



ISSN: 0975-833X

Available online at <http://www.journalcra.com>

International Journal of Current Research  
Vol. 11, Issue, 10, pp.7532-7535, October, 2019

DOI: <https://doi.org/10.24941/ijcr.36431.10.2019>

INTERNATIONAL JOURNAL  
OF CURRENT RESEARCH

## REPORTE DE UN CASO

### REHABILITACION COMPLETA DE LA BOCA UTILIZANDO IMPLANTES BASALES DE CARGA INMEDIATA EN UN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO: REPORTE DE UN CASO

<sup>1,\*</sup>Vivek Gaur, <sup>2</sup>Feminath and <sup>3</sup>Anita Gala Doshi

<sup>1</sup>Oral Surgeon, Ranpur, Kota, Rajasthan, India

<sup>2</sup>Private dental practice, Vattiyoorkavu, Trivandrum, Kerala, India

<sup>3</sup>Prosthodontist, Private Dental Practice, Mumbai, Maharashtra, India

#### INFORMACION DEL ARTICULO

##### Article History:

Received 04<sup>th</sup> July, 2019

Received in revised form

19<sup>th</sup> August, 2019

Accepted 15<sup>th</sup> September, 2019

Published online 30<sup>th</sup> October, 2019

##### Key Words:

BCS® (implante corticobasal), prótesis híbrida. Lupus Eritematoso Sistémico

\*Autor correspondiente: Vivek Gaur

Copyright©2019, Vivek Gaur et al. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons Attribution License, que permite la distribución sin restricciones de uso y la reproducción en cualquier medio, siempre que el trabajo original se cite correctamente

Citación: Vivek Gaur, Feminath and Anita Gala Doshi, 2019. "Full mouth rehabilitation using immediate loading basal implants in a systemic lupus erythematosus patient: A case report". International Journal of Current Research, 11 (08), 7532-7535

#### RESUMEN

El lupus eritematoso sistémico (SLE) se presenta como una enfermedad inflamatoria autoinmune inflamatoria crónica que a menudo puede demostrar afectación multi-sistémica. Dado que los medicamentos inmunosupresores se usan en el retratamiento, esto puede tener un riesgo elevado de infección y retrasar la curación. Además el daño a las glándulas salivales en esta enfermedad conduce a una reducción de la salivación. En conjunto, estas complicaciones pueden ser una preocupación principal en los procedimientos de tratamiento dental debido a la incapacidad de mantener la higiene oral y el riesgo de fracaso del implante. Este es el primer informe de un caso en la literatura que conocemos y representa una opción de tratamiento y un procedimiento para la rehabilitación inmediata de la boca completa después de la extracción sin levantar colgajos con implantes corticobasales en un paciente que recibió cortico esteroides durante más de 20 años cuando le diagnosticaron Lupus Eritematoso Sistémico. Dado que hay muy pocos casos de SLE reportados en la literatura con el uso de implantes orales, tratar a estos pacientes a menudo puede suponer un desafío.

#### INTRODUCCION

El Lupus Eritematoso Sistémico (SLE) es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune, con afectación de múltiples órganos y un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que incluyen complicaciones mucocutáneas, cardíacas, renales, pulmonares y musculoesqueléticas (Wang et al., 2019; Bardare et al., 1990; Gurevitz et al., 2013). Además, está asociado con el trastorno del tejido conectivo y los vasos sanguíneos, seguido de episodios recurrentes de inflamación aguda o crónica y períodos alternos de remisión y estrés (Gurevitz et al., 2013). El SLE afecta a las mujeres 10 veces más que a los hombres y se manifiesta como lesiones orales (mácula roja o placa con ulceraciones, que pueden estar rodeadas de estrías blancas irradiantes y placa blanca en una mucosa pigmentada que afecta el paladar duro, el labio y mucosa bucal) en el 10% de los casos (Gurevitz et al., 2013). Las mujeres se ven afectadas 10 veces más frecuentemente que los hombres (Gurevitz et al., 2013). Más del 40% de los pacientes con SLE experimentan lesiones orales. A menudo estos pacientes reportan síntomas y lesiones clínicas de caries, gingivitis o incluso periodontitis debido a una mala higiene bucal (Correa et al., 2018; Jensen et al., 1999). Los pacientes con SLE también pueden tener síndrome de Sjögren secundario, que puede manifestarse como boca seca. La saliva insuficiente y la apertura limitada de la boca pueden complicar el uso de una prótesis (Correa et al., 2018). Los implantes basales originales fueron diseñados por Lobello usando dos componentes separados. Posteriormente, Julliet en 1975 desa-

