Noțiuni de estetică a restaurărilor implanto-protetice



Rezumat

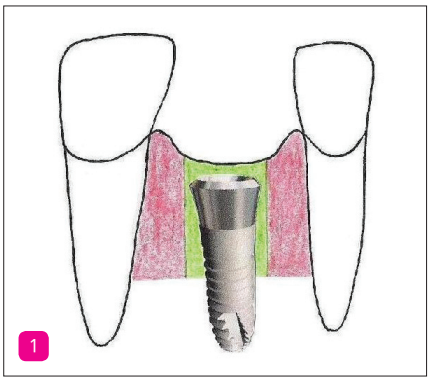
Terapia implantară dentară în zona anterioară reprezintă procedura cea mai delicată prin complexitatea și dificultatea fazelor clinice și tehnice. De aceea, în special în această zonă sunt necesare investigații și măsurători de acuratețe ce vor permite o evaluare corectă pentru elaborarea unui plan preoperativ. Iar planul de tratament complet se va baza pe rigorile proteticii dentare.

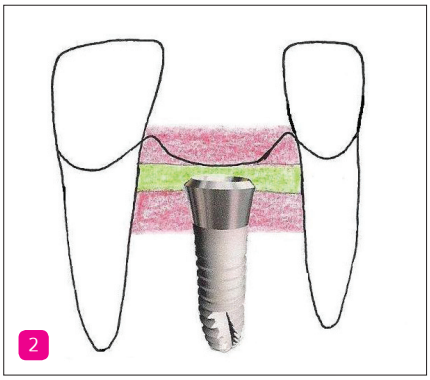
Dr. Cristian Ursu
Specialist în implantologie, acreditat DGZI, Germania & SUA
Membru al camerei medicilor dentiști, landul Nordrhein-Westfallen, Germania, membru CMDB, SSER
Medic coordonator clinica de implantologie și estetică dentară SIRONA, România

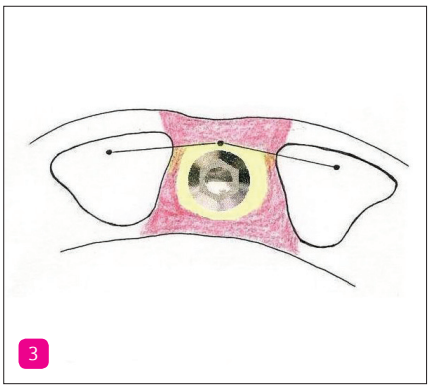
Dr. Sidonia Dinu
Practică privată, clinica de implantologie și estetică dentară SIRONA, România

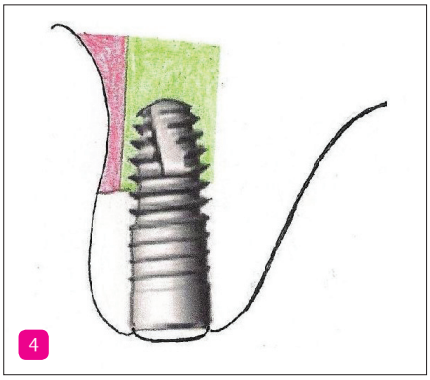
Estetica unei restaurări protetice pe implante este definită prin integrarea armonioasă a acesteia în ansamblul stucturilor periorale şi faciale ale pacientului. Starea de sănătate a țesuturilor periimplantare, volumul, culoarea şi conturul gingival rezultat condiționează estetica reabilitării, în concordanță cu dinții şi țesuturile învecinate restaurării.

Redarea volumului şi proporțiilor etajului inferior al feței se poate realiza doar printr-o atentă investigare în faza inițială, care va înlesni elaborarea unui plan de tratament implanto-protetic corect şi eficient. Accentuarea importanței doar a zonei de inserție a implantelor şi omiterea integrării globale a viitoarei restaurări (supraconstrucții) în zonele largi învecinate, generează frecvent rezultate nesatisfăcătoare din punct de vedere estetic şi funcțional. De asemenea, plasarea şi poziționarea implantului au o importanță majoră pentru asigurarea unor rezultate imediate şi în timp ale terapiei implanto-protetice.



