

# **Ma i suoi dentini saranno dritti?**

**Come seguire (senza inutili ansie)  
il corretto sviluppo dentale dei bambini**

**Dott. Roberto Ferdeghini**



I denti da latte hanno o non hanno le radici? Succhiare il dito fa sempre male alla dentatura? È vero che i dentini da latte quando nascono fanno così male da tenere svegli i bambini alla notte? È meglio che i denti nascano prima o dopo? È giusto favorire il sonno dei bambini con una bevanda un po' dolce? Il fluoro può fare male? In gravidanza i denti si ammalano di più?

Sotto l'ombrellone d'estate o aspettando i bambini all'uscita della scuola, uno degli argomenti più frequentemente al centro delle discussioni tra i genitori sono le ansie sui denti dei piccoli e il loro corretto sviluppo. Ognuno espone le proprie idee sul tema e in questo modo si radicano sempre più convinzioni che però non sempre corrispondono completamente alla verità. Purtroppo alcune di queste convinzioni possono portare a conseguenze veramente gravi per la salute dei denti come ad esempio l'abitudine di far addormentare i bambini dando loro una bevanda zuccherata.

Avere i denti dritti non è solo una questione estetica. Una cattiva disposizione della dentatura può essere responsabile anche di difficoltà masticatorie, di alterazioni del linguaggio, di problemi respiratori ed anche di malattie della gola e dei polmoni. Un comportamento corretto o la giusta terapia possono quindi risolvere importanti problemi del piccolo, oltre che regalare uno splendido sorriso che durerà fino all'età adulta.

È fondamentale sapere che le forme più severe di cattivo sviluppo della dentatura possono essere corrette solo durante la crescita dei bambini, ovvero fino circa ai 14 anni nei maschi e fino 13 anni nelle femmine. I trattamenti correttivi devono quindi essere eseguiti prima che si arrivi a queste età.

Se invece un'alterazione severa della dentatura non viene corretta da piccoli, negli adulti potrà essere trattata in modo insoddisfacente e addirittura richiedere un intervento chirurgico.

Questo opuscolo, oltre a rispondere ad alcuni dei dubbi più frequenti in tema di denti dei piccoli, si propone di indicare ai genitori alcune semplici indicazioni per seguire il corretto sviluppo della dentatura dei propri figli.

Una sola domanda deve invece trovare subito una risposta poiché non interessa la salute dei denti dei bambini ma quella delle loro mamme. Durante la gravidanza i denti si ammalano di più? No, assolutamente no. È però necessario che le future mamme durante la gravidanza e nei mesi successivi continuino a sottoporsi a visite di controllo, in modo da evitare che piccoli problemi dentari, dopo 9 mesi e più, diventino invece grossi guai da risolvere.

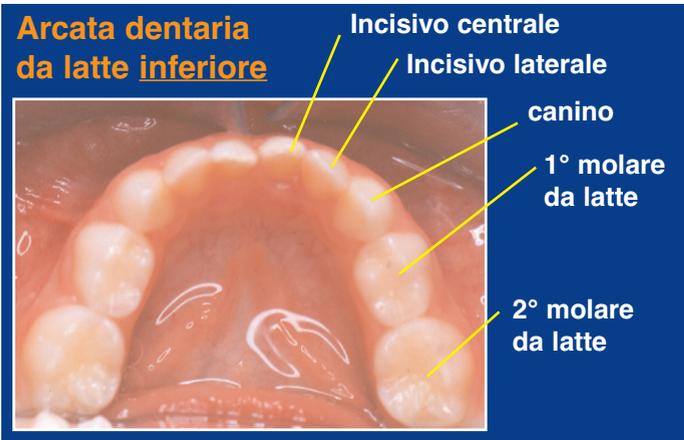


# La prima dentizione e il suo sviluppo.

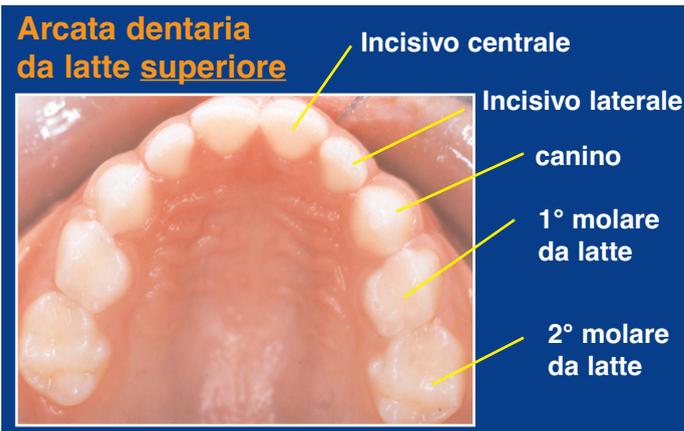
I primi denti da latte che compaiono in bocca sono gli incisivi centrali inferiori. Tale evento si manifesta generalmente ad una età di circa 6 mesi. Le arcate dentarie da latte raggiungono il loro completo sviluppo attorno ai 3 anni. Ogni arcata è costituita da due incisivi centrali, due incisivi laterali, due canini, due primi molari da latte e due molari da latte.

## Età di comparsa dei denti da latte

DENTI	ETÀ (in mesi)
Incisivi centrali	6-9
Incisivi laterali	7-10
Primo molare da latte	12-16
Canino	16-20
Secondo molare da latte	23-30



La dentatura da latte completa è quindi fatta da 10 denti superiori e da 10 inferiori. Tutti i denti da latte saranno sostituiti.

