

Giorgio Nidoli
Massimo Lazzati
Aldo Macchi

Le possibilità operative dell'odontoiatria infantile

L'aumento del numero di pedodontisti, la diffusione del concetto di prevenzione e la reperibilità di attrezzature e materiali realizzati in funzione del bambino, pongono oggi l'odontoiatria infantile in grado di affrontare con crescente efficacia una vasta gamma di situazioni patologiche. Per ciascuna di esse esistono precisi limiti e indicazioni e per tutte si richiede di instaurare un rapporto tranquillizzante e motivante con il piccolo paziente

Il concetto di prevenzione in campo odontoiatrico si è via via diffuso in Italia, negli ultimi dieci anni, grazie alla tenacia di alcuni e al continuo miglioramento della qualità della vita. Nella prevenzione secondaria e terziaria si collocano la maggioranza dei metodi e delle tecniche di trattamento dell'odontoiatria infantile. Purtroppo ancora oggi si sente dire dai genitori o riferire per sentito dire da alcuni pediatri, che i denti decidui non devono essere curati, dal momento che si cambiano! Tutto ciò è sbagliato; si deve invece far di tutto per mantenere fino all'età della permuta ogni elemento deciduo, oppure si deve fare in modo che dalla perdita di uno o più elementi non derivi un danno permanente alla dentatura.

Fino a qualche anno fa in tutta Italia e in molte regioni anche oggi, l'odontoiatria si è trovata di fronte a un compito insostenibile per le sue forze, vale a dire quello di curare una popolazione colpita nel 98-99% da processi cariosi o da parodontosi, con indici relativi al numero dei processi per ogni individuo tali da scoraggiare anche i più audaci e volenterosi. La stessa assistenza sociale si è limitata fino ad ora, salvo in poche zone e con percentuali relativamente molto basse, a procedere a estrazioni dentali e alla loro sostituzione nel modo il più semplice pos-



Un tavolino e due sedie per la prima visita al piccolo paziente

sibile e in quello meno costoso.

In questi ultimi anni però è avvenuto un fatto, che, unito a una situazione contingente, potrà permettere un notevole miglioramento delle prestazioni odontoiatriche. Ci si riferisce alla istituzione del corso di laurea in odontoiatria e al numero sempre maggiore di laureati in medicina e chirurgia. Non è illusorio sperare che una percentuale di questi ultimi, anche per questioni di mercato, si rivolgeranno sempre di più all'odontoiatria infantile.

Dallo sviluppo di questa disciplina deriverà, molto probabilmente, una notevole diminuzione della patologia orale nell'adulto che permetterà ai medici dentisti di operare non più come «in prima linea», ma con le disponibilità di tempo e di mezzi relativi a ogni utente, tale da attuare una terapia sempre migliore.

L'aumento del numero degli odontoiatri infantili dovrebbe creare an-

che un certo interesse da parte dei fabbricanti e degli operatori commerciali in modo da fornire numerosi strumenti e attrezzature odontoiatriche sempre più perfette, studiate e realizzate in funzione del bambino. Questo fatto si tradurrà in un miglioramento tecnico delle prestazioni e ancor di più in un miglioramento dei rapporti psicologici fra medico dentista e piccolo paziente.

È nostra convinzione che il primo aspetto negativo del rapporto medico paziente in odontoiatria infantile sia l'ambiente non idoneo. Sono da evitare, dunque, le sale di attesa con troppe persone quasi sempre ansiose e comunque mai allegre. Una sala d'attesa, solo per i piccoli pazienti, arredata adeguatamente permette al bambino di passare i minuti di attesa in modo conveniente senza suscitare in lui apprensioni ingiustificate.

L'aspetto e il comportamento del personale paramedico deve essere tale da conquistare la fiducia del bambino e prepararlo adeguatamente all'approccio con il medico (cfr «Tecniche e accorgimenti psicologici in pedodonzia», *Il Dentista Moderno*, n. 4, 1984).

Questi riceverà il paziente con i genitori in un locale semplicemente arredato con un piccolo tavolino, delle sedie e il minor numero possibile di strumenti in bella vista. Il colloquio inizialmente dovrà svolgersi fra medico e genitori, per poi passare alla fase successiva fra medico e bambino, cercando di stimolare con frasi appropriate una sua iniziale collaborazione a mostrare la propria situazione orale.

L'esame obiettivo del cavo orale dovrà limitarsi alla rilevazione di patologie che necessitino di interventi con carattere di urgenza ed, eventualmente, di segni obiettivi una malocclusione. Qualora l'esame obiettivo riveli una situazione con

patologia cariosa diffusa, sarà opportuno richiedere o effettuare una radiografia panoramica delle arcate per poter definire una diagnosi completa ed approfondita. Qualora, invece, la patologia avesse caratteri più blandi e fosse poco diffusa, sarebbe opportuno affidare il piccolo paziente a una collaboratrice con mansioni di igienista che, subito o in un appuntamento successivo, compili una cartella clinica con un questionario in modo da evidenziare tutta la situazione generale e locale.

Questo colloquio potrà anche trasformarsi in una motivazione a prevenire la carie attraverso la rivelazione della placca batterica, l'istruzione sulla tecnica di spazzolamento dentale e del filaggio; il bambino a questo punto può anche essere motivato all'igiene alimentare. Se il piccolo paziente è indenne da processi cariosi, sarà opportuno procedere alla fluorizzazione topica dei denti per mezzo di gel fluorati e alla sigillatura dei solchi con sigillanti al fluoro.

