

PDF6 a. La Gengivite.

La **placca batterica dentale**, causa non solo la **carie dei denti** (come abbiamo visto in PDF3), ma **assieme al tartaro** causa anche **le malattie infiammatorie parodontali che sono:**

1. La Gengivite che è l'infiammazione del tessuto gengivale (ovvero del parodonto superficiale) e

2. La Parodontite che è l'infiammazione del tessuto duro di sostegno del dente e cioè il tessuto osseo, il legamento dell'osso alla superficie della radice del dente, cioè al cemento radicolare (ovvero del parodonto profondo).

STUDIO ODONTOIATRICO

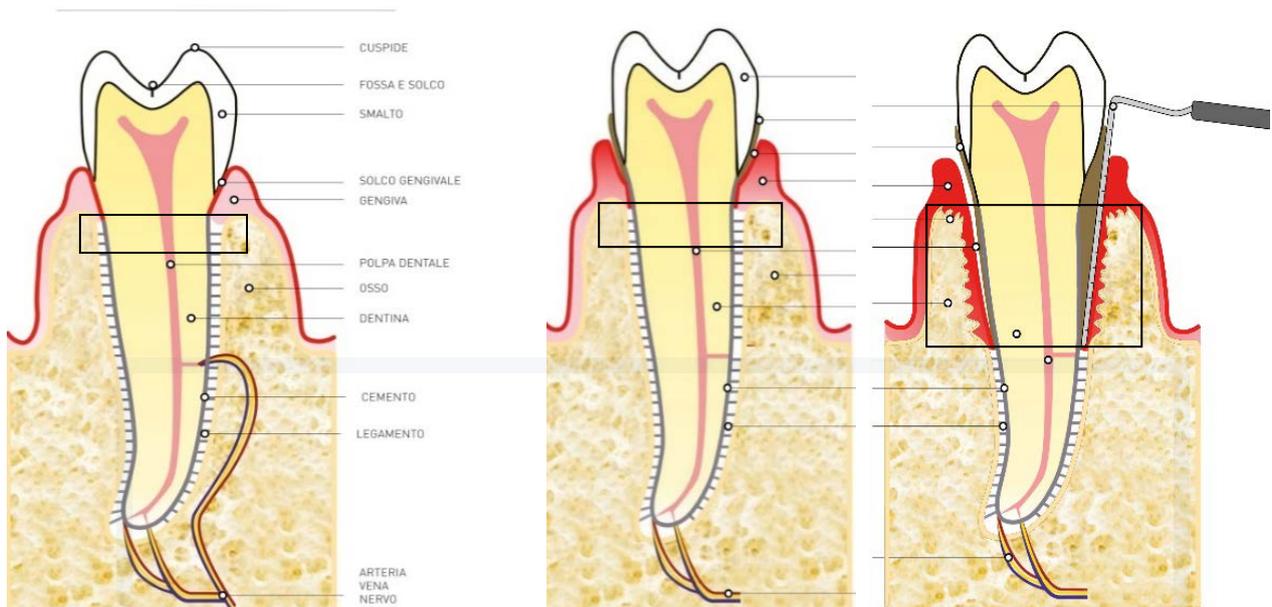
PAGNI

Parliamo della **Gengivite**

(nei successivi PDF 6b e 6c parleremo della parodontite).

La gengivite consiste nella infiammazione esclusivamente della **gengiva** (cioè del parodonto superficiale, vedi rettangolo nel disegno al centro qui sotto).

L'**attacco/sigillo della gengiva al dente** che costituisce una **barriera di protezione dell'osso sottostante** (vedi PDF2) dall'attacco dei batteri della placca batterica e del tartaro resta integro, **non si forma quindi la tasca infraossea come nella parodontite, e quindi nella gengivite non abbiamo distruzione ossea**, come vediamo nelle immagini sottostanti.



