

IMPLANTOLOGIE ORALĂ SAU RESTAURĂRI PROTETICE PE IMPLANTE

Rezumat

Au fost expuse unele situații clinice când a existat o necorespondere între obiectivele finale ale proteticienilor vis-a-vis de poziția și unghiul de inserare a implantelor. Experiența acumulată de autori, demonstrează, că în cadrul protezării sunt întâlnite dificultăți provocate de instalarea „distopiată” a implantelor, când inserția lor nu corespunde poziției naturale a dinților pierduți și în așa mod nu pot fi atinse obiectivele estetice dorite. Pentru atingerea obiectivelor finale ale unui tratament implantologic trebuie să existe o colaborare cât strânsă între echipa de specialiști în implantologie, etapa protetică trebuie să fie primară a unui tratament implantologic. Ca beneficiu al unui tratament protetic implantologic rațional pot fi recomandate utilizarea șabloanelor chirurgicale.

Cuvinte cheie: *implant dentar, restaurări protetice pe implante, bont protetic.*

Summary

ORAL IMPLANTOLOGY OR IMPLANT-PROSTHETIC RESTORATIONS

There have been advocated some clinical situations when there were differences between the final objectives of the prosthodontics and the implant insertion angle. The authors' experience shows that there are difficulties during the prosthetic treatment caused by the „dystopian” position of the implants which does not correspond to the position of natural missing teeth, therefore the desired esthetic objectives cannot be achieved. In order to achieve the final objectives, there must be a strong team work between the specialists involved in the treatment, the prosthetic phase must be primary in the implant treatment. One benefit of rational implant-prosthetic treatment can be the use of surgical guides.

Key-words: *dental implant, implant prosthetic restoration, prosthetic abutment.*

Actualitatea temei

Dezvoltarea vertiginoasă a implantologiei orale în ultimele decenii a lărgit considerabil indicațiile către tratamentul protetic a edentațiilor parțiale și totale cu utilizarea suprastructurilor protetice cu sprijin implantar care cauzal sunt cu mult mai efective decât protezele tradiționale [1, 2, 3, 11, 12]. Experiența acumulată de autori, precum și relațiile din literatură [1, 3, 11, 12], demonstrează, că în cadrul protezării frecvent sunt întâlnite dificultăți provocate de instalarea „distopiată” a implantelor, când inserția lor nu corespunde poziției naturale a dinților pierduți. Ectopia implantelor poate fi atât în plan vestibulo-oral cât și în plan mezio-distal. Poziția mezializată sau distalizată a implantelor duce la dificultăți în vederea repartizării corecte a elementelor de agregare. Tehnicianul dentar este nevoit să mărească sau să micșoreze numărul de unități protetice, înlocuind doi premolari mici printr-un molar mare sau invers, doi premolari mari prin trei premolari mici etc. În așa mod nu pot fi atinse obiectivele estetice dorite. Poziția vestibularizată sau oralizată impune adaptarea bonturilor protetice prin frezare ce poate duce la micșorarea înălțimii și subțierea lor. Acest procedeu poate compromite fixarea primară și rezistența mecanică atât a suprastructurii, cât și a implantului. În cazurile când distopia implantului este pronunțată protezarea adeseori este imposibilă.

Scopul.

Raționalizarea reabilitării protetice a pacienților cu diferite tipuri de edentații prin aplicarea implantelor dentare endoosoase.

Aureliu Gumeniuc,
asistent universitar
Catedra stomatologie
ortopedică „Ilarion
Postolachi”, USMF
„N. Testemițanu”

Valentin Topalo,
profesor universitar
Catedra Chirurgie OMF
și implantologie orală
„Arsenie Guțan” USMF
„N. Testemițanu”

Andrei Mostovei,
conferențiar universitar
Catedra Chirurgie OMF
și implantologie orală
„Arsenie Guțan” USMF
„N. Testemițanu”

Ana-Patricia Tașcă,
medic rezident
Catedra stomatologie
ortopedică „Ilarion
Postolachi”, USMF
„N. Testemițanu”

Grigore Țira,
tehnician dentar
Catedra stomatologie
ortopedică „Ilarion
Postolachi”, USMF
„N. Testemițanu”

Material și metode. În cadrul cazurilor clinice expuse sunt prezentate 4 situații clinice cu diferite nivele de dificultate atinse la etapele protetice de realizare a protezelor cu sprijin implantar. În toate cazurile au fost utilizate implantate demontabile (two-piece) aplicate după tehnica a doi timpi chirurgicali (two-stage). Toate implantele au fost inserate conform tehnicii convenționale cu sau fără decolarea lamboului muco-periostal (*flapless implant placement*). Ampretele au fost obținute după tehnica în două straturi monofazică (*sandwich*) directă sau indirectă cu dispozitive de amprentare și transfer pentru implantele demontabile cu utilizarea materialelor elastice siliconice de clasa A și C. Un caz clinic a fost realizat prin conexiunea dinților restanți cu implantele inserate (din considerente estetice și funcționale).