rolló un implante basal de una sola pieza al que se le otorgó una patente estadounidense. Fueron el Dr. Gerard Scoretcci (desde 1985) y el Prof. Stefan Ihde (desde 1998) quienes convirtieron su concepto de implantes basales en un producto exitoso y comercializable (Ihde et al., 2009; Goldmann et al., 2008; Ihde et al., 2008). Inicialmente, los implantes basales se insertaron en el hueso de la mandíbula en una trayectoria lateral y se anclaron al hueso cortical vestibular y palatino o lingual. La ciencia ha evolucionado de tal manera que los nuevos implantes basales se insertan a través de un abordaje crestal y los tornillos se anclan en el hueso basal. La previsibilidad de estos implantes se debe al hecho de que estos implantes están anclados en el hueso cortical basal libre de reabsorción y no en el hueso alveolar (Goldmann et al., 2008; Ihde et al., 2008; Ihde, 2018). El objetivo del presente informe es describir la rehabilitación oral de un paciente con SLE utilizando implantes dentales basales en un dispositivo fijo. Se describe la consideración especial de las complicaciones médicas del paciente

#### REPORTE DE UN CASO

Una mujer de 62 años sufriendo SLE durante los últimos 20 años y que estaba bajo Prednisolona 4 mg al día y 200 unidades de Colecalciferol dos veces al día es remitida a nuestro consultorio dental con arcos edentulos parciales. El examen intraoral reveló arcadas superior e inferior parcialmente edéntulos con formación

de bolsa periodontal generalizada y movilidad de grado III (ver Fig. 1). Extraoralmente no se observaron hallazgos relevantes. La radiografía panorámica tomada muestra la pérdida ósea generalizada y el suelo del seno maxilar neumatizado casi hasta la cresta del hueso alveolar. Del examen intraoral y OPG se determinó que el pronóstico de los dientes restantes era malo. Por lo tanto, se planificó la extracción total seguida de implantes estratégicos de carga inmediata. Después de obtener la aprobación médica, el tratamiento estaba programado para completarse en tres días. Después de informar al paciente sobre el plan de tratamiento, se obtuvo el consentimiento informado. Después de lo cual, en el primer día, los dientes restantes se extrajeron con anestesia local. Todos los implantes se colocaron sin levantar colgajos. En el maxilar se colocaron dos implantes pterigoideos estratégicos distales al seno maxilar en cada lado del arco. En la región anterior, se colocó un implante a cada lado en la pared lateral de la nariz y dos a cada lado en el piso de la nariz (ver Fig. 2). En la mandíbula posterior al agujero mentoniano se colocaron dos implantes en cada lado que se anclaron en el hueso cortical lingual. Anterior al foramen mental se colocaron dos implantes dirigidos hacia la sínfisis de la región mental. El sitio de extracción se aproximó mediante sutura con una seda trenzada 3-0. Se colocaron tomas de impresión en los implantes y se realizaron impresiones de los arcos maxilar y mandibular utilizando elastómero de silicona de condensación de cuerpo pesado. La impresión fue enviada al laboratorio para la fabricación de la estructura metálica.



**Figura 1. Radiografía pre-operativa**



**Figura 2. Colocación de los implantes**

El segundo día se verificó el ajuste de la estructura metálica en el paciente (ver Fig. 3). El marco de metal fue enviado al laboratorio para la fabricación de una prótesis híbrida de metal-resina. Consecuentemente, al tercer día, el sitio quirúrgico se irrigó con solución de Betadine. Se quitaron las suturas. Se cementó la prótesis híbrida sobre los implantes después de acceder a la oclusión, retención y resistencia (ver Fig. 4 y 5).

