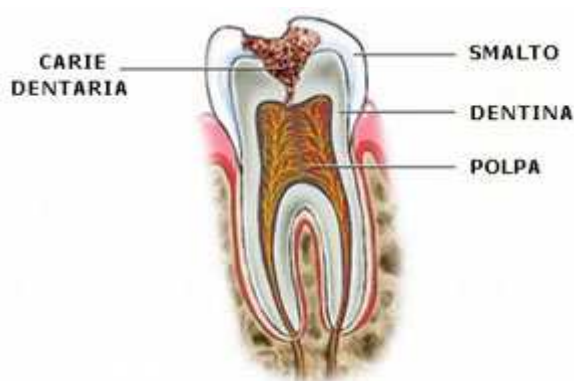


Denti: tipi di carie



La carie è una cavità dentaria che coinvolge più frequentemente la corona clinica del dente, della quale può interessare porzioni più o meno estese. Si forma da un iniziale processo di demineralizzazione, provocato dall'acidità della placca batterica, propagandosi dalla superficie in profondità.

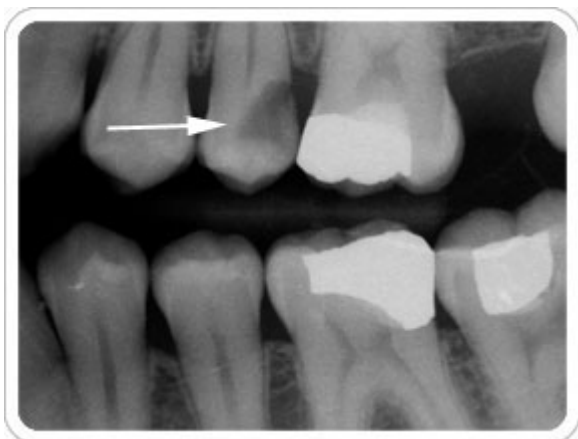
Inizia dallo smalto dentario, nelle aree dove la placca batterica ristagna più facilmente, generalmente i solchi occlusali

di molari e premolari, poi si porta alla dentina, fino ad arrivare, progredendo, a scoprire la camera interna del dente, dove è contenuto l'organo biologico da cui dipende, tra l'altro, la sensibilità agli stimoli: la polpa dentaria. E qui cominciano i dolori. La polpa scoperta si infetta, passando dall'infiammazione (pulpite) alla necrosi. L'essudato necrotico contenuto nel canale radicolare può fuoriuscire dal forame posto all'apice della radice dentale e infiltrare i tessuti che lo circondano, dando luogo a reazioni difensive infiammatorie acute (ascessi apicali) o croniche (granulomi apicali).

La carie dentale è ancora oggi tra le patologie infettive più diffuse nella popolazione mondiale ed in particolare è l'infezione cronica orale più comune in età pediatrica. Nelle nazioni europee industrializzate, i bambini con almeno un dente cariato sono il 68% tra gli 8 e 9 anni, l'85% tra i 13 e i 14 anni. L'Italia presenta valori inferiori a quelli descritti, con un 63% di soggetti affetti all'età di 12 anni. La prevalenza della carie negli Stati Uniti è di oltre il 40% all'età di 6 anni in dentizione decidua, di oltre l'85% all'età di 17 anni in dentizione permanente.

CARIE INTERDENTALI

Alcuni individui sono particolarmente soggetti allo sviluppo di carie tra i denti, le cosiddette carie interdentali. Si tratta di persone che effettuano un diligente spazzolamento dei denti, ma non usano il filo interdentale. Queste carie hanno la particolarità di progredire senza manifestarsi: negli stadi iniziali non sono evidenti clinicamente, formandosi in una zona del dente di difficile indagine. A mano a mano che procede la cavitazione lo smalto della superficie masticatoria, non più sostenuto dalla dentina sottostante, cede, mettendo in evidenza distruzioni della corona dentale anche notevoli. Le carie interdentali possono essere scoperte a seguito di un occasionale rx endorale, o perché il dente interessato si mostra dolente agli stimoli masticatori o termici, o perché il dentista si accorge di un cambiamento di colore dello smalto occlusale per trasparenza del processo carioso. Per prevenire la formazione delle carie interdentali è necessario, oltre che moderare il consumo di sostanze zuccherate, il passaggio del filo interdentale ogni sera.



Carie del secondo premolare superiore originatasi nella porzione di dente che guarda lo spazio interdentale (immagine rx di carie interdentale).

CARIE DEI DENTI DI LATTE

E' facile che la carie interessi i denti di latte ed è importante non trascurarla e intervenire nelle fasi iniziali di formazione. Anche nei bambini la carie può approfondirsi e interessare la polpa, provocando dolore, necrosi e ascessi. I denti di latte, oltre a garantire la masticazione fino alla permuta, hanno l'importante compito di mantenere lo spazio necessario all'emergenza dei denti di sostituzione. Qualora un dente di latte vada estratto prima del tempo, l'ortodontista deve decidere se è il caso di applicare un mantenitore di spazio, per salvaguardare la corretta permuta dentale.

