

DEVITALIZZARE I DENTI: *SI O NO?*

L'odontoiatria classica adopera frequentemente la devitalizzazione di un dente tramite terapia canalare (endodonzia). In pratica, si asporta la polpa malata di un dente affetto, ad esempio, da carie profonda.

La polpa è la parte interna del dente, costituita da vasi e nervi che servono a nutrirlo ed a dotarlo di sensibilità. Essa ha da uno a tre prolungamenti che seguono gli omologhi canali della radice dentale (la parte del dente che s'inserisce nell'osso e che può avere conformazione unica, doppia o tripla). Una volta estratta la polpa dal dente, al suo posto si applica un cemento medicato che occlude gli spazi rimasti vuoti. In questo modo, si

cerca d'impedire la possibile proliferazione batterica ed il conseguente ascesso, seguito da una eventuale estrazione.

Tuttavia, il dottor Weston Price già dagli anni trenta, ammoniva i colleghi dentisti a non usare a cuor leggero questa tecnica, avendone rilevato la pericolosità, almeno in un buon 70% dei casi trattati.

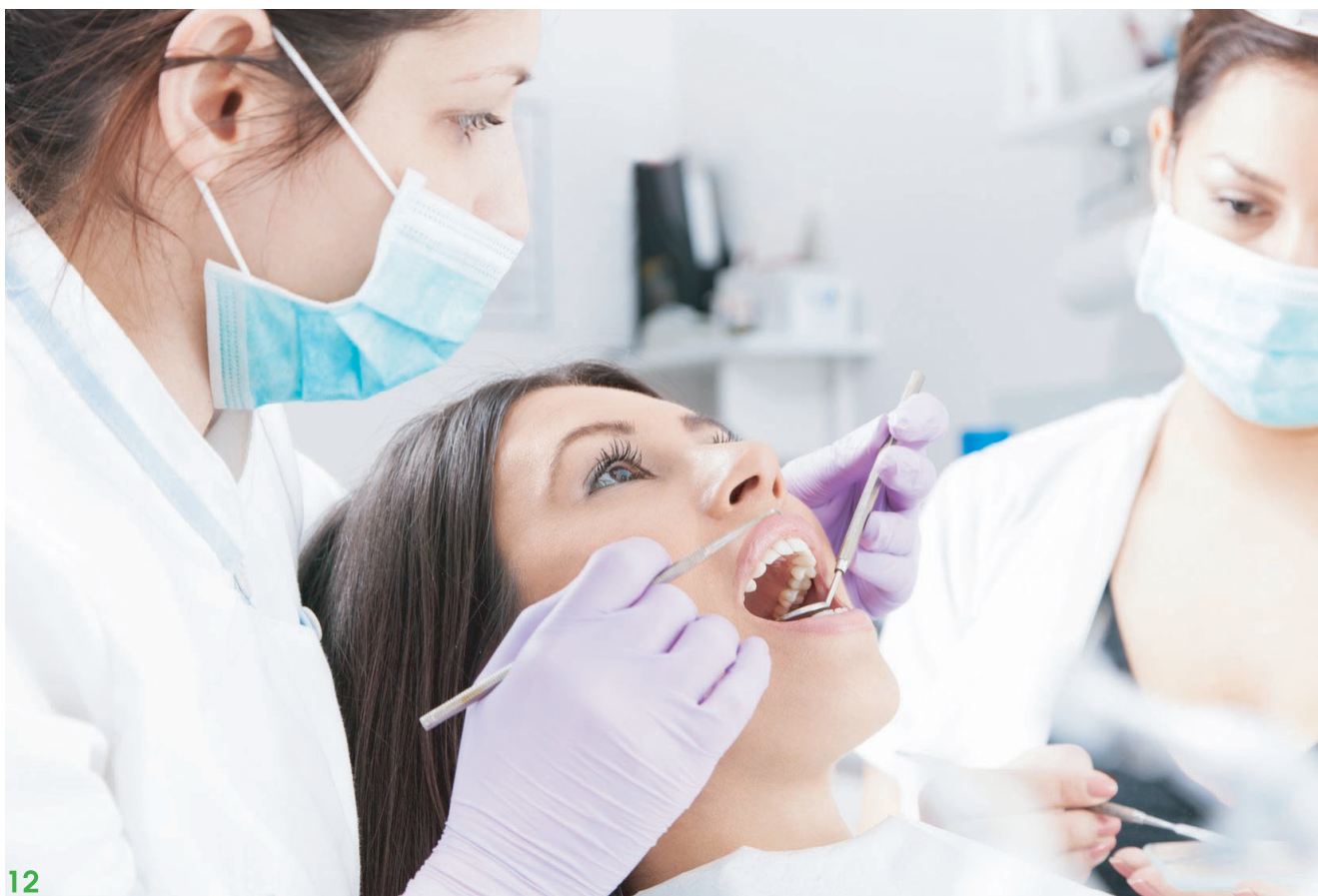
Il rimanente 30%, sempre secondo l'illustre dentista, non deriverebbe danni dall'endodonzia, grazie ad un sistema immunitario forte e ben equilibrato.

