

Dalla gravidanza la prevenzione per i nostri denti

È infatti già questo un periodo delicato nel quale si possono sottovalutare realtà che sono importanti anche per il bimbo che dovrà nascere

Prof. Marco Finotti



Odontoiatra

Laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortognatodonzia a Padova. Prof. A.C. Università degli Studi di Padova È stato docente in Chirurgia Paradontale e Implantoprotesi alle Università Popolari di Caserta e Milano. Libero professionista a Padova e Milano.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 1979 ha definito cosa si intende per **salute** e **prevenzione**: intendendosi per salute oltre ad una buona condizione fisica anche la presenza contestuale di tutti gli altri bisogni sia della sfera psichica che ambientale; quindi qualità di vita in rapporto alla salute, da qui **prevenzione**, non più legata al suo contrario, cioè la malattia, ma al mantenimento dello stato naturale di salute. Poichè la nostra salute dipende per il 90% da fattori ambientali è importante, per mantenere la salute ed effettuare un'adeguata prevenzione, **educare** l'individuo.

In odontoiatria la prevenzione è quindi l'educazione della salute legata al cavo orale; *ma quando inizia la prevenzione?* Possiamo dire che inizia ancora prima della nascita, durante la gravidanza con la mamma. È infatti già questo un periodo delicato nel quale si possono sottovalutare realtà che sono importanti anche per il bimbo che dovrà nascere. Le modificazioni ormonali che normalmente avvengono in questa fase della vita, provocano una congestione delle gengive che appaiono arrossate, gonfie e talvolta sanguinanti. In queste condizioni l'igiene domiciliare sarà sicuramente più difficile creandosi facilmente un mag-

giore accumulo di placca. Le modificazioni ormonali, determinano anche un incremento della densità salivare che risulta meno "detergente" sulle superfici dentali, favorendo l'accumulo di placca.

Se lasciamo agire indisturbate queste due situazioni, vi può essere un rapido decadimento sia dello smalto con demineralizzazione e carie dentali, sia della gengiva con gengiviti che possono, se non trattate, evolvere in parodontiti, (piorrea), e conseguente retrazione ossea e gengivale. Ecco l'importanza di un'accurata igiene sia domiciliare che professionale riducendo al minimo il rischio di danno dentale.

Durante la gravidanza è importante ricordare che una gengivite complicata si può trasformare in ascesso paradontale e una carie profonda può evolvere in ascesso dentale con complicanze sia dolorose che infettive, ovviamente dannose per il nascituro.

Dal terzo mese di gravidanza è utile la somministrazione del fluoro, in pastiglie, in quantità di 1 mg al dì, che può essere anche sciolto in bocca liberando ioni fluoro che possono agire su eventuali zone demineralizzate dei denti della madre, promuovendo la rimineralizzazione. Il fluoro non è un farmaco quindi non si parla di somministrazione ma di integrazione, come per le vitamine.

Il fluoro che accompagnerà, poi, il nascituro fino all'età di 12-14 anni risulta di fondamentale importanza come dimostrato in innumerevoli lavori scientifici, per la formazione di uno smalto più resistente, motivo per cui è stato anche introdotto negli acquedotti con la fluorizzazione delle acque, determinando una netta riduzione di incidenza di carie nelle popolazioni,

ed è strano che a tutt'oggi ancora non vi sia una visione omogenea nella classe medica. Importante, durante la gravidanza, compatibilmente con le condizioni generali tenere una dieta ricca di calcio, (latticini, formaggi), di vitamine e sali minerali, evitando invece caramelle e pasticcini, cibi ricchi in zuccheri, di consistenza molle che facilmente aderiscono alle superfici dentali e

Prima



Malocclusione con morso aperto laterale da abitudini viziate

Dopo



Fine trattamento ortodontico

Prima



Carie da uso prolungato di biberon o ciuccio

Dopo



Dopo trattamento conservativo



sono cariogeni. Il bimbo alla nascita potrà iniziare ad assumere il fluoro in gocce prima e in pastiglie poi, e dovrà farlo per almeno 250 giorni all'anno affinché sia efficace.

