

# Malattie sistemiche e implantologia: carico immediato in paziente affetta da sclerodermia sistemica diffusa

## *Systemic diseases and dental implants: immediate loading in a patient with diffused systemic scleroderma*

T. Weinstein<sup>a,\*</sup>, P. Zappavigna<sup>b</sup>, G. Perrotti<sup>c</sup>, A. Parenti<sup>a</sup>, M.C. Rossi<sup>a</sup>, T. Testori<sup>a</sup>

<sup>a</sup> IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale, Servizio di Odontostomatologia

<sup>b</sup> Libero professionista in Como

<sup>c</sup> IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Reparto di Ortodonzia e Odontoiatria Infantile, Servizio di Odontostomatologia

Ricevuto il  
2 marzo 2014  
Accettato il  
30 aprile 2014

\*Autore di riferimento  
Tommaso Weinstein  
tommasoweinstein@me.com

### RIASSUNTO

**OBIETTIVI.** La sclerodermia è una patologia autoimmune che comporta una progressiva fibrosi dei tessuti e colpisce in particolare il distretto oro-facciale rendendo molto difficoltose le procedure odontoiatriche. Questo lavoro descrive come è stata trattata una paziente affetta da sclerodermia che presentava una dentatura residua non più mantenibile e desiderava una riabilitazione completa di entrambe le arcate con protesi fissa su impianti.

**MATERIALI E METODI.** Attraverso un attento studio del caso mediante radiografie tradizionali e tridimensionali, è stato applicato il protocollo Total Face Approach grazie al quale è stato possibile effettuare una progettazione del caso e la conseguente fabbricazione delle mascherine per la chirurgia guidata. A seguito delle condizioni di salute della

paziente, per minimizzare lo stress si è deciso di eseguire l'intervento contemporaneamente in entrambe le arcate e dopo 48 ore è stato possibile consegnare due protesi a carico immediato.

**RISULTATI E CONCLUSIONI.** Dopo la fase di guarigione, nell'arcata superiore il definitivo è stato realizzato in ceramica su struttura in zirconia preparata con metodologia CAD-CAM, cementata su pilastri avvitati.

Nell'arcata inferiore è stata invece posizionata una protesi avvitata tipo Toronto, prestando particolare attenzione alle problematiche di dimensione verticale e ingombri protesici, amplificate dalla patologia della paziente. La paziente è stata infine inserita in un programma di mantenimento implantare bimestrale al fine di supportarla nelle manovre di igiene, rese difficoltose dalla patologia sistemica.

**PAROLE CHIAVE**

- ▶ Sclerodermia
- ▶ Chirurgia guidata
- ▶ Carico immediato
- ▶ Total Face Approach
- ▶ Toronto bridge

**ABSTRACT**

**OBJECTIVES.** Scleroderma is an autoimmune syndrome which leads to progressive tissue fibrosis. It affects the orofacial area in particular, impairing dental treatment. This case report describes the rehabilitation of a patient with this syndrome who required a complete implant rehabilitation in the upper and lower

*jaw, due to impossibility of maintaining residual dentition.*

**MATERIALS AND METHODS.** Total Face Approach was adopted to plan the rehabilitation through a careful study of traditional and three-dimensional X-rays. In only one session all the patient's teeth were extracted and implants inserted using surgical guides. Pursuant to immediate loading protocol, provisional prostheses were placed after 48 hours.

**RESULTS AND CONCLUSIONS.** The definitive restoration was fabricated with CAD/CAM designed zirconia cemented

*on implant abutments in the upper jaw and with a Toronto bridge in the lower jaw, paying particular attention to the vertical size of the prostheses and bearing in mind the particular condition of the patient who is currently enrolled in a strict hygiene program to provide support with the maintenance procedures, impaired by the systemic disease.*

**KEY WORDS**

- ▶ Scleroderma
- ▶ Guided surgery
- ▶ Immediate loading
- ▶ Total Face Approach
- ▶ Toronto bridge

**1. INTRODUZIONE**

La sclerodermia è la manifestazione iniziale della sclerosi progressiva sistemica (SPS). Questa malattia, descritta per la prima volta da Robert H. Goetz nel 1945, fa parte dello stesso gruppo di patologie autoimmuni cui appartengono anche la sindrome di Sjögren e il lupus eritematoso sistemico [1].

La prevalenza di SPS varia dai 4 ai 286 casi per milione di abitanti e la sua incidenza è compresa tra 0,6 e 122 per milione di abitanti l'anno [2]. Le donne sono più colpite degli uomini (4:1) e la malattia insorge in media fra i 30 e i 50 anni d'età [3].

Nella SPS si assiste a una progressiva fibrosi dei tessuti causata dall'accumulo in eccesso di collagene di tipo I e di tipo III, prodotto da fibroblasti erroneamente attivati da stimoli immunitari in cui sono coinvolti i piccoli vasi sanguigni e l'epidermide. La cute, in particolare, va incontro a cambiamenti spesso drammatici.

La diagnosi di SPS è generalmente suggerita dall'ispessimento della cute e dalla sclerosi, che di solito inizia dalle dita. Il fenomeno di Raynaud spesso precede le manifestazioni cutanee e può presentarsi anche anni prima che queste insorgano [4]. Negli anni sono state proposte diverse classificazioni.

La prima, risalente al 1980, fu redatta dall'American Rheumatism Association [5] che identificò i criteri preliminari per la diagnosi di SPS: sclerosi cutanea metacarpale o metatarsale, del viso, del collo o del tronco, solitamente bilaterale e simmetrica e quasi sempre con sclerodattilia ("major criteria"); sclerodattilia, cicatrici irregolari alle dita o perdita di sostanza a livello della falange distale e fibrosi polmonare bibasale (in assenza di sclerodermia prossimale).

Nel 1988 fu proposta una seconda classificazione che suddivideva la patologia nelle due forme *limitata* (LSPS) e *diffusa* (DSPS) [6]. La diagnosi differenziale è possibile per la presenza di autoanticorpi

tipici per ognuna delle due manifestazioni patologiche.

- ▶ I pazienti con DSPS sono più predisposti a sviluppare severe complicanze epatiche, renali o cardiache, in particolare nei primi 3-5 anni dall'insorgenza della patologia.
- ▶ I pazienti con LSPS presentano invece sindrome CREST (acronimo per calcinosi, fenomeno di Raynaud, dismotilità esofagea, sclerodattilia, teleangectasie).

Nel 2001 questa classificazione è stata ampliata introducendo un nuovo sottogruppo nel quale è presente il fenomeno di Raynaud, a carico dei vasi capillari e con autoanticorpi, in assenza di manifestazioni cutanee [4]. Questi pazienti non necessariamente sviluppano i segni clinici dei due gruppi descritti in precedenza (fig. 1).

Il distretto oro-facciale è uno dei più colpiti. L'eccessivo deposito di collagene rende la pelle del viso liscia, tirata come una maschera. Le ali del naso si assot-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3129872>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3129872>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)