

# BOLLETTINO

Bollettino di informazioni Leone



Complici  
del tuo  
Sorriso.

ALLEO

## OVERBITE - Caso clinico n. 2

### INTRODUZIONE

Le malocclusioni dento-scheletriche presentano frequentemente un'eziologia multifattoriale: sui fattori ereditari si innestano spesso fattori ambientali, che concorrono a modulare la gravità delle malocclusioni stesse.

L'autore Moss affermava che "non c'è nessuna influenza genetica diretta sulla forma e sulla grandezza o sulla posizione dei tessuti scheletrici, ma soltanto sull'inizio dell'ossificazione. Tutta l'attività genetica di formazione dello scheletro è impostata primariamente sulle matrici funzionali dell'embrione". Dunque "eredità e geni danno solo l'input ai processi di crescita e sviluppo, lo scheletro cranio-facciale cresce e si sviluppa in risposta a fattori estrinseci, epigenetici, di natura ambientale".

Le influenze ambientali sulla crescita e lo sviluppo dello scheletro facciale, delle ossa mascellari e degli elementi dentali sono prevalentemente ascrivibili alle forze applicate durante le attività fisiologiche (ed eventualmente patologiche) dell'apparato stomatognatico: respirazione, deglutizione ed abitudini viziate.

La respirazione orale ad esempio concorre a determinare, nel tipico caso della sindrome da ostruzione respiratoria (identificato con la dizione "facies adenoidea") il seguente quadro clinico: visus "allungato", stretto ed inespressivo, naso piccolo e "a sella", postura bassa della lingua, ipotonicità della muscolatura perilabiale. Le naturali conseguenze scheletriche saranno rappresentate dalla post-rotazione della mandibola, con aumento della dimensione verticale e tendenziale deficit dei diametri trasversi del mascellare superiore. A livello dento-alveolare ne risulterà una protrusione degli incisivi superiori, con un'arcata superiore allungata in senso antero-posteriore, incisivi inferiori linguoinclinati, tendenza alla II classe dento-scheletrica con overjet aumentato.

Un quadro clinico sovrapponibile è determinato da alterazioni del fisiologico pattern di deglutizione nelle fasi critiche dello sviluppo cranio-maxillo-dento-facciale.

La deglutizione "infantile" è caratterizzata da contrazione attiva della muscolatura periorale (segnatamente delle labbra), modesta attività della muscolatura masticatoria, labbra separate e stirate, lingua a contatto con il labbro inferiore (e che spesso tende anche all'interposizione tra le labbra), in assenza di contatto tra i denti; la deglutizione "adulta", viceversa, presenta caratteri esattamente opposti, quali contrazione attiva della muscolatura masticatoria, scarso impegno della muscolatura periorale, labbra chiuse e rilassate, punta della lingua posizionata contro i processi alveolari degli incisivi superiori, denti a contatto.

L'interposizione della lingua nei bambini rappresenta spesso uno stadio di transizione dal modello di deglutizione infantile a quello adulto.

La fisiologica transizione dal modello di deglutizione infantile a quello adulto, tuttavia, può essere interferita da taluni fattori patologici (denti in anchilosi, lesioni cariose destruenti), fattori traumatici (intrusione dento-alveolare), ma soprattutto da abitudini viziate, quali (più frequentemente) il succhiamento del dito e/o del ciuccio.

La suzione è un'esigenza primaria del bambino e corrisponde ad una fase naturale del suo sviluppo psicofisico ("fase orale" di

apprendimento): il dito o il succhietto rappresentano infatti un mezzo per diminuire la tensione, rilassarsi ed addormentarsi, in quanto rievocano il piacere che deriva dal contatto con la madre.

Tuttavia mentre l'uso del succhietto mediamente tende a diminuire a partire dal terzo anno di età, scomparendo praticamente dopo il quinto, la suzione del pollice non viene abbandonata in modo così precoce e risolutivo.

Le cause, attualmente identificate, del persistere del succhiamento del dito e/o del ciuccio, sono rappresentate dalla riduzione degli stimoli sgradevoli, richiamo dell'attenzione, rinforzo sensoriale.

La persistenza di tale abitudine, con il progredire dell'età, contribuisce in modo decisivo all'insorgenza e/o aggravamento del seguente quadro clinico: open bite anteriore, incisivi superiori vestibolarizzati e diastemati, incisivi inferiori lingualizzati, overjet conseguentemente aumentato, contrazione trasversale dento-scheletrica dell'arcata superiore.

