

# Prevenzione delle gengiviti

## Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - Parte seconda

GRUPPO MINISTERIALE LINEE GUIDA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE E LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ORALI IN ETÀ EVOLUTIVA (vedi elenco Autori a fine articolo)

Ecco la seconda delle quattro parti che compongono il lungo capitolo delle linee guida sulla salute orale. Qui si parla delle gengiviti: le raccomandazioni sono semplici e riguardano l'igiene orale, dalla pulizia con la garza delle gengive dopo la poppata all'uso dello spazzolino. Non tutto quello che si deve e che non si deve fare fa parte delle conoscenze correnti.

Questo testo fa parte integrante delle Linee Guida Nazionali per la prevenzione delle patologie orali dell'età evolutiva, che sono divise in quattro parti: la prevenzione della carie, la prevenzione delle gengiviti, la prevenzione delle patologie delle mucose orali e la prevenzione dei problemi ortodontici<sup>3</sup>.

Ciascuno di questi problemi è stato affrontato da un gruppo di studio, i cui partecipanti hanno dichiarato l'assenza di conflitti di interesse.

È stata eseguita un'analisi sistematica di tutta la letteratura pertinente, utilizzando la banca dati di *Embase* e di *PubMed* per gli anni tra il 1996 e il 2006 compresi<sup>4,5</sup>.

Le raccomandazioni che vengono proposte sono basate sui dati della letteratura, quando questi sono risultati di alta qualità scientifica. In assenza di tale condizione sono state desunte dalla valutazione combinata di quanto deriva dall'evidenza pratica e dall'opinione degli esperti.

I livelli delle prove (evidenze) disponibili e la forza delle raccomandazioni sono stati classificati secondo le indicazioni del Sistema Nazionale Linee Guida<sup>4</sup> (*Tablelle I e II*).

È previsto un aggiornamento della presente Linea Guida (LG) ogni 4 anni, a meno che la base dell'evidenza non

### GINGIVITIS PREVENTION - ITALIAN GUIDELINES FOR ORAL HEALTH PROMOTION AND ORAL DISEASES PREVENTION IN CHILDREN - PART TWO (*Medico e Bambino* 2010;29:233-236)

#### Key words

Gingivitis, Prevention, Italian Guidelines

#### Summary

The oral hygiene during the first two years of life of the child has be performed by parents after each meal using a wet cotton bandages. Toothbrush should be introduced as soon as possible. Its proper use, at least 2 times a day, avoids gingivitis. Dental floss in children is not recommended. In patients with disability, professional oral hygiene is indicated at least once or twice a year.

muti prima, così da rendere le raccomandazioni, o il loro *grading*, obsoleti.

L'efficacia della LG verrà valutata nel

tempo misurando le variazioni di alcuni indicatori clinici, così come descritti dall'OMS: [www.who.org/oralhealth](http://www.who.org/oralhealth).

#### LIVELLI DELLE PROVE (GRADO DI EVIDENZE, GDE)

- |     |   |
|-----|---|
| I   | Evidenza basata sulla metanalisi di studi randomizzati controllati                    |
| II  | Evidenza basata su almeno uno studio randomizzato controllato                         |
| III | Evidenza basata su almeno uno studio controllato non randomizzato                     |
| IV  | Evidenza basata su almeno uno studio sperimentale non controllato                     |
| V   | Evidenza basata su studi descrittivi non sperimentali (inclusi gli studi comparativi) |
| VI  | Evidenza basata sul forte consenso e/o sull'esperienza clinica degli esperti          |

Tabella I

## 2. Prevenzione delle gengiviti

**Raccomandazione 1.** *Il corretto spazzolamento dei denti, almeno due volte al giorno, previene la gengivite; esiste evidenza scientifica che le corrette abitudini di igiene orale vadano acquisite durante l'infanzia, per poi essere rafforzate durante l'adolescenza (GDE I - FDR A).*

La presenza di placca sia a livello sopragengivale sia al margine gengivale determina gengivite<sup>6</sup> (Scheda di approfondimento)<sup>7-17</sup>. Nel 1965, Løe e coll.<sup>10</sup> dimostrarono che in soggetti con gengiva sana, in seguito all'astensione da qualunque forma di igiene orale, si sviluppavano segni clinici di gengivite nell'arco di due settimane per accumulo di placca dentale e che il ripristino di corrette abitudini di igiene orale ristabiliva lo stato di salute in una settimana.