Nondimeno, anche questi ultimi, se durante la loro vita si dovessero im-

samento delle difese immunitarie, potrebbero sviluppare patologie di varia gravità.

I numerosi esperimenti di Weston Price evidenziarono come molte malattie croniche degenerative potessero essere in relazione con le infiammazioni del dente, del periodonto (l'apparato che circonda e tiene saldo il dente nell'osso) e dell'osso limitrofo.

I suoi esperimenti furono effettuati per la maggior parte sui conigli. Egli evidenziò, prima di tutto, che dopo aver estratto denti devitalizzati da alcuni suoi pazienti affetti da svariate malattie croniche degenerative, ne aveva spesso ottenuto la guarigione.



gione. Successivamente, introdusse nel sottocute dei conigli i denti in questione e constatò in questi animali gli stessi sintomi dei pazienti dai quali essi erano stati estratti.

I tessuti implicati in questi esperimenti e che mostrarono, a seconda dei casi, segni di guarigione o di malattia, furono i più vari, dalle articolazioni, al cuore, nervi, reni etc.

Va detto che ogni processo infiammatorio generatosi sia da un dente sano che da un dente devitalizzato può provocare tali sintomatologie a distanza. Questo perché i batteri con partenza dai tessuti dentali, dal periodonto e/o dall'osso infiammato adiacente, possono migrare tramite le vie sanguigne e trovare un luogo adatto dove moltiplicarsi: esattamente lì dove esiste un organo meiodipratico, che vuol dire meno resistente.

Va però fatta una differenziazione, perché il dente devitalizzato, essendo tessuto non vitale, a causa della perdita della polpa che lo nutriva, è per forza di cose incapace di difendersi dall'eventuale attacco batterico.

Dunque, esso risulta maggiormente soggetto a creare infiammazioni e soprattutto quelle di tipo cronico, quali ascessi, carie indolenti, osteiti, cavitazioni, granulomi, cisti etc.

Inoltre, Weston Price, dopo l'estrazione di denti devitalizzati, riscontrò sempre, anche nei soggetti sani, una infezione latente nel dente e nel periodonto.

Perciò, una certa percentuale di microrganismi potenzialmente patogeni sarebbe sempre presente nel dente devitalizzato, a causa del tessuto non vitale, fermo restando che i soggetti maggiormente immunoresistenti ne possono contenere la virulenza e la carica batterica. Invece, i soggetti meno resistenti svilupperebbero infezioni degenerative in siti corporei anche molto distanti dalla sede infettiva, quest'ultima chiamata focus.

A questo punto, ci si potrebbe chiedere se con le moderne tecniche si sia potuto arrivare ad una sterilizzazione completa e duratura del

dente devitalizzato, evitando così il possibile instaurarsi di malattie cosiddette focali, cioè a partenza da un focus.