In presenza di open bite anteriore e/o overjet aumentato, è impossibile che si realizzi il fisiologico "sigillo dento-labiale" in deglutizione; ne consegue, pertanto, come meccanismo neuro-muscolare di compenso, una deglutizione con interposizione linguale che, diventando persistente, concorre all'evoluzione ingravescente della malocclusione dento-scheletrica.

L'autore Caprioglio asserisce che "è dimostrato che il succhiamento del dito, anche se protratto fino a 4 anni, non provoca anomalie dento-maxillo-facciali degne di nota; e, se queste si formano, possono anche normalizzarsi o migliorare spontaneamente con il cessare dell'abitudine viziata".

Da tale evidenza scaturisce l'indicazione a sottoporre ad una prima visita ortodontica il paziente pediatrico, già a partire dai 4 anni, soprattutto in presenza dell'abitudine viziata ed eventualmente di "campanelli d'allarme" obiettivi (i genitori tipicamente potrebbero già aver percepito un morso aperto anteriore e/o incisivi superiori particolarmente proinclinati e diastemati).

Bisogna sottolineare tuttavia che in diversi casi la sospensione dell'abitudine viziata richiede anche un approccio psicoterapeutico e/o delle metodiche coercitive (per il succhiamento del dito possono essere necessari il "braccialetto Milly" o addirittura la "fascia di Gibaud"), nonché eventuali terapie logopedica e "miofunzionale" di supporto.



Fig. 1 - Presidio dissuasore dal succhiamento del pollice (Braccialetto Milly)

L'opportunità del trattamento ortodontico intercettivo, invece, è rappresentata oggi soprattutto da dispositivi "funzionali" di ultima generazione, i cui obiettivi principali sono la rieducazione della postura linguale e la modifica del bilanciamento complessivo fra la muscolatura esterna ed interna delle arcate, tale da elicitarne forze a carico dei denti e/o dei mascellari finalizzate alla riduzione

significativa, fino alla correzione completa e stabile, della malocclusione dento-scheletrica.

Queste apparecchiature oggi permettono di evitare terapie più lunghe e complesse (di natura estrattiva e/o chirurgico-ortognatica) a fine crescita.

## CASO CLINICO

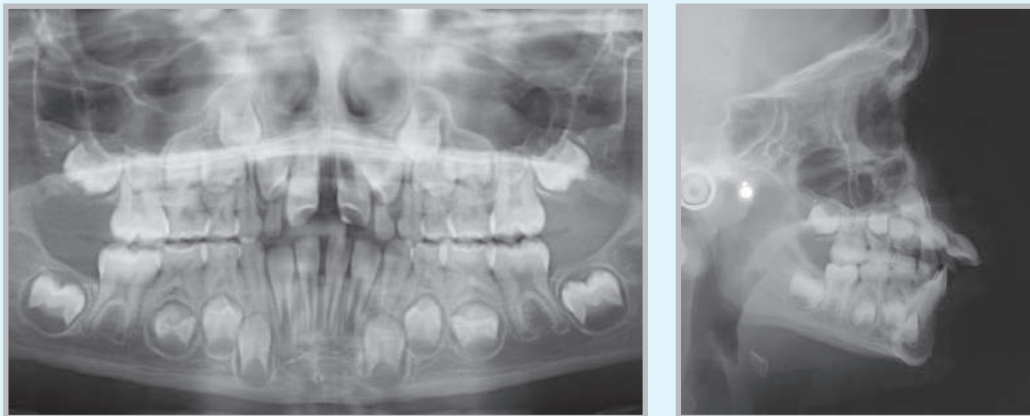
La paziente M. G., nata il 16/01/2011, giunge alla nostra osservazione all'età di 6 anni e 8 mesi.

All'esame extraorale frontale mostrava un viso ovale e simmetrico, un terzo inferiore del volto lievemente diminuito, scarsa esposizione degli incisivi superiori nel sorriso, presenza di diastema interincisivo superiore di 5 mm e diastema interincisivo inferiore di 1.5 mm, coincidenza della linea interincisiva superiore ed inferiore con la linea mediana del volto.

All'esame extraorale laterale il profilo era convesso, l'angolo nasolabiale nella norma, il filtro naso-labiale protruso, labbro superiore ed inferiore anteroposizionati rispetto alla linea estetica di Ricketts, distanza mento-collo diminuita, solco labio-mentoniero accentuato in condizioni di riposo.



*Figg. 1a-d - Foto extraorali iniziali*



*Figg. 2a, b - Esami radiografici*