Tutti i programmi di prevenzione delle patologie orali nei bambini e adolescenti sono attualmente finalizzati a mantenere un basso livello di placca attraverso l'educazione all'igiene orale<sup>18</sup> e soprattutto attraverso la rimozione meccanica della placca<sup>19</sup>.

**Raccomandazione 2.** *L'igiene orale per i bambini da 0 a 3 anni deve essere demandata ai genitori. Prima dell'eruzione dei denti, dopo la poppata, si devono pulire le gengive con una garza umida. Dall'eruzione del primo dente deciduo i denti vanno accuratamente puliti con garza o dito di gomma. L'utilizzo dello spazzolino va iniziato il prima possibile per far prendere confidenza al bambino con lo stesso (GDE I - FDR A).*

È buona norma eseguire le manovre di igiene delle gengive e di spazzolamento tenendo il bambino sdraiato, prima o dopo il cambio del pannolino, ma soprattutto prima di farlo coricare.

**Raccomandazione 3.** *L'igiene orale per i bambini da 4 a 5 anni deve essere*

*praticata sotto la supervisione dei genitori, con spazzolino morbido a testina piccola, utilizzando possibilmente la tecnica "a rullo" (GDE II - FDR A).*

Il bambino che vede i genitori lavarsi i denti è spontaneamente portato a imitarli. La tecnica di spazzolamento dentale consigliata per la fascia pediatrica è quella "a rullo", che di seguito viene descritta: le setole dello spazzolino vanno posizionate a livello del margine gengivale; lo spazzolino viene premuto contro la gengiva e fatto "rullare" con la rotazione del polso in direzione apico-coronale ("dal rosso al bianco"); il movimento va eseguito almeno 5 volte prima di passare a un'altra area<sup>19</sup>.

**Raccomandazione 4.** *L'uso del filo interdentale in età evolutiva non è consigliato. Il suo utilizzo è ammesso dal termine della permuta e comunque necessita di un apprendimento specifico e di una buona manualità (GDE IV - FDR B).*

La prima regola per fare acquisire corrette abitudini di igiene orale è intervenire con una buona motivazione, una buona informazione e un'efficace istruzione del paziente. Se il bambino ha abitudini di igiene orale irregolari, se le giudica manualmente impegnative e non capisce di essere l'artefice della propria salute orale, difficilmente userà correttamente e regolarmente strumenti ausiliari quali il filo interdentale<sup>6,20</sup>.

**Raccomandazione 5.** *Nei soggetti che non riescono a controllare, con l'igiene orale personale, l'infiammazione gengivale e nei soggetti a rischio (Scheda di approfondimento) è indicata l'igiene orale professionale almeno 1-2 volte all'anno (GDE I - FDR A).*

Il mantenimento della salute orale e/o la risoluzione dell'infiammazione gengivale si basano su un attento controllo personale dell'igiene orale; qualora ciò non avvenisse o fossero ri-

### FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI (FDR)

- A** L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II
- B** Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
- C** Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
- D** L'esecuzione della procedura non è raccomandata
- E** Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

Tabella II

### MESSAGGI CHIAVE

- L'igiene orale prima dei due anni è demandata ai genitori e va fatta mediante garza umida dopo ogni pasto.
- L'utilizzo dello spazzolino va iniziato il prima possibile per far prendere confidenza al bambino; il suo uso corretto, almeno 2 volte al giorno, previene la gengivite; lo spazzolino deve essere morbido, a testina piccola, e utilizzato secondo la tecnica a rullo.
- L'uso del filo interdentale in età evolutiva non è consigliato.
- Nei soggetti disabili, che non riescono a controllare sufficientemente l'igiene orale, è indicata l'igiene orale professionale almeno una-due volte all'anno.

scontrati fattori di rischio aggiuntivi, si possono rendere necessarie sedute di igiene professionale che prevedano l'eliminazione meccanica della placca<sup>21</sup>.

