

GUIDA UPPA

---

# Lo sviluppo della dentizione

- ✓ Eruzione e caduta dei denti da latte
- ✓ Igiene orale
- ✓ Prevenzione delle carie
- ✓ Trattamento delle malocclusioni

Illustrazioni di **Camilla Falsini**



**uppa**

---

La casa editrice dedicata ai genitori,  
a cura degli specialisti dell'infanzia

# Denti dei bambini: proteggiamoli ancor prima di vederli sbucare

**Alcuni preziosi consigli su come aiutare i bambini a mantenere una bocca sana fin dai primi mesi di vita e come seguirli nello sviluppo della dentizione**

DI **ELEONORA NIGRO**, PEDODONTISTA

**A** volte, alcuni genitori sottovalutano l'importanza dell'igiene orale dei propri figli, che dovrebbe iniziare precocemente, verso i 4-5 mesi di vita, ossia ancor prima di veder sbucare

i dentini. Si comincia utilizzando degli appositi "spazzolini digitali" che il genitore può indossare per lavare la bocca e le gengive del bambino, ancora senza denti, e ricoperte solo da tessuto mucoso.

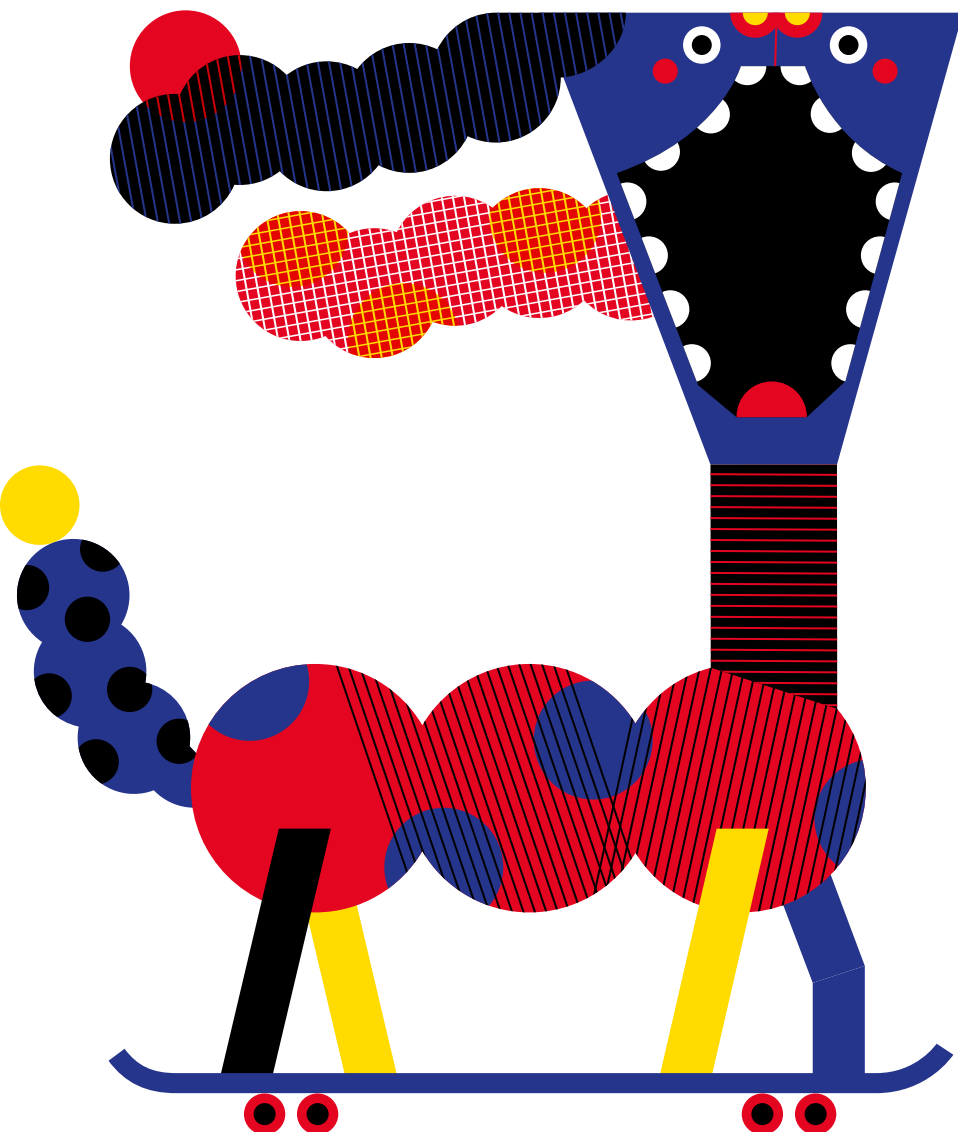
In alternativa è possibile usare una garza di cotone imbevuta in acqua potabile, sempre avvolta intorno al dito (lavato) del genitore. In questo modo si eliminano eventuali residui di latte, e quindi di carica batterica più comunemente nota come "placca", che si crea nel cavo orale e che è responsabile dello sviluppo delle principali malattie della bocca.

## **E QUANDO IL BAMBINO CRESCE?**

Nei primi mesi di vita lo spazzolamento orale può avvenire anche una sola volta al giorno, e quando spuntano i due dentini centrali della mandibola si può iniziare a usare lo spazzolino per due volte al dì. Questo perché gli zuccheri presenti negli alimenti stimolano la produzione di acidi in grado di aggredire i denti, determinando un'alta possibilità di sviluppo di carie dentali; ma lavandoli in un intervallo compreso tra i 10 e i 30 minuti dopo il pasto (facendolo prima si rischia di danneggiare lo smalto), si hanno buone probabilità di evitare il problema.

## **PREVENZIONE NEI PRIMI ANNI DI VITA**

È compito del genitore occuparsi dell'igiene orale del proprio figlio, almeno fino agli 8 anni. A 6 anni i bimbi sono già collaborativi ma il compito di supervisione si dovrà mantenere per almeno altri quattro anni, soprattutto per quanto riguarda lo spazzolamento serale. Mentre si dorme, infatti, la saliva diminuisce, lasciando così il cavo orale più asciutto e quindi più suscettibile agli acidi dei residui alimentari e dei batteri. Spetta al genitore, con la collaborazione e le



direttive del pediatra, preservare la salute del cavo orale del proprio bambino.

### ATTENZIONE ALLE CARIE!

Nei bambini le carie dentali riescono a creare in breve tempo problemi, come malocclusioni, infiammazioni, difficoltà nell'alimentazione e problemi estetici. In particolare, gli studi dimostrano che circa il 60-80% dei bambini è colpito dalle cosiddette "carie precoci". I piccoli che presentano delle carie hanno un rischio maggiore di svilupparne altre anche sui denti permanenti, ovvero i denti definitivi. Per questo, oltre a trasmettere l'importanza di una corretta e continua igiene orale, bisogna cercare di evitare il consolidamento di abitudini nocive per il bambino, come ad esempio l'uso prolungato di ciuccio o biberon (peggio ancora se ricoperto da zucchero o miele), l'abuso di zuccheri sotto forma di bevande, caramelle o altri dolciumi, oppure, ancora, quella di ciucciarsi il dito, mangiarsi le unghie o mordere oggetti.

### TENIAMOLI SOTTO CONTROLLO

In ogni caso è bene fare attenzione ad alcuni fattori che spesso vengono sottovalutati e che invece sono molto importanti per il corretto sviluppo. Ad esempio, durante la fase di crescita, è bene valutare se e da quanto tempo il bambino ha preso l'abitudine di succhiare il ciuccio o il dito. Se prolungata nel tempo, infatti, questa abitudine potrebbe far sviluppare una crescita del palato a forma di "V" che sicuramente creerà malocclusioni dentali, le quali si

possono risolvere solo attraverso l'intervento dell'ortodontista. Inoltre, è importante notare se il bimbo respira solo con il naso o si aiuta anche con la bocca, o se respira solo con la bocca: questi ultimi casi, infatti, possono indicare o un problema di adenoidi ingrossate, o uno sviluppo anomalo delle ossa mascellari che creeranno una malocclusione dentale durante lo sviluppo del bambino. Bisogna controllare anche se, quando dorme, il piccolo tende a russare, o addirittura smette di respirare per alcuni secondi, o anche minuti, andando in "apnea". Se poi presenta anche stanchezza diurna sarebbe meglio contattare il pediatra per valutare se chiedere il parere di uno specialista. Le apnee notturne normalmente derivano dall'ingrossamento delle adenoidi, ma possono coinvolgere anche le tonsille: quando tonsille e/o adenoidi sono così grandi che il bambino fa tanta fatica a respirare, può essere necessario l'intervento chirurgico che, però, non sempre è risolutivo.

### INTERVENIRE... AL MOMENTO GIUSTO

Attenzione: se per caso si forma una patina bianca o gialla sui dentini vuol dire che il mantenimento dell'igiene orale è stato scarso o non sufficiente. In particolare, se si notano delle linee o dei puntini neri sui denti, oppure denti che sembrano scavati, vuol dire che si è di fronte a un indice di carie; e se si osservano gengive gonfie e arrossate è bene andare il prima possibile dal dentista. Inoltre è importante che i denti escano tutti e, più o meno, nel periodo indicato

(generalmente entro i 3 anni di età), perché, se così non fosse, si potrebbe presentare un problema di malocclusione dentale. Per questo è fondamentale mantenere un continuo contatto con il proprio pediatra, ed è bene essere informati sui vari "campanelli d'allarme" che possono indicare un eventuale problema.