A sinistra. **Dente sano:** la gengiva è sana e l'osso è mantenuto integro essendo **l'attacco della gengiva al dente (che protegge l'osso) intatto** (vedi la porzione di osso sano evidenziata nel rettangolo nero)!

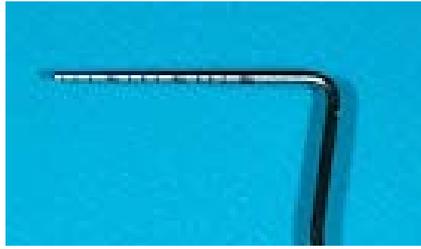
Al centro. **Dente con Gengivite:** la Placca Batterica Dentale e il Tartaro causano l'infiammazione della **gengiva che appare rossa e gonfia**. Non compromettono però l'attacco della gengiva al dente, che rimane integro, (vedi la porzione di osso evidenziata nel rettangolo), **l'osso sano sottostante non viene interessato**, e

non si forma la tasca parodontale nell'osso.

A destra. **Dente con parodontite:** la Placca Batterica Dentale e il Tartaro hanno compromesso **l'attacco della gengiva al dente, e scendono lungo la radice, formando la tasca parodontale, per cui il tessuto osseo non è più protetto e si riassorbe/distrugge** (vedi la porzione di osso evidenziata nel rettangolo grande).

La profondità della tasca parodontale, può essere misurata con la **sonda parodontale**.

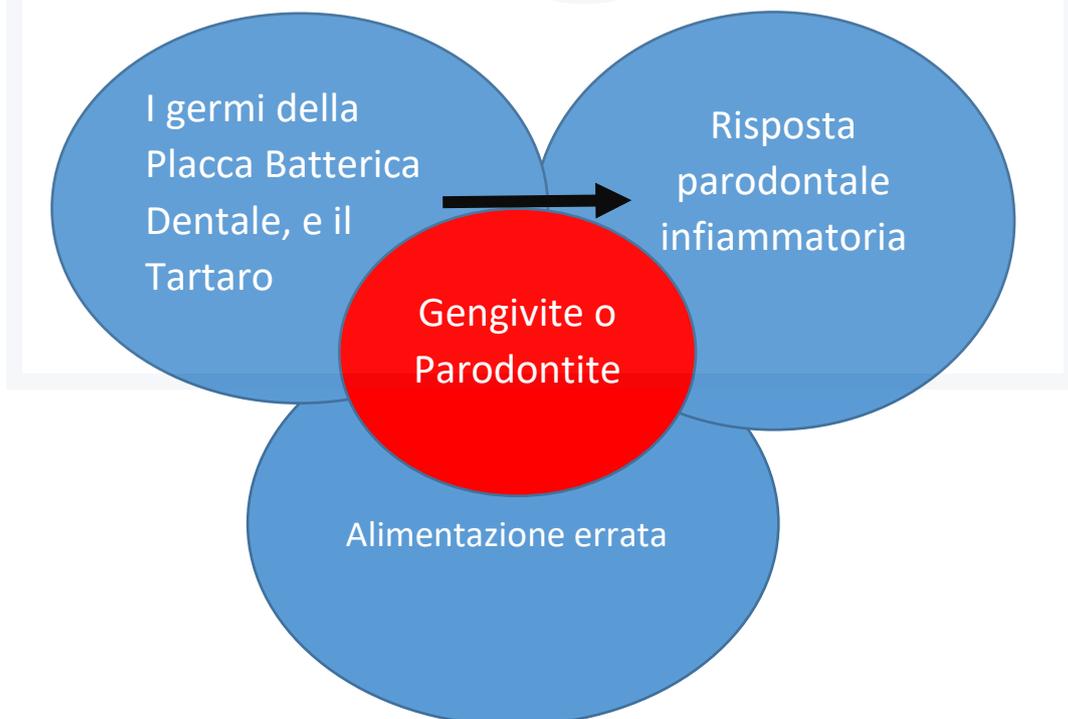
Si formerà un **nuovo attacco parodontale** vari millimetri più in basso a protezione dell'osso al disotto che resterà **sano solo al di sotto del nuovo attacco gengivale**.