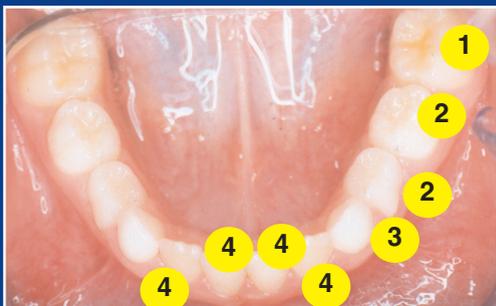




## Il cambio di denti: la fase 1

- **Quando:** intorno ai 6 anni d'età.
- **Cosa succede:** appaiono gli incisivi e i primi molari permanenti
- **In quale ordine:** i primi denti appaiono nell'arcata inferiore, poi in quella superiore.
- **In quanto tempo:** in circa 2 anni si completa la prima fase del ricambio dentario. A fase ultimata, saranno quindi presenti gli incisivi permanenti e il primo molare permanente; i molaretti e i canini da latte rimangono al loro posto. Il bambino rimane con questo tipo di dentatura anche 2 anni prima di cambiare altri denti.

### Arcata dentaria da latte inferiore



1. È comparso il primo molare permanente dietro ai due molaretti da latte
- 2-3. I due molaretti da latte e il canino da latte sono ancora ben saldi.
4. Sono comparsi in arcata i 4 incisivi permanenti al posto degli incisivi da latte

### Arcata dentaria da latte superiore



N.B.: I primi molari permanenti erompono posteriormente al secondo molare da latte.

I molari da latte saranno invece sostituiti da premolari permanenti.

### I denti da latte cadono perché non hanno le radici?

I denti da latte hanno le radici, ed anche piuttosto lunghe. Succede però che quando i nuovi denti permanenti premono per uscire, attivano un processo che determina il riassorbimento delle radici dei denti da latte all'interno dell'osso: quando tutta la radice del dente da latte sarà riassorbita, il dente cadrà lasciando campo libero a quello permanente.

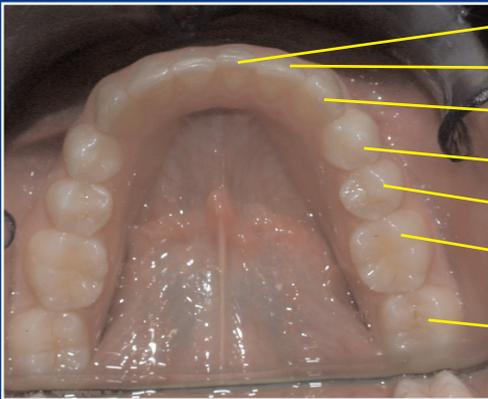


## Il cambio di denti: la fase 2

Questa fase inizia intorno ai 9-10 anni d'età.

**Permuta dentaria completa:** sono comparsi in arcata i premolari ( al posto dei molari da latte ), i canini ( al posto dei canini da latte ) , e i secondi molari permanente dietro ai primi molari. Mancano ancora i denti del giudizio che eromperanno dietro i secondi molari ma che difficilmente trovano spazio sufficiente.

### Arcata dentaria permanente inferiore



Incisivo centrale

Incisivo laterale

canino

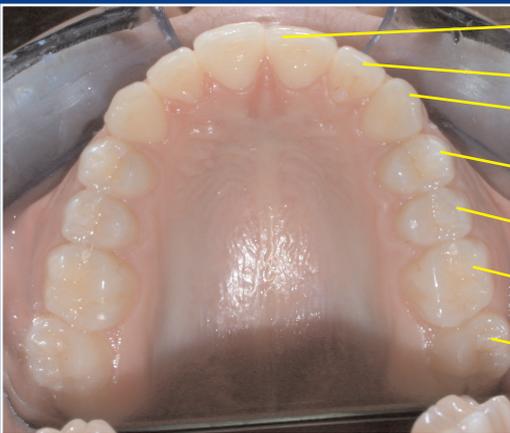
1° premolare

2° premolare

1° molare

2° molare

### Arcata dentaria permanente superiore



Incisivo centrale

Incisivo laterale

canino

1° premolare

2° premolare

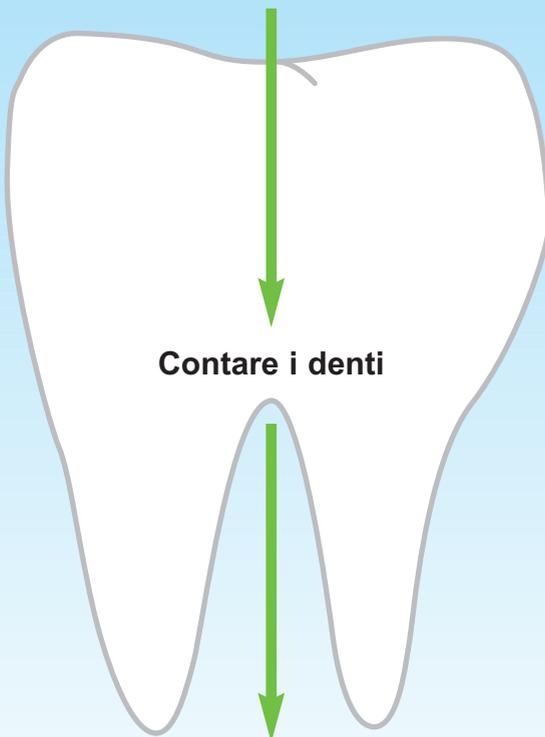
1° molare

2° molare



## **COSA SI PUÒ CONTROLLARE IN QUESTA FASE DI SVILUPPO DELLA DENTATURA?**

**I due più semplici controlli sono:**



**Contare i denti**

**Controllare che il dente permanente compaia in bocca entro 6 mesi dalla caduta del dente da latte corrispondente.**

**Attraverso questi 2 semplici controlli è possibile individuare per tempo problemi molto importanti della dentatura. In particolare si possono scoprire le agenesie (mancanza di denti) e le inclusioni (il dente c'è ma non riesce ad uscire)**



