



La prevenzione delle malocclusioni

inizia attraverso l'intercettazione e la correzione, da parte del pediatra e dell'odontoiatra, delle abitudini viziate come: succhiamento del dito o del succhiotto; deglutizione atipica; onicofagia (mangiarsi le unghie), succhiamento del labbro, etc. e l'alterazione dell'apparato scheletrico che possono essere di natura genetica.

Il succhiamento del dito o succhiotto è un'abitudine che se protratta fino al 2°-3° anno di vita, provoca, generalmente, un cambiamento della posizione degli incisivi. La situazione è comunque recuperabile nel momento in cui il bambino sospende l'abitudine, in quanto gli incisivi tendono spontaneamente a ritornare nella loro posizione. Dopo i 4 anni di età invece, tale abitudine può diventare un problema, poiché può influenzare la crescita scheletrica del bambino, determinando il cosiddetto morso aperto (apertura anteriore tra le due arcate dentarie), oltre che la vestibolarizzazione (spostamento in avanti) degli incisivi superiori.



La deglutizione atipica o deglutizione infantile, si determina quando il soggetto deglutisce interponendo la lingua tra i denti invece di portarla verso il palato. Ciò determina contrazione del palato duro, il cosiddetto palato stretto. L'onicofagia (mangiarsi le unghie) determina la vestibolarizzazione degli incisivi e, con il tempo, problematiche all'ATM (Articolazione

temporo mandibolare). Lo stesso, per quanto riguarda il succhiamento del labbro, soprattutto inferiore, che può determinare, invece, esoinclinazione (spostamento in dentro) degli incisivi inferiori.

Per la correzione di tali abitudini è importante un'intercettazione precoce per risolvere il problema, con ausili meccanici che impediscono al bambino di protrarre l'abitudine, oppure, cosa più utile, la rieducazione comportamentale, eventualmente ricorrendo ad un supporto anche psicologico, essendo necessaria la collaborazione e la convinzione del bambino. La prevenzione delle malocclusioni, quindi, si basa su un attento e tempestivo esame extra-orale e intra-orale. Quest'ultimo ci permetterà, infatti, di valutare una corretta igiene orale, presenza di eventuali lesioni ai tessuti molli, la simmetria delle arcate dentarie, la presenza di spostamenti degli elementi dentari; la classe dentale, che definiscono il rapporto tra il molare superiore e quello inferiore ed il rapporto tra gli incisivi.



Le classi dentali secondo Angle (I Classe; II Classe; III Classe) definiscono i rapporti tra canini e molari superiori ed inferiori.

- I Classe: il rapporto dei molari è considerato normale; il primo molare superiore è interiorizzato di mezza cuspidi rispetto al primo molare inferiore.
- II Classe: il primo molare inferiore è posizionato distalmente rispetto al primo molare superiore. In questi casi il problema può essere o dentale o scheletrico. Possiamo avere un overjet cioè vestibolarizzazione (spostamento in avanti) degli incisivi superiori o deep bite (morso profondo) quando gli incisivi superiori coprono totalmente o per più di un terzo gli incisivi inferiori.
- III Classe: il primo molare inferiore è in posizione anteriore rispetto al superiore. Tale rapporto può essere dentale o scheletrico. Possiamo quindi avere il cosiddetto prognatismo (mascellare inferiore più pronunciato rispetto al superiore) e l'eventuale morso incrociato.

In conclusione, la migliore terapia è l'intercettazione precoce, quindi visite di controllo già dall'età di 4 anni, soprattutto nei casi in cui vi sono abitudini viziate.