

Le regole della prevenzione - In generale

Partendo dalla definizione di salute data dall'OMS: "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo l'assenza di malattia od infermità", per salute orale non si vuole intendere solamente assenza di malattia, ma molto di più: si tratta, infatti, di una condizione che influenza fortemente lo stato di salute e di benessere della persona; esistono, ad esempio, correlazioni tra malocclusione dentale e alterazioni della postura corporea e tra parodontopatie e patologie dell'apparato cardiovascolare e diabete.

La funzione dei denti non è limitata alla sola masticazione, questi, infatti, per la loro collocazione ed il rapporto con labbra, guance e lingua, hanno un ruolo essenziale anche nella fonazione (articolazione della parola) e nella vita relazionale: l'impossibilità di sorridere, a causa di una bocca poco "curata" può rappresentare una notevole limitazione ai rapporti sociali e quindi alla vita di relazione dell'individuo.

Le malattie del cavo orale colpiscono la stragrande maggioranza della popolazione italiana, sono strettamente legate agli stili di vita (igienici e alimentari) e sono provocate in larga misura da batteri contenuti nella placca dentaria.

La mancanza di adeguati interventi di prevenzione porta ad alti valori di prevalenza di carie e di parodontopatie, con perdita precoce di elementi dentari causa di edentulismo (parziale o totale) e di conseguenti disagi funzionali ed estetici.

Le principali malattie dei denti e dei loro tessuti di sostegno sono determinate da condizioni ben individuate e controllabili. La carie dentaria e la malattia parodontale vedono nella placca batterica il principale fattore responsabile; la malocclusione, invece, è frequentemente determinata, o comunque aggravata, dall'abitudine che si protrae oltre tempo a succhiare il dito o il ciuccio, e dalla tendenza del bambino ad assumere atteggiamenti a bocca aperta.

La prevenzione delle malattie dei denti e delle gengive si fonda sull'adozione e la pratica quotidiana di precise norme di comportamento legate a pratiche di igiene orale e igiene alimentare. Inoltre, periodiche visite specialistiche permettono il precoce intercettamento di eventuali processi patologici.

Una buona igiene orale prevede innanzitutto il corretto spazzolamento dei denti, che deve avvenire almeno tre volte al giorno (dopo i pasti principali), e l'uso quotidiano del filo interdentale. Tali manovre hanno lo scopo di eliminare meccanicamente la placca batterica dalle superfici dei denti allontanando eventuali residui di cibo.

Per quanto riguarda invece le abitudini alimentari, è stato dimostrato che un abbondante apporto di zuccheri con la dieta determina, da parte dei batteri cariogeni, la formazione di sostanze acide responsabili della demineralizzazione della componente inorganica dello smalto e della dentina.

Le visite a cadenza periodica, invece, oltre a creare una consapevolezza del proprio stato di salute, servono a far conoscere i mezzi oggi a disposizione per una buona prevenzione ed a intercettare precocemente eventuali patologie.

Igiene orale

Per una corretta igiene orale è indispensabile lavarsi i denti con spazzolino e dentifricio dopo ogni pasto, quindi, almeno tre volte al giorno e utilizzare quotidianamente il filo interdentale in maniera corretta. Esiste evidenza scientifica che le corrette abitudini di igiene orale vadano acquisite durante l'infanzia, per poi essere rafforzate durante l'adolescenza.

In particolare, si consiglia di:

spazzolare i denti dopo ogni pasto per un tempo di almeno 2-3 minuti
usare uno spazzolino dalla testina medio-piccola in modo da arrivare in tutte le zone della bocca; è preferibile che sia provvisto di setole artificiali di durezza media
sostituire lo spazzolino almeno ogni due mesi
spazzolare accuratamente tutti i denti sia quelli anteriori che quelli posteriori
completare la pulizia dei denti mediante l'uso regolare del filo interdentale che rappresenta un sistema insostituibile per eliminare la placca batterica dalle zone interdentali che non possono essere raggiunte dalle setole dello spazzolino. L'uso del filo non è consigliato in età evolutiva
usare possibilmente un dentifricio a base di fluoro
Il fluoro rappresenta un altro valido aiuto nella prevenzione della carie poichè rende lo smalto più resistente e lo protegge dall'azione demineralizzante degli acidi della placca batterica.

