

PRINCIPII DE TRATAMENT A RESTAURĂRII EDENTAȚIEI UNIDENTARE POSTERIOARE PRIN TRATAMENT IMPLANTO-PROTETIC

VASILE NICOLAE¹

¹Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Cuvinte cheie: implantul unidentar posterior, monitorizare postimplantară

Rezumat: Obiectiv: Obținerea unei continuități la nivelul arcadei dentare, în cazul unei edentații unidentare posterioare, prin tratament restaurator implanto-protetic care să nu lezeze dinții adiacenți edentației. Analiza rezultatelor privind estetica și funcționalitatea implantării comparativ cu tehnicile de abordare clasică a edentației unidentare mandibulare. Material și metodă: Studiul a fost realizat pe un lot de 50 de pacienți, care prezentau restaurări protetice fixe pe implanturi, în zona maxilară posterioară, de ambele sexe, cu vârsta cuprinsă între 20 și 50 de ani. Rezultate: Datele statistice obținute ne fac să susținem că terapia de reconstrucție a arcadei prin tratament implanto-protetic a edentației unidentare posterioare, reprezintă varianta optimă de tratament atunci când oferta osoasă permite acest lucru. Concluzii: Pentru reușita tratamentului implanto-protetic este esențial ca rezultatul final să fie identificat cu claritate încă înainte de începerea proiectului. Mulți factori fac ca înlocuirea unui singur dinte în zona posterioară, să fie una dintre cele mai provocatoare restaurări din stomatologie.

Keywords: single-tooth posterior implant, post-implant monitoring

Abstract: Objective: Obtaining continuity at the level of the dental arch, in case of a single-tooth posterior edentation, by means of implant-prosthetic restorative treatment that does not harm the adjacent teeth. Analyzing the results regarding the implantation aesthetics and functionality as compared to the classical approach techniques, of single-tooth posterior edentation. Material and method: The study was conducted on a group of 50 patients, with fixed implant supported prosthesis, in the posterior maxillary area, of both genders, between 20 and 50 years old. Results: The statistical data obtained let us argue that the arch restoration therapy through implant-prosthetic treatment of single-tooth posterior edentation, is, indeed, the optimum treatment, in cases where the bone structure allows. Conclusions: In order for the implant-prosthetic treatment to be successful, it is essential to clearly identify the outcome prior to the project. There are many factors involved, which make the task of replacing a single tooth in the posterior area to be one of the most challenging restorations in dentistry.

Regiunile posterioare ale creștelor edentate necesită deseori înlocuirea unui dinte. Zona laterală și cea terminală este locul ideal pentru experimentarea chirurgicală și cea protetică în implantologie. Comparativ cu zona anterioară, restaurarea dinților posteriori prezintă unele avantaje:

- lățimea crestei alveolare inițiale este mai mare în zona posterioară față de cea anterioară;
 - peretele vestibular este mai dens și mai voluminos și permite amplasarea implanturilor de 4-5 mm;
 - aspectul estetic al zonei cervicale a dinților posteriori, incluzând spațiile interdentare și papilele gingivale sunt mai puțin pretențioase decât regiunile estetice anterioare;
 - estetica conturului coroanelor, a profilului de emergență al coroanelor, cât și a nuanțelor de culoare sunt mai puțin exigente;
 - plasarea unui implant într-un spațiu edentat unidentar lateral scutește proteticianul de prepararea dinților adiacenți spațiului edentat, cu avantaje care toate derivă de aici.
- Există unele **dezavantaje** inerente în protezarea zonei edentate posterioare legate de:
- gradul mare de rezorbție;
 - prezența canalului mandibular;

- calitatea slabă a osului;
- prezența podelei sinusale în raport cu forțele mari dezvoltate în timpul funcțiunii aparatului dento-maxilar.

Când dimensiunile mezio-distale ale molarului sunt între 8-13 mm, nu se recomandă inserția implantului cu diametre normale, de 4 mm.

Când dimensiunea mezio-distală a spațiului edentat este mai mare de 13 mm, două implanturi de 3,75 mm ar reduce stresul biomecanic mai bine decât inserția unui singur implant.