La risposta è no. Certamente, si è migliorata l'accuratezza dei procedimenti, si è avuto un miglioramento anche della strumentazione e dei materiali, ma in ogni caso non si è ancora arrivati a quella certezza di poter sterilizzare completamente un dente devitalizzato, cosa che renderebbe l'endodonzia innocua e sicura. Come mai?

Il problema risiede, prima di tutto, nell'anatomia dentale. Bisogna sapere che la polpa, la cui sede anatomica si trova nella parte alta del dente detta corona, si prolunga da qui nelle radici dentali. Queste si approfondano nell'osso periodontale come quelle di una pianta per fare da supporto alla corona stessa e per portare a tutto il dente le sostanze nutritive e la sensibilità. Tali funzioni sono possibili perché le radici hanno al loro interno dei canali che permettono il passaggio di vasi e nervi di provenienza dall'osso circostante.

In endodonzia, si svuota la camera pulpare, ma anche i suoi prolungamenti canalari. Se così non fosse, il materiale residuo andrebbe in putrefazione generando una temibile infezione.

Tuttavia, i canali principali della radice possono avere dei canali secondari che dovrebbero anch'essi essere raggiunti dal cemento del dentista, ma la perfetta sigillatura è di difficile esecuzione, con risultati alterni.

Per di più, tale cemento, col tempo, tende a restringersi, ad avere cioè una contrazione che per quanto minima può dare spazio ai batteri di giungere al dente, provenendo dal periodonto che rimane vitale e

perciò sanguificato.

Quindi, i batteri, che per loro natura, sono attratti dai tessuti non vitali (e d'altra parte il loro compito naturale, tramite l'infezione, è quello di eliminarli) arrivano al dente per due vie: tramite i canali secondari non perfettamente sigillati che terminano nel periodonto sanguificato e tramite i canali principali che, seppur inizialmente ben sigillati, potrebbero andare incontro alla descritta contrazione del cemento endodontico.

Inoltre, tale processo può anche essere invertito. Infatti, Weston Price trovò che la dentina, cioè il tessuto dentale sottostante allo smalto che a sua volta è la parte di rivestimento visibile del dente, è attraversata da microscopici canali che portano a queste strutture il necessario nutrimento. Questi canalicoli non possono essere sterilizzati dai disinfettanti usati in endodonzia, perché essendo infinitamente sottili e numerosissimi, sono difficilmente raggiungibili.

Perciò, tramite le vie sopra descritte, i batteri rimasti intrappolati nella dentina possono arrivare al flusso sanguigno e dare infezioni locali od anche a distanza nei vari organi. Oppure, se anche si riuscisse a sigillare perfettamente i canali radicali principali e secondari, questi batteri potrebbero inviare le loro tossine attraverso il cemento dentale che è ad esse permeabile. In effetti, tale cemento protegge la dentina nella parte sottogengivale del dente al posto dello smalto che ha invece la capacità di non farle filtrare.

Anche le suddette tossine possono di per sé generare malattie croniche degenerative.

**...non si è ancora arrivati a quella certezza di poter sterilizzare completamente un dente devitalizzato...
Il problema risiede, prima di tutto, nell'anatomia dentale...**

Va inoltre segnalato il fenomeno del polimorfismo. Sembrerebbe infatti che questi batteri, originariamente aerobici, rimanendo in seguito alla terapia canalare sigillati nella dentina, si trasformino nei più pericolosi anaerobi (cioè capaci di vivere in carenza di ossigeno).

Ad ogni modo, la prevalenza dei batteri trovati come responsabili della maggior parte delle malattie croniche degenerative con origine da foci dentali fa parte del genere *Streptococcus* e soprattutto del tipo *fecalis*. Lo *Streptococcus mutans* invece sarebbe il più comune promotore della carie dentale.