Igiene alimentare

Anche una dieta appropriata rappresenta un importante contributo alla prevenzione delle malattie dei denti. È possibile ridurre la formazione della placca batterica limitando il consumo di dolci e di altri cibi ricchi di zuccheri; è poi consigliabile seguire una dieta equilibrata e ricca di frutta e verdura, alimenti contenenti vitamine e minerali essenziali (vitamine C, A e D, calcio, fosforo, potassio, sodio, ferro e magnesio) per la salute dei denti.

Visite periodiche

È importante sottoporsi regolarmente a visite periodiche dal proprio dentista/odontoiatra di fiducia per identificare e poter curare, sin dalle prime fasi, eventuali processi patologici a carico dei denti e delle gengive. Altresì importanti ed opportune sono le sedute d'igiene orale professionale per la rimozione del tartaro che si forma nelle zone dove è più difficile la pulizia domiciliare e maggiore il ristagno di saliva.

Carie

La carie è una malattia infettiva a carattere cronico-degenerativo ad eziologia multifattoriale. Colpisce circa l'80% della popolazione nei Paesi sviluppati e si forma per un iniziale processo di demineralizzazione dei tessuti duri dei denti (smalto, dentina), a causa della produzione acida della placca batterica presente sulle superfici dentarie.

I solchi e le fossette occlusali dei molari e dei premolari e i forami ciechi dei molari e degli incisivi superiori sono le zone dove la placca batterica si accumula e residua più facilmente determinando l'inizio della carie che, se non adeguatamente trattata, comporta l'interessamento progressivo degli strati dentari più profondi fino a coinvolgere il tessuto pulpare contenuto all'interno del dente. La polpa, allora, va incontro a flogosi irreversibile con conseguente morte dei propri elementi cellulari (necrosi). La necrosi coinvolge il tessuto pulpare contenuto nei canali radicolari, con infiltrazione dell'essudato nel tessuto osseo circostante, gli apici dentari e/o le radici ed insorgenza di reazioni immunitarie a carattere infiammatorio acuto (ascessi periapicali o periradicolari) o cronico (granulomi apicali).

Queste infiammazioni possono manifestarsi con intensi "mal di denti", ascessi ossei alveolari periradicolari e gonfiori gengivali, talvolta, tumefazioni del volto.

Per evitare la flogosi e la sintomatologia dolorosa, la distruzione dei tessuti duri e la eventuale perdita del dente è necessario, a seconda dell'estensione del processo carioso, rimuovere i tessuti infiltrati (smalto, dentina) e restaurare la cavità residua con un'otturazione, mentre, in caso di interessamento della polpa dentaria, si rende necessaria la terapia canalare (endodontica).

In relazione alla malattia cariosa i dati in possesso, misurati con l'indice DMFT (D=decayed, M=missing, F=filled, T=teeth), evidenziano che a 4 anni questo è pari a 0.81, con una grande componente di lesioni cariose in atto (20.61%), a 12 anni, il 43.99% dei soggetti è affetto da carie, con un DMFT 1.09 [0.65(D) sono le lesioni cariose in atto e 0.35(F) i denti con terapie restaurative già eseguite].

Terapia

Una volta rimossa la carie dentale dall'odontoiatra, con strumenti manuali e/o meccanici, sul dente residuo delle cavità che vanno trattate con otturazioni o con l'inserimento diretto di un materiale da restauro modellabile nella cavità ottenuta (intarsi).

Le otturazioni possono essere eseguite anche a seguito di traumi, usura dei tessuti dentari ed erosione; hanno durata variabile nel tempo. I materiali da otturazione più usati sono l'amalgama e i materiali compositi.

L'amalgama è una lega modellabile di argento, mercurio, e altri metalli come stagno, zinco e rame. Non aderisce al dente, ma è ritenuta meccanicamente dalla cavità, non è dello stesso colore del dente.

Il materiale composito è una combinazione di microparticelle solide miscelate con resine che si solidificano per autopolimerizzazione o mediante esposizione a una particolare luce. Aderiscono alle pareti del dente che vengono pre-trattate prima con acido e poi con resina liquida che serve a sigillare i margini della cavità e favorire la ritenzione del composito.

La durata del composito è legata a vari fattori, in primis il tipo di materiale e le modalità di applicazione (p.es., tecnica di stratificazione e utilizzo della diga di gomma).

Gli intarsi, invece, sono blocchi di materiale di varia natura (metallo, ceramica, composito) che vengono modellati in laboratorio utilizzando il modello ottenuto tramite l'impronta del dente appositamente preparato; vengono intimamente fissati al dente con resine o cementi vari.

