

IL SORRISO UN TESORO PREZIOSO

GUIDA RESPONSABILE ALLA SALUTE DEI DENTI

a cura di
DR. PAOLO PASSARETTI
Medico chirurgo odontoiatra

SOMMARIO:

Pag.2 - Carie dei denti da latte: cura e prevenzione

Pag.5 - Ozonoterapia per adulti

Pag.6 - Testimonials: ozonoterapia dal web

Pag.7 - Ansioso quando vai dal dentista?

Pag.8 - Sedazione cosciente con protossido di ozoto

Pag.8 - Paura del dentista / Recupero casi disastrati / Prevenzione dello stress e della perdita di collaborazione / Sedazione cosciente con mascherina / Protossido d'azoto / Ansiolisi

Pag.11 - Le carie e l'autodiagnosi / La devitalizzazione dei denti / Granulomi Ascessi / Ozonoterapia dentale mininvasiva

Pag.13 - Prevenzione della carie nei bambini dalla nascita all'adolescenza

Pag.18 - Prevenzione delle gengiviti dalla nascita all'adolescenza

Pag.21 - Prevenzione delle patologie delle mucose orali e stomatiti dalla nascita all'adolescenza

Pag.25 - Prevenzione delle malocclusioni

Pag.28 - Respirazione orale

Pag.30 - Ortodonzia oppure ortognatodonzia?

Pag.38 - Traumi sui denti da latte o decidui

Pag.40 - Retrazione gengivale / Piorrea Perdita osso di sostegno / Parodontopatia Gengive / Infiammazione gengivale

Pag.43 - Protesi:articolo esplicativo

Pag.46 - Implantologia

Pag.47 - I pericoli delle tariffe troppo basse di alcuni «dentisti»

Pag.49 - Dr. Paolo Passaretti

Pag.52 - Studio dentistico: recapiti & orari

Dr.Paolo Passaretti



Laureato in medicina e chirurgia con il massimo dei voti e lode presso l'Università "La Sapienza" di Roma nel 1981 continua gli studi presso l'Università di Torino del Prof. Pietro Bracco, dove consegue un Master e presso la quale tutt'ora partecipa attivamente al gruppo di studio condividendo esperienze e nuove tecniche ortodontiche. Specializzato in odontoiatria pediatrica è socio dell'associazione italiana di ortognatodonzia funzionale e gnatologica, della società italiana di traumatologia dentale e della società italiana di odontoiatria infantile. Ha seguito il corso di perfezionamento in odontoiatria infantile e quello di ozonoterapia dentale presso l'Università di Firenze. Relatore di conferenze e corsi è stato membro e presidente per molti anni della commissione provinciale degli odontoiatri di Macerata e di associazioni di categoria. Consigliere e fondatore di AISOD, la nuova Società Italiana di Sedazione Odontoiatrica, membro della società scientifiche AINOS (associazione italiana di narco odontostomatologia) e SIDT (società italiana di traumatologia dentale)
Nel proprio studio il Dr. Passaretti si occupa di tutta l'odontoiatria di base (conservativa, endodonzia, piccola chirurgia, protesi e parodontologia di base), dell'ortodonzia, della pedodonzia, della sedazione cosciente e della **ozonoterapia** dentale.

CARIE DEI DENTI DA LATTE: CURA E PREVENZIONE

Per la **prevenzione della carie dei denti da latte**, e poi dei permanenti, i pediatri dovrebbero lavorare molto sulle mamme, anzi, ancora prima, lo dovrebbero fare i ginecologi mentre le donne aspettano il bambino. Purtroppo questo avviene di rado. Possiamo distinguere fra la "**normale**" carie dei denti da latte (che interviene dopo un pò di anni dall'eruzione dei denti, intorno al 4°/5° anno di vita) e una sindrome particolare (in un quadro clinico molto grave), oggi chiamato **ECC** (carie infantile molto precoce, dall'inglese) fino a ieri chiamata "**carie da biberon**". Si tratta di situazioni simili, ma la ECC insorge molto precocemente ed è gravemente e rapidamente destruente interessando i denti da latte **APPENA SPUNTATI**. La



causa della carie è sempre solo ed esclusivamente **una,** in qualsiasi fascia d'età, da zero a novantanove anni: **zuccheri + batteri (placca)**. E quindi anche se ci possono essere una enorme varietà di cause favorenti o scatenanti (di cui cercherò sommariamente di parlarvi) la vera causa sono i germi che fermentano gli zuccheri a contatto con lo smalto, formando un ambiente acido che crea la carie e non solo. **QUINDI SE NON CI FOSSERO ZUCCHERI O BATTERI NELLA BOCCA NON ESISTEREBBE LA CARIE!**

Tranne qualche raro caso di pediatra che cerca di proporre un'alimentazione salutare ai genitori per combattere quella spazzatura impostaci dalla pubblicità, **i nostri figli rischiano**, oltre alle **carie**, **l'obesità**, **l'ipercolesterolemie infantili**, **diabete**, **problemi circolatori**, **ipertensione precocissima**, **difficoltà di comunicazione e relazione interpersonale**. *E mi dimentico sicuramente una bella quantità di gravissime conseguenze.* Il danno è dovuto sia alla quantità totale giornaliera di zuccheri raffinati, sia **SOPRATTUTTO** alla loro frequenza di assunzione. Ovvero lo SNACKING (abitudine deleteria per i denti), di mangiucchiare frequentemente più merende (zuccherate) al giorno. L'azione cariogena degli zuccheri dura ore ed ore. O meglio, in caso di snacking forsennato, non si da tempo allo smalto di ripararsi fra un pasto e l'altro, così che la saliva non scende mai di acidità a causa della reiterata ed compulsiva assunzione di **schifezze zuccherate**. Se pensate che al bambino basti lavarsi i denti per evitare danni sappiate che...NON FUNZIONA! Infatti se c'è un eccesso di quantità e di frequenza di assunzione di zuccheri, non c'è spazzolino che tenga: la carie, prima o poi, esce fuori di sicuro. Per farvi un esempio è come se un diabetico mangiasse un' intera colomba pasquale farcita di nutella, pensando che con una doppia dose di insulina riporta tutto alla normalità! **Può funzionare secondo voi?**

Ci sono molti fattori che possono far si che, a parità di schifezze igienico alimentari, un bambino si ammali di carie ed un altro no. Come già detto la causa principale è lo snacking frequen-

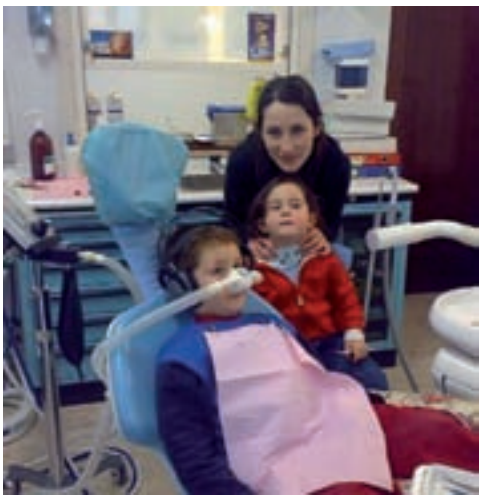
te, poi la presenza di germi particolari nell'ambito orale, vista la moltitudine di batteri che vegetano normalmente nella nostra bocca, tra i quali lo **streptococco mutans** e i **lactobacilli** che aumentano la probabilità di carie e danni collaterali. Uno dei modi per cui la bocca dei bambini è a rischio contaminazione germi, è perché direttamente vengono trasmessi dalla madre. Infatti, se la mamma ha il cavo orale contaminato da germi o carie, questi vanno a contagiare quello del bambino in vari modi: assaggiando la pappa ed imboccando il figlio con lo stesso cucchiaino oppure, raccogliendo il ciuccetto caduto, e in assenza di acqua corrente, ripulirlo mettendoselo lei in bocca prima di riproporlo al bimbo. Comportamenti antigenici ed aberranti alle volte, ma visti milioni di volte, no? E poi si sottovaluta costantemente il pericolo **saliva**, in quanto ci sono soggetti che ne producono in abbondante quantità, con acidità diverse e presenza delle più disparate tipologie di batteri e germi. Oggi giorno dai dentisti, grazie a semplici test, tutti questi fattori di rischio sono analizzabili e di conseguenza è più facile individuare il fattore rischio-carie bambino o adulto che sia.

Il VALORE di un dente da latte è in relazione all' età del bambino. Per fare un'esempio, se una carie è presente già a tre anni su un molaretto da latte, il recupero di questo elemento è di grande e primaria importanza perché il dente nuovo e permanente spunterà **a 10 anni** circa. Quindi il bambino, dovrà alimentarsi, masticarci e, in assenza di dolori e infezioni, crescerci, sviluppando il contenitore, ovvero l'osso che in assenza del contenuto, cioè il dente, avrà la mancanza di quella che noi ortodontisti chiamiamo la **"matrice funzionale"** non sviluppandosi adeguatamente. Nel caso dei denti frontali, gli incisivi (che vengono cambiati molto prima, a sei anni) se distrutti dalla cosiddetta **carie da biberon**, farà venire a mancare il cosiddetto **"sigillo anteriore"**, comportando un serio problema:
la lingua si muove troppo liberamente riproponendo lo schema della deglutizione infantile cioè, un modello di postura della lingua simile a quando il bambino viene allattato al seno, sbagliato quindi per il corretto sviluppo delle arcate. Infatti in caso di postura errata della lingua (deglutizione infantile) si crea il morso aperto, o, la terza classe (ipersviluppo della mandibola) o ancora, il morso incrociato (palato stretto).
In sostanza il danno della carie dei denti da latte, è molteplice: sofferenze, infezioni, necessità di somministrazione di antibiotici, difficoltà di alimentazione e di crescita. La conseguenza di tutto ciò porta alla necessità di apparecchi ortodontici, di cure complicate, costose, potenzialmente traumatiche per bambini così piccoli, con complicanze agli organi a distanza, quali cuore, reni, occhi, etc..
Se il bambino invece ha 9/10 anni, la conservazione di questi molaretti da latte ha un valore minore, o nullo, perché ben presto arriveranno i denti nuovi permanenti. Ma se i denti da latte sono molto rovinati si potrebbero comunque verificare seri danni ai permanenti corrispettivi.
Il danno può essere:

- **diretto,** perché in presenza di un ascesso si può bloccare la permuta regolare e il dente nuovo può nascere storto o in ritardo, per il danno che l'infezione ha provocato sullo smalto

del dente sottostante;
- **indiretto,** perchè un dente da latte rovinato crea un'ambiente orale estremamente inquinato da germi nocivi, che possono contribuire alla carie, sia dei permanenti sia degli altri denti da latte rimasti.

Quindi i denti da latte rovinati (in qualsiasi età li consideriamo) vanno curati a perfezione, tale e quale a quelli di un adulto, oppure eliminati e messo se necessario, un MANTENITORE DI SPAZIO.
Esistono tecniche di cura indolori, che tolgono la paura, e lo stress al bambino. Si tratta di odontoiatria pediatrica, che io pratico da tanti anni. Ve le presento brevemente.



La **SEDAZIONE COSCIENTE CON PROTOSSIDO D'AZOTO E OSSIGENO** è una tecnica tipicamente adatta alla odontoiatria infantile. Il bambino respira da una mascherina nasale questo protossido di azoto il quale è del tutto innocuo, in quanto non viene metabolizzato da organi come fegato o reni perchè agisce solo mentre viene respirato ed eliminato totalmente dall'organismo in pochissimi minuti finita la seduta.
Il bambino così entra in una situazione di sedazione cosciente e senza aver paura risponde agli stimoli che il dentista dà (lo possiamo paragonare ad un paio di energiche camomille)
In questo modo riusciamo a curare denti di bambini molto piccoli, (da 3 anni in su) ma anche quelli di ...**adulti molto ansiosi**.
In questo modo cambia radicalmente il rapporto e l'approccio con la seduta dentistica, mettendo in condizione il bambino (come l'adulto ansioso) di ritornare ben volentieri senza timori.
Ovviamente, questa nuova tecnica, non esclude fattori fondamentali ed insostituibili come...**la gentilezza, l'ambientazione, la spiegazione, la dolcezza di personale altamente qualificato capace di comprendere la delicata psicologia di bambini a questa età.**
Un dentista predisposto a queste tecniche di approccio e sedazione può curare con successo gran parte dei sui piccoli e grandi pazienti, anche se non ...*la totalità*.
Per questi casi, **ora**, c'è una grande novità terapeutica:
l'**OZONOTERAPIA**.
Questa è una nuova tecnica per la cura dei denti da latte (e non solo...) di bambini poco collaboranti e pazienti adulti diversamente abili. E' dal 1987 che operiamo in sedazione cosciente, la quale ha il compito di contenere ed abbattere l'ansia e lo stress di questi delicati piccoli pazienti. La sedazione cosciente già permette di risolvere con efficacia la maggior parte dei casi, con cure definitive che fanno arrivare gli elementi decidui alla permuta senza sofferenze, infezioni o perdita precoce. Ora si affianca alle tecniche

pedodontiche tradizionali una macchina generatrice di **gas ozono** che consente di eseguire l'**OZONOTERAPIA DENTALE**.
Caratteristica di tale terapia e' di bloccare, con la massima delicatezza, anche nei soggetti più piccoli ed irrequieti, la progressione della carie, **senza ricorrere ad anestesia e trapano**. **L'ozono**, sostanza già ben nota in medicina generale, produce una sterilizzazione nel tessuto carioso ed una sua eventuale rimineralizzazione. Ciò consente di rinviare cure più complete (od anche di evitarle, limitandosi a ripetere il trattamento) evitando i disturbi più frequenti e la progressione della sintomatologia legata a queste



lesioni cariose, troppo spesso precoci. In pratica, si risolve quella minoranza di casi che, nonostante la sedazione cosciente con protossido d'azoto e ossigeno, non si riesce a curare in modo usuale perché troppo piccini o troppo poco collaboranti.
L'**OZONOTERAPIA AIUTA** ad essere molto più conservativi nelle cure dei denti e talora ad evitare devitalizzazioni anche in soggetti collaboranti, sia bambini che adulti.

OZONOTERAPIA PER ADULTI

La macchina per l'ozono ha applicazioni nuove e rivoluzionarie non solo nel campo della odontoiatria pediatrica ma anche per la cura della carie ad ogni età.
Infatti é grazie a questa tecnica che nasce oggi il nuovo formidabile concetto di ODONTOIATRIA MINI INVASIVA ovvero ODONTOIATRIA A BASSO LIVELLO DI OPERATIVITÀ. Si tratta di una vera svolta epocale in odontoiatria, che permette cure meno invasive, un utilizzo molto più raro della anestesia locale e degli strumenti tradizionali (il cosiddetto, famigerato "trapano"). L'ozono ha la proprietà di uccidere i batteri responabili della carie dentale, di stimolare la rimineralizzazione e le difese naturali dei tessuti vivi del dente. L'ozono ha inoltre un effetto antidolorifico e antinfiammatorio naturale. La carie, trattata con ozono, va incontro ad un processo di guarigione reattiva attraverso la formazione di uno strato molto più duro, , come in una specie di "callosità", assai più resistente ad un nuovo processo carioso. Quindi, nel caso di lesioni cariose minime e superficiali, potremo evitare del tutto di usare gli strumenti tradizionali ruotanti e di conseguenza l'anestesia, limitandoci al solo trattamento mediante ozono. Naturalmente, come avrete capito, l'applicazione dell'ozono, in quanto gas, é assolutamente indolore. Nel caso di carie più profonde, potremo, caso per caso, limitarci ad una pulizia con strumenti manuali della carie in superficie e poi applicare l'ozono. Quindi anche in questo caso si eviteranno anestesie e strumentazioni aggressive. Nel caso poi di carie molto avanzate, che hanno già presentato dolore, infiammazione del nervo o addirittura l'iniziale infezione della polpa dentale, l'abbinamento di

tecniche tradizionali con la applicazione dell'ozono, potrà evitare in molti casi la devitalizzazione del dente, o guarire più facilmente l'infezione, e controllare molto più rapidamente i sintomi dolorosi. Quindi l'ozono permette terapie delicate, estremamente conservative e non invasive, in molti casi completamente indolori, che preservano al massimo la struttura del dente, con costi spesso meno impegnativi di molte delle cure tradizionali.

