

La bocca dolce: nota tecnica sul mantenimento della riabilitazione implanto-protesica complessa nel paziente diabetico

A.M. Genovesi, E. Giammarinaro

La prevalenza del diabete mellito è in costante aumento. Circa il 13% della popolazione statunitense è affetta da diabete, numero che non include i pazienti con diagnosi di pre-diabete. Se volessimo fare una somma di tutti i casi di iperglicemia, circa il 50% della popolazione dovrebbe essere considerata a rischio di sviluppare complicanze diabetiche¹.

L'iperglicemia, indipendentemente dalla causa scatenante, determina una condizione di stress ossidativo a carico dei tessuti orali². La cronicizzazione di questo fenomeno si manifesta clinicamente come un'alterata guarigione tissutale con aumentata incidenza e severità delle patologie parodontali o peri-implantari³.

Per questo motivo, la diagnosi di diabe-

te mellito è stata considerata una controindicazione alla terapia implantare per anni. Tuttavia, il miglioramento della terapia farmacologica dell'iperglicemia ha portato a un deciso aumento dell'aspettativa di vita media del paziente affetto da diabete. La parodontite è, ad oggi, riconosciuta come la sesta complicanza del diabete e contribuisce, a lungo termine, alla perdita degli elementi dentari⁴. L'edentulia parziale o totale ha un impatto significativo sulla qualità della vita: vengono compromesse le funzioni alimentare, digestiva, fonatoria, sociale, psicologica⁵. Numerosi studi prodotti in ambito di diabetologia hanno messo in luce l'importanza per il paziente affetto da dismetabolismi di rispettare un corretto modello comportamentale

(alimentazione, esercizio fisico, stile di vita sano) in grado di ridurre il rischio di future complicanze maggiori⁶. In questo senso, riabilitare la funzione masticatoria nel diabetico può giocare un ruolo chiave nel permettere a questi pazienti di attenersi a un corretto regime alimentare e di conseguenza avere un maggiore controllo sui loro livelli glicemici. Diversi autori hanno valutato l'outcome implantare a lungo termine nel paziente con iperglicemia – più o meno controllata – e le conclusioni che possiamo trarre sono, più o meno, le seguenti: la sopravvivenza di un impianto nel paziente diabetico è comparabile a quella di un impianto in un paziente metabolicamente sano; nel paziente con glicemia scarsamente controllata, l'utilizzo di proto-

colli chirurgico-protesici e igienici su misura (diversi da quelli canonici/di routine) garantisce un rischio di complicanze basso e comparabile a quello del paziente sano⁷⁻⁹. Con la presente nota tecnica vogliamo presentare il protocollo perfezionato nel corso della prima edizione del master internazionale dell'Istituto Stomatologico Toscano - International Post-Graduate Program, Theoretical and Practical Advanced Course On Patients: Oral Hygiene Preparation for Surgery and Implants Maintenance tenutosi a Lisbona nell'anno corrente.

La geometria del più semplice piano di cure convenzionale è stata mantenuta ma la sua sostanza non avrebbe avuto effetto né mordente sul paziente compromesso. Pertanto, l'approccio è

e salivare. Durante i 12 mesi di follow-up abbiamo monitorato con cadenza trimestrale i parametri infiammatori peri-implantari (indice di placca, sanguinamento al sondaggio e profondità di tasca), parametri radiologici (perdita di osso crestale), glicemici (Emoglobina Glicata) e di stress ossidativo locale (analisi saliva) e sistemico (analisi sangue digitale). Ad ogni momento del follow-up la normale seduta di igiene professionale è stata integrata da utilizzo di sistemi per erogazione di ozono professionale e istruzioni all'utilizzo di un dispositivo domiciliare (Aqualab). Al termine del periodo di investigazione è stato possibile riscontrare un mantenimento ottimale dei parametri di salute peri-implantare e un significativo miglioramento del



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

stato ripensato profondamente assecondando il razionale biologico del rapporto esistente tra diabete e salute orale. Se potessimo osservarla dall'alto, la mappa delle relazioni esistenti tra micro-ambiente orale e metabolismo sistemico apparirebbe fitta e punteggiata qua e là da epifenomeni macroscopici e quindi apprezzabili clinicamente. Con il nostro intervento possiamo modificare i percorsi tracciati in questo reticolo sfruttando dei punti di repere pre-esistenti. Sappiamo per esempio che la difesa organica consta di un'armata notevole contro gli attacchi esterni e in questa compagnia anche gli enzimi anti-ossidanti, in genere deficitari nel paziente diabetico¹⁰. L'ozono medicale, a piccole dosi, ha un'azione induttiva sul sistema antiossidante endogeno, in altre parole, è immunostimolante. In un'unica molecola riusciamo a sintetizzare un'azione battericida, biostimolante e immunostimolante¹¹. Di seguito viene presentato il caso di mantenimento di una riabilitazione implantare complessa di tipo Toronto-bridge superiore e inferiore in paziente donna di 53 anni con diabete mellito di tipo II diagnosticato 15 anni addietro. La paziente si presentava alla nostra osservazione con diagnosi di parodontite cronica severa e la presenza di due protesi rimovibili parziali con ganci che compromettevano la funzionalità masticatoria ed estetica. La paziente presentava un diabete moderatamente controllato con valori di Emoglobina Glicata compresi tra 7 e 8% ed elevati livelli di stress ossidativo plasmatico

controllo glicemico (6-7%) (Figg. 1-3). Per quanto riguarda gli indici di stress ossidativo abbiamo potuto apprezzare una riduzione della concentrazione di radicali liberi nel sangue e nella saliva. Il presente case report, con tutte le limitazioni insite nella natura dello studio, solleva tuttavia un interessante spunto per future considerazioni. Sappiamo infatti da tempo che l'emoglobina glicata non è un marker sufficientemente specifico in grado di spiegare ad esempio perché esistano pazienti diabetici con livelli glicemici superiori al 10% che in realtà non sviluppano alcuna complicanza parodontale ed è altresì vero che esistono pazienti diabetici con livelli glicemici controllati (6-7%) che sviluppano quadri di parodontite estremamente aggressiva. Può lo stress ossidativo giocare un ruolo in questo meccanismo eziopatogenico e se sì in che modo? Queste sono solo alcune delle considerazioni che guidano l'attività di ricerca portata avanti in seno all'Istituto Stomatologico Toscano.

La Bibliografia è disponibile presso l'editore.