









della tasca e quindi appiattendolo 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

Si ann

l'osso

sosteg

incide

Quind

sembr

Nei ca

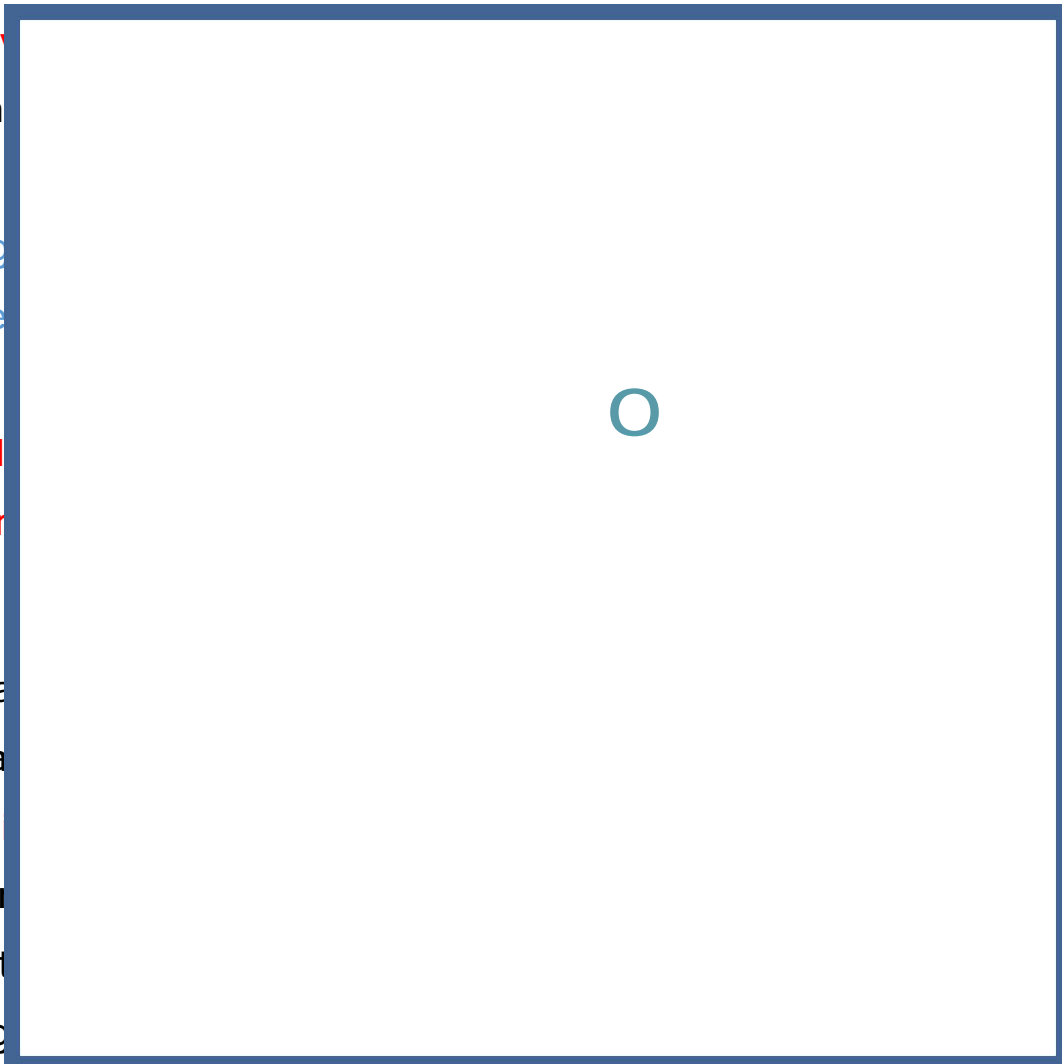
incura

prech

7 mill

stabilit

guarig

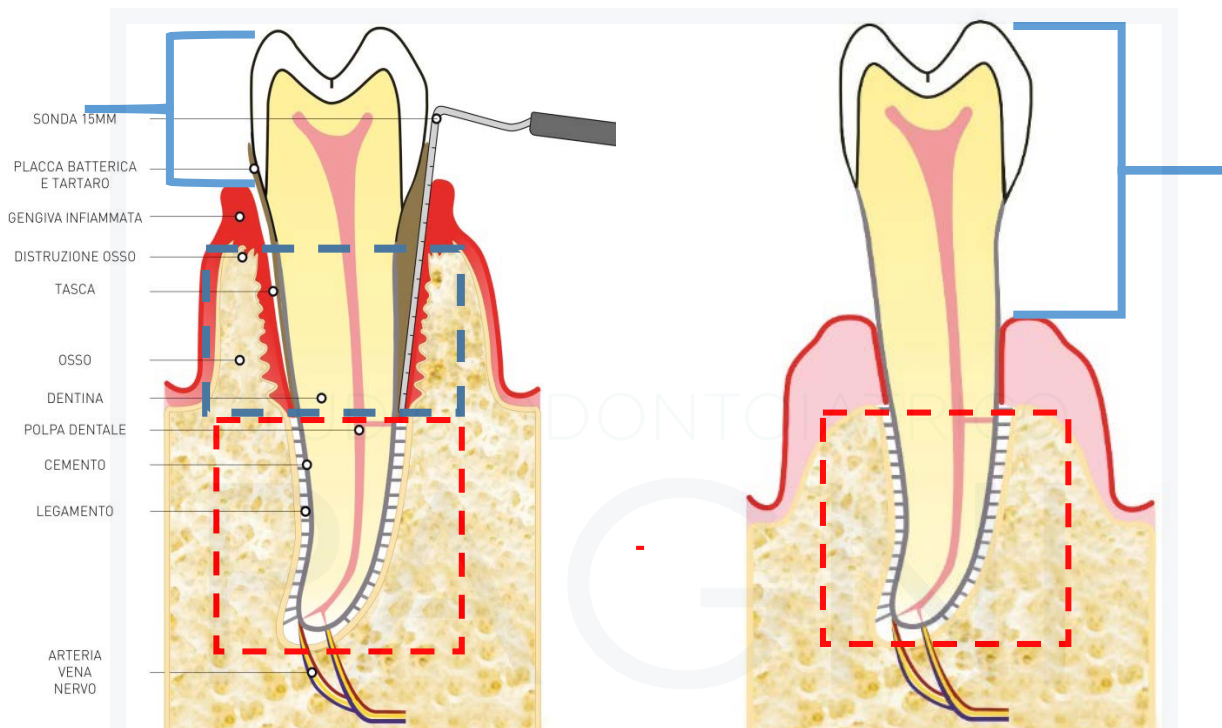


Alla fine della terapia tutti i denti verranno protesizzati definitivamente e collegati da un blocco unico di metallo ceramica/o zirconio ceramica (solidarizzazione protesica definitiva).