TESTIMONIALS
- OZONOTERAPIA DAL WEB -

È una vera rivoluzione copernicana nella visione odontoiatrica. Mi interesso da sempre di terapie naturali, approfondendone l'applicazione al campo odontoiatrico. Da questo punto di vista, la terapia tradizionale della carie ha due difetti: - comporta il sacrificio di tessuto dentale - per ristabilire l'integrità anatomo-funzionale del dente è necessario ricorrere a materiali estranei, che da un lato, sono sottoposti ad usura e devono quindi essere sostituiti e dall'altro, presentano una tossicità più o meno elevata, attuale o potenziale, in base allo stato di salute dell'organismo. L'ozonoterapia mi è apparsa immediatamente come la soluzione a questi problemi. I primi tentativi di utilizzo dell'ozono in odontoiatria risalgono ad una settantina d'anni fa in Francia, ma solo nella metà degli anni '80, il professor Edward Lynch, del Royal London Hospital Medical College, riuscì a dimostrare la rimineralizzazione di lesioni cariose radicolari dopo un'unica esposizione ad elevate concentrazioni di ozono. Lo sviluppo di queste ricerche ha permesso di studiare ed elaborare un'apparecchiatura capace di erogare ozono direttamente sulla lesione, alla concentrazione richiesta e in condizioni di sicurezza assoluta per il paziente. La carie è un processo patologico multifattoriale, il cui sviluppo richiede la presenza di carboidrati fermentabili, di batteri, di superfici di attacco, di proteine e di substrati per il nutrimento dei microbi. Tutti questi formano le condizioni ambientali di nicchia acida, ANE (acid niche environment). L'ozono è in grado di alterare l'ecologia di questo sito, grazie alla sua capacità di annientare in pochi secondi funghi, batteri e virus, di eliminare le proteine acide, di ristrutturare smalto e dentina. Fino agli anni '90, si riteneva che il processo carioso iniziasse dallo smalto, quindi dalla superficie del dente, e comportasse demineralizzazione e formazione di una cavità. Lo si considerava quindi facilmente diagnosticabile visivamente, con l'ausilio di sonda e radiografie. Ma studi recenti, eseguiti sezionando centinaia di migliaia di denti estratti, hanno fatto sì che si affermasse un nuovo modello: la carie, nella grande maggioranza dei casi inizia direttamente nella dentina, quindi dall'interno del dente, mentre lo smalto è apparentemente integro. Si suppone che dei batteri riescano a penetrare nel dente attraverso fratture e microporosità dello smalto. Tutto ciò rende molto difficile la diagnosi con i metodi tradizionali. Nel 2001, Kidd e Banerjee hanno dato questa definizione: la carie dentale del XXI secolo è un processo metabolico reversibile, orientato verso la demineralizzazione di smalto e dentina. Quindi, trattandosi di una lesione reversibile, fondamentale è la diagnosi il più precoce possibile, in modo che la terapia non debba comportare alterazioni strutturali del dente.
A tale fine, occhio nudo e specillo non sono sufficienti, per cui, dopo ispezione

e detersione, si procede alla misurazione della fluorescenza con il KaVo Diagnodent, che emette un raggio laser fluorescente e ne capta la riflessione da parte del dente: il tessuto sano e quello malato si comportano in maniera differente e la lettura dell'apparecchio permette anche un giudizio di gravità, indicato su una scala graduata. Sulla prestigiosa rivista Caries Research, Lussi si ha così espresso a questo proposito: "Il Diagnodent è lo strumento più affidabile per la diagnosi delle carie dentinali". Laddove si riscontrano valori patologici (minore di 12, ma maggiore di 25, secondo la scala laser), si procede alla terapia. Per risolvere i problemi legati alla tossicità, è stato messo a punto un apparecchio (KaVo Healozone) che eroga ozono (2100 ppm/300 cicli al secondo) solo se si mantiene una sigillatura intorno al dente per mezzo di una coppetta in silicone.
Alla fine del trattamento, che dura da 10" a 60", tutto l'ozono viene aspirato e ritrasformato in ossigeno. Si applica sul dente un liquido riducente, dal forte potere rimineralizzante, e si congeda il paziente.
Il tutto senza dolore, senza anestesia e senza trapano. Dopo 6-9 settimane i pazienti vengono richiamati e sottoposti ad una nuova lettura con il Diagnodent: in più del 90% dei casi le lesioni risultano regredite.
Agli altri, viene ripetuto il trattamento e vengono sottoposti ad un'ulteriore verifica dopo altre 6-9 settimane. Sia negli adulti, sia nei bambini, quando è possibile, si valuta il pH salivare e in caso di acidosi, si prescrivono rimedi atti a ristabilire l'equilibrio, uniti a consigli dietetici.
Bisogna però tenere presente che ogni paziente ha un suo vissuto individuale e anche una semplice carie può celare dei conflitti e dare una chiave per interpretarli.

ANSIOSO QUANDO VAI DAL DENTISTA?

Oltre i bambini, anche molti adulti, non riescono con facilità ad accostarsi alle cure dentistiche, e si riducono ad andare e sedersi in poltrona solo in situazioni di emergenza, correndo il rischio di trascurare un organo così importante per la salute e la bellezza, come è la bocca. Tutto ciò talvolta nasce da brutte



esperienze subite da bambini, quando c'erano pochi dentisti specializzati in pedodonzia, ed i generici facevano quello che potevano, del loro meglio, ma spesso tutto diventava un vero incubo. Per queste persone, ma anche per tutti gli altri, c'è la tecnica della ***sedazione cosciente***. E' rivolta a tutti, perchè in realtà per NESSUNO, la seduta dal dentista è una passeggiata. Questa permette semplicemente di respira col naso un aereosol da una mascherina, entrando in una situazione di sedazione, pur rimanendo coscienti, collaboranti e vigili. Questo aereosol è composto da sostanze assolutamente innocue infatti si usano su bambini molto piccoli, su pazienti che hanno avuto infarto, ictus,

ipertensione, in soggetti asmatici o epilettici, perchè abbassando lo stress e l'adrenalina, diminuisce radicalmente i rischi legati a questi stati di salute.
Scomparendo la paura, si instaura una situazione di relax, allontanando l'intolleranza dello specchietto in bocca e accettando più volentieri anche le ingombranti impronte senza nausea, non accorgendosi nemmeno del momento in cui viene effettuata l'anestesia. Si toglie una grande parte del dolore tanto che si possono effettuare interventi anche senza anestesia, e tutto il rapporto col dentista e la sua poltrona migliora radicalmente. Non dà allergie, e l'aereosol che viene respirato, è composto da altissima percentuale di ossigeno, e una parte di protossido (variabile da persona a persona) che è un gas che non viene metabolizzato dall'organismo, perchè al contrario dei veri farmaci, questo non impegna fegato e reni nello smaltimento, e viene eliminato totalmente con il respiro nel giro di tre minuti. Questo significa anche che il paziente è sempre in grado di poter ritornare a casa senza alcune conseguenze e senza alcun accompagnatore, in quanto la sedazione svanisce nell'arco di 3 minuti.

SEDAZIONE COSCIENTE CON PROTOSSIDO DI AZOTO

La sedazione cosciente con protossido d'azoto e ossigeno è una tecnica tipicamente adatta alla odontoiatria infantile (dai 3 anni in poi). Il bambino respira da una mascherina nasale questo aereosol (del tutto innocuo, che non viene metabolizzato da nessun organo come fegato o reni, perchè agisce solo mentre viene respirato, su specifici recettori naturali, ed eliminato totalmente dall'organismo in pochissimi minuti, finita la seduta). Il bambino così



[Giovane paziente in sedazione cosciente]

entra in una situazione di sedazione (equivalente ad un paio di energiche camomille) ma rimane sempre cosciente, apre o chiude la bocca e esegue tutte le richieste del dentista senza più nessuna paura.
Questa tecnica va affiancata da altre modalità di approccio più tradizionali, come la gentilezza, l'ambientazione, le spiegazioni, la dolcezza di personale molto addestrato a comprendere la delicata psicologia di bambini di questa età.

PAURA DEL DENTISTA/ RECUPERO CASI DISASTRATI/ PREVENZIONE DELLO STRESS E DELLA PERDITA DI COLLABORAZIONE/SEDAZIONE COSCIENTE CON MASCHERINA PROTOSSIDO D'AZOTO/ ANSIOLISI

Capita spesso purtroppo che vengano alla mia osservazione bambini che hanno avuto precedenti esperienze negative in uno studio dentistico. Un dentista, magari con molta buona volontà e fidandosi del primo approccio col bambino che ancora non sa nulla della cura dentistica, e quindi è tranquillo e fiducioso, intraprenda la cura del dente senza sufficienti accortezze.

Quindi poggia il trapano sul dente senza anestesia, forse perchè pensa che la carie è piccola e il dente non sentirà nulla. O per paura di fare l'anestesia (sia perchè pensa che l'anestetico non va bene per un bimbo così piccolo che avrà difficoltà a smaltirlo, sia perchè teme che il bimbo sentirà l'ago e smetterà di collaborare). Queste sono storie che mi vengono costantemente riferite dai genitori di questi bambini che, ormai terrorizzati, vengono da me sperando di riuscire a curare quei dentini senza stress. Non vi voglio sembrare presuntuoso, ma avendo io dedicato la mia vita professionale ad essere più possibile indolore (per tutte le età, per tutti i bambini da zero a 99 anni.), ormai ho



[Paziente anziano che si avvale della sedazione]

questa "fama" più o meno meritata, di dentista indolore. Cioè, visti i miei accorgimenti per la parte pediatrica, la sedazione cosciente con protossido, l'ozonoterapia dentale, e tutte le altre frecce all'arco che mi consentono di approcciare più delicatamente possibile a questi soggetti, i miei studi di odontoiatria pediatrica ed ortodonzia infantile, mi capita molto frequentemente di dover recuperare alla collaborazione dei soggetti (anche adulti fobici che queste esperienze le hanno vissute chissà quanto tempo prima, e li hanno condizionati per tutta la vita) difficilmente collaboranti. Questo non significa assolutamente che bisogna avere chissà quali attrezzature o specializzazioni per curare un paziente di qualunque età senza stress e dolore. Questo viene ottenuto ogni giorno da tantissimi dentisti, in ogni parte del mondo sulla stragrande maggioranza di pazienti anche bimbi piccoli. Ogni soggetto è diverso, e ci sono individui ipersensibili. Oppure, come dicevo prima, anche piccole mancanze di adatti accorgimenti possono giocarci la collaborazione di soggetti meno predisposti alla collaborazione. Ma bisogna tenere presente che, volendo fare una immaginaria



[Clima di serenità e famigliarità in ambulatorio]

statistica, su 10 bambini di 5 anni, per fare un esempio, il dentista che opera con gentilezza e adeguati accorgimenti, può trattare 3-4 di questi bambini senza

che loro abbiano stress. Chi ha la anche la sedazione con protossido oltre gli accorgimenti di cui prima, può arrivare a 6-8 su 10. Con l'ozono, oltre al resto, si arriva a 8-9. Ma 10 su 10 non ci arriva nessuno, neanche il mago Merlino. Questo significa che se il caso è particolarmente disastrato dal punto di vista della odontofobia e della collaborazione, ci sono soggetti (ho fatto l'esempio di un bambino di 5 anni, ma vale, come sempre per ogni bambino da 0 a 99 anni.) che non si riuscirà a curare e trattare. E in questi casi la salute orale avrà una rapida grave decadenza. Se si tratta di bambini in cui è stata instaurata una fobia da parte di dentisti poco accorti, l'unica speranza è l'attesa: infatti col passare del tempo il bimbo matura e può in qualche caso diventare collaborante. In altri, il ritardo dura per tutta la vita. E nel frattempo i denti si rovinano. Ci sono adulti che resistono a dolori allucinanti e ad infezioni gravissime pur di non andare dal dentista. Lo stesso bambini anche. Da tutto ciò si evince la enorme importanza di PREVENIRE lo stress della seduta dal dentista: questo si ottiene con tanti accorgimenti e con l'ausilio fondamentale del protossido e della mascherina della sedazione cosciente. Se abbiamo detto che il recupero di questi casi di soggetti (di tutte le età) che sono stati terrorizzati precedentemente da dentisti inaccorti è estremamente difficile e non sempre riesce, possiamo ben capire come sia importante (analogamente ad ogni tipo di problema di salute) prevenire che ciò accada...!!! Se partiamo dalle età infantili, dove è più probabile che si instauri il trauma predisponente alla fobia, dobbiamo considerare che un bambino apparentemente tranquillo, poi non lo è affatto, o che un bambino che collabora per alcune prime sedute, poi smette di collaborare e si terrorizza all'improvviso e non c'è più niente da fare. Il motivo sta spesso nel fatto che il bambino più è piccolo e meno è razionale e più è sensoriale, vive in un mondo in cui il principale sistema di conoscenza del mondo stesso sono i sensi, odori, sapori rumori, colori etc.. E quindi basta anche solo un sapore sbagliato di una medicazione o una manovra inaccorta che il bambino si terrorizza o si indispettisce e tutto il rapporto si perde. La seduta dal dentista non è per nessuno l'equivalente di una passeggiata al mare. E' come fare una faticosa rampa di scale a piedi, meglio dare la chiave dell'asensore a tutti! La risposta a tutto questo è la tecnica della sedazione cosciente (associata alle altre tecniche importantissime di approccio) che previene questi fenomeni descritti.

Quindi secondo questo principio, tutti i bambini sono candidati ad essere preferibilmente curati in sedazione all'inizio, salvo poi pian piano abbandonare questa tecnica quando la collaborazione è assicurata definitivamente perchè lo stress è stato prevenuto ed evitato. Anche bambini o soggetti dall'apparenza tranquilli e non inclini ad ansia, se trattati sin da subito dalla prima seduta con la mascherina, possono così prendere la massima fiducia nella poltrona del dentista che verrà vista così come luogo tranquillizzante e non di paura. Rimando in altra sezione di questo sito la completa descrizione degli affetti sedativi e analgesici del protossido d'azoto, ma confermo qui la assoluta opportunità di non limitarsi ad usare questa tecnica nei soli casi difficili, ma, come ho spiegato, per evitare che un caso diventi difficile! Per prevenire che subentri, anche solo per piccoli particolari che non vanno

come dovrebbero andare, la paura stress ansia.
Quindi io propongo ed uso, per i suoi incredibili effetti benefici, la sedazione inalatoria gassosa nel 99 per cento dei miei pazienti, sia che essi siano un caso nuovo, "vergine" sia che si tratti di un tentativo di recupero di un caso. disastrato. Pochissimi dentisti illuminati (e pochissimi reparti di odontoiatria pediatrica ospedalieri, autentici sepolcri imbiancati, dove viceversa, talora, a dispetto delle apparenze o di quello che vogliono far credere pubblicamente, i bambini poco collaboranti all'atto pratico poi vengono tenuti "mani e piedi" con sistemi coercitivi, dalle precise testimonianze dei bambini che poi vengono da me) in Italia purtroppo hanno questi accorgimenti verso i propri pazienti di ogni età.
La tecnica sedativa parla dell'amore che il dentista ha per i suoi piccoli pazienti da zero a novantanove anni e per la sua professione.
E' un optional che la dice molto lunga di come il dentista considera le PERSONE che gli arrivano di fronte. Occuparsi della ANSIOLISI è un obbligo morale e fra breve diventerà un obbligo anche legale. Rendiamoci conto che, se riprendiamo la mia pseudo-statistica, quei 2-4 bambini su 10 (o anche adulti fobici) che sfuggono alle cure, sono candidati a trattamenti ospedalieri, alla anestesia totale, alla sedazione endovenosa, ai ricoveri, alla bonifica mutilante in bocca delle estrazioni molteplici , alla perdita della salute orale, talora per tutta la vita. Vale bene quindi la pena di prevenire tutto ciò e cercare di portare verso 10 su 10 la statistica del successo.

LE CARIE E L' AUTODIAGNOSI - LA DEVITALIZZAZIONE DEI DENTI - GRANULOMI - ASCESSI - OZONOTERAPIA DENTALE MININVASIVA

Una delle abitudini più diffuse, nonché la più sbagliata, quando si presentano dolori ai denti è l'autodiagnosi, basata nella gran parte dei casi su principi e conoscenze molto superficiali per non dire completamente errate, senza contare quanti ricorrono a cure o rimedi antidolorifici antiquati che ci si tramandano di generazione in generazione.
Vorrei sottolineare, che se il dente è dolorante la carie è già in fase avanzata, e nessuna altra persona al di fuori di un specialista come il dentista è in grado di fornire una dettagliata ed approfondita diagnosi della situazione, il quale dopo un'attenta valutazione saprà consigliare la terapia e la cura più adeguata. Con visite periodiche e radiografie (che possono variare da una volta l'anno nei soggetti molto cario-recettivi, fino a periodi più lunghi nel caso dei meno predisposti) la prevenzione della salute dei denti sarà assicurata.
Le carie nello stato iniziale non danno nessun sintomo, poi quando diventano più profonde, creano sensibilità al freddo, agli zuccheri e ad altre variazioni intraorali, fino ad arrivare a dolori lancinanti di quelli che tengono svegli tutta la notte rendendo difficile addirittura la masticazione. Significa che è troppo tardi ed il dente deve essere devitalizzato. La fase successiva è l'ascesso con gonfiore, febbre e prostrazione generale. Questi sintomi progressivi ora descritti possono essere molto variabili da persona a persona e da dente a dente della persona stessa. Esistono casi in cui non avendo particolari sintomi e dolori si arrivi direttamen-

te all'ascesso, anche perché molte carie, che nascono fra un dente e l'altro, sono difficilmente constatabili ad occhio nudo. Esistono carie che nascono a livello occlusale o sul colletto (quindi sulla superficie del dente) e che ad un certo punto sono sufficientemente avvertibili (per esempio con la lingua o con difficili auto-ispezioni allo specchio), e carie che nascono a livello interprossimale, fra un dente e l'altro e che allo stato iniziale sono difficili da scorgere anche per dentista che si avvale però della radiografia. Premesso tutto ciò, c'è da dire che se intercettassimo precocemente le carie, avremo tutta una serie di grandissimi vantaggi: la cura può essere eseguita in modo del tutto indolore, sia in maniera tradizionale, sia grazie all'avvento della Ozonoterapia dentale (odontoiatria mininvasiva), che permette in maniera indolore di curare una notevolissima gamma di carie senza utilizzo di trapano e anestesia. Da ricordare che l'ozonoterapia dentale è una terapia conservativa e durevole che salvaguarda maggiormente l'integrità del dente senza demolirlo completamente, adatta per tutti i pazienti, bambini compresi. Inoltre se la carie è piccola, la sua otturazione sarà molto più durevole rispetto ad una carie avanzata che ha distrutto il dente, la spesa sarà minore (il costo varia normalmente a seconda della complessità della cura), con un minor numero di sedute e di tempo perso.

Per intenderci: se il dente non va devitalizzato basta in genere una sola seduta, mentre per la devitalizzazione ne servono all'incirca quattro (a secondo dei metodi usati dal dentista), più altrettante per mettere la capsula, necessaria nella quasi totalità dei denti devitalizzati. Nella devitalizzazione si ricorre all'endodonzia che consiste nello svuotamento del canale del "nervo" che sta dentro la radice (da uno a quattro a seconda del tipo di dente) ed il successivo riempimento con sostanze atte a sigillare il canale ed impedire che i germi dell'ambiente orale raggiungano la punta della radice detta "apice". Questa complessa manovra richiede svariate sedute con i costi relativi, e, come tutte le terapie complesse, ha una sua pur minima percentuale di insuccesso. I maestri della endodonzia hanno una percentuale di successo nelle devitalizzazioni attorno al 95-97%. Questo vuol dire che la devitalizzazione in una piccola percentuale dei casi può non riuscire bene e il dente può sviluppare un granuloma (infezione cronica) richiedendo ulteriori terapie (ritrattamento, apicectomia, estrazione).

Il dente devitalizzato e ricostruito, nella quasi totalità dei casi, richiederà poi una capsula o corona (una specie di fodera protettiva) che lo conserverà per molto tempo, spesso decenni, dopo i quali sarà necessario ricostruire la capsula per l'ulteriore conservazione del dente stesso. Senza capsula il dente, con la sola otturazione-ricostruzione, può durare alcuni anni, ma nella maggior parte dei casi tende a sgretolarsi talora al punto tale da non essere più recuperabile e richiedere l'estrazione.