La sedazione e l'anestesia

È importante considerare l'eventualità di una sedazione in casi di bambini iperemotivi o visibilmente apprensivi. La sedazione va effettuata con la somministrazione di *diazepam* (Valium) in gocce 45 - 60 minuti prima dell'appuntamento. In casi di manifestazioni emotive più violente, come crisi isteriche, sarà opportuno iniettare intramuscolo una dose adeguata di *meperidina* (mezza fiala da 2 ml).

Il controllo del dolore nel bambino dev'essere sempre effettuato, per ottenere da questi una buona collaborazione durante l'intervento e negli interventi successivi. L'anestesia locale è la più usata in odontoiatria infantile, sia sotto forma di anestesia

topica che plessica o tronculare. L'anestesia per perfrigerazione deve essere limitata alle estrazioni di denti decidui già vacillanti o comunque facili da estrarre. Gli anestetici topici sotto forma di soluzioni o di gel devono essere usati per anestesia di compiacenza prima di iniezioni di anestetici locali.

La metodica è la seguente: asciugare la parte da anestetizzare con un rotolo di cotone, quindi usando un doppio battuffolo di cotone (*cotton-fiocc*) imbevuto da una parte di liquido disinfettante e dall'altra di anestetico topico, prima disinfettare la parte, quindi applicare l'anestetico con una leggera pressione e mantenerlo per circa 30 secondi. A questo punto l'operatore dovrà farsi porgere la siringa dell'anestetico dall'assistente, che porgerà alle spalle del paziente in modo da restare fuori dal campo visivo dello stesso. Si deve iniettare solo una piccola parte di soluzione, circa $\frac{1}{20}$ della tubofiala e quindi ritirare l'ago mostrandolo al paziente la siringa. A questo punto il bambino avrà realizzato che gli è stata praticata una iniezione senza sentire dolore e si adatterà tranquillamente alla seconda iniezione, che verrà effettuata molto lentamente, tenendo ben ferma la siringa mediante l'appoggio di un dito sull'arcata inferiore ben aperta.

Va ricordato che, mentre per l'anestesia tronculare l'ago va infisso in profondità a raggiungere la zona del tronco nervoso, per l'anestesia plessica all'arcata superiore l'infissione va fatta solo per pochi millimetri (due o tre) sotto il fornice, onde evitare di produrre lesioni al plesso venoso, che si manifesterebbero con un gonfiore immediato della guancia e una colorazione grigio bluastra della mucosa del fornice. Provvedimento immediato, in questa evenienza, è l'applicazione di una

borsa di ghiaccio sulla guancia; ci si limiterà poi a un intervento semplice sul dente da curare.

Prima di iniettare la soluzione anestetica è necessario aspirare retraindo lo stantuffo per evitare di iniettare in un vaso venoso o arterioso. La lesione o l'iniezione di un vaso arterioso può manifestarsi con la comparsa di una zona ischemica sulla cute. Bisogna informare i genitori che questo fatto è transitorio e privo di conseguenze.

Una particolare attenzione va rivolta, invece, nell'informare il bambino e i genitori che l'effetto anestetico può durare due o tre ore e che per tutto questo tempo il bambino deve evitare di mordersi il labbro. Non avendo questa attenzione può verificarsi un trauma alla mucosa orale che si manifesterà con gonfiore, formazione di una membrana biancastra che guarirà in pochi giorni se trattata opportunamente con sciacqui con soluzione salina.

Qualora l'età, la situazione orale o il comportamento del bambino la richiedano, si può ricorrere anche alla anestesia generale. Questa tecnica è normalmente riservata a interventi di una certa complessità, ma può essere praticata anche per interventi minori, come la conservativa o la bonifica del cavo orale, a condizione però che sia effettuata dopo tutta la serie di analisi indicate e con le attrezzature sofisticate che sono normalmente usate in chirurgia generale.

Anche il personale paramedico dovrà essere opportunamente istruito a eseguire tutte le operazioni necessarie e a coadiuvare perfettamente il lavoro dell'anestesista e del medico dentista operatore. Fra le attrezzature indispensabili vi sono il monitoraggio delle funzioni cardiache, della temperatura e il defibrillatore. Inoltre, sarebbe opportuno disporre di un apparecchio automatico per la

Pedodonzia

respirazione in modo da ventilare opportunamente il piccolo paziente durante l'intervento che spesso può durare anche due o tre ore.

Tra i farmaci a disposizione dell'anestesista rianimatore, oltre ai comuni farmaci da usare in caso di complicazioni, vi è il dantrolene sodico che usato per infusione venosa può scongiurare l'eventualità di una ipertermia maligna. È quindi sconsigliabile la prassi routinaria o anche occasionale di anestesia generale in ambienti non altamente specializzati e lontani da un centro ospedaliero di rianimazione e di terapia intensiva.

Le estrazioni

Le estrazioni dentali sono una metodica abbastanza comune in odontoiatria infantile, ma vanno riservate a quegli elementi che siano talmente distrutti dal processo carioso da non essere più recuperabili, oppure a quei denti che sono a meno di un anno dalla permuta.

L'anestesia per perfrigerazione o per iniezione è assolutamente indicata, salvo nei casi nei quali il dente potrebbe esfoliarsi spontaneamente. Anche in questa tecnica sarà bene non mostrare la pinza al paziente, ma farsela passare dall'assistente fuori dal campo visivo del bambino, per non suscitare in lui inutili reazioni di allarme o di difesa. Le estrazioni di denti decidui sono indicate come mezzo per creare spazio in una arcata con affollamento degli incisivi. In questo caso si parla di estrazioni seriate e programmate.

