

L'igiene orale ed il suo mantenimento

Il mantenimento dello stato di salute della bocca e dei denti è oggi un obiettivo primario al fine di prevenire sia l'insorgenza della **carie**, sia la malattia dei tessuti di sostegno dei denti conosciuta come **parodontite** (o piorrea). Entrambe le patologie, sono provocate essenzialmente dalla presenza di alcuni tipi di batteri, e se trascurate, portano alla perdita dei denti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) classifica la patologia cariosa e quella parodontale, tra le malattie più diffuse. La **carie** era nota già nel periodo mesolitico (periodo compreso tra i 10.000 ed i 6.000 anni avanti Cristo), ed è definita come un processo distruttivo a carico dei tessuti duri del dente che progredisce lentamente.

La frequenza di questa malattia varia a seconda delle razze e delle epoche, fino a diventare, ai nostri giorni, un prezzo biologico che le popolazioni devono pagare a causa del miglioramento delle condizioni di vita. In massima parte ciò è dovuto essenzialmente al cambiamento delle abitudini alimentari che fanno preferire cibi ricchi di zuccheri, (contenuti anche nella pasta e nel pane), dei quali i batteri sono particolarmente ghiotti. Tali batteri, in assenza di particolari attenzioni, sia di tipo alimentare che di tipo igienico, riescono a trasformare in meno di trenta minuti, gli zuccheri introdotti con l'alimentazione, in sostanze acide che favoriscono la diminuzione del pH (parametro di equilibrio biochimico), provocando la demineralizzazione del dente e dando così inizio alla patologia cariosa. Anche per quanto riguarda la patologia dei tessuti di sostegno dei denti, definita come **parodontite**, alcuni microrganismi (batteri) hanno un ruolo primario sull'insorgenza e sulla progressione di tale malattia.

Una sostanza molle e biancastra, definita come **placca batterica**, tende a ricoprire i denti, in special modo in corrispondenza del margine gengivale e negli spazi interdentali.

Tale patina è costituita da colonie di batteri incorporati in una pellicola gelatinosa, che con il trascorrere del tempo ne rende difficile la rimozione.

A seconda della localizzazione si distingue una **placca sopragengivale** ed una **sottogengivale**. Pertanto, se l'attacco dei batteri non viene adeguatamente contrastato, oltre al progredire della patologia cariosa, si potrà manifestare un danno alla giunzione tra dente e gengiva. Tale condizione patologica consentirà l'ingresso di sostanze tossiche e microrganismi nei tessuti sottostanti, e se trascurata potrà portare ad una lesione caratterizzata da scollamento della gengiva e formazione delle cosiddette tasche gengivali. La progressione di tale lesione esiterà in retrazione gengivale e mobilità dentaria fino alla perdita dell'elemento.

Da quanto sopra esposto risulta evidente che attualmente, per mantenere la salute della bocca, è indispensabile che si conoscano le fondamentali manovre di igiene orale e che sia motivato ad attuarle quotidianamente utilizzando gli strumenti adeguati. Si dovrà, pertanto, imparare dall'odontoiatra e dall'igienista dentale un programma di prevenzione personalizzato che comprenderà istruzioni per l'igiene orale e nozioni fondamentali sulla dieta, per ridurre l'apporto di zuccheri.

Gli strumenti per l'igiene orale ed il loro utilizzo

Si passeranno ora in rassegna gli strumenti necessari per effettuare una corretta igiene orale domiciliare, precisando che, il loro corretto utilizzo, per coloro che non hanno dimestichezza con tali presidi, richiede delle istruzioni da parte del personale

specializzato dell'ambulatorio odontoiatrico a cui ciascun lettore dovrebbe fare riferimento.

In condizioni normali, per un buon mantenimento della salute del cavo orale sono necessari.

- Spazzolino
- Filo interdentale

Ad integrazione, ed in casi particolari possono essere utilizzati:

- Scovolini interdentali
- Spazzolini monociufo

SPAZZOLINO

Caratteristiche generali e modalità di impiego

L'uso corretto dello spazzolino consente una adeguata profilassi per prevenire la carie e la parodontite. La sua azione quotidiana è indispensabile per una corretta rimozione dei depositi alimentari e della placca.

Uno spazzolino ideale non esiste, ma risulta maggiormente efficace se presenta le seguenti caratteristiche (**Fig.1**):

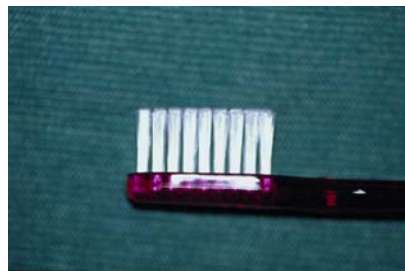


Fig. 1 - Buono spazzolino

- 1. La testina deve essere piccola con bordi arrotondati e di dimensioni non eccessive per consentire l'accesso nelle zone più difficili**
- 2. Le setole devono essere elastiche, sintetiche, di media durezza e con le punte arrotondate;**
- 3. Il numero e la disposizione delle setole deve variare a seconda delle esigenze;**
- 4. Il manico deve essere allungato e sulla stessa linea della testina (profilo piatto)**