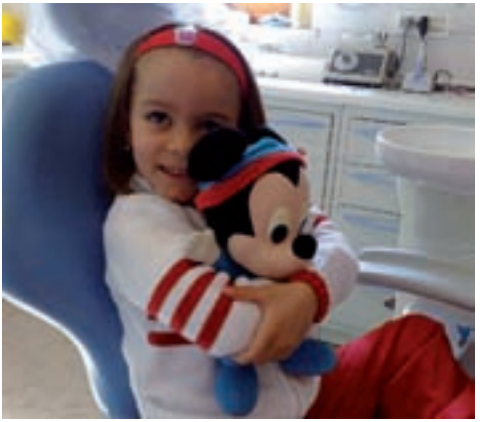
Dalla mia esperienza, acquisita in 25 anni di professione, sostengo e suggerisco, nel caso di un dente devitalizzato, di ricorrere immediatamente alla capsula senza aspettare che il dente stesso arrivi a frantumarsi rischiando tutte le conseguenze negative e dolorose del caso. Personalmente e umanamente capisco che, sottoporsi ad una media di 8/9 sedute, non sia piacevole e non predispone al meglio il paziente, ma purtroppo quando si arriva ad una fase estremamente compromessa del

dente, rifiutare o aspettare altro tempo significa peggiorare irrimediabilmente la situazione.
La progressione della carie non curata provoca, come precedentemente accennato, l'ascesso. I germi penetrano dal cavo orale e si insinuano prima nel dente, poi nella polpa, di seguito nei canali del nervo e infine nell'osso cioè al "periapice". Il dolore diventa molto diffuso, un persistente gonfiore e arrossamento porta a stati febbrili curabili con terapie antibiotiche molto energiche.
Una terapia endodontica, effettuata al momento opportuno, può eliminare comunque l'infezione e guarire il dente.
Ecco che una devitalizzazione eseguita al momento giusto e con un quadro clinico meno critico permette al dentista di recuperare nella gran parte dei casi (93% circa) il dente. Il consiglio quindi, oltre che alla prevenzione, è di non sottovalutare mai un ascesso, soprattutto per negligenza, perché oltre a comportare quanto sopra già accennato, molte sono le possibilità che l'infezione si propaghi in tutto l'organismo, compromettendo la salute generale e , in rari casi, causare malattie focali con coinvolgimento di cuore, reni, fegato e cervello.



PREVENZIONE DELLA CARIE NEI BAMBINI DALLA NASCITA ALL'ADOLESCENZA

Considerazioni preliminari.
La patologia cariosa è una malattia infettiva a carattere cronico-degenerativo, trasmissibile, ad eziologia multifattoriale, che interessa i tessuti duri dentali e che porta alla distruzione degli stessi. Rappresenta ancora oggi una delle patologie più diffuse nella popolazione generale e in età pediatrica. Negli ultimi decenni i paesi industrializzati hanno registrato una riduzione della prevalenza della patologia, anche se recenti indagini epidemiologiche a carattere nazionale hanno evidenziato che il problema carie è ancora molto pressante nei bambini italiani: è emersa, infatti, una prevalenza di circa il 22% di patologia a 4 anni e di circa il 44% a 12 anni. Si nota invece un forte



[Piccola paziente con il suo «compagno» inseparabile]

aumento della carie da biberon, ECC di cui parleremo più avanti. In Italia, la quasi totale assenza sul territorio di Servizi Odontoiatrici di Comunità rende ancora più difficile l'attuazione di programmi di prevenzione puntuali ed

efficaci. La medicina pubblica non riesce a fare quasi nulla in questo campo.

Cause della carie.
Sono necessari tre fattori di rischio fondamentali perché si realizzi la carie: flora batterica cariogena, dieta ricca di carboidrati fermentabili e ridotte difese dell'ospite.

BATTERI.
Nel cavo orale sono presenti centinaia di specie microbiche per lo più commensali, cioè innocui. Almeno 20 specie batteriche hanno la capacità di produrre acidi deboli (specie cariogene);
il batterio più importante nell'eziopatogenesi della carie è Streptococcus mutans (SM), anche se nelle lesioni cariose si possono rinvenire altri germi cariogeni, tra cui altri streptococchi (S. oralis, sanguis, mitis), lattobacilli e actinomiceti. Le proprietà principali di questi microrganismi sono: adesività, fermentazione di alcuni carboidrati assunti con la dieta (soprattutto saccarosio, glucosio, fruttosio e lattosio), sintesi di polisaccaridi intra ed extracellulari e crescita in ambiente acido. In particolare, si ribadisce che il batterio cariogeno più rilevante è Streptococcus mutans, la cui presenza nel cavo orale della madre, in qualità e quantità, condiziona il rischio di carie del bambino. Le gestanti che presentano un'alta concentrazione di Streptococcus mutans sono quelle che trasmettono il maggior rischio al nascituro. E' noto da tempo che il cavo orale dei bambini alla nascita è sterile, e che successivamente acquisisce dall'ambiente il suo pattern di microrganismi che lentamente dà luogo allo sviluppo e alla maturazione del sistema orale. E' stato dimostrato in base allo studio del DNA dello Streptococcus mutans, che i ceppi batterici rinvenuti nella saliva dei bambini sono gli stessi rinvenuti nella saliva delle loro madri. Si è concluso, allora, che la principale fonte di infezione per SM nei bambini è la saliva materna. Esiste, quindi, una correlazione tra le condizioni di igiene e di salute orale nelle madri e lo sviluppo di carie dentali nei figli, ed è anche dimostrato che è possibile controllare e prevenire tale trasmissione da madre a figlio con manovre ripetute di igiene orale professionale dal dentista, e riducendo la concentrazione salivare materna di Streptococcus Mutans, mediante la somministrazione combinata di fluoro e clorexidina alla mamma durante tutta la gestazione.
Oggi abbiamo dei TEST SALIVARI semplici ed economici per svelare la presenza del mutans nella saliva. Questo test può essere effettuato nel bambino per valutare la sua predisposizione alla carie, ma anche, come dicevamo prima, nella saliva della mamma allo scopo di iniziare una bonifica e purificazione del cavo orale per prevenire il contagio del nascituro. Questo test viene effettuato dal dentista stesso in pochi minuti e con spesa moderata. Inoltre per prevenire questa trasmissione si sconsigliano tutte quelle manovre di scarsa igiene che possono contaminare il bambino, come ad esempio che la mamma assaggi la pappa con lo stesso cucchiaino che verrà messo in bocca del bimbo.

ZUCCHERI.
La fermentazione dei carboidrati da parte dei batteri cariogeni comporta la formazione di metaboliti acidi responsabili in prima istanza della demineralizzazione della componente inorganica dello smalto (inizialmente reversibile) e della dentina; la produzione di enzimi

proteolitici è poi responsabile della disgregazione della componente organica proteica dei tessuti sopra citati. Le specie cariogene, avendo come habitat le superfici dure dentarie, possono colonizzare stabilmente il cavo orale del bambino solo dopo l'eruzione dei primi denti decidui. E' stato ampiamente dimostrato che tanto più massiva e precoce è la colonizzazione del cavo orale del bambino da parte di questi microorganismi (che, ricordiamo, possono provenire dalla contaminazione materna), tanto maggiori saranno le probabilità di sviluppo di lesioni cariose nella dentatura decidua.

Dieta - E' nozione comune che, in Europa, durante e dopo la fine delle guerre mondiali, quando il consumo di zuccheri era forzatamente ridotto, la prevalenza e l'incidenza di carie erano estremamente basse; d'altro canto, numerosi studi clinico-epidemiologici hanno messo in relazione il consumo di zuccheri fermentabili con l'aumento della carie. L'ordine decrescente di cariogenicità è il seguente: saccarosio, glucosio, maltosio, lattosio, fruttosio. La frequenza con cui i carboidrati vengono assunti, più che la dose complessivamente assunta, sembra essere l'elemento più importante nella genesi della patologia. Bisogna quindi evitare assolutamente che il bimbo assuma zuccheri fuori pasto con le merende o con caramelle etc. Le merende devono essere NON a base di dolciumi.

DIFESE DELL'OSPITE.

Le variabili relative all'ospite riguardano essenzialmente la saliva. La saliva esercita un'importante azione protettiva, grazie ai sistemi tampone che agiscono innalzando il valore del pH, quando questo scende sotto la soglia di rischio per la demineralizzazione. La saliva è, inoltre, fornita di sistemi antimicrobici (lisozima, perossidasi) e immunitari (IgA secretorie) che agiscono sinergicamente nel controllo della flora cariogena. L'utilizzo di gomma da masticare (chewing-gum) stimola, durante i primi minuti di masticazione, la secrezione salivare e può, pertanto, incrementare transitoriamente i meccanismi di difesa nei confronti della carie, sempre che siano privi di zuccheri fermentabili e contengano edulcoranti non cariogeni, come lo xilitolo. L'uso del chewing gum non sostituisce in nessun caso le regolari manovre di igiene orale, perché la sola masticazione non è in grado di rimuovere i depositi di placca batterica nei diversi siti del cavo orale, cosa che solo un corretto spazzolamento può ottenere. *L'utilizzo di chewing gum contenente fluoro può risultare utile.*



PREVENZIONE.

La considerevole prevalenza della patologia cariosa nella popolazione infantile italiana suggerisce di considerarla tutta a rischio di carie. L'elevata prevalenza della patologia cariosa nella popolazione infantile italiana recentemente rilevata ci porta a valutare l'intera popolazione come potenzialmente a rischio di carie e come tale bisognosa di interventi preventivi di tipo estensivo.

1.Fluoro.

La fluoroprofilassi deve essere consigliata a tutti i soggetti in età evolutiva che vivono in aree con acqua a basso contenuto di fluoro (< 0,6 ppm) quindi, la quasi totalità del territorio italiano, ad esclusione di pochissime zone di origine vulcanica con acque naturali di acquedotto ricche di fluoro.

La fluoroprofilassi può iniziare dal terzo mese di gravidanza con la somministrazione alla madre di 1 mg/die e da 0-6 mesi è possibile somministrare 0.25 mg/die o continuare la somministrazione di 1 mg/die alla madre che allatta.

I principali meccanismi d'azione del fluoro sono:

a) rinforzare la struttura cristallina dello smalto con formazione di fluoroapatite;

b) favorire la remineralizzazione dello smalto demineralizzato;

c) effetto antimicrobico, soprattutto su Streptococcus mutans, diminuendone la capacità di adesione ai tessuti orali e i tempi di moltiplicazione.

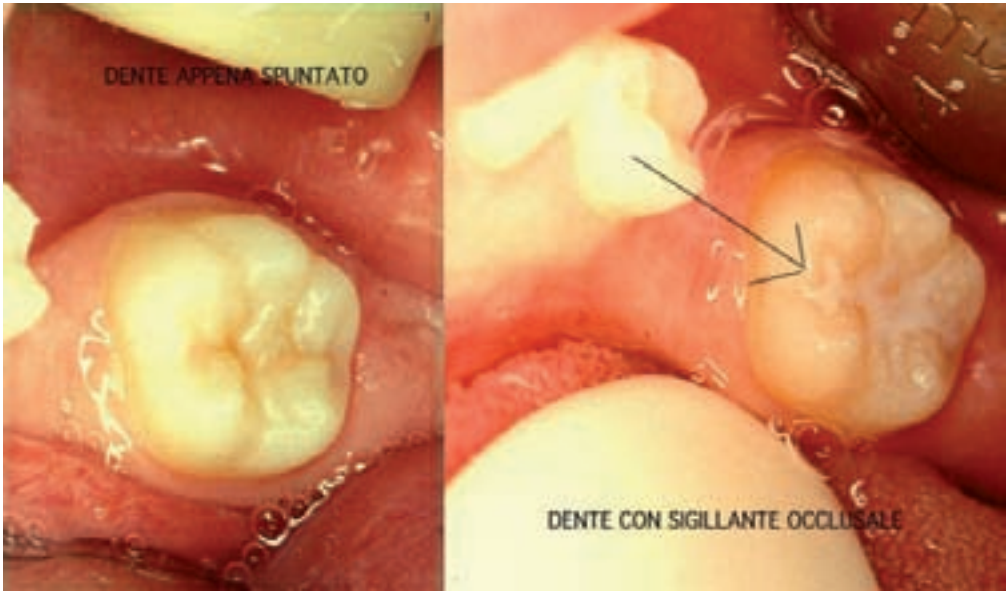
In Italia, il consumo di acque minerali sostituisce in buona parte quello dell'acqua potabile. Esse riportano sull'etichetta la concentrazione di fluoro che di solito è inferiore a 0,6 ppm. Per di più, quelle a concentrazione di fluoro più elevata sono, di solito, di gusto non gradito ai bambini. La somministrazione di fluoro per via sistemica è raccomandata per tutti i soggetti dai 6 mesi ai 3 anni e costituisce l'unica forma di somministrazione. È possibile estendere la fluoroprofilassi sistemica fino ai 6 anni adeguando la dose. La somministrazione di fluoro per via locale topica attraverso l'uso di paste dentifrice a basso contenuto di fluoro (500 ppm) è raccomandata dai 3 ai 6 anni, due volte al giorno. Dopo i 6 anni, l'uso di un dentifricio contenente almeno 1000 ppm di fluoro due volte al giorno è di fondamentale importanza nella prevenzione della carie e può costituire l'unica forma di somministrazione.

Nei soggetti a rischio è molto importante la fluorizzazione professionale, ovvero l'applicazione topica mediante gel di fluoro o ionoforesi da parte del dentista, da ripetere periodicamente (3 - 6 - 12 mesi) a seconda del fattore di rischio.

2.I sigillanti.

Le sigillature sono indicate per tutti i bambini, a rischio o non a rischio. La loro efficacia nel prevenire la carie è massima se vengono applicate nei 2 anni successivi all'eruzione e la loro integrità va controllata ogni 6-12 mesi. La sigillatura dei solchi e delle fossette della superficie occlusale degli elementi dentari è una metodica di prevenzione della carie conosciuta ed applicata in tutto il mondo ormai da molti decenni. La metodica consiste nella chiusura meccanica di quelle irregolarità dello smalto dentario presenti principalmente sulla porzione masticante dei molari, ma anche dei premolari ed in alcuni casi sulla superficie palatina dei denti anteriori. Nei bambini e ragazzi di età compresa fra 5 e 17 anni, più dell'80% delle lesioni cariose si manifesta nelle irregolarità dello smalto situate sulla superficie masticante; il 74% dei solchi dei molari permanenti trattati con questa metodica preventiva si mantiene sano a distanza di 15 anni. **Quindi i sigillanti possono bloccare la carie per un 70-80%.** La sigillatura è particolarmente indicata per i primi molari permanenti. Questi elementi dentari, infatti, occupano una posizione piuttosto arretrata nel cavo orale del bambino e non risultano facilmente raggiungibili dalle setole dello spazzolino nei soggetti di 6-7 anni.

L'efficacia delle sigillature nel prevenire



la carie è massima se vengono applicate in tempi rapidi dopo l'eruzione, per la maggior suscettibilità alla malattia del dente, che appena erotto non è ben mineralizzato ed è più facile che si possa cariare e questo persiste per i primi due anni circa. La sigillatura permane sul dente per alcuni anni e non necessita di essere rimossa, ma si consuma nel tempo. Qualora venisse persa prima dei due anni, va riapplicata.

3.Igiene alimentare ed abitudini alimentari sane.

L'uso del succhiotto zuccherato e l'uso al di fuori del pasto del biberon contenente bevande zuccherine devono essere assolutamente proscritti. La carie rapidamente destruente (detta anche carie rampante, baby bottle o carie precoce da biberon o ECC early childhood caries) è una forma della patologia particolarmente grave e severa. Interessa più spesso la superficie anteriore dei denti da latte frontali e diffonde rapidamente al resto della dentizione. In letteratura sono riportati valori di prevalenza variabili dall'1% al 12% nei paesi industrializzati, in costante crescita e valori superiori al 70% nelle nazioni in via di sviluppo e nelle fasce deboli della popolazione, anche in paesi ad elevato reddito. Queste carie, in bambini piccolissimi, danno dolore e possono portare ascessi e fistole. A questa situazione infettiva si può associare una compromissione dello stato generale. Il bambino non si nutre facilmente e non mastica. La terapia di questa forma di carie è spesso rappresentata dall'estrazione di molti o di tutti gli elementi decidui, sia per la gravità delle lesioni, sia per la giovane età dei soggetti colpiti. Il bambino non può sottoporsi ad una terapia lunga, complessa e con prognosi dubbia ed ecco che l'ozonoterapia in sedazione fa miracoli nella conservazione di questi

elementi. La causa principale della carie da biberon va ricercata nel prolungato uso del biberon contenente sostanze zuccherate o latte, anche non addizionato di zucchero, specialmente assunte nelle ore notturne, quando il flusso salivare è fortemente ridotto. Può risultare utile suggerire al genitore di continuare, almeno per un certo periodo di tempo, la somministrazione del biberon nelle ore notturne, se questo è di aiuto al sonno, ma con il solo contenuto di acqua.
L'assunzione di bevande e cibi contenenti zuccheri semplici è fortemente sconsigliata fuori dai pasti. Gli zuccheri ingeriti con la dieta svolgono un ruolo fondamentale nei meccanismi della carie. La frequente assunzione di carboidrati durante l'arco della giornata produce ripetuti abbassamenti del valore del pH della placca batterica, che favoriscono la demineralizzazione dei tessuti duri dentari, i quali non fanno in tempo a riparasi fra un pasto zuccherino e l'altro, che si dà via alla formazione della lesione cariosa. E', pertanto, auspicabile che la frequenza di assunzione di questi principi nutritivi sia ridotta al minimo e relegata solo ed esclusivamente ai pasti principali, al termine dei quali le manovre di igiene orale possano allontanarli rapidamente dalla bocca. La relazione tra consumo di "zuccheri" e malattia cariosa nei paesi industrializzati per lungo tempo è stata ritenuta lineare: più una popolazione consuma "zuccheri", più elevata è la prevalenza della carie, anche in presenza di buona igiene orale. Recentemente la relazione sembra assumere una tendenza non più lineare per il ruolo protettivo del fluoro, che è in grado di ridurre il rischio di carie.



PREVENZIONE DELLE GENGIVITI DALLA NASCITA ALL'ADOLESCENZA

Liberamente tratto e modificato dalle Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva.

Introduzione.
La gengivite è una patologia infiammatoria dei tessuti molli di sostegno dei denti che riconosce un'eziologia multifattoriale essenzialmente batterica con l'interazione di tre cofattori principali: suscettibilità dell'ospite, fattori ambientali e comportamentali. La placca, infatti, pur essendo condizione necessaria, risente del ruolo indispensabile dell'interazione con l'ospite. A dimostrazione di ciò, il fatto che in presenza di uguali quantità e qualità di flora batterica, la reazione individuale non è sovrapponibile.