Quando la malattia cariosa coinvolge il tessuto pulpare, si rende necessaria, oltre all'asportazione del tessuto duro del dente malato, anche l'asportazione della polpa dentaria contenuta nella corona del dente eseguendo la terapia canalare (endodontica).

Oltre che rimuovere la polpa dentale e i residui vitali o necrotici all'interno dei canali radicolari, si effettua la disinfezione e l'allargamento degli stessi con successivo riempimento con materiali più possibile inerti e biocompatibili al fine di evitare la proliferazione batterica all'interno del dente e nelle strutture periradicolari.

I denti sottoposti a terapia canalare devono essere ricoperti con appositi manufatti protesici o restauri coronali diretti al fine di evitare probabili fratture.

La corona (capsula) è una struttura in lega preziosa o in lega non nobile, rivestita con materiali vari (ceramica, resina, composito) che viene applicata sull'elemento dentario appositamente preparato, a scopo conservativo. Le corone sono, altresì, utilizzate su pilastri implantari a sostituzione di elementi dentari mancanti o fanno parte, sempre a scopo sostitutivo, di protesi "a ponte".

Edentulismo

La carie e la malattia parodontale possono essere, se non adeguatamente trattate, causa di edentulismo, parziale o totale ovvero della perdita parziale o totale dei denti.

In merito all'edentulismo, pur non avendo dati relativi al territorio nazionale, a seguito di un indagine effettuata nell'area milanese è emerso che il 42,3% di un campione di individui anziani, ospedalizzati e non, presenta edentulismo, con un numero medio di denti permanenti per persona di 3,95 negli ospedalizzati e di 10.02 nei pazienti non ospedalizzati.

Terapia

Il trattamento dell'edentulismo prevede, a seconda del numero di elementi dentari mancanti, l'utilizzo di protesi mobili o fisse e, a volte, la combinazione delle due.

Tra le prime vanno annoverate le protesi scheletrate che, preparate sull'impronta presa al paziente, servono a ripristinare la masticazione di zone edentule tramite strutture in metallo che supportano denti in resina.

Per la loro stabilità viene sfruttata la perfetta aderenza alle zone gengivali prive di denti (selle edentule) e la presenza di ganci oppure di attacchi di precisione. Per un loro corretto funzionamento vanno riadattate ("ribasate") periodicamente e deterse dopo ogni pasto principale.

Un'altra metodica di risoluzione dell'edentulia è quella che prevede l'utilizzo di protesi fissa. Gli elementi dentari precedenti e seguenti la zona edentula vengono ridotti di volume ("preparati") dal dentista e "foderati" con strutture in metallo-resina/ceramica costruite in laboratorio dall'odontotecnico. Gli elementi dentari preparati rappresentano i pilastri del "ponte" che vanno a sostituire gli elementi dentari mancanti.

La preparazione dei denti pilastro si rivela particolarmente distruttiva se si è in presenza di denti sani privi di carie. Di conseguenza, a volte, i denti devono essere devitalizzati dopo la preparazione. Altro problema, in caso di preparazione dei denti, consiste nella possibilità di insorgenza di recessioni gengivali con conseguenti risultati estetici sicuramente poco soddisfacenti.

Un altro sistema utilizzato per la risoluzione dell'edentulia è quello che prevede il posizionamento di impianti dentari, a supporto di corone protesiche.

Gli impianti costituiscono le radici dentarie artificiali, sono fatti di materiale biocompatibile (titanio) e vengono impiantati nell'osso mascellare o mandibolare al quale si legano intimamente attraverso un processo noto come osteointegrazione. Hanno forma varia, cilindrica o conica a vite, sono di lunghezza e diametro variabile.

L'intervento di inserimento dell'impianto è preceduto da un'accurata pianificazione (valutazione delle condizioni generali e locali dell'individuo, misurazione radiografica dell'osso disponibile, valutazione della posizione ideale di inserzione) e viene fatto, nella stragrande maggioranza dei casi, in anestesia locale.

A seconda delle tecniche operative, solitamente la gengiva della zona edentula viene delicatamente aperta tramite un'incisione. Con una serie di frese calibrate si prepara il letto ricevente l'impianto all'interno dell'osso. L'impianto ritenuto adatto viene inserito nel sito e la gengiva viene quindi richiusa con suture che andranno rimosse dopo 8-10 giorni.