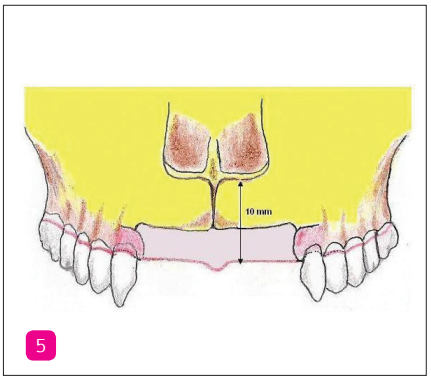




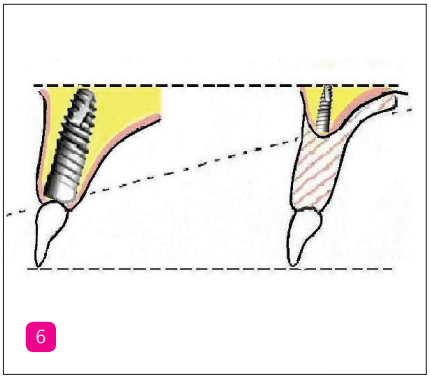




Figurile 1-4. Sunt marcate cu verde zonele de siguranță pentru poziționarea tridimensională corectă ce asigură un rezultat predictibil al implantării din punct de vedere funcțional, estetic și de durabilitate a biointegrării.

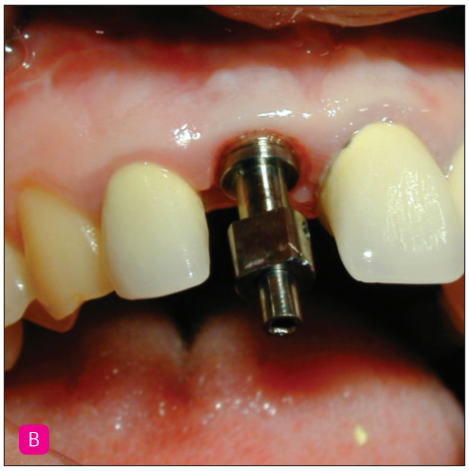


5


6

Caz clinic 1.
Implantare imediată cu protezare temporizată.
Protezarea temporară imediată a avut ca scop menținerea conturului gingival cervical și a papilelor interdentare, cu mare importanță estetică.

