

cosmetic

international magazine of aesthetic medicine & dentistry

1 2015 wydanie polskie

_Praktyka

Alternatywna terapia implantoprotetyczna

_Opis przypadku

Leczenie białych plam na powierzchniach zębów

_Wydarzenia

Esencja piękna!



● LightWalker®

Lasery stomatologiczne Er:YAG i Nd:YAG
do zabiegów na tkankach twardych i miękkich

Zastosowania:

- Stomatologia zachowawcza
- Stomatologia dziecięca
- Zabiegi PERIO - TwinLight™
- Zabiegi ENDO - TwinLight™
- Chirurgia tkanek twardych i miękkich
- Leczenie nadwrażliwości zębów
- Wybielanie zębów - TouchWhite™
- Leczenie chrapania - NightLase™
- Medycyna estetyczna



LITEMEDICS

Najlepszy laser diodowy
w swojej klasie

Zastosowania:

- Chirurgia tkanek miękkich
- Dezynfekcja kanałów Endo
- Dezynfekcja kieszonek Perio
- Zabiegi biostymulacyjne
- Wybielanie zębów

Dystrybucja w Polsce: BTL Polska Sp. z o.o., ul. Leonidasa 49, 02-239 Warszawa, tel. 22 667 02 76, btlnet@btlnet.pl



LIDER NA RYNKU LASERÓW STOMATOLOGICZNYCH W POLSCE

Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy!



„Piękna okładka aktualnego wydania **„cosmetic”** jednoznacznie wskazuje, że mamy oto początek wiosny. Wiosną też pierwszy numer naszego magazynu ma swoją premierę – podczas targów Krakdent®, które jako pierwsze w branży stomatologicznej otwierają sezon wydarzeń. W tym roku mamy przyjemność gościć na tych targach w pięknych, nowych i nowoczesnych wnętrzach Centrum Expo w Krakowie.

A na łamach „wiosennego” wydania **„cosmetic”** wiele interesujących artykułów, które z pewnością zainteresują lekarzy dentystów – nie tylko tych, którzy zajmują się stomatologią estetyczną, a także techników dentystycznych. To najczęściej wraz z nimi tworzymy dla naszych pacjentów rozwiązania nie tylko funkcjonalne, ale także terapeutyczne i estetyczne.

Polecam szczególnie materiał na temat alternatywnego leczenia implantoprotetycznego w przypadku hipodoncji siekaczy bocznych w szczęcie. To przykład pracy kreatywnego lekarza, który rozumie oczekiwania swojego pacjenta i poszukuje wraz z nim rozwiązań satysfakcjonujących obie strony.

„Odcinek przedni szczęki jest szczególnie istotny nie tylko ze względów funkcjonalnych, ale również estetycznych. Utrata zęba w tym rejonie jest zawsze poważnym problemem dla pacjenta oraz stanowi wyzwanie dla lekarza” – pisze jeden z naszych autorów, prezentując przypadek natychmiastowej implantacji i kształtowania estetyki różowo-białej. Bardzo dobrze udokumentowany fotograficznie opis z pewnością wzbudzi zainteresowanie Czytelników.

I jeszcze jeden aspekt naszej pracy, poruszony w tym numerze – wykorzystanie narzędzi i technologii cyfrowych w codziennej praktyce. Jednym z nich jest coraz bardziej popularny skaner wewnątrzustny. Jak wykorzystać to urządzenie w kompleksowej rehabilitacji zwarcia? Odpowiedź – wewnątrz magazynu.

Zapraszam serdecznie do lektury aktualnego i kolejnych numerów **„cosmetic”**!

Z wiosennymi pozdrowieniami!