PROFILASSI DELLA CARIE

La profilassi della carie si realizza attraverso vari interventi: rafforzando la struttura del dente, limitando l'assunzione di zuccheri raffinati ed effettuando una corretta igiene orale.

L'azione di rafforzamento dello smalto dentario si compie utilizzando il fluoro, un minerale che favorisce la formazione di uno smalto più resistente all'attacco acido della placca batterica e che, se assunto una volta che il dente si è formato, nella composizione dei dentifrici fluorati, lo protegge dalla placca batterica. Lo zucchero, invece, entra nel metabolismo dei batteri implicati nella formazione della carie, che assumendolo possono proliferare in grande quantità e eliminare sostanze acide che intaccano il dente.

L'igiene orale ben eseguita elimina dalla superficie dei denti la placca batterica, un agglomerato di batteri e residui di cibo, principale responsabile della carie. E' importante sottolineare che non esistono rimedi miracolosi per prevenire la carie, basta l'accortezza di non esagerare col consumo di zuccheri e pulire i denti con diligenza. Sono attualmente in commercio spazzolini elettrici che si sono dimostrati più efficaci dello spazzolamento manuale e che in più offrono stimoli motivazionali, emettendo segnali che indicano il corretto tempo di spazzolamento. Un consiglio per mantenere sempre al massimo l'efficacia di spazzolamento è quello di sostituire spesso la testina dello spazzolino elettrico o lo spazzolino stesso, non oltre il mese e mezzo di uso. Altra informazione importante è quella di spazzolare i denti per un tempo che varia tra i 2 e 3 minuti, altrimenti non viene eliminata tutta la placca batterica. Occorre anche distribuire il tempo di spazzolamento in modo uguale su tutte le superfici dentali,

anteriori e posteriori, esterne e interne. Sconfiggere la carie è solo questione di buona volontà e, a questo proposito non va dimenticato l'utilizzo del filo interdentale nel corso delle manovre d'igiene orale serali.

CARIE RADICOLARI

Più frequenti nei soggetti anziani o in coloro che hanno recessioni delle gengive che mettono allo scoperto la radice o la malattia parodontale. Le carie radicolari possono portare velocemente alla distruzione della radice con compromissione del dente. A volte si sviluppano nascoste, sotto la gengiva, e richiedono, per la cura, che venga effettuato un lembo gengivale.

CARIE CERVICALI

E' un tipo di carie particolare che coinvolge la porzione alta del dente, nel punto di passaggio tra corona e radice, vicino alla gengiva. La formazione è dovuta al fatto che in mancanza di una corretta igiene orale, in questa zona si accumula molta placca batterica. La parte esterna, abbombata, del dente è sottoposta a un meccanismo di autodeteriorazione da parte delle mucose della bocca, ma la placca scivola e si accumula in alto, potendo provocare carie, anche profonde, nella zona cervicale, dove lo smalto è meno strutturato.



L'immagine mostra la progressione della carie dentaria dai tessuti duri della corona fino alla camera della polpa. La necrosi pulpale che ne deriva causa infezioni dei tessuti periapicali. L'ascesso acuto e il granuloma sono esiti obbligati di carie trascurate.

MAL DI DENTI

Sia la pulpite che l'ascesso dentale, complicanze della carie, sono causa del terribile "mal di denti".

La prima, la pulpite, è responsabile di uno dei dolori più intensi che può colpire l'uomo. Un dolore a carattere nevralgico, anche spontaneo, particolarmente acuto, che si esacerba sotto stimolo meccanico (pressione masticatoria), fisico (caldo, freddo) o chimico (dolce). Un dolore caratteristico che presenta picchi d'intensità elevata commisti a fasi di remissione. Di frequente il **mal di denti** è resistente ai comuni analgesici e può essere arrestato definitivamente solo dall'intervento d'urgenza del dentista. Sotto

anestesia egli deve raschiare via, dall'interno del canale radicolare in cui alloggia, la polpa infiammata.

L'ascesso dentale, invece, provoca un dolore meno acuto, localizzato nell'area di diffusione e continuo. La pressione masticatoria sul dente lo esacerba, ed è inevitabile perché il dente colpito, spinto in fuori dall'essudato infiammatorio che si accumula all'apice della radice, sporge rispetto ai denti vicini e va facilmente ad impattare con i denti corrispondenti dell'arcata antagonista. L'ascesso dentale può temporaneamente regredire con l'assunzione di antibiotici, ma anche lui, per scomparire senza più ripresentarsi ha bisogno dell'intervento del dentista. Un'accurata detersione e oblitterazione dei canali radicolari del dente interessato permetterà la guarigione del processo infiammatorio del periapice.