Fino a poco tempo fa venivano estratti i canini decidui per poter ottenere un allineamento più veloce degli incisivi, ma spesso questa tecnica, ritardando l'eruzione dei canini permanenti, portava inesorabilmente alla necessaria estrazione dei quattro primi premolari.

Oggi si ricorre sempre di più all'estrazione dei quattro primi molaretti, scegliendo però il periodo in cui si sia formata almeno metà della radice del primo premolare permanente. Se il paziente arriva all'osservazione del pedodontista in un periodo non ancora adatto si può ottenere spazio praticando un molaggio delle superfici mesiali dei canini e dei molari decidui. Qualora, però, l'eruzione di un incisivo laterale permanente provochi la rizalisi del canino deciduo adiacente con la sua conseguente caduta, è indicata l'estrazione del canino deciduo controlaterale per ripristinare la simmetria dell'arcata.



L'applicazione di anestetico topico prima di infiggere l'ago



Mantenitore di spazio per un secondo molare deciduo

Le estrazioni dei denti permanenti sono da evitare, salvo in alcuni casi eccezionali che qui indicheremo:

- quando la patologia parodontale ha raggiunto la biforcazione delle radici di un molare,
- quando il paziente arriva alla osservazione del medico avendo già subito l'estrazione di un primo molare che ha provocato una estrusione eccessiva dell'antagonista cariato,
- quando vi sono tutti e quattro i primi molari in un paziente con crescita dei mascellari in senso orario e quindi iperdivergente od open bite scheletrico,
- quando il molare è più basso del piano oclusale per un'anchilosi.

I premolari possono essere estratti per creare spazio in arcate affollate, tenendo però presente che è necessario mantenere la simmetria con estrazioni bilaterali. Un perfezionamento di questa metodica consiste nell'estrarre i primi premolari in bambini con profili convessi e i secondi premolari in bambini con profili piatti, oppure i primi premolari superiori e i secondi inferiori in casi di II Classe molare.

È opportuno fare seguire alle estrazioni dei premolari un trattamento ortodontico per ottenere il miglior adattamento possibile dei denti residui. I canini non devono mai essere estratti anche se spesso la vestiboloposizione o l'eruzione palatina di uno di essi rappresenta una notevole tentazione. Non bisogna dimenticare l'importante funzione svolta dal canino nell'occlusione. Inoltre, non si devono mai estrarre incisivi superiori; qualche volta (in casi davvero eccezionali) si può estrarre un incisivo inferiore, allineando però obbligatoriamente l'arcata con un trattamento ortodontico.

Quando si pratica l'estrazione di un secondo molare deciduo è indispensabile l'applicazione di un mantenitore di spazio. Questa apparecchia-

tura, assai semplice, è formata da una banda o da una corona metallica che serve da ancoraggio e da un filo di acciaio opportunamente sagomato che si appoggerà al primo molaretto. Qualche volta non essendo ancora erotto il primo molare sarà opportuno ancorare il mantenitore di spazio al primo molare deciduo e far terminare il mantenitore con una piccola lama metallica che, approfondendosi nella mucosa mesialmente al primo molare, ne guidi l'eruzione.

Anche per la perdita di un incisivo centrale superiore deciduo sarebbe opportuno applicare un mantenitore di spazio, anche se la tenera età del paziente molto spesso rappresenta un elemento negativo determinante. Nei casi di estrazioni di incisivi superiori si possono applicare protesi provvisorie dando la preferenza a quelle fisse. Protesi provvisorie mobili si possono, invece, applicare a quei piccoli pazienti che siano stati sottoposti ad estrazioni dei quattro molaretti di una arcata.

Ai bambini nei quali i processi cariosi hanno attaccato i bordi mesiali e distali degli incisivi decidui, è preferibile applicare piccole corone in policarbonato piuttosto che praticare otto otturazioni.

La piccola chirurgia

Applicando correttamente le metodiche adeguate per l'anestesia non è difficile praticare i vari piccoli interventi di chirurgia orale che si rendono necessari. Uno dei più frequenti è la frenulectomia, che deve essere praticata in presenza di frenuli molto robusti ed inseriti a livello del bordo alveolare. Si tratta di frenuli, cosiddetti tecto-labiali, che provocano sempre un diastema interincisivo.

L'età ideale per questo intervento è



Quando i processi cariosi interessano i due margini delle corone è preferibile applicare dei preformati



La frenulectomia con l'elettrobisturi è meno traumatizzante

quella di sette anni durante o subito dopo la permuta degli incisivi superiori. Anche più avanti nell'età si può praticare la frenulectomia, ma mentre fino a dieci-undici anni con la comparsa del canino permanente si avrà una chiusura completa del diastema interincisivo, se l'intervento viene praticato dopo i dodici-tredici anni è necessario far seguire a questo un trattamento ortodontico per chiudere il diastema. La fase più delicata è sempre quella dell'anestesia, mentre l'intervento va eseguito preferibilmente con l'elettrobisturi. I punti di sutura devono essere molto stretti, si otterrà in questo modo la loro caduta spontanea in sesta giornata circa. Spesso ci si può trovare di fronte a un elemento dentario che tarda a comparire sull'arcata e che all'esame radiografico appare ritenuto appena sotto la mucosa; in questi casi è indicata l'eruzione chirurgica, che si pratica anch'essa preferibilmente con l'elettrobisturi, usando un elettrodo ad ansa. Un piccolo impacco con cemento chirurgico proteggerà la ferita per le prime 24-48 ore dai traumi e dal contatto con alimenti.