## Denti che non riescono a nascere

Talvolta i denti permanenti trovano ostacoli che non gli permettono di comparire in bocca. Quando un dente rimane all'interno della gengiva e dell'osso si parla di inclusione dentarie.

### Inclusioni dentarie

Per inclusione dentaria si intende la mancata comparsa di un elemento dentario in arcata: il dente rimane all'interno dell'osso. Diversi sono i motivi che possono determinare tale situazione: carenza di spazio, traumi, infezioni. Nel caso dei denti inclusi è possibile intervenire per guidare l'eruzione in arcata. E' necessario intervenire rapidamente per sfruttare la spinta eruttiva che il dente possiede. Negli adulti tale spinta è assente e quindi il recupero dei denti è più difficoltoso. I canini permanenti superiori sono i denti che più spesso possono rimanere inclusi.

L'immagine illustra invece un caso in cui la mancata eruzione di un incisivi laterale permanente era stata determinata dalla presenza di denti soprannumerari(denti in più) di piccole dimensioni dentro la gengiva che rappresentano un ostacolo insuperabile per il dente.



La presenza di denti soprannumerari è un evento raro, Possono essere scoperti solo attraverso una radiografia.



## Cenni terapeutici

Nel caso delle agenesie è necessario studiare complessivamente la situazione per stabilire la soluzione più idonea. Le possibili soluzioni consistono nella sostituzione del dente mancante con un impianto o nella chiusura dello spazio relativo al dente mancante spostando gli altri denti.

### Anchilosi dentarie

Per anchilosi dentarie si indica una situazione in cui un dente generalmente da latte rimane incarcerato nell'osso. Il dente in questione rimane fuori dal piano degli altri denti. Questa situazione si verifica con maggior frequenza a livello del secondo molare da latte inferiore. Se non corretta tale situazione può essere alla base di successive disarmonie dentali.



Questo dente da latte ( Il secondo molare da latte) è in anchilosi. Il fatto che sia bloccato dentro l'osso ha determinato il blocco della sua crescita. Se non si interviene il dente permanente che c'è sotto troverà un grosso ostacolo per uscire.



# Denti conoidi

I denti conoidi sono denti sovranumerari (denti in più) che possono comparire soprattutto tra gli incisivi superiori. Se compare in bocca un dente conoide è molto probabile che uno o più incisivi permanenti non possano nascere e rimanere bloccati dentro l'osso.



Se compare un dente con una forma simile a quella riportata nella fotografia è necessario valutare al più presto se si tratta veramente di un dente conoide ed eventualmente estrarlo.



## Denti che mancano

Purtroppo non tutti i piccoli hanno tutti i denti che dovrebbero avere. Questo problema si chiama AGENESIA DENTARIA.

La mancanza di denti è di solito segnalata dalla presenza di spazi liberi tra i denti. Ma è importantissimo contare bene i denti. Vediamone il perché...

### Molti spazi, ma tutto normale

Sono presenti ampie spaziatore tra i denti da latte; ma è una situazione del tutto normale: contando i denti, ci si accorge che in realtà non ne manca nessuno.



### Spazi pericolosi

Anche in questa bocca sono presenti ampie spaziatore fra i denti; tuttavia, se contiamo i denti dell'arcata superiore ci accorgiamo che mancano due incisivi laterali. Nell'arcata inferiore, invece, nonostante gli spazi non manca all'appello alcun dente.



Bambina di 6 anni. Raro caso di mancanza degli incisivi laterali da latte.



## Niente spazi, eppure...

Esistono però situazioni nelle quali l'aspetto delle arcate può trarre in inganno. Questa arcata superiore sembra abbastanza corretta. Contando i denti si evidenzia invece il problema.



Contando i denti si nota che a sinistra (indicato dalla freccia) manca l'incisivo laterale che invece è presente dall'altra parte

In questa situazione mancano due incisivi inferiori anche se sembra che vi sia poco spazio libero



Sono presenti i due incisivi centrali e poi subito i canini.



Una preoccupazione inutile

I genitori sono spesso preoccupati per l'aspetto irregolare dei denti appena spuntati.

La presenza di un margine dentario dentellato (come negli incisivi superiori e inferiori di questa foto) è assolutamente normale. Tale margine si regolarizzerà in breve tempo.



## Il “palato stretto”

Con l'espressione “palato stretto” si indica un insufficiente sviluppo dell'arcata dentaria superiore, che risulta più stretta dell'arcata dentaria inferiore. La situazione corretta è quella in cui l'arcata dentaria superiore copre quella inferiore come un coperchio chiude una pentola. Questa situazione è necessaria per poter masticare correttamente.

Il palato stretto è spesso determinato da una crescita ridotta dell'osso che ospita i denti: il mascellare superiore.