CURARE LA CARIE E' DOLOROSO?

E' importante che tutti abbiano piena coscienza che la cura delle carie dentali e delle loro complicazioni endodontiche (le pulpiti che portano alle temute devitalizzazioni) sono effettuate dagli odontoiatri accorti in completa assenza di dolore, grazie alla efficienza delle tecniche di anestesia locale.

Spazzola i denti per almeno 2 minuti dopo ogni pasto. Al disotto di questo tempo è difficile eliminare completamente la placca batterica da denti e gengive. Potresti impostare un timer all'inizio dello spazzolamento che ti aiuti a non accorciare il tempo necessario.

2. **Cambia lo spazzolino spesso.** Quando le setole hanno perso la loro compattezza non esercitano più una efficace azione di pulizia. Il tempo normalmente indicato è di 2 mesi ma accorciandolo un pò si aumenta la qualità dello spazzolamento.

3. **Passa lo spazzolino sui denti anteriori e posteriori allo stesso modo.** In genere si tende a trascurare la parte posteriore delle arcate a vantaggio dei denti davanti. Se si mantiene questa cattiva abitudine a lungo i denti molari e le loro gengive ne risentiranno.

4. **Utilizza un dentifricio fluorato.** Il fluoro esercita un'azione protettiva, antisettica e remineralizzante sullo smalto dentale.

5. **Compra spazzolini con setole artificiali** che hanno le punte perfettamente arrotondate. Le setole naturali hanno punte irregolari e cave, trattengono sostanze al loro interno e non hanno un'azione di sfregamento ottimale come quelle artificiali.

6. **Usa preferibilmente spazzolini con setole di durezza media** a meno che il tuo dentista, per motivi particolari, non ti consigli diversamente.

7. **Effettua lo spazzolamento dei denti** inclinando di 45° lo spazzolino rispetto all'asse del dente e muovilo verticalmente con azione rotatoria dalla gengiva verso il dente.

8. **Spazzolando con la mano destra** devi fare attenzione a non trascurare alcune zone delle arcate, ad esempio la zona interna superiore destra.

9. **Quando hai finito di spazzolare i denti** passa il filo interdentale e pulisci la lingua con strumenti appositi. Quest'ultima è un'ottima abitudine per la prevenzione di carie, parodontopatie e disturbi dell'alito (alitosi).

10. **Eseguendo un corretto spazzolamento dei denti** associato all'utilizzo del filo interdentale e del puliscilingua non è necessario di routine effettuare anche sciacqui con i collutori. Questi ultimi si rendono però indispensabili per la cura e la profilassi di condizioni particolari.

I motivi per cui non si devono mai spazzolare i denti con un movimento orizzontale forte e vigoroso sono due.

Il primo: così facendo la placca batterica non viene ben rimossa ma piuttosto trascinata e depositata negli interstizi dentali dove ristagna, favorendo l'insorgere di tartaro e carie.



Il secondo: le setole dello spazzolino mosse parallelamente alla gengiva non rimuovono la placca sotto il solco gengivale anzi tendono a pressarcela. Inoltre questa azione contribuisce meccanicamente a distaccare la gengiva dai colletti dentali provocando le recessioni gengivali e in alcuni casi può addirittura provocare **erosioni del colletto** dentale di una forma caratteristica, che evoca l'effetto prodotto dai colpi d'ascia sferrati da un boscaiolo s'un tronco d'albero d'abbattere.

Quale è allora il metodo giusto per pulire i denti? Lo spazzolino va sempre mosso in direzione perpendicolare alla gengiva, e sempre dalla gengiva verso il dente. In altre parole, per pulire i denti superiori il suo movimento deve avvenire verso il basso, non verso l'alto, in modo da penetrare con le setole anche negli interstizi dentali e con un inclinazione di 45 gradi, per rimuovere la placca da sotto il colletto gengivale. Per la parte inferiore della bocca vale l'opposto, cioè il movimento deve procedere verso l'alto; ovviamente l'operazione va ripetuta sia sulla parte esterna della dentatura che su quella interna, spesso tralasciata.

Per quanto riguarda invece la pulizia della parte masticatoria dei denti posteriori, l'ideale è spazzolare queste superfici prima dal dietro verso l'avanti e viceversa e poi, ad operazione conclusa, con il solito movimento laterale per pulire gli interstizi dentali. Per una corretta igiene orale quotidiana, oltre alla pulizia dei denti e delle gengive dalla placca batterica, non va dimenticata la pulizia della lingua! Una efficace [spazzolata del dorso linguale](#), meglio eseguibile con appositi strumenti pulisci lingua, eliminerà miliardi di microrganismi, così spesso responsabili dell'alitosi. Sembrerà difficile, detto a parole, spazzolare i denti in modo corretto; ma c'è da star sicuri che dopo una settimana abbastanza scomoda a causa dei nuovi movimenti della mano, questa sarà una nuova, salutare abitudine tutta a vantaggio della salute orale e... del portafogli!

