

LA MALATTIA PARODONTALE

(...quella che i nostri nonni chiamavano PIORREA...)

E IL CONCETTO DI PERIOMEDICINE

Definizione

La malattia parodontale è un' infezione batterica denominata *parodontite* che colpisce il parodonto, cioè l'insieme di strutture che circondano il dente: **la gengiva, l'osso e il legamento parodontale** che ancora il dente all'osso. Essendo una malattia che decorre solitamente in modo indolore può progredire e aggravarsi senza quasi accorgersene. Colpisce a vari livelli di gravità circa tre quarti della popolazione adulta: per questo è fondamentale sottoporsi regolarmente a visite di controllo che permettono di fare una diagnosi precoce e mettere in atto adeguate misure di prevenzione e trattamento.

L'infiammazione della gengiva marginale, chiamata *gengivite*, è uno dei segni cardine della malattia parodontale e si manifesta con rossore, gonfiore e sanguinamento. Se questa fase reversibile della malattia non viene trattata con una buona igiene domiciliare e professionale, la gengivite si sviluppa ed evolve, nella maggior parte dei casi, in **parodontite**. La gengiva si allontana dal dente, l'osso si riassorbe creando le cosiddette *tasche parodontali* in cui si accumula più facilmente la placca che, calcificando, diventa tartaro. La presenza di placca e tartaro sottogengivale è responsabile della progressione della malattia: il riassorbimento osseo provoca la mobilità dei denti e, se il paziente non si rivolge a un odontoiatra e a un igienista per il trattamento opportuno, la malattia parodontale provoca la perdita di denti anche quando perfettamente sani.

Epidemiologia, cause e correlazioni sistemiche

La malattia parodontale è presente, in forme da lievi a gravi, nel 50% della popolazione sopra i 35 anni e nel 65% della popolazione sopra i 65 anni.

E' una patologia multifattoriale e il suo sviluppo è strettamente legato alla presenza di *placca batterica e tartaro*, terreni fertili per la colonizzazione di *batteri patogeni*. La presenza di placca e di batteri sono una causa necessaria ma non sufficiente; anche la *predisposizione genetica*, che determina una minor risposta immunitaria nel distretto della bocca, gioca un ruolo determinante nella patogenesi di questa patologia. Esistono, inoltre, altri importanti fattori di rischio che concorrono all'instaurarsi e/o al progredire della malattia:

Fumo: è uno dei fattori di rischio più importanti: i forti fumatori hanno un rischio più elevato di contrarre la malattia che i non-fumatori. La parodontite nei fumatori avanza più rapidamente, con un decorso più aggressivo e refrattario alle cure.

Stress: molti studi scientifici rilevano un nesso fra lo stress e la progressione della malattia parodontale; lo stress, in particolare, avrebbe un ruolo di indebolimento della risposta immunitaria.

Gravidanza e Pubertà: le forti fluttuazioni ormonali sembrano favorire l'insorgenza di gengivite e la sua evoluzione in parodontite quando trascurata in donne predisposte.

Restauri incongrui quali otturazioni o corone debordanti: sono fattori di ritenzione e accumulo di placca batterica, allo stesso modo rendono più difficoltose le manovre di igiene orale.

Terapie farmacologiche quali contraccettivi, antidepressivi, antiipertensivi: possono provocare aumento di volume delle gengive, sanguinamento e quindi influire negativamente sulla salute orale.

diabete e altre patologie sistemiche: i pazienti affetti da diabete hanno una maggiore probabilità di soffrire di parodontite, questo perché le persone diabetiche sono, in generale, maggiormente suscettibili alle infezioni.

Alimentazione: una dieta povera di vitamine (frutta e verdura) e di *omega3* (tonno e salmone) è correlata ad una più rapida progressione della malattia.

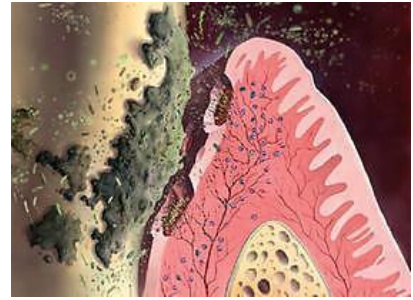
Sintomi e segni clinici di malattia

La malattia parodontale spesso è asintomatica. I principali segnali che devono mettere in allarme il paziente e fare sospettare l'insorgenza della malattia sono:

- gengive gonfie, arrossate e sanguinanti;
- alitosi (nel 90% circa dei casi dipende da una scarsa igiene orale, i batteri, infatti, sono in grado di produrre composti volatili dello zolfo maleodoranti);
- comparsa di spazi tra i denti e/o migrazione dentale;
- recessioni gengivali con esposizione delle radici;
- mobilità dentale.

