

PDF6 b. La Parodontite, cause e classificazioni.

La placca batterica dentale, causa non solo la **carie dei denti** (vedi PDF3), ma **assieme al tartaro** causa anche le malattie infiammatorie parodontali (del tessuto osseo e gengivale), e cioè: **la Gengivite (vedi PDF6 a) e la Parodontite.**

La parodontite, in passato chiamata "piorrea", consiste nella **infiammazione e successiva distruzione dell' osso, del legamento parodontale e del cemento** (cioè del parodonto profondo),

a causa della formazione della tasca parodontale infraossea.

Infatti **l'attacco della gengiva al dente**, lesa dalla infiammazione causata dai batteri/funghi etc. della placca batterica dentale/tartaro, **non esercita più la protezione dell'osso sottostante**, e migra in basso a proteggere la quantità di osso sano residuo.

Questo differenzialmente dalla Gengivite, nella quale l'attacco gengivale (protettivo dell'osso sottostante) non è lesa e non si hanno quindi tasche parodontali infraossee né quindi lesioni ossee.

Infatti **la placca batterica e il tartaro**, scendendo lungo la radice, formano **la tasca parodontale infraossea** dove esplicano la loro azione distruttiva dei tessuti duri di supporto,

indisturbati perché non raggiungibili dalle setole dello spazzolino da denti.

Cosa succede nella tasca parodontale infraossea.

L'accumulo di germi che vi si annidano, fermenta, producendo enzimi e tossine che causano una infiammazione più o meno grave a seconda della predisposizione del soggetto.

Quest'accumulo di microrganismi è assimilabile a quello che succede se dimentichiamo in cucina il sacchetto dell'umido= putrefazione.

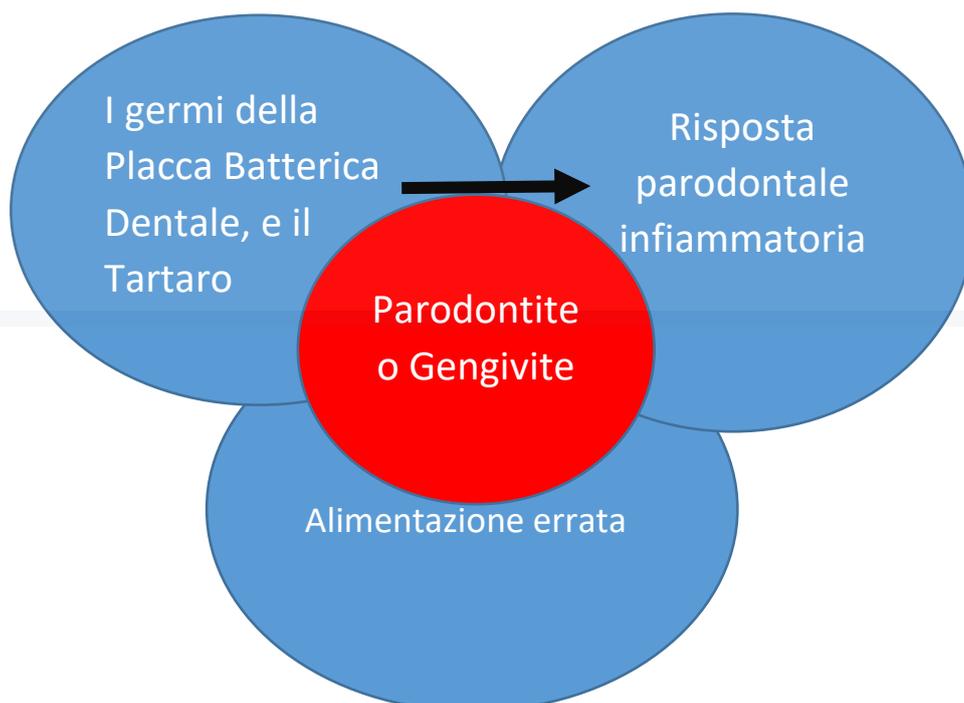
L'odore derivante dalla putrefazione delle tasche parodontali è assimilabile!

La Parodontite (come abbiamo visto anche per la **Gengivite** è causata dalla **concomitanza di 3 fattori:**

1) la **Placca batterica dentale e il Tartaro**,

2) la conseguente **Reazione infiammatoria** del parodonto profondo (nella Gengivite solo del parodonto superficiale),

3) l'**Alimentazione errata**.