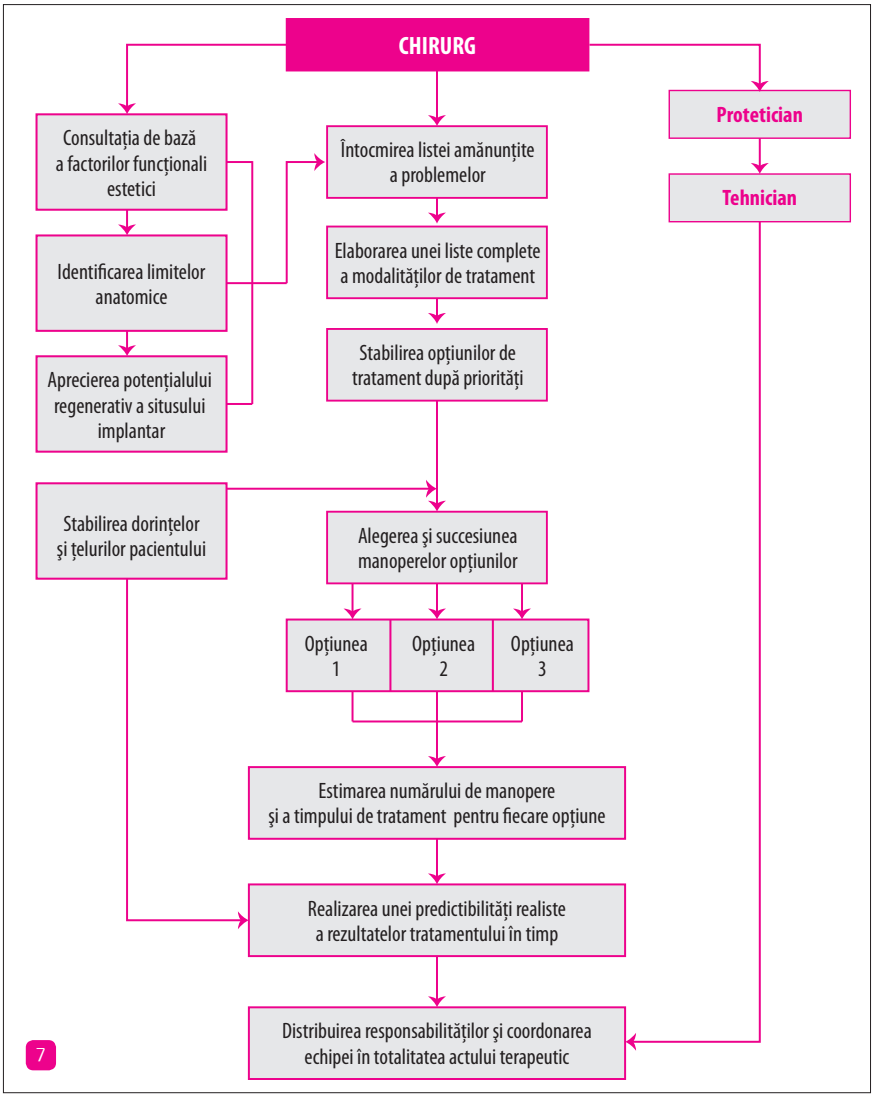

A


B


C


D

Figurile 7. Etapele principale ale elaborării planului de tratament.



7









Caz clinic 2.
Implantare şi protezare imediată.
În astfel de cazuri clinice, obiectivul prioritar este prezervarea limbusului alveolar, în special a lamelei vestibulare corticale, prin extracție și tehnică de implantare minimal invazivă, și augmentarea spațiului dintre alveolă și suprafața implantului.









Caz clinic 3.
Insucces estetic postimplantare.
Cauzele insuccesului implantării sunt reprezentate de nerespectarea normelor de poziționare a umărului implantului și a înclinării buco-vestibulare. Rezultat: malpraxis prin inestetică.