In alcuni casi, soprattutto nei forti fumatori, il tessuto gengivale può apparire del tutto normale, malgrado la distruzione già avanzata dell'osso.

La malattia parodontale può essere intercettata precocemente solo attraverso controlli regolari costanti nel tempo.



Diagnosi

Gli ausili diagnostici a disposizione dell'odontoiatra per poter valutare e quantificare la gravità della malattia parodontale sono: esame clinico del cavo orale (*valutazione parodontale*); esame radiografico; esame microbiologico (non sempre necessario). La prima procedura diagnostica da mettere in atto è la *valutazione parodontale* che si effettua con una sonda millimetrata inserita con molta delicatezza tra il dente e il margine gengivale per individuare la presenza e la profondità di tasche parodontali. Se le gengive sono sane, la profondità misurata sarà di 1-2 mm. Valori oltre 4 mm di profondità sono da considerarsi patologici.

La compilazione di una *Cartella Parodontale* è uno strumento insostituibile nella pianificazione e verifica nel tempo del trattamento parodontale.

Una corretta diagnosi di malattia parodontale è importante per la salute orale ma anche e soprattutto per prevenire e/o limitare patologie sistemiche e cardio-vascolari (leggi a questo proposito la parte finale del documento dedicata alla *Periomedicine*).



Terapia

1. Trattamento non chirurgico (terapia iniziale o causale)

Gingivite e parodontite sono malattie causate da batteri che colonizzano la placca batterica, quindi la prima fase di terapia mira alla:

- motivazione a una corretta igiene orale domiciliare;
- eliminazione di placca batterica e tartaro dalle superfici dentali e radicolari (*scaling sottogengivale*);
- eliminazione dei fattori irritanti indiretti (restauri debordanti o carie);
- controllo dello stile di vita (eliminazione o riduzione del fumo).

Se il paziente collabora, la sola terapia iniziale porta a un sostanziale miglioramento delle condizioni parodontali.

La terapia causale è seguita a 6-8 settimane da un'attenta *rivalutazione* dove si decide la necessità o meno di una fase chirurgica.

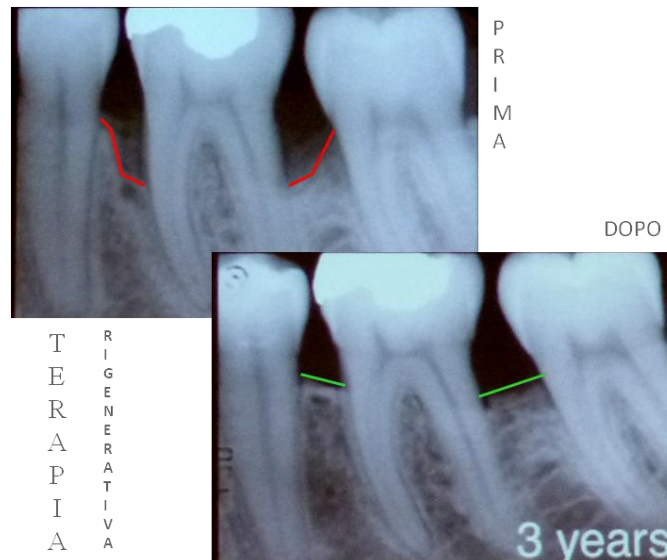


2. Trattamento chirurgico (dopo rivalutazione)

La terapia chirurgica viene presa in considerazione soltanto se permangono delle tasche profonde dopo la terapia iniziale. L'obiettivo della chirurgia parodontale è l'eliminazione delle tasche gengivali e ossee, ovvero l'eliminazione delle nicchie ecologiche che favoriscono la crescita dei batteri patogeni. Grazie alle più moderne tecniche è possibile, in casi selezionati, ottenere la rigenerazione dei tessuti ossei e gengivali perduti. Gli interventi di chirurgia parodontale

sono normalmente eseguiti in modo indolore in anestesia locale. Lo specialista saprà illustrare la tipologia di intervento più indicata nei singoli casi: *chirurgia resettiva*, *chirurgia rigenerativa* e *chirurgia muco gengivale* concorrono a ristabilire una normale anatomia parodontale.

E' bene ricordare che sia la fase causale che quella chirurgica possono spesso esitare in un dislivellamento del profilo gengivale e un'aumentata sensibilità dentale proprio in relazione alla guarigione dai processi infiammatori a carico dei tessuti parodontali.