È molto importante ricordare che una situazione di palato stretto, oltre ad alterazione della masticazione, può favorire la comparsa di problemi respiratori come la respirazione dalla bocca, il russamento notturno dei piccoli e anche la comparsa di infezioni alla gola.

Per valutare se un bimbo ha o no il “palato stretto”, è sempre necessario confrontare le dimensioni dell'arcata dentaria superiore con le dimensioni dell'arcata dentaria inferiore mantenendo i denti a contatto.

### Situazione corretta



I denti dell'arcata superiore sono tutti più esterni dei corrispettivi denti dell'arcata inferiore. I denti inferiori sono tutti posizionati internamente ai superiori.

### Situazione NON corretta



I denti dell'arcata superiore sono a destra posizionati all'interno rispetto ai corrispondenti denti dell'arcata inferiore

I denti superiori indicati sono posizionati all'interno rispetto agli inferiori.

La situazione illustrata prende il nome di **INVERSIONE DENTARIA LATERALE**. Può interessare i denti superiori di un lato della bocca o più raramente entrambi i lati .



## Come curare questa anomalia

La correzione di tale anomalia può essere effettuata a partire dai 6-7 anni. Le apparecchiature utilizzate determinano una espansione del mascellare superiore (l'osso che sostiene i denti). Espandendo la struttura ossea si ha di conseguenza una espansione dell'arcata dentale.

A seconda dei diversi casi si può effettuare una correzione rapida del palato od una correzione lenta .



Disgiuntore rapido.

**CORREZIONE RAPIDA:** viene eseguita utilizzando il disgiuntore palatale rapido. È una apparecchiatura fissa che viene cementata ai primi molari permanenti oppure talvolta ai secondi molari da latte. Esercita forze intense e corregge l'anomalia molto rapidamente.



Disgiuntore applicato sull'arcata superiore

L'espansione del palato avviene in una settimana. È però poi necessario mantenere in bocca l'apparecchiatura per almeno 3 mesi per evitare che il palato si richiuda. L'apparecchio all'inizio dà un po' di fastidio e ostacola l'articolazione delle parole; e tende ad accumulare qualche residuo di cibo. Tuttavia, passati i primi giorni, praticamente non lo si sente più.



Placca di espansione rimovibile.

**CORREZIONE LENTA:** Placca di espansione rimovibile. Apparecchiatura che può essere tolta dalla bocca. Determina una espansione più lenta. Si utilizza nelle situazioni meno gravi. Questo apparecchio deve essere portato il più possibile nell'arco della giornata (magari non a scuola per non smarrirlo). La correzione avviene nel giro di alcuni mesi.

## I risultati delle cure

Situazione iniziale



Notare l'inversione dentaria. I denti superiori sono interni rispetto agli inferiori.

Durante la espansione



Lo spazio che si crea tra gli incisivi indica l'avvenuta apertura del palato.

Dopo 6 mesi



Al termine del trattamento lo spazio tra gli incisivi si è chiuso e i rapporti dentari laterali sono corretti.



## L'importanza del profilo

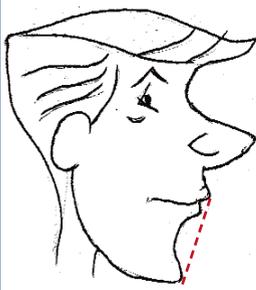
La valutazione del profilo può dare importanti informazioni su quello che sarà lo sviluppo più o meno corretto di una dentatura. Vediamone il perché.

I denti sono posizionati all'interno di due ossa. I denti dell'arcata inferiore sono alloggiati nella Mandibola mentre i denti dell'arcata superiore sono alloggiati nel Mascellare superiore.

Una crescita alterata di queste due ossa, sia in eccesso che in difetto, avrà due conseguenze immediate: una alterazione della posizione dei denti che in essi sono contenuti e una modificazione del profilo del bambino/a. Ecco perché da una valutazione attenta del profilo si possono presumere le modalità di accrescimento future della dentatura.

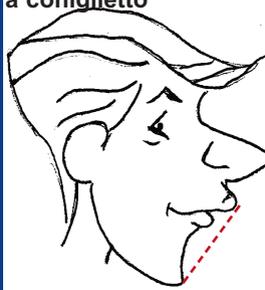
Un semplice metodo per valutare il profilo è quello di tracciare una linea ideale dal mento al labbro superiore. Vediamo quali situazioni si possono presentare.

**Profilo corretto**



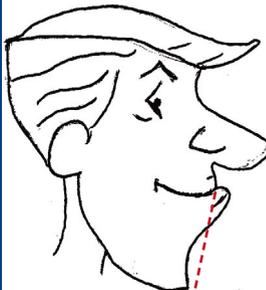
**Profilo corretto:** il labbro superiore è solo leggermente sporgente rispetto all'inferiore.

**Profilo scorretto:  
labbro superiore  
a coniglietto**



**Il labbro superiore è molto sporgente in avanti rispetto all'inferiore**

**Profilo scorretto 2:  
"piove in bocca"**



**Il labbro inferiore è al davanti di quello superiore.**



## Come curare questa anomalia

Un profilo non armonico è spesso determinato da una crescita non corretta della mandibola e/o del mascellare superiore. Per correggere tale situazione è quindi necessario intervenire durante la crescita del bambino/a .E' fondamentale sottolineare che a crescita ultimata (12 -13 anni) non si otterrà alcun valido risultato. Il momento migliore per correggere tali alterazioni deve essere valutato in base all'accrescimento del piccolo. Generalmente si può già intervenire attorno agli 8 anni.