Sopra: la sonda parodontale, inserita delicatamente sottogengivai può valutare se si tratta di **gengivite** (nel qual caso la sonda non scende l'attacco gengivale sano nella normale collocazione) oppure di **parodontite** (la sonda scende oltre dai 4 ai 15 millimetri nella tasca infraossea fino al nuovo attacco gengivale, dando la possibilità di valutarne l'entità, come vedremo nei prossimi PDF 16 b e c: la Parodontite).

Gengivite e Parodontite sono causate dalla concomitanza di 3 fattori:

- 1) la **Placca batterica dentale e il Tartaro**,
- 2) la conseguente **Reazione infiammatoria** del parodonto superficiale, **nella Gengivite**, e anche del parodonto profondo, **nella Parodontite**,
- 3) l'**Alimentazione errata**.



Altri fattori favorevoli la gengivite:

- la respirazione orale,
- il fumo,
- la gravidanza, la pubertà, la pillola anticoncezionale (variazioni dei normali livelli ormonali)
- il diabete, alcune malattie del sangue ed altre metaboliche,
- farmaci antidepressivi, antiepilettici in particolare,
- lo stress, in quanto indebolisce le difese immunitarie.

Talora, specie in **persone molto stressate o debilitate** si può sviluppare una forma di gengivite che può **arrivare a forme distruttive delle papille gengivali**, la **Gengivite Ulcero Necrotica**: in queste situazioni si possono associare febbre, ulcerazioni e alitosi.

Prevenzione della Gengivite (e della Parodontite).

A) praticare una corretta Igiene per la rimozione di Placca batterica e tartaro, e cioè:

1) praticare l'Igiene Orale Meccanica Quotidiana, (IOMQ), a casa e al lavoro, vedi PDF 8,

2) praticare l'Igiene Orale Meccanica Periodica (più o meno frequente a seconda della gravità) Professionale allo studio, (IOMPP), vedi PDF 9,

3) praticare l'Igiene Orale Chimica, (IOC), cioè sciacqui con collutorio a base di clorexidina, oppure con semplice miscelazione di acqua ossigenata al 10% e acqua normale in egual quantità, vedi a PDF 10.

B) moderare l'assunzione di zuccheri (vedi PDF4).

Le manovre sopra elencate peraltro sono efficaci solo se prima vengono **rimosse le cause locali**, che facilitano l'accumulo di placca batterica, e rendono impossibile una efficace rimozione di placca batterica e tartaro.

Infatti creando **sottosquadri e nicchie** dove l'igienista oppure il paziente con lo spazzolino non possono accedere, **placca e tartaro vi persistono**.

Sono quindi di importanza fondamentale:

- l'eliminazione delle **debordanze/eccedenze** di materiale aggiunto dal professionista quando si eseguono otturazioni oppure protesi fisse (capsule), correggendole oppure rifacendole,
- **eliminazione di carie e cavità**,
- **eliminazione dell'affollamento dentale**,
- **eliminazione dell'intasamento alimentare interdentale da mancanza di contatto tra i denti**.

La gengivite, eliminate le cause locali e generali e curando la dieta guarisce praticamente sempre.

Autodiagnosi della gengivite.

L'autodiagnosi è facile nelle forme importanti, meno in quelle lievi: le gengive appaiono **gonfie (facendo sembrare i denti più corti/tozzi in quanto essendosi rigonfiate lo ricoprono di alcuni millimetri)**, **arrossate, lucide, sanguinanti, spontaneamente o allo spazzolamento dei denti, vagamente dolenti, l'alito può essere pesante**, ma spesso il paziente non ne è cosciente.

Diagnosi della gengivite da parte dell'odontoiatra.