Rezultate și discuții.

O condiție obligatorie pentru planificarea calificată și rațională a tratamentului protetic constă în colaborarea unei echipe de specialiști care se compune din: chirurgul-implantolog, stomatologul-protetician și tehnicianul dentar [5, 10]. Deseori însă, această colaborare este „distanțată” în mod direct din motivul că planificarea, implantarea, protezarea și confecționarea protezelor se efectuează în instituții medicale diferite [4, 9].

Tratamentul implantar constă în elaborarea unui plan rațional al protezării dentare, direcționat pentru reabilitarea integrității anatomice și funcționale a aparatului dento-maxilar cu utilizarea implantelor dentare în calitate de sprijin (de bază sau auxiliar) pentru proteze. Protezarea rațională, în acest context, poate fi determinată ca metodă de restabilire a integrității arcașelor dentare care ar asigura, în limitele indicațiilor și situației clinice concrete, reabilitarea funcției masticatorii, vorbirii și nu în ultimul rând al esteticului cu folosirea la minim a dinților restanți intacti [5,11].

Ca principii în planificarea unui tratament protetic implanto-purtat pot fi:

1. Elaborarea unui plan complex al tratamentului. Planul include pregătirea preprotetică, pro-protetică și periprotetică. Tratamentul preprotetic subînțelege un complex de măsuri care constă în asanarea cavității orale. El trebuie să acopere nu numai zona defectului planificat pentru implantare dar și a cavității bucale în general (edentațiile accesorii) cu includerea tratamentului proprotetic specific opțiunii protetice alese. Actualmente, în implantologie, pentru tratamentele cavității orale se mai utilizează și noțiunea de tratament periprotetic care include pe lângă pregătirea locală și loco-regională și o pregătire a organismului în general. În sens contrar, nu are sens ideea de creare a condițiilor pentru o încărcare adecvată a implantelor și funcționalității a unui sistem biotehnic efectiv.

2. Abordarea individuală către tratamentul chirurgical și protetic. Presupune utilizarea, în funcție de situația clinică, a diferitor tipuri de implantate (principiul multimodal), a metodelor chirurgicale propuse

spre utilizare și opțiunilor protetice alese în baza unei analize minuțioase a particularităților anatomo-topografice ale aparatului dento-maxilar a pacientului.

3. Continuitatea și coerența etapelor chirurgicale și protetice ale tratamentului. Acest principiu înseamnă că, în planificarea tratamentului implantologic trebuie de luat în considerare mai multe variante de implantare și corespunzător, metode de tratament protetic care vor permite atingerea rezultatului scontat. La nivel practic, uneori, este imposibilă prognosticarea mersului intervenției chirurgicale planificate în funcție de opțiunea protetică aleasă. În timpul etapei chirurgicale pot ieși la iveală unele particularități anatomo-topografice care nu permit inserarea implantelor în locurile planificate anterior cu păstrarea paralelismului lor. Uneori se poate decide chiar și la instalarea unui tip de implant principal diferit. Pe de altă parte, chirurgul care operează trebuie să posede informații exhaustive (detaliată) privitor etapei ortopedice și opțiunii protetice pentru care s-a optat. Lipsa de înțelegere din partea chirurgului a esenței schemei estimative a etapei ortopedice poate anula rezultatul final al tratamentului. În cele din urmă, pacientul se adresează medicului stomatolog nu din motivul lipsei a implantelor dentare, ci a lipsei dinților. Cu toate că restaurările protetice pe implantate constituie obiectivul final al tratamentului, anume etapa protetică trebuie a fi considerată primară a fazelor unui tratament implantar. Anume medicului protetician îi revine sarcina, luând în considerare opțiunea protetică, în funcție de situația clinică și posibilitățile financiare a pacientului, de a alege numărul optim de implantate, alegerea tipului de implantate în funcție de metoda de ancorare (pur-implantară sau cu conexiune dento-implantară), topografiei inserării implantelor etc. Absența coerenței și continuității în corolarul tratamentului poate duce la o situație în care implantul inserat nu are nici o valoare pentru protezare sau în general nu poate fi folosit în calitate de sprijin pentru proteză. În literatura de specialitate, la acest capitol, există chiar și un termen — „implant nefuncțional”, adică implant instalat în așa loc sau sub un așa unghi, încât proteticianul sau nu poate efectua o protezare rațională, sau implantul este complet inutil din punct de vedere protetic. Actualmente pentru excluderea acestor situații neplăcute sunt propuse diferite variante de ghiduri (șabloane) chirurgicale care indică locul concret și un unghiul precis de inserare a implantelor în funcție de opțiunea protetică aleasă și situația clinică, efectuate atât în baza modelelor de studiu în combinație cu analiza ortopantomogramelor, cât și în baza tomografiilor computerizate [5, 8, 9] (**fig. 1.**)

