PDF 1. Cenni di terapie della parodontite.

Senza addentrarci nei dettagli, **accenniamo ad alcuni concetti che possono essere interessanti per il paziente.**

A prevenzione PDF 7, PDF 7 bis, abbiamo visto come **al completamento della Prima visita oppure della Visita parodontale, esaminate tutte le radiografie, e i modelli in gesso di studio, la prima cosa da decidere è:**

quali denti sono assolutamente non curabili e vanno estratti, e quali sono salvabili.

Ricordiamo che **le cause della estrazione di un dente sono essenzialmente solo due (escludiamo il granuloma che tutt'ora da molti erroneamente viene considerato causa di estrazione, vedi a Terapie : Devitalizzazioni / Endodonzia PDF 1 bis):**

- parodontite avanzatissima, con gravissima perdita di supporto osseo, non trattabile e

- la frattura intraossea profonda della radice del dente.

A questo punto, estratti i denti irrecuperabili e individuati i denti curabili, si procederà:

- con una due o tre sedute di profilassi (igiene orale vedi Prevenzione PDF 9. IOMPP) che sarà risolutiva per i denti con semplice gengivite, e poi in ordine:

- con la cura delle carie penetranti, dei granulomi, delle cisti,

- con la terapia ricostruttiva dei denti non più integri,

- l'allestimento di una Terapia/ Protesi funzionale ed Estetica Provvisoria, perché il paziente deve essere socialmente e funzionalmente in ordine in attesa della fine di terapie, talora richiedenti anche mesi/anni nei casi più gravi.

a questo punto si inizia con la Terapia della Parodontite.

Scopo della Terapia della Parodontite:

eliminare tutti i batteri supportati dal tartaro dalle tasche sopra ed infraossee, e quindi eliminare l'infiammazione, permettendo se possibile la riformazione del legamento parodontale e di nuovo osso e conseguentemente una maggiore stabilità del dente più o meno mobile a seconda della profondità delle tasche, o quanto meno arrestandone la progressione.

Questo viene ottenuto riducendo le tasche parodontali profonde 4,5, 6 fino a 12 millimetri talora, fino a riportarle alla profondità di soli 3 millimetri (profondità di sondaggio del solco parodontale normale).

Tre sono fondamentalmente gli approcci:

1) il primo basilare, la "Terapia Causale", spesso risolutiva, che consiste nella detartrasi e levigatura della superficie radicolare fino nella profondità della tasca infraossea, (in inglese SRP**, Scaling e Root Planning**), chiaramente sotto **anestesia locale**, **efficace nella maggior parte dei casi di leggera / media gravità.**
L'uso di collutori a base di clorexidina 0,12% (vedi Prevenzione PDF 10 **IOC) e la Igiene Orale Meccanica Quotidiana detersione della lingua inclusa** (vedi Prevenzione PDF 8 **IOMQ) integrano fondamentalmente la terapia.**