## Lavarsi i denti? Non rendiamolo un trauma

Ecco qualche consiglio utile affinché il bambino non avverta lo spazzolamento orale come qualcosa di sgradevole o negativo:

- ✓ Trovare un momento in cui sia di buon umore e rilassato; soprattutto quando è molto piccolo è preferibile evitare orari in cui è particolarmente stanco e svegliato
- ✓ Renderlo sempre partecipe; per esempio potremmo fargli scegliere il colore o il disegno dello spazzolino, in modo tale che sappia riconoscerlo come suo e si diverta a utilizzarlo
- ✓ Proporre attività stimolanti da eseguire dopo lo spazzolamento dentale, non come ricompensa, bensì dicendogli, per esempio: «Lavati i dentini, così dopo possiamo andare a giocare con il tuo gioco preferito».

# Ciuccio, dito e biberon: cosa c'è da sapere?

**La suzione, nei neonati e nei bambini piccoli, non ha un ruolo esclusivamente nutritivo, poiché serve a soddisfare anche una serie di bisogni affettivi e a superare lo stress. Tuttavia, fatta eccezione per quella al seno, non deve protrarsi troppo a lungo**

DI **MARIA CRISTINA GINI**, DENTISTA PEDIATRICA



**A**lcune caratteristiche del volto dei neonati – dalla muscolatura alle ossa e alla dentatura – possono essere influenzate, durante la crescita, da alcune funzioni: la suzione, la deglutizione, la masticazione e la respirazione. Nei primi mesi la funzione più importante per uno sviluppo equilibrato è la suzione, che non ha solo uno scopo nutritivo, bensì risponde a un'esigenza innata e naturale: rassicura il bambino, lo consola, lo rilassa.

La necessità di succhiare è diversa per ogni bimbo: alcuni, soprattutto quelli allattati al seno, soddisfano il loro bisogno con le poppate, altri cercano di riprodurre questo piacere anche quando sono sazi, attraverso il dito o il ciuccio. La suzione non nutritiva ha molti vantaggi, ma se si protrae troppo a lungo può comportare deformazioni del palato, difetti di posizione dei denti, malocclusioni, malfunzionamento della lingua e della muscolatura della bocca, viso disarmonico, respirazione orale, alterazioni del sonno (apnee ostruttive notturne) e difetti di pronuncia. Ciuccio e dito sono le scelte più comuni per il neonato che vuole soddisfare il bisogno di succhiare... ma che cosa è meglio?

## SE IL NEONATO SCEGLIE IL DITO

Dal punto di vista della prevenzione dentale la preferenza va al ciuccio perché, se si utilizza nel modo giusto, deforma meno le ossa e le arcate dentarie; inoltre, non è sempre a disposizione e sarà quindi più facile limitarne l'uso e toglierlo al momento opportuno. Il più delle volte,

però, è il bambino a scegliere: se preferisce il dito è meglio gestire con serenità e naturalezza la sua decisione. Già dopo la prima candelina sarà comunque utile distrarlo quando ciuccia e proporgli altre maniere per affrontare le frustrazioni o lo stress, in modo da rendergli più semplice la rinuncia del dito al momento di addormentarsi. Più l'abitudine di succhiare il dito si protrae nel tempo, più sarà difficile abbandonarla. Tuttavia, se la suzione si interrompe entro i 2 anni circa, le eventuali disarmonie scheletriche e funzionali tenderanno a correggersi spontaneamente.

**Il bisogno di succhiare diminuisce spontaneamente con la crescita, e in ogni caso è da scoraggiare l'uso del ciuccio oltre i 2 anni di età per limitare i rischi di conseguenze negative.**

## IL CIUCCIO

Se il bambino non dimostra una particolare passione per il dito, ma manifesta il bisogno di succhiare anche oltre le poppate, si può proporre il ciuccio. Andrebbe offerto dopo le 4-6 settimane di vita, quando l'allattamento è ormai ben avviato: farlo prima potrebbe interferire perché, soddisfatta la necessità di succhiare, il bimbo tenderebbe ad

attaccarsi più di rado al seno, stimolando meno la produzione di latte. Ma il ciuccio non è obbligatorio: se il bambino è tranquillo o lo rifiuta, non bisogna forzarlo. I bambini iniziano a conoscere il mondo attraverso la bocca, e se questa è sempre occupata dal ciuccio non riusciranno a fare nuove esperienze utili per la loro crescita sensoriale, cognitiva, motoria e intellettuale. Dobbiamo anche tenere a mente che il ciuccio non va usato per zittire il bambino ogni volta che piange: attraverso il pianto, infatti, il piccolo comunica bisogni ed esigenze differenti.

Ma come sceglierlo? Il ciuccio più adatto è di forma anatomica o a goccia, piccolo, con l'istmo (cioè lo spessore a contatto con le labbra) sottile e in silicone morbido e non deformabile.

Il bisogno di succhiare diminuisce spontaneamente con la crescita, e in ogni caso è da scoraggiare l'uso del ciuccio oltre i 2 anni di età, per limitare i rischi di conseguenze negative. La fase di distacco va preparata con anticipo, e conviene scegliere un periodo tranquillo (non durante una malattia, alla nascita di un fratellino o in altre situazioni di stress), munendosi di sensibilità, flessibilità e pazienza: iniziamo a ridurre l'utilizzo del ciuccio durante il giorno, distraendo il bambino con giochi e altre attività, e consentiamogli di usarlo nei momenti più difficili o la sera per addormentarsi, prima dell'abbandono definitivo. Per prevenire la carie, infine, è bene non pulire mai il ciuccio caduto a terra succhiandolo – perché così si possono



trasmettere al bambino i batteri cariogeni – e non intingerlo nello zucchero o nel miele.

#### **LA SUZIONE NUTRITIVA: SENO E BIBERON**

Finora abbiamo parlato della suzione non nutritiva, che permette al bambino di soddisfare un bisogno affettivo, di consolarsi o allentare la tensione, ma succhiare serve anche a nutrirsi. Il seno materno permette di rispondere naturalmente alla necessità di nutrimento e di suzione del neonato: l'allattamento, oltre a garantire benefici nutrizionali, immunitari e psicologici, è una formidabile ginnastica che consente di far sviluppare correttamente i muscoli della faccia e della bocca e riduce l'esigenza di ciuccio e dito.

Se invece per alimentare il bambino si usa il biberon, gli effetti saranno i seguenti: si sviluppano spesso schemi motori scorretti per la deglutizione, la respirazione nasale è ostacolata e il piccolo avrà bisogno di ricorrere con maggior frequenza al ciuccio per soddisfare il bisogno di suzioni non nutritive. Diventa allora importante capire quale biberon scegliere e imparare a usarlo in maniera corretta per ridurre al minimo le conseguenze negative.

#### **SCEGLIERE IL BIBERON GIUSTO**

Come il seno durante l'allattamento, il biberon va proposto a richiesta. Scegliere quello giusto può sembrare difficile perché l'offerta del mercato è ampia, ma ciò a cui bisogna prestare

attenzione, per non influire negativamente sullo sviluppo della bocca e del volto, è la tettarella, che deve essere fatta di un materiale morbido e non deformabile, in modo da non alterare ossa e dentini e da offrire al bambino la giusta esperienza sensoriale. Deve inoltre avere i fori adatti a far passare una quantità di liquido proporzionata alla capacità di deglutizione del bambino: non bisogna mai allargarli o tagliare la tettarella per velocizzare il pasto, poiché se il piccolo non è in grado di gestire un flusso eccessivo, userà la lingua come tappo e ne altererà in tal modo lo sviluppo motorio.

La funzione del biberon è di aiutare a nutrire i bambini alimentati con formula artificiale, finché non saranno in grado di utilizzare altri strumenti: dai 12-18 mesi non è più necessario e, anzi, un uso troppo frequente e prolungato può causare anomalie a carico di deglutizione, masticazione, linguaggio e respirazione. Dopo lo svezzamento bisognerebbe abituare rapidamente il bambino a bere l'acqua con il bicchiere: le nuove consistenze e i nuovi cibi servono a far crescere il piccolo anche dal punto di vista psicomotorio, neurologico e funzionale, e l'uso del biberon rischia di ostacolare l'acquisizione di nuove competenze.

Una volta comparsi i primi dentini sarà importante, per evitare la carie, non usare mai il biberon per far addormentare il bambino o lontano dai pasti, se non per bere acqua.

# La caduta dei denti da latte, quando e come avviene

**Intorno ai 6 anni inizia per i piccoli la cosiddetta “permuta”, ossia la fase progressiva di caduta dei denti da latte per lasciare il posto ai “definitivi”. L’età in cui ciò avviene, tuttavia, non è uguale per tutti, e se alcuni bambini perdono il primo dentino già a 5 anni, altri non iniziano prima dei 7**

DI **MARIA CRISTINA GINI**, DENTISTA PEDIATRICA

**L**a caduta dei primi dentini da latte è, sia per i bambini sia per i loro genitori, un momento importante ed emozionante che segna un nuovo passo verso il mondo dei grandi. Pur essendo un processo normale e fisiologico, spesso fa nascere molti dubbi, domande e a volte anche ansia.