Sarcinile de bază în planificarea unui tratament implantar sunt:

- determinarea opțiunii optime de protezare;
- determinarea tipului, parametrilor și numărului optim de implantate care vor permite efectuarea unei protezări raționale;
- elaborarea unei tactici de conduită ale etapelor chirurgicale și protetice ale tratamentului.



Fig. 1. Variante de ghiduri chirurgicale



Fig. 2. Necorespunderea liniei coletului (vedere vestibulară).



Fig. 3. Insuficiența spațiului protetic potențial.



Fig. 4. Supraproteza finală.



Fig. 5. Poziția înaltă a bontului protetic.



Fig. 6. Echivalarea liniei coletului prin aplicare gingiei artificiale.



Fig. 7. Vederea restaurării protetice finale (linia surâsului normală).

Conformitatea cu principiile și soluționarea sarcinilor de planificare a implantării pot fi implementare numai după o analiză minuțioasă ale caracteristicilor anatomo-topografice ale aparatului dento-maxilar, bazat pe rezultatele investigațiilor clinice și radiologice.

Pentru elucidarea celor expuse anterior prezentăm câteva cazuri clinice în care pozițiile și unghiurile de inserare ale implantelor sunt nefavorabile din punct de vedere protetic pentru atingerea funcționalității și armoniei estetice.

Cazul clinic nr. 1

Pacienta PV ♀ 24 ani: edentație parțială unidentară 2.4; egresiunea antagonistului până aproape la nivelul crestei alveolare.

Situația clinică are interes deoarece îmbină în sine nu numai elemente de estetic dar și a contraindicațiilor relative de implantare legate de insuficiența spațiului protetic potențial (fig. 2, 3). În spațiul edentat a fost aplicat un implant care marchează un decalaj esențial dintre limitele emergenței implantare și a limitelor liniei coletului dinților limitrofi breșei. Tipul de ocluzie adânc, ignorarea metodelor de prevenire a anomaliilor secundare de poziție a dinților au provocat egresiuni dentare severe atât la nivelul 2.6 cât și la

nivelul 3.4 creând spațiu insuficient pentru o restaurare protetică pe implante. Grosimea gingiei de la nivelul implantului până la festonul gingival, redactarea ușoară a cuspidului vestibular 3.4 au permis realizarea unei suprastructuri protetice demontabile implantopurtate (fig. 7).

Cazul clinic nr. 2

Pacienta LN ♀ 25 ani: edentație parțială unidentară 1.1.

În această situație corelația dintre liniile coletului dinților limitrofi breșei și a emergenței implantare este inversă (fig. 8-10). Tactica chirurgicală ar trebui să urmeze o pregătire specifică (proprotetică) prealabilă prin adădire osoasă și plastică a gingiei după care ar urma etapa de implantare și ulterior cea protetică. Soluția protetică vine prin realizarea unei suprastructuri cu înlocuirea țesutului gingival lipsă cu mască gingivală artificială din ceramică.

Cazul clinic nr. 3

Pacienta ST ♀ 32 ani: edentație parțială cl. Kennedy la maxilar și mandibulă.

În această situație pe lângă necorespunderea limitelor dintre liniile coletului dinților restanți și a



Fig. 8. Poziția conformatoarelor de gingie și a liniei coletului.



Fig. 9. Divergența axelor de inserare ale implantelor.



Fig. 10. Unghiul mărit de inserare față de poziția dinților antagoniști restanți.



Fig. 11. Bonturile protetice individualizate.



Fig. 12. Adaptarea bonturilor artificiale pe câmpul protetic.