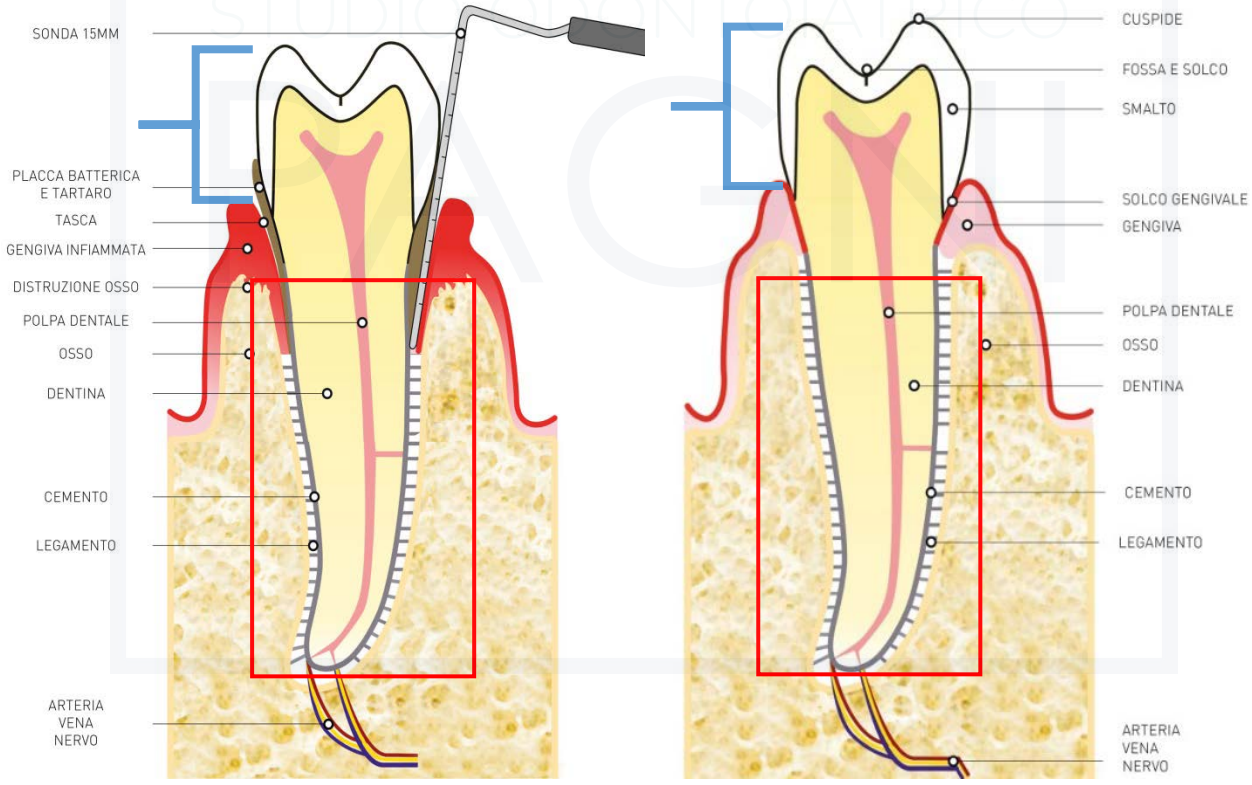
2) se necessario, si potrà procedere con la rigenerazione del tessuto osseo andato distrutto , mediante la chirurgia ossea rigenerativa (con uso di **membrane interposte fra il lembo gengivale e la superficie radicolare risanata per consentire al tessuto osseo di riformarsi, risalendo dal basso della tasca).**
Questa terapia rigenerativa è **molto valida solo nel caso di pochi denti affetti da parodontite media/avanzata.**

3) nei casi più complessi di tasche generalizzate a tutta la dentatura e molto profonde, con esigenze protesiche, si procede con la **chirurgia ossea resettiva.**

Esaminiamo queste terapie.

1) Tasche di piccola/ media profondità:

La Terapia causale è di solito efficientissima, e la corona clinica (la **lunghezza visibile del dente** cioè) resterà **quasi identica alla anatomica, (ma talora di poco più lunga) e quindi l'estetica sarà pressoché mantenuta,** (vedi Prevenzione PDF 2, Anatomia del dente),



Sopra.

L'altezza della gengiva prima e dopo la terapia è quasi uguale, e la corona clinica è quasi uguale a quella anatomica (parentesi

blu),(vedi PDF2: Anatomia dei denti) perché l'altezza **dell'osso, che supporta la gengiva, prima e dopo la terapia è quasi uguale, (vedi rettangoli rossi)**, infatti il **supporto osseo grazie alla terapia si è rigeneratofino ai livelli iniziali, non c'è più la tasca** infraossea e il dente **è stabile** e salvo.

Nei casi più avanzati (tasche molto profonde e larghe, mobilità ampia), abbiamo **due possibilità**:

2) la chirurgia ossea rigenerativa con membrane,

se abbiamo a che fare con **alcune tasche angolari** (cioè che non circondano tutto il dente) **di pochi denti** (per esempio uno o due molari, canini premolari, incisivi, avremo **ottime probabilità di successo come rigenerazione ossea ed estetica, ed il risultato sarà quasi simile agli schemi soprastanti anche in casi avanzati, seppur con un aumento accettabile della corona clinica .**

oppure

3) la chirurgia ossea resettiva.

Se la profondità delle tasche è grande, quasi generalizzata su praticamente tutti i denti sarà impossibile rigenerare l'osso su tutti i denti.

In questi casi, nei quali si associa quasi sempre grande mobilità dei denti, previa solidarizzazione provvisoria dei denti mobili, **per eliminare le tasche occorrerà rimodellare l'osso, eliminando la parete ossea**

della tasca e quindi appiattendo l'osso al livello dell'osso sano, al livello inferiore della tasca.

In questi casi con un **intervento a lembo** :

- **la gengiva verrà abbassata di vari millimetri e ricostruita al livello del tessuto osseo residuo sano (ricordiamo che la gengiva non deve sormontare l'osso di più di 3 millimetri, cioè costituendo un solco gengivale sano).**

Si **annulleranno le tasche eliminando il tessuto osseo malato, cioè l'osso parete della tasca (quadrato tratteggiato blu), che non da sostegno e quindi essendo inutile come supporto, la sua rimozione non incide sulla stabilità del dente.**

Quindi la corona clinica visibile sarà nettamente allungata, il dente sembrerà di un po' o molto più lungo di alcuni o vari millimetri.

