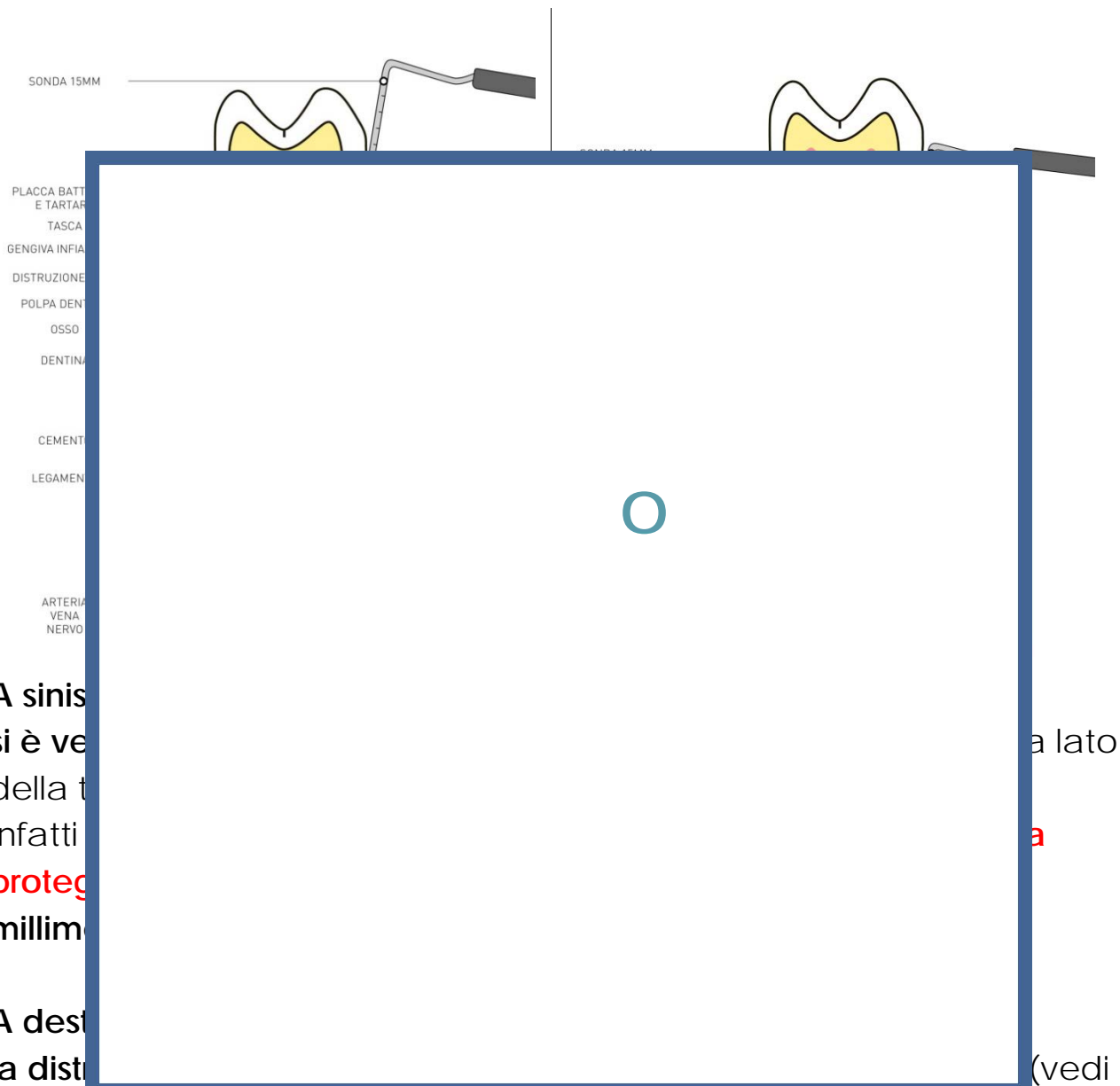


la parodontite aggressiva e la parodontite ulcero necrotica



A sinistra
si è ve
della t
Infatti
protegg
millim

a lato
a

A destra
la distr

(vedi

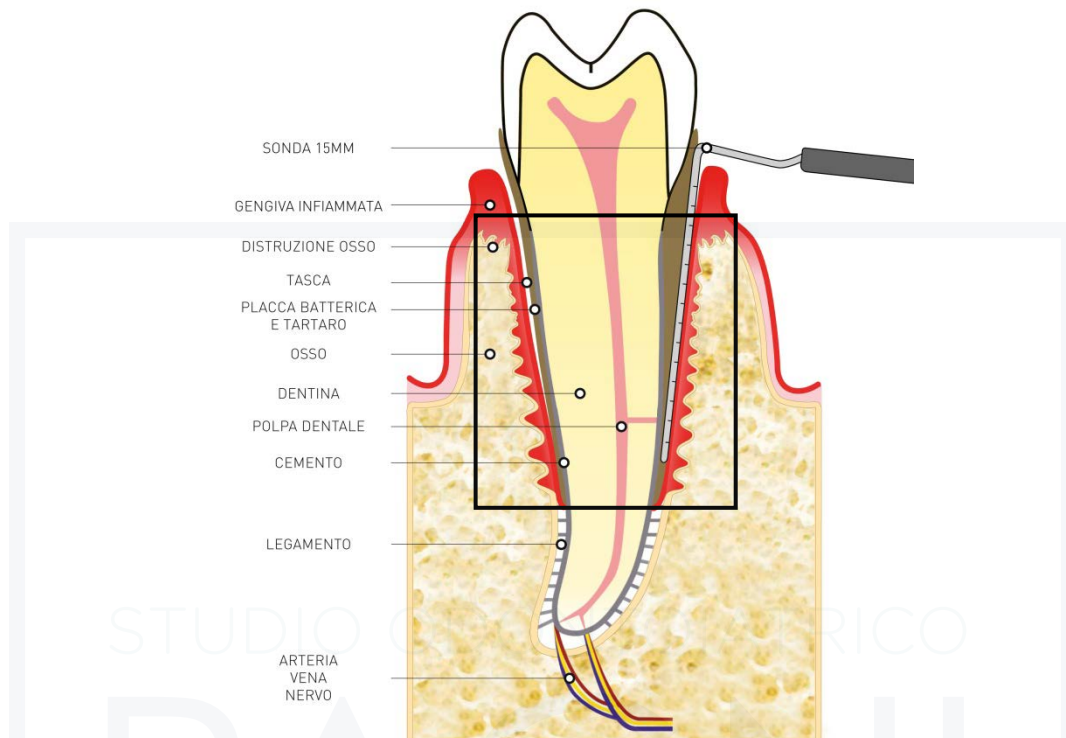
la porzione di osso nel rettangolo più grande). Infatti l'attacco della gengiva al dente è stato lesa ed è migrato a proteggere l'osso residuo sano.

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).