Cos'è la placca batterica? E' un'aggregato molle e appiccicoso di colore bianco-giallastro che si fissa saldamente ai denti, formato da residui di cibo colonizzati da

batteri che sopravvivono e si riproducono al suo interno cibandosi degli zuccheri in esso contenuti.



Diffuso accumulo di placca batterica sulle superfici dentali, in particolare lungo il colletto dei denti.



Dopo l'asportazione della placca batterica in studio utilizzando uno spazzolino montato su trapano e pasta abrasiva

Come fa a provocare la carie dentaria? Gli acidi che i batteri eliminano come prodotto finale del metabolismo degli zuccheri causano la demineralizzazione dello smalto: condizione iniziale per la formazione di cavità all'interno del dente. Perpetrato l'attacco acido alla parte minerale del dente, gli enzimi prodotti dai batteri provocano la distruzione delle proteine che compongono la parte organica. Le tossine, anche loro prodotti del metabolismo batterico della placca dentale, sono invece la causa primaria delle gengiviti e delle parodontopatie.

I principali batteri responsabili dell'adesività e dell'acidità della placca batterica, e perciò, in ultima istanza, della carie dentaria, sono lo **Streptococco mutans** e il **Lattobacillo acidofilo**. Lo **Streptococco mutans** è il responsabile dell'adesività della placca batterica, in particolare è in grado di legarsi alla superficie dello smalto e di costruire una rete di polisaccaridi alla quale si fissano numerosi altri microrganismi.

Il **Lattobacillo acidofilo**, invece, pur non essendo in grado di aderire direttamente allo smalto, è insieme allo Streptococco mutans il principale produttore dell'acido responsabile della demineralizzazione dello smalto dentario, stadio iniziale della formazione della carie.

E' possibile metterla in evidenza? In commercio sono disponibili compresse a base di colorante vegetale atossico (compresse rivelatrici di placca) che fatte sciogliere lentamente in bocca colorano la placca batterica, evidenziando le aree di addensamento. Ci si può così rendere conto delle zone in cui è necessario insistere con lo spazzolamento dei denti.



Presenza di un notevole accumulo di placca batterica



La placca è colorata in rosso dall'eritrosina contenuta nelle compresse rivelatrici

Il fattore principale nella prevenzione delle più importanti affezioni di denti e gengive è perciò la capacità di controllare la formazione e il deposito della placca batterica?

Sì, è necessario ridurre la formazione di placca attraverso un'alimentazione povera di zuccheri, in particolare quelli raffinati e appiccicosi (gli alimenti dotati del maggior potere cariogeno sono le caramelle, la marmellata, il miele). Un'abitudine deleteria per la salute di denti e gengive è quella di assumere frequentemente nel corso della giornata merendine zuccherate.

E' altresì importante che la placca batterica venga eliminata dai denti e dalle gengive eseguendo una pulizia ottimale in quantità (i denti vanno spazzolati tutti i giorni, dopo ogni pasto per circa 2 minuti, e almeno una volta al giorno deve essere usato il filo interdentale) e qualità (tecnica di spazzolamento di Bass e corretto utilizzo del filo interdentale). Un'igiene orale scrupolosa è alla base della prevenzione in odontoiatria.

Il tartaro può essere definito come un insieme di depositi minerali fortemente adesi ai denti e colonizzati da batteri.

Si possono distinguere due tipi di depositi, quelli che si trovano sulla superficie esterna dei denti e quelli che albergano all'interno della gengiva e delle tasche parodontali. Il colore può variare dal giallo-biancastro delle concrezioni calcaree localizzate lungo il margine gengivale, al marrone scuro dovuto alla colorazione secondaria ad opera di tabacco e pigmenti derivati dal cibo, fino al nero del tartaro sottogengivale che aderisce più tenacemente alla superficie del dente. Quest'ultimo colore dipende dall'ossidazione del ferro di cui è ricca l'emoglobina del sangue che quotidianamente asperge e si trattiene su tali depositi a causa della gengivite che li accompagna.

In caso di parodontopatia con tasche è spesso presente tartaro sottogengivale la cui asportazione è necessaria per arrestare la malattia infiammatoria che porta alla distruzione dell'osso che sostiene le radici dentali. Può avvenire senza incisione chirurgica della gengiva, oppure con incisione chirurgica e messa a nudo delle radici per una maggiore visibilità dei danni occorsi.