Dopo una fase di guarigione, normalmente di 3-4 mesi, l'osteointegrazione dell'impianto è completa; si procede, quindi, alla scopertura della testa dell'impianto e, dopo qualche settimana, viene presa l'impronta della posizione dell'impianto con la quale l'odontotecnico sarà facilitato nella costruzione delle varie componenti protesiche sovra-implantari (perno-moncone e capsula singola e/o ponte).

Gli impianti possono anche fare da ancoraggio per protesi mobili. I limiti anatomici che riducono l'utilizzo degli impianti vengono ampiamente superati con tecniche di rigenerazione ossea tramite innesti prelevati in altri siti donatori, con metodiche di rialzo del seno mascellare o con tecniche di trasposizione di tronchi nervosi.

Malattia parodontale

La malattia parodontale colpisce in Italia circa il 60% della popolazione. Circa il 10% manifesta forme avanzate. Particolarmente colpite sono la fascia di età compresa tra i 35 ed i 44 anni.

La malattia parodontale comprende le gengiviti e le parodontiti, patologie che riconoscono un'etiologia multifattoriale essenzialmente batterica con l'interazione di tre cofattori:
suscettibilità dell'ospite
fattori ambientali
fattori comportamentali.

La placca batterica, pur essendo condizione necessaria, risente del ruolo indispensabile dell'interazione con l'ospite. Numerosi fattori locali e sistemici (es. diabete) influenzano il decorso clinico.

Le gengiviti interessano la gengiva vicina al dente (gengiva marginale) e sono caratterizzate da arrossamento del margine gengivale, edema, sanguinamento sotto stimolo meccanico ed a volte da aumenti di volume. Si tratta di quadri clinici completamente reversibili se adeguatamente trattati.

Le parodontiti sono un gruppo di patologie che hanno in comune la distruzione del sistema di sostegno del dente. Si manifestano con una perdita di attacco e di osso, formazione di tasche e recessione della gengiva. Sono sempre precedute da gengivite e, quindi, se si previene quest'ultima, è possibile prevenire la ben più grave parodontite.

Il segno caratteristico delle parodontiti è la formazione della tasca parodontale associata a mobilità dentaria.

La distruzione dei tessuti di sostegno dei denti è nella maggior parte dei casi irreversibile. Relativamente alle condizioni parodontali, a 4 anni il 3.56% degli individui presenta tartaro mentre, a 12 anni, i tessuti parodontali appaiono sani nel 47.81% dei casi; la presenza di tartaro si attesta al 28.33% e la presenza di sanguinamento al sondaggio è del 22.46%.

Terapia

Obiettivo principale del dentista di fronte ad un paziente con malattia parodontale è quello di arrestare la progressione della malattia ed evitare o ridurre l'insorgenza di eventuali recidive. La terapia delle parodontiti deve tener in adeguata considerazione la multifattorialità della malattia e comprendere procedure e trattamenti clinici volti a trattare il problema nella sua complessità.

Il controllo degli agenti causali viene perseguito e raggiunto attraverso il controllo della placca batterica sopragengivale (mediante l'igiene orale domiciliare, l'utilizzo di collutori, gel o paste a base di clorexidina e la detartrasi) e della placca batterica sottogengivale (levigatura radicolare) e con l'eventuale ausilio di farmaci locali o sistemici.

La detartrasi è una metodica di igiene professionale di tipo meccanico volto alla rimozione della placca batterica e dei depositi di tartaro dalle superfici dentali sopragengivali; si esegue con strumenti manuali (scaler o curette) o strumenti meccanici (strumenti sonici o ultrasonici). La detartrasi deve essere completata con la lucidatura delle superfici strumentate, per mezzo di spazzolini o coppette con pasta pomice. Gli spazi interdentali vengono rifiniti con strisce abrasive. A volte sono necessarie più sedute.

La levigatura radicolare è una metodica di igiene professionale di tipo meccanico utilizzata per rimuovere il tartaro sottogengivale, adeso alla superficie delle radici dei denti e a rendere queste ultime lisce e compatibili con i tessuti parodontali. Può essere fatta a "cielo chiuso", cioè senza scollamento della gengiva, o a "cielo aperto", cioè mediante il sollevamento di lembi chirurgici gengivali per migliorare l'accesso e la visibilità del sito da trattare.