

Posibilitățile de implantare în cazurile critice



Dr. Tudor Răzvan Pelea
Medic stomatolog,
competență implantologie
www.welldental.ro

Protezarea pe implanturi este, de mult timp, o soluție ideală, în condițiile edentațiilor la majoritatea pacienților. Implanturile sunt poziționate în os în cursul unei intervenții chirurgicale în cabinetul stomatologic, sub anestezie locală, fiind un procedeu relativ facil. Studiile realizate indică o rată de succes de 98%, implanturile fiind analizate statistic pe o perioadă lungă. Cazurile de insucces, respectiv 2%, au cauze aproape în totalitate externe operației în sine, cum ar fi: o boală generală a pacientului, care poate reprezenta o contraindicație pentru această operație, lipsa de colaborare, consumul de droguri, fumatul, alcoolismul cronic, igiena orală precară).



Fig. 1 - Poziționarea
implanturilor în os

Care sunt însă posibilitățile în cazul în care pacientul nu prezintă substanță osoasă suficientă pentru a susține implantul?

Se știe că, pentru maxilar, posibilitățile de „extindere” a osului natural sunt reprezentate de sinus lift, adică ridicarea membranei sinusului - o etapă din procedura de inserare a implanturilor în zona măselelor, și presupune adăugarea unei cantități de os pentru a putea integra corect un implant dentar.

Ce posibilități există însă pentru mandibulă, unde osul este compact și în zona laterală trece ramul mandibular al nervului trigemen care nu trebuie lezat?

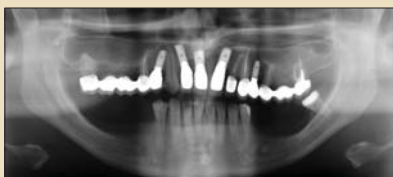


Fig. 2 -
Caz concret

Concret, o pacientă în vârstă de 32 de ani s-a prezentat în cabinet exprimându-și dorința de a i se reface dantura în zona mandibulară, dorind o soluție protetică fixă. În urma discuției și a radiografiei panoramice, am aflat faptul că înainte cu câțiva ani și-a făcut implanturile maxilare în altă țară și este total nemulțumită din punct de vedere estetic.

Se observă o edentație (lipsă a dinților) laterală în cadrul III (dreapta jos) și o edentație terminală în cadrul IV (stânga jos). Având în vedere mobilitatea molarului 3 mandibular, am exclus din start posibilitatea de realizare a unei punți pe dinții 34-38.

În aceste cazuri, în care substanța osoasă este deficitară atât în adâncime cât și în grosime, sunt două variante pentru reabilitarea protetică pe implanturi:

1. Grefa osoasă autogenă - se recoltează în aceeași ședință, din mentonul (*bărbie*) și ramul ascendent al mandibulei pacientului, os care se poziționează în dreptul viitorilor dinți, urmând ca, în funcție de procedura operatorie (cantitate de os prelevată, stabilitatea primară a grefei etc.) să se decidă dacă se vor insera sau nu în aceeași ședință și implanturile.

2. Osteodistrația (*engl. Distraction osteogenesis*) - se realizează în aceeași ședință bilateral.

Avantajul acestei a doua metode constă în faptul că nu se mai lezează osul mandibular și, printr-o tehnică chirurgicală, reușim să secționăm osul mandibular din dreptul viitoarelor implanturi și să-l tracționăm mecanic timp de 3-4 săptămâni (de cele mai multe ori, acest procedeu se realizează acasă de pacient) obținându-se o alungire de până la 8 mm. Pentru această metodă este important de știut faptul că implanturile nu se pot realiza în aceeași ședință, fiind necesară o a doua ședință programată după intervalul mai sus menționat.



Fig. 3 - Osteodistractor Fig. 4 - Osteodistractor montat

În cazul nostru, prezentat în Fig. 2, este nevoie de minimum 2 implanturi pentru fiecare parte, 4 implanturi în total. Așteptăm încă decizia pacientei privitoare la soluția de tratament aleasă pe baza variantelor posibile, urmând să revenim cu informații detaliate despre procedura în sine și cu radiografia postoperatorie, într-un articol ce va urma.