Di cosa è composto? Il tartaro è composto per il 70-80% da sali inorganici, di cui il 40% circa è calcio, il 20% fosforo ed il resto è dato da sodio, manganese, carbonato e fluoruro.

Come si forma? Quando i residui di cibo non vengono completamente rimossi nel corso dell'igiene domiciliare, una grande quantità di batteri vi si localizza intorno dando luogo così alla formazione della "placca"; la placca costituirà poi la matrice per la successiva organizzazione del deposito, che avverrà per precipitazione di sali minerali contenuti nella saliva. Il ph di questa (ovvero il grado di acidità o basicità), può condizionare la quantità, la velocità di formazione del precipitato e la sua composizione e, pur dipendendo dal metabolismo generale, è particolarmente conseguente al tipo di alimentazione.

In quanto tempo si forma? In alcuni individui sono sufficienti 15 giorni per formare un tartaro ben calcificato, mentre per le prime concrezioni immature bastano pochi giorni.

Quali effetti comporta? Gli effetti negativi del tartaro sui tessuti di sostegno sono indiretti e consistono nella colonizzazione batterica della sua superficie ruvida, come risulta da studi clinici che prevedevano l'inserimento di tartaro sterilizzato nel tessuto connettivo. Sarebbe quindi questo meccanismo di adesione della placca ai depositi calcificati, oltre alla difficoltà di detersione nelle zone in cui è presente il tartaro, a giustificare l'infiammazione locale che si riscontra sempre in questi casi.

Come ci si difende dal tartaro? La difesa migliore consiste nella prevenzione: occorre evitare che il tartaro si formi rimuovendo con regolari manovre d'igiene orale i residui di cibo che si depositano sui denti dopo ogni pasto. Le zone della bocca in cui è più facile constatare la presenza del tartaro sono quelle in corrispondenza dello sbocco delle ghiandole salivari e si trovano sulla superficie vestibolare dei molari superiori (ghiandola parotide) e sulla superficie linguale degli incisivi inferiori (ghiandola sottolinguale e sottomandibolare), perciò attenzione alla pulizia di queste zone!

Ogni quanto ci si deve sottoporre a detartrasi? Nonostante una buona diligenza nelle manovre d'igiene domiciliare esistono vari fattori che obbligano a sottoporsi a regolari sedute di detartrasi la cui periodicità sarà prescritta e adeguata dal curante individualmente.

Una disposizione dei denti ordinata facilita l'igiene permettendo l'accesso allo spazzolino sulla maggior parte delle loro superfici mentre l'affollamento costituisce un evidente ostacolo alla detersione: se non si vuole correggere questo difetto occorre aumentare la frequenza delle sedute di detartrasi. In casi di parodontopatia avanzata, per il minor potenziale di resistenza dei tessuti di sostegno dei denti e del manicotto gengivale che li circonda, s'impone un maggior controllo con frequenza di pulizia professionale in studio anche mensile. La maggior velocità di deposizione sarà un altro fattore che consiglierà una maggiore assiduità.

Chi è abilitato a rimuovere il tartaro? Il tartaro può essere rimosso solamente dagli operatori professionali dentali, Odontoiatri e Igienisti dentali diplomati, con apparecchi ad ultrasuoni o manualmente. L'intervento prende il nome di ablazione del tartaro o detartrasi.

L'una o l'altra procedura possono essere eseguite sulla base di una preferenza dei pazienti, ma in linea di massima gli ultrasuoni sono così efficaci nello sgretolamento dei

depositi molto voluminosi o nel distacco di quelli particolarmente duri e adesi da risultare una procedura talora irrinunciabile. Un loro uso accorto e rigorosamente professionale permette di considerarli del tutto innocui per la struttura del dente. La maggiore sensibilità trasmessa dallo strumento manuale alle dita dell'operatore fa sì che in siti particolarmente delicati sia questa la tecnica più indicata.

Perché i denti sono più sensibili e talora più mobili dopo la rimozione del tartaro? Il tartaro costituisce, come abbiamo visto, il più importante fattore di distruzione dell'osso di sostegno dei denti, e quando non viene rimosso regolarmente continua a progredire nella sua deposizione denudando le radici, che non posseggono una struttura atta alla protezione verso gli stimoli termici che agiscono nell'ambiente orale. La conseguente riduzione della stabilità dei denti e la loro maggiore sensibilità al freddo e al caldo vengono paradossalmente mascherate dall'isolamento termico e dall'"abbraccio" meccanico determinato dal blocco minerale. Ovviamente la sua rimozione evidenzierà in pieno questa condizione sorprendendo talora i pazienti poco informati con l'esplosione della sintomatologia.