Fig. 13. Vederea restaurării protetice finale.

emergenței implantare se mai implică și problema unghiurilor de inserare ale implantelor de pe ambele părți ale arcadei dentare (fig. 8-11). Este pusă în discuție previziunea chirurgului-implantolog privind etapa protetică a tratamentului. Care este ideea de includere a acestor implante în funcțiune cu atingerea efectului estetic dorit? Factorul cel mai neplăcut este, că implantele sunt integrate, adică protocolul chirurgical a fost respectat, dar absolut nu s-au luat în considerare obiectivele protetice. Situația clinică, la maxilar, a fost soluționată prin confecționarea unei proteze parțiale fixe circulare cu conexiune dento-implantară și mască artificială din ceramică (fig. 12-13).

Cazul clinic nr. 4

Pacientul TD ♂ 52 ani: edentație totală la maxilar.

Situație, din considerente protetice, practic identică celei expuse anterior privind unghiurile de inserare ale implantelor (fig. 17-22). Pacientul categoric a refuzat alte variante de opțiuni protetice în afară de protezarea fixă — cerință-capriciu care trebuie respectată. Toate implantele sunt integrate. Din nou se pune problema previziunii din partea chirurgului-implantolog a rezultatului final al tratamentului. Situația clinică, la maxilar, a fost soluționată prin confecționarea unei proteze parțiale fixe cu extensii bilaterale. Aria ocluzală a fost limitată până la nivelul premolarilor. Efectul estetic al tratamentului lasă de dorit.



Fig. 14. Unghiurile diferite de inserare ale implantelor.



Fig. 15. Bonturile protetice individuale turnate.



Fig. 16. Revizuirea paralelismului bonturilor protetice prin frezare.



Fig. 17. Bonturile protetice individualizate și suprastructura.



Fig. 18. Bonturile artificiale pe câmpul protetic.



Fig. 19. Vederea restaurării protetice finale.

Concluzii:

Pentru atingerea obiectivelor finale ale unui tratament protetic implantologic trebuie ca:

1. Colaborarea echipei de specialiști să fie cât mai apropiată.
2. Etapa protetică trebuie să fie primară a unui tratament implantologic.
3. Tratamentul protetic implantologic rațional poate fi efectuat cu utilizarea ghidurilor chirurgicale.

Bibliografie:

1. Augustin M. Implantologia orală. Curs. București: Sylvi. 2000, 280 p.
2. Augustin M. Protezarea pe implante. Etape clinice și de laborator. București: Sylvi. 2000, 213 p.
3. Bratu D., Ieremia L., Uram-Țuculescu S. et al. Bazele clinice și tehnice ale protezării edentației totale. București: Medicală. 2005, 1052 p.
4. Bratu D., Nussbaum R. Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe. București: Medicală. 2009, 1252 p.
5. Gumeniuc A. Încărcarea funcțională precoce a implantelor

dentare endosoase de stadiul I. Teza de doctor în medicină. Chișinău, 2013, 200 p.

6. Gumeniuc A. Restaurări protetice fixe pe implante dentare endosoase în edentația totală. În: Medicina Stomatologică, 2009, nr. 12 p. 84-89.
7. Gumeniuc A., Topalo V. Protezarea pacienților cu edentație subtotală și totală cu utilizarea implantelor dentare endosoase. În: Medicina Stomatologică, 2007, nr. 4, p. 48-55.
8. Gumeniuc A., Topalo V. Șablon chirurgical în implantologia orală. În: Culegere de lucrări științifice consacrată aniversării 60 ani a IMSP CSM Chișinău, 2005, p. 60.
9. Gumeniuc A., Topalo V. Șablon multifuncțional în implantologia orală. În: Anale științifice USMF „Nicolae Testemițanu”. Ediția VI, vol. 4, 2005, p. 655-659.
10. Gumeniuc A., Topalo V., Țira Gr. Unele aspecte ale esteticului alb și roșu în implantologia orală: prezentări de cazuri clinice. În: Medicina Stomatologică, 2010, nr. 14, p. 52-56.
11. Параскевич В.И. Дентальная имплантология: Основы теории и практики. 2-е изд. Москва: Медицинское информационное агенство. 2006, 400 с.
12. Ренуар Ф., Рангерт Б., Факторы риска в стоматологической имплантологии. Москва: Азбука. 2004, 182 с.

Data prezentării: 21.04.2017.

Recenzent: Gheorghe Nicolau