Più complessa invece è la germectomia che si pratica quando si deve creare spazio sull'arcata e si sceglie il momento in cui l'elemento dentario ha già perforato la corticale alveolare in modo da non perdere troppo osso dopo l'intervento. Eseguita una incisione a «elle», si scolla il lembo muco-periosteale e con una piccola leva diritta si effettua l'estrazione, ponendo molta attenzione a non lussare gli elementi vicini. Anche qui si pratica una sutura a punti staccati preferibilmente con filo sintetico. In presenza di elementi sovrannumerari, l'intervento è simile alla germectomia con la variante che dopo la creazione del lembo muco-periosteale bisogna rimuovere una piccola porzione di corticale al-

veolare per esporre l'elemento dentario da estrarre, che verrà asportato con il suo sacco follicolare come per la germectomia.

Tecniche in conservativa

La terapia conservativa rappresenta il più grande impegno del pedodontista, il suo scopo principale essendo quello di mantenere i denti decidui fino alla loro perdita naturale. Vi sono notevoli differenze anatomiche fra denti decidui e denti permanenti che condizionano in modo decisivo il comportamento del dentista.

Oltre alla differente anatomia occlusale v'è da considerare la notevole riduzione di spessore dello smalto e la sproporzione fra polpa e dentina, che fa sì che i cornetti pulpari siano molto più superficiali rispetto ai denti permanenti. Inoltre, i molari permanenti presentano una convessità che tende a essere più vicina al bordo gengivale e hanno superfici di contatto più che punti di contatto. Tutto ciò determina la necessità di preparare una cavità meno estesa occlusalmente e meno profonda, ma più estesa approssimamente in senso vestibolo-linguale.

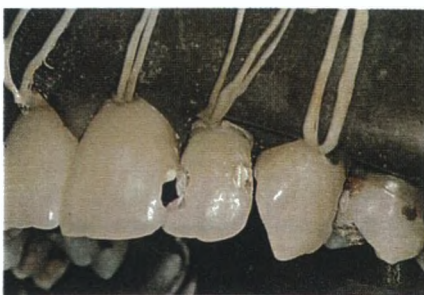
Dopo la necessaria sedazione, è consigliabile iniziare la preparazione con la turbina, non senza averne fatto ascoltare il rumore al paziente e avere fatto notare la presenza dello spray di raffreddamento. L'uso della turbina permette di eseguire la preparazione della cavità più in fretta e senza pressioni, il che sarà molto gradito al piccolo paziente. È sempre indispensabile l'aiuto dell'assistente, che provvederà con l'aspiratore ad alta velocità ad eliminare l'aeronebulazione, e soprattutto a proteggere le parti molli che il paziente, a causa dell'anestesia, può difficilmente controllare.



Germectomia di 44



È sempre preferibile lavorare per quadranti e fare le ricostruzioni sotto diga



Cure e otturazioni simili su decidui e permanenti

Preparata la cavità si passa all'asportazione della dentina rammollita con un escavatore e, quindi, a un livellamento delle parti con i taglia-smalto. Il fondo della cavità, ben deterso e disinfettato, va asciugato con pochissimo alcool lasciato evaporare spontaneamente e deve essere ben tappezzato con un cemento all'idrossido di calcio, che verrà a sua volta ricoperto da un leggero strato di lacca.

A questo punto si applica la matrice, dando la preferenza alle più semplici, avendo cura di adattarla bene al bordo inferiore della cavità con un cuneo di legno e con un brunitore a palla alla parete del dente approssimale. La scelta dell'amalgama pone qualche problema, perché se i motivi economici e pratici tendono a far scegliere l'amalgama misto in scaglie e sfere, motivi di velocità di cristallizzazione e di maggior sicurezza potrebbero indurre l'operatore a optare per un amalgama sferico. Lasciamo a ciascuno la scelta, che sarà determinata anche dalla prevista durata del dente.

Le cavità di I, II e V Classe di Black sono tutte indicate e il materiale consigliato è l'amalgama d'argento. Per le cavità di II e IV Classe, il materiale consigliato è senz'altro una resina composita, ma queste otturazioni sono da eseguire quando il danno smalteo e dentinale è molto ridotto, altrimenti è più sicura e durevole una ricostruzione con corone preformate in policarbonato. I compositi sono invece i materiali ideali per le ricostruzioni sia di III che di IV Classe in denti permanenti cariati che per le riparazioni di lesioni traumatiche.

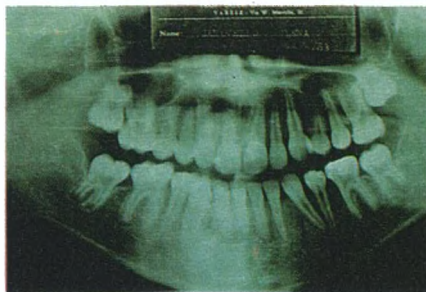
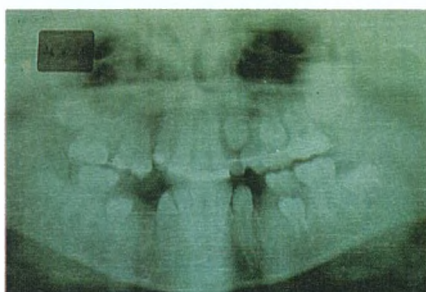
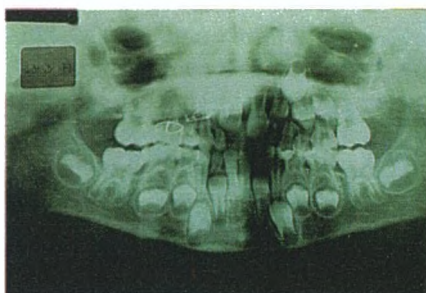
Endodonzia

