



**Corso di Aggiornamento - "RAPPORTI TRA SALUTE PARODONTALE E SALUTE SISTEMICA-PERIOMEDICINE"**  
**Roma, 15 - 16 Ottobre 2004**

---

## **TERAPIE IMPLANTARI IN PAZIENTI CON SALUTE COMPROMESSA: I PROBLEMI E LE SOLUZIONI**

**Relatore: Dott. Matteo Chiapasco**

*(riassunto della relazione a cura di Fulvio Gatti)*

La riabilitazione implantoprotesica dei pazienti edentuli ha raggiunto ormai una elevata affidabilità con percentuali di successo in media superiori al 90%. I brillanti risultati ottenuti in pazienti sani hanno consentito di estendere l'impiego degli impianti a pazienti con condizioni locali o sistemiche compromesse. Bisogna tuttavia fornire al clinico indicazioni di quali sono i fattori locali e sistemici che possono influenzare la sopravvivenza degli impianti. Secondo Esposito questi possono essere suddivisi in fattori esogeni, come l'assunzione cronica di steroidi, pazienti sotto chemioterapia o radioterapia, abitudini come il fumo o l'abuso di alcool, e fattori endogeni come l'età, lo stato nutrizionale, il diabete, l'osteoporosi e le endocrinopatie (es. Iperparatiroidismo, Sindrome di Cushing), gli esiti di resezioni per tumori del distretto cervico-cefalico ed i disordini immunologici.

Scopo della conferenza è stato quello di valutare i problemi e le possibili soluzioni legate all'utilizzo degli impianti in pazienti con salute compromessa.

### **ETÀ**

L'età avanzata, nonostante le alterazioni del metabolismo, non sembra avere un effetto negativo sull'osteointegrazione e sulla percentuale di sopravvivenza degli impianti dentali, almeno nei casi in cui non sia associata ad altre patologie sistemiche.

### **DIABETE**

E' una patologia abbastanza frequente con una prevalenza non inferiore al 18% nella popolazione di età superiore ai 65 anni. I pazienti con diabete controllato possono essere sottoposti a terapia implantare ma necessitano di alcune precauzioni quali la profilassi antibiotica, un'attenta antisepsi del cavo orale per più giorni con clorexidina digluconata e ravvicinati controlli periodici durante il primo anno dall'intervento a causa della maggiore suscettibilità all'infezione e all'alterata guarigione delle ferite legata alla patologia, mentre le capacità di osteointegrazione non sembrano modificate. Al contrario i pazienti con diabete non controllato devono essere rinviati fino a stabilizzazione del quadro clinico-metabolico.

Con questi accorgimenti gli impianti in pazienti con diabete metabolicamente controllato hanno una probabilità di sopravvivenza sovrapponibile a quella degli impianti inseriti in pazienti sani.

## OSTEOPOROSI

L'osteoporosi (primaria tipo I -postmenopausa, tipo II -legata all'età, tipo III – idiopatica o secondaria ad altre patologie sistemiche come per es. il diabete) è caratterizzata da una significativa diminuzione della mineralizzazione ossea ed ha una prevalenza nelle femmine sopra i 50 anni intorno al 13-18%.

Gli effetti dell'osteoporosi sull'osteointegrazione si basano sul presupposto che la demineralizzazione abbia un effetto diretto su questo meccanismo. In realtà la demineralizzazione a livello dei mascellari avviene in modo meno significativo che a livello delle ossa lunghe e delle vertebre e colpisce prevalentemente l'osso midollare, pertanto il contatto fra osso e superficie implantare è poco modificato nella componente corticale. Non è stata trovata una correlazione tra percentuale di fallimenti implantari e indici di densità ossea periferica (Moc od equivalenti), mentre è stata trovata una correlazione tra densità ossea maxillo-mandibolare e percentuale di successo implantare. Quindi l'osteoporosi in sé non rappresenta una controindicazione assoluta all'inserimento di impianti, ma deve essere valutata di volta in volta la qualità ossea locale ed il rapporto tra componente corticale e midollare.

Per quanto riguarda l'aspetto tecnico, una sottopreparazione dei siti implantari, l'utilizzo di impianti di dimensione maggiori e superfici ruvide, la posticipazione del carico e l'uso di un maggiore numero di impianti possono migliorare in modo significativo il successo della terapia.

Dal punto di vista sistemico può essere indicato che il paziente assuma 400-800 UI al giorno di vitamina D nel post-operatorio all'inserimento degli impianti e che adotti una dieta ricca di calcio oppure una terapia sostitutiva con calcio. Utile può anche essere, in base all'eziologia dell'osteoporosi, la terapia di supporto con bifosfonati, calcitonina o con estrogeni.

In conclusione si può affermare che gli impianti inseriti in pazienti con osteoporosi hanno una probabilità di sopravvivenza sovrapponibile a quella degli impianti inseriti nei pazienti in buono stato di salute, a parità di condizioni locali di qualità ossea.

## FUMO

Mancano dati probanti che il fumo costituisca una controindicazione assoluta alla terapia implantare ma è dimostrato che il fallimento degli impianti è significativamente correlato ad esso. E' necessario adottare molta cautela nei pazienti fumatori, gestendo con attenzione particolare i siti implantari a causa dell'ipovascolarizzazione, della diminuita densità dell'osso e della frequente presenza di germi molto aggressivi nei confronti del tessuto parodontale e del tessuto peri-implantare. E' opportuno evitare in questi pazienti il ricorso a terapie ricostruttive avanzate che introdurrebbero un ulteriore fattore di rischio.