Prima...



...dopo: la terapia ortopedica ha determinato un avanzamento del labbro superiore.



Prima...



La terapia ortopedica ha determinato un avanzamento del labbro inferiore.



**Prima...**  
Notare la notevole sporgenza delle labbra.



**...Dopo la terapia.**  
Notare il notevole miglioramento della posizione delle labbra e di tutto il profilo.



**Prima...**



La terapia ortopedica ha determinato un sensibile miglioramento globale del profilo.



## Dispositivi terapeutici

Quando si interviene per correggere una crescita non corretta delle basi ossee si usano apparecchiature che pur agganciandosi ai denti esercitano il loro effetto sulle ossa che nelle quali i denti sono contenuti (la mandibola, inferiormente, e il mascellare superiore).

Esistono una gran quantità di apparecchiature, tra queste le più conosciute sono probabilmente le seguenti:

### 1. Maschera di Delaire



Viene utilizzata per portare in avanti il mascellare superiore quando questo è poco sviluppato. Come effetto sul profilo si ha un avanzamento del labbro superiore. Gli elastici si fissano alla apparecchiatura esternamente e, all'interno della bocca, ai denti dell'arcata superiore. In questo modo tutta l'arcata superiore viene tirata in avanti producendo l'effetto terapeutico desiderato.

### 2. Trazione extraorale ("baffo")



Determina una azione di contrasto alla crescita del mascellare superiore quando questo cresce troppo. Come effetto sul profilo si ha una riduzione della sporgenza in avanti del labbro superiore.

### 3. Apparecchiature rimovibili tipo monoblocco



La loro funzione consiste nello stimolare la crescita in avanti della mandibola quando questa è poco sviluppata.



## AFFOLLAMENTO DENTARIO ovvero I DENTI STORTI

Quando i denti non trovano uno spazio sufficiente in bocca si dispongono in modo irregolare. In questo caso si parla di affollamento dentario. L'affollamento dentario rappresenta spesso il motivo principale che spinge i genitori ad inviare il proprio figlio alle cure di un ortodontista.

L'affollamento dentario è nella maggior parte dei casi un dato genetico: le arcate dentarie non sono sufficientemente ampie per contenere tutti gli elementi dentari.

Più raramente si determina per problemi che originano dalla dentatura da latte: perdita precoce di denti da latte, carie molto estese, abitudini viziate.

Per avere una previsione sulla comparsa o meno di un affollamento è utile valutare i seguenti due aspetti:

### 1) **Comparsa di spazi tra i denti da latte a partire dai 4.5 anni di età**



Una dentatura da latte perfetta come questa illustrata all'età di 5 o 6 anni NON è una situazione che lascia ben sperare.



Infatti quando nasce il primo incisivo permanente ha poco spazio ed è già un pò storto.



A partire dai 4 anni dovrebbero formarsi, tra gli incisivi da latte, piccole spaziature che permetteranno ai denti permanenti più grossi di allinearsi correttamente e di avere tutto lo spazio necessario.



Quando cominciano a comparire i denti permanenti c'è tutto lo spazio che serve e anche di più. Notare che anche tra gli incisivi da latte superiori c'è uno spazio che prima non c'era.



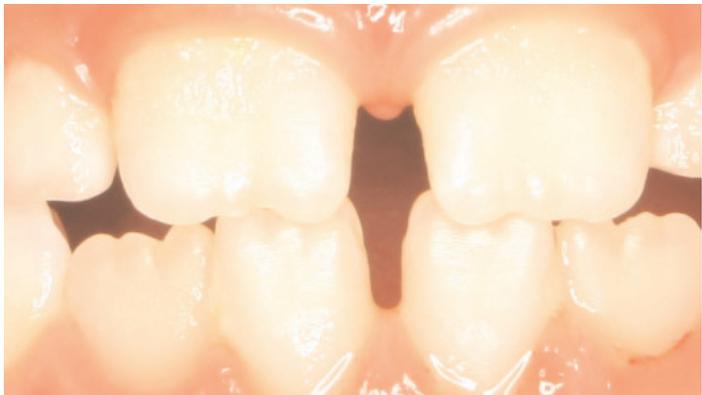
## Sviluppo di una bocca con poco spazio per tutti i denti

Questa è la naturale evoluzione della bocca che aveva i denti da latte allineati e senza spazi: risulta evidente la carenza di spazio per gli incisivi permanenti e la conseguente comparsa dei “**denti storti**”.



Risulta evidente la mancanza di spazio per tutti gli incisivi permanenti.

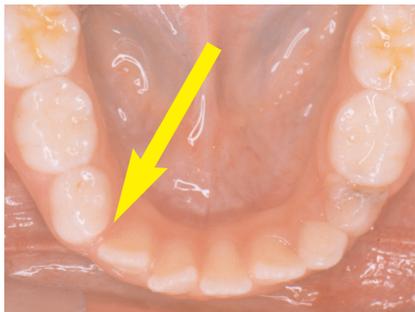
## Sviluppo di una bocca con spazio sufficiente per tutti i denti



La bocca che presentava spaziature tra i denti da latte mostra ora un buon allineamento dei denti permanenti e anzi c'è ancora dello spazio libero che si chiuderà da solo con la comparsa degli altri denti permanenti.



2) **Perdita precoce del canino da latte.** Un altro segno molto importante da valutare è la perdita precoce di un canino da latte inferiore. Questa situazione va considerata come un tentativo spontaneo della natura di creare spazio per un allineamento dentario.