La diagnosi per l'odontoiatra e l'igienista è immediata nel corso della **Prima visita** (vedi Prevenzione PDF7). In due parole con l'ispezione (guardando semplicemente), effettuando il sondaggio con la sonda parodontale e leggendo le radiografie di screening di base, i sintomi sopraelencati sono evidenti per il professionista.



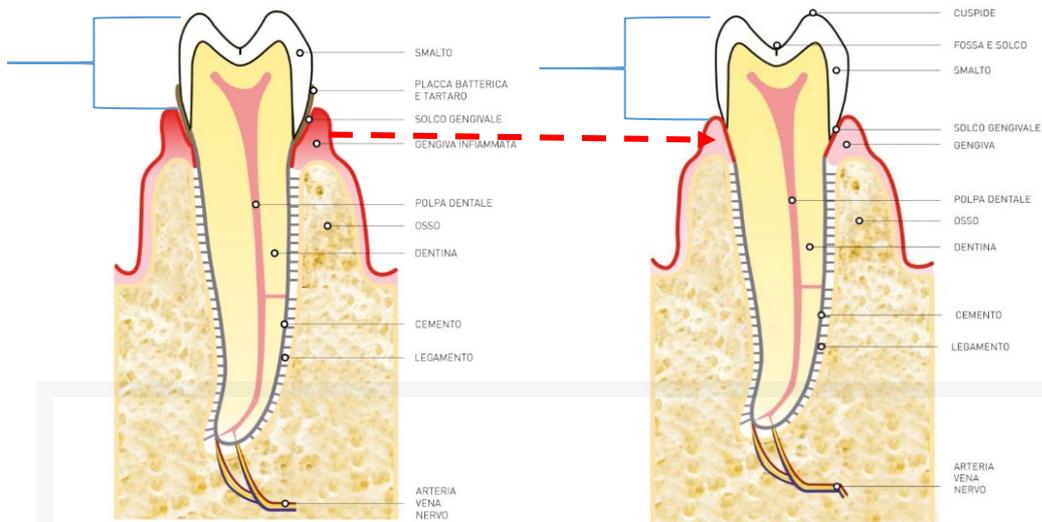
A sinistra, gengivite (le gengive sono **gonfie, tumide, lucide, di colore rosseggiante, sanguinanti con lo spazzolamento dentale**).

A destra, gengivite dopo due sedute di detartrasi allo studio (vedi PDF 9: IOMPP), e **adeguata igiene orale a casa e al lavoro**(vedi PDF 8: IOMQ), e **sciacqui con i collutori sopra elencati** (vedi PDF10 IOC).

Le gengive non sono più né gonfie né lucide, recuperano l'aspetto "a buccia di arancio", **non sanguinano allo spazzolamento**, recuperano un colore **rosa**, i denti recuperano l'estetica naturale ritornando alla loro lunghezza normale, lunghi e snelli), l'alito non è più pesante, il paziente ha la sensazione di maggiore freschezza e stabilità dei denti.

Quindi dopo due settimane, avendo rimosso il Tartaro e la Placca Batterica Dentale, l'infiammazione cessa e quindi avremo la guarigione completa della gengivite, ora controllabile dal sistema immunitario.

Infatti la **gengivite è in genere reversibile** (vedi PDF7: La prima visita).



A sinistra. Il tartaro e la placca batterica hanno causato la **gingivite**.
A destra. Il tartaro e la placca batterica sono stati rimossi, **la gengiva torna ai livelli normali e l'osso, che nella gengivite non è lesa, resta ai suoi livelli.**

La gengivite è la malattia della gengiva attorno al dente, la stessa infiammazione della gengiva attorno però ad una **protesi avvitata su un impianto di titanio** si denomina **muosite implantare**, che come nella gengivite è una infiammazione che **non lede l'osso.**

Qualora l'infiammazione interessasse anche l'osso attorno all'impianto, avremmo la **perimplantite** assimilabile alla parodontite del dente!