In questo articolo cercheremo di spiegare come e quando avviene la caduta dei denti da latte e risponderemo alle domande più frequenti dei genitori in modo da chiarire tutti i dubbi e dissipare paure e incertezze.

## QUANDO CADONO I DENTI DA LATTE?

I denti da latte (o anche “dentatura decidua”) compaiono intorno ai 6 mesi e completano la loro eruzione verso i 30 mesi. Sono in totale 20 (10 nell’arcata superiore e 10 in quella inferiore), tutti cadranno e saranno sostituiti dai denti permanenti. Anche se destinati a cadere, i denti da latte hanno delle funzioni importantissime:

- consentono una masticazione efficace;
- permettono una corretta fonazione, ossia contribuiscono alla pronuncia corretta di alcuni suoni e lettere;
- mantengono uno spazio adeguato nell’arcata dentaria per lo sviluppo e la crescita dei denti definitivi, guidandoli nella loro corretta posizione durante l’eruzione.

Intorno ai 6 anni inizia per ogni bambino una fase in cui la progressiva caduta dei denti da latte lascia il posto a quelli definitivi: la cosiddetta “permuta”. Non per tutti i bambini però l’età della caduta dei denti da latte inizia e finisce nello stesso periodo. Mentre alcuni perdono il

primo dentino già a 5 anni, altri non iniziano prima dei 7.

Lo stesso avviene per la fine della dentizione permanente: a volte già a 9-10 anni tutti i denti da latte sono caduti, mentre in altri casi bisogna aspettare i 13-14 anni. Tutto ciò rientra nella fisiologia, cioè nella normalità. Differenze maggiori saranno valutate dal dentista, che mediante una visita potrà chiarire ogni dubbio.

Dai 6 ai 12 anni circa, invece, nella bocca dei bambini e dei ragazzi si trovano sia i denti da latte non ancora caduti sia denti permanenti. Questa fase di transizione viene definita “dentizione mista”. Proprio in questo periodo i genitori spesso si preoccupano per il colore più giallo dei denti definitivi, ma si tratta di una situazione normale, dovuta al diverso spessore, composizione e mineralizzazione dello smalto dei denti da latte rispetto ai definitivi. La differenza di colore non sarà più evidente quando tutti i denti saranno stati cambiati.

## QUALI DENTI CADONO PRIMA?

Come avviene per la crescita dei denti da latte, anche per quanto riguarda la loro caduta ci sono delle differenze tra bambino e bambino. Lo schema della caduta dei denti da latte non è quindi uguale per tutti, ma possiamo dire che segue più o meno quello con cui sono cresciuti dal 6° al 30° mese di vita. Mediamente le bambine sono più precoci nella permuta rispetto ai coetanei maschi, ma a oggi il motivo di ciò non è ancora stato chiarito.

Nello schema della caduta dei denti da latte possiamo distinguere tre momenti:

### 1. Prima fase di permuta (6-8 anni).

Solitamente i primi denti a cadere sono i due incisivi centrali inferiori; contemporaneamente, nella maggior parte dei bambini, iniziano a crescere, in fondo all’arcata dei denti da latte, i primi molari permanenti che erompono senza sostituire nessun dente da latte e rappresentano i primi quattro dei 12 denti in più che differenziano la dentatura permanente da quella decidua. Cadono poi gli incisivi centrali superiori e in seguito gli incisivi laterali inferiori e superiori.

**I denti da latte (o anche “dentatura decidua”) compaiono intorno ai 6 mesi e completano la loro eruzione verso i 30 mesi.**

### 2. Periodo di pausa (8-10 anni).

In questa fase, per circa due anni, il bambino o la bambina non cambierà nessun dente. È questo un momento di arresto fisiologico dello sviluppo dentale, importantissimo per lo sviluppo e la crescita delle basi ossee e per la maturazione delle “gemme” dei denti permanenti (cioè gli abbozzi da cui si svilupperanno i denti).

### 3. Seconda fase di permuta (10-12 anni).

In questi due anni la caduta dei denti da latte (canini, primi e secondi molaretti) riprende a un ritmo serrato che prevede la caduta di ben 12 denti.



Verso la fine di questo periodo, in fondo all'arcata (dietro al primo molare permanente spuntato a 6 anni), crescono i secondi molari permanenti.

I denti del giudizio (terzi molari) compariranno molto più avanti, dai 17 ai 20 anni circa, a patto che non ci siano, come spesso avviene, problemi di spazio, posizione e inclinazione dell'abbozzo dentario.

#### COME CADONO I DENTI DA LATTE?

Normalmente, quando è il momento giusto, il dente da latte cade e quello nuovo cresce. Ma come succede tutto ciò? L'eruzione dei denti definitivi ha inizio quando la loro radice inizia a formarsi e sotto la sua "spinta" il dente inizia a muoversi all'interno dell'osso della mandibola o del mascellare superiore. Quando il dente inizia a spuntare dalla gengiva, di solito la sua radice si è formata per circa la metà o i tre quarti della sua lunghezza definitiva. Il resto della crescita della radice sarà un processo molto più lungo, che durerà qualche anno. Contemporaneamente alla crescita del

dente permanente la radice del dente da latte si consuma e il dente inizia a dondolare fino ad arrivare alla caduta. A differenza di quanto credono molti genitori, i denti da latte sono dotati di radici ben sviluppate. Quello che si vede quando il dente da latte cade è solo la sua corona, cioè la parte visibile dalla gengiva.

La crescita dei denti definitivi e la caduta di quelli da latte sono il risultato di una complessa attività di cellule e molecole che determinano anche il riassorbimento delle radici dei denti decidui e dell'osso nel punto in cui il nuovo dente spinge, nonché la formazione del nuovo osso e della radice alla base del dente definitivo.

La posizione di eruzione dei nuovi denti dipende da molti fattori. Innanzitutto da dove si è formata la loro gemma e in secondo luogo dalla possibilità di uscire, determinata da un aumento di spazio nella bocca del bambino o della bambina (fatta eccezione del secondo molaretto, tutti i denti da latte sono più piccoli di quelli definitivi, per cui se

non aumentasse lo spazio non ci sarebbe posto per loro).

Le riserve di spazio più importanti nella bocca dei bambini sono le seguenti:

- formazione di diastemi tra i denti da latte, soprattutto gli incisivi inferiori, a partire dai 4 anni circa;
- aumento della distanza tra i canini, tra gli 8 e i 10 anni;
- maggiore dimensione dei secondi molaretti decidui rispetto ai premolari che prenderanno il loro posto;
- posizione di eruzione dei denti definitivi più in avanti rispetto ai decidui, soprattutto a livello degli incisivi superiori (motivo per cui spesso, quando compaiono, questi denti sono più sporgenti).

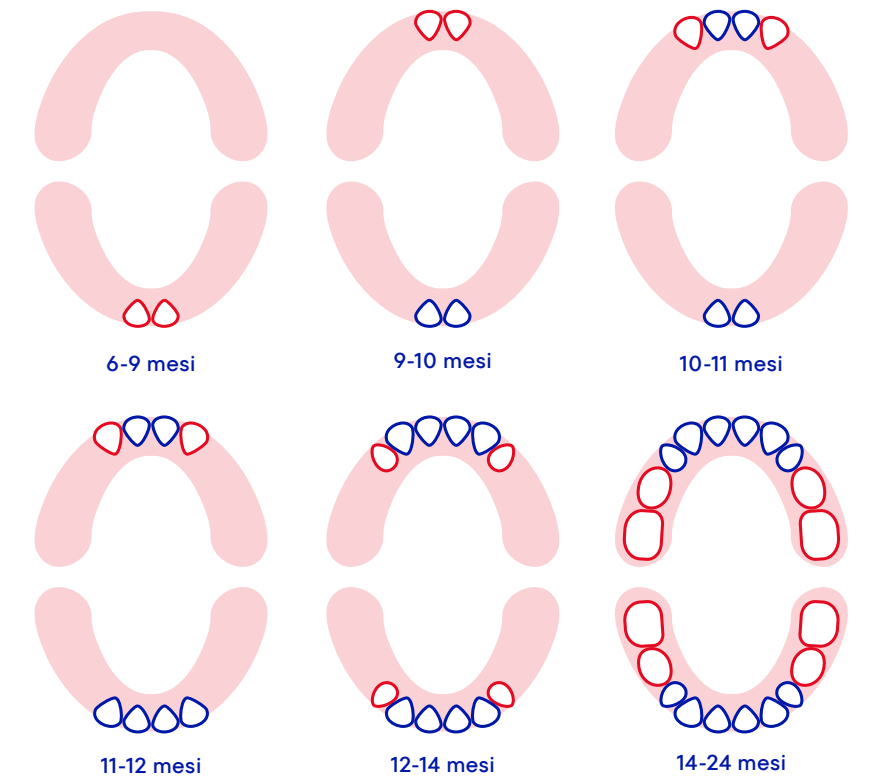
Una volta che il dente definitivo avrà fatto capolino nella bocca del bambino, la sua posizione sarà influenzata anche da altri fattori, soprattutto muscolari, come ad esempio un corretto funzionamento della lingua durante la deglutizione o quando il bambino parla, un corretto modo di masticare, di respirare e una corretta alimentazione. Tutti questi fattori contribuiscono

a far crescere bene i nuovi denti. Anche la buona salute e l'integrità dei denti da latte sono elementi importanti per la corretta crescita dei denti permanenti, difatti se i denti decidui sono gravemente compromessi a causa di carie o ascessi, anche il processo di permuta ne risentirà.