Fattori di rischio per la gengivite.
- Placca batterica.
La colonizzazione delle superfici dentali da parte dei batteri è riconosciuta come il fattore eziologico chiave per lo sviluppo della gengivite; si è calcolato che 1 mm di placca dentale, del peso di 1 mg, contiene più di 200 milioni di cellule batteriche. Nel 1965, Löe e collaboratori dimostrarono che in soggetti con

gengiva sana, in seguito all'astensione da qualunque forma di igiene orale, si sviluppavano segni clinici di gengivite nell'arco di due/tre settimane per accumulo di placca dentale e che il ripristino di corrette abitudini di igiene orale ristabiliva lo stato di salute in una settimana.

- Fattori genetici e familiari.
Studi effettuati su gemelli omozigoti hanno evidenziato che l'ereditarietà gioca un ruolo importante in almeno la metà dei pazienti affetti da malattia parodontale. I fattori ereditari interessati sono solitamente difetti minori della risposta immune e contribuiscono a spiegare perché i figli di genitori affetti da malattia parodontale sono 12 volte più a rischio di essere colonizzati da batteri parodontopatogeni. I batteri responsabili della malattia parodontale si trasmettono per via orale. Per questo motivo l'American Academy of Periodontology raccomanda di sottoporre a visita parodontale accurata tutti i membri della famiglia, se uno di loro è affetto.

- Tartaro.
Facilita la ritenzione di placca maggiormente patogena e tossine che contribuiscono all'insorgenza della parodontite e alla conseguente perdita di attacco gengivale.

- Malocclusioni.
Anche se il trattamento ortodontico non è necessario al fine di prevenire la gengivite, in caso di malocclusioni è indispensabile adottare tecniche di igiene orale specifiche. E', comunque, da sottolineare che la malattia parodontale non è di riscontro in età pediatrica, ma è necessario che la sua prevenzione inizi sin dai primi anni di vita, prevenendo la gengivite.

- Fumo.
Diversi studi longitudinali confermano che il fumo è il primo fattore di rischio ambientale per la gengivite e la malattia parodontale . Più si fuma maggiore è il rischio di sviluppare la malattia, per di più in forma grave. Il fumo è in grado di causare recessione gengivale e riassorbimento osseo anche in assenza di malattia parodontale.

- Patologie sistemiche.
Il diabete insulino dipendente, l'osteoporosi, la sindrome di Down, l'AIDS sono solo alcune delle affezioni che rendono l'individuo più suscettibile alla malattia parodontale. Questa suscettibilità può essere anche causata dall'utilizzo di alcuni farmaci come gli steroidi, le ciclosporine, i contraccettivi orali, la fenitoina, la nifedipina, etc..
La gengivite e la parodontite, in quanto infiammazioni croniche che rilasciano mediatori infiammatori in circolo, sono state identificate come fattori di rischio per malattie cardiovascolari, diabete, parto pre-termine e nascita di neonati di basso peso per l'età gestazionale.

Raccomandazioni
Prima raccomandazione
Il corretto spazzolamento dei denti, almeno due volte al giorno, previene la gengivite; esiste evidenza scientifica che le corrette abitudini di igiene orale vadano acquisite durante l'infanzia, per poi essere rafforzate durante l'adolescenza.

Seconda raccomandazione.
L'igiene orale per bambini da 0 a 3 anni deve essere effettuata dai genitori stessi perché un bambino così piccolo da solo non riuscirebbe. Anche se il

bambino è molto piccolo i denti vanno comunque puliti. Prima della eruzione dei denti, dopo la poppata, si devono pulire le gengive con una garzina umida. Dall'eruzione del primo dente deciduo, i denti vanno accuratamente puliti con garza o dito di gomma. L'utilizzo dello spazzolino va iniziato il prima possibile per far prendere confidenza al bambino con lo stesso. È buona norma eseguire le manovre di igiene delle gengive e di spazzolamento tenendo il bambino sdraiato, prima o dopo il cambio del pannolino, ma soprattutto prima di farlo coricare.

Terza raccomandazione.
L'igiene orale per i bambini da 4 a 5 anni deve essere praticata sotto la supervisione dei genitori, con spazzolino morbido a testina piccola, utilizzando possibilmente la tecnica "a rullo". È importante che i genitori diano il buon esempio: il bambino che vede i genitori lavarsi i denti quotidianamente più volte al giorno è spontaneamente portato ad

imitarli. La tecnica di spazzolamento dentale consigliata per la fascia pediatrica è quella "a rullo", che di seguito viene descritta:

- le setole dello spazzolino vanno posizionate a livello del margine gengivale;
- lo spazzolino viene premuto contro la gengiva e fatto "rullare" con la rotazione del polso in direzione apico-coronale ("dal rosso al bianco");
- il movimento va eseguito almeno 5 volte prima di passare ad un'altra area.

Quarta raccomandazione.
L'uso del filo interdentale in età evolutiva non è consigliato. Il suo utilizzo è ammesso dal termine della permuta e comunque necessita di un apprendimento specifico e di una buona manualità. La prima regola per ottenere un significativo successo nell'instaurare un'abitudine che riguardi l'igiene orale è intervenire con una buona motivazione, una buona informazione ed un'efficace istruzione del paziente. Se questo ha abitudini irregolari circa le metodiche di igiene orale, se le giudica manualmente impegnative e non capisce di essere l'artefice della propria salute orale, difficilmente userà correttamente e regolarmente strumenti ausiliari quali il filo interdentale.

Quinta raccomandazione.
Nei soggetti che non riescono a controllare, con l'igiene orale personale, l'infiammazione gengivale e nei soggetti a rischio è indicata l'igiene orale professionale almeno 1-2 volte all'anno. La strategia di prevenzione delle gengiviti deve basarsi sul profilo di rischio individuale attraverso trattamenti personalizzati.
Il mantenimento della salute orale, e la risoluzione dell'infiammazione gengivale si basano su un attento controllo personale dell'igiene orale. I rischi correlati al fumo, specie per quel che riguarda lo sviluppo della gengivite e della malattia parodontale, si sommano agli effetti dell'infiammazione indotta dalla placca batterica, causando recessione gengivale e riassorbimento osseo. Numerose sono le evidenze che stabiliscono la correlazione tra quantità di fumo e gravità della patologia parodontale. Spesso possono essere necessarie sedute di igiene professionale che prevedano l'eliminazione meccanica della placca e un delicato debridement subgengivale .

PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI - STOMATITI DALLA NASCITA ALLA ADOLESCENZA.

(Liberamente tratto e modificato dalle Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva.)

Introduzione.

Le mucositi del cavo orale vengono indicate con il termine di stomatiti. Per lesioni della mucosa orale si intendono da un punto di vista semeiotico:

- lesioni bianche rimovibili e non rimovibili, mono e/o bilaterali;
- ulcere singole e multiple;
- neoformazioni;
- lesioni rosso-blu.

Sicuramente, da un punto di vista eziopatogenetico, possono essere distinte nei seguenti gruppi: infettive da:

- miceti (Candida);
- virus (HSV, HBV, EBV, Coxackie);
- batteri(TBC, sovra infezioni stafilococciche).
- non infettive:
- traumatiche;
- immunomediate (afta);
- farmacoindotte (chemio-radioterapia, cortisonici, antibiotici, antiepilettici);
- neoplastiche (linfomi).
- idiopatiche e congenite:
- lingua a carta geografica;
- lingua plicata e scrotale;
- epidermolisi;
- schisi.

Dette lesioni possono colpire tutti i distretti del cavo orale del bambino in diverse percentuali: labbra, dorso e bordo della lingua, mucosa geniena, vestibolo, gengiva, commissura labiale, palato duro e pavimento. Dalla letteratura, a differenza che nell'adulto, non si evince una prevalenza riconosciuta per ogni alterazione della mucosa, a causa dell'assenza di protocolli diagnostici standardizzati e, quindi, dell'utilizzo di metodologie d'indagine diversamente applicate in vari studi. Per tale ragione il management delle stomatiti in età pediatrica è più complicato.

Per definire il livello di rischio di stomatite sono stati identificati tre gruppi di condizioni:

- patologie sistemiche e disabilità;
- terapie farmacologiche;
- stato socio-ambientale del bambino (abitudini viziate, ortodonzia, sport).



[Applicazione ozono con manipolo e gommino - la sorellina piccola sta sulle ginocchia del dentista]

Raccomandazioni

Prima raccomandazione.

In caso di pazienti affetti da malattie sistemiche che comportino un coinvolgimento diretto delle mucose orali o conseguente a terapia della patologia primaria, si raccomandano un adeguato controllo dietetico/farmacologico, l'incremento della motivazione all'igiene orale personale con coinvolgimento forte di genitori e personale di supporto, controlli periodici da un odontoiatra pediatrico e/o dall'igienista dentale.

Alcune patologie sistemiche si manife-

stano anche con il coinvolgimento, di varia natura, delle mucose orali. In altri casi non è la patologia a determinare quadri clinici di stomatite, ma la relativa terapia.

- Malattia celiaca

La malattia celiaca (MC) è una enteropatia dovuta ad un'intolleranza al glutine geneticamente determinata, in cui possono essere presenti lesioni ulcerative ricorrenti della mucosa orale (SAR). In letteratura, l'associazione tra SAR (Stomatite aftosa ricorrente-ulcere della mucosa orale non cheratinizzata) e MC è molto dibattuta. Studi recenti hanno dimostrato che non esiste una differenza statisticamente significativa tra prevalenza della SAR in soggetti affetti da celiachia e soggetti sani, tuttavia più di un terzo dei pazienti affetti da SAR presenta forme di celiachia atipiche sottese al quadro clinico che regrediscono in regime dietetico privo di glutine. Pertanto, ogni paziente in età pediatrica con una storia clinica di SAR dovrebbe essere indagato per MC.

- Diabete

Il diabete mellito è un disturbo metabolico caratterizzato da una persistente instabilità del livello glicemico del sangue dovuta ad una ridotta produzione di insulina .
Tali manifestazioni sono più frequenti e severe in caso di pazienti scompensati o con uno scarso livello di igiene orale. Inoltre, in alcuni studi è stato rilevato che i bambini diabetici sono suscettibili di candidosi orali pseudomembranose indotte dallo squilibrio dell'ecosistema orale e dalla xerostomia.

- Epilessia

L'epilessia non è di per sé un fattore scatenante stomatiti, ma la terapia somministrata a pazienti affetti da epilessia può essere causa di: aumento del volume gengivale (con conseguente aumento del solco parodontale), difficoltà nelle manovre di igiene orale (quindi infiammazione gengivale ed eventuale parodontopatia), severità delle manifestazioni gengivali, stomatite aftosa ricorrente, rari casi di eritema multiforme.
Inoltre, durante attacchi epilettici è possibile riscontrare lacerazione da trauma a carico della lingua e della mucosa geniena.

- Asma

L'asma è una delle patologie croniche più diffuse. Essa, di per sé, non si correla a specifiche lesioni orali, ma è stato dimostrato che la prolungata profilassi o terapia con steroide topico per via inalatoria può danneggiare la barriera della mucosa orale e alterare l'ecosistema orale, predisponendo a candidosi orofaringea. Inoltre, alcuni farmaci, in associazione alla prolungata respirazione orale, possono indurre xerostomia.

Seconda raccomandazione.
I pazienti sottoposti a terapia inalatoria steroidea devono sciacquare la bocca con acqua dopo ogni trattamento.

- Reflusso gastro-esofageo.

Il reflusso gastro-esofageo, permettendo il passaggio di acidi gastrici a livello esofageo, può comportare un abbassamento del pH orale. Questo determina erosioni dentali, disgeusia, disfagia ed eritema diffuso delle mucose. Tali condizioni si verificano anche in caso di piccoli pazienti affetti da patologie caratterizzate da vomito ricorrente (anoressia e bulimia nervose).

- Nefropatie.
In pazienti affetti da insufficienza renale acuta o cronica può manifestarsi una stomatite uremica, caratterizzata da placche bianche iperchertatosiche multiple di aspetto simil- leucoplasico e lesioni ulcerative ricoperte da pseudo-membrane.
Possono essere associati xerostomia, bruciore, alitosi e sovrainfezioni batteriche, virali e fungine. Le lesioni tendono a regredire con il miglioramento del quadro clinico renale.

- Immunodeficienze primitive (IP).
Le I.P. si classificano sulla base del difetto immunitario principale e sono molto rare. Le più gravi sono spesso letali e richiedono il trapianto di midollo. La maggior parte delle I.P. nei bambini si accompagnano a manifestazioni orali come ulcere (facilmente infettabili), gengiviti, parodontopatie e candidosi. La più comune tra le immunodeficienze primitive è la carenza selettiva di IgA, la cui prevalenza nella popolazione generale è di circa 1 su 600. La mancanza della cosiddetta "vernice antisettica" delle mucose predispone a infezioni ricorrenti delle vie respiratorie e digerenti, malattie allergiche e malattie autoimmuni.
A livello della mucosa orale, tale carenza comporta una maggior suscettibilità a sviluppare ulcere orali (Scully et al., 2003).

- Immunodeficienze secondarie: AIDS/HIV.
A causa della diminuizione di linfociti T Cd4+, il paziente sieropositivo per HIV o in fase di AIDS conclamato è fortemente soggetto a stomatiti di origine micotica, virale o batterica. La candidosi orale associata a HIV virus si presenta frequentemente anche nelle fasi iniziali della malattia, come patina bianca asportabile diffusa a tutto il cavo orale, con particolare coinvolgimento del palato e della lingua. Non trattare tali lesioni contribuisce ad aumentare la morbilità associata all'AIDS.

- Disabilità.
Nei pazienti disabili (disordini psicomotori, malattie mentali e sindromiche) i problemi a carico del cavo orale sono essenzialmente dovuti alla scarsa igiene orale, che spesso si traduce in un aumento di carie dentarie, gengiviti, parodontiti e infezioni orali. Questa condizione è essenzialmente dovuta ad una limitata collaborazione da parte di questi pazienti nelle normali manovre di igiene orale, alla difficoltà durante la masticazione e alla dieta (cibi frullati, edulcorati, appiccicosi…). Inoltre, molti di questi pazienti sono soggetti a continui traumatismi delle mucose orali (lingua, labbra, mucosa geniena) involontari e non, che spesso vanno incontro a sovrainfezione (batterica e micotica).

Terza raccomandazione
Nei bambini con disabilità si raccomanda di incrementare l'igiene orale domiciliare con il coinvolgimento consapevole dei genitori e del personale di supporto, unitamente a controlli periodici regolari dall'odontoiatra pediatrico e/o dall'igienista dentale.

- Terapie farmacologiche
Antibiotici, antinfiammatori non steroidei, steroidi, vasodilatatori, antiepilettici, immunosoppressori. Numerose terapie farmacologiche, utilizzate in età pediatrica, soprattutto

se di lunga durata, possono indurre alterazioni della flora batterica orale con conseguente sviluppo di micosi opportunistiche come la candidosi (spesso associata a disfagia) e ulcerazioni di varia severità. Inoltre, alcuni farmaci come antiepilettici e immunosoppressori, possono agire direttamente sui tessuti gengivali, favorendo aumenti del volume gengivale e parodontopatie.
Alcune categorie di farmaci in soggetti predisposti possono indurre reazioni allergiche o immuno-mediate (eritema multiforme) con severo coinvolgimento delle mucose orali e periorali (lesioni atrofiche, erosivo-ulcerative, pseudomembranose e crostose).

- Terapie anti neoplasiche
Le stomatiti sono una comune complicanza delle terapie antiblastiche, conseguente ad una loro azione diretta sulle mucose orali e gastro intestinali (mucositi tossiche) oppure indiretta, secondaria all'immunodepressione (mucositi infettive). Il dolore correlato alle mucositi può esser controllato con analgesici topici e agenti non steroidei (benzidamina). Le mucositi infettive sono riconducibili a infezioni micotiche, batteriche e virali e si sviluppano frequentemente soprattutto in caso di prolungati stati di severa neutropenia.

Quarta raccomandazione
Per i pazienti oncologici è raccomandata la consulenza dell'odontoiatra pediatrico prima, durante e dopo la terapia.

Quinta raccomandazione
Quando una lesione ulcerativa o bianca non regredisce dopo terapia o rimozione di cause locali o reattive e dopo un attento monitoraggio di 14 giorni, inviare il paziente dal dottore odontoiatra pediatrico/stomatologo.

Stato socio–ambientale
Trattamento ortodontico.
I bambini in trattamento con apparecchi ortodontici fissi o removibili sono a rischio di sviluppare lesioni a carico delle mucose orali. Spesso in corrispondenza di porzioni dell'apparecchio stesso (decubiti) o in seguito a episodi traumatici (trauma occasionale o iatrogeno) con manifestazione clinica riconducibile a ulcere, mucoceli, ipertrofia e ipercheratosi. L'uso di apparecchi ortodontici può essere causa di aumento del volume gengivale e/o recessione gengivale. In caso di stomatite da Candida spp legata all'uso di apparecchi ortodontici, i pazienti devono curarne la pulizia in maniera accurata e, se possibile, toglierli durante la notte e nel corso del trattamento farmacologico. Può essere impiegato miconazolo in gel orale o, in alternativa, nistatina (in pastiglie da sciogliere lentamente in bocca) o compresse di amfotericina. Sono state documentate manifestazioni orali indotte da intolleranza o allergia al nichel contenuto negli apparecchi ortodontici.

Attività sportiva.
I bambini che praticano sport sono più a rischio di patologie delle mucose orali, riconducibili a eventi traumatici del distretto dento-facciale. Infatti, lesioni come ematomi, lacerazioni e abrasioni spesso sono dirette conseguenze di un trauma dento-facciale accaduto durante esercizio fisico, allenamento o gara. Vi sono sport a maggior rischio per eventi traumatici, soprattutto sport da contatto, nei quali è consigliato l'uso di protezioni particolari (es. i paradenti). Le lesioni più frequenti a carico delle mucose orali si verificano a carico di

labbro, fornice, gengive e lingua e possono essere causate direttamente dal trauma e/o dalle procedure iatrogene (splintaggi rigidi, suture, ecc).

Abitudini viziate

Le abitudini viziate (alterazioni comportamentali quali succhiarsi le dita, labbra, guance, capelli, oggetti esterni, piercing) e difetti della respirazione (respirazione orale), parafunzioni (bruxismo), onicofagia, abitudini alimentari incongrue determinano modificazioni sia funzionali, sia morfologiche del cavo orale. Se le abitudini viziate si protraggono in modo costante nel tempo, possono determinare, oltre ad alterazioni a carico dell'articolazione temporomandibolare e alle più note malocclusioni, lesioni a carico delle mucose orali (morsicatium buccarum) quali ulcerazioni traumatiche, recessioni gengivali (onicofagia, piercing), sovrainfezioni batteriche e micotiche.