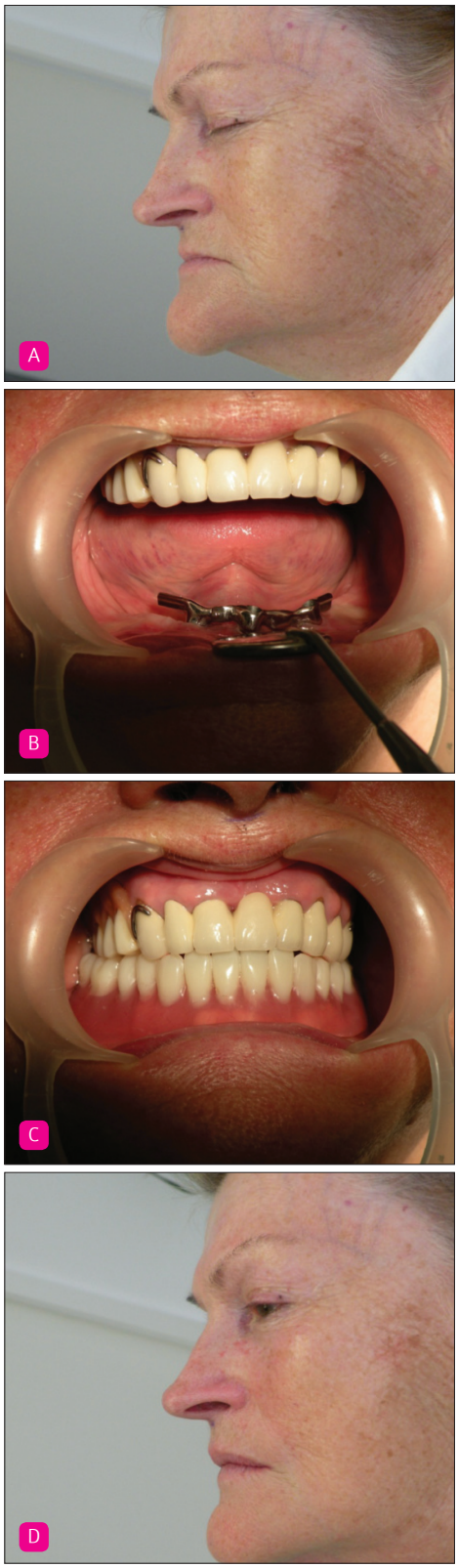




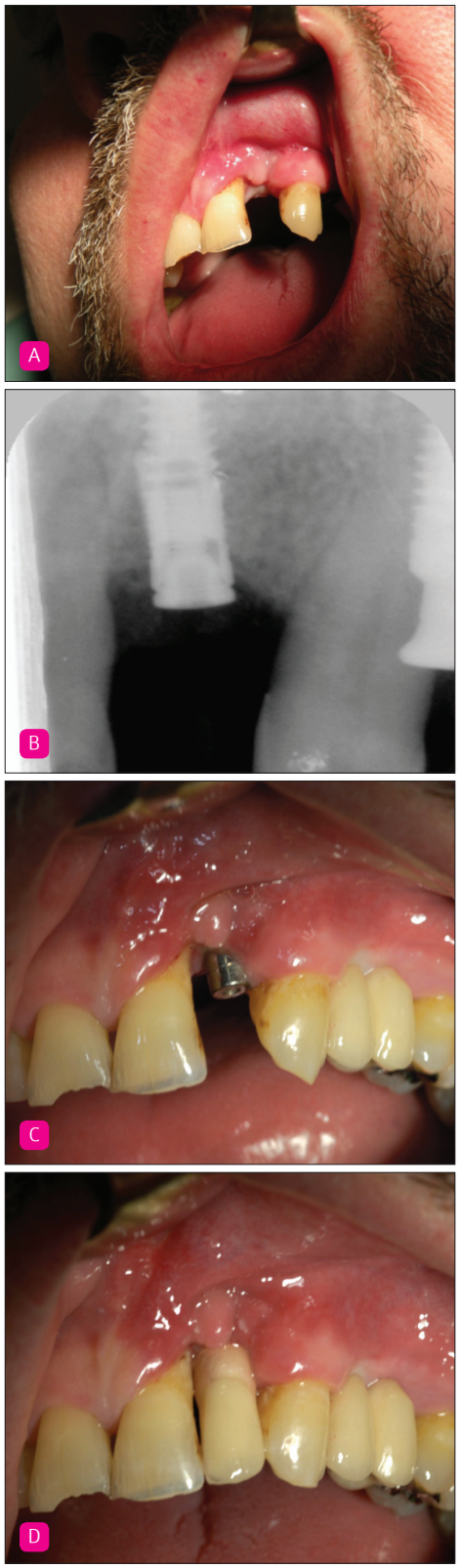
Caz clinic 4.
Implantare imediată, protezare tardivă, post-reconstrucție alveolo-crestală.
Restabilirea nivelului osos şi implicit a conturului gingival putea fi realizat doar prin manopere augmentative reconstructive, conductive, protezarea fixă definitivă realizându-se doar după 6 luni de la faza chirurgicală.



Caz clinic 5.
Atrofie marcată bimaxilară, protezare mobilizabilă. Atrofia marcată a celor două maxilare a generat existența unui spațiu de 42mm la nivelul papilelor interincisive, în relația de ocluzie habituală. Protezarea mobilizabilă, ancorată superior pe 4 implante și capse, inferior pe 4 implante și bară Dolder, a reprezentat soluția impusă de dimensiunea spațiului intermaxilar existent, pentru o reabilitare estetică satisfăcătoare.



Caz clinic 6.
Atrofie maxilară, protezare mobilizabilă.
O situație clinică similară cazului precedent rezolvată prin protezare mobilizabilă inferioară, ancorată pe 3 implante și bară Dolder, reabilitând astfel funcțional și estetic pierderea de țesut dur și moale de cca 35mm.



Caz clinic 7.
Insucces estetic postreabilitare.
Insuccesul implantării și protezării incisivului 2.2. cauzat de ignorarea nivelului osos și gingival în faza preoperatorie, lipsind un plan de tratament elaborat judicios.

Standarde ale poziționării infrastucturii

Poziționarea tridimensională corectă este condiția realizării unei restaurări estetice. Plasarea implantului în zona de confort (marcată cu verde în fig. 1-4) va asigura poziția ideală a umărului implantului, la locul de joncțiune cu suprastructura, garantând astfel obținerea unei restaurări estetice dar şi stabilitatea nivelului şi a volumului țesuturilor moi înconjurătoare.

Din acest considerent, alegerea tipului de implant, a dimensiunilor sale şi chiar a modelului umărului implantului trebuie realizată în funcție de particularitățile anatomice şi de viitoarea restaurare protetică. Greşita alegere a acestor repere va conduce indubitabil la complicații la nivelul țesuturilor dure şi moi, cu compromiterea implicită, imediată sau în timp, a stabilității şi a integrării restaurării.

Astfel, distanța dintre implant şi dinții vecini nu trebuie să fie mai mică de 1,5mm sau de 2,5mm între implante, ceea ce asigură o suficientă grosime a septului osos de susținere a țesutului moale ce va constitui papila interdentară. Nerespectarea zonei de confort va genera complicații estetice (pierderea papilei interdentare, recesiuni) sau funcționale.