La oclusión se limitó a un polígono de soporte con las superficies de oclusión en el lado mesial del primer molar y el primer y segundo premolar. El paciente quedó satisfecho con la estética y la función masticatoria restaurada (ver Fig. 6 y 7). Después de un año se cambió la restauración de metal-resina por otra permanente de metal-cerámica. Todos los implantes fueron firmes. La cita preliminar de los tres años mostró una buena curación.



**Figure 3. Prueba de la estructura metálica**



**Figure 4. Radiografía post-operativa**



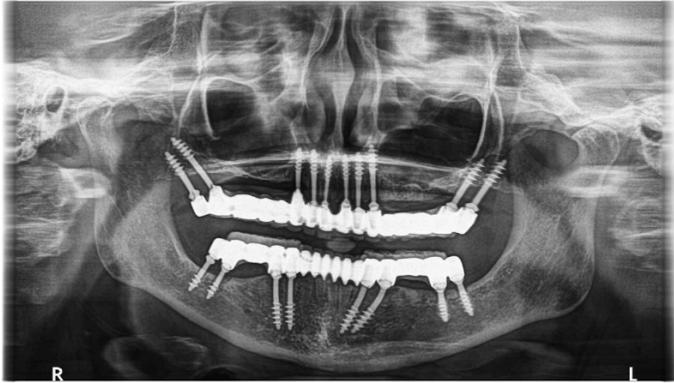
**Figure 5. Control intraoral Pre y Post-operativo**



**Figura 6. Después de un año, se retiraron todas las prótesis y los implantes estaban firmes.**



**Figura 7. Vista intraoral postoperatoria con la nueva prótesis de metal-cerámica fabricada**



**Figura 8. Radiografía Post-operativa (a los 3 años)**



**Figura 9. Vista extraoral post-operativa**

## DISCUSION

El tratamiento con implantes para pacientes que padecen SLE no está adecuadamente documentado en la literatura, lo que a menudo puede conducir a un mal tratamiento de los pacientes [10]. En este documento se ha presentado la instalación sin complicaciones de implantes dentales corticobasales y la rehabilitación protésica exitosa de un paciente con SLE, y se señalaron consideraciones específicas con las que un dentista debería estar familiarizado al tratar a dichos pacientes. La patogénesis del SLE incluye deposición de complejos de anticuerpos autoinmunes en el tejido conectivo de varios órganos con una respuesta inmune posterior. El 90% de las mujeres se encuentran entre las más afectadas en el SLE. La presencia de SLE puede afectar las estructuras orofaciales y funciones de varias maneras.

Las principales quejas incluyen xerostomía, ardor y hormigueo de la mucosa oral y lesiones dolorosas de la mucosa. En el caso presentado, se confirmaron lesiones bilaterales y dolorosas típicas de la mucosa localizadas en la mucosa bucal, con síntomas de xerostomía y dolor de boca, así como la presencia de prótesis móviles insatisfactorias. Además, la disminución del flujo salival puede conducir a la enfermedad periodontal en pacientes con SLE. Mutlu y col. (1993) informaron que los pacientes con SLE tienen profundidades de sondaje periodontal significativamente más bajas en comparación con los controles sanos. También destacaron que los medicamentos sistémicos utilizados en el SLE, como los corticoesteroides y los antiinflamatorios no esteroideos, pueden explicar esta situación. Debido a los problemas periodontales en curso, se retiraron las dentaduras postizas parciales fijas del paciente y se hicieron coronas provisionales durante el tratamiento periodontal y el proceso de curación. Keller y col. (2004) ha informado previamente que el uso a largo plazo de corticosteroides puede provocar osteoporosis que eventualmente puede producir efectos negativos en los implantes dentales osteointegrados. Por otro lado, (Fujimoto et al., 1996 y 1998) enfatizaron que el uso a largo plazo de corticosteroides no afecta los implantes dentales osteointegrados, debido al hecho de que la osteoporosis solo tiene un efecto negativo menor en las mandíbulas en comparación con otros huesos. En nuestro estudio, no se observó una pérdida ósea notable alrededor de los implantes en el paciente durante el seguimiento de 36 meses. Además, los pacientes que reciben esteroides suelen ser osteoporóticos. Es una tarea desalentadora rehabilitar a estos pacientes utilizando la terapia con implantes convencionales. Los implantes convencionales terminarán en una disminución de la estabilidad primaria de los implantes ya que la densidad mineral ósea se reduce significativamente en la osteoporosis. En la terapia con implantes basales, los implantes están anclados en el hueso corticobasal que no es propenso a la reabsorción. El hueso cortical basal está libre de reabsorción, ya que están más mineralizados debido a la fijación muscular. La terapia con implantes basales no requiere ningún procedimiento de aumento, como injertos óseos o elevaciones de seno, ya que los implantes basales obtienen anclaje del hueso corticobasal