PREVENZIONE DELLE MALOCCLUSIONI (dalla nascita all'adolescenza per prevenire l'apparecchio ortodontico)

(Liberamente tratto e modificato dalle Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva)

Introduzione

Il corretto sviluppo della dentizione decidua e mista è fondamentale per la salute orale dei soggetti in età pediatrica, poichè contribuisce ad una occlusione stabile, funzionale ed esteticamente armonica. L'identificazione e la valutazione, in termini di frequenza, durata ed intensità delle cause che determinano malocclusione (cattiva occlusione) dovrebbero essere effettuate il prima possibile. Se vi è indicazione, è necessario intervenire, eliminando le cause e informando subito i genitori sulle possibili conseguenze. La diagnosi precoce ed il relativo trattamento di una malocclusione conducono a benefici a breve e a lungo termine. L'ortodonzia, o ortognatodonzia, si occupa di prevenzione, diagnosi e trattamento delle malocclusioni che possono manifestarsi come anomalia di posizione e di sviluppo di denti, mandibola e mascellare superiore. E' difficile definire la percentuale di diffusione dei disturbi ortodontici: si può affermare che il 46% dei soggetti è caratterizzato da neutrocclusione ma è pur vero che tra questi vi sono coloro che hanno denti non allineati e per ragioni estetiche possono richiedere il trattamento. I principali obiettivi del trattamento ortodontico sono: una funzione masticatoria efficiente, un corretto allineamento dei denti ed una buona estetica del sorriso e del viso. I fattori che causano le malocclusioni sono numerosi ed associati. Essi possono essere ereditari e ambientali e dipendere dal periodo di insorgenza, dalla frequenza e dall'intensità dell'abitudine viziata.

Tra i primi l'affollamento dentario, i diastemi interdentali, i denti soprannumerari, le agenesie, crescita parziale dei mascellari e le sindromi malformative. Tra i fattori ambientali possiamo

annoverare i vizi orali, la postura linguale anomala (DEGLUTIZIONE INFANTILE ATIPICA che poi richiede l'intervento della LOGOPEDISTA CON LA TERAPIA MIOFUNZIONALE), la respirazione orale, i traumi ai denti ed al viso, la perdita prematura dei denti decidui o permanenti.



[Cross, III e open - postura bassa della lingua]

Classificazione dei rapporti scheletrici

Prima classe:
corretto rapporto tra mascellare superiore e mandibola.

Seconda classe:
Il mascellare superiore si trova collocato troppo in avanti o la mandibola troppo indietro o entrambe le condizioni associate.

Terza classe:
la mandibola è posizionata troppo in avanti o il mascellare superiore troppo indietro o entrambe le condizioni associate.

Definizione delle più frequenti malocclusioni in età evolutiva.

Morso aperto - Open byte:
in occlusione, i denti posteriori sono a contatto, mentre gli anteriori rimangono distanziati.
Morso profondo - Deep byte:
in occlusione, gli incisivi superiori coprono eccessivamente quelli inferiori.
Morso crociato - Cross byte:
In occlusione, alcuni denti superiori chiudono all'interno dei rispettivi denti inferiori con possibile deviazione della mandibola ed asimmetria facciale. Può essere mono o bilaterale.
Affollamento.
I denti sono sovrapposti, in genere perché l'osso di supporto è piccolo o i denti sono larghi. In questi casi è frequente che alcuni denti non trovino lo spazio necessario per erompere in arcata (denti inclusi).
Nell'ambito dei routinari controlli pediatrici è necessario che eventuali disarmonie dentali e/o scheletriche vengano intercettate. I soggetti potranno essere inviati all'odontoiatra pediatrico. La necessità di intervento varia a seconda dell'età del bambino e dello sviluppo dell'apparato stomatognatico. La dentatura del bambino è in continua evoluzione; per questo motivo la valutazione deve essere ripetuta ad intervalli periodici. Volendo schematizzare, secondo un criterio cronologico in base all'età del bambino, si possono distinguere 3 periodi evolutivi.

Primo periodo - dalla nascita a 3 anni.
L'allattamento materno ha un'azione favorevole sullo sviluppo delle ossa del viso, svolta dalla muscolatura durante la suzione. Dopo lo svezzamento, durante l'eruzione dei denti decidui, il passaggio ad un'alimentazione solida facilita un armonico sviluppo delle arcate.

Secondo periodo - da 4 anni a 6 anni.
In questo periodo bisogna prestare massima attenzione alla dentatura

decidua ed allo sviluppo dei mascellari, soprattutto per intervenire su alcuni fattori eziologici di malocclusione (abitudini viziate: succhiamento del dito o succhietto, respirazione orale e postura linguale anomala). Queste alterazioni funzionali modificano l'equilibrio neuromuscolare; il danno che possono provocare dipende da intensità, direzione e durata delle forze applicate.

Terzo periodo - dopo i 6 anni.
Il bambino presenta una dentizione mista che si protrarrà fino al completamento della dentatura permanente (12-13 anni). L'eruzione dei denti permanenti in sostituzione dei denti da latte è da seguirsi con particolare attenzione. La presenza dei denti da latte deve essere tutelata il più possibile fino all'età fisiologica di permuta: per esempio, la perdita o estrazione precoce dei canini da latte mandibolari provoca, nonostante il miglioramento dell'affollamento degli incisivi permanenti, una significativa perdita di spazio in arcata, imputabile prevalentemente all'avanzamento molare.

Il bruxismo, ovvero l'abitudine di stringere e sfregare i denti durante le ore notturne e diurne, è assai diffuso nella prima infanzia e, fino alla precoce dentizione mista, è da considerarsi come parafisiologico. L'eziologia comprende sia fattori centrali ed emotivi, sia fattori morfologici come malocclusioni e ipertono muscolare. Il bruxismo giovanile è una condizione autolimitante, che non evolve necessariamente nel bruxismo dell'adulto. Tale disfunzione assottiglia lo smalto dei denti per usura, determina dolore ai muscoli masticatori e disfunzioni temporo-mandibolari. Il bruxista dovrebbe essere inviato allo specialista in caso di usure dentali con compromissione severa dell'integrità delle corone, comparsa di sensibilità o grave perdita di dimensione verticale posteriore. Dall'inizio della dentizione mista in avanti il bruxismo inizia una progressiva riduzione. Il suo persistere oltre il termine della permuta della dentizione permanente, in assenza di usure dentali patologiche o dolore ai muscoli facciali, è da considerarsi una problematica di interesse psicologico, più che odontoiatrico. Le possibili opzioni nella gestione del bruxismo sono terapia cognitivo comportamentale del soggetto e dei genitori, placche occlusali e terapie psicologiche.

Raccomandazioni
Incentivare l'allattamento al seno, al fine di favorire un corretto sviluppo dei mascellari. L'allattamento artificiale può favorire le malocclusioni, se associato a suzione non nutritiva (abitudini viziate) o patologie otorinolaringoiatriche. In particolare, l'allattamento artificiale da solo o in associazione a rinite allergica ha effetto sulla crescita del mascellare superiore. Adeguata competenza labiale, corretta postura linguale, respirazione nasale e corretti diametri traversi del palato sono invece correlati all'allattamento naturale. È importante sottolineare, inoltre, come i soggetti allattati artificialmente possano sviluppare più frequentemente abitudini di suzione non nutritiva (ciucciamenti vari). La suzione non nutritiva, insieme alla rinite allergica, sembra essere il più importante fattore per lo sviluppo di un morso crociato posteriore nei bambini di età inferiore a 5 anni. Adottare misure atte a disincentivare la suzione non nutritiva dopo i 2 anni, per interromperla entro l'anno successivo. La suzione

non nutritiva è rappresentata dal succhiamento del pollice - o di altre dita - del succhietto, del labbro e della lingua. È estremamente diffusa nell'infanzia, tanto da ritenersi normale. Se si prolunga oltre i 3 anni può causare malocclusioni, quali morso aperto anteriore, morso incrociato posteriore e seconda classe molare. Per indurre la cessazione del vizio è inizialmente suggeribile la terapia cognitivo comportamentale: consigliare al genitore di non rimproverare il bambino mentre succhia, piuttosto lodarlo quando non lo fa. Le modalità di trattamento possono comprendere assistenza psicologica per i bambini ed i genitori, terapia miofunzionale o terapia con dispositivi ortodontici.



[Una bambina consegna il ciuccio: fine di una abitudine viziata]

LA RESPIRAZIONE ORALE

Nell'ambito della prevenzione delle malocclusioni, un fattore di cui tener conto è il verificarsi di situazioni in cui il bambino ha una prevalenza di respirazione orale. Normalmente, quando siamo raffreddati respiriamo in gran parte dei casi con la bocca aperta perchè il naso è chiuso. La situazione va prontamente approfondita e trattata quando la stessa viene a verificarsi su bambini in buona salute e in assenza di malattie da raffreddamento (sia in inverno che in estate). Una sbagliata respirazione la si può comprendere osservando il bambino in condizioni di relax, ad esempio mentre guarda la tv oppure di notte quando dorme. Quest'ultima condizione può essere accompagnata a volte anche da russamento o da "rumori" insoliti. L'aspetto del bimbo sarà quello della "facies adenoidea", ovvero Il bambino mostra un viso allungato, tendenza ad aprire la bocca e seri problemi all'udito.
I motivi delle deformazioni del palato e della mandibola, cioè le malocclusioni, sono causate spesso da fattori ereditari ma anche da condizioni acquisite, le cosiddette "abitudini viziate" le quali possono essere corrette prevenendo (a seconda della età in cui vengono "scoperte") l'uso dell'apparecchio ortodontico o almeno limitarne l'uso. Esistono circostanze in cui le "abitudini viziate" sono così radicate che diventa molto difficile correggerle creando una situazione di recidività, annullando quasi totalmente l'efficacia del trattamento ortodontico. Altre tipologie di "abitudini viziate" sono causate della postura della lingua (deglutizione atipica), spesso a seguito di un uso improprio del ciuccio e biberon (di cui abbiamo trattato). Si tratta quindi di circoli viziosi che bisogna interrompere al più presto possibile. Gli specialisti preposti a queste terapie sono, oltre l'ortodontista stesso, l'otorino o il foniatra e la logopedista con i suoi esercizi. Tornando alla respirazione orale, per capire come possa interferire con la corretta crescita del palato e delle arcate dentali, basti pensare che il palato è anatomicamente in stretta relazione con tutte le vie e le cavità aeree, il rinofaringe e tutti gli organi che, nella crescita, vanno debitamente

stimolati senza perderne le funzionalità, come accade invece nella condizione di prevalente respirazione orale. Infatti in questo caso la lingua assume una postura abbassata (per permettere all'aria di passare) stimolando in maniera errata la crescita della mandibola, perché senza appoggiare e spingere verso il palato (come dovrebbe avvenire), crea un circolo vizioso che nega un potente stimolo alla espansione del palato stesso. Le cause della respirazione orale, ovviamente risiedono in problemi di carattere otorinolaringoiatrico come adenoidi ingrossate, deviazioni del setto nasale, rigonfiamento del tessuto linfatico presente nel rinofaringe (quello spazio posto dietro il naso e il palato che fa parte delle vie aeree) e il cosiddetto anello del Waldayer che comprende oltre alle adenoidi anche le tonsille palatine e il tessuto linfatico faringeo che rappresenta uno dei meccanismi di difesa dell'organismo contro le infezioni delle alte vie respiratorie. Le adenoidi sono spesso presenti nei bambini a causa delle soventi infezioni che determinano un ingrossamento di questi tessuti linfatici e tuttavia, non è sempre facile accorgersi della loro presenza perché in maniera "ingannevole" possono coesistere anche in assenza di malattie più o meno conclamate. Quindi massima attenzione all'eventuale e persistente respirazione orale del bambino, che non solo può comportare problemi ortodontici, ma anche respiratori (ipoossigenazione) sviluppando poco il torace, un persistente stato di svogliatezza (soprattutto a scuola), deficit dell'attenzione, turbe del sonno o del carattere, difficoltà nell' attività sportiva. Un otorino può risolvere la patologia anche senza interventi invasivi, ma prescrivendo delle semplici cure termali, mediche (come aereosol) ed omeopatiche. Un esame molto significativo, la rinomanometria, per niente fastidioso, può misurare con precisione il grado di ostruzione delle vie aeree superiori che sono alla base della respirazione orale.

Un'ultima precisazione: può capitare che un bambino abbia da piccolo (ad esempio 3-4 anni di età) concreti problemi ORL, e che con il tempo scompaiono vuoi per le terapie vuoi per la crescita (che spesso risolve spontaneamente l'immaturità di questi tessuti linfatici), ma continuare ad avere una intensa respirazione orale per "abitudine". Questa è una situazione molto ingannevole perché difficilmente riconoscibile, che induce a volte anche l'otorino ad una sbagliata interpretazione diagnostica, con conseguente mancata prescrizione di terapie adeguate. In questi casi sarà preziosissima l'attività della logopedista che rieducherà il bimbo con semplici esercizi ad usare il naso e non più la bocca. La logopedista non si occupa solo del linguaggio o della pronuncia, ma anche della rieducazione della respirazione, della postura linguale evitando, se preso per tempo, l'uso dell'apparecchio ortodontico, o comunque potenziandone l'effetto e riducendone i tempi, prevenendo le recidive.

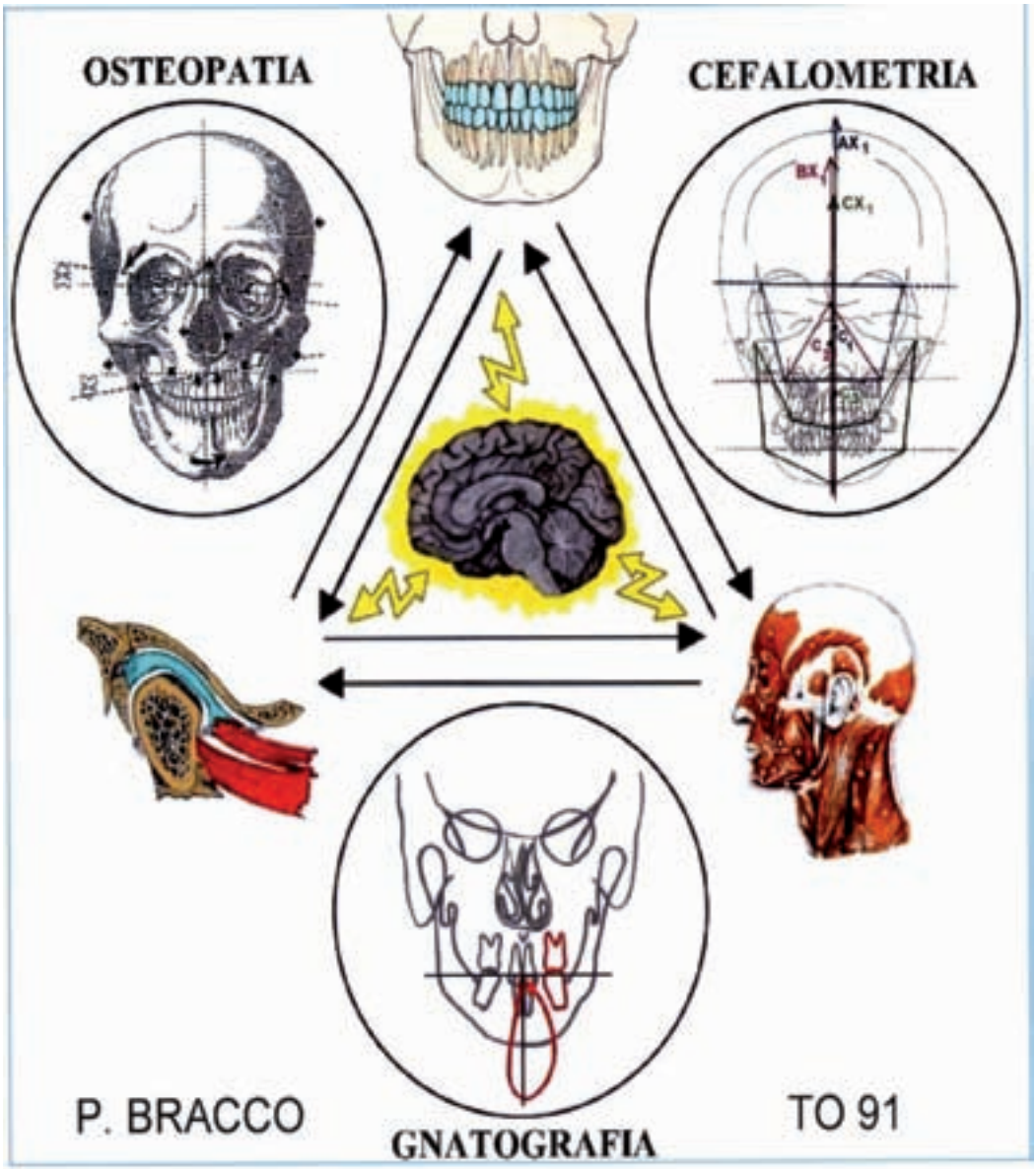
Da sottolineare che non tutte le logopediste sono specializzate in questo tipo di rieducazione respiratoria e posturale come d'altronde non tutti i dentisti si dedicano all'ortognatodonzia. Inoltre gli esercizi che vengono impostati dalla logopedista devono essere poi riproposti giornalmente dentro casa con pazienza, costanza, dolce ed attento incoraggiamento da parte dei genitori.

ORTODONZIA OPPURE ORTOGNATODONZIA?

Quello che seguiamo noi della scuola del Prof Pietro Bracco dell'università di Torino, da 25 anni, collegati da un gruppo di studio e che possiamo certamente definire come fra i più avanzati del mondo, è il concetto di orto-gnato-donzia. Questo significa che la diagnosi e la terapia tengono conto non solo della posizione dei denti, o se sono dritti o storti, ma di tutto l'insieme del sistema stomato-gnatico. Ovvero, innanzitutto l'occlusione (cioè il perfetto e preciso combaciamento delle arcate fra loro, superiore e inferiore), poi tutti gli apparati collegati, ossa, muscoli, l'articolazione temporo mandibolare (ATM, cioè l'articolazione della mandibola che si muove incernierata nel cranio). Ma poi anche la lingua e le labbra, gli orbicolari, i tessuti molli, il palato e la respirazione, ed il sistema che comanda tutto questo meraviglioso apparato, ovvero i nervi e il sistema nervoso centrale (SNC, è il cervello che comanda in maniera automatica tutto il delicato e complesso sistema della masticazione e della bocca). Ma nelle nostre valutazioni si tiene conto in modo molto accurato anche della postura della colonna vertebrale e dei cicli della corretta masticazione. Quindi vi rendete bene conto che l'ortognatodonzia non "raddrizza i denti" solamente, ma mette a posto la salute dell'intero corpo umano, tenendo conto di numerosissimi fattori collegati perchè la bocca è un organo che ha profonde connessioni con tante altre parti del nostro sistema locomotore e neuromuscolare. E se ci mettiamo a pensare anche alle correlazioni psicologiche o al valore di comunicazione sociale che può avere la bocca ed il sorriso, oppure gli effetti positivi di una corretta masticazione sulla digestione (dicevano i latini, scuola salernitana: la prima digestione avviene in bocca), vediamo che questo sistema non sarà certo il più importante di tutti nel corpo umano, ma riveste davvero un ruolo di primaria correlazione con tanti altri apparati. Non ultimo, le recenti scoperte fra le infezioni della bocca, la piorrea dell'adulto (strettamente correlate con la forma masticatoria e le malocclusioni) l'infarto, ictus, parti prematuri, e molte malattie sistemiche, si spostano su un piano che intacca la sopravvivenza stessa dell'individuo, a partire dalla salute della bocca.