Prevenzione della Parodontite (e della Gengivite).

Praticare una **corretta Igiene** per la rimozione di Placca batterica e Tartaro, e cioè:

- 1) praticare l'**Igiene Orale Meccanica Quotidiana**, (IOMQ), vedi PDF 8,
- 2) praticare l'**Igiene Orale Meccanica Periodica Professionale allo studio** (più o meno frequente a seconda della gravità), (IOMPP), vedi PDF 9,
- 3) praticare l'**Igiene Orale Chimica, (IOC)**, cioè sciacqui con collutorio a base di clorexidina, oppure con semplice mescolanza di acqua ossigenata al 10% e acqua normale in egual quantità, vedi a PDF 10.
- 4) **moderare l'assunzione di zuccheri** (vedi PDF4).

Le manovre sopra elencate sono efficaci solo però se facilitate dalla **rimozione delle cause locali**, (sottosquadri, eccedenze, nicchie) che **facilitano l'accumulo di placca batterica e tartaro, in posti dove ne é impossibile una efficace rimozione per l'igienista oppure per il paziente con lo spazzolino.**

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,
- l'affollamento dentale,
- l'intasamento alimentare interdentale da mancanza di contatto tra i denti,

La motivazione del paziente all'effettuazione di una corretta Igiene Orale Meccanica Quotidiana (IOMQ) a casa e al lavoro, e allo studio (IOMPP) è fondamentale!

Il paziente **non può delegare la guarigione all'Odontoiatra, ma deve impegnarsi** nell'esercitare ogni giorno le manovre di Igiene Orale Meccanica e chimica Quotidiana (vedi PDF 8 e 10) e presentarsi allo studio alle scadenze programmate delle sedute di Igiene Orale Meccanica Periodica Professionale (vedi PDF 9).

Quanti tipi di parodontite esistono?

Esistono varie classificazione di parodontite (nella più recente vi si comprende anche la **Perimplantite**, la malattia che distrugge l'osso attorno agli impianti di titanio).

Per semplificare, **distinguiamo:**

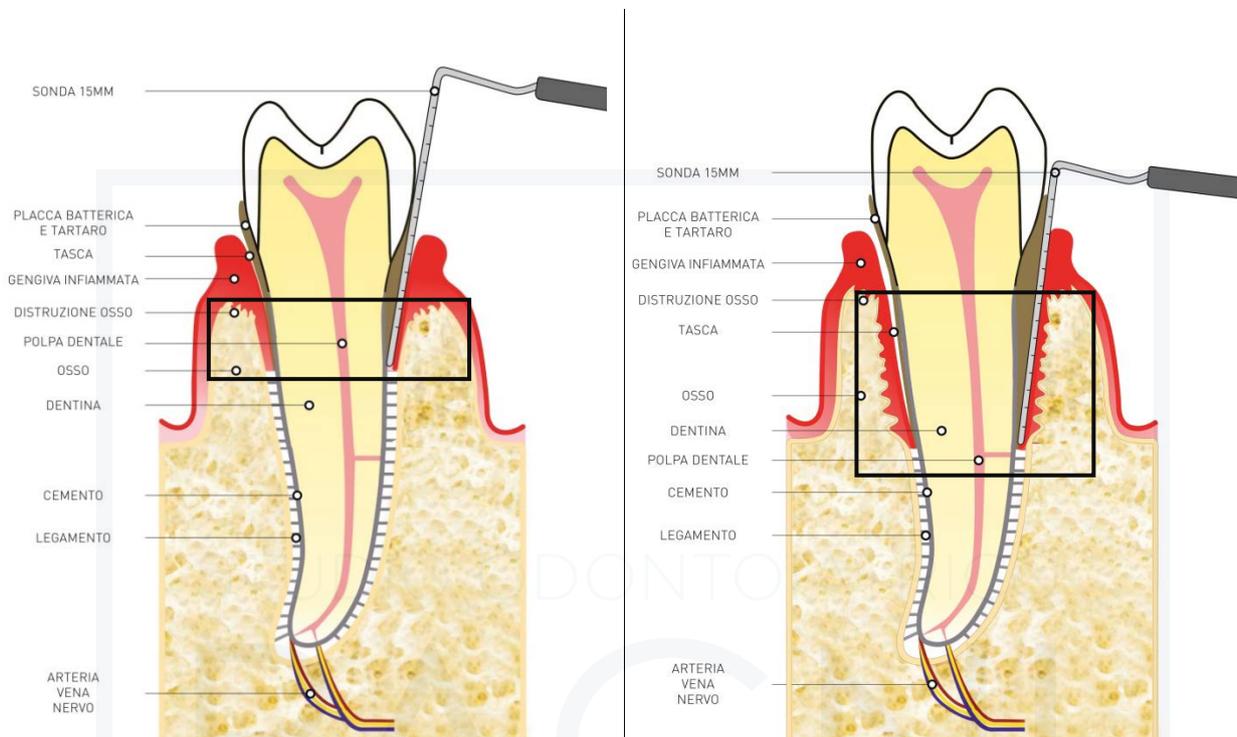
la parodontite cronica, che distingueremo in

