

Il tuo impianto sanguina?

Come capire se è peri-implantite, e quando farti vedere

Ernesto Bruschi, DDS, MS

Denti Più, Frosinone

bonebenders.com

Un impianto non si caria, ma la gengiva e l'osso che lo tengono si possono ammalare. Succede più spesso di quanto si pensi: in un ampio studio svedese, a nove anni dall'intervento, circa **un paziente su sette** aveva una peri-implantite moderata o grave¹. Quasi sempre all'inizio non fa male. Per questo conviene sapere che cosa guardare.

Le due malattie dell'impianto

Mucosite peri-implantare. La gengiva attorno all'impianto è infiammata: rossa, gonfia, sanguina. L'osso è ancora al suo posto. Si cura con l'igiene, in studio e a casa, e torna indietro.

Peri-implantite. All'infiammazione si aggiunge la perdita dell'osso che tiene l'impianto². L'osso perso da solo non ricresce, e senza cure la malattia tende ad accelerare. Prima la si prende, più strade restano aperte.

Il controllo allo specchio

Guarda e tocca la gengiva attorno a ogni impianto, con una buona luce. Segna quello che ti riguarda.

☐ sì	La gengiva sanguina quando spazzoli o passi lo scovolino attorno all'impianto.	A
☐ sì	La gengiva attorno all'impianto è più rossa o più gonfia di quella dei denti vicini.	A
☐ sì	Esce pus, oppure senti un sapore cattivo che parte sempre da lì.	B
☐ sì	Vedi il metallo dell'impianto, o la gengiva si è abbassata rispetto a prima.	B
☐ sì	Hai dolore, fastidio o gonfiore che tornano nello stesso punto.	B
☐ sì	L'impianto, o la protesi che porta, si muove.	B

E poi tre domande su di te, che non sono sintomi ma alzano il rischio: hai avuto la parodontite? L'ultimo controllo degli impianti è stato più di un anno fa? Non riesci a pulire sotto il ponte o attorno agli impianti? Le prove più solide riguardano proprio queste: una storia di parodontite, l'igiene difficile e i controlli saltati². Il fumo e il diabete non controllato sono sospettati, con prove meno nette.

Che cosa fare con le risposte

Nessun segno

Bene. Continua i controlli: almeno una volta l'anno, ogni 3–6 mesi se hai avuto la parodontite. La malattia può cominciare senza dare segni, e solo la sonda la vede presto.

Solo segni A (sanguina, è rossa o gonfia)

È probabile una mucosite. Fatti vedere **prima possibile**: è la fase in cui la cura è più semplice e la malattia torna indietro.

Almeno un segno B (pus, metallo, gengiva abbassata, dolore, movimento)

Chiedi una **visita urgente**, senza aspettare il controllo di routine. Non è detto che l'impianto sia perso, ma serve capire quanto osso c'è ancora.

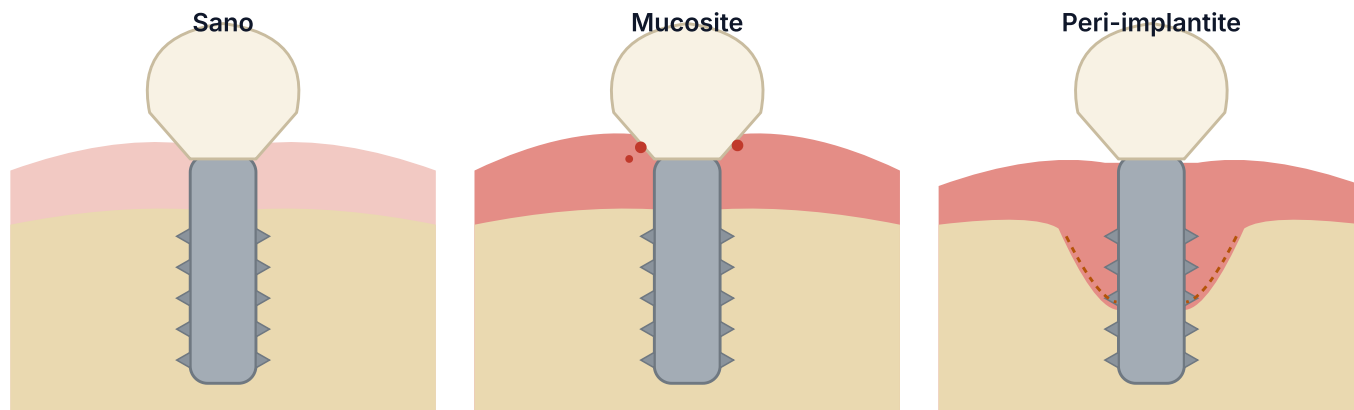
Questa scheda ti dice quando andare, non che cosa hai. La diagnosi la fanno il sondaggio attorno all'impianto e il confronto con le radiografie: lo vediamo nella pagina dopo.