Varie sono le metodiche di spazzolamento, ma il concetto fondamentale è che per mantenere una buona salute della bocca e dei denti occorre lavarsi i denti dopo ogni pasto con un tempo adeguato ed una forza corretta. Infatti se riduciamo il tempo ed aumentiamo la forza, avremo solo l'illusione di aver eliminato le sostanze adese alla superficie dei denti. Studi recenti hanno dimostrato che lo spazzolamento dovrebbe durare almeno tre minuti e la forza di applicazione dovrebbe essere minima (circa 25-30 grammi). Per dosare questa forza è sufficiente appoggiare la testina della spazzolino su un polpastrello di un dito della mano e spingere delicatamente fino a vedere la zona di appoggio più bianca di quella circostante. Bisogna evitare di usare

lo spazzolino in senso orizzontale in quanto tale movimento provoca un danno al bordo gengivale e non consente una adeguata rimozione della placca.

La tecnica di spazzolamento base deve essere **eseguita a bocca aperta ed avere un andamento verticale (dal rosso della gengiva al bianco dei denti)** e la testina deve avere una angolazione di circa 45 gradi. Le **seguenti immagini** (Figg. 2-13) dimostrano questa metodica



Fig.2 . Spazzolamento della superficie laterale dei denti.



Fig.3 Spazzolamento della superficie occlusale dei denti (arcata superiore).



Fig.4 Spazzolamento della superficie occlusale dei denti (arcata inferiore).



Fig.5 Spazzolamento della superficie esterna dei denti (arcata inferiore).

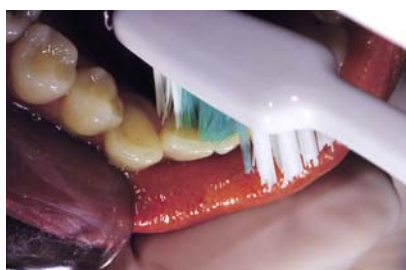


Fig.6 Spazzolamento della superficie linguale dei denti (arcata inferiore).



Fig.7 Spazzolamento della superficie linguale dei denti (arcata inferiore).



Fig.8 Spazzolamento della superficie palatale dei denti (arcata superiore).



Fig.9 Spazzolamento della superficie esterna dei denti.



Fig.10 Particolare del movimento dello spazzolino dalla gengiva al dente.



Fig.11 Spazzolamento della superficie esterna dei denti (arcata inferiore).



Fig.12 Particolare del movimento dello spazzolino per i denti incisivi.



Fig.13 Particolare del movimento dello spazzolino per i denti incisivi.

Dopo aver usato lo spazzolino, è necessario pulirlo passandolo sotto un getto di acqua ed asciugarlo e possibilmente coprirlo con un copri spazzolino per evitare che i batteri presenti possano proliferare.

Si precisa che, pur usando lo spazzolino in maniera corretta, **esso dovrà essere sostituito ogni tre mesi**, in quanto le setole, dopo questo lasso di tempo, perderanno le caratteristiche iniziali.

FILO INTERDENTALE

Caratteristiche generali e modalità d'impiego

Ad integrazione e complemento dell'azione dello spazzolino da denti risulta necessario l'utilizzo di un altro presidio per l'igiene orale e precisamente il **filo interdentale**. L'impiego corretto consente di rimuovere gli accumuli di placca nelle aree difficilmente raggiungibili dallo spazzolino e precisamente negli spazi interdentali ed a livello del bordo gengivale. Nella fabbricazione dei fili interdentali il nylon è stato il materiale per eccellenza. Attualmente esiste in commercio anche un filo costituito da gore-tex per consentire l'accesso negli spazi interdentali stretti. Particolari fili interdentali sono in commercio per consentire la rimozione della placca e dei residui alimentari sotto ricostruzioni protesiche .

L'A.D.A. (American Dental Association) divide i fili in tre tipi a seconda delle caratteristiche e degli additivi presenti nel prodotto :

tipo 1: filo interdentale non cerato senza aggiunta di nessun additivo;

tipo 2: filo interdentale cerato senza aggiunta di altri additivi;

tipo 3: filo cerato o non cerato contenente sostanze in grado di avere effetti terapeutici e di profilassi.

Si **sconsiglia l'uso dei fili cerati**, perché durante l'utilizzo la cera si stacca e rimane negli spazi interdentali favorendo la proliferazione batterica.