(a), iniziale

(b) moderata e

(c) avanzata

la parodontite aggressiva e la parodontite ulcero necrotica



A sinistra. Parodontite iniziale (a):

si è verificata una modesta distruzione ossea, di alcuni millimetri a lato della tasca infraossea (vedi la porzione di osso nel rettangolo).

Infatti **l'attacco della gengiva al dente è stato lesa ed è migrato a proteggere l'osso sano residuo.** La sonda millimetrata indica 5 millimetri di profondità della tasca parodontale infraossea.

A destra. Parodontite moderata (b):

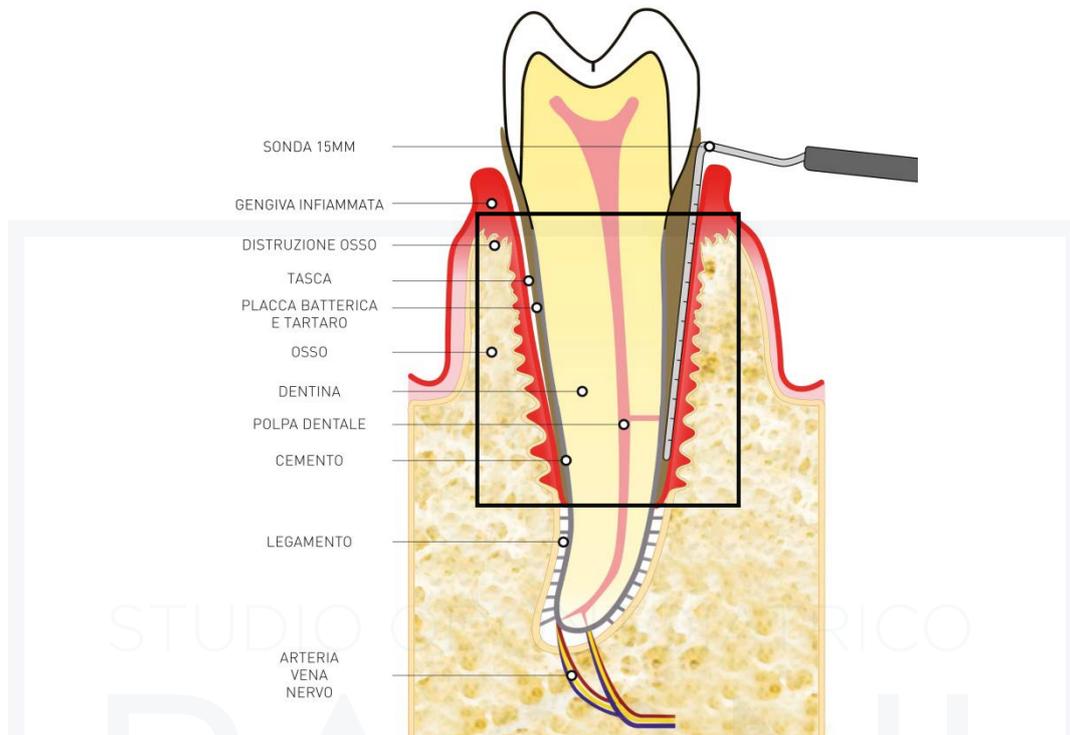
la distruzione ossea ora è più grave a lato della tasca infraossea (vedi la porzione di osso nel rettangolo più grande). Infatti **l'attacco della gengiva al dente è stato lesa ed è migrato a proteggere l'osso residuo sano.**

La sonda millimetrata indica 8 millimetri di profondità della tasca parodontale.