Gli incisivi inferiori sembrano abbastanza allineati. Manca però completamente lo spazio di un canino inferiore da latte (Freccia) che è caduto da solo molto presto spinto via dagli incisivi permanenti che non avevano spazio sufficiente

Si sarà quindi un grosso problema di spazio mancante quando dovrà nascere il canino permanente

## Quali sono i rapporti dentali corretti?

Una semplice valutazione dei rapporti dentari permette di individuare facilmente e rapidamente la necessità di un trattamento correttivo.

Tale valutazione può essere eseguita anche quando sono presenti i denti latte. Si deve esaminare la situazione a livello dei canini sia che siano decidui o permanenti.

Si possono riscontrare tre diverse situazioni delle quali solo una è quella corretta:

### Situazione corretta



Il canino superiore, a denti serrati, si posiziona tra il Canino e il primo molare da latte inferiori. Questa situazione corretta viene denominata "Prima classe dentale". Indica che i rapporti dentali tra arcata dentaria superiore ed inferiore sono corretti. In questa situazione i denti dell'arcata superiore sono al davanti ma comunque a contatto di quelli dell'arcata inferiore



## Cenni terapeutici

Per allineare una dentatura affollata è necessario avere lo spazio per posizionare correttamente i denti. Si possono determinare due diverse situazioni. Se la richiesta di spazio non è elevata e non è ancora completata la permuta dentaria è possibile reperire spazio nella dentatura ed ottenere un buon allineamento. Se la richiesta di spazio è troppo elevata si dovranno estrarre denti permanenti al fine di far spazio alla restante dentatura.

Per ridurre la necessità di estrarre denti permanenti è molto importante seguire per tempo lo sviluppo di un affollamento dentario. Durante lo sviluppo della dentatura vi sono momenti nei quali con una corretta terapia è possibile ottenere facilmente un allineamento quasi spontaneo. Esiste infatti la possibilità di recuperare una considerevole quantità di spazio per allineare i denti sfruttando la permuta dentaria. Alcuni denti da latte sono infatti più grandi dei denti permanenti che li devono sostituire. Questo spazio in più



viene perso durante lo sviluppo delle arcate dentarie a meno che non si intervenga con specifiche apparecchiature.

Confrontando il lato destro con quello sinistro si nota che il dente permanente di sinistra appena eretto è più piccolo del corrispettivo dente da latte che deve ancora essere sostituito. Il dente permanente

risulta infatti circondato completamente dalla gengiva. Intervenedo per tempo, è spesso possibile sfruttare tale spazio in più per correggere l'affollamento dentario presente a livello degli incisivi inferiori. Se tale spazio non viene sfruttato correttamente viene perso e correggere l'affollamento dentario diventerà più difficile.

Un'altra apparecchiatura frequentemente utilizzata per recuperare spazio nell'arcata inferiore è il "Lip Bumper". Il lip bumper può essere rimosso dal piccolo paziente. Il suo funzionamento è semplice. L'arco rivestito di resina è posto dietro al labbro inferiore; in questo modo la forza esercitata dal labbro si scarica sui molari permanenti spingendoli indietro in modo da creare spazio per i denti.





## Situazione NON corretta

Il canino è completamente davanti al canino inferiore. La situazione è più grave.



Notare l'aumento del divario tra arcata dentaria superiore ed inferiore.



1) Il canino superiore, a denti serrati, si posiziona sul canino inferiore o anteriormente ad esso. Tanto più il canino superiore è anteriore all'inferiore tanto più la situazione è difficile da correggere.

Questa situazione viene indicata come rapporto dentario di "seconda classe" e spesso si associa spesso ad una prominenza dei denti dell'arcata superiore rispetto a quelli dell'arcata inferiore. Un rapporto di seconda classe è quasi sempre da correggere.

2) Il canino superiore si posiziona, a denti serrati, posteriormente al canino inferiore a ridosso del primo premolare inferiore. Questo rapporto viene denominato di "terza classe".

Spesso si associa ad un profilo con mento sporgente e ha una inversione dentaria anteriore. E' sempre una situazione che necessita una correzione.

Il canino superiore chiude in corrispondenza del premolare inferiore.



Notare l'inversione anteriore in questo caso di lieve entità

Nell'inversione dentaria anteriore, l'arcata inferiore è posta, a denti serrati, davanti a quella superiore.



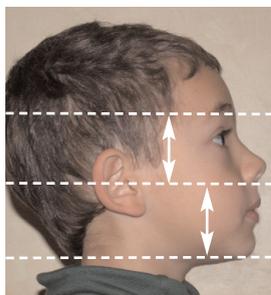
La correzione dei rapporti dentari può prevedere l'utilizzo di diverse apparecchiature. Si utilizzano quelle già illustrate per la correzione del profilo ma spesso, per allineare correttamente tutti i denti, è necessario ricorrere anche all'apparecchio fisso sui denti.



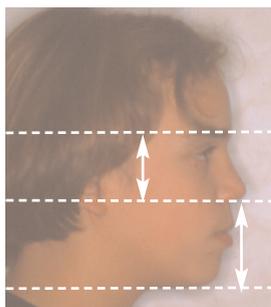
## Altezza del viso

Oltre alla valutazione del profilo è opportuno rilevare se vi sia uno sviluppo verticale corretto del viso. La crescita in senso verticale delle ossa dove sono contenuti i denti, il mascellare superiore e la mandibola, determinano la dimensione verticale del viso. Il controllo della dimensione verticale del viso ed eventualmente la sua correzione sono aspetti importanti di ogni terapia. Per valutare precisamente la dimensione verticale del viso è necessario una valutazione radiografica. E' però possibile fare già alcune valutazioni direttamente guardando il piccolo paziente.