Tecnica consigliata per l'uso del filo interdentale :

- 1. Tagliare circa 50 cm. di filo (Fig.14), avvolgerlo intorno al dito medio di ciascuna mano per immobilizzarlo;**

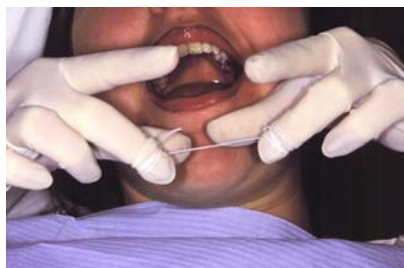


Fig. 14. Utilizzazione del filo interdentale (1)

- 2. Mantenerlo teso tra pollice ed indice (Fig. 15);**



Fig. 15. Utilizzazione del filo interdentale (2)

- 3. Adagiare il filo teso tra i due denti da pulire a livello del punto di contatto (Fig. 16);**



Fig. 16. Utilizzazione del filo interdentale (3)

- 4. Superato con una leggera forza il punto di contatto guidare il filo senza toccare la parete del dente, e prendere contatto con lo stesso solo a livello del bordo gengivale (Fig. 17);**



Fig. 17. Utilizzazione del filo interdentale (4)

- 5. Abbracciare il dente facendo un movimento a "C". (Fig.18)**



Fig. 18. Utilizzazione del filo interdentale (5)

6. **Far scivolare il filo facendolo rimanere adeso alla superficie interprossimale ed eseguire un movimento che va dalla gengiva al dente;**
7. **Rimanendo nello stesso spazio interprossimale, spostare il filo sul dente adiacente e ripetere l'operazione (Fig.19);**



Fig. 19. Utilizzazione del filo interdentale (6)

L'uso non corretto del filo può provocare traumi alle gengive.

Esiste in commercio, al fine di agevolare l'utilizzo del filo interdentale in zone di difficile accesso, l'**archetto tendifilo (Fig.20)** realizzato per quei pazienti con scarsa manualità



Fig. 20. Archetto tendifilo interdentale.

Ad integrazione o in casi particolari sono stati messi a punto gli **spazzolini interdentali** e gli **spazzolini monociufo**.

SPAZZOLINI INTERDENTALI (O SCOVOLINI)

Quando ci troviamo in presenza di situazioni particolari si rende necessario l'utilizzo degli scovolini (**Fig. 21**).



Fig. 21. Diversi tipi di scovolini.

Questi sono disponibili di varie lunghezze e diametri al fine di potersi adattare alle varie condizioni anatomiche. Sarà cura dell'odontoiatra e dell'igienista indicare al paziente l'uso corretto dello strumento e quello più adatto alla sua situazione.

Le principali indicazioni per il loro utilizzo sono:

- Sotto ponti e corone,
- Spazi interdentali troppo ampi per l'uso del filo;
- Ortodonzia fissa
- Forcazioni radicolari esposte

La tecnica per il loro utilizzo prevede un movimento di "va e vieni" di ampiezza limitata. Per facilitarne l'utilizzo lo scovolino può essere applicato ad un manico che ne favorirà l'utilizzo in zone di difficile accesso.

SPAZZOLINO MONOCIUFFO

Lo spazzolino monociuffo (**Fig. 22**) è stato ideato per rimuovere la placca batterica in zone di difficile accesso o in zone che richiedono una rimozione "precisa" della placca.

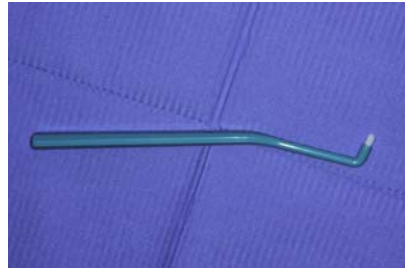


Fig. 22. Spazzolino monociufo.

Questo strumento per l'igiene orale è formato da un unico ciuffo di setole di durezza media fissato alla estremità di un manico. Si impiega impugnandolo come una penna e con piccoli movimenti circolari.

Le principali indicazioni per il suo utilizzo sono:

- Ortodonzia fissa
- Aree cervicali con erosioni profonde
- Pulizia accurata della superficie delle viti di guarigione posizionate su impianti endossei
- Pulizia di protesi su impianti endossei

Bibliografia

S.G.Condò, S. Cesarei. Gli strumenti per l'igiene orale. C.I.S.U. 1994

Okada M, Kuwahara S, Kaihara Y, Ishidori H, Kawamura M, Nagasaka N. Relationship between gingival health and dental caries in children aged 7-12 years. J. Oral Sci. 2000; 42 (3):151-5

Sharma NC, Qaqish JG, Galustians HJ, King DW, Iow MA, Jacobs Weber DA. An advanced toothbrush with improved plaque removal efficiency. Am. J. Dent. 2000; 13 (Special issue) 15A

Axelsson P, Rolandsson M, Bjerner B. How Swedish dental Hygienist apply their training program the field. Community Dent. Oral Epidemiology 1993 ;21

Levine DF Green MS. Initial therapy for the periodontally diseased patient. J. Calif. Dent Assoc. 1993 ; 21:43-9

Modica B, Re G. Trattato di Clinica Odontoiatrica, Minerva Medica 1993

Neely AL, Holford TR, Loe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man. Risk factors for progression of attachment loss in individuals receiving no oral health care. J. Periodontol. 2001; 72:1006-15

Sakki TK, Knuuttila ML, Vimpari SS, Kivela SL. Lifestyle, dental caries and number of teeth. Community Dent. Oral epidem 1994; 22(5)

Maurizio Mancini¹, Stefania Giombetti²

¹ Medico Chirurgo ed Odontoiatra, ² Igienista Dentale, Policlinico Universitario "Tor Vergata" Roma