#### Indirizzo per corrispondenza:

Maria Grazia Cagetti  
e-mail: maria.cagetti@unimi.it

### Scheda di approfondimento

#### GENGIVITE: CARATTERISTICHE, DIFFUSIONE, EZIOLOGIA E TERAPIA

La gengivite cronica è la più comune infezione parodontale diagnosticabile tra i bambini e gli adolescenti. Recenti dati sui bambini italiani riportano che, a 4 anni, il 95% circa ha gengive sane, ma, a 12 anni, tale percentuale scende a meno del 50%<sup>8</sup>.

La gengivite è una patologia infiammatoria dei tessuti molli di sostegno dei denti, che riconosce un'etiologia essenzialmente batterica con l'interazione di tre cofattori principali: suscettibilità dell'ospite, fattori ambientali e comportamentali<sup>9</sup>.

La colonizzazione delle superfici dentali da parte dei batteri è il fattore eziologico chiave per lo sviluppo della gengivite<sup>9</sup>. L'etiologia batterica della gengivite è stata dimostrata mediante l'induzione di gengivite sperimentale nell'uomo<sup>10</sup>. L'ereditarietà gioca un ruolo importante in almeno la metà dei pazienti affetti da malattia parodontale: i figli di genitori affetti sono 12 volte più a rischio di essere colonizzati da batteri parodonto-patogeni. I batteri responsabili della malattia parodontale, infatti, si trasmettono per via orale.

La presenza di depositi di tartaro facilita la ritenzione di placca maggiormente patogena e tossine che contribuiscono all'insorgenza della parodontite.

Diversi studi longitudinali confermano che il fumo è il primo fattore di rischio ambientale per la gengivite e la malattia parodontale<sup>11</sup>.

Il diabete insulino-dipendente, l'osteoporosi, la sindrome di Down, l'AIDS, la sindrome di Papillon-Lefèvre (con ipercheratosi palmo-plantare), le leucemie, le neutropenie, l'ipofosfatasi, il LAD (deficit

di aderenza dei leucociti), le collagenopatie e la disabilità in genere sono solo alcune delle affezioni che rendono l'individuo più suscettibile alla malattia parodontale. Questa suscettibilità può essere anche causata dall'utilizzo di alcuni farmaci come gli steroidi, le ciclosporine, i contraccettivi orali, la fenitoina, la nifedipina ecc.<sup>12</sup>.

La gengivite e la parodontite, in quanto infiammazioni croniche che rilasciano mediatori infiammatori in circolo, sono state identificate come possibili fattori di rischio per malattie cardiovascolari, diabete, parto pretermine e nascita di neonati di basso peso per l'età gestazionale<sup>13</sup>.

Le manifestazioni cliniche della gengivite sono rappresentate dall'ipertrafia gengivale associata alla perdita del caratteristico aspetto roseo a buccia d'arancia e dal sanguinamento; studi epidemiologici hanno rilevato che il sanguinamento provocato è il più obiettivo segno di patologia<sup>14</sup>. La rimozione della placca e del tartaro, quando presenti, ristabilisce in breve tempo la salute gengivale.

La parodontite, infiammazione cronica che oltre alla gengiva interessa il legamento parodontale e l'osso alveolare e che può portare nel tempo alla perdita dell'elemento dentale che ne è affetto, è sempre preceduta dalla gengivite<sup>15</sup>; la prevenzione della gengivite risulta pertanto essere un'efficace prevenzione della parodontite<sup>16</sup>. La malattia parodontale, tuttavia, non è di riscontro in età pediatrica, ma è necessario che la sua prevenzione inizi sin dai primi anni di vita, attraverso la prevenzione della gengivite<sup>17</sup>.