Dezavantajul major al plasării a două implanturi este spațiul limitat dintre implanturi și bonturile dintelui, când nu avem un spațiu mezio-distal de minim 13 mm. Dacă plasăm două implanturi de diametru de 4 mm, vom rămâne cu un spațiu de 1,5 mm între implanturi sau între implanturi și dinții adiacenți. Acest interval asigură vitalitatea osului, este adecvat conturului coroanelor, garantează spațiul vital dezvoltării papilei și asigură o igienă orală corespunzătoare, dar rămâne un spațiu prea mic pentru prevenirea erorilor chirurgicale.

Spațiul adițional poate fi obținut în câteva moduri:

- contururile proximale ale dinților adiacenți sunt șlefuite pentru a mări dimensiunea mezio-distală;
- ortodonția ;

¹Autor corespondent: Vasile Nicolae, Str. Lucian Blaga, Nr. 2A, Sibiu, România, E-mail: dento.medica@yahoo.com, Tel: +40269 212320
Articol intrat în redacție în 03.04.2013 și acceptat spre publicare în 20.06.2013
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2013;2(3):144-146

ASPECTE CLINICE

- metoda de plasare în diagonală a implantului când câștigăm 0,5-1mm.

Se va lua în calcul ocluzia și igiena orală.

Mulți dintre clinicienii consideră că înlocuirea unui singur dinte este contraindicată în cazul edentațiilor unidentare molare de la nivelul molarului secund.

Acestea vin cu cel puțin două argumente:

- numărul mare de contacte ocluzale care distribuie forțe masticatorii foarte mari spre componentele construcției protetice: coroană, bont, șurub-conexiune, bont-implant, platforma și corpul implantului.
- mărirea suprafeței ocluzale este mult mai mare decât suprafața de recepție a suprafețelor de pe platformele implantelor care poate fi între 4-5mm, în funcție de oferta osoasă vestibul-orală.

Înainte de inserția implantului trebuie făcută evaluarea situsului preimplantar. Aceasta constă în măsurarea spațiului mezo-distal al molarului al doilea. După un timp de la extracția molarului secund, molarul al treilea suferă o migrare verticală prin înclinarea spre mezial, spre spațiul edentat. În aceste condiții se reduce spațiul mezo-distal la nivelul suprafețelor ocluzale.

Construcția protetică va avea forma și mărirea unui premolar, cu o suprafață ocluzală mai mică, având rezultatele biomecanice mai sigure.

De aceea, în cazul înclinărilor ușoare ale molarului 3 spre spațiul edentat, nu recomandăm să se intervină ortodontic asupra acestuia pentru re poziționarea distală a acestuia. Aceasta intervenție va crea un spațiu mezo-distal de mărirea unui molar, care ne va obliga la modelarea unei coroane pe implant cu suprafața ocluzală mare, greu de suportat în timp de un singur implant.

Care sunt limitele protezării implantare unidentare molare?

- pentru un singur molar maxilar absent, factorul de limitare este înălțimea osului vertical, distanța de la muchia crestei la podeaua sinusului maxilar;
- pentru un singur molar mandibular absent, factorul de limitare este înălțimea osului de deasupra nervului alveolar inferior, știind că apexul implantului trebuie să se oprească la 2mm de corticala superioară a canalului mandibular.

Care este poziția de plasare a implantului molar unic?

- implantul molar se centrează exact la jumătatea dimensiunii mezo-distale pentru a direcționa forțele cât mai aproape de axul lung al acestuia;
- inserția implantului într-o poziție mai mezială sau mai distală creează o coroană cu consola spre spațiul mai mare care tinde să tensioneze șurubul de fixare al bontului, să-l slăbească sau să-l rupă.

Care este numărul implantelor care se pot insera într-un spațiu edentat molar?

- se recomandă amplasarea a două implanturi pentru înlocuirea și simularea celor două rădăcini absente ale molarului; atunci când limitele anatomice mezo-distale nu sunt suficient de generoase, acest lucru nu este realizabil;
- când situsul implantar este deficitar (migrarea molarului 3, abraziuni exagerate a dinților adiacenți, rezorbții vestibulo-orale) se va renunța la inserția implantului;
- dacă soluțiile tehnice de asamblare a celor două bonturi pe implanturi nu pot fi aplicate, se renunță la varianta cu două implanturi;

- dacă înclinarea implantului este foarte mare sau apar probleme de proximitate cu dinții vecini se va renunța la varianta cu două implanturi;
- varianta cu un singur implant asigură succesul reconstrucției doar în condițiile inserării unui implant cu diametru mai mare de 5mm;
- când singurul dinte absent este cel mai distal molar, noi recomandăm să fie folosite două implanturi în loc de unul. Două implanturi sunt mai potrivite în cazul molarilor absenți, deoarece necesitățile ocluzale o justifică.