Avere denti più resistenti con un piccolo investimento nel fluoro vuol dire risparmiare in cure dentistiche, sapendo che anche i denti decidui, (da latte) devono comunque essere curati correttamente e sin dalla loro comparsa come i denti definitivi. Se un dente da latte si caria e non viene rapidamente curato, talvolta, provoca dolore al bimbo, e determina uno stato infettivo locale che può interessare il dente definitivo sottostante, già formato e che si sta sviluppando. Un dente da latte non curato poi è ovviamente destinato a durare di meno in arcata e quindi "cadere" prima; il suo posto sarà occupato dal dente vicino, definitivo che non necessariamente sarà il dente definitivo corrispondente, provocando una situazione che necessiterà di trattamento ortodontico.

La sigillatura degli elementi dentari, tecnica assolutamen-

te non invasiva, risulta estremamente importante nella prevenzione della carie.

Molta attenzione dovrà essere effettuata nell'uso del ciuccio o del biberon che non dovrebbero essere addolciti con zucchero o miele, come non dovrebbero essere date le caramelle, o le camomille zuccherate prima di addormentarsi, e le merendine durante la giornata se non si ha l'accortezza di lavare i denti subito dopo, in quanto gli zuccheri determinano un ambiente acido dove alcuni microrganismi, che conosciamo come batteri, facilmente aggrediscono lo smalto.

La pulizia dentale dovrebbe avvenire almeno tre volte al giorno, intervallo ideale affinché non si depositi ed agisca la placca dentale. Le pastiglie rilevatrici di placca in vendita nelle farmacie vengono sciolte in bocca dai bambini dopo lo spazzolamento dei denti la sera e colorano le parti di dente, non correttamente pulite, di viola, evidenziando dove bisogna ancora spazzolare e costituendo un valido metodo per imparare a domicilio la

corretta igiene della bocca anche in modo poco impegnativo, quasi divertente.

Nei bambini il ciuccio e il biberon possono anche essere responsabili di importanti danni dento-scheletrici se usati per un periodo prolungato, oltre all'azione sullo smalto, come abbiamo visto. È frequente, per noi specialisti, visitare bambini con alterazioni a livello mascellare, anche importanti; la continua azione meccanica del ciuccio determina uno sviluppo eccessivo della parte anteriore del mascellare superiore e quindi anche i denti anteriori saranno molto più in avanti.

Questi bambini presentano un palato stretto, con denti che non hanno sufficiente spazio per erompere; necessitano anche di un trattamento di espansione del mascellare. Se non si riesce ad eliminare l'abitudine viziata, al ciuccio, progressivamente si sostituisce il dito, che risulta essere molto più efficace nel determinare le alterazioni scheletriche e dentali, avendo maggiore consistenza; per azione del dito spesso anche la mandibola

va incontro ad alterazioni opposte rispetto al mascellare in quanto ne viene ostacolato lo sviluppo.

Indipendentemente da come i bambini succhiano il dito, c'è un "morso aperto", con i denti dell'arcata superiore e inferiore che non si incontrano. In questi casi la lingua entra **sempre** in quello spazio, in modo involontario e incontrollato, acquisendo il bambino delle abitudini viziate, come, per esempio, difetti di pronuncia, che solo l'intervento del foniatra prima e della logopedista poi saranno in grado di correggere.

In ortodonzia è ormai accettata la collaborazione tra l'odontoiatra, l'ortodonzista, il foniatra, la logopedista, per il trattamento di molte malocclusioni affinché il risultato finale sia stabile nel tempo, cosa che non potrà mai essere se le abitudini viziate non vengono rimosse; ecco l'utilità della prevenzione; in casi come questi solo evitando l'uso prolungato del biberon o del ciuccio avremo evitato il tipo di malocclusione da essi provocata.