Va tenuto presente che, a causa della quasi nulla capacità della polpa

dei denti decidui a reagire in modo protettivo, è molto spesso necessario procedere a una terapia che coinvolga la polpa sia inizialmente, durante la preparazione di una cavità, che successivamente, per curare una degenerazione pulpare. La tecnica più usata è quella della pulpectomia, praticata asportando con una fresa cilindrica il tetto dentinale e con una fresa a rosetta la polpa camerale, arrivando fino agli imbocchi dei canali radicolari. Frenata l'emorragia con un batuffolo di cotone imbevuto in H_2O_2 a 24 volumi, si riempie la cavità stessa con cemento all'eugenolo impastato ad una consistenza molto maggiore di quella consigliata per i cementi canalari. Un cemento provvisorio proteggerà il resto della cavità fino alla visita successiva. Naturalmente tutte queste manovre dovranno essere praticate con strumenti sterili e isolando il dente, trattato il meglio possibile, con la diga di gomma.

Quando si è invece di fronte a una pulpite acuta è indispensabile asportare anche la polpa radicolare e in questi casi è necessaria tutta la capacità professionale e l'abilità dell'operatore per ottenere un successo duraturo e al sicuro da eventuali danni iatrogeni. Innanzitutto, dopo che il tetto della camera pulpare è stato asportato, è assolutamente indispensabile l'applicazione della diga, per mantenere il campo operatorio sterile e per impedire la possibile inalazione o deglutizione dei piccoli strumenti canalari da parte del bambino. È necessaria, inoltre, una radiografia, endorale del dente stesso, per valutarne la lunghezza, la forma delle radici, l'eventuale avvenuta rizalisi e l'ampiezza dei canali.

È assolutamente controindicato cercare di ottenere una buona detersione e successiva chiusura di canali con apice beante per rizalisi, a cau-



Perdita traumatica di due premolari superiori sostituiti con trapianto di due premolari inferiori di cui si è mantenuta la vitalità.

sa dei possibili danni che possono derivare al germe del permanente.

Se gli apici sono ancora chiusi o quasi si può praticare il sondaggio dei canali, facendo però attenzione a non gingere oltre apice.

Se le radici e i canali non sono molto curvi è meglio, una volta misurati nella loro lunghezza, usare degli alesatori montati sul contrangolo e muniti del dischetto di gomma per limitarne l'approfondimento.

A nostro avviso, ancora oggi il materiale più indicato per la chiusura dei canali decidui è la pasta Jodoformica, essendo l'unica che non provoca, se mandata oltre apice, lesioni permanenti al dente sottostante. La chiusura della cavità, dopo radiografia di controllo, sarà fatta con cemento ossifosfato di zinco e in amalgama d'argento o meglio con una coroncina preformata in acciaio. Non ci soffermiamo sulla problematica dell'endodonzia dei permanenti, rimandando il lettore ai concetti moderni della detersione più accurata e della chiusura canale con condensazione tridimensionale del materiale da otturazione. Vorremmo però ricordare qualche concetto relativo al trattamento endodontico di denti permanenti con apici beanti. Purtroppo, l'eventualità di simili trattamenti è divenuta sempre più frequente negli ultimi tempi, a causa di esposizione pulpari di denti frontali in bambini in tenera età e quindi con apici ancora beanti. Quando l'esame radiografico porta a questa diagnosi, le precauzioni sopra esposte diventano ancora più tassative. Sono quindi obbligatori l'uso della diga di gomma e l'asportazione di tre quarti della polpa con strumenti sterili e il successivo riempimento canale con cemento all'idrossido di calcio. La chiusura esterna può essere fatta con cemento all'ossifosfato di zinco. Solo quando un successivo esame

Pedodonzia

radiografico, a distanza di mesi, avrà messo in evidenza l'avvenuta apicificazione si rifarà il trattamento canalare, questa volta arrivando fino ai pressi dell'apice con le manovre di detersione e con la chiusura del canale stesso.

La ricostruzione di lesioni traumatiche

Le lesioni traumatiche ai denti frontali, specialmente agli incisivi superiori, sono purtroppo sempre più frequenti. Possono verificarsi in tenera età a causa di cadute e, in questo caso, si tratta di denti decidui. Il trauma può produrre solamente una necrosi pulpale dovuta allo stiramento del fascio vascolare nervoso di un incisivo centrale deciduo; in questi casi dopo poche ore o qualche giorno si osserva un cambiamento di colore della corona con tendenza al grigio bruno. È necessario allora procedere all'apertura della camera pulpale, all'esportazione del tessuto pulpale necrotico e, previo lavaggio e detersione di tutto il lume canalare, alla chiusura dello stesso con materiale non riassorbibile. Nei bambini molto piccoli, di 2-3 anni, questa metodica non è facile da eseguire per la scarsa collaborazione del paziente. Non potendo procedere in questo modo, è consigliabile eseguire un radiogramma endorale a distanza di 6 mesi e continuare così fino all'epoca in cui è possibile intervenire.

Naturalmente, l'evidenziarsi di una patologia periapicale consiglierà la terapia canalare per evitare danni all'incisivo permanente omologo, che si possono concretizzare in un arresto della eruzione o nella deviazione della stessa in senso vestibolare. Qualora il trauma produca una frattura coronale, è necessario valutare l'entità e, se vi è esposizione

della dentina, provvedere a proteggerla con un cemento all'idrossido di calcio, che verrà protetto da una applicazione di *sealant* previa mordenzatura dello smalto circostante. È indispensabile controllare per circa 2 o 3 mesi la vitalità della polpa, perché questa può andare incontro a necrosi in tempi lunghi.