Întotdeauna recomandăm ca în zona distală o lucrare protetică să se termine pe minim două implanturi, evitându-se sprijinul pe un singur implant.

Pentru aceasta vom prezenta un caz clinic în care molarul prim a fost extras, opțiunea terapeutică fiind de inserție imediat postextractională a două implanturi cu diametru de 3.4 mm în condițiile în care lățimea spațiului restant a fost de 14 mm (figurile nr. 1,2,3,4,5,6,7).

Figura nr. 1. OPT preoperator

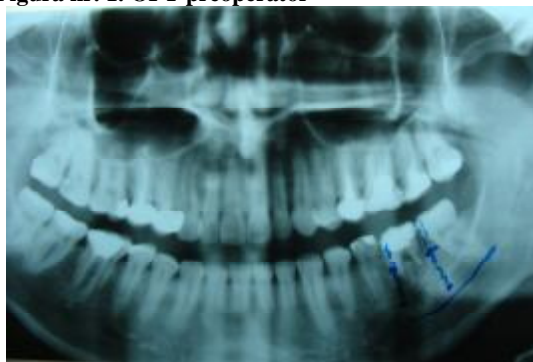


Figura nr. 2. Forarea neoalveolelor



Figura nr. 3. Aplicarea pinilor de paralelism



ASPECTE CLINICE

Figura nr. 4. Implanturile inserate cu augmentare



Figura nr. 5. Aplicarea membranei resorbabile



Figura nr. 6. Sutura plăgii



Figura nr. 7. OPT postoperator



Recomandări privind modelarea coroanei molarului pe implant:

- îngustarea vestibulo-linguală a suprafeței ocluzale, pentru a reduce sarcinile ocluzale recepționate în plan vertical;

- menținerea cuspidizilor și atenuarea muchiilor de pe suprafața ocluzală pentru a reduce stresul ocluzal provenit din mișcările pe orizontală;
- recomandăm montarea în infraocluzie a coroanelor molarului la pacienți cu parafuncții;
- montarea în afara ocluziei pentru a preveni suprasolicitările ocluzale în timpul mișcărilor de propulsie și de lateralitate.

Concluzii:

Bineînțeles că, de-a lungul timpului, practicienii au încercat implementarea unor criterii care să faciliteze luarea unei decizii optime de tratament implanto-protetic pentru un anumit caz dat.

Această decizie va fi luată, bineînțeles, de comun acord cu pacientul, în funcție de doleanțele acestuia și de posibilitățile financiare, după o investigare atentă a particularităților morfologice și funcționale ale cazului respectiv.

REFERINȚE

1. Engelman MJ. Clinical Decision Making and Treatment Planning in Osseointegration. Quintessence Books; 1996.
2. Misch CE. The Effect of Bruxism on Treatment Planning for Dental Implants, Dentistry Today. 2002;21(9):76-81.
3. Misch CE, Wang HL, Misch CM, Sharawy M, Lemons J, Judy KWM. Rationale for the Application of Immediate Load in Implant Dentistry, Part I. Implant dentistry. 2004;13(3):207-215.
4. Misch CE. Contemporary Implant Dentistry, E. 2, St. Louis, Mosby; 1997.
5. Misch CE, Palattella A. Bruxism and its Effect on Implant Treatment Plans, International Magazine of Oral Implantology. 2002;3(2):6-16.
6. Misch CE. Principles for Screw Retained Prostheses in Contemporary Implant Dentistry, St. Louis, Mosby; 1993. p. 669-685.
7. Nicolae V. Elemente de implantologie orală, Editura Universității Lucian Blaga, Sibiu; 2005.
8. Nicolae V, Covaci L. Tratatamentul implanto-protetic al edentațiilor parțiale mandibulare. Editura Universității Lucian Blaga Sibiu; 2007.