

Come condurre l'esame ortodontico nel bambino

L'osservazione dell'apparato odontostomatologico è calibrata sull'età del bambino. In un bambino sotto i 3 anni è difficile esaminare il cavo orale. La migliore collaborazione nel bambino di questa età è ottenibile permettendogli di rimanere seduto in braccio a uno dei genitori, in una posizione diversa da quella abituale della visita.

Contemporaneamente all'osservazione del volto e della bocca, possiamo raccogliere alcune notizie anamnestiche mirate all'apparato odontostomatologico, per evidenziare eventi predisponenti a una eventuale malocclusione; esistono infatti abitudini viziate o eventi patologici che sostengono atteggiamenti disfunzionali della muscolatura periorale possibilmente determinanti per malocclusioni.

L'intervista anamnestica consiste nel sottoporre ai genitori domande orientate a individuare le cause che possono sostenere uno sviluppo non fisiologico della dentatura:

- tipo di allattamento;
- età di eruzione del 1° elemento deciduo o permanente;
- svezzamento (persistenza di alimentazione a biberon, masticazione);
- abitudini viziate (succhiamento del succhiotto o dito);
- problematiche respiratorie (ipertrofia adeno-tonsillare e dei turbinati, deviazione del setto nasale, allergie respiratorie, asma, ecc.);
- competenza labiale in posizione di riposo;
- presenza di digrignamento notturno;
- eventuali traumi;
- problematiche ortopediche.

Il pediatra ha un ruolo fondamentale nella prevenzione di carie, traumi, abitudini viziate, ecc.: è pertanto indispensabile che i suoi 'bilanci di salute' prevedano la valutazione odontostomatologica del bambino.

L'esame orale deve pertanto diventare un'abitudine e l'occasione per fornire ai genitori le giuste informazioni di prevenzione e cura già in fasi molto precoci di evoluzione.

Questo significa che il pediatra dovrà prevedere nel suo iter diagnostico:

- l'ispezione del cavo orale;
- l'esame funzionale;
- l'esame dei rapporti occlusali.

Con l'**ispezione del cavo** orale si valutano: igiene orale, condizioni delle mucose, stato dei denti (numero, morfologia, posizione, presenza di carie, diastemi, pregressi traumi).

L'**esame clinico funzionale** sarà orientato all'identificazione di alterazioni funzionali dell'occlusione durante la deglutizione, masticazione, respirazione e fonazione.

Importante è anche l'**esame della mobilità dell'articolazione temporo-mandibolare**: la presenza di difficoltà alla massima apertura della bocca, latero-deviazioni durante i movimenti di apertura e di chiusura, dolori a riposo o durante la masticazione devono far sospettare una patologia articolare.

La modalità di deglutizione varia con l'età e la deglutizione tipica dell'adulto si instaura in genere dopo i 6-8 anni, anche se può comparire fin dall'età di 3 anni.

Talvolta subisce una regressione con l'esfoliazione degli incisivi decidui che permette alla lingua di interporsi nell'apertura formatasi tra le arcate dentarie.

Dopo i 6-8 anni si può avere una deglutizione atipica, attuata cioè con modalità tipiche del lattante: arcate semichiusure senza contatto tra i denti, interposizione della lingua fra le arcate dentali, contrazioni ben visibili dei muscoli periorali. Per far progredire il bolo

III Corso di approfondimento per Pediatri di Famiglia

alimentare nel retrofaringe la forza della lingua si esercita non più sul palato duro, bensì contro gli incisivi o fra le due serie superiore o inferiore.

La respirazione fisiologica è nasale ma chiunque, ad eccezione del neonato, può respirare anche con la bocca. Si parla di 'respirazione orale' quando viene sempre o prevalentemente utilizzata la via orofaringea per il passaggio preferenziale dell'aria.

Ancora dibattuto è il rapporto causa-effetto fra respirazione orale e insorgenza di malocclusioni: è l'alterata funzione che causa alterazioni morfologiche oppure tali alterazioni sono responsabili della disfunzione?

La respirazione orale può essere strutturale o abituale. Nel primo caso esiste un'ostruzione anatomica al transito dell'aria attraverso il rinofaringe. Nel secondo caso non esiste nessun ostacolo al passaggio dell'aria, ma solo un atteggiamento funzionale del bambino.

L'esame ortodontico prevede l'osservazione del viso, frontale e di profilo, per individuare: pattern di crescita asimmetrici del mascellare superiore o della mandibola;

sproporzioni dentali e/o scheletriche sul piano verticale, valutando frontalmente i tre segmenti che in un viso armonico sono di dimensioni pressoché uguali (distanza attaccatura dei capelli-glabella, glabella-base del naso, base del naso-punta del mento); le proporzioni scheletriche sul piano sagittale tra mascellare superiore e inferiore, la cui reciproca posizione determina l'occlusione e definisce il profilo che può essere normale o ortognatico, convesso o protruso, concavo o retruso.

La biotipologia facciale individuale è legata al patrimonio genetico su cui agiscono fattori funzionali: da qui deriva l'importanza dell'osservazione delle caratteristiche facciali del bambino e dei genitori e di un'attenta anamnesi familiare.

La biotipologia facciale inquadra il tipo di proporzioni esistente fra i vari segmenti scheletrici cranio-facciali che, riconoscendo input di natura genetica, crescono nelle tre direzioni dello spazio in maniera rapida e notevole soprattutto durante la fase di dentatura decidua. È infatti significativo come la quantità di crescita che si realizza tra 3 e 6 anni, sia equivalente a quella che si ha tra 6 e 12 anni, in un intervallo di tempo doppio. Fondamentale nell'esame clinico ortodontico è l'esame dell'occlusione abituale.