Come si pone rimedio alla mobilità e alla sensibilità post-ablativa? Il rimedio più semplice per la mobilità dei denti con ridotto supporto osseo consiste nella loro solidarizzazione (splintaggio). Può essere attuata facilmente con tecniche adesive non invasive ed estetiche, con fibre di vetro inglobate in una matrice di resina. L'aumento di sensibilità al caldo e al freddo provocato dall'esposizione delle radici spesso cessa spontaneamente dopo poche settimane. Nei casi più resistenti ci avvaliamo di prodotti specifici sotto forma di gel o dentifrici.



Queste immagini mostrano la presenza di tartaro sopra e sottogengivale con periodontite acuta (piorrea) e riassorbimento accentuato dell'osso di sostegno dei denti incisivi inferiori.

Piorrea è un termine medico che deriva dal greco e significa "scolo di pus". All'origine delle gravi forme di piorrea c'è quasi sempre una gengivite trascurata, causata dalla placca batterica mal rimossa. Magari ci vorranno degli anni, si dovranno accumulare gli effetti nel tempo, ma prima o poi, continuando a trascurare l'igiene orale e non sottoponendosi alle necessarie cure specialistiche, i batteri della placca avranno il sopravvento.

La predisposizione genetica a sviluppare questa grave malattia, che nei suoi stadi avanzati è causa della caduta dei denti per distruzione dell'osso che li sostiene, sicuramente gioca un ruolo importante, ma da sola non provoca la malattia senza il ruolo determinante della placca batterica.

Da questa evidenza scientifica deve partire la battaglia per la sua prevenzione, che va rivolta contro la placca batterica che naturalmente tende a depositarsi lungo il colletto dei denti: zona di passaggio tra corona e radice, protetta e "sigillata" dalla gengiva.

PIORREA

da accumulo di placca batterica e tartaro



Piorrea: le tossine batteriche attaccano l'epitelio giunzionale

I batteri della placca producono tossine che vengono ad intaccare il sigillo (in termini scientifici si chiama epitelio giunzionale), e una volta penetrati in profondità, adagiati sul fondo di tasche gengivali e al sicuro dall'azione dello spazzolino e del filo interdentale, esercitano tutto il loro potenziale dannoso sui tessuti circostanti.

Piorrea: le gengive si distaccano e si formano le tasche

Quando le gengive si distaccano dalla radice del dente e la placca batterica si annida in profondità, non è più eliminabile neppure con diligenti manovre quotidiane di spazzolamento. A questo punto il danno è conclamato e spesso evidente anche al paziente e non più reversibile senza l'intervento del dentista. Oramai c'è un'impossibilità tecnica a detergere il fondo delle tasche dove la placca si trasforma in tartaro, irruvidendo le superfici radicolari, e dove germi particolarmente aggressivi nei confronti dei tessuti circostanti, gli anaerobi, cosiddetti perché sopravvivono in un ambiente in cui manca l'ossigeno, vivono e si riproducono in grande quantità.

Piorrea: cure

Il paziente entrato in questo stadio non deve comunque perdere le speranze di vincere la sua battaglia contro la progressione verso l'esito fatale della malattia: la caduta dei denti. I progressi fatti nel campo della diagnosi e della cura della piorrea, il cui nome scientifico è parodontite cronica, permettono il successo anche nei casi più compromessi. Ci si deve solo rivolgere al **parodontologo**, un dentista il cui ambito d'esperienza è proprio la cura della piorrea o meglio di tutte le malattie del parodonto: termine che indica i tessuti che circondano i denti e che gli danno sostegno. Può darsi che egli in via preliminare reputi necessario eseguire specifici test su un campione di placca batterica prelevato dal fondo delle tasche parodontali, per rilevare il tipo di batteri in causa, e poi di sottoporre il paziente a diverse sedute di terapia causale e, se il

caso, a qualche piccolo intervento chirurgico sulle gengive associato a terapia antibiotica mirata, per eliminare le tasche parodontali residue. Ma alla fine, con l'aiuto determinante del paziente stesso, reso istruito sulle corrette manovre d'igiene orale domiciliare, riuscirà a ridurre la profondità delle tasche parodontali, fino a ricostituire un normale solco gengivale e ad arrestare così la progressione della malattia.

La piorrea insomma è curabile, anche nelle forme più avanzate, quasi nel 100% dei casi, purché s'intervenga prima che diventi "espulsiva" e che si porti via per sempre il nostro sorriso.

Test parodontali

Finalmente anche nella pratica odontoiatrica sono stati introdotti due esami di laboratorio che possono consentire una diagnosi di parodontopatia più attendibile e personalizzata, tale da condurre poi ad una terapia mirata al caso clinico in questione e non ispirata a principi sicuramente validi, ma a volte troppo generali, se non generici.

COME FUNZIONANO I TEST?