Ambedue le forme sono **trattabili** da mani esperte come vedremo avanti, mediante:

- detartrasi/levigatura della radice sottogengivale con anestesia,

- chirurgia di rigenerazione ossea,



Sopra. **Parodontite avanzata (c).**

La **distruzione ossea** a lato della tasca infraossea è **molto grave**, (vedi la porzione di osso **nel rettangolo nero**).

Infatti **l'attacco della gengiva al dente è stato lesa ed è migrato a proteggere il pochissimo osso residuo sano (lasciando il dente sostenuto da solo 2 o 3 millimetri di osso, e quindi non sarà stabile).**

La sonda millimetrata indica **12 e più millimetri di profondità**.

Curabile? In mani molto esperte, e in condizioni non del tutto sfavorevoli mediante:

- detartrasi/levigatura della radice sottogengivale con anestesia,
- chirurgia di rigenerazione ossea?
- chirurgia resettiva?
- stabilizzando i denti.

oppure estrazione del dente?

Due tipi particolari di Parodontite.

Parodontite aggressiva (d)

La parodontite aggressiva è per fortuna una forma **rara**, ed è caratterizzata dalla rapida evoluzione. Ne esistono due varianti:

- **localizzata** ai primi molari e agli incisivi, (verso i 12 /14 anni)
- **generalizzata**, più grave, interessa pazienti sia giovani che anziani.

Ambedue hanno una predisposizione genetica, che si evidenzia anche per il fatto che **la gravità di questa parodontite non corrisponde alla quantità di tartaro e placca batterica presenti** (non è tanto colpa del paziente che non pratica l'Igiene orale correttamente cioè!).

Pazienti in condizioni igieniche pessime, non presentano spesso una parodontite così grave!!

Parodontite ulcero-necrotica (e)

Abbiamo visto parlando della **Gengivite**, che esiste una **forma ulcero necrotica a decorso acuto**.

Una forma ancora più grave con le stesse cause interessa anche il parodonto profondo, e viene appunto denominata **Parodontite ulcero necrotica**.

La distruzione necrotizzante oltre alle papille gengivali, interessa anche l'osso alveolare.

Come la gengivite ulcero necrotica interessa **giovani (20-25 anni)**. Dolore, con facilità di sanguinamento, talvolta spontaneo, anche febbre, malessere generale e gonfiore dei linfonodi si possono associare.

L'igiene orale è quasi impossibile, per il dolore derivante dallo spazzolamento.

Malnutrizione, fumo, stress, **depressione**, scarsa igiene orale, sono predisponenti a queste situazioni.

Come si sviluppa la Parodontite.

Abbiamo visto a PDF 3: La Placca Batterica Dentale (PBD per semplificare), sopragengivale, **dal settimo giorno** successivo alla

effettuazione della seduta periodica di Igiene Professionale, in mancanza di una diligente Igiene Orale Meccanica Quotidiana, inizia a riformarsi e a scendere nel solco gengivale (normalmente profondo 2/3 millimetri), e dà luogo alla formazione della Placca Batterica sottogengivale e successivamente del Tartaro sottogengivale, cioè la **gengivite**.

Come abbiamo visto nelle immagini precedenti, in presenza di **batteri particolarmente aggressivi** e anche di fattori predisponenti, la placca sottogengivale assieme al tartaro che la supporta, non si limita a creare la gengivite, ma **distruggendo l'attacco/sigillo gengivale al dente** (non più in grado di esercitare la sua azione protettiva), si approfondisce scendendo lungo la radice a livello osseo.

L'infiammazione e il riassorbimento dei tessuti del parodonto profondo (l'osso, il legamento parodontale e il cemento) che sono i tessuti di sostegno del dente determinano la **formazione della tasca parodontale infraossea** (che può variare dai 4 ai 15 millimetri fino alla completa distruzione del supporto osseo e perdita del dente "piorrea espulsiva" come dicevano i nostri nonni).