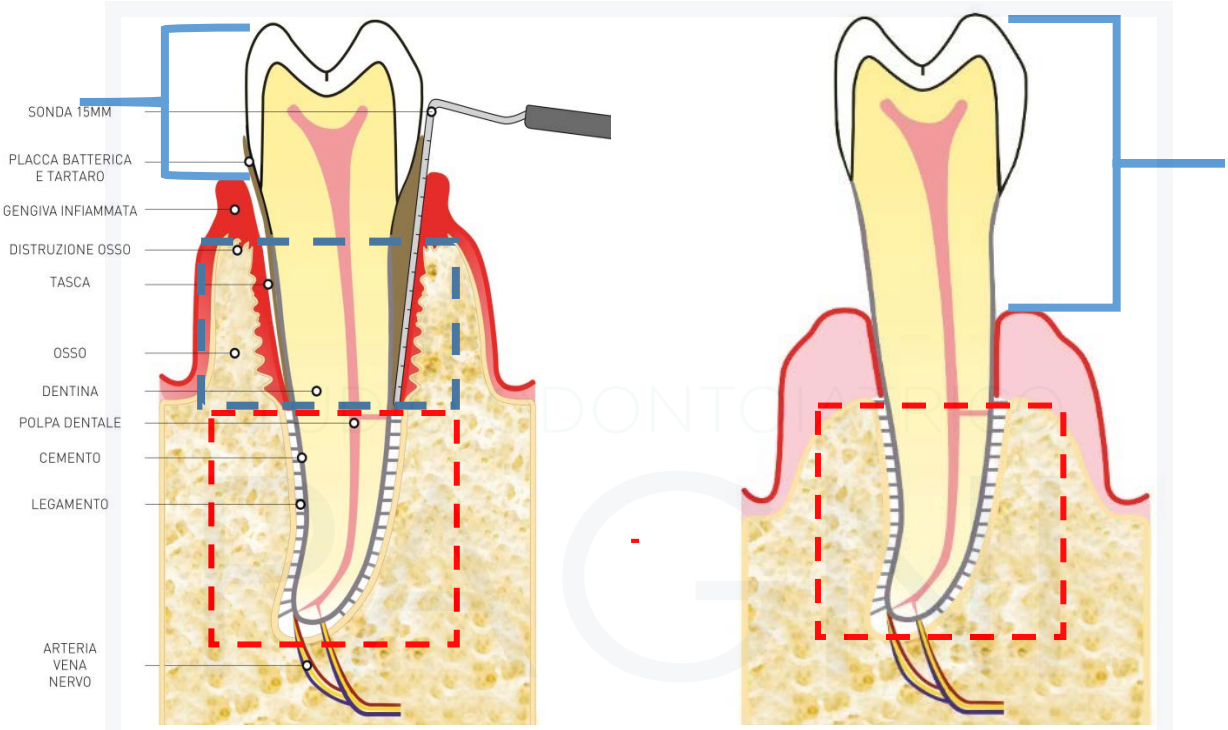
Nei casi di grande mobilità dei denti, e della estrazione di denti incurabili, andrà associata la solidarizzazione protesica provvisoria prechirurgica dei denti, dato che i denti malati, sorretti solo da 3 , 4, 6, 7 millimetri di osso sano residuo (nei casi più avanzati), necessitano di stabilità, sia per il paziente per potere masticare, sia per il processo di guarigione.

Alla fine della terapia tutti i denti verranno protesizzati definitivamente e collegati da un blocco unico di metallo ceramica/o zirconio **ceramica (solidarizzazione protesica definitiva).**

Nella parodontite avanzata, l'osso cala di livello ma la gengiva alla prima visita permane spesso allo stesso livello o addirittura appare

risalita per la gengivite eventualmente associata.

Questa incongruenza, determina il fatto che la gengiva si stacca dal dente come pure l'osso per formare la **tasca parodontale gengivale e infraossea che si frappone fra il dente e un tessuto osseo inutile perché non dà supporto.**



A sinistra.

Si vede la profondità della tasca infraossea, col tartaro e la placca batterica adesi alla superficie della radice, che stanno distruggendo l'osso del parodonto profondo**, (l'effettivo sostegno del dente inizia solo dove l'osso è sano e attaccato alla radice (quadrato tratteggiato rosso), l'osso parete della tasca (quadrato tratteggiato blu), non dà sostegno e quindi la sua rimozione non incide sulla stabilità del dente.**

A destra.

L'altezza dell'osso e della gengiva, dopo la chirurgia sono diverse (vedi parentesi blu e rettangoli rossi) .

La corona clinica di conseguenza, (parentesi blu), è necessariamente, aumentata (allungata), e un sano solco gengivale di 3 millimetri viene ripristinato,

ma la quantità di osso sano di supporto è invariata, scarsa come prima, ma sana, perché è stata eliminata solo la porzione di osso non aderente al dente e quindi di nessun supporto.