Dr med. dent. Zbigniew Piankowski



Od wydawcy

03 Drogie **Koleżanki**, Drodzy Koledzy!

Opis przypadku

06 Alternatywne leczenie **implantoprotetyczne** w **przypadku** wrodzonej hipodoneji siekaczy bocznych w **szczęcie**

_Jerzy Perendyk

14 **Leczenie** białych plam na powierzchniach **wargowych** zębów

_Richard Field

22 **Implantacja** natychmiastowa i kształtowanie **estetyki** różowo-białej

_Łukasz Zadrozny

Innowacje

28 Kompleksowa **rehabilitacja** zwracia z wykorzystaniem **skanera wewnątrzustnego**

_Magdalena Jaszczak-Małkowska, Robert Michalik

Interdisciplinary approach

36 Interdisciplinary approach **in aesthetic dentistry**

_Sebastian Ercus

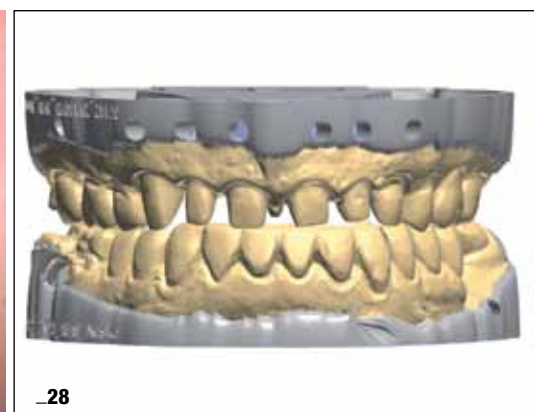
Wydarzenia

42 **Esencja** piękna w Warszawie

_Aneta Łukaszewska

O wydawcy

44



Doskonałe czyszczenie

Philips Sonicare Black DiamondClean

- Nawet do 100% skuteczniejsze usuwanie płytki nazębnej w trudno dostępnych miejscach w porównaniu do szczoteczki manualnej¹
- Klinicznie potwierdzony efekt wybielania zębów już po tygodniu²
- Skuteczne, choć delikatne działanie oczyszczające sprzyja poprawie stanu dziąseł w ciągu zaledwie 2 tygodni¹



PHILIPS rekomendowany
sonicare przez PTO
 Polskie Towarzystwo Ortodontyczne
Polish Orthodontic Society

Więcej informacji na
www.sonicare.com/dp

PHILIPS
sonicare

Sam spróbuj, jak działa szczoteczka **Philips Sonicare** – spytaj o Zestaw Trialowy dla Profesjonalisty.

1. Milleman K, Milleman J, Putt M, DeLaurenti M, Souza S, Jenkins W, Strate J. Data on file, 2011. Comparison of gingivitis reduction and plaque removal by Sonicare DiamondClean and a manual toothbrush.

2. Colgan P, DeLaurenti M, Johnson M, Jenkins W, Strate J. Evaluation of stain removal by Philips Sonicare DiamondClean power toothbrush and manual toothbrushes. Data on file, 2010.



Alternatywne leczenie implantoprotetyczne w przypadku wrodzonej hipodoncji siekaczy bocznych w szczęce

Alternative implant-prosthetic treatment for congenital hypodontia of maxillary lateral incisors

Autor: Jerzy Perendyk

Streszczenie: Zaprezentowano przypadek leczenia dorosłej pacjentki z wrodzonym brakiem siekaczy bocznych w szczęce, który mimo zaburzeń położenia kłów został przeprowadzony jedynie metodami implantoprotetycznymi bez udziału leczenia ortodontycznego.

Summary: In the article the case of treatment of adult patients with congenital absence of maxillary lateral incisors is presented, which despite disturbances in positioning of permanent canines is only carried out with implant-prosthetic methods and without orthodontic treatment involved.

Słowa kluczowe: hipodoncja, łącznik indywidualny, profil wyłaniania, wyciski protetyczne, CAD/CAM, stała korona pełnoceramiczna, licówki pełnoceramiczne.

Key words: hypodontia, individual abutment, the profile of emergence, prosthetic impressions, CAD/CAM, all-ceramic permanent crown, all-ceramic veneers.