**Quando la caduta di un dentino da latte avviene senza problemi e in maniera fisiologica, l'evento è praticamente indolore.**

**PERCHÉ I DENTI DA LATTE DEVONO ESSERE SOSTITUITI?**

Siamo ora in grado di capire meglio come un processo così naturale e normale quale la caduta dei denti da latte sia in realtà il frutto di una serie di eventi complessi e perfettamente concatenati. Mentre dalla dentatura decidua si passa a quella mista e infine alla permanente, la bocca e la faccia del bambino crescono. È questo uno dei motivi per cui i denti da latte devono essere sostituiti: sarebbero troppo piccoli per le nuove dimensioni della bocca del bambino. Ma non solo: i denti da latte, oltre che più piccoli, sono anche più "morbidi" e si consumano più facilmente. È quindi anche una scelta evolutiva. I denti da latte, essendo più morbidi, consentono alla mandibola di muoversi più liberamente, movimenti che le permettono di crescere e di modellare correttamente l'ATM (Articolazione Temporo Mandibolare). Inoltre nel bambino in crescita cambia la postura (da disteso a seduto e poi in piedi), cambia il tipo e il modo



	Denti da latte	Quando escono	Quando cadono
Mascellare superiore	Incisivo centrale	7-12 mesi	6-8 anni
	Incisivo laterale	9-13 mesi	7-8 anni
	Primo molare	13-19 mesi	9-11 anni
	Canino	16-22 mesi	10-12 anni
	Secondo molare	25-33 mesi	10-12 anni
Mascellare inferiore	Incisivo centrale	6-10 mesi	6-8 anni
	Incisivo laterale	7-16 mesi	7-8 anni
	Primo molare	12-18 mesi	9-11 anni
	Canino	16-23 mesi	10-12 anni
	Secondo molare	20-31 mesi	10-12 anni

Tabella 1. Quando escono i primi dentini? E quando cadono?



di alimentazione e quindi si modifica il lavoro dei muscoli della bocca e del viso. Il passaggio alla dentatura permanente costituisce quindi un periodo molto importante e delicato per il corretto sviluppo delle arcate dentarie, dell'occlusione, delle ossa e dei muscoli del volto e del cranio.

### **FASTIDI E SINTOMI DELLA CADUTA DEI DENTI DA LATTE**

Quando la caduta di un dentino da latte avviene senza problemi e in maniera fisiologica, l'evento è praticamente indolore. Può verificarsi un po' di fastidio se il dentino stenta a cadere e rimane penzolante: la gengiva viene leggermente traumatizzata ogni volta che il dente si muove.

A volte inoltre le gengive possono essere un po' gonfie e infiammate, soprattutto nei giorni antecedenti la fuoriuscita del nuovo dente. In questi casi può essere utile applicare un po' di ghiaccio e favorire la caduta del dente facendo dondolare quest'ultimo per alcuni minuti al giorno con le dita.

Anche i denti in procinto di cadere dovranno essere tenuti ben puliti e curati, in modo da avere una perfetta igiene orale. Il consiglio è di curare in modo più delicato i denti che dondolano, pulendoli con uno spazzolino morbido e del dentifricio.

### **CADUTA DEI DENTI DA LATTE PRECOCE O POSTICIPATA**

Abbiamo visto quanto è complesso il meccanismo che regola la caduta dei denti da latte e, anche se nella maggior parte dei bambini tutto avviene in modo naturale, a volte le cose non filano perfettamente lisce, mettendo in allarme i genitori. Vediamo quali sono le problematiche più comuni nella caduta dei denti da latte e quando è veramente il caso di preoccuparsi.

In alcuni casi la caduta dei denti da latte avviene troppo precocemente, quando il dente definitivo non è "ancora" pronto per uscire. Questo può succedere a causa di un trauma che ha fatto cadere il dente o per gravi patologie, come le carie precoci destruenti, che provocano la perdita anticipata.

Mantenere i denti decidui in perfetta salute è quindi fondamentale per permettere la loro caduta fisiologica e per favorire il corretto sviluppo della dentatura permanente, evitando di avere problemi per una caduta dei denti da latte precoce.

Un evento piuttosto frequente è che i denti da latte tardino a cadere e quindi i definitivi spuntino in doppia fila, motivo di allarme e preoccupazione per i genitori. Spesso i denti in doppia fila sono causati da una mancanza di spazio in arcata per i nuovi denti, che per spuntare seguono una traiettoria diversa, posizionandosi dietro i corrispondenti denti decidui. Di solito questa situazione si risolve da sola in breve tempo con la caduta spontanea dei denti da latte e non ha conseguenze, in quanto, una volta liberato il posto, la lingua esercita la pressione necessaria e spingerà i nuovi denti nella giusta posizione.

Se invece i denti da latte non accennano a dondolare, il dentista pediatrico dovrà intervenire. Se inoltre lo spazio lasciato dai denti non è sufficiente per i nuovi, la situazione dovrà essere monitorata nel tempo dal dentista e dall'ortodontista pediatrico che valuteranno l'indicazione di una soluzione ortodontica.

Tra le cause di una caduta posticipata dei denti da latte ricordiamo inoltre:

- Traumi pregressi dei denti decidui che, danneggiando la polpa e il legamento parodontale, possono avere non solo causato danni al dente che ha subito il trauma, ma averne anche alterato

il normale processo di riassorbimento radicolare e di esfoliazione. Come conseguenza si può avere un danno allo sviluppo del nuovo dente, un ostacolo alla sua crescita o una sua eruzione ectopica (cioè non al posto giusto). Si presenta soprattutto a livello degli incisivi superiori. È un quadro che quasi sempre richiede l'intervento del dentista per estrarre il dente da latte e spesso anche dell'ortodontista per riposizionare il dente definitivo. Per questo motivo un dente da latte che ha subito un trauma deve sempre essere controllato e monitorato nel tempo.

- Carie destruenti e profonde di un dente da latte non curato o che è stato sottoposto a cure importanti a causa di pulpi o ascessi. Le patologie dei denti da latte ne alterano la vitalità e perciò interferiscono sul fisiologico processo di permuta. Questa situazione è più frequente negli incisivi superiori e nei molaretti.

- Agenesie, cioè mancanza di uno o più abbozzi dei denti definitivi. Si tratta di un quadro spesso genetico. I denti che più di frequente sono coinvolti sono gli incisivi laterali superiori e i secondi premolari. In questi casi i denti da latte corrispondenti possono rimanere al loro posto anche per molti anni e bisognerà controllarli e mantenerli sani. Sarà comunque necessario monitorare la situazione e programmare con l'ortodontista i tempi e i modi di un'eventuale terapia ortodontica e protesica.

- Presenza di abbozzi di denti sovranumerari (denti in eccesso) che, ostacolando il tragitto di eruzione dei denti permanenti, interferiscono col normale processo di riassorbimento radicolare (rizolisi) dei denti decidui che quindi rimangono ben saldi al loro posto. In questi casi bisognerà al più presto ricorrere alla rimozione chirurgica dei denti sovranumerari e valutare la necessità di ulteriori terapie.

• **Anchilosi dei denti da latte.** È questa una situazione particolare che può presentarsi associata a una caduta posticipata del dente da latte e che colpisce dall'1% all'8% dei bambini. In questi casi si verifica una fusione anomala tra la radice del dente e l'osso con la scomparsa del legamento parodontale. La presenza del legamento parodontale permette al sistema osso-dente di crescere insieme al bambino e di avere una buona masticazione. La conseguenza dell'anchilosi è che, a livello del dente deciduo interessato, l'osso non cresce e rimane più basso e anche il dente si affossa fino a scomparire sotto la gengiva. Inoltre il dente non cade quando dovrebbe. Le cause di questo quadro non sono del tutto note ed è spesso associato all'agenesia del corrispondente dente definitivo. La terapia dovrà essere decisa dal dentista in base alla gravità dell'anchilosi, dell'infraocclusione e al quadro associato.