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 frapponne 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!**

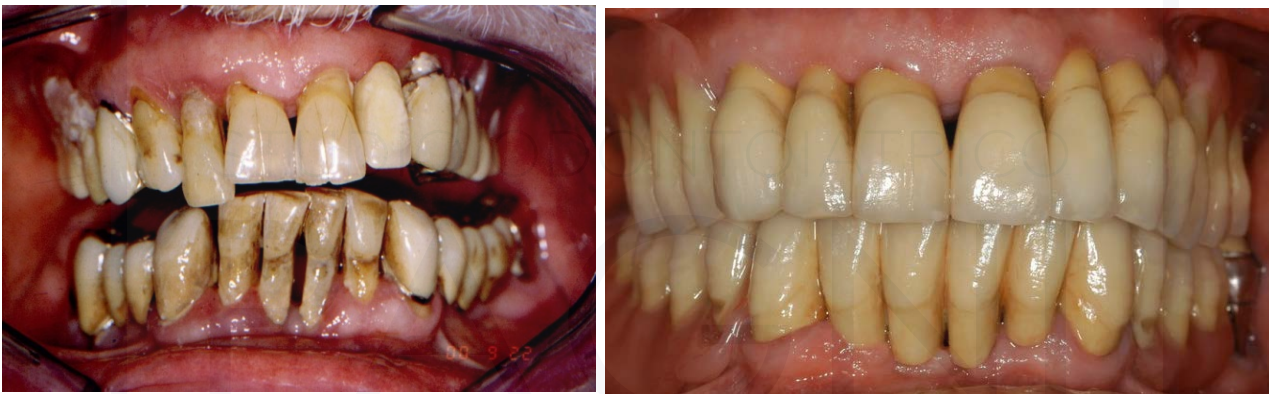
**Il paziente non può delegare la guarigione all'Odontoiatra e all'Igienista, deve impegnarsi nell'esercitare le manovre di Igiene Orale Meccanica Quotidiana (vedi PDF 8): e Chimica (vedi PDF 10) e nel presentarsi allo studio alle scadenze programmate per le sedute di Igiene Orale Meccanica Periodica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



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