Hipodoncja jest najczęstszą wadą rozwojową uzębienia u człowieka i cechuje się wrodzonym brakiem zawiązka co najmniej jednego zęba. Hipodoncja może być izolowana lub być częścią zespołu chorobowego. W populacji europejskiej nie jest to choroba rzadko występująca, albowiem częstość agenezji zębów wynosi ok. 5% populacji. Przyczyn powodujących hipodoncję może być wiele i wymienia się tu: czynniki środowiskowe (uraz, zakażenie, radioterapia, chemioterapia i inne) oraz podłoże genetyczne, które jest najczęstszym czynnikiem.

Hipodoncja częściej dotyczy zębów stałych, ale gdy obejmuje uzębienia mleczne, to w ponad ¾ przypadków dotyczy też uzębienia stałego. Najczęściej spotykamy hipodoncję trzecich stałych zębów trzonowych, natomiast hipodoncja dotycząca siekaczy bocznych i zębów przedtrzonowych jest drugą co do częstości postacią wady. Najczęściej spotyka się braki zawiązków zębów stałych drugich zębów przedtrzonowych żuchwy (32% przypadków) i siekaczy bocznych szczęki (27% przypadków). Możliwe jest również, aby łącznie z brakami zawiązków współwystępowały inne zaburzenia kliniczne, jak np.: opóźnione wykształcenie i wyrzynanie zębów, krótkie korzenie zębów, mikrodoncja, taurodoncja, hipoplazja szkliwa czy alokacja zawiązków innych grup zębów.

Pacjentka w wieku 33 lat, która zgłosiła się do leczenia miała wrodzoną izolowaną formę hipodoncji siekaczy bocznych w szczęce bez innych zaburzeń chorobowych. Ze względu na brak odpowiednio wcześniej podjętego leczenia ortodontycznego jeszcze w wieku rozwojowym, kły stałe w szczęce wyróżniły się w miejscu bocznych siekaczy, natomiast kły mleczne pozostały na swoim miejscu. Następnie nieprawidłowość ta została utrwalona poprzez wykonane jednostronnie uzu-

Ryc. 1 Pantomogram pacjentki wykonany przed leczeniem.



Ryc. 1



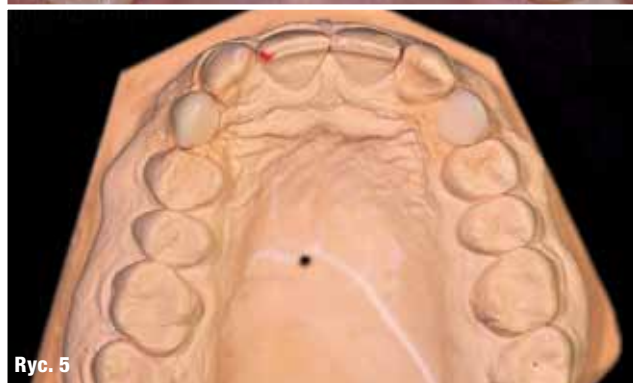
Ryc. 2



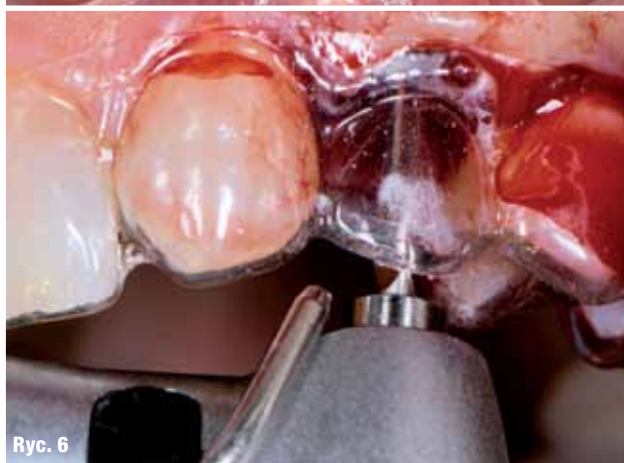
Ryc. 3



Ryc. 4



Ryc. 5



Ryc. 6



Ryc. 7

pełnienia protetycznego w postaci mostu adhezyjnego po utracie zęba 53.