3. Fase di mantenimento

Al termine della terapia attiva, il paziente parodontale entra nella fase di mantenimento dello stato di salute parodontale raggiunto. Questa fase, parzialmente demandata all'igienista dentale, prevede richiami periodici con visita di controllo, rivalutazione parodontale, sedute d'igiene orale e continua ri-motivazione del paziente; la frequenza dei richiami varia da paziente a paziente a seconda di diversi parametri ed è comunque compresa tra i 3 e i 6 mesi. *Studi scientifici hanno dimostrato che un semplice programma di mantenimento costituisce la vera chiave per ottenere buoni e duraturi risultati terapeutici.*

Parodontite e Periomedicine

La malattia parodontale non è un'infezione autolimitata al cavo orale ma una patologia che coinvolge la salute generale del paziente. Numerosi studi clinici negli ultimi anni hanno evidenziato uno stretto legame tra la parodontite e uno stato di infiammazione cronica sistemica che coinvolge anche altri organi e apparati al punto che gli specialisti del settore hanno coniato il termine *Periomedicine*, ovvero la branca che studia tutte le possibili correlazioni che la malattia parodontale contrae con il nostro organismo.



I batteri patogeni che causano la parodontite sarebbero in grado di migrare dalla tasca parodontale all'interno dei tessuti gengivali e da lì di passare nel circolo ematico (*batteriemia*) richiamando una intensa risposta infiammatoria con importanti riflessi sistemici. Numerosi studi dimostrano che chi soffre di parodontite ha valori di granulociti neutrofili circolanti e parametri infiammatori sierici (come la *proteina C reattiva*) elevati rispetto alle persone sane; proprio questo meccanismo di cascata infiammatoria è alla base delle moderne ipotesi che correlano la malattia parodontale a: parti prematuri, diabete, artrite reumatoide, morbo di Alzheimer, patologie cardiovascolari (infarto e ictus), patologie epatiche, disfunzione erettile.

▪ PARTI PREMATURI

La correlazione tra parodontite ed eventi negativi associati alla gravidanza è supportata da due meccanismi patogenetici: il primo è legato alle batteriemie ricorrenti che, attivando una cascata di processi infiammatori a livello della placenta e del feto, aumentano il rischio di *parto pre-terminale e/o nascita di bambini sottopeso*. Il secondo meccanismo è determinato da un aumento generalizzato delle citochine, sostanze ad attività pro-infiammatoria in grado di provocare, anch'esse, alterazioni a carico della placenta e del feto portando, ancora una volta, a *parto pre-terminale e/o di nascita di bambini sottopeso*.



▪ DIABETE

Recentemente è stato ipotizzato che la correlazione diabete-parodontite sia di tipo bidirezionale: il controllo del diabete limita la parodontite e il controllo della parodontite e dei fattori infiammatori ad essi correlati contribuisce a migliorare il livello di glicemia nel sangue. Inoltre, alcune citochine proinfiammatorie prodotte nei siti colpiti da parodontite, quali IL-6 e TNF-alfa, favorirebbero lo sviluppo di meccanismi di insulino-resistenza che portano con maggior rapidità ad insorgenza delle complicanze da diabete.



▪ ARTRITE REUMATOIDE

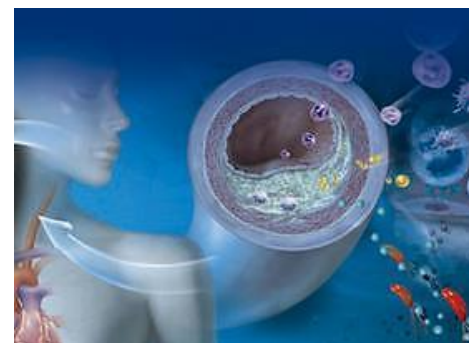
Anche in questo caso il collegamento è dato dagli elevati livelli ematici di *proteina C reattiva* nel paziente parodontale che andrebbe a modificare in senso peggiorativo l'evoluzione dell'artrite reumatoide.

▪ MORBO DI ALZHEIMER

La correlazione nasce da un'osservazione di natura epidemiologica: il controllo della risposta infiammatoria legata alla parodontite rallenterebbe il decorso del morbo attenuandone gli effetti sulla perdita di memoria.

▪ PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

La batteriemia di origine parodontale favorisce la crescita di placche aterosclerotiche (*ateromi*) a livello di vasi sanguigni di medio e piccolo calibro con possibili ostruzioni e probabilità di *infarti* e *ictus*. L'azione è mediata dal *Porphyromonas gingivalis* principale patogeno della parodontite.



▪ PATOLOGIA EPATICA

Come per le patologie cardiovascolari, la formazione di ateroscleroti, favorita e accelerata dai batteri patogeni parodontali, può determinare ostruzioni anche a livello epatico con possibili disfunzioni.

▪ DISFUNZIONE ERETTILE

Ancora una volta la correlazione nasce da valutazioni epidemiologiche: l'impotenza di origine vascolare in pazienti affetti da parodontite trova miglioramento se la parodontite viene trattata e posta in stretto regime di mantenimento. La patogenesi potrebbe essere da ricondurre, anche in questo caso, alla formazione di piccoli *ateromi* nell'apparato genitale maschile