## Cosa fare dopo la caduta del dente da latte?

Quando cade un dente da latte, sia che venga estratto a casa in maniera autonoma sia dal dentista, ci sono delle piccole regole e attenzioni da seguire:

- ➊ Mettere subito sulla ferita dei tamponi (o garze) di cotone o dischetti struccanti di spessore adeguato, leggermente bagnati nella parte che poggia sulla ferita: servirà a non muovere il coagulo appena formato quando si rimuoverà il tampone.
- ➋ Dire al bambino di chiudere i denti con il tampone interposto tra loro, così da tenerlo premuto nella zona post-eruttiva, oppure tenere premuto il tampone con un dito (pulito!) per almeno tre minuti.
- ➌ Appena si rimuove il tampone, se la ferita ha smesso di sanguinare, mettere subito qualcosa di freddo.
- ➍ Potrebbe verificarsi una perdita di sangue occasionale (saliva rosa, o tinta di sangue). In questo caso tenere il tampone premuto sulla ferita finché la fuoriuscita non si è fermata. Potrebbe essere necessario cambiare il tampone o ripetere questo passaggio. Se l'emorragia continua per più di due ore, contattare il dentista.
- ➎ Non curiosare con la lingua nella zona della ferita, o toccare la ferita con le mani sporche.
- ➏ Non fare sciacqui con l'acqua o il collutorio per il primo giorno: lo sciacquo rimuove il coagulo appena formato e la ferita inizierà a sanguinare nuovamente. Se si sente il sapore del sangue, sputare senza sciacquare, e mettere nuovamente il tampone tenendolo stretto tra i denti per altri tre minuti.
- ➐ Il giorno dell'estrazione meglio consumare cibi morbidi e freddi ed evitare cibi caldi, cibi che si sbriciolano e cibi con semi che possono entrare nella ferita.
- ➑ Mantenere la bocca pulita è essenziale: il giorno dell'estrazione ci si laverà i denti in maniera delicata, senza fare lo sciacquo finale, sputando l'eccesso dell'acqua o del dentifricio e avendo cura di non posizionare lo spazzolino nella zona della ferita.
- ➒ Il giorno successivo all'estrazione si possono riprendere le normali abitudini.
- ➓ Se l'estrazione dal dentista è stata fatta con l'anestesia, la bocca sarà insensibile per circa due ore. In questo caso è importante che il genitore faccia attenzione che il bambino non si morda, si graffi o si ferisca la guancia, le labbra o la lingua.

È bene inoltre che i genitori tengano sempre presente che perdere i primi dentini è una cosa naturale, di cui i bambini non devono avere paura, dato che si tratta di uno dei passi nella strada della crescita.

# La carie dei denti da latte, dalle cause alla prevenzione

**Le carie si presentano più facilmente nei denti da latte, poiché lo smalto è più sottile e meno mineralizzato e la "dentina", cioè la sostanza di cui è fatto il dente sotto lo smalto, è più fragile e sottile. Per questo motivo è importante curare l'igiene orale sin da piccoli con il lavaggio dei denti due-tre volte al giorno e le visite programmate dal dentista**

DI **MARIA CRISTINA GINI**, DENTISTA PEDIATRICA

**L**a carie dei denti è una malattia talmente comune che spesso viene sottovalutata e ritenuta inevitabile. Sia che avvenga nei denti da latte sia in quelli permanenti, si tratta invece di una patologia cronica che innesca un progressivo processo distruttivo dei tessuti duri del dente che può avere conseguenze anche gravi e rappresenta un fattore di rischio per molte malattie.

A ciò va aggiunto l'aspetto psicologico: un sorriso deturpato dalle carie influisce negativamente sull'autostima e sulla vita di relazione anche dei più piccoli. Inoltre, i denti distrutti dalla carie impediscono ai bambini di imparare a pronunciare correttamente i suoni e di parlare bene.

La carie nei denti da latte in particolare non permette invece ai piccoli di masticare cibi solidi, a causa del dolore o della perdita dei denti, con ripercussioni gravi sulla crescita di tutto l'organismo. In questo articolo approfondiremo quali sono le cause delle carie nei denti da latte e capiremo anche come prevenire questa patologia nei denti dei bambini, in modo da evitare cure e trattamenti riparatori.

## **LA CARIE DEI DENTI DA LATTE È DAVVERO COSÌ COMUNE?**

Purtroppo ancora oggi, anche se l'attenzione per la salute orale è molto aumentata rispetto al passato, la carie

rimane la malattia cronica più comune nei bambini, soprattutto nei Paesi occidentali.

Gli studi sulla prevalenza della carie in età pediatrica sono numerosi e, tenendo in considerazione tutti i Paesi del mondo, indicano percentuali che vanno dal 10% a più del 90%. In Italia le ultime analisi mostrano valori crescenti in base all'età: 3% da 0 a 23 mesi, 6% a 2-3 anni, 15% a 4-5 anni. Questi dati, soprattutto per i più piccoli, sono molto probabilmente sottostimati, poiché si basano su indagini e questionari autovalutativi dei genitori, i quali nella maggior parte dei casi non sono in grado di riconoscere gli stadi iniziali delle lesioni cariose.

Il quadro è comunque già preoccupante, e questo è un vero peccato, soprattutto se teniamo conto del fatto che le conoscenze e i mezzi per fare un ottimo lavoro di prevenzione fin dalla più tenera età, quando cioè i denti da latte sono più fragili e più a rischio di ammalarsi di carie, esisterebbero eccome.

## **COME SI MANIFESTA LA CARIE NEI DENTI DA LATTE: LA CARIE DA BIBERON**

La carie nei denti dei bambini non si manifesta fin da subito come un "buco" di colore scuro, come spesso credono i genitori. Inizialmente ha un aspetto innocuo: è una macchiolina di colore bianco (lo smalto del dente si demineralizza) che presto diventa bianco-giallo

o bruno. Solo a questo punto la carie diventa "cavitata", cioè si forma un buco che sembra apparire dal nulla e che cresce molto velocemente.

E solo in quest'ultimo stadio della carie il bambino può avvertire dolore, soprattutto quando mangia, a causa dell'infiammazione della polpa del dente. Se si trascurano questi "doloretti" passeggeri e occasionali, ben presto l'infiammazione si trasformerà in necrosi (morte del nervo) e in seguito si formerà un ascesso. Con il termine "carie da biberon" si intende un quadro grave e severo di ECC (*Early Childhood Caries*, ovvero "carie precoce nel bambino") che colpisce i bambini sotto i 3 anni (in genere sulla superficie liscia degli incisivi) oppure un quadro di lesioni multiple nei bambini tra i 4 e i 5 anni. Spesso in questi



bambini sono presenti lesioni già a 12-18 mesi, caratterizzate dapprima da macchie bianche sugli incisivi superiori e, a volte, sui canini. In pochissimo tempo queste lesioni si aggravano e possono distruggere i denti da latte appena nati.

### CAUSE E FATTORI DI RISCHIO DELLE CARIE NEI DENTI DA LATTE

Le carie nei denti da latte si presentano molto più facilmente rispetto ai denti permanenti, dal momento che lo smalto è più sottile e meno mineralizzato e la "dentina", cioè la sostanza di cui è fatto il dente sotto lo smalto, è più fragile e sottile. Per questo motivo gli acidi prodotti dalla placca batterica distruggono smalto e dentina più facilmente, raggiungendo con facilità la zona interna del dente, con conseguente "pulpite" (infiammazione della polpa), dolore e necrosi pulpare.

Se la struttura del dente da latte favorisce e facilita la nascita e la progressione della carie, le cause e i fattori di rischio sono molti e spesso agiscono contemporaneamente. Le principali cause delle carie nei denti dei bambini sono:

- batteri cariogeni che producono acidi a partire dagli zuccheri, per uno squilibrio nel microbiota della bocca tra microrganismi cariogeni e microrganismi "buoni" (disbiosi);
- alimentazione con eccessivo consumo di zucchero;
- igiene orale insufficiente;
- utilizzo del fluoro in quantità e/o modalità scorrette;
- fattori di suscettibilità individuale, ovvero saliva insufficiente, uso di farmaci, malattie metaboliche, difetti congeniti dello smalto;
- fattori ambientali, ovvero stato socio economico, età della prima visita dal dentista.

Le cause delle carie dei denti da latte sono quindi tante, ma la buona notizia è che tante sono anche le azioni per riuscire a prevenirne la comparsa.

### COME PREVENIRE LA CARIE DEI DENTI DA LATTE

Per prevenire le carie dei denti nei bambini, siano essi da latte o permanenti, bisogna cercare di evitare, eliminare e contrastare tutte le cause che le determinano.

Da alcuni anni, in campo pediatrico si parla dei "primi 1.000 giorni", fondamentali per la salute futura dei piccoli: per lo sviluppo cognitivo, emotivo, psicologico, per il microbiota, per lo sviluppo del sistema immunitario, dell'alimentazione e molto altro. Tutto ciò vale anche per la salute orale, strettamente connessa a quella generale, per cui sono fondamentali i primi 1.000 giorni, ovvero dal concepimento ai 2 anni di età; è per questo motivo che si parla sempre più di odontoiatria materno-infantile.

### DALLA GRAVIDANZA ALLA NASCITA

Quando una donna rimane incinta o progetta una gravidanza si rivolge al ginecologo e spesso anche all'ostetrica per essere seguita, controllata e informata (a tal proposito, è utile anche frequentare un corso preparto). In questo modo viene messa a conoscenza del fatto che patologie come l'obesità, il diabete, l'ipertensione costituiscono un rischio per la gravidanza e per il bambino. Raramente però le informazioni date riguardano il fatto che anche le gengive infiammate e le carie della mamma sono un rischio per il nascituro e possono causare aborti, parti pretermine, basso peso alla nascita, preeclampsia gravidica e carie nel bambino. Spesso si pensa che le gengive che sanguinano e le carie siano un "effetto collaterale" quasi normale della gravidanza e che le cure dal dentista siano controindicate e pericolose. Non è così: una bocca sana della mamma protegge dai rischi il feto e riduce il rischio di carie dei denti da latte nel bambino, limitando la trasmissione di batteri patogeni dalla mamma al figlio dopo la nascita.