## CONCLUSION

El paciente fue rehabilitado con una prótesis fija soportada por dieciocho implantes dentales estratégicos / basales. No se observaron complicaciones durante los tratamientos dentales o los seguimientos. En vista de este informe de caso y una revisión de la literatura pertinente, recomendamos que el odontólogo considere los implantes dentales basales como el enfoque preferido en la rehabilitación oral de pacientes con SLE (véanse las figuras 8 y 9). Este informe de caso también presenta una opción de tratamiento viable para pacientes con osteoporosis para rehabilitación protésica con implantes basales.

**Fuentes de financiación: Ninguna**

## BIBLIOGRAFIA

- Wang Y, Zhao R, Gu C, et al. 2019. The impact of systemic lupus erythematosus on health-related quality of life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, health & medicine*, 1-14.
- Bardare M, De Vio M, Giani M, Cohen E. 1990. [Systemic lupus erythematosus in childhood: review of the literature and personal observations on 32 cases]. *La Pediatriamedica e chirurgica: Medical and surgical pediatrics*, 12(6):577-586.

- Gurevitz SL, Snyder JA, Wessel EK, Frey J, Williamson BA. 2013. Systemic lupus erythematosus: a review of the disease and treatment options. *The Consultant pharmacist : the Journal of the American Society of Consultant Pharmacists*, 28(2):110-121.
- Correa JD, Branco LGA, Calderaro DC, *et al.* 2018. Impact of systemic lupus erythematosus on oral health-related quality of life. *Lupus*, 27(2):283-289.
- Jensen JL, Bergem HO, Gilboe IM, Husby G, Axell T. 1999. Oral and ocular sicca symptoms and findings are prevalent in systemic lupus erythematosus. *Journal of oral pathology & medicine: official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology*, 28(7):317-322.
- Ihde S, Kopp S, Maier T. 2009. Comparison of implant survival with implants placed in acceptable and compromised bone: a literature review. *Journal of maxillofacial and oral surgery*, 8(1):1-7.
- Goldmann T, Ihde S, Kuzelka J, Himmlova L. 2008. Bendable vs. angulated dental implants: consideration of elastic and plastic material properties based on experimental implant material data and FEA. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia*, 152(2):309-316.
- Ihde S, Goldmann T, Himmlova L, Aleksic Z. 2008. The use of finite element analysis to model bone-implant contact with basal implants. *Oral surgery, Oral Medicine, oral pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 106(1):39-48.
- Ihde S, Ihde A. 2018. Considerations Regarding Dental Implant Surfaces, Bone Reaction and "Peri-implantitis". *Annals of Maxillofacial Surgery*, 8(2):365-368.
- Ergun S, Katz J, Cifter ED, Koray M, Esen BA, Tanyeri H. 2010. Implant-supported oral rehabilitation of a patient with systemic lupus erythematosus: case report and review of the literature. *Quintessence International*, 41(10):863-867.
- Mutlu S, Richards A, Maddison P, Scully C. 1993. Gingival and periodontal health in systemic lupus erythematosus. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21(3):158-161.
- Keller JC, Stewart M, Roehm M, Schneider GB. 2004. Osteoporosis-like bone conditions affect osseointegration of implants. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 19(5):687-694.
- Fujimoto T, Niimi A, Sawai T, Ueda M. 1998. Effects of steroid-induced osteoporosis on osseointegration of titanium implants. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 13(2):183-189.
- Fujimoto T, Niimi A, Nakai H, Ueda M. 1996. Osseointegrated implants in a patient with osteoporosis: a case report. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 11(4):539-542.