

Implantologia dentária e radiônica

Implante para deficiência óssea grave com suporte radiônico

Nos procedimentos de implante dentário, geralmente temos de lidar com déficits ósseos horizontais ou verticais. Dependendo da extensão, é indicado o uso de blocos autólogos, bem como de materiais de substituição óssea autólogos e/ou aloplásticos, que são fixados com membranas de colágeno ou similares e protegidos contra o crescimento de tecido epitelial e conjuntivo. Essas medidas são demoradas, caras, às vezes associadas a riscos (infeciosidade, antigenicidade) e estressantes para o paciente, de modo que há um desejo por métodos que sejam mais biologicamente orientados e que possibilitem dispensar muitas substâncias e materiais estranhos.

Como uma abordagem nessa direção, temos usado o método PRGF (Plasma Rich in Growth Factors) há algum tempo, que permite a extração e o processamento de fatores de crescimento autólogos e fibrina autóloga do sangue do próprio paciente. Isso praticamente elimina qualquer risco de anigenicidade, alergização ou infecção, como os associados ao uso de materiais bovinos ou suínos.

Dependendo do caso, são coletados de 20 a 80 ml de sangue do paciente e divididos em suas frações individuais por meio de centrifugação suave. A camada de plasma imediatamente acima dos eritrócitos e leucócitos é rica em trombócitos com fatores de crescimento para a cicatrização de tecidos duros e moles. Portanto, ele é predestinado para a inserção em soquetes de tração ou como meio de transporte para materiais autólogos ou aloplásticos para preencher defeitos. As outras duas fraturas são usadas para produzir membranas de fibrina autólogas.

A técnica dessa abordagem é ideal para a corrugação radiônica.

Para isso, os tubos de reagentes correspondentes são posicionados no diodo (Fig. 1) e informados com afirmações especiais.

Nesse caso (chamado de paciente A. B. a seguir), os dentes 13, 11, 21 e 23 não mereciam ser preservados devido a grandes defeitos de substância em combinação com extensa destruição periodontal (Fig. 2). Os dentes 11 e 21, em particular, apresentaram perda parcial ou total da lamela vestibular. A fim de obter a melhor regeneração possível dessas estruturas, os alvéolos de extração foram preenchidos com PRGF e fibrina autóloga, que foi previamente preenchida da seguinte forma:

Conjunto de metas da folha de cicatrização: Suporte bioenergético do crescimento maxilar para A. B.

Afirmção: Ótima aceitação do preparo de crescimento e do implante para A. B.

O dispositivo então selecionou entradas de bancos de dados das áreas de minerais, alfabeto do sucesso, desintoxicação, homeopatia, florais de Bach, CID10, afirmações de acordo com Louise L. Hay. Hay foram selecionadas. A potencialização foi definida como ótima para o inchaço.

Os tubos de ensaio com as várias frações de plasma foram colocados diretamente sobre o diodo e o paciente foi informado por cinco minutos. No pós-operatório, o paciente recebeu a folha de cura mencionada acima, que, além das informações específicas do caso e do tratamento, também continha as afirmações gerais de harmonização pessoal.

O processo de cicatrização da ferida não apresentou complicações e o implante pôde ser programado para depois de três meses.

Ao selecionar os locais dos pilares, 13 e 23 eram obrigatórios; a combinação de 22 e 12 teria sido possível na área mesial. Como o paciente queria evitar o bloqueio dos meridianos do corpo, planejamos os pilares mesiais nos locais 11 e 21, apesar das estruturas ósseas anteriormente deficientes nessas áreas.

Após a abertura do local da cirurgia com uma incisão crestal ligeiramente deslocada palatalmente, verificou-se que a regeneração quase completa do osso havia ocorrido em 11, enquanto um defeito maior persistia em 21, o que normalmente não teria permitido a colocação imediata do implante (Fig. 3).

Nesse caso, o método de escolha, de acordo com os critérios ortopédicos atuais, seria o procedimento de dois estágios com aspiração de defeitos.



Fig. 1: Corrugação das frações de plasma (aqui: com o dispositivo Quantec®5.1)



Fig. 2: Situação clínica inicial



Fig. 3: Déficit ósseo aos 21 anos



Fig. 4: Corrugação dos implantes

O método mais comum de enxerto ósseo tem sido com um bloco de osso autólogo, que pode ser retirado da região retromolar ou do queixo. Material autógeno, xenógeno ou aloplástico



Dr. med. dent. Harald Borkhart

é um dentista com treinamento adicional em acupuntura e cinesiologia. Ele tem seu próprio consultório (especializado em implantodontia) em Ostfildern. 2006 Especialista europeu em implantodontia (BDIZ/EDA).

Contato:

Forststr. 14, D-73760 Ostfildern
dr@borkhart.de, www.borkhart.de



Bernd S. Slawitsch

é empresário, instrutor de gerenciamento psíquico e coach, além de instrutor mental e bioenergético. Depois de muitos anos como diretor administrativo de sua própria empresa e trabalhando no setor de seminários e coaching, ele fundou uma clínica de aconselhamento para pessoas, empresas e indivíduos.

organizações com o uso bem-sucedido da biocomunicação instrucional.