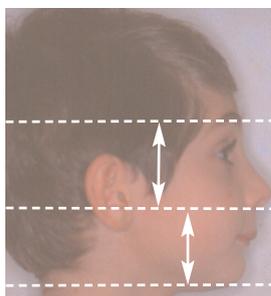
Il viso può essere diviso in due parti utilizzando tre linee immaginarie. La prima passa a livello dell'unione delle due arcate sopraccigliari, la seconda passa immediatamente sotto alla base del naso, la terza a livello del mento.



Se il bambino presenta una parte inferiore del viso uguale o solo leggermente più ampia della parte superiore si parla di **DIMENSIONE VERTICALE DEL VISO CORRETTA**.



Se il bambino presenta una parte inferiore del viso nettamente più ampia della parte superiore si parla di un **AUMENTO DELLA DIMENSIONE VERTICALE DEL VISO**.



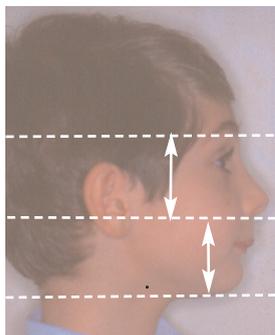
Se il bambino presenta una parte inferiore del viso meno ampia della parte superiore si parla di una **RIDUZIONE DELLA DIMENSIONE VERTICALE DEL VISO**.



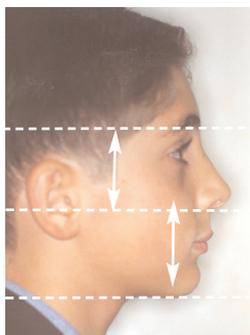
La valutazione della dimensione verticale del viso deve essere confermata da esami radiografici.

Anche se sembra un particolare poco importante la correzione della dimensione verticale del viso è un obiettivo fondamentale del trattamento ortodontico e nella stabilità del risultato nel tempo.

### Correzione di una altezza del viso ridotta



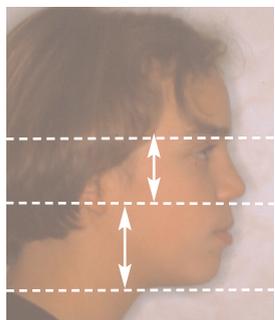
Prima della terapia



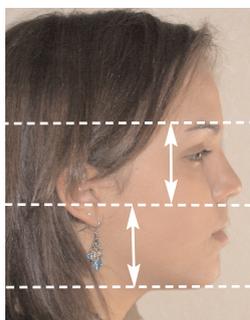
Dopo la terapia

Si nota come alla fine della terapia la parte superiore del viso sia quasi uguale a quella inferiore mentre all'inizio l'altezza inferiore era nettamente più piccola di quella superiore

### Correzione di una altezza del viso aumentata



Prima della terapia



Dopo la terapia

Si nota come alla fine della terapia l'altezza della parte inferiore del viso sia quasi uguale alla superiore mentre all'inizio l'altezza inferiore era nettamente più grande di quella superiore



## Il "Morso"

Con il termine "morso" si indica l'entità della sovrapposizione degli incisivi superiori su quelli inferiori. Un morso non corretto indica la presenza di alterazioni che possono determinare gravi conseguenze sia sulla funzionalità della masticazione che sulla salute delle gengive.

In condizioni di normalità e chiudendo i denti, gli incisivi superiori sono al davanti degli inferiori. Il margine degli incisivi superiori, inoltre, dovrebbe coprire quello degli incisivi inferiori per 1 mm o al massimo 2.

### Situazione corretta



La sovrapposizione tra gli incisivi centrali superiori ed inferiori è di circa 1,5-2 mm. Gli incisivi laterali superiori sono appena erotti e devono ancora raggiungere la loro posizione corretta.

### Situazione NON corretta



#### 1. Morso profondo

Esiste una marcata sovrapposizione tra incisivi superiori ed inferiori. Nei casi più gravi gli incisivi superiori arrivano a contatto con la gengiva inferiore



## 2. Morso aperto

Non vi è sovrapposizione tra incisivi superiori ed inferiori.

## Cenni terapeutici

La correzione di un "morso" non corretto può essere più o meno complessa in rapporto al motivo che ne ha determinato l'alterazione. Spesso la correzione avviene contestualmente alla correzione dell'altezza del viso.

Possono essere utilizzate apparecchiature già illustrate come il baflo, il monoblocco, o l'apparecchio fisso sui denti. Talvolta per correggere l'anomalia, nei casi di morso aperto, è necessario ricorrere all'estrazione di denti permanenti.



## I Denti da latte vanno curati?

Se è vero che un dente da latte con una piccola carie e prossimo alla sua caduta può non essere trattato è anche vero che carie di grosse dimensioni dei denti da latte possono causare dolori ma soprattutto creare grossi problemi all'eruzione dei denti permanenti.

Se sono presenti grosse carie gli altri denti possono spostarsi negli spazi vuoti del dente cariato.



In questo modo viene ostacolata la crescita del dente permanente presente ancora sotto gengiva.

E' quindi necessario il mantenimento di tutti gli spazi.

A cosa serve questa apparecchiatura molto diffusa che si chiama arco linguale?