Nieprawidłowe położenie kłów stałych spowodowało też starcie dolnych siekaczy, na których odbywało się prowadzenie w laterotruizji prawo- i lewostronnej. Pacjentka została poinformowana o wszystkich tych okolicznościach, jednak mimo to, odmówiła leczenia zespołowego z włączeniem do leczenia ortodontycznej korekty położenia kłów 13 i 23 do ich naturalnej pozycji i oczekiwała jedynie poprawy stanu zastępowo w oparciu o leczenie implantoprotetyczne. W tej sytuacji stworzono alternatywny plan postępowania, który zakładał:

— wszczepienie implantów w pozycji zębów 13 i 23,
— wyrównanie dolnej płaszczyzny zwarciowej w odcinku siekaczy i kłów w żuchwie,

— stworzenie warunków do uzyskania prawidłowego prowadzenia kłowego w ruchach bocznych,
— wydłużenie siekaczy centralnych,
— redukcja kształtu i wielkości kłów będących w pozycji zębów 12 i 22 w taki sposób, aby możliwie jak najbardziej upodobnić je do kształtu siekaczy bocznych.

Oczywiście, takie postępowanie z założenia stanowiło pewien kompromis estetyczny, chociażby z powodu różnic w naturalnej wielkości kłów i siekaczy bocznych czy innego profilu wyłaniania koron tych zębów z tkanek miękkich. Wykonano zatem na tym etapie planowanie w postaci wax-up'u przedstawiającego przyszłą możliwą do osiągnięcia sytuację kliniczną. Pacjentka została szczegółowo poinformowana

Ryc. 2 _Obraz kliniczny uzębienia pacjentki w żuchwie przed leczeniem.

Ryc. 3 _Obraz kliniczny uzębienia pacjentki w szczęce przed leczeniem.

Ryc. 4 _Obraz kliniczny uzębienia pacjentki przed leczeniem w centralnej okluzji.

Ryc. 5 _Korony tymczasowe 13, 23 przygotowane przed zabiegiem implantacji.

Ryc. 6 _Chirurgiczne opracowanie łoża dla implantu w pozycji zęba 23 z zastosowaniem szablonu.

Ryc. 7 _Wszczepienie implantu Ankylos C/X w pozycji zęba 23.



Ryc. 8_ Pozycja platformy protetycznej implantu w pozycji planowanej korony zęba 23.

Ryc. 9_ Łącznik tymczasowy przykręcony do implantu.

Ryc. 10_ Korony tymczasowe 13 i 23 spozycjonowane na łącznikach tymczasowych z zastosowaniem szablonu chirurgicznego.

Ryc. 11_ Obciążenie natychmiastowe implantu 23 koroną tymczasową przykręcaną.

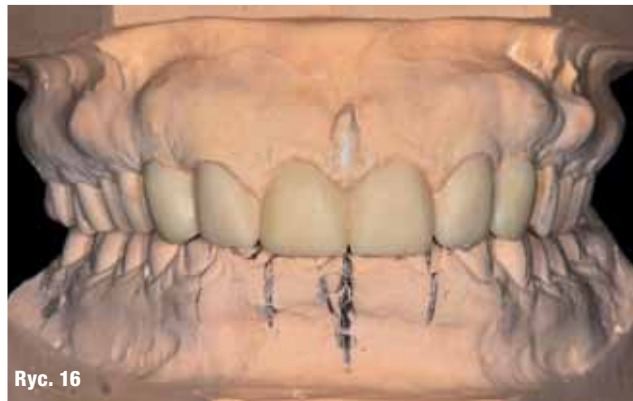
Ryc. 12_ Korony tymczasowe 13 i 23 *in situ* po zakończeniu fazy chirurgicznej.