Perché l'ortodonzia?

Facciamo un passo indietro: perchè dobbiamo proporre l'uso di apparecchi ortodontici ai nostri bambini?
In estrema sintesi si può dire che esiste una situazione di equilibrio e di forma armoniosa delle arcate NORMALI in cui i denti e le ossa, i muscoli, le articolazioni, la schiena sono in perfetto rapporto fra di loro. Tutto ciò che si discosta da questa perfezione (che quindi è il vero obiettivo dei nostri trattamenti) si chiama MALOCCLUSIONE. E porta ad una serie di conseguenze possibili o certe. Intanto c'è una possibile compromissione dell'estetica, e questa è la molla che fa muovere qualsiasi mamma o pediatra e gli stessi bambini-e. Preoccuparsi dell'estetica è assolutamente corretto, è un fine del tutto legittimo nella nostra società dove ci si deve presentare con un aspetto piacevole e codificato, ma ci sono delle malocclusioni, che pur gravi, che non comportano nessuna minima compromissione estetica. Ad esempio, il deep byte o morso profondo, è una situazione di forte rischio per i denti ed il loro supporto parodontale (gengiva-osso),



Esagono gnatologico di P. Bracco: esso deriva dal triangolo gnatologico di H. Stallard integrandolo con tre elementi aggiuntivi che riguardano le dissimmetrie statiche e dinamiche sul piano frontale.

per l'ATM e l'equilibrio. Ma non "si vede niente" da fuori. Il sorriso è OK. Quindi, uno dei numerosi principi e consigli che voglio esporre in questo piccolo articolo, è che bisogna far sempre controllare i bimbi dall'ORTODONTISTA anche se il sorriso, esteticamente, sembra buono! Ma le altre conseguenze della malocclusione, al di là del discorso estetico, possono essere locali (la bocca) o a distanza (tutti gli apparati dell'intero corpo umano collegati di cui abbiamo parlato fin qui).

Se rimaniamo alla bocca, senza pensare a distretti lontani, chi ha i denti storti, ha dei denti che lavorano male, "fuori asse", per decenni, e va incontro nel corso della vita ad una incidenza decisamente maggiore di CARIE prima, in età giovanile, e di PIORREA poi in età più matura. La malocclusione quindi è un fattore fortemente predisponente a carie e parodontopatie ovvero alle cause che possono portare, in un circolo vizioso ineluttabile alla perdita precoce dei denti... Quindi ecco che raddrizzare i denti significa che l'intero sistema masticatorio ne giova e la bocca dura di più.

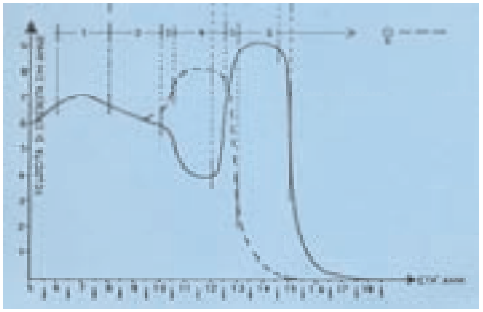
Dalla disfunzione dell'ATM possono generarsi mal di testa (un 30 % delle cefalee croniche idiopatiche, cioè senza causa apparente, dipendono da malocclosione), dolori locali dell'articolazione temporomandibolare stessa alla masticazione, con compromissione del menisco, blocchi, scrosci, crepitii, limitazioni del movimento della mandibola, depressione e malumore, insonnia, alterazione dei cicli della masticazione, malattie a distanza dell'apparato digerente, ulcere, tumori etc, apparato di cui la bocca è il primo anello della catena.

Quando l'ortodonzia?

Dobbiamo, anche alla luce di quanto detto finora, distinguere due tipi fondamentali di malocclusione. Quelle con semplice spostamento dentale, e quelle, ben più complesse, con compromissione della armonia ossea. Le prime dove abbiamo "solo" denti un po' storti, antiestetici, ma il combaciamento fra le due arcate (l'inferiore con la superiore) è buono, possono essere trattate, caso per caso, da zero a novantanove anni, quindi anche in età adulta, a patto che il supporto parodonto-gengivale non sia già stato compromesso dalla masticazione sbagliata. In questi casi, non dobbiamo spostare o rimodellare l'osso di sostegno dei denti, ma solo i denti stessi che possono essere ruotati, storti, accavallati. Questo viene ottenuto generalmente con un apparecchio fisso (quello con le piastrine- stelline) che il bambino inizia a portare in genere quando fa le medie. In alcuni casi si può intervenire anche in età adulta e sono questi i casi in cui vedete in giro belle ragazze di 20 anni con l'apparecchio fisso con le stelline.

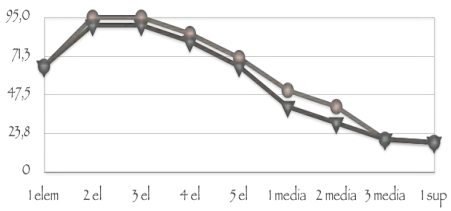
La scelta fra fisso e mobile non dipende minimamente dai desideri o dalle inclinazioni del paziente, dei genitori, o del dentista ortodontista. Dipende da quale malocclusione si deve correggere. E qui intervengono le scuole di pensiero diverse; alcune usano più gli apparecchi mobili, altre più il fisso. Inoltre bisogna distinguere le problematiche in *disturbi della struttura ossea e del combaciamento delle arcate* da un lato, e *in denti non dritti dall'altro* (in presenza di mancanza di problemi strutturali ossei e di perfetto combaciamento delle arcate, prima classe). Allora la risposta alla domanda quando si deve iniziare, diventa molto semplice. Nella prima famiglia di difetti ortognatodontici, si

deve intervenire più precocemente possibile, in prima o seconda elementare, anche se ora la tendenza è di



[Tabella di crescita di maschi e femmine (linea tratteggiata) da cui si desume l'età ideale per il trattamento ortodontico]

anticipare moltissimo ed intercettare subito anche quando il bimbo è piccolo ed ha tutti i denti da latte se presenta ad esempio un morso incrociato unilaterale (palato stretto) anche a 5-6 anni di età. E l'apparecchio sarà in linea di massima un mobile funzionalizzante non cariogeno, facilissimo da far portare al bambino di questa fascia d'età.



[Ipotetica curva statistica della collaborazione dei ragazzi: massima collaborazione nei primi anni delle elementari]

Nella seconda famiglia di malocclusioni (quello che per semplificare ho chiamato i denti non dritti) tendenzialmente si metterà un fisso, e andrà messo quando sono presenti tutti i denti permanenti, per allinearli in modo finale perfetto. Questo corrisponde ai 12-14 anni (scuole medie). Come avrete già capito, le due fasi spesso sono sequenziali o miste, caso per caso, individualmente. Cioè un bambino può aver bisogno prima, da piccolo, un ciclo con un mobile funzionale che risolverà tutta la grossa patologia, e poi una "rifinitura" di perfetto allineamento con un fisso più avanti. A quel punto il fisso, che è tendenzialmente più difficile da tener pulito dei denti naturali, durerà meno possibile perchè dovrà "solo" raddrizzare qualche dente disallineato riducendo i rischi igenici al minimo. Questi schemi terapeutici, per quanto ricorrenti non sono affatto standard, e, come ripeto, bisogna vedere caso per caso.

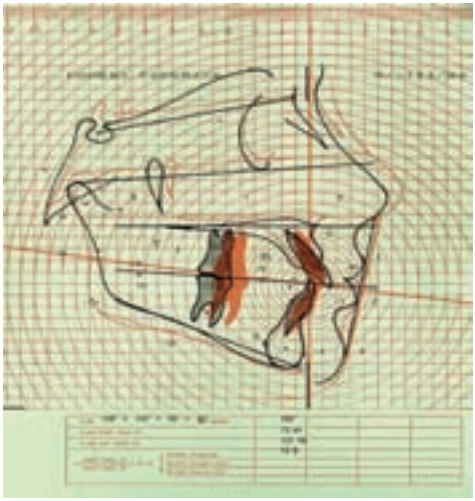
La diagnosi.

Prima di progettare un trattamento ortodontico, eseguo una diagnosi accurata che mi permette di non fare errori nella costruzione dell'apparecchio. In TUTTI i casi, piccoli o adulti, semplici o complessi, PRIMA di fare ortodonzia, bisogna avere a disposizione dei dati relativi alla struttura ossea.



[Inizio della fase diagnostica: indispensabili radiografie, impronte, modelli e foto]

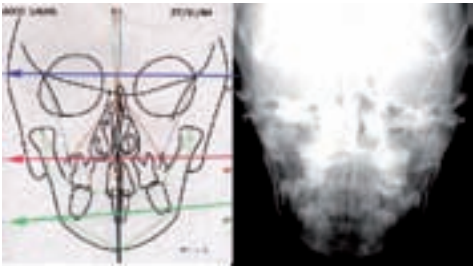
Con una semplice visita non si può comprendere come è fatta la base ossea del paziente, la forma vera del palato o della mandibola, gli spazi, gli angoli etc.. Eseguire una diagnosi prima di progettare un trattamento ortodontico, non è in relazione alla gravità del caso, ma solo alla accuratezza della terapia proposta. La CEFALOMETRIA, in due



[Cefalometria laterale]

proiezioni, laterale e postero anteriore, sono dei tracciati diagnostici, ricavati dalle radiografie corrispondenti (la laterale del cranio e la posteroanteriore) che mostrano la differenza fra come un bambino è conformato e come invece dovrebbe essere a quella età.

Solo così il medico si renderà conto della forma e della dimensione della struttura ossea, mandibola, mascellare superiore, e potrà progettare il trattamento e l'apparecchio giusto.



[Cefalometria postero-anteriore]

La terapia ortodontica.
il 90% dei bambini che hanno un morso incrociato unilaterale (crossbyte monolat) hanno prima del trattamento ortodontico una deviazione della colonna vertebrale dimostrabile facilmente con uno screening rapido di massa mediante uno strumento che si chiama *spinal mouse*.



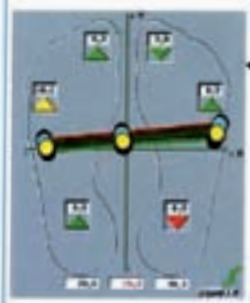
[Gli apparecchi funzionalizzanti, semplici da portare, stanno interamente dentro la bocca, non fanno male e permettono di parlare abbastanza bene]

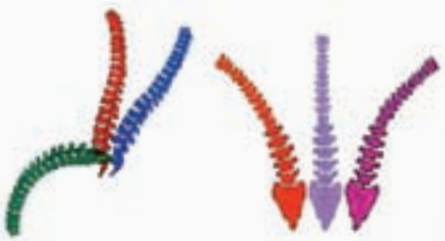
L'uso delle apparecchiature funzionalizzanti realizzate dal nostro gruppo di studio della cattedra di ortognatodonzia di Torino, nel giro di pochi mesi, è in grado da solo, nella quasi totalità dei casi, di raddrizzare la schiena di questi bambini(in molti casi continuamente monitorati con lo spinal mouse). La



P. BRACCO

TO 95





[Occlusione e postura]

MR 99

Triangolo posturale di P. Bracco: il triangolo posturale è una fantasia di P. Bracco, nella sua qualità di clinico e ricercatore.

Restiamo in operosa attesa di poter passare dalla fantasia alla realtà, con adeguata documentazione accettabile sul piano della metodologia scientifica.

stessa identica osservazione su un campione di migliaia di casi, ha dimostrato come i cicli della masticazione, prima dell'apparecchio sono alterati e dopo ritornano normali. Questi sono successi scientifici che coronano decenni di ricerche e di collaborazione fra l'università e i medici, come me, del gruppo di studio. Abbiamo, con questi due esempi la dimostrazione diretta che quasi sempre una malocclusione crea un difetto della postura della colonna vertebrale, e che i nostri apparecchi la correggono.

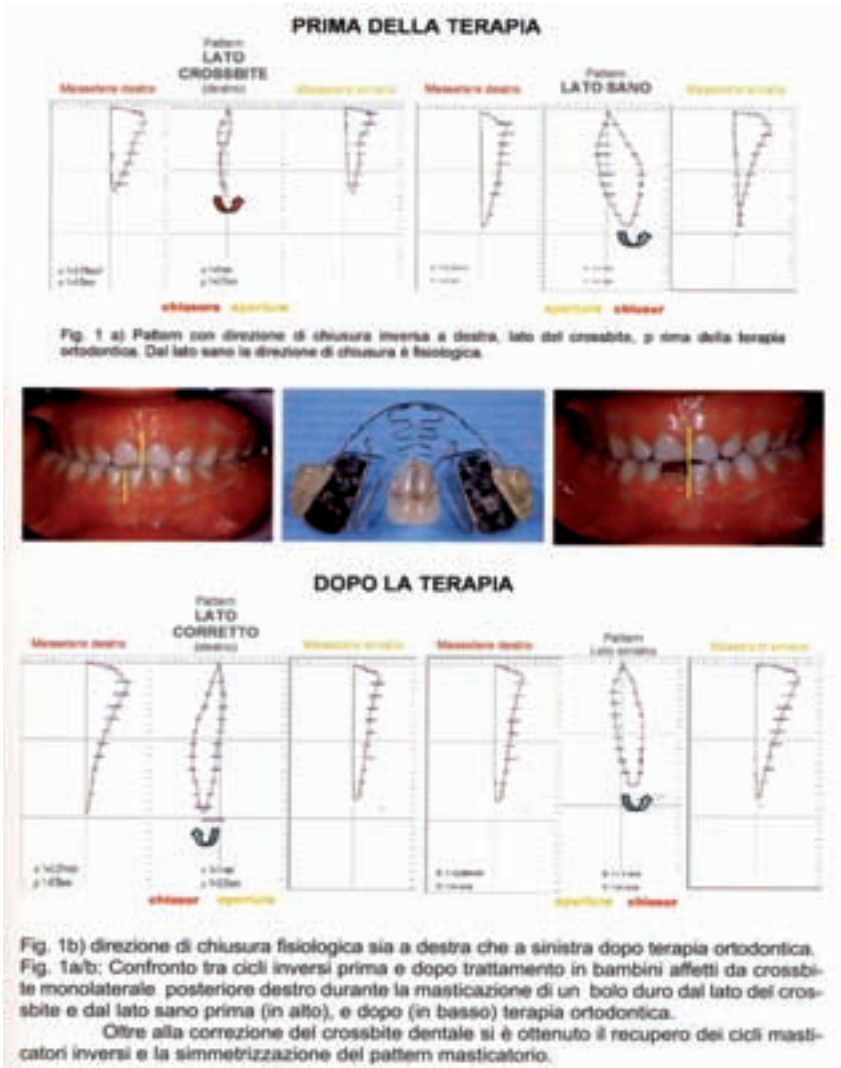


Fig. 1 a) Pattern con direzione di chiusura inversa a destra, lato del crossbite, prima della terapia ortodontica. Dal lato sano la direzione di chiusura è fisiologica.

Fig. 1b) direzione di chiusura fisiologica sia a destra che a sinistra dopo terapia ortodontica.
Fig. 1a/b: Confronto tra cicli inversi prima e dopo trattamento in bambini affetti da crossbite monolaterale posteriore destro durante la masticazione di un bolo duro dal lato del crossbite e dal lato sano prima (in alto), e dopo (in basso) terapia ortodontica.

Oltre alla correzione del crossbite dentale si è ottenuto il recupero dei cicli masticatori inversi e la simmetrizzazione del pattern masticatorio.

La stabilizzazione finale e la recidiva.

C'è un evento che noi ortodontisti chiamiamo "la tomba dell'ortodontista":*la recidiva*.

Infatti può capitare che una volta "riconsegnato" il bambino con i denti apposto, per qualche motivo, qualcosa si risposta e peggiora (anche se mai come lo stato iniziale). Una delle principali cause può dipendere dalla diagnosi sbalgliata. Infatti se il trattamento non è stato impostato bene, e l'apparecchio non è stato quello giusto, è il minimo che possa succedere. Se il trattamento, pur bene impostato, non è stato portato perfettamente a termine per qualche motivo (scarsa collaborazione o interruzione precoce del trattamento etc.), si può manifestare la recidiva. Inoltre, le III classi su base genetica, spesso sono difficili da correggere a perfezione, anche se in genere questo accade quando vengono trattate troppo tardi come età, e per queste malocclusioni, il "tardi" può significare già quando il giovane paziente fa la prima media.

Ecco che, alla luce di quanto detto, si rende poi neccessario l'uso dell'apparecchio ortodontico.

Vorrei sottolineare che, anche quando il trattamento è perfettamente riuscito e siamo giunti all'obiettivo grazie all'apparecchio, nel 99% dei casi, dovremo effettuare comunque una successiva fase di contenzione, ovverosia far portare al ragazzo ancora per un certo tempo degli apparecchi notturni (quindi solo la notte, non più visibili o fastidiosi) per stabilizzare il bel risultato raggiunto. Anche quì, se il soggetto, ormai stanco, smette di collaborare, abbiamo ancora il rischio della recidiva. Se alla base della malocclusione erano state presenti le abitudini viziate, la contenzione si chiama "attiva" perchè quasi sempre si ritorna agli apparecchi funzionali (sempre la notte solamente) con cui spesso si era iniziato. Questa fase può essere molto molto lunga, anche anni, finchè la crescita non è davvero terminata e l'ossatura si è stabilizzata e non si sposta più.

Denti del giudizio.