Contato:

Friedrichstr. 4, D-73770 Denkendorf
praxis@cmm-consulting.eu, www.cmm-consulting.eu

O formulário de bloco ainda não estava disponível na época ou não havia sido suficientemente testado.

Devido à morbidade da extração, aos riscos e estresses associados e à duração significativamente maior do tratamento, concordamos com a paciente em um procedimento alternativo para evitar esses inconvenientes. Apesar do grande déficit ósseo, decidimos realizar um implante imediato com aumento simultâneo com suporte radiônico.

Na preparação para a operação do implante, o paciente foi irrigado da seguinte forma:

Frase-alvo da folha de cicatrização: Os implantes do paciente A. B. cicatrizam perfeitamente.

Afirmações: Os implantes da mandíbula superior de A. B. cicatrizam perfeitamente e permanecem estáveis no osso por toda a vida; registros adicionais da CID10 e afirmações de acordo com Weber.

No início da cirurgia de implante, o concentrado de fator de crescimento foi novamente preparado e agitado de acordo com o protocolo descrito acima. Além disso, dessa vez os implantes em questão também foram preenchidos com as mesmas informações (Fig. 4).

As cavidades dos implantes foram escavadas por meio da perfuração de um orifício inicial com a broca Lindemann (alta velocidade, resfriada) e o orifício do molde usando instrumentos de rotação lenta sem

resfriamento de água (50 rpm),

o que possibilita a obtenção de grandes quantidades de lascas de osso de altíssima qualidade. Elas foram imediatamente depositadas na fração de plasma sem fator de crescimento estabelecida.

As Figs. 5 e 6 mostram a situação após a colocação dos implantes; o enorme déficit ósseo é claramente visível em

21 O implante é exposto quase na metade de seu comprimento e em seu maior diâmetro no plano horizontal.

Isso excede o volume que pode ser obtido com um aumento tardio, de acordo com a medida usual; no entanto, devido à possibilidade de suporte radiônico da cicatrização, decidimos arriscar esse procedimento.

Das cavidades de 13, 23

e 11, foi possível obter quase 1 cm³ de lascas de osso, que foram misturadas com o plasma irrigado. Depois de criar várias perfurações no osso cortical peri-implantar para nutrir o material de aumento

foi aplicada uma camada espessa no defeito (Fig. 7).

A cobertura também foi realizada exclusivamente com fibrina autóloga obtida do procedimento mencionado acima e corrugada radionicamente, que foi cultivada como uma membrana nos vasos correspondentes.

Uma vestibuloplastia submucosa após a incisão periosteal com preparação de pele dividida em túneis garantiu o fechamento da sutura sem tensão.

Durante a fase pós-operatória, o paciente continuou a ser tratado com ambas as placas de cicatrização. A cicatrização da ferida ocorreu sem complicações e os implantes puderam ser abertos e expostos após quatro meses. Houve cobertura suficiente e segura dos defeitos dos tecidos moles e duros (Fig. 8), de modo que os pilares e pontes de 11 a 13 e 21 a 23 puderam ser fabricados e inseridos conforme planejado (Figs. 9 e 10).

Para obter esse resultado, a seguinte ficha de cura foi incluída no bem-estar geral de longo prazo do paciente (que também foi sempre incluída nas fichas de cura de todas as etapas mencionadas acima):

A situação dos tecidos duros e moles peri-implantares de A. B. está agora imediata e sempre completamente preservada em termos de tipo, qualidade, altura e volume.

Áreas do banco de dados: Preparações para órgãos, florais de Bach, estresses, afirmações de acordo com Tep-



Fig. 5: Condição após a colocação dos implantes

Fig. 6: Déficit ósseo aos 21 anos

Fig. 7: Aumento de osso autógeno em plasma irradiado radionicamente.

Fig. 8: Pinos de moldagem no lugar

Fig. 9: Pilares definitivos

perwein, cores, flores do cerrado australiano, Cabala e afirmações gerais.

Resumo

Apesar de um déficit ósseo muito grave após uma situação inicial muito problemática, é

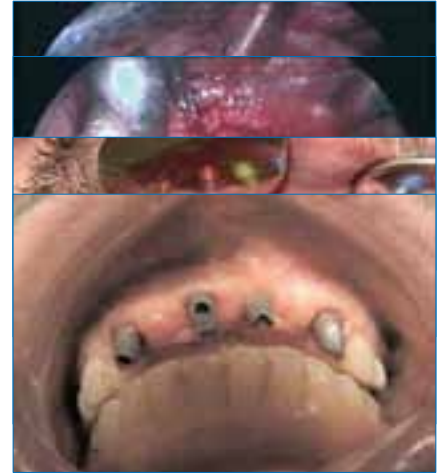




Fig. 10: Conclusão

Graças ao suporte radiônico, o paciente pode ser totalmente suprido biologicamente com as substâncias do próprio corpo, sem trauma adicional e sem qualquer material estranho (com exceção dos implantes de titânio). Isso garante a máxima biointegração; qualquer incompatibilidade, antigenicidade ou alergização é absolutamente excluída.

Além disso, o método é consideravelmente mais econômico para o paciente e, por esse motivo, também representa uma alternativa às práticas atuais.