1) A sinistra, se non ci fosse l'apparecchiatura, il dente permanenti indi-

cato dalla freccia si sposterebbe nello spazio vuoti della carie

2) A destra invece è già stato perso un dente da latte e il dente permanentesi è già spostato occupando uno spazio non suo. E' chiaro che il dente permanente che doveva nascere in quello spazio non avrà lo spazio necessario. L'apparecchiatura in questo caso serve a non perdere altro spazio.



## Quelle cattive abitudini

### 1) Succhiamento

Talune abitudini dei bambini possono interferire con un corretto accrescimento delle arcate dentarie.

Il succhiamento del dito, l'uso prolungato del biberon, l'interposizione di oggetti tra le arcate dentarie possono favorire la comparsa di caratteristiche alterazioni della dentatura.

Non tutti i piccoli con qualche abitudine viziata avranno però problemi. La comparsa di alterazioni dipende da quanto si protrae nel tempo tale abitudine e dalle caratteristiche individuali del piccolo.

**Lo spazio che si è creato tra incisivi superiori ed inferiori in questa bambina di 8 anni è da mettere in relazione con un succhiamento del dito che si è prolungato nel tempo. Se non si interviene con la terapia idonea la lingua, entrando in tale spaziatura, manterrà per sempre la situazione alterata.**



**Favorendo lo sviluppo dell'arcata superiore ed impedendo alla lingua di interpersi tra i denti si è avuta una correzione della situazione in 6 mesi di terapia.**





## 2) Carie da Biberon

Una temibile cattiva abitudine consiste nel far assumere ai bambini liquidi ricchi di zucchero mediante biberon. Anche alcune bevande che si trovano in commercio, seppur per un utilizzo pediatrico, possono produrre tale problema. Spesso si ricorre a tale artificio per indurre il sonno nei piccoli. Tale atto, se ripetuto nel tempo, determina la comparsa di processi cariosi diffusi a tutti i denti da latte; una localizzazione tipica della carie da biberon è sulla superficie anteriore degli incisivi da latte.



**Carie da biberon  
in bambino  
di 3 anni**



**Carie da biberon  
in bambina  
di 3 anni**



**Carie da biberon ancora più avanzate in un bambino di 3 anni. La cura è molto difficile perché il bambino non collabora. Spesso si deve ricorrere all'anestesia generale per curare o togliere i denti da latte malati.**



## IL FLUORO

Il **fluoro** è un elemento in grado sicuramente di proteggere i denti dall'azione distruttiva della carie

Deve però essere assunto nei tempi e nelle modalità giuste in modo tale da escludere la possibilità di un qualsiasi effetto negativo.

E' quindi molto importante controllare la quantità di fluoro che il piccolo assume ogni giorno.

Dato che la maggior parte dei dentifrici contiene fluoro è infatti possibile che un bambino che assume fluoro con le pastiglie e che poi si lava anche i denti con un dentifricio fluorato assuma, alla fine, una quantità di fluoro esagerata o addirittura dannosa.

Vediamo innanzitutto quali dovrebbero essere le quantità di fluoro da ingerire in rapporto all'età:

**Dosaggi:** fino a due anni di età il piccolo deve assumere 0,25 mg di fluoro al giorno.

dai 2 a 4 anni la somministrazione quotidiana sale a 50 mg al giorno.

dopo i 4 anni la dose quotidiana sale a 1 mg al giorno.

**Come assicurare il giusto dosaggio:** fino a quando il piccolo non si lava i denti l'unica possibilità di assumere il fluoro è con le compresse o con le gocce. (1 compressa piccola da 0,25 mg al giorno o 4 gocce fino ai 2 anni; 2 compresse piccole da 0,25 mg o 8 gocce tra i 2 e i 4 anni).

Quando il piccolo inizia a lavarsi i denti almeno 2 volte al giorno il fluoro necessario può essere ottenuto anche solo con l'utilizzo dei dentifrici fluorati.



### **Quali dentifrici usare e quanta pasta dentifricia deve essere posta sullo spazzolino?**

Nei bambini fino ai 6 anni si deve utilizzare un dentifricio con una concentrazione di fluoro di 550 ppm (tale indicazione è sempre riportata sulla confezione del prodotto).

A partire dai 6 anni si devono utilizzare dentifrici con concentrazioni di 1000 ppm.

Sullo spazzolino deve essere posta una quantità di dentifricio pari al volume di un pisello.

E' importante conoscere la quantità di fluoro disciolta nell'acqua potabile normalmente utilizzata. Nella maggior parte dei casi le acque potabili sono povere di fluoro. Se invece l'acqua è ricca di fluoro è possibile che la quantità di fluoro globale che il bambino assume sia eccessiva.

Il contenuto di fluoro nell'acqua potabile viene generalmente espressa in termini di "ppm" ovvero di "parti per milione".

Un'acqua che contiene meno di 3 ppm di fluoro è un'acqua povera, sopra i 3 ppm e soprattutto sopra i 7 ppm l'acqua è considerata ricca di fluoro e assolutamente bisogna evitare di fornire altro fluoro.

L'acqua potabile di Monza è povera di fluoro.

## **ATTENZIONE**

Prima di iniziare a dare il fluoro ai bambini è necessario sapere quanto fluoro c'è nell'acqua potabile che normalmente si utilizza.

**Prodotto da:  
Dott. Ferdeghini Roberto  
Odontoiatra - Monza.**

***Tutte le immagini sono tratte  
dalla casistica medica personale.***