## XEROSTOMIA

Nonostante la scarsità di studi su questo argomento, sembra che il trattamento implantare sia eseguibile.

E' fondamentale diagnosticare la patologia effettuando un'attenta anamnesi e procedere alla risoluzione delle eventuali infezioni batteriche o fungine sulla dentatura residua prima dell'inserimento degli impianti. Per mediare alla mancanza della fisiologica produzione di saliva, si può stimolare la secrezione salivare con un semplice "chewing-gum sugar free", oppure adottare una terapia locale con prodotti a base di metilcellulosa + enzimi salivari in base acquosa, oppure salive a base di mucine o maltosio.

Nei casi più gravi è necessaria una terapia sistemica con agonisti colinergici (pilocarpina e cervimelina) o bromexina (attenzione agli effetti collaterali); nel caso di Sindrome di Sjogren si utilizza l' interferone alfa.

## MALFORMAZIONI

*Cherubismo*: mancano dati in letteratura, ma la regressione della patologia nella grande maggioranza dei casi rende possibile l'inserimento degli impianti dopo i 30 anni.

*Displasia ectodermica anidrosica*: è necessario valutare con attenzione le indicazioni alla terapia implantare poiché l'edentulia precoce si presenta nei pazienti ancora in crescita e potrebbe comportare un iposviluppo dell'osso peri-implantare oppure un'anchilosi degli impianti.

Sembra che la malformazione presente non comprometta la sopravvivenza implantare.

## RADIOTERAPIA

La radioterapia della testa e del collo per il trattamento di tumori maligni determina danni ai tessuti in base al dosaggio, al frazionamento ed all'intervallo tra fine della radiazione e l'eventuale inserimento degli impianti. Con grande cautela ed in strutture protette, è possibile inserire gli impianti in pazienti irradiati con dosi inferiori a 48-55 gy. Dosi superiori a 48 gy, ed in particolare oltre i 55-65 gy, determinano un aumento significativo di complicanze ai tessuti duri e molli dei mascellari a causa della ipovascolarizzazione e della ipocellularità che la radioterapia provoca, esponendo il paziente a maggiore suscettibilità all'infezione, scarsa tolleranza ai traumi chirurgici ed osteoradionecrosi.

Pertanto occorre prestare grande attenzione nel sottoporre questi pazienti al trattamento implantare ed appare comunque indicata una ossigenoterapia iperbarica preimplantare effettuata da clinici con grande esperienza in questo settore.

Non ci sono dati univoci sui tempi d'attesa tra fine radio-terapia ed inserimento degli impianti; lo stesso anche per il carico protesico, anche se la tendenza è quella di prolungare i tempi di attesa al carico.

Un'attenzione particolare deve essere dedicata allo scollamento dei tessuti molli che sono ipovascolarizzati ed anche in questo caso è fondamentale la profilassi antibiotica e un'attenta disinfezione delle mucose orali.

## CHEMIOTERAPIA

Non ci sono lavori che dimostrino che l'osseointegrazione non possa avvenire in pazienti in corso di trattamento chemioterapico, ma il rischio legato all'elevata suscettibilità all'infezione, all'ulcerazione dei tessuti molli, all'emorragia, al rallentamento dei processi riparativi legato alla citotossicità dei farmaci, alla immunosoppressione e alla mielosoppressione, sconsiglia l'utilizzo degli impianti, anche in considerazione del quadro neoplastico non definitivamente risolto.

Completato il ciclo di chemioterapia il paziente che necessita di una terapia implantare deve essere valutato prima di tutto dal punto di vista prognostico legato alla malattia e poi dal punto di vista della ripresa di una buona salute generale.

E' importante considerare la condizione di salute del paziente al momento dell'intervento; se è presente una ripresa delle funzioni midollari si può intervenire chirurgicamente per posizionare gli impianti, previa profilassi antibiotica ed accurata disinfezione orale.

## ESITI DI RESEZIONE DEI MASCELLARI PER TUMORE

L'asportazione di tumori benigni e in particolare maligni dei mascellari lascia sovente reliquati molto invalidanti legati all'interruzione della continuità ossea, alla perdita dei tessuti molli cui conseguono alterazioni del profilo facciale e notevoli disturbi alla fonazione, alla deglutizione e alla masticazione.

Oggi giorno la ricostruzione anche immediata con innesti ossei autologhi o lembi liberi rivascolarizzati ha permesso una ricostituzione molto soddisfacente dei tessuti persi ed è inoltre possibile, in pazienti selezionati, ottenere anche la ripresa della funzione masticatoria mediante protesi supportata da impianti. La grande quantità di studi comparsi in letteratura negli ultimi 20 anni ha dimostrato che le percentuali di successo degli impianti inseriti nelle zone ricostruite sono sovrapponibili a quelle ottenute in caso di impianti utilizzati in osso nativo. Valgono tuttavia le stesse raccomandazioni fatte per i pazienti oncologici trattati con radio-chemioterapia, che suggeriscono una attenta selezione dei pazienti ed un trattamento da parte di clinici esperti.

Il carico implantare deve essere differito e solo in casi selezionati è ammesso il carico immediato; è molto importante seguire il paziente nella fase post-chirurgica con richiami almeno ogni 6 mesi.

---