Ora non c'è più la tasca, e quindi il tartaro non scenderà distruggendo ulteriormente il poco osso residuo che sarà stato salvato, e il sano solco gengivale ottenuto sarà ben pulibile e mantenibile:
la parodontite è stata curata e bloccata,
ma questi risultati ottenuti con costosi interventi chirurgici e protesici dovranno essere mantenuti!

Una volta eseguite le terapie programmate, nel corso degli anni le successive importantissime **rivalutazioni parodontali** serviranno a **monitorizzare l'efficacia delle terapie, la stabilizzazione, oppure le recidiva oppure addirittura l'aggravamento.**

In altre parole**, la terapia della parodontite non si esaurisce nella prima fase terapeutica, ma richiede la precisione nell'effettuare i controlli periodici programmati dall'odontoiatra parodontologo per tutta la vita!**

Il paziente non può delegare la guarigione all'Odontoiatra e all'Igienista, deve impegnarsi nell'esercitare le manovre di Igiene Orale Meccanica Quotidiana (vedi PDF 8)**: e Chimica** (vedi PDF 10) **e nel presentarsi allo studio alle scadenze programmate per le sedute di Igiene Orale Meccanica Periodica Prodessionale** (vedi PDF 9).

In mancanza di quanto sopra…….

le manovre di Prevenzione e le Terapie sono inutili, se non dannose.

Un caso di parodontite avanzata necessitante di estrazioni e chirurgia resettiva.

Il caso è del 1988, tutt'ora funzionante oggi nel **2018**, (il caso fu risolto senza l'aiuto che oggi darebbe l'implantologia, non gradita allora dal paziente, data l'esigenza di interventi di ricostruzione ossea).

In questo caso:

- inizialmente si procedette con **l'estrazione dei denti non recuperabili parodontalmente, e una prima fase di terapia causale (rimozione del tartaro)**

- contemporaneamente vennero confezionate **protesi provvisorie, sia per sostituire i denti estratti che per stabilizzare i residui, di modo che nei mesi di terapia parodontale il paziente potesse essere esteticamente presentabile e funzionalmente efficiente (potesse mangiare),**

- successivamente **si proseguì con il perfezionamento della Terapia causale dei denti affetti da parodontite, e il trattamento endodontico dei denti con problemi di carie granulomi etc. (vedi a Terapie Endodonzia),**

-laddove la Terapia causale, non era stata sufficiente, si procedette con **la Terapia parodontale chirurgica resettiva (l'unica che garantisse**

l'azzeramento delle tasche parodontali e che potesse consentire di eseguire tranquillamente una impegnativa protesi fissa, che supportata da denti sanissimi senza tasche parodontali potesse durare alcune decine di anni).

Perché i denti molari superiori sono più soggetti alla malattia parodontale e sono i primi ad essere estratti per la Parodontite?

La causa sta essenzialmente nella forma delle radici.

I canini e gli incisivi avendo radici rotondeggianti, senza nicchie sulle superfici sono più facilmente pulibili e quindi meno soggetti alla parodontite.

I **molari superiori invece** hanno tre o quattro radici inserite nell'osso, e fuoriuscendo dall'osso a livello gengivale, alla riunione delle 3 o 4 radici, **dette biforcazioni, presentano superfici concave, nicchie, nelle quali Placca e Tartaro si insinuano, essendo difficilissimamente rimossi da spazzolino, filo, curettes, punte vibranti degli apparecchi ad ultrasuoni etc,**
Anche i **molari inferiori** sono candidati alla Parodontite, però avendo in pratica solo due radici, hanno solo 2 biforcazioni, **come pure il primo premolare superiore,** che ha anche lui due radici, e quindi sono un po' meno colpiti da questa antipatica malattia!.

Conclusione.

Una bocca con tessuto osseo sano, **senza parodontite,**
pur essendo affetta da **tante carie,**
talora difficoltosamente curabili
è meglio di una bocca, con denti bianchi, non cariati, estetici, con un bel sorriso, ma affetti da **parodontite avanzata,** che distruggendo il supporto osseo può portare all' **ESTRAZIONE DI ALCUNI O DI TUTTI I DENTI SPESSO BELLISSIMI, e quindi obbligando alla dentiera o alla riabilitazione fissa su impianti.**

Importante.

L'implantologia, la sostituzione di denti mancanti con impianti endoossei cioè, deve essere eseguita solo quando la bocca sarà stata risanata dalla Parodontite.

I batteri delle tasche parodontali potrebbero procurare Perimplantite e perdita degli impianti!

STUDIO ODONTOIATRICO
PAGNI