Si definisce occlusione abituale o di massima intercuspidazione la relazione interdentale di massimo contatto fra le superfici di lavoro dei denti dell'arcata superiore e inferiore, posizione che si realizza tipicamente all'inizio della deglutizione. Per tale motivo si chiede a un bambino collaborante di deglutire prima di valutarne l'occlusione abituale.

L'occlusione normale (equilibrata) deve:

- possedere dei requisiti ben determinati;
- determinare una posizione di equilibrio della muscolatura (muscoli masticatori propriamente detti e muscoli periorali);
- essere in equilibrio con la postura generale;
- garantire una corretta posizione del condilo mandibolare nella cavità glenoidea.

Durante la sessione del corso dedicata all'ortognatodonzia , esamineremo le caratteristiche dell'occlusione normale e le sue alterazioni, ovvero i vari tipi di malocclusione.

La dentatura decidua

La normalità morfologica e qualitativa della dentatura decidua è il presupposto essenziale per il normale sviluppo dell'organo della masticazione.

Durante questo periodo la crescita mandibolare, che consiste in un aumento dimensionale con evidenti modificazioni di forma, condiziona la possibilità di errori strutturali che nel caso specifico della mandibola sono gli squilibri intermascellari di II e di III classe.

III Corso di approfondimento per Pediatri di Famiglia

All'**attenta e periodica osservazione della dentatura decidua** da parte del pediatra va attribuito pertanto un **significato fondamentale per lo screening delle problematiche odontostomatologiche dell'età evolutiva e nella prevenzione** delle stesse problematiche in età più matura.

Caratteri differenziali fra denti decidui e denti permanenti:

- numero;
- gruppi morfologici;
- colore;
- struttura;
- volume;
- morfologia delle corone e delle radici;
- camera pulpare;
- riassorbimento fisiologico;
- abrasione delle superfici occlusali;
- percorso di eruzione.

In sintesi gli elementi che caratterizzano la **normalità dell'occlusione in dentatura decidua** sono:

- diastemi più o meno abbondanti;
- rapporto intercanino, chiave dell'occlusione decidua;
- rapporto intercisivo;
- rapporto fra i secondi molaretti;
- rapporto vestibolo-linguale latero-posteriore;
- impianto quasi perpendicolare dei denti sulle rispettive basi ossee;
- rapporto di concordanza trasversale;
- forma semicircolare delle arcate;
- piano occlusale piatto;
- abbondante abrasione delle cuspidi di tutti i denti.

Elementi di normalità dell'occlusione nella dentatura mista

Il tempo in cui si realizza la permuta dei denti viene suddiviso nei 3 "**periodi**" della **dentatura mista**: 1° permuta degli incisivi ed eruzione dei primi molari; 2° dalla fine del precedente all'inizio della permuta dei canini e dei molaretti (fase transitoria: non si assiste a nessun evento di permuta); 3° permuta dei canini e dei molaretti.

Tale suddivisione è utile perchè:

- sono periodi con caratteristiche biologiche e con possibilità patologiche diverse;
- la dentatura mista dura troppo per una identificazione razionale del momento di inizio del trattamento più "tempestivo";
- la programmazione del " monitoraggio " delle fasi evolutive della dentatura è reso più agevole dalla disponibilità di moduli evolutivi ben definiti.

In molti casi già ben evidenziabili in dentatura decidua, è necessario programmare un attento **monitoraggio** perché queste situazioni possono avere importanti ripercussioni nella dentatura permanente. Molte sono le possibilità di questo tipo, tra le più importanti:

- **abrasione scarsa o assente**;
- **assenza di diastemi**;

Questo materiale è tratto dal corso di formazione a distanza per pediatri di famiglia ("Le malocclusioni: il ruolo del pediatra") della Regione Toscana anno 2006, pubblicato su www.progettotrio.it

III Corso di approfondimento per Pediatri di Famiglia

- morfologia atipica dei canini;
- anomalie dentali di eruzione, numero, forma;
- carie;
- traumi;
- abitudini viziate.

La presenza di un certo **grado di abrasione** della dentatura decidua è un aspetto cui attualmente viene data particolare importanza come **indicatore di buona funzionalità dell'apparato stomatognatico**. L'abrasione dentale è il risultato di una dieta ricca di alimenti non raffinati e consistenti. Rappresenta l'espressione di una corretta sollecitazione funzionale delle arcate. La masticazione di cibi 'duri' rappresenta un importantissimo esercizio per l'unità biologica 'dentatura decidua'. L'abrasione che ne risulta condiziona un appiattimento del piano occlusale cioè una dentatura poco cuspidata. In via ipotetica l'abrasione caratteristica della dentatura decidua dovrebbe facilitare un ampio e agevole scorrimento fra le due arcate probabilmente favorevole all'evoluzione dell'intero sistema perché le superfici smusse non si ingranano fra loro.

Morfologia atipica dei canini: la presenza di cuspidi particolarmente pronunciate (denti poco consumati) può determinare precontatti e interferenze occlusali. Questi ostacoli allo scorrimento condizionano percorsi anomali nella chiusura della mandibola: un primo passo verso una malocclusione.

Diastemi: la mancanza di diastemi viene considerata un possibile fattore di rischio per un futuro affollamento. Ha comunque un significato prognostico molto debole. Come sappiamo i denti definitivi sono più grandi dei decidui, e i diastemi costituiscono quindi una riserva di spazio.

Durante la sessione del corso dedicata all'ortognatodonzia , individueremo il timing dei controlli ortodontici nel bambino e quali situazioni (ed a quale età) inviare allo specialista.

Questo avverrà attraverso l'esame di casi clinici esemplificativi.