În plan oro-vestibular, trebuie păstrată vestibular o lamelă osoasă de minim 1,5mm ce va înconjura umărul implantului şi, de asemenea, 1,5mm în zona apicală unde frecvent procesul alveolar frontal superior prezintă o concavitate pregnantă (fig 3, 4).

Părăsirea zonei de confort în acest plan va conduce la complicații de ordin estetic, de igienă, sau la pierderea implantului prin expunerea părții active în urma rezorbției osului şi a recesiunii țesutului moale în zona vestibulară a umărului sau apicală.

Identificarea limitelor

Deşi a revoluționat fără precedent protetica dentară, terapia prin implante are totuşi limite în reabilitarea şi reconstrucția protetică oro-facială. Identificarea şi evaluarea corectă a acestor limite reprezintă condiția *sine qua non* de diagnosticare şi, consecutiv, de elaborare a unui plan de tratament corect, cu rezultate stabile în timp, adaptat diverselor situații clinice.

După aprecierea cu exactitate a reliefurilor anatomice în norma tridimensională şi a posibilităților conferite de chirurgia reconstructivă prin plastia şi reconfigurarea defectelor şi a atrofiilor oaselor maxilare, se pot stabili timpii necesari etapelor următoare ale planului de tratament: chirurgicală şi protetică. Invers proporțional cu gradul atrofiei şi cu forța ancorării implantelor în osul maxilar, este rigiditatea descrescătoare a mecanismului de ancorare a restaurării protetice: fixă, parțial mobilă sau mobilă (fig 6). Mai exact, cu cît brațul de pîrghie extraosos se lungeşte (fig. 5, 6) şi/sau cu cît numărul de implante se reduce, cu atît mai frecvent mecanismul de ancorare al mezo- şi supraconstrucției protetice trebuie să adopte invers proporțional variante de la rigide (prin cimentare, înşurubare) spre articulate (capse, bară Dolder, magneți, implanturi mucozale). În acelaşi timp şi în conformitate cu gradul de atrofie, se va stabili şi designul piesei protetice ținînd cont de factorul estetic şi igienă.

Eşecul este, din păcate, de cele mai multe ori cauzat de analiza superficială a situației clinice şi de elaborarea unui plan de tratament incomplet, precar.

Tendința generală în rîndul pacienților, şi din păcate şi a multor clinicieni, este de a asocia în mod aprioric noțiunea de implant dentar cu o protezare fixă. Lipsa de discernămînt privind diagnosticul şi indicația implantului va fi urmată de multe ori de un eşec, dacă practicianul cedează insistenței pacientului de a avea o lucrare protetică fixă, în situațiile clinice ce nu permit acest lucru. Cel mai frecvent în zona frontală, se vor constata deficiențele de ordin estetic(fig. 5). Prin aprecierea cu acuratețe a ofertei osoase şi a deficitului şi defectelor de țesut osos şi moale, prin implicarea directă a chirurgului implantolog, a proteticianului, dar şi a pacientului, luînd în considerație dorințele acestuia pentru un anume tip de protezare sau disponibilitatea acestuia pentru manopere mai invazive de augmentare şi durata prelungită a vindecării, se poate elabora principial planul de tratament, urmând etapele prezentate în figura 7. Întregul plan de tratament se va baza pe conceptul planificării preoperatorii. ■

Bibliografie:

1. Silverstein LH, Lefkove MD. The use of the subeithelial conective tissue graft to enhance both the aesthetics and periodontal contours sorrounding dental implants. J Oral implantol 1994.

2. Alpert A. A rationale for attached tissue at the soft tissue/implant interface: Ethetic and functional dictates. Compend Contin Educ Dent 1994.

3. Chiche G, Pinault A. Artistic and scientific principles applied to esthetic dentistry. Quintessence 1994.

4. Sclar A. DMD. Weichgewebe und Aesthetik in der Implantologie. Quintessence 2004.

5. Weiss M, Grau H. Standards fuer Aesthetische, festsitzende Restaurationen. Die Dental Praxis 2010.

Nota autorilor:

Cazurile prezentate au fost rezolvate exclusiv cu sistemul Dyna de implanturi şi suprastructuri protetice.

Următorul număr al revistei va apărea în luna noiembrie, înaintea DENTA 2011 - ediția de toamnă.