Il primo test, quello batteriologico, ci permette di riferire la terapia antibiotica di supporto ad una popolazione batterica specifica e di ridurla drasticamente. Il secondo test, quello genetico, quantificando la predisposizione individuale alla parodontopatia, consente di attuare tutte le misure terapeutiche e preventive calibrate al caso in questione.

Si tratta di due strumenti preziosi e innovativi, ma di facile esecuzione, indolori e relativamente economici. Richiedono pochi minuti di lavoro al parodontologo e di collaborazione al paziente.

Test microbiologico

Il **test microbiologico** si esegue inserendo una punta di carta nelle tasche gengivali facendola bagnare dal fluido gengivale colonizzato dai batteri responsabili della malattia parodontale; successivamente un laboratorio specializzato provvederà a fornire al parodontologo un grafico da cui emerge la quantità relativa di questi batteri all'interno della bocca.

A CHE SERVE?

Questo esame fornisce al parodontologo le informazioni necessarie per stabilire un piano di trattamento mirato e, soprattutto, per combattere l'infezione in atto con una terapia antibiotica specifica.

A differenza di quanto succedeva in passato, infatti, gli antibiotici non vanno più intesi come uno strumento dall'azione antibatterica generalizzata e aspecifica, ma inquadrati secondo una nuova prospettiva che li vuole rivolti all'eliminazione degli specifici batteri anaerobi che distruggono l'apparato parodontale.

Tutto ciò comporta una sinergia, un'unità di intenti, tra terapia farmacologica e trattamento chirurgico da cui deriva un sostanziale passo in avanti nella cura delle parodontopatie.

Test genetico

Il **test genetico**, invece, consiste in un prelievo della saliva effettuato con un tampone, al fine di ricercare una sostanza, l'**interleuchina 1alfa**, associata costantemente alla presenza di lesioni parodontali gravi.

A CHE SERVE?

Il test ci indica la predisposizione di un soggetto a formare tasche gengivali, dedotta dalla quantità di Interleuchina 1alfa nella saliva.

Il parodontologo, in questo modo, potrà istruire il paziente sulle tecniche di igiene più appropriate in relazione alla sua vulnerabilità e, cosa ancora più importante, potrà monitorare l'evoluzione della parodontopatia nel tempo intervenendo quando le lesioni sono ancora in uno stadio iniziale.

A CHI SI RIVOLGONO I TESTS?

- Ai pazienti con perdita di attacco parodontale e di osso prima dei 25 anni
- Ai soggetti, di solito tra i 25 e i 35 anni, con una distruzione del legamento e dell'osso rapida e progressiva
- Ai pazienti, già trattati o in corso di trattamento, che si dimostrano refrattari alla terapia
- A tutti gli individui affetti da parodontite cronica dell'adulto

UN PASSO IN AVANTI?

Sicuramente sì, dato che questi test consentono una precoce identificazione del rischio di malattia, una diagnosi precoce di attività di malattia e, quindi, una definizione concreta degli obiettivi terapeutici e della loro attuazione.

ALITOSI

L'**alitosi** è un disturbo molto frequente nella popolazione mondiale, dalle forme più eclatanti e persistenti a quelle più leggere e transitorie si stima che oltre il 50% della popolazione mondiale ne sia affetta. Può avere origini diverse, a volte è causata da malattie sistemiche (ernia iatale, cirrosi epatica, diabete mellito) ma più spesso è espressione di problemi del cavo orale: dalla tendenza a formare una spessa patina bianca sulla lingua, alle parodontopatie infiammatorie con tasche gengivali in cui si annidano i germi capaci di produrre i gas responsabili.

Le attuali norme sociali mettono in risalto l'importanza dell'immagine personale ai fini delle relazioni interpersonali. In questo contesto il soggetto affetto da alitosi può essere portatore non solo di particolari condizioni di salute orale o generale ma anche, frequentemente, di seri problemi relazionali, che lo possono condurre, nei casi estremi, all'isolamento sociale. Nella consapevolezza di ciò la gente pone una maggiore attenzione a questo disturbo, chi ne è affetto cerca la maniera di eliminarlo.

Oggi esistono professionisti esperti nella diagnosi e nella terapia dell'**alitosi**, con a disposizione apparecchi diagnostici come l'halimeter in grado di rilevare i gas maleodoranti presenti nell'aria espirata e di determinarne la quantità. Una misurazione utile per isolare le forme di pseudoalitosi o alitofobia, anch'esse frequenti, e per monitorare i cambiamenti della qualità dell'alito in corso di terapia.

Stabilita in maniera oggettiva la presenza di **alitosi** c'è la possibilità di individuare le cause principali che la determinano e di instaurare la terapia idonea per debellarla.