Ryc. 13_ Pantomogram pacjentki po zakończeniu fazy chirurgicznej.

Ryc. 14_ Korony tymczasowe 13 i 23 w 3 miesiące po zakończeniu fazy chirurgicznej.



Ryc. 15



Ryc. 16



Ryc. 17



Ryc. 18

na temat planowanego leczenia oraz jego kompromisowego rezultatu. Pacjentka utrzymała swoje stanowisko i wyraziła zgodę na takie leczenie, zastrzegając właśnie, aby planowane postępowanie było jak najmniej inwazyjne.

W tej sytuacji przystąpiono do realizacji planu leczenia. W pierwszej kolejności wykonano szablony chirurgiczne do zabiegu chirurgicznego. Następnie usunięto most adhezyjny 14-12, odsłaniając miejsce dla implantacji, przeprowadzono zabieg ekstrakcji zęba 63 oraz wszczepiono 2 implanty Ankylos CX w pozycji zębów 13 i 23, zgodnie z planowanym położeniem przyszłych koron protetycznych. Ponieważ pierwotna stabilizacja implantów w kości była bardzo dobra, oba wszczepy natychmiastowo obciążono, wykonując przykręćane korony tymczasowe na łącznikach tymczasowych odciążone zarówno w okluzji, jak i artykulacji.

Uzyskano doskonałe gojenie tkanek miękkich i pełną osteointegrację implantów tak, że po 3 miesiącach przystąpiono do realizacji zaplanowanego postępowania protetycznego. W pierwszej kolejności materiałem kompozytowym odbudowano płaszczyznę okluzyjną żuchwy w obszarze zębów od 33 do 43. Następnie pobrano wyciski z poziomu implantów i przygotowano indywidualne łączniki protetyczne tytanowe dla implantów w położeniu 13 i 23. Łączniki te wykonano

z tytanu w systemie indywidualnego planowania Atlantis. Zostały one wykonane w technologii pokrycia ich azotkiem tytanu, co nadało im barwę złotą i w pewnym stopniu poprawiło estetykę podbarwienia metalicznego tkanek miękkich przy zachowaniu jednocześnie bardzo dobrych właściwości mechanicznych – w tym wypadku stanowiło to kluczową decyzję, biorąc pod uwagę przyszłą funkcję tych implantów.

Następnie, zgodnie z planem, wykonano preparację zębów 13, 11, 21, 23 pod licówki cienkościennie wycinane w technologii CAD/CAM. Do wykonania preparacji posłużono się wykonaniem technicznego mock-up'u oraz kluczami silikonowymi, zgodnie z techniką zaproponowaną przez Gurel i Magne, a następnie pobrano wycisk zespalający położenie czapek cyrkonowych przyszłych koron na implantach z wyciskiem do licówek w odcinku siekaczy szczęki. W tym wypadku wcześniej przygotowane czapki koron posłużyły jako indywidualne transfery wyciskowe z poziomu łączników indywidualnych. W laboratorium, zgodnie z wcześniejszym planowaniem, na podstawie wax-up'ów wykonano 2 korony pełnoceramiczne na podbudowie z tlenku cyrkonu dla implantów 13 i 23 oraz 4 licówki pełnoceramiczne w technologii CAD/CAM z materiału Vitablock RealLife Vita. Licówki zostały osadzone na filarach zębów z zastosowaniem cementowania adhezyjnego materiałem światłoutwardzalnym Variolink

Ryc. 15. Korony tymczasowe 13 i 23 w 3 miesiące po zakończeniu fazy chirurgicznej, widok od strony okluzyjnej.

Ryc. 16. Wax-up w odcinku 13-23 wykonany na skopiowanych modelach zestawionych w centralnej okluzji.

Ryc. 17. Widok wax-up'u w szczęcie w odcinku 13-23 od strony powierzchni okluzyjnej.

Ryc. 18. Odbudowa brzegów siekaczy kłów i siekaczy w żuchwie materiałem kompozytowym.