

L'ortodonzia è quella branca dell'odontoiatria che si occupa dell'allineamento dei denti e del corretto contatto occlusale tra le arcate dentarie. Attualmente viene utilizzato più appropriatamente il termine di ortognatodonzia, con il quale si sottolinea che il fine di questa terapia non è solo quello di regolare la posizione dei denti, ma di porre in una corretta relazione spaziale anche le ossa su cui questi sono inseriti, cioè la mascella e la mandibola. Alla fine di un trattamento correttamente eseguito devono infatti essere raggiunte una buona masticazione, l'armonia del viso e un'ottima estetica del sorriso.

### Principi generali

La terapia e l'età di inizio sono differenti qualora si debba affrontare una malocclusione di origine dentale o di origine scheletrica. Nella prima un intervento troppo precoce potrebbe essere controindicato per il rischio di prolungare la terapia perdendo quindi la collaborazione del paziente, talora proprio nella fase finale, che è quella decisiva. Inoltre, l'utilizzazione di apparecchi fissi per lungo tempo determina maggiori probabilità di lesioni dentali (demineralizzazione dello smalto) e parodontali (a livello osseo e gengivale), ma anche di un aumento del costo del trattamento. Pertanto le malocclusioni dentarie in cui non sono presenti squilibri scheletrici o condizioni che possano favorirne l'insorgenza, vengono generalmente trattate nelle fasi finali della permuta dentaria (intorno ai 10-11 anni)<sup>14</sup>. Fino al raggiungimento di questa età è necessario però fare molta attenzione a prevenire le condizioni che possono favorirne l'insorgenza.

È opportuno:

1. mantenere una stabilità delle arcate dentali, qualora ci siano state perdite di elementi a causa di carie destruenti, con mantenitori di spazio;
2. cercare di eliminare le abitudini viziate come il succhiare le dita, il ciuccio o il labbro inferiore;
3. collaborare con pediatri ed otorinolaringoiatri per tenere sotto controllo ipertrofie tonsillari o adenoidee.

Le malocclusioni di origine scheletrica richiedono invece un trattamento precoce. In questi casi, infatti, iniziare tardiva-

## A quale età iniziare il trattamento ortodontico?

IDA MARINI, GIULIO ALESSANDRI BONETTI, FEDERICO VECCHIET

Cattedra di Chirurgia Speciale Odontostomatologica, Università di Bologna

mente può compromettere il regolare sviluppo delle arcate e dell'estetica del profilo del viso, provocando danni che diventano risolvibili solo con trattamenti più complessi e più costosi, dal momento che spesso è necessario ricorrere alla chirurgia plastica o maxillo-facciale.

### Malocclusioni di classe III: quando?

Nelle malocclusioni di classe III (quando cioè si ha l'avanzamento dell'arcata inferiore rispetto alla superiore) intervenire verso i 4-5 anni assicura risultati este-

tici e funzionali al termine della crescita del paziente (Figura 1).

### Palato stretto: quando?

Un altro caso in cui il normale sviluppo scheletrico viene alterato e si richiede un intervento precoce è la deviazione funzionale laterale della mandibola, con riduzione significativa del diametro trasverso del palato (palato stretto). Questa riduzione, che si osserva ad esempio con una certa frequenza nei pazienti in cui l'ipertrofia delle tonsille e/o delle



Figura 1. Visione del risultato ottenuto prima e dopo il trattamento, in un caso di malocclusione di classe III.



Figura 2. Visione del risultato ottenuto prima e dopo il trattamento, in un caso di palato stretto.

adenoidi provoca un tipo di respirazione prevalentemente orale, si accompagna spesso allo scivolamento laterale della mandibola allo scopo di raggiungere una chiusura dentale più stabile

(Figura 2). In questo caso lo spostamento asimmetrico dei condili mandibolari può stimolare un accrescimento scheletrico disarmonico del mascellare inferiore, con danni estetici e funzionali. Nel

caso in cui viene alterato il normale sviluppo scheletrico, è auspicabile il rapido ristabilimento di un'armonia facciale, che può essere ottenuta con l'espansione del palato. Questa espansione, se correttamente eseguita, consente lo svolgimento di un accrescimento scheletrico normale.

In questi casi più precocemente si riesce a intervenire, migliori risultano i successi terapeutici. L'età viene scelta in base al grado di partecipazione del piccolo paziente; verso i 4 anni ci sono buone probabilità che il bambino collabori positivamente con l'ortodontista.

#### Malocclusioni di classe II: quando?

La correzione di una malocclusione scheletrica di classe II (avanzamento dell'arcata superiore rispetto all'inferiore) può essere invece iniziata con ottimi risultati anche in tarda dentizione mista, cioè verso i 10-11 anni (Figura 3). È indispensabile però seguire fino al raggiungimento del periodo di inizio della terapia il paziente con visite di controllo periodiche (ogni 4-6 mesi) per valutare lo sviluppo scheletrico e più precisamente la velocità di accrescimento per intervenire poco prima del picco di crescita: questo allo scopo di ottenere i migliori



Figura 3. Visione del risultato ottenuto prima e dopo il trattamento, in un caso di malocclusione di classe II.

risultati in un arco di tempo relativamente breve (circa 12-18 mesi). L'unica eccezione che porta a operare precocemente nel trattamento delle malocclusioni di classe II è quando gli incisivi superiori avanzano eccessivamente rispetto a quelli dell'arcata inferiore, e quindi sono più vulnerabili ai traumi, con conseguente rischio di frattura o perdita dell'elemento dentale.

### Conclusioni

Sebbene non sia frequente la necessità di un intervento precoce e sia sconsigliabile effettuare un trattamento molto prolungato (il tempo medio è di circa due anni e mezzo), è auspicabile che l'ortodontista esegua una diagnosi precoce della malocclusione del piccolo paziente, dal momento che i diversi tipi della stessa, talora difficili da diagnosti-

care per i non addetti ai lavori, possono richiedere un intervento in tempi molto diversi. Accade infatti talvolta che malocclusioni mascherate da un corretto allineamento degli elementi dentari vengono sottoposte all'esame dell'ortodontista troppo tardivamente per consentirne una correzione ideale. Per contro, il semplice affollamento dentale, che costituisce il principale motivo di richiesta di una visita specialistica, richiede in genere un intervento relativamente tardivo.

Sulla base di quanto sinteticamente riportato, riteniamo che il dovere dell'ortodontista sia quello di intervenire nel momento più propizio per correggere una determinata malocclusione: questo consente di ottenere il risultato migliore nel minor tempo possibile, con grande vantaggio per il benessere del piccolo paziente.

### Bibliografia

1. Marini I. Terapia dell'insufficienza del mascellare trasversale in età evolutiva: attivazione della crescita e miglioramento della postura mandibolare. *Ortognatodonzia Italiana* 1997;6:701.
2. Marini I, Diolaiti C, Tomba MG, Morselli P, et al. Dismorfie dento-scheletriche in dentature decidue. Atti 51° Congresso Nazionale Società Italiana di Pediatria. Bologna, 24-29 settembre 1995, p. 180.
3. Marini I, Tomba MG, Alessandri Bonetti G. Il ruolo delle abitudini viziate nelle malocclusioni in età pediatrica. Atti 51° Congresso Nazionale Società Italiana di Pediatria. Bologna, 24-29 settembre 1995, p. 455.
4. Alessandri Bonetti G, Marini I, Capurso U. Il disgiuntore rapido del palato. Bologna: Ed. Martina, 1996.