La ricostruzione della corona fratturata viene effettuata con cementi compositi previa bisellatura del bordo smalteo. Per piccole fratture la ritenzione sarà sufficiente, ma quando la frattura ha provocato la perdita di una grossa parte di tessuto duro è necessario assicurarsi un ulteriore ancoraggio applicando un pernetto parapulpale.

Queste ricostruzioni devono essere eseguite preferibilmente con l'applicazione della diga di gomma che ci metterà al riparo da inquinamenti sia di acqua che di sangue.

Non è infrequente l'osservazione, specialmente a carico dei permanenti, di danni provocati da amelogenesi imperfetta. In questi casi, se si tratta di denti decidui, è preferibile ricostruire l'anatomia coronale con corone metalliche prefabbricate,



Il morso aperto da succhiamento del pollice può essere corretto con una griglia fissa

te, scegliendone tra quelle che riproducono abbastanza fedelmente l'anatomia oclusale. Per le amelogenesi dei denti permanenti, è consigliabile la ricostruzione con compositi, usando come matrice, quando è possibile corone di acetato di cellulosa oppure ricostruendo prima l'anatomia coronale sul modello con cera da modellazione, riproducendo poi il modello stesso e stampandovi sopra una corona, sempre in acetato, che servirà da matrice della ricostruzione. Per i molari permanenti si consiglia la ricostruzione con corone fuse.

Il reimpianto

Quanto il trauma è causato da un impatto sul terreno o comunque contro un ostacolo di massa notevole, può prodursi, invece della frattura coronale o radicolare, la lussazione o l'avulsione di uno o più denti. In questi casi, bisogna ridurre la lussazione fino a riportare con manovre manuali gli elementi dentari il più vicino possibile alla loro posizione originale.

Immediatamente dopo si passa alla loro contenzione che può essere praticata con l'applicazione di una ferula d'argento legata a più denti contigui, oppure all'applicazione di un filo ortodontico fissato alle corone con *bracket* ortodontici o immerso in cemento composito.

Se invece il trauma ha provocato la perdita di uno o più denti, si deve innanzitutto conservare questi elementi in una vaschetta contenente soluzione fisiologica. Con una siringa riempita di un terzo di acqua ossigenata e due terzi di soluzione fisiologica si lava l'alveolo vuoto e si reimpianta il dente portandolo in occlusione con leggere percussioni. Il reimpianto di denti con apice ancora beante può dare come risultato

SCHEDA TECNICA

Versione 4 D.M. 23.11.82

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ: SYNFLEx.
2. DENOMINAZIONE COMUNE INTERNAZIONALE: Naprossene sodico.

3. DATI FARMACOLOGICI.

3.1 Azioni farmacologiche. Synflex è dotato di spiccata attività antipiretica, analgesica e antinfiammatoria, ed ha inoltre dimostrato di possedere attività antiprostaglandinica, antibradichinina, anticomplemento, antiaggregante piastrinica e stabilizzante delle membrane cellulari.

3.2 Tossicologia. Tossicità acuta: la DL₅₀ per os è > 1000 mg/kg nel ratto. Tossicità cronica: prove di tossicità cronica hanno documentato l'alta tollerabilità di Synflex.

3.3 Farmacocinetica. Nell'uomo il naprossene sodico è assorbito rapidamente per via orale, e le concentrazioni plasmatiche raggiungono il loro picco mediamente in 1-2 ore dalla somministrazione. L'emivita è di circa 13 ore. Lo steady state viene raggiunto in 48 ore. L'assorbimento per via rettale è un poco più lento ma permette di mantenere più a lungo livelli plasmatici terapeutici. Oltre il 95% di Synflex è legato alle proteine plasmatiche. Il 95% della dose somministrata viene escreto con le urine, in parte immodificato e parte come 5-O-desmetilnaprossene, in forma libera o coniugata.

4. INDICAZIONI CLINICHE.

4.1 Indicazioni terapeutiche. Il Synflex è indicato nelle seguenti condizioni:

4.1.1. Dolore e febbre infiammatorie di pertinenza otorinolaringoiatrica, reumatica, artritica. Dolore dentario e cefalee.

4.1.2. Distensione, dolore da inserzione di dispositivi intrauterini.

4.1.3. Dolore da parto, dolore conseguenti ad epiorrafia.

4.1.4. Distensione da affezioni acute muscoloscheletriche quali distorsioni, lussure e traumi muscolari, dolori lumbosacrali, spondilite cervicale, gicht, tendiniti, forositi.

4.1.5. Preparazione operatoria in chirurgia ortopedica e generale.

4.1.6. Affezioni artrosomatiche quali artrite reumatoide, osteoartrite, spondilite anchilosante, gotta.

4.1.7. Controindicazioni. Intollerabilità accertata verso il prodotto. A causa della possibilità di suscitare reazioni allergiche crociate con altri farmaci antiinfiammatori non steroidei, il Synflex è controindicato nei pazienti nei quali dette sostanze inducono reazioni allergiche, quali asma, orticaria, rinite ecc.

4.1.8. Controindicazioni. Di più comune osservazione sono quelli a carico del sistema gastro-intestinale: stitichezza, dolori addominali, flatulenza, nausea, dispepsia, diarrea, stomatite; seguono poi i disturbi a carico del sistema nervoso centrale quali cefalea, sonnolenza, vertigine, stordimento; a carico della cute si è osservato: prurito, eruzione cutanea, angioedema; a carico del sistema circolatorio: tachicardia, dispnea, edema. Molto raramente sono state osservate turbe dell'udito e della vista, piastrinopenia, sensazioni di vertigine.