In queste pagine parleremo di questo fastidioso disturbo, che influenza i rapporti interpersonali. Cercheremo di sfatare le credenze che lo circondano, che lo riconducono a problemi di provenienza dallo stomaco o dall'apparato respiratorio, o alla trascuratezza della personale igiene orale, e faremo le giuste distinzioni tra le cause più frequenti e quelle più rare, tra le forme persistenti e quelle transitorie. Un'informazione ci teniamo passi subito chiara: nella quasi totalità dei casi l'**alitosi** può essere eliminata o comunque controllata in maniera tale che non interferisca nella vita di relazione.

Cos'è l'alito cattivo?

E' una condizione molto frequente, circa il 50 per cento della popolazione mondiale ne è affetta, si tratta dell'emissione di aria maleodorante con il respiro e la fonazione.

Può essere conseguenza di problemi gastrointestinali?

Molto raramente e solo nel caso di patologie organiche come il cattivo funzionamento del cardias, la valvola che collega l'esofago allo stomaco, condizione che provoca reflusso di cibo (reflusso gastro esofageo).

Può dipendere da problemi respiratori?

In casi rari e se persistente può anche essere espressione di malattie gravi.

Quali sono le sue cause più frequenti?

Più frequentemente, nel 90% dei casi, è provocato da condizioni di provenienza dal cavo orale, carie dentaria, protesi e ricostruzioni dentali mal eseguite o fratturate, carente igiene orale, gengiviti e parodontiti, patina bianca sul dorso della lingua, ecc...

Ci sono farmaci ingeribili che possono aiutare?

Nessun farmaco, in nessun modo, può curare l'alitosi persistente.

Ci sono farmaci che possono provocarla?

Alcuni farmaci provocano secchezza della bocca, si chiama "Xerostomia. La condizione di "bocca secca" può causare un rapido decadimento dei denti e alito cattivo, oltre che infezioni da fermentazione di batteri ed altri problemi orali. Gli antidepressivi ad esempio possono avere questo effetto collaterale, per chi li usa può essere indicato avere maggiore cura dei propri denti e bere più acqua oltre che farsi controllare più spesso dal dentista.

E' stato riportato che più di 600 farmaci di uso comune possono causare secchezza della bocca associata o meno a ridotta funzione delle ghiandole salivari.

Un'igiene orale carente può esserne la causa?

In molti casi un'igiene orale ben eseguita, comprensiva di pulizia del dorso della lingua, può migliorare la qualità dell'alito.

L'alito cattivo può permanere nonostante un'igiene orale ben eseguita?

Sì, è possibile che nonostante si spazzolino i denti più volte al giorno e si passi correttamente il filo interdentale permanga il maleodore orale. Molti di coloro che sono affetti da alitosi mantengono una buona igiene orale, si preoccupano della maniera per correggerla, ma è necessario sapere che tra i pregiudizi sull'alitosi c'è che sia sempre e semplicemente un problema di pulizia dei denti.

Recenti studi hanno dimostrato una correlazione positiva tra la presenza di composti volatili solforati responsabili dell'alitosi, lo stato dei tessuti parodontali e la placca bianca che ricopre la lingua. Un'igiene orale ben eseguita dovrebbe perciò comprendere anche lo spazzolamento del dorso della lingua. In una discreta percentuale di casi di alitosi sono presenti problemi parodontali che se non vengono curati causano la persistenza del sintomo, oppure problemi di scolo nasale posteriore, ricco di proteine dalla cui decomposizione si sviluppano i gas maleodoranti. Insomma le cause possono essere diverse e richiedere interventi più complessi che il semplice spazzolamento dei denti.

Che cosa si deve fare nel caso l'alitosi persista?

In presenza di un'alitosi persistente è opportuno sottoporsi a visita odontostomatologica. Potrebbero essere presenti lesioni parodontali non accessibili alla pulizia, nella cui profondità rimane annidata la placca batterica e continuano a proliferare i microrganismi che producono i composti volatili solforati responsabili sia della distruzione dei tessuti parodontali che dell'alito cattivo.

A chi ci si deve rivolgere per la diagnosi e la cura?

Dato che le cause più frequenti sono nel cavo orale, il medico odontostomatologo e l'odontoiatra andrebbero consultati per primi. Il dentista con area di esperienza nella parodontologia è la figura professionale più qualificata a diagnosticare e trattare le patologie orali a carico di gengive e tessuti parodontali che spesso ne sono all'origine.

E' possibile stabilire in maniera certa la presenza dell'alito cattivo?

L'odontoiatra può misurare con un apparecchio chiamato halimeter la concentrazione dei composti volatili solforati responsabili dell'alito cattivo, in un certo modo può oggettivarne la presenza, ma ai fini diagnostici può essere utile associare anche la rilevazione diretta dell'odore dell'aria emanata dal cavo orale e dal naso del paziente. Per una certa diagnosi eziologica, poi, dovrà sottoporre il paziente ad un accurato esame clinico-radiografico delle condizioni orali.