È vero che in gravidanza, per fattori ormonali, alimentari e altro, i rischi di avere disturbi alle gengive e ai denti aumentano. Per ridurli, è quindi importante:

**1. Programmare visite frequenti dal dentista.** La futura mamma deve andare dal dentista per fare controlli regolari almeno due o tre volte nel corso dei nove mesi. Ciò per eseguire l'igiene professionale, eventualmente la fluoroprofilassi topica (prevenzione della carie dentaria attraverso l'utilizzo del fluoro) e, infine, per sottoporsi alle cure odontoiatriche, se queste sono indicate.

**2. Curare l'igiene orale e fluoroprofilassi.** La donna in gravidanza deve curare moltissimo la propria igiene orale, lavare i denti almeno due-tre volte al giorno, usare uno spazzolino morbido, un dentifricio al fluoro, il filo interdentale ed eventualmente collutori e/o prodotti remineralizzanti.

**3. Fare attenzione all'alimentazione.** Mangiare in modo sano ed equilibrato non solo garantisce la salute della mamma e del piccolo, ma permette di prevenire le carie e favorisce un buon microbiota.

### DALLA NASCITA AL PRIMO DENTINO

Dal parto in poi si ampliano le possibilità d'azione per prevenire la carie del bambino perché è possibile agire direttamente sul piccolo, anche se continuerà a essere fondamentale la prevenzione indiretta: la mamma continuerà cioè a curare la propria salute orale, e in questo modo farà attenzione a non trasmettere al bambino i germi cariogeni. Altro importante strumento di prevenzione indiretta è l'allattamento al seno, che offre moltissimi vantaggi per la salute orale del bambino.

La prevenzione diretta delle carie del bambino prevede invece i tre pilastri della prevenzione orale validi a qualsiasi età:

**1. Igiene orale.** Sin dalla nascita è molto importante pulire, dopo le poppate, le gengive, il cavo orale e la lingua del

bambino con una garza inumidita o con gli appositi guanti o ditalini in silicone. La pulizia orale fa diminuire la carica batterica proprio lì dove tra non molto nasceranno i nuovi dentini. La stimolazione orale inoltre costituirà un input allo sviluppo cognitivo e sensoriale e favorirà l'accettazione dei nuovi strumenti di alimentazione usati nello svezzamento. Nei primi mesi, essendoci molte poppate, sarà sufficiente pulire la cavità orale almeno quattro-cinque volte. Non è invece indicata la fluoroprofilassi fin quando non spunterà il primo dente.

**2. Alimentazione.** Come indicato dalle linee guida ministeriali, l'allattamento al seno è da promuovere anche per la salute orale del bambino. Infatti il latte materno contiene un ricco microbiota, sostanze prebiotiche, fattori di protezione per la carie (lattoferrina, anticorpi, cellule antibatteriche), ha sapori sempre diversi e favorisce un'educazione al gusto, presupposto per una corretta alimentazione futura, oltre a promuovere una corretta crescita e funzione delle ossa mascellari e dei muscoli.

**3. Visita dal dentista pediatrico.** Sebbene le linee guida ministeriali indichino come età per la prima visita i 18-24 mesi, molto spesso, se non è stato fatto un buon lavoro di informazione e prevenzione, a questa età alcuni bambini (almeno il 3% ma anche di più) hanno già i denti gravemente danneggiati. Per questo tra le associazioni di dentisti pediatrici si parla sempre di più delle visite neonatali e delle consulenze odontoiatriche precoci. Portare il bimbo dal dentista ancora prima che inizino a spuntare i dentini è utile, oltre che per valutare eventuali problematiche ai frenuli e alla struttura del cranio e del volto, per dare preziose informazioni ai genitori su come fare una buona prevenzione.

## DOPO IL 1° DENTINO

La comparsa del primo dente, a qualunque età avvenga (a 4 o a 10 mesi), è un

momento cruciale anche per la prevenzione: d'ora in avanti la carie può diventare reale. I pilastri della prevenzione in questa fase sono i soliti tre (igiene, alimentazione e controlli dal dentista), a cui si aggiunge la fluoroprofilassi.

**Igiene orale.** La pulizia quotidiana diventa imprescindibile. Deve essere fatta in modo accurato su tutti i denti e su tutti i lati del dente, sulla lingua e su tutto il cavo orale. Si può continuare a usare la garza o il guantino finché in bocca ci sono solo gli incisivi, e bisogna passare allo spazzolino quando spuntano i primi molari (12-15 mesi). Deve essere il genitore a lavare i denti al bambino, solo così l'igiene orale risulterà corretta ed efficace. L'autonomia del piccolo andrà comunque incentivata, ma mentre lui impara, giocando, a lavarsi i denti, il genitore è il vero responsabile della sua salute orale, almeno fino agli 8 anni. I denti devono essere lavati due-tre volte al giorno soprattutto la sera. Inoltre, mentre si lavano i denti del proprio bambino, si deve fare attenzione a eventuali macchie, bianche o gialle o brune: se queste compaiono, bisogna rivolgersi immediatamente al dentista.

**Fluoroprofilassi.** Il fluoro va utilizzato solo dal momento in cui spunta il 1° dentino. Il modo più efficace per somministrarlo è con il dentifricio, usato in quantità e dosaggio determinati in base all'età e ai fattori di rischio di ogni singolo bambino. La somministrazione di fluoro in gocce o compresse deve essere fatta solo quando non si riesce a usare il dentifricio al fluoro o in caso di alto rischio di carie e deve essere prescritta dal dentista o dal pediatra.

**Alimentazione.** L'introduzione di cibi in una bocca dove ci sono i denti (anche uno solo) impone nuove regole e nuove attenzioni, di cui parleremo in modo approfondito più avanti.

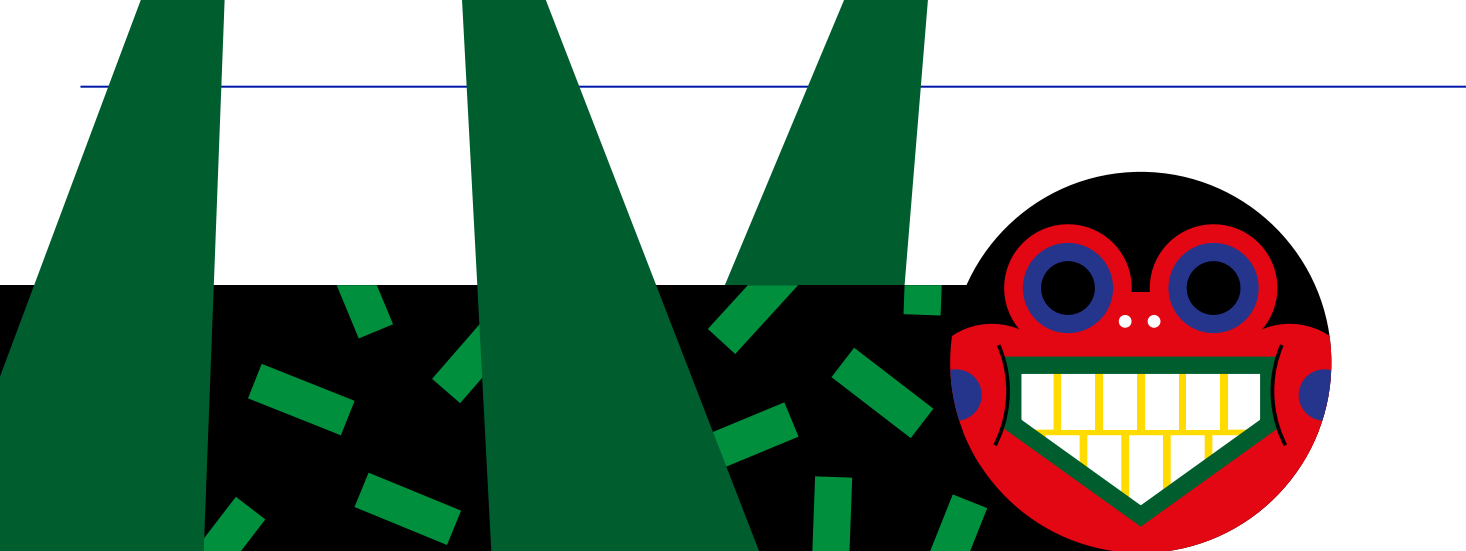
**Visite dal dentista.** Come già detto, le linee guida prevedono la prima visita a 18-24 mesi, ma una visita odontoiatrica

precoce (al primo dente o anche prima) e le indicazioni personalizzate del dentista faranno la differenza tra una bocca sana e una piena di carie. Fare delle visite periodiche (bilanci di salute odontoiatrica), oltre a prevenire e intercettare le carie, permetterà al bambino di familiarizzare con il dentista e di non averne paura.