4.1.9. Precauzioni. Nelle donne in stato di gravidanza accertata o sospettata usare il farmaco solo in caso di assoluta necessità e sotto il controllo del medico. L'uso del Synflex dovrebbe essere evitato nelle donne che allattano.

4.1.10. Precauzioni. In alcuni pazienti trattati con Synflex sono state riportate emorragie gastro-intestinali, occasionalmente anche gastrointestinali. Tali manifestazioni sono rare, tuttavia si consiglia di somministrare il prodotto solo sotto controllo medico nei pazienti affetti da ulcera gastrica e gastrite. Il Synflex (naprossene sodico) viene somministrato contemporaneamente al suo acido (naprossene) e pertanto entrambi circolano nel sangue in quantità sostanziali. La cautela deve essere adottata nel trattamento di pazienti con insufficienza cardiaca o renale gravemente compromessa. In questi pazienti è opportuno ricorrere al monitoraggio di laboratorio, specialmente per l'attività ematologica. Evitare le allergie allergiche oculari nel corso del trattamento con farmaci antiinfiammatori non steroidei se il sintomo persiste prolungato, di effettuare periodici controlli di laboratorio. Usare con cautela quei pazienti la cui funzionalità renale è compromessa durante la terapia con questo farmaco. Evitare l'uso di Synflex sia temporaneamente che permanentemente nelle donne di funzionalità surrenale compromessa. Non sono state osservate prove per la determinazione di anticorpi anti-naprossene.

4.1.11. Precauzioni. In alcuni pazienti trattati con Synflex sono state riportate emorragie gastro-intestinali, occasionalmente anche gastrointestinali. Tali manifestazioni sono rare, tuttavia si consiglia di somministrare il prodotto solo sotto controllo medico nei pazienti affetti da ulcera gastrica e gastrite. Il Synflex (naprossene sodico) viene somministrato contemporaneamente al suo acido (naprossene) e pertanto entrambi circolano nel sangue in quantità sostanziali. La cautela deve essere adottata nel trattamento di pazienti con insufficienza cardiaca o renale gravemente compromessa. In questi pazienti è opportuno ricorrere al monitoraggio di laboratorio, specialmente per l'attività ematologica. Evitare le allergie allergiche oculari nel corso del trattamento con farmaci antiinfiammatori non steroidei se il sintomo persiste prolungato, di effettuare periodici controlli di laboratorio. Usare con cautela quei pazienti la cui funzionalità renale è compromessa durante la terapia con questo farmaco. Evitare l'uso di Synflex sia temporaneamente che permanentemente nelle donne di funzionalità surrenale compromessa. Non sono state osservate prove per la determinazione di anticorpi anti-naprossene.

4.1.12. Precauzioni. In alcuni pazienti trattati con Synflex sono state riportate emorragie gastro-intestinali, occasionalmente anche gastrointestinali. Tali manifestazioni sono rare, tuttavia si consiglia di somministrare il prodotto solo sotto controllo medico nei pazienti affetti da ulcera gastrica e gastrite. Il Synflex (naprossene sodico) viene somministrato contemporaneamente al suo acido (naprossene) e pertanto entrambi circolano nel sangue in quantità sostanziali. La cautela deve essere adottata nel trattamento di pazienti con insufficienza cardiaca o renale gravemente compromessa. In questi pazienti è opportuno ricorrere al monitoraggio di laboratorio, specialmente per l'attività ematologica. Evitare le allergie allergiche oculari nel corso del trattamento con farmaci antiinfiammatori non steroidei se il sintomo persiste prolungato, di effettuare periodici controlli di laboratorio. Usare con cautela quei pazienti la cui funzionalità renale è compromessa durante la terapia con questo farmaco. Evitare l'uso di Synflex sia temporaneamente che permanentemente nelle donne di funzionalità surrenale compromessa. Non sono state osservate prove per la determinazione di anticorpi anti-naprossene.

4.1.13. Precauzioni. In alcuni pazienti trattati con Synflex sono state riportate emorragie gastro-intestinali, occasionalmente anche gastrointestinali. Tali manifestazioni sono rare, tuttavia si consiglia di somministrare il prodotto solo sotto controllo medico nei pazienti affetti da ulcera gastrica e gastrite. Il Synflex (naprossene sodico) viene somministrato contemporaneamente al suo acido (naprossene) e pertanto entrambi circolano nel sangue in quantità sostanziali. La cautela deve essere adottata nel trattamento di pazienti con insufficienza cardiaca o renale gravemente compromessa. In questi pazienti è opportuno ricorrere al monitoraggio di laboratorio, specialmente per l'attività ematologica. Evitare le allergie allergiche oculari nel corso del trattamento con farmaci antiinfiammatori non steroidei se il sintomo persiste prolungato, di effettuare periodici controlli di laboratorio. Usare con cautela quei pazienti la cui funzionalità renale è compromessa durante la terapia con questo farmaco. Evitare l'uso di Synflex sia temporaneamente che permanentemente nelle donne di funzionalità surrenale compromessa. Non sono state osservate prove per la determinazione di anticorpi anti-naprossene.