Quando nella malocclusione è stata presente una carenza di spazio, attorno ai 15-16 anni bisogna effettuare una germectomia (in genere solo inferiore), ovvero l'estrazione chirurgica precoce dei germi dei denti del giudizio. Infatti questi denti possono creare un nuovo affollamento quando poi spuntano. E se si teme di soffrire con questo intervento (che in realtà è molto semplice per il giovane ragazzo, che deve mettere in conto solo un paio di giorni di lieve disagio, se effettuato precocemente e non tardivamente, e da mano maestra) bisogna capire che queste saranno sicuramente maggiori se si ritarda e si arriva ad una età adulta.

La vera ortodonzia invisibile



Vorrei presentare quella che non è una vera novità, ma una tecnica di ortodonzia estetica che è diventata ormai molto sicura, sperimentata e merita di essere diffusa di più. Oggi infatti c'è una

richiesta, anche da parte di adolescenti, oltre che dagli adulti, di un apparecchio che sia esteticamente più accettabile dei classici bottoncini di metallo. Esistono dei bellissimi attacchi ortodontici (le "stelline" che vanno incollate sui denti per effettuare trattamento ortodontico fisso) in porcellana o zaffiro minerale che sono trasparenti e quasi invisibili. Non si può dire che siano del tutto invisibili, ma lo sono molto meno di quelli di metallo. Costano un po' di più, ma non è un dramma! Rispetto ad altre tecniche di ortodonzia estetica, permettono di eseguire trattamenti completi senza limiti clinici. Infatti, volendo fare un po' di comparazioni, gli attacchi in fibra o composito, tendono a rompersi e ad ingiallire, e questo è un vero problema. Quelli in zaffiro e porcellana no. E la ortodonzia linguale (quella che si effettua montando gli attacchi dietro ai denti, internamente alla bocca) è molto fastidiosa per il paziente e può essere usata solo in un limitato numero di casi, solo per leggere correzioni, non per lavori completi. L'ortodonzia con le mascherine mobili, oltre che complicata e costosa, richiede un elevato livello di collaborazione da parte del paziente (se queste mascherine non vengono portate per un numero adeguato di ore al giorno, i denti rimangono come stanno!) e numerose visite e modifiche frequentissime. Questa degli attacchi in zaffiro è la tecnica che permette lavori biologicamente validissimi e come estetica è un buon compromesso, non veramente invisibile, ma... quasi!

TRAUMI SUI DENTI DA LATTE O DECIDUI

Il trauma sui denti da latte, così come quello sui denti permanenti, si può manifestare in diverse tipologie di danno.

IL TIPO DI TRAUMA

Danno sul dente stesso: frattura dello smalto, frattura smalto/dentina, frattura con esposizione pulpare, frattura della radice del dente.
Danno sui tessuti di sostegno: osso, con frattura dell'alveolo, ovvero di una o più pareti ossee della sede del dente – frattura del mascellare superiore o inferiore
Danno sui tessuti di sostegno: parodonto, concussione e sublussazione, ovvero una lieve mobilità, un allentamento dalla sede del dente, che spesso sono reversibili senza danno, a seconda dei casi. Lussazione estrusiva, laterale, intrusiva, avulsione, che sono quadri più gravi che portano spesso fatalmente alla perdita del dente.
Il tipo di trauma che si verifica, dipende molto dalle modalità dell'incidente, le forze d'urto, etc. Semplificando al massimo, giusto per fare un esempio, se il bimbo sbatte in verticale sul bordo della piscina, forse ci sarà una lussazione con intrusione (pericolossissima per il permanente), mentre se gli va sul viso l'altalena potremo avere una lussazione laterale con meno rischio per la gemma del permanente.
Ci può essere una prevalenza del tipo di trauma a seconda dell'età del bambino e del tipo di dente, se da latte o permanente: si può dire molto genericamente che nei bimbi piccoli, con denti da latte, prevalgono tutti i danni a carico dell'osso e del parodonto (lussazioni etc.), mentre nel bambino più grandicel-

lo che ha permanenti da qualche tempo, prevale il danno al dente stesso (ad esempio le fratture della corona). Questo perchè quando si applica la forza, nel piccino cede l'osso che è più "morbido" e il dente rimane pressochè intatto mentre a partire da un paio di anni dopo l'eruzione del permanente(così come nell'adulto) a cedere è il dente, che si spezza, perchè l'osso è più compatto.

LE CONSEGUENZE DEL TRAUMA

1) Lesioni del dente permanente corrispondente per trasmissione diretta del trauma da parte del dente da latte che subisce il colpo.

Quadro clinico:

- *anomalie di struttura del dente permanente:* il dente permanente che prende un colpo per trasmissione della energia cinetica dell'urto applicata sul dente da latte, subisce danni anch'esso, come ipoplasie dello smalto, o altri danni morfologici, che causano difetti estetici a volte molto forti, e predisposizione alla carie (dove manca smalto) ed indebolimento del dente.



[Lesione dello smalto di un permanente dovuta a trauma sul dente da latte]

- *anomalie di posizione e/o di eruzione (le più frequenti):* il dente da latte traumatizzato crea la condizione negativa per la regolare eruzione del corrispondente permanente e questo



[Eruzione Ectopica del permanente risultato di un dente da latte traumatizzato e non caduto spontaneamente]

permanente, può nascere male, tardi e storto. Queste situazioni devono essere intercettate con l'avulsione tempestiva del deciduo (il concetto di "liberare la strada" per il permanente) o con il mantenimento ed il ripristino dello spazio sull'arcata.

- *anomalie per dilacerazione:* questo è un quadro drammatico, ovvero il dente permanente subisce un colpo tale, tramite il dente da latte che intrude al momento del trauma, da rompersi, lacerarsi, al punto tale da diventare un dente perso.

Il tipo di conseguenza dipende dall'età età del bambino. Genericamente traumi intorno a 1-2 anni potrebbero creare anomalie di struttura del permanente, mentre traumi intorno a 3-5 anni potrebbero generare anomalie per dilacerazione.

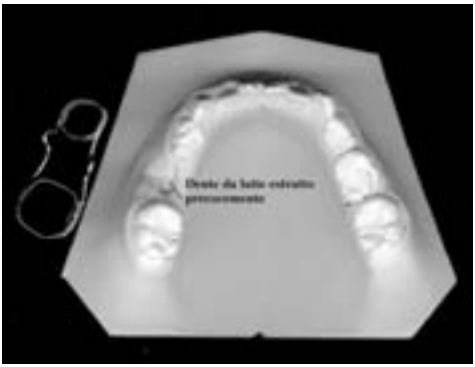
2)conseguenze della persistenza protratta del deciduo per disturbo della rizolisi fisiologica.

Un dente da latte che ha subito un trauma può avere molto spesso un disturbo della rizolisi fisiologica, o rimanere anchilosato. Ciò crea un ostacolo insormontabile nel tragitto di eruzione del dente permanente corrispondente che quindi nasce del tutto storto in varie sedi, in ritardo etc. Per capire questo, bisogna tener presente come avviene la permuta regolare, ovvero come nella norma vengono cambiati i denti da latte. Se tutto avviene regolarmente, il dente nuovo cresce, scende e si avvicina alla posizione definitiva e contemporaneamente il deciduo subisce fenomeni di rizolisi, cioè la radice si riassorbe man mano che in permanente scende. E' per questo che i denti da latte quando cadono spontaneamente **non** hanno radice.

3) conseguenze della perdita di spazio sull'arcata

Se un bambino perde un incisivo centrale superiore da latte a due anni e mezzo per un trauma, si possono restringere gli spazi. Secondo tutti gli ultimi orientamenti degli specialisti in traumi infantili, alcuni dei tentativi di conservare ad ogni costo il dente da latte per non perdere lo spazio per il successivo permanente, sono sbagliati proprio perchè mantenerlo può danneggiare molto seriamente il permanente, come già detto.
Quindi bisogna giudicare caso per caso, radiografie alla mano, e decidere individualmente a seconda della situazione. La terapia dei traumi dei denti da latte è articolata secondo questi principi, ma mentre nel caso dei permanenti traumatizzati l'imperativo è conservare con tutti i mezzi il dente, nel caso dei denti decidui, l'imperativo è evitare danni al permanente ed agevolarne la crescita nel sito, nel modo e nei tempi giusti.
Un qualsiasi dente da latte ascessuato per trauma (od anche per la carie stessa in altri casi) non va lasciato al suo posto in considerazione della malattia focale che può comportare danni alla salute generale del bimbo per presenza di un dente infetto, rappresentando una seria turbativa della permuta fisiologica normale.

Estraendo il dente si potrà rimediare al timore della perdita dello spazio in arcata con un *mantenitore di spazio*.



RETRAZIONE GENGIVALE/ PIORREA/PERDITA OSSO DI SOSTEGNO/PARODONTOPATIA /GENGIVE/INFIAMMAZIONE GENGIVALE

Voglio scrivere due parole destinate alle persone che non conoscono questo tipo di problema della salute della bocca. Diciamo che i "capitoli" inerenti la bocca e le sue patologie, sono molteplici: quello della carie ad esempio è un argomento molto noto, facile da capire, tutti lo conoscono e se ne parla ovunque. Per fare un esempio opposto, poco

si sa, dei problemi riguardanti la articolazione temporo-mandibolare e le sue disfunzioni. I problemi delle gengive e le loro malattie, sono purtroppo poco conosciuti, se non nella fase finale,



quando si instaura quella che comunemente si chiama la piorrea, ed è troppo tardi per salvare i denti perchè ormai sono destinati ad essere persi per la eccessiva mobilità, e non è detto che i denti si perdono solo per "vecchiaia" (può colpire soggetti anche giovani).
Quando abbiamo 18 anni, il dente sta bello piantato dentro i suoi tessuti di sostegno, gengiva ed osso sottostante, e sta molto forte dentro la mandibola o la mascella. Con il passare del tempo tutti noi arriviamo a quello che...chiameremo "giorno X", in cui osso e gengiva si sono retratte, ritirate, e quindi un dente anche sanissimo, senza carie o altro, vacilla, dondola e cade. Tutti noi passiamo dalla situazione dei 18 anni a quella del giorno X, è una progressione inevitabile, ma l'importante è arrivarci più tardi possibile. Tardare al massimo l'arrivo del giorno X significa prolungare la vita dei denti e quindi il nostro vero obiettivo deve essere quello di fermare il processo di retrazione gengivale e perdita ossea, o farlo regredire.
Proviamo ad immaginare una "torta" che ha tanti spicchi di grandezza diversa, e tra questi uno è il più grande. Quello più grande è la PLACCA BATTERICA che causa carie e di conseguenza piorrea che sostanzialmente è un'infezione cronica dei tessuti gengivali. Se per assurdo noi potessimo sterilizzare la bocca dentro una delle autoclavi che hanno proprio i dentisti, la piorrea non esisterebbe, e nessuno perderebbe mai i denti. Gli spicchi minori sono ad esempio il fumo che manda a razzo la piorrea e la distruzione dell'osso che sostiene i denti. È ovvio che, se si fumano 3 pacchetti di sigarette al giorno, quello spicchio della torta assume dimensioni maggiori. Altri spicchi possono essere l'ereditarietà: se i propri genitori hanno perso i denti a 40 anni entrambe per piorrea, di certo non potrà dormire sonni tanto tranquilli. Malattie varie concorrono poi a perdere più rapidamente i denti e la progressione va veloce, un esempio su tutti "il diabete", ma anche un utilizzo prolungato di alcuni farmaci può accelerare il processo di perdita dei tessuti gengivali ed ossei, esempio alcuni antiepilettici, la pillola anticoncezionale che infiamma le gengive come se si fosse in gravidanza. La gravidanza infatti è un periodo in cui le modificazioni ormonali creano una minore immunità con aumento della aggressività dell'infezione. È molto consigliato, durante la gravidanza andare dal dentista per la pulizia del cavo orale almeno 2 o 3 volte nel periodo. Una delle cause più gravi di rapida progressione della malattia parodontale è rappresentata dalle malocclusioni: i denti storti durano molto di meno nella vita perchè la perdita di osso è molto più rapida, ed il famoso "giorno X" arriva più velocemente.
Ecco l'importanza dell'apparecchio

ortodontico nei bambini, e non solo da un punto di vista estetico! Infatti i denti storti lavorano male, fuori asse, con sollecitazioni masticatorie e occlusali anomale che traumatizzano, giorno dopo giorno l'osso di sostegno e sono molto più difficili da pulire perchè lo spazzolino deve fare uno slalom fra un dente e l'altro.
EDENTULIA: questa è una delle cause principali di perdita di denti per mobilità ed eccessiva piorrea. Se mancano dei denti, anche uno solo perso per qualsiasi motivo, tutti gli altri lavorano troppo, per sopperire alle mancanze e col tempo anche loro si ammalano e cominciano a muoversi. La conclusione evidente è che quando si perde anche un solo dente, bisogna subito rimetterlo perchè sennò quelli vicini si spostano, si inclinano, lavorano fuori-asse, si estrudono, ovvero si spostano in modo da perdere tutta l'architettura originale e il normale funzionamento. Albergano dentro la bocca anche tutta una serie di germi particolarmente aggressivi e dannosi (fra cui il actinomicetes) verso i tessuti parodontali, comportando una progressione dei danni più rapida.
Concludendo, tanti sono i fattori di rischio per la nostra bocca ed i nostri denti, alcuni come "l'ereditarieta" più difficili da sconfiggere altri invece facilmente diagnosticabili e curabili. Il medico dentista, consultato preventivamente, periodicamente e soprattutto in tempo, è sicuramente l'arma vincente per sconfiggere infezioni, malocclusioni e quanto di peggio detto sopra, senza mai dimenticare però, che alla base di tutto ci deve essere una rigorosa ricerca dell'igiene personale. A proposito di igiene personale vorrei sottolineare che se non si usa il filo interdentale, avremo omesso almeno il 50% di quello che possiamo fare per prevenire che i denti cadano, perché lo spazzolino fa solo metà del lavoro. Un' abitudine deleteria ma purtroppo comune, anche se istintiva, è smettere di spazzolare se le gengive sanguinano pensando che sia stato lo spazzolino. Falso! Infatti la successione logica degli aventi è questa: quando si spazzola i denti e la gengiva sanguina è perché la placca l'ha infiammata, quindi spazzolando più forte, non si fa altro che rimuoverla, anche se fa male e sanguina! Questo ci permetterà nel giro di poco tempo di eliminare completamente la placca ed il sanguinamento cesserà: va da sé che, alla luce di quanto detto, se le gengive continuano a sanguinare si rende opportuna una tempestiva visita dal dentista per valutare il problema.
Ritornando all'igiene orale, oltre a quella personale e quotidiana, è espressamente consigliata l'igiene orale professionale periodica eseguita da un'igienista dentale: in linea di massima i bambini ogni 12 mesi, adulti ogni sei (se è già presente qualche problema anche ogni 3/4 mesi, che equivale a 4 sedute di igiene l'anno, il tempo ed soldi meglio spesi, una vera polizza di assicurazione contro le malattie della bocca, che spesso, come la piorrea sono irreversibili. L'importanza dell'igienista dentale, oltre rimuovere i depositi di placca più o meno calcificata, sta nell'educare continuamente i pazienti nell'attenta e scrupolosa ricerca della propria igiene personale affinchè si senta motivata a curare la propria salute, che partendo dalla bocca, si irradia per tutto il corpo in ogni sua parte.

PROTESI
ARTICOLO ESPLICATIVO

Riguardo la dentatura, la perdita di uno o più denti comportano spostamenti dei denti vicino e antagonisti, quindi la perdita della integrità anatomica e funzionale. Si creano contatti anomali, e i singoli denti perdono il supporto dell'osso e della gengiva, a causa degli spostamenti, ed alla fine si allentano, si muovono e cadono. Il fatto che con la mutilazione della perdita anche di un solo dente, tutto si sposta, comporta anche che la masticazione possa divenire prevalente da un lato piuttosto che dall'altro, oppure anteriorizzarsi, cioè masticare più con i denti davanti.
Questo crea ulteriori squilibri perchè alla fine si creano porzioni della bocca e gruppi di denti che lavorano troppo ed altri che non lavorano. Questo porta alla perdita rapida sia di quelli sottoposti a superlavoro, sia di quelli che lavorano meno, a causa di quella che possiamo parafrasare come la loro "sedentarietà", ovvero atrofia da non-uso. A questo punto i muscoli masticatori, la articolazione temporo mandibolare (ATM), il sistema nervoso stesso, la postura della colonna vertebrale, possono soffrire della perdita di un dente e degli squilibri connessi. Infatti le strutture citate sono parte della catena dell'equilibrio del corpo umano. Sto affermando che un dente perso può far venire mal di schiena, la cervicale, mal di testa cronico. Ed anche sofferenze di carattere somatico e insonnia. Quindi voi potete capire come sia fondamentale per tutta la salute e l'equilibrio dell'organismo, rimettere un dente che si è perso, anche uno solo. Le tecniche della conservativa sono andate avanti in modo straordinario, ed oggi noi dentisti appassionati riusciamo a togliere molti meno denti di quanto si facesse in passato. Riusciamo a salvare denti anche molto rovinati, con le cure e gli interventi sulla gengiva. Ma se si arriva alle pinze, bisogna porsi immediatamente il problema di ripristinare l'integrità dell'organismo che parte dalla bocca. Come fare? Ci sono fondamentalmente tre tipi di protesi oggi. *I ponti, gli impianti, e la protesi mobile.*

Implantologia.

Si tratta di mettere in posa una radice artificiale dentro l'osso, l'impianto, che dopo terrà avvitato a se' il dente vero e proprio. Si fa un piccolo intervento chirurgico e dopo 24 ore e qualche piccolo fastidio tutto passa senza ulteriori conseguenze. Dopo sei mesi, viene messo in posa il dente esterno, avvitato a questa radice artificiale, e il gioco è fatto.



Vantaggi: molto sicuro e fisiologico (non si tocca nessun altro dente vicino per agganciarsi), ottima estetica,durata lunghissima.
Svantaggi: piccola percentuale di non attecchimento dell'impianto, se la selezione del paziente non era stata accuratamente rigorosa e si è tentato anche dove le condizioni erano proibitive (es:. paziente anziano con grave

diabete insulino-dipendente ed osteoporosi).
Costi: superiori a quelli di qualunque altra soluzione protesica (ma non di molto)
Tempi: estremamente lunghi, dove si deve stare con un provvisorio se possibile.

Protesi fissa.