Fattori favorenti:

Nel paziente geneticamente predisposto, (il 45 % della popolazione per le forme medie e un altro 10 % per le forme gravi) in presenza di **germi particolarmente patogeni, specifici**, si sviluppa un'infiammazione del tessuto, talora "alterata" e "aggressiva" nelle forme gravi.

I fattori genetici implicati sono circa 20, e anche **fattori epigenetici** possono essere implicati.

Questi sono fattori che possono **modulare la malattia modificando** (metilazione ed alchilazione degli istoni) **le proteine in grado di attivare o reprimere i geni del DNA**, implicati nel causare la malattia, senza alterarli.

Si tratta di fattori ambientali come, fumo, alcool, dieta, stress, abitudini di vita scorrette, variazioni ormonali (pubertà / gravidanza / menopausa / pillola contraccettiva) scarsa igiene orale, **familiarità** per

la malattia parodontale, condizioni e patologie sistemiche, farmaci, diabete. Anche i fattori epigenetici sono probabilmente ereditabili.

La **placca batterica sopragengivale**, costituita da batteri aerobi Gram+, implicata nella **gengivite e nelle carie**, differisce dalla **placca sottogengivale delle tasche infraossee** costituita da batteri Gram negativi, anaerobi facoltativi/obbligatori, (nella profondità delle tasche parodontali non arriva l'aria), come Veillonella, Aggregibacter actinomycetemcomitans, Eikenella corrodens, **Porfiromonas gengivalis**, Prevotella intermedia, Treponema denticola/ forsithia, **Fusobacterium nucleatum**, Klebsiella e vari tipi di funghi come Candida albicans, e virus come Herpes simplex, che favorirebbero la crescita dei vari microorganismi.

Li abbiamo elencati anche se al paziente non interessano i nomi, solo per significare che **la parodontite ha raggiunto livelli di studi altamente sofisticati per poter capire chi la causa e con quali meccanismi agisca e come combatterla e quindi:**

la prevenzione e la terapia sono motivate da specifiche conoscenze scientifiche, non vanno confuse con la banale "pulizia dei denti", come si legge nei cartelloni pubblicitari.

Un elemento importantissimo della terapia parodontale è **di impedire che i germi contenuti all'interno della tasca parodontale migrino per via sanguigna al resto dell'organismo procurando patologie al cuore, polmoni etc. Infatti vi sono interrelazioni fra parodontite e patologie sistemiche:**

- **diabete** (rischio di parodontite tre volte maggiore, e viceversa la cura della parodontite induce un miglior indice glicemico),
- **infezioni polmonari,**

- episodi cardiovascolari acuti,
- infezioni cardiache, di protesi valvolari cardiache,
- ortopediche,
- aterosclerosi
- parto prematuro
- Alzheimer?

Come?

- 1) disseminazione per via sanguigna dei batteri delle tasche parodontali infraossee profonde o spontaneamente o in seguito alla strumentazione ambulatoriale,
- 2) come contributo allo stato infiammatorio sistemico,
- 3) come stimolazione di una risposta autoimmunitaria.
- 4) inalazione per le patologie polmonari (polmonite degli anziani)

Le interrelazioni sono allo studio, sia come rapporto **causa/effetto, che effetto/causa, cioè bidirezionali**, e pertanto sono da considerare **altamente probabili**.

Queste interrelazioni sono molto favorite dall'associazione con la pratica del **fumo**.

Il fumo aumenta di 7 volte la probabilità di ammalarsi di parodontite. Per le altre cause della Parodontite vedi a Terapia: Parodontologia

Ascessi cerebrali conseguenti a strumentazione da tasche parodontali sono stati descritti.

Questo spiega perché nella strumentazione di tasche parodontali particolarmente **profonde**, e palesemente con infezione attiva, **una copertura antibiotica** è altamente raccomandata.

Collegamento con le patologie della polpa dentale.

I batteri della profondità delle tasche parodontali, possono infettare attraverso i canali laterali, **la polpa (nervo) del dente uccidendola**, vedi a Terapie. Le devitalizzazioni: **PDF 1**.

Connessioni tra parodontite e OSAS **Sindrome dell'apnea ostruttiva notturna, sono attualmente oggetto di studio** (vedi a Terapie. Il digrignamento: PDF 3).