4.1.14. Precauzioni. In alcuni pazienti trattati con Synflex sono state riportate emorragie gastro-intestinali, occasionalmente anche gastrointestinali. Tali manifestazioni sono rare, tuttavia si consiglia di somministrare il prodotto solo sotto controllo medico nei pazienti affetti da ulcera gastrica e gastrite. Il Synflex (naprossene sodico) viene somministrato contemporaneamente al suo acido (naprossene) e pertanto entrambi circolano nel sangue in quantità sostanziali. La cautela deve essere adottata nel trattamento di pazienti con insufficienza cardiaca o renale gravemente compromessa. In questi pazienti è opportuno ricorrere al monitoraggio di laboratorio, specialmente per l'attività ematologica. Evitare le allergie allergiche oculari nel corso del trattamento con farmaci antiinfiammatori non steroidei se il sintomo persiste prolungato, di effettuare periodici controlli di laboratorio. Usare con cautela quei pazienti la cui funzionalità renale è compromessa durante la terapia con questo farmaco. Evitare l'uso di Synflex sia temporaneamente che permanentemente nelle donne di funzionalità surrenale compromessa. Non sono state osservate prove per la determinazione di anticorpi anti-naprossene.

4.1.15. Precauzioni. In alcuni pazienti trattati con Synflex sono state riportate emorragie gastro-intestinali, occasionalmente anche gastrointestinali. Tali manifestazioni sono rare, tuttavia si consiglia di somministrare il prodotto solo sotto controllo medico nei pazienti affetti da ulcera gastrica e gastrite. Il Synflex (naprossene sodico) viene somministrato contemporaneamente al suo acido (naprossene) e pertanto entrambi circolano nel sangue in quantità sostanziali. La cautela deve essere adottata nel trattamento di pazienti con insufficienza cardiaca o renale gravemente compromessa. In questi pazienti è opportuno ricorrere al monitoraggio di laboratorio, specialmente per l'attività ematologica. Evitare le allergie allergiche oculari nel corso del trattamento con farmaci antiinfiammatori non steroidei se il sintomo persiste prolungato, di effettuare periodici controlli di laboratorio. Usare con cautela quei pazienti la cui funzionalità renale è compromessa durante la terapia con questo farmaco. Evitare l'uso di Synflex sia temporaneamente che permanentemente nelle donne di funzionalità surrenale compromessa. Non sono state osservate prove per la determinazione di anticorpi anti-naprossene.

un riattaccamento del legamento periodontale e permette il ricrearsi di anastomosi artero-venose che favorirà una metaplasia della polpa dentale. Da questi denti reimpiantati non ci si può aspettare a breve termine una risposta positiva agli stimoli termici ed elettrici, ma sono ormai numerosi i casi riportati in letteratura di denti con apice beante reimpiantati, che hanno dimostrato una riapicificazione e una risposta positiva agli stimoli elettrici. Quando si tratta, invece, di denti con l'apice completamente chiuso, è opportuno praticare l'asportazione della polpa e la chiusura del canale con la tecnica più appropriata. Durante le manovre di asportazione della polpa e di otturazione canalare, bisogna comunque fare attenzione, a non provocare danni al parodonto, perché la possibilità di riattaccamento di questi denti è direttamente proporzionale alla quantità di legamento periodontale conservato.

L'ortodonzia intercettiva

L'ortodonzia intercettiva è quella branca dell'ortognatodonzia che si occupa dall'evidenziazione di atteggiamenti viziati, parafunzioni e quindi malocclusioni che si possono osservare in pazienti di età compresa fra i quattro e i sette anni e che possono causare difetti e dismorfosi gravi, che più difficilmente potranno essere curati in età avanzate. Una malocclusione tipica è il morso aperto da succhiamento sia di un dito che di succhiotti. Da essa deriva un atteggiamento tipico che consiste nella deglutizione infantile con l'interposizione della lingua fra le arcate dentarie. In questi casi, si deve porre una notevole attenzione all'approccio psicologico con il piccolo paziente e una volta ottenuto la sua motivazione a liberarsi di questo atteggiamento

viziato, gli si proporrà l'intervento come un aiuto a vincere la forza dell'abitudine. Le apparecchiature mobili sono, per nostra esperienza, le meno adatte, perché è troppo facile a liberarsene, mentre l'applicazione di una griglia palatina saldata a due bande cementate sui molari decidui è l'accorgimento più tollerato.

Un altro intervento di tipo intercettivo è l'applicazione di mantenitori di spazio dopo l'estrazione dei secondi molari decidui. Anche in questi casi è preferibile l'applicazione di bande come ancoraggio dell'apparecchiatura. Un morso inverso sia laterale che anteriore deve essere corretto al più presto possibile per evitare che la malocclusione provochi latero-deviazioni o protrusioni mandibolari e i conseguenti sviluppi negativi della stessa. Per i morsi incrociati laterali, un'apparecchiatura che ottiene rapidi risultati è il *Quad-Helix*, che offre inoltre il vantaggio di essere inamovibile da parte del paziente. Per i morsi inversi anteriori che si possono intercettare all'età di 5-6 anni, le placche di Falconi sono veramente efficaci e, secondo la nostra esperienza, risolvono precocemente la malocclusione, evitando il perpetuarsi di un atteggiamento che molto spesso porta all'instaurarsi di dismorfismi mandibolari curabili solo chirurgicamente. Quando invece la malocclusione è relativa a un solo dente, come un incisivo in palato-versione, si può consigliare l'uso di legnetti piatti come leve per ottenere la correzione. Ci auguriamo che da questa panoramica delle possibilità e dei limiti dell'odontoiatria infantile, il dentista pratico possa trarre la conclusione che i limiti di questa disciplina sono forse più ampi di quanto si immagini.