat în zona caninului (23) care este un element intermediar de bridge aşa cum se poate remarca pe ortopantomografie.

Extracția am făcut-o cât mai atraumatic posibil pentru conservarea integrită□ii tablei osoase alveolare. Pentru aceasta am utilizat periotomuri pentru a secționa fibrele ligamentului parodontal. Am favorizat luxațiile mezio-distale celor vestibulo-linguale pentru a nu leza corticala osoasă.

După extrac□ie am preparat alveola. Chiuretajul alveolei a urmărit eliminarea procesului patologic remarcat pe ortopantomografie la nivelul rădăcinii meziale a lui 26. Apoi s-a trecut la lavajul alveolelor cu ser fiziologic .

S-a trecut apoi la prepararea sitului implantar prin foraj succesiv în concordanță cu analiza făcută pe scanner. Am introdus implante Wital – în zona 26 am realizat un implant cu diametru de 4,3mm, iar în zona 27 un implant de diametru de 4 mm. S-au introdus implante şi în zonele 24 şi 25 unde există o edentație mai veche.

Am obținut o stabilitate primară superioară la 30Ncm, ceea ce ne-a permis să recurgem la punerea imediată a unei proteze provizorii.

Figura nr. 3. Ortopantomografie pe care se observă implantele inserate în pozi□iile 24, 25, 26 □i 27

Pentru realizarea protezei provizorii am montat bonturi protetice provizorii. S-a luat amprenta care a fost trimisă în laborator. După 24 de ore am fixat această proteză.

Figura nr. 4. Lucrarea protetică provizorie

În 24 de ore pacienta a fost rezolvată din punct de vedere estetic, protetic şi funcțional.

După o perioadă de trei luni proteza provizorie a fost îndepărtată. S-au montat bonturile definitive. Diametrul bonturilor a fost de 3,5mm pentru a limita liza osoasă verticală şi orizontală care apare în jurul implantului. Acesta este conceptul de « platform-switching » care constă în conectarea unui implant cu diametru dat la un bont de diametru redus. Acest procedeu pare să împiedice liza osoasă verticală şi orizontală observată în condiții obişnuite.

După montarea bonturilor din titan s-a trecut la realizarea amprentei, după care s-a confec□ionat lucrarea definitivă din ceramică.

Figura nr. 5. Bonturile protetice definitive din titan

Figura nr. 6. Pacienta cu lucrarea protetică definitivă

Figura nr. 7. Ortopantomografie pe care se observă implantele împreună cu lucrarea protetică definitivă

CONCLUZII

Extracția cu implantare imediată prezintă numeroase avantaje care permit în special optimizarea cicatrizării implantului, diminuare numărului intervențiilor şi a duratei tratamentului.

Aceasta metodă pare să antreneze o cicatrizare osoasă mult mai rapidă care s-ar putea explica prin vascularizarea sitului osos provocată de extracție şi minima încălzire provocată de foraj.

Rezultatul estetic este foarte bun în marea majoritate a cazurilor deoarece implantul este situat în poziția de origine a dintelui natural.

Dacă indicația există, simplicitatea acestei metode face să se intervadă această eventualitate în fața unei indica□ii de extracție în practica cotidiană. Avantajele metodei şi rezultatele obținute pledează în favoarea ei.

În același timp această tehnică trebuie utilizată după un examen minuțios clinic şi respectând un protocol precis care dacă nu este respectat poate duce la un eşec al osteointegrării sau a integrării estetice.

BIBLIOGRAFIE

1. Elian N, Cho S. A simplified socket classification and repair technique. Pract Proced Aesthet Dent. 2007;19(2):99-104.
2. Lazzara RJ. Immediate implant placement into extraction sites. Surgical and restorative advantages.
3. Misch C. Contemporary Implant Dentistry, ed2, 1997, St Louis, Mosby.
4. Penarrocha M, Uribe R, Balagner J. Immediate implants after extraction .A review of the current situation. Med Oral. 2004;9:234-42.
5. Sirbu I. Curs practice de implantologie orala. Bucuresti, 2004.
6. Del fabbro M, Testori L, Taschieri S, Weinstein LR. Systematic review of survival rates for immediately loaded implants. Int J Periodontics Restorative Dent. 2006;26:249-263.
7. Linkow LL. Chercheve R. Theories and Techniques of Oral Implantology, Vol 1St. Louis: CV Mosby Company. 1970.
8. Manatopoulos C, Pilar RM, Smith D. Threaded Versus Porous Surfaced Design For Implant Stabilisation in Bone – Endodontic Implant Model. J Biomed Master Res. 1986:1309-1333.
9. O'Sullivan D, Sennerby L, Jagger D, Meredith N. A Comparison of Two Methods of Enhancing Implant Primary Stability. Clin Implant Dent Relat Res. 2004:48-57.