#### GRUPPO DI LAVORO NOMINATO CON DECRETO MINISTERIALE DEL 3/5/2007

##### Centro di Collaborazione OMS per l'Epidemiologia e l'Odontoiatria di Comunità

Strohenger L. *Odontoiatra, coordinatrice Centro di Collaborazione OMS*

Cagetti M.G. *Odontoiatra, Università di Milano*  
Campus G. *Odontoiatra, esperto in Epidemiologia Orale, Università di Sassari*

De Carli A. *Statistico, Università di Milano*  
Gatti M. *Microbiologo, Università di Bologna*  
Levrini L. *Odontoiatra, Università dell'Insubria*  
Polimeni A. *Odontoiatra, Università di Roma "La Sapienza"*  
Regazzi M. *Farmacologo, Ospedale "San Matteo", Pavia*

##### Consiglio Superiore di Sanità

Maida A. *Igienista, Rettore dell'Università di Sassari*  
Callioni R. *Odontoiatra, Presidente dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani*

##### Ministero della Salute

Nardone M. *Odontoiatra, Dipartimento di Prevenzione e Comunicazione*

Federici A. *Specialista amministrativo, Dipartimento di Prevenzione e Comunicazione*

##### Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia

Natale N. *Ginecologo*

##### Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Montagna M.T. *Igienista, referente per l'Odontoiatria*

Castiglia P. *Igienista, esperto in Epidemiologia*

##### Società Italiana di Neonatologia

Fabris C. *Neonatologo, presidente della Società Italiana di Neonatologia*

Rondini G. *Neonatologo, Ospedale "San Matteo", Pavia*

##### Società Italiana di Odontoiatria Infantile

Majorana A. *Odontoiatra, Università di Brescia*

##### Società Italiana di Pediatria

Di Pietro P. *Pediatra, Ospedale "Gaslini", Genova*

Longhi R. *Pediatra, coordinatore Commissione Tecnica per lo Sviluppo delle Linee Guida*

Saggese G. *Pediatra, Università di Pisa*

##### Associazione Igienisti Dentali Italiani

Boldi M. *Igienista dentale, presidente*

##### Federazione Italiana Medici Pediatri

Mele G. *Pediatra, presidente*

Accogli V. *Pediatra*

Marostica G. *Pediatra*

Valpreda A. *Pediatra, vicepresidente*

##### Movimento Italiano Genitori

Munizzi M.R. *Presidente*

##### Revisori esterni

Agostoni C. *Pediatra, Clinica Pediatrica De Marchi, Università di Milano*

Guala A. *Pediatra, Federazione Italiana Medici Pediatri*

Comaita F. *Pediatra, Federazione Italiana Medici Pediatri*

Centini S. *Odontoiatra, Ancona*

Basso T. *Pediatra, Divisione di Pediatria, Ospedale Civile di Tolmezzo (Udine)*

Dallari G. *Igienista, ASL Bologna*

Di Bellucci A. *Responsabile della S.S. di Odontoiatria pediatrica dell'AORN Santobono-Pausilipon, Napoli*

Dolcini F. *Pediatra, direttore Presidio Ospedaliero G. Salesi, Ancona*

Froio A. *Odontoiatra, Napoli*

Greco L. *Pediatra, Università Federico II di Napoli*

Lugliè P. *Odontoiatra, Università di Sassari*

Mirengi S. *Odontoiatra, vicepresidente ANDI, Roma*

Paolotti G. *Odontoiatra, Verona*

Podestà A. *Pediatra, Ospedale San Carlo, Milano*

Rosmarini M. *Odontoiatra, Milano*

Sardo-Infirri J. *Odontoiatra, presidente Cooperazione Odontoiatrica Internazionale*