[Ponte oro-ceramica 4 elementi che sostituisce due denti mancanti (su modello di gesso)]

Questo è il tipo di protesi più valido in assoluto perchè allo stato attuale delle tecniche ha una percentuale di successo prossima al 100%. Nel senso che tutti la portano bene, si può fare quasi in tutti i casi (tranne che quando i denti si muovono già, perchè, visto che si ancora sui denti del paziente, se questi vengono persi per piorrea, viene perso anche il ponte). E' un tipo di protesi che viene definita "fisiologica" perchè riproduce esattamente in modo perfetto forma e funzione dei denti originali e tutto è estremamente naturale. Il tempo di assuefazione da parte del paziente (necessario perchè si abitui) è misurabile in poche ore. Nel senso che dopo alcune ore la persona dimentica di avere un dente artificiale in bocca, e lo considera e percepisce come suo proprio. L'estetica nella maggior parte dei casi è assolutamente perfetta ed indistinguibile dagli altri denti. Oggi ci sono ad esempio ceramiche senza oro dentro che danno un colore, una naturalezza e translucentezza assolutamente perfetta e nessuno si accorgerà mai che è un dente rimesso. La durata di questo tipo di ponti è estremamente lunga, e si misura in decenni, quindi un ottimo investimento e un basso costo, a patto, naturalmente, di farla bene, eseguita perfettamente dal punto di vista della occlusione, della precisione del bordo, dei materiali, della scelta dei denti su cui ancorarsi (sani, ben curati, stabili e forti). Il concetto che limare ed ancorarsi sui denti limitrofi al dente mancante sia un danno per denti sani, è giusto, ma se non si vuole mettere un impianto, con tutto quello che comporta,(maggiori spese e lunghezza dei tempi) fare il ponte, anche a costo di limare due denti sani, è IMMENSAMENTE meglio di rimanere con il dente mancante non rimesso e con lo spazio vuoto. Questa situazione (un solo dente che manca) porta INEVITABILMENTE, a causa degli spostamenti, degli allentamenti, degli enormi squilibri che si creano nella masticazione, al danno gengivale diffuso e locale, alla perdita di numerosi altri elementi dentali in pochi anni. Quindi non è assolutamente vero che non si deve ricorrere al ponte per non rovinare i denti vicini di appoggio. Intanto perchè se la capsula è perfetta, i denti vicini non ne hanno un danno e non succede niente per decenni. E poi perchè, stare anche con un solo dente in meno, accelera vertiginosamente la distruzione della bocca.

Le capsule.
Hanno lo stesso metodo di fabbricazione dei ponti, ma sono singole. Se abbiamo un dente compromesso dal punto di vista delle carie o altro, bisogna foderarlo con una capsula estetico-protettiva perchè altrimenti non regge e si distrugge. Quindi, un dente che è stato ricostruito, apparentemente con ottimi risultati, ma è fortemente indebolito dalla carie e/o dalla devitalizzazione, se non viene capsulato in modo preventivo rischia di sgretolarsi e diventare non più recuperabile. La capsula o corona è una fodera che proteggerà il dente per un ordine di tempo misurabile in decenni. Quindi se noi mettiamo la capsula per tempo in uno di questi denti devitalizzati, così compromessi, lo salviamo per tutta la vita (infatti dopo 10 o 20 anni si rifarà nuova la capsula, ma il dente sarà rimasto lì sotto foderato e salvo). Ed avremo valorizzato le costose sedute necessarie alla devitalizzazione ed alla ricostruzione altrimenti un dente devitalizzato senza capsula va fatalmente incontro a distruzione completa ed estrazione. Le corone possono essere in *ororesina, oroceramica o ceramica senza metallo*. La scelta dipende da fattori estetici e meccanici. Se vogliamo avere una funzione perfetta, estetica, igiene, biocompatibilità, un margine che chiusa ermeticamente attorno al dente e quindi lo protegga davvero senza danneggiare la gengiva infiammandola, una forma occlusale adatta e perfetta per combaciare col dente superiore o antagonista, allora dobbiamo essere come un grande sarto, tipo Armani: usare stoffe pregiatissime e materiali nobili e confezionare il lavoro con procedura e manifattura mirabile. Con tante prove, e un numero di sedute adatto. Una capsula ed un ponte può essere fatto e finito in due sedute o in molte sedute. La differenza non sta nel fatto che nel secondo caso si tratta di un dentista sadico che si diverte a far tornare il paziente tante volte. Si tratta di un abile sarto che fa tutte le prove necessarie per forgiare i materiali preziosi che usa, per fare un lavoro perfetto per quella bocca e per quel paziente.

Protesi mobile.
Qui abbiamo tre varianti: lo scheletrato, il parzialino in resina e la protesi in resina.

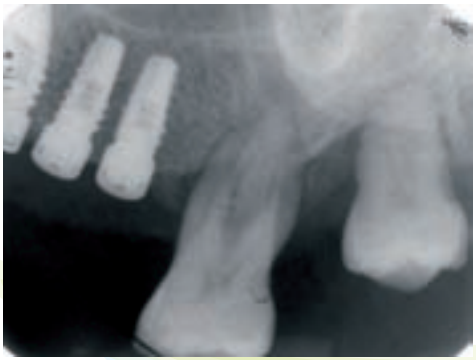
Lo scheletrato.
Viene applicato in persone che hanno dei denti rimanenti buoni e forti e che quindi hanno perso i denti estratti a causa di carie gravemente trascurate e non per piorrea. In questo caso si tratta di protesi con anima metallica leggera, e ganci o attacchi (un sistema alternativo al gancio che si usa perchè è invisibile esteticamente). Ma in queste situazioni (la variabilità dei casi è infinita) è necessario proteggere con capsule i denti in cui lo scheletrato si aggancia perchè altrimenti il gancetto sul dente nudo provocherebbe a lungo andare una usura dello smalto e carie destruente. Questo tipo di protesi generalmente ha come alternativa principale di prima scelta l'implantologia o la fissa, e viene effettuata in chi non può effettuare queste scelte primarie per motivi fisici, economici, di ansia di tempo, etc .

Il parzialino in resina
Questa è una protesi estremamente economica, anche se fatta con eccellenti materiali e grande cura. È ideale quando ci sono situazioni di piorrea che portano man mano alla perdita di tutti gli elementi, in attesa o come provvisorio di altre soluzioni più idonee, anche perchè

man mano che casca un dente, si può aggiungere alla protesi in pochi minuti da parte del dentista, e con minima spesa.

La protesi in resina
Questo tipo di protesi (quella che nell'immaginario collettivo viene chiamata la "dentiera") è la protesi per chi non ha più denti. Presenta una base in resina sulla quale vengono montati tutti i denti. Questo tipo di apparecchio deve essere realizzato con grande precisione perchè in pratica ricostruisce tutta la dentatura. Quindi deve avere una forma perfetta, in sintonia con la forma originaria delle arcate, e deve essere molto precisa sulla base, per aderire alle gengive dove prima stavano i denti, conferendone la stabilità. La sua manutenzione sarà periodica, in quanto le gengive si modificano, cambiano, e la precisione della protesi, man mano va ripristinata con la ribasatura (semplice e non costoso intervento di manutenzione, che viene eseguito in poche ore in cui l'apparecchio va mandato in laboratorio).

IMPLANTOLOGIA



Nell'intento di creare nuove strade e non semplicemente seguire quelle tracciate da altri, lo studio dentistico del Dott. Paolo Passaretti, leader in Pedodonzia ed Ortodonzia, si propone di mettere al centro del suo interesse il Paziente-Persona, fornendo una struttura all'avanguardia, la notevole esperienza nel campo dell' odontoiatria ed attrezzature moderne e sempre all'avanguardia. Nello studio del Dr. Passaretti opera un chirurgo implantare che, grazie alla sua esperienza in implantologia e rigenerazione ossea, nonché di merceologia implantare è in grado di soddisfare appieno tutte le esigenze di perdita degli elementi dentali e di tessuto osseo. Con l'utilizzo di impianti di ultima generazione che presentano una superficie implantare all'avanguardia, viene assicurata un' integrazione ottimale col tessuto osseo ottenendo un BIC (bone implant contact) pari all'80% utilizzando il P.R.P. (Plasma Ricco di Piastrine), che contengono i "Grow-Factors" (Fattori di crescita), per velocizzare sia la guarigione dei tessuti molli (gengive) che la formazione di nuovo osso.

La chirurgia implantare avanzata, è una disciplina in grado di soddisfare gran parte delle situazioni border-line: atrofie mascellari e mandibolari, con rialzo dei seni mascellari, split crest per creste sottili &/o utilizzo dei mini impianti per evitare il nervo mandibolare.
Tutto ciò è possibile anche perché lo studio si è dotato di un programma in 3D che a partire da una T.A.C. dental-scan, riproduce esattamente la forma delle strutture ossee,dove è possibile pianificare ed ingegnerizzare l'intervento utilizzando una tecnica semplice non traumatica, ma efficace e risolutiva.

Per poter meglio comprendere il tutto

bisogna fare una breve disamina sugli impianti ed il P.R.P.. Oggi giorno, esistono molte industrie che producono impianti rispetto agli anni passati. Ovviamente gli impianti di 50 anni fa non avevano le caratteristiche di quelli moderni, infatti essi venivano costruiti in maniera pionieristica in laboratori artigianali e, oltre a differire nel materiale (tantalio o acciaio), erano solo torniti (machined) a superficie liscia, e per poterli caricare bisognava consolidarli tra loro con una barra elettrosaldata. Con gli impianti moderni il 90% dei pazienti esce dallo studio con denti provvisori, autofilettanti e con spire profonde di spessore incrementale in senso apico - coronale che consentono di scaricare in maniera ottimale le forze nell'osso e garantiscono una stabilità iniziale eccellente, che è il cardine del successo.

Gli Impianti che per lo più utilizziamo sono conici ed identici alla forma della radice del dente naturale o "root – form" e sono per lo più consigliati nell'implantlogia post estrattiva, pur essendo valido anche nelle situazioni di alveolo chirurgico (cioè quando prepariamo noi il sito implantare).

Tali Impianti possono essere inseriti in qualsiasi tipologia d'osso da D1 a D4, (scala di durezza dell'osso) perché man mano che penetrano determinano osteocondensazione verticale ed orizzontale (compattano e addensano le cellule ossee rendendole più adese e forti) così da ottenere una eccellente stabilità primaria.

Altra innovazione ingegneristica è l'impianto cosiddetto "rastremato" che pur mantenendo le stesse forme e spire, presenta un colletto conico, che aumenta il volume di osso tra un impianto ed il contiguo chiamato "area della superficie biologica". Ne consegue una migliore vascolarizzazione della papilla, (parte della gengiva di forma triangolare che si trova tra dente e dente) evitando così buchi neri tra dente e dente.

La superficie degli impianti, è di notevole importanza perchè fanno la differenza tra un sistema implantare ed l'altro. Qui è infatti legata tutta la ricerca impiantare, dove le aziende investono enormi risorse economiche. L'impianto implantare, subisce un trattamento di sabbiatura e doppia mordenzatura acida che le conferisce una porosità che va da 0.5 a 20 - 40 micron, favorendo un elevato BIC (contatto tra superficie implantare ed osso). La bagnabilità dell'impianto, (cioè la capacità della superficie implantare di essere penetrata dagli umori) a seguito di queste procedure, è elevata e permette così al sangue di formare il coagulo sulla sua superficie e di creare i presupposti per l'adesione della rete di fibrina e favorire l'osteogenesi da contatto.

I PERICOLI DELLE TARIFFE TROPPO BASSE DI ALCUNI "DENTISTI".

Non siate ingenui. La pubblicità può essere falsa e ingannevole. Dentisti a tariffe "Low Cost" è indice di dentisti "Low Quality".



Vista la grande concorrenza presente in Italia (a volte molto sleale) attuata da alcuni operatori sanitari odontoiatrici (spesso non abilitati legalmente ed abusivi), i pazienti credono che si possano avere buone prestazioni odontoiatriche a basse tariffe, o come si usa ora dire, per l'appunto, "Low Cost".
Questa è pura illusione in quanto, a basse tariffe corrisponde inevitabilmente una qualità infima, e a qualità infima corrispondono inevitabilmente danni mai rilevabili nell'immediato ma che lo saranno a distanza di poco tempo, quando "spesso" sarà tutto irrimediabile.
In Italia la conduzione di uno studio dentistico è molto costosa, e tra i motivi c'è l'uso di materiali molto buoni a norma CE (da non confondere con quelli provenienti dalla "Cina Export") che costano molto. Anche rispettare le regole imposte dalle autorità competenti e lavorare rispettando le linee guida imposte ai dentisti, costa molto. Non esistono metodi legali per ridurre le tariffe al di sotto di un limite invalicabile, e se le tariffe sono stracciate...l' illegalità è certa.
Se volete capire come i dentisti "Low Quality" riescono a tenere tariffe "Low Cost", ecco di seguito alcuni esempi:

- accorciare drasticamente i tempi di lavoro a tutto danno della sicurezza e della qualità.
- Lavorare con personale medico e paramedico di scarso livello professionale (personale non laureati e di conseguenza non aggiornato sulle nuove tecniche ed opportunità).
- Costruire protesi dentarie in laboratori "rimediati" che non offrono nessuna garanzia di qualità con materiali scadenti. I NAS hanno sequestrato di recente una partita di protesi dentali provenienti dall'India che contenevano arsenico.
- Non istruire adeguatamente i pazienti ad una corretta igiene personale domiciliare.
- Prendere le impronte per la protesi fissa con materiali scarsi di solito provenienti dalla Cina.
- Usare impianti e materiali a bassissimo costo,costruiti in laboratori artigianali e provenienti da paesi solitamente del terzo mondo senza la qualità del marchio CE
- Omettere tutti i protocolli necessari per la sicura sterilizzazione dello strumentario.
- Trascurare le più elementari norme igieniche di disinfezione dei locali, tra un paziente e l' altro, per mancanza delle autoclavi di classe B a vuoto frazionato che sono le stesse usate dagli ospedali, le uniche che possano dare la massima sicurezza contro le infezioni crociate: sono sempre in aguato, quindi, epatiti come la C e la B oltre ad AIDS, TBC, infezioni da Pseudomonas, ect.

Se i dentisti Low Cost, avessero gli stessi nostri standard di qualità e fossero anche laureati e specializzati, avrebbero i nostri costi e i nostri guadagni.



DR. PAOLO PASSARETTI CURRICULUM



Il **Dr. Paolo Passaretti**, è laureato in medicina e chirurgia con il massimo dei voti e lode presso l'Università "La Sapienza" di Roma nel 1981. Dopo la specializzazione in odontoiatria, esercita la libera professione dal 1982 nel suo studio in Civitanova Marche Alta.
Si occupa di tutte le branche dell'ortodonzia funzionale, master in ortognatodonzia presso la scuola dell'università di Torino del Prof. Pietro Bracco. Socio di AIOFG - Associazione Italiana Ortodonzia Funzionale e Gnatologia - Specializzato in odontoiatria pediatrica (che svolge con la tecnica della sedazione cosciente n. 20 secondo Langa dal 1985).
Ha seguito gli studi di ortodonzia all'università di Torino con il Prof. Pietro Bracco e, tuttora, partecipa attivamente al gruppo di studio di questa università condividendo tutte le esperienze di ogni singolo caso ortodontico.
È socio dell'associazione italiana di ortognatodonzia funzionale e gnatologica, della società italiana di traumatologia dentale e della società italiana di odontoiatria infantile. Ha seguito il corso di perfezionamento in odontoiatria infantile e quello di ozonoterapia dentale e laserterapia dentale presso



l'università di Firenze.
Tiene conferenze e vari corsi, su igiene e prevenzione della trasmissione delle infezioni nello studio odontoiatrico, sulla terapia miofunzionale e deglutizione infantile, sulla sedazione cosciente e altre materie.
E' stato relatore al corso teorico pratico sulla sedazione cosciente con protossido in pedodonzia tenuto all'Ordine dei Medici di Roma, ottobre 2009, membro e presidente per molti anni della commissione provinciale degli odontoiatri di Macerata e di associazioni di categoria.
Consigliere e fondatore di AISOD, la nuova Società Italiana di Sedazione Odontoiatrica, che gemellata con le analoghe società scientifiche europee, promuove e rilascia diplomi di abilitazione all'uso della sedazione in odontoiatria. Socio della società scientifica AINOS (Associazione Italiana di Narco Odontostomatologia), SIDT (Società Italiana di Traumatologia Dentale) e SIOI, Società Italiana di Odontoiatria Infantile, la più antica società scientifica italiana che sia stata fondata in campo odontoiatrico.
Il Dr. Passaretti si occupa di tutta l'odontoiatria di base (conservativa, endodonzia, piccola chirurgia, protesi e parodontologia di base), ma le branche a cui é particolarmente legato é l'ortodonzia e la pedodonzia, la sedazione cosciente e la ozonoterapia dentale. Infatti, avvalendosi di uno staff molto preparato e di un ambiente adeguato, si dedica prevalentemente alla odontoiatria pediatrica, riuscendo così nell'impresa di curare i denti ai piccoli pazienti e farli crescere bene, con grande dedizione.
Dal 1987 presso lo Studio del Dr. Paolo Passeretti si opera in "sedazione cosciente" con protossido d'azoto e ossigeno, tecnica tipicamente adatta alla odontoiatria infantile.

Il sogno del Dr. Paolo Passaretti è sempre stato quello di realizzare odontoiatria indolore, obbiettivo che si è posto fin dall'inizio e che è da lui stato raggiunto nel 99,99 per cento dei casi.





Attività principali dello studio dentistico:

Ozonoterapia dentale (Operatività in sedazione cosciente con protossido di azoto - ossigeno)

Pedodonzia (Pedodonzista)

Odontoiatria per bambini (Odontoiatra infantile - Odontoiatria pediatrica - Dentista per bambini)

Analgesia sedativa

Ortodonzia estetica (Ortodonzista)

Ortodonzia del bambino e dell'adulto

Sbiancamento dentale (denti)

Estetica dentale e del sorriso

Prevenzione (igiene orale, detartrasi, anche terapie indicate per fumatori e bevitori di caffè)

Endodonzia (Endodonzista)

Conservativa (Ricostruzioni in metallo, in resina, con intarsi)

Restaurativa

Traumatologia

Protesi dentale (Protesista)

Chirurgia orale (Chirurgo orale)

Parodontologia (Parodontologo)



Studio dentistico
Dr. PAOLO PASSARETTI
Medico chirurgo odontoiatra

Via Montefogliano, 16
Civitanova Marche Alta - 62013 (MC)
Tel. studio 0733 890325
Tel. ab. 0733 890985
Cell. 328/8191239
Fax 0733/893776
www.passaretti.it
info@passaretti.it



Orari di apertura

I nostri orari sono i seguenti:
Lunedì tutto il giorno
Martedì 14:30-20:30
Mercoledì variabile
Giovedì tutto il giorno
Venerdì 9:00-14:30

Siamo aperti tutto l'anno
esclusi i giorni festivi ed
alcuni prefestivi.