## COME PREVENIRE LE CARIE NEI DENTI DA LATTE DOPO LO SVEZZAMENTO

Lo svezzamento è un momento cruciale, dal momento che in questa fase si mettono le basi per il futuro di una bocca sana fino all'età adulta: ciò che si darà da mangiare al bambino fino ai 2 anni influenzerà il rapporto che il piccolo avrà con il cibo per tutta la vita. Per prevenire la comparsa di carie nei denti da latte in questo momento è bene:

- continuare, se possibile, l'alimentazione con il latte materno (in caso di utilizzo della formula artificiale, dopo l'anno di età la quantità giornaliera non dovrebbe superare i 200-400 gr, al fine di evitare un eccesso di proteine);
- seguire un'alimentazione regolare, scandita in tre pasti principali e due piccole merende;
- evitare i fuori pasto;
- offrire da bere solo acqua;
- evitare di somministrare durante le ore notturne latte (anche materno), tisane edulcorate, ciuccio con zucchero o miele;
- evitare di offrire cibi con zuccheri aggiunti fino ai 2 anni, limitando la quantità di zuccheri liberi, cioè quelli che derivano dalla riduzione della frutta in succo, centrifuga o purea;
- limitare l'uso di pappe e cibi frullati (masticare cibi consistenti e fibrosi aiuta i denti e le ossa a crescere, riducendo il rischio di carie);
- prestare attenzione agli zuccheri cariogeni "nascosti" presenti nei farmaci per bambini, nei prodotti omeopatici, nei gel consigliati per i disturbi della dentizione.



I genitori dovranno cercare di continuare a seguire questi consigli anche dopo la fase di svezzamento, evitando merendine, succhi e dolci.

#### **CURE E TRATTAMENTI DELLA CARIE DEI DENTI DA LATTE**

Come abbiamo già evidenziato, se la prevenzione iniziasse nel momento giusto, se seguisse tutte le tappe previste e se utilizzasse tutti gli strumenti a disposizione, molto raramente si arriverebbe ad avere una carie nei denti decidui. In ogni caso, cosa fare se il bambino ha una o più carie nei denti da latte? Prima di tutto, curarle. I denti da latte vanno curati perché hanno funzioni importantissime, ovvero:

- permettono una corretta masticazione;
- consentono una corretta fonazione;
- mantengono uno spazio adeguato nell'arcata per i futuri denti definitivi e ne permettono l'eruzione corretta;
- favoriscono, grazie a un bel sorriso fin da piccoli, lo sviluppo di una buona autostima.

A oggi il dentista pediatrico dispone di più opzioni per il trattamento della carie dei denti da latte. La scelta dei vari tipi di trattamento e la progettazione dipenderanno dal tipo, dalla gravità e dal numero delle carie, dall'età del bambino, dalla sua collaborazione e da altri fattori. Qualunque sia il trattamento, non è possibile prescindere dalla creazione di un rapporto di empatia e fiducia tra lo specialista e il bambino. Oltre a questo, l'aiuto delle tecniche di rilassamento e l'utilizzo dell'analgesia relativa (sedazione cosciente)

con Protossido d'Azoto, possono risultare determinanti nel migliorare la collaborazione del piccolo paziente.

Una volta ottenuta la collaborazione del bambino, sarà possibile effettuare i trattamenti e le cure programmate dopo averle spiegate e discusse con i genitori. Anche il bambino dovrà essere coinvolto e informato, adeguando la comunicazione all'età e alla capacità di comprensione.

I trattamenti possibili per la cura delle carie nei denti dei bambini al momento sono i seguenti:

**1. Trattamenti tradizionali.** Nel caso di bambini collaborativi e di età in genere superiore ai 3 anni, se indicato, le carie possono essere trattate con i metodi tradizionali: si rimuove la parte di smalto e dentina cariata, eventualmente usando l'anestesia locale, e si procede quindi all'otturazione.

**2. Tecnica ART – Atraumatic Restorative Treatment.** Approccio ultra conservativo, basato sulla rimozione parziale della dentina affetta da carie, sul trattamento con Ozono terapia per sterilizzare la cavità cariosa e quindi sulla chiusura con materiali bioattivi. Questa tecnica, che può essere effettuata a volte anche senza anestesia locale, è indicata in bambini poco collaborativi e con i quali i tempi operativi devono essere ridotti al minimo.

**3. Ozono terapia.** Nel caso di bimbi molto piccoli (18-30 mesi) e/o meno collaborativi è possibile ricorrere al solo trattamento con cicli di Ozono terapia seguiti da applicazione di paste e gel remineralizzanti sia in studio sia a casa.

L'obiettivo è quello di bloccare la progressione della carie e di stimolare il dente ad "autorinforzarsi". Appena possibile, quando l'età e la collaborazione del bambino saranno maggiori, si potrà procedere a un trattamento più definitivo e all'otturazione. L'ozono è un alleato fondamentale anche per la cura e la prevenzione nei bimbi molto piccoli affetti da quadri iniziali di carie da biberon: in questi casi, la sola terapia (più volte ripetuta) con l'ozono può essere risolutiva.

È importante ricordare che qualsiasi trattamento della carie dei denti da latte è inutile se parallelamente non si agisce anche sulle cause che l'hanno provocata. La cura della carie non è solo l'otturazione, ma prevede anche un miglioramento dell'igiene orale, una corretta fluoroprofilassi, un cambiamento delle abitudini alimentari e degli stili di vita.



# Serve sempre l'apparecchio per le malocclusioni?

**Quando le arcate dentarie non si chiudono bene, o i dentini sembrano un po' storti, i genitori si chiedono spesso se sia il caso di intervenire subito con l'apparecchio. Vediamo come tipi diversi di malocclusione corrispondono a indicazioni terapeutiche differenti**

DI **MARIA CRISTINA GINI**, DENTISTA PEDIATRICA

**G**iulia ha 3 anni e mezzo e adora il suo ciuccio. Ha i dentini sporgenti e un'evidente malocclusione: la mamma è ormai rassegnata all'idea di un futuro apparecchio.

Tommaso ha 6 anni e 3 mesi, i suoi denti sono dritti e la mamma è orgogliosa del suo bel sorriso, anche se ha notato che il bimbo ha il mento un po' storto. Alla visita scolastica le hanno segnalato un problema che forse richiede l'utilizzo di un apparecchio ortodontico.

Ginevra ha 8 anni e viene portata dall'ortodontista perché ha i denti davanti un po' storti e la mamma vuole raddrizzarli subito.

Tre bambini, tre mamme e tre bocche con malocclusioni: sono tutti casi in cui serve davvero l'apparecchio?

## CHE COS'È UNA MALOCCLUSIONE

Si ha una malocclusione quando i denti delle due arcate non combaciano in maniera corretta. I fattori che la causano possono essere dentali (denti storti, inclinati in fuori o in dentro, denti in più o in meno), scheletrici – quindi a carico della mascella e della mandibola (iposviluppo o ipersviluppo, arretramento o avanzamento, palato stretto) – o una combinazione di entrambi. A questi si possono poi associare problemi funzionali (uno scorretto funzionamento della deglutizione, della masticazione o della fonazione), abitudini orali sbagliate (un uso eccessivo del ciuccio o del dito), problemi respiratori e posturali. La presenza di più fattori incide sulla gravità, l'evoluzione, le eventuali conseguenze e la complessità del trattamento

da seguire. Fare una diagnosi accurata della malocclusione e di tutti i fattori coinvolti è perciò molto importante per decidere se, quando e come intervenire. Prima di programmare un trattamento, lo specialista dovrà procedere a una visita attenta, fare fotografie, radiografie e prendere le impronte delle arcate, in modo da poter misurare con cura diversi parametri.

## L'APPARECCHIO: QUANDO E PERCHÉ

Nei bambini l'apparecchio non si mette solo per raddrizzare i denti e non ha unicamente finalità estetiche; anzi, se i dentini non sono dritti non è affatto detto che si debba ricorrere subito all'utilizzo di questo strumento. Se però ci sono anomalie della mascella o della mandibola è bene correggerle per tempo, in modo da permettere una crescita del viso il più possibile armoniosa e fisiologica.

Ogni malocclusione ha il suo periodo ideale per essere corretta. Se il problema è dovuto a fattori scheletrici e non dentali, è importante intervenire il prima possibile, anche intorno ai 5-6 anni e anche se i denti sono ancora da latte. È il caso, per esempio, del "morso incrociato" (i denti superiori chiudono all'interno di quelli inferiori), soprattutto quando associato a una deviazione laterale della mandibola: trattandolo in tenera età è possibile agire a livello ortopedico e impedire lo sviluppo di anomalie scheletriche. Lo stesso vale per il "progenismo mandibolare" (la mandibola sporge in avanti rispetto alla mascella), una grave malocclusione di origine genetica che necessita spesso di chirurgia

in età adulta: intervenendo precocemente si può ridurre questo rischio. Anche gli incisivi superiori molto sporgenti (*overjet* aumentato) vanno corretti subito perché i denti "a coniglietto" rappresentano un grosso rischio per possibili traumi dentali.

Nei casi appena citati parliamo di "ortodonzia intercettiva": i problemi si intercettano prima che diventino gravi. In altre circostanze, per esempio quando la mandibola è piccola e arretrata, il periodo migliore per iniziare il trattamento è durante il picco di crescita prepuberale, utilizzando apparecchi che stimolano la crescita mandibolare.

In tutte queste situazioni, aspettare i denti definitivi (tra i 12 e i 14 anni) vorrebbe dire "perdere un treno importante", cioè non sfruttare la crescita per ottenere una buona occlusione. Se invece il problema riguarda solo i denti storti, ma le basi ossee e l'ingranaggio delle arcate non presentano difetti, è quasi sempre meglio attendere che siano comparsi tutti i denti definitivi per raddrizzarli e ottenere, se lo si desidera, una bocca più bella.