Si può curare?

Che cosa succede alla visita, come si cura, che cosa chiedere

Ernesto Bruschi, DDS, MS

Denti Più, Frosinone
bonebenders.com



Nella mucosite la gengiva è infiammata ma l'osso (in beige) arriva ancora alle prime spire. Nella peri-implantite l'osso attorno all'impianto si è riassorbito a cratere.

Che cosa succede alla visita

- **Il sondaggio.** Una sonda sottile, passata con delicatezza tra gengiva e impianto, misura la profondità e mostra se sanguina o se esce pus.
- **La radiografia,** confrontata con una precedente. Se ne hai una fatta quando ti hanno messo la protesi, portala: è il riferimento più prezioso.
- **La protesi:** si controlla se si pulisce bene, se c'è cemento rimasto sotto la gengiva, se una vite si è allentata.

Come si cura

- 1 **Igiene e pulizia non chirurgica.** Si toglie la placca attaccata al titanio, in studio, e si impara a pulire bene a casa. Per la mucosite spesso basta.
- 2 **Rivalutazione** dopo 6–12 settimane³. Se la gengiva non sanguina più e non c'è pus, si passa ai controlli.
- 3 **Chirurgia,** se l'infiammazione resta³. Si apre la gengiva e si pulisce a vista; la parte di impianto rimasta fuori dall'osso si può levigare, dove il difetto ha pareti si può innestare osso, e uno spessore di gengiva in più aiuta a coprire il titanio e a tenerlo pulito.
- 4 **Controlli ogni 3–4 mesi** nel primo anno, poi con un ritmo deciso sul tuo rischio³. Fanno parte della cura: la malattia può tornare, e i controlli la prendono presto.

Allora, si può curare?

Spesso sì, soprattutto se la si prende presto. Con la chirurgia molti impianti tornano sani e restano in funzione per anni. Una guarigione garantita non esiste, e nessuno può prometterla.

A volte togliere l'impianto è la scelta migliore: quando si muove, o quando l'osso perso è così tanto che curarlo costerebbe più osso di quanto ne salverebbe. Anche questa è una cura, e permette di rimettere un impianto in un osso sano.

L'antibiotico da solo non basta

I batteri vivono in una pellicola attaccata alla superficie dell'impianto, e quella va tolta a mano. Le linee guida europee non consigliano gli antibiotici per bocca come aggiunta di routine alla cura³. Se ti viene proposto solo l'antibiotico, chiedi quale pulizia è prevista.

Cinque domande da fare al dentista

- Mi misura le tasche attorno agli impianti?
- Ha una radiografia di riferimento con cui confrontare?
- Ogni quanto devo tornare per i controlli?
- Quali spazzolini e scovolini vanno bene per i miei impianti?
- Se serve la chirurgia, quale, e perché proprio quella?

Nessuna scheda sostituisce la visita. Per sapere come stanno i tuoi impianti serve una visita parodontale completa: sondaggio attorno a ogni impianto e a ogni dente, radiografie confrontate con le precedenti, controllo della protesi. Da lì si decide se basta l'igiene o serve altro.

Ernesto Bruschi, DDS, MS · Centro Odontoiatrico Denti Più, Corso Lazio 17, 03100 Frosinone · tel. 0775 889009

1. Derks J, Schaller D, Håkansson J, Wennström JL, Tomasi C, Berglundh T. Effectiveness of implant therapy analyzed in a Swedish population: prevalence of peri-implantitis. *J Dent Res*. 2016;95(1):43–9. doi:10.1177/0022034515608832
2. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang HL. Peri-implantitis. *J Clin Periodontol*. 2018;45 Suppl 20:S246–66. doi:10.1111/jcpe.12954
3. Herrera D, Berglundh T, Schwarz F, et al. Prevention and treatment of peri-implant diseases—The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol*. 2023;50 Suppl 26:4–76. doi:10.1111/jcpe.13823