Passando ora agli aspetti preventivi per evitare il più possibile la devitalizzazione, vista la sua non totale sicurezza, sembrerebbe che si possa mutare la flora della bocca utilizzando l'innocuo *Streptococcus Reuteri*. Esso viene inserito in pastiglie da succhiare e potrebbe nel tempo sostituirsi, con meccanismo competitivo, ai ben più patogeni "colleghi".

Va inoltre segnalata una ricerca del Prof. Steinman che ha evidenziato come il flusso fisiologico di liquidi nutritivi nei canali della dentina proceda ovviamente dalla polpa verso l'esterno del dente. Tuttavia, nel caso d'ingestione di zucchero, tale processo decorrerebbe all'inverso. Cioè, liquidi e batteri contenuti nella bocca potrebbero arrivare alla polpa attraversando i pori dello smalto ed i canali della dentina, provocando carie anche profonde. Ha anche dimostrato che non vi sarebbe bisogno del contatto dello zucchero con i denti per provocare la carie.

In effetti, ha introdotto lo zucchero in animali da esperimento direttamente nel loro stomaco, tramite una cannula. Di conseguenza, al dente è giunto un sangue con più alto indice glicemico che ha provocato ugualmente la carie, attivando gli streptococchi cariogeni della flora orale. Questi batteri sono infatti ghiottissimi di tale sostanza e la trasformano in acido lattico altamente



corrosivo per i tessuti dentali. Tutto questo spiegherebbe perché si possano generare carie in persone con un alto grado d'igiene dentale, ma che non abbiano rinunciato a nutrirsi spesso di zuccheri.

In conclusione, la cosa più importante per salvaguardare la nostra salute dentale e generale è quella di fare prevenzione. Se si arriva alla carie o peggio alla devitalizzazione, c'è qualcosa che non ha funzionato a livello di profilassi, oppure ci sono debolezze ereditarie o acquisite (carenze vitaminiche etc.).

In ogni caso, è importante usare lo spazzolino, il filo interdentale, praticare l'oil pulling (come spiegato in un precedente articolo), sciacquare i denti con soluzione alcalina (ad es. acqua e bicarbonato) e soprattutto fare tutto questo nei venti minuti successivi ai pasti, soprattutto se zuccherini. Si impedisce così ai batteri patogeni di proliferare.

E' importante anche ricorrere alla pulizia dentale dal dentista almeno ogni sei mesi per rimuovere il tartaro.

Inoltre, rimane basilare l'alimentazione (attenzione a zucchero, dolci, farine raffinate, miele etc), come abbiamo visto anche dalle ricerche di Steinman che dimostrano come la sola igiene orale sia insufficiente. Alcuni prodotti omeopatici sono anche utili per debellare la carica streptococcica (*Streptococcus viridans* somministrato in diluizione

omeopatica) e per attenuare o rendere meno gravi i danni da processi cariogeni, da devitalizzazioni, granulomi ecc.

Tuttavia, se nonostante tutto, ci si trovasse di fronte ad una carie profonda che mettesse in pericolo la polpa dentale potendola infettare, il dentista esperto e prudente, se le condizioni lo permettono, può sempre decidere una terapia conservativa. Si può cioè procedere al cosiddetto incappucciamento della polpa con idrossiapatite e otturazione classica, rimandando al futuro una sempre possibile endodonzia.

Si è visto che, sia pure in percentuale ridotta, l'intervento conservativo può generare una reazione del tessuto dentale a protezione della polpa, salvandola dalla terapia canalare. Quando è possibile, vale la pena di tentare, viste le possibili conseguenze negative locali e generali di una devitalizzazione. Né ho qui menzionato la possibile connessione dei denti con i nostri organi interni, secondo i concetti della Medicina cinese. Concetti questi non ancora chiariti ed evidenziati con certezza dalla pratica clinica.

Insomma, devitalizzazione sì, ma cerchiamo di non arrivarci e se ci arriviamo, dobbiamo divenire molto più responsabili nell'igiene dentale e nella corretta alimentazione, perché solo un forte sistema immunitario ci può tener lontani da possibili conseguenze negative e a volte molto gravi.