## MOBILE O FISSO?

Non esiste un apparecchio migliore; ne esistono diversi, ciascuno adatto a correggere un determinato difetto: apparecchi funzionali mobili, ortopedici, fissi, invisibili. A volte un trattamento prevede l'utilizzo di vari tipi di apparecchi, fissi o mobili, o la combinazione di entrambi. Sarà l'ortodontista a scegliere quello giusto per ogni bambino, in base a una serie di fattori: tipo di

malocclusione, età, grado di igiene orale, livello di collaborazione, accettazione, eventuali problematiche psicologiche, familiari o scolastiche.

Ci sono anche casi in cui l'apparecchio da solo non basta, e alla terapia ortodontica può essere associato un trattamento con un altro professionista: il logopedista, per ristabilire una corretta funzionalità della lingua e della muscolatura periorale, o l'otorino, per correggere eventuali patologie ostruttive delle vie respiratorie.

### I RISCHI DELLE MALOCCLUSIONI

La malocclusione non è una malattia, tuttavia se non corretta può esporre i bambini a potenziali rischi e a una crescita disarmonica. Ma quali sono concretamente questi rischi? La ricerca non ha dimostrato una correlazione diretta tra malocclusione e carie, problemi gengivali o parodontosi (la malattia dei tessuti di sostegno dei denti), anche se i denti storti rendono più difficile un'adeguata igiene orale e quindi aumentano le probabilità che si sviluppino problemi del genere. Non è dimostrata nemmeno la correlazione con disfunzioni masticatorie o disturbi del linguaggio, ma anche in questo caso la pratica quotidiana di logopedisti e dentisti rileva spesso, in alcune malocclusioni, difficoltà nel pronunciare determinati fonemi o nella masticazione. È invece confermato, se ci sono malocclusioni con forte sporgenza degli incisivi, il rischio di traumi, anche gravi, ai denti anteriori, e danni a carico delle radici dei denti vicini in presenza di denti inclusi (cioè imprigionati nelle gengive).

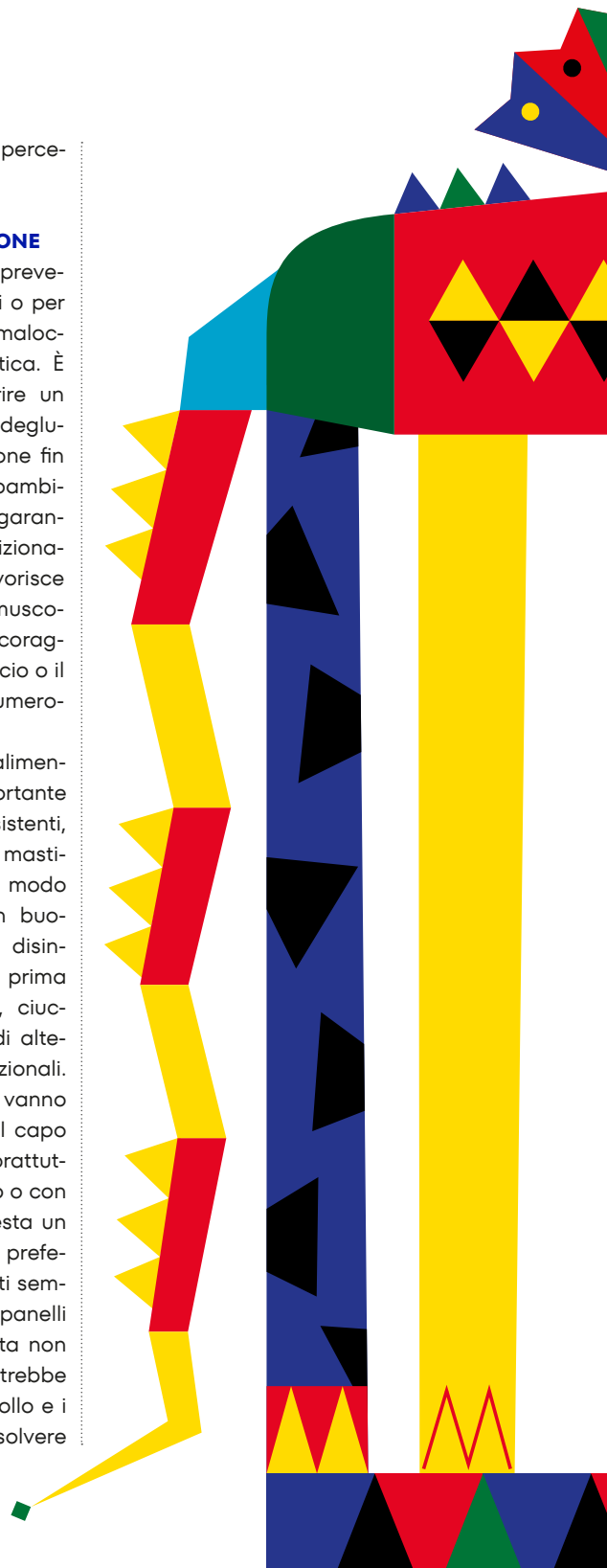
È dimostrato anche il rapporto tra malocclusione, autostima e benessere per-

sonale: un bel sorriso migliora la percezione che abbiamo di noi stessi.

### L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE

Si possono fare molte cose per prevenire possibili problemi ortodontici o per rendere meno complessa una malocclusione, anche di origine genetica. È fondamentale innanzitutto favorire un corretto sviluppo delle funzioni di deglutizione, masticazione e respirazione fin dalla nascita. Allattare il proprio bambino per almeno 6-12 mesi, oltre a garantire una serie di vantaggi nutrizionali, immunologici e psicologici, favorisce un corretto funzionamento di muscoli, lingua e respirazione; inoltre scoraggia l'abitudine di succhiare il ciuccio o il dito, riducendo così il rischio di numerose malocclusioni.

Intorno ai 6 mesi, con l'inizio dell'alimentazione complementare, è importante introdurre cibi via via più consistenti, limitando quelli frullati e macinati: masticare è essenziale per attivare nel modo corretto i muscoli e favorire un buono sviluppo della bocca. Anche disincentivare e far abbandonare il prima possibile la suzione di biberon, ciuccio o dito protegge dal rischio di alterazioni dentali, scheletriche e funzionali. Sempre a partire dalla nascita, vanno valutate eventuali asimmetrie del capo e del viso: spesso i bambini, soprattutto se nati dopo un lungo travaglio o con l'aiuto della ventosa, hanno la testa un po' irregolare; in alcuni casi, poi, preferiscono dormire ed essere allattati sempre dallo stesso lato. Sono campanelli d'allarme di una possibile crescita non armoniosa e asimmetrica che potrebbe ripercuotersi sulla bocca. Il controllo e i consigli del pediatra possono risolvere







il problema prima che sorgano altre conseguenze.

Infine è importantissimo pulire bene, e se necessario curare, i denti da latte, poiché servono non solo a masticare, ma anche a "tenere il posto" ai denti definitivi. Mantenere sana la bocca dei vostri figli è quindi la prima, più fisiologica e non traumatica terapia ortodontica.

#### GIULIA, TOMMASO E GINEVRA

Giulia, motivata dal dentista pediatrico e con l'aiuto della mamma, è riuscita, e ne è stata molto orgogliosa, ad abbandonare il suo adorato ciuccio: in meno di un anno la bocca è tornata perfetta senza bisogno dell'apparecchio.

Tommaso ha dovuto mettere un apparecchio che ha corretto il morso incrociato e la latero-deviazione, allargando il palato: il suo viso è di nuovo simmetrico e adesso può continuare a crescere in modo armonioso.

Ginevra e la sua mamma sono state rassicurate: non ci sono problemi scheletrici o funzionali e i denti storti molto probabilmente si sistemeranno da soli. In ogni caso, per ora, non è indicato nessun apparecchio.

Come queste storie ci insegnano, non è necessario mettere l'apparecchio per correggere ogni minimo difetto estetico, alla ricerca della perfezione; il pediatra saprà quando chiedere una consulenza

allo specialista: la bocca è una miniera di informazioni che, interpretate correttamente, possono far capire cosa accadrà in futuro, in modo da intervenire nella maniera più opportuna e causare il minor disagio possibile al bambino e a tutta la famiglia.

### Quando è richiesto un trattamento ortodontico...

#### ✓ **Morso incrociato o cross bite:**

i denti superiori chiudono all'interno di quelli inferiori (come un coperchio troppo piccolo per una scatola). Di solito è dovuto a un palato troppo stretto e spesso è associato a una deviazione a destra o a sinistra della mandibola e a un'asimmetria del viso.

#### ✓ **Overjet aumentato:** denti "a coniglietto".

#### ✓ **Progenismo mandibolare (o di terza classe scheletrica):**

la mandibola sporge in avanti; nei casi gravi è spesso associato a morso inverso degli incisivi superiori, che rimangono più indietro rispetto a quelli inferiori.

#### ✓ **Morso aperto:** i denti superiori, di solito gli incisivi, non sono in contatto con quelli inferiori.

#### ✓ **Morso profondo:** a bocca chiusa, gli incisivi superiori coprono troppo quelli inferiori.