Vitali A. *Odontoiatra, Bergamo*

### Bibliografia

1. Campus G, Solinas G, Strohmer L, et al; Collaborating Study Group. National pathfinder survey on children's oral health in Italy: pattern and severity of caries disease in 4-year-olds. *Caries Res* 2009;43:155-62.
2. Campus G, Solinas G, Cagetti MG, et al. National Pathfinder survey of 12-year-old Children's Oral Health in Italy. *Caries Res* 2007;41:512-7.
3. Editorial. Oral health: prevention is key. *Lancet* 2009;373:1.
4. Sistema Nazionale Linee Guida. Manuale Metodologico: come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica, 2002; [http://www.pnlg.it/manuale\\_metodologico\\_SNLG](http://www.pnlg.it/manuale_metodologico_SNLG).
5. Moher D, Jadad AR, Tugwell P. Assessing the quality of randomized controlled trials. Current issues and future directions. *Int J Technol Assess Health Care* 1996;12:195-208.
6. Axelsson P, Lindhe J, Nyström B. On the prevention of caries and periodontal disease: results of a 15-year longitudinal study in adults. *J Clin Periodontol* 1991;18:182-9.
7. Strohmer L, Campus G, Castiglia P, et al. Indagine epidemiologica nazionale sulle condizioni dentoparodontali dei bambini di 4 e 12 anni. *Doctor Os* 2006;8:853-66.
8. Löe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan workers 14 to 46 years of age. *J Clin Periodontol* 1986;13:431-45.
9. Scheie AA. Mechanisms of dental plaque formation. *Adv Dent Res* 1994;8:246-53.
10. Löe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965;36:177-87.
11. Bergström J, Preber H. Tobacco use as a risk factor. *J Periodontol* 1994;65:545-50.
12. Botha PJ. Drug induced gingival hyperplasia and its management—a literature review. *J Dent Assoc S Afr* 1997;52:659-64.
13. Agueda A, Echeverria A, Manau C. Association between periodontitis in pregnancy and preterm or low birth weight: Review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13:E609-15.
14. Lang NP, Adler R, Joss A, Nyman S. Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability? *J Clin Periodontol* 1990;17:714-21.
15. Axelsson P. Diagnosis and risk prediction of periodontal diseases. A clinical textbook and atlas. Chicago: Quintessence Publishing, WU240 A969d, 2002.
16. Garmyn P, van Steenberghe D, Quirynen M. Efficacy of plaque control in the maintenance of gingival health: plaque control in primary and secondary prevention. In: Lang NP. *Proceeding of the European Workshop on Mechanical Plaque Control*. Chicago: Quintessence Publishing, 1998;107-20.
17. Ad Hoc Committee on Parameter of Care, American Academy of Periodontology. Parameter on plaque-induced gingivitis. *J Periodontol* 2000;71:851-2.
18. Honkala E. Frequency, pattern and duration of habitual tooth brushing in children. *J Pediatr* 1984;8:367-77.
19. Axelsson P. Mechanical plaque control. In: Lang NP, Karring T (Eds). *1st European Workshop on Periodontology*. Chicago: Quintessence Publishing, 1998.
20. Yamamoto J, Hannebrink R, Finta L, et al. Development of an instrument to measure outcomes of dental hygiene care. Paper presented at the Annual Session of the American Dental Hygienists' Association. Chicago, 1995.
21. Axelsson P, Buschi YA, Barbosa MF, Karlsson R, Prado MC. The effect of a new oral hygiene training on approximal caries in 12-15-year-old Brazilian children: results after three years. *Adv Dent Res* 1994;8:278-84.



Centro per la salute del bambino

### SOTTOSCRIVI LA TUA QUOTA DEL 5 PER MILLE AL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO ONLUS

Il Centro per la Salute del Bambino onlus è nato nel 1999 per promuovere la salute e lo sviluppo dei bambini, con una particolare attenzione ai gruppi più svantaggiati. Svolge un ruolo cruciale nel coordinare e sostenere a livello nazionale i progetti **Nati per Leggere** e **Nati per la Musica** e pubblica e diffonde la newsletter **Fin da Piccoli**. Collabora alla Rete nazionale di monitoraggio sulla Convenzione Internazionale dei Diritti del Bambino.

Nell'effettuare la dichiarazione dei redditi (con UNICO, 730, CUD ecc.), indicate il numero di **Codice Fiscale** del Centro per la Salute del Bambino onlus **00965900327** nell'apposita casella prevista per la destinazione del 5 per mille.