

Addrizzare i dentini: come, quando e.. da chi

A cosa serve che i denti siano dritti? Dalla risposta a questa domanda - che ce ne si renda conto o no - dipende il tipo di servizio che otterremo dal dentista che avremo scelto. Facciamo un po' di chiarezza sull'argomento...

Un mio precedente articolo conteneva alcune riflessioni su come è cambiata la sensibilità popolare nei confronti dei denti storti dei bambini: fino agli anni Settanta totale indifferenza/diffidenza motivati anche da maggiori ristrettezze economiche, alle minori esigenze estetiche e dall'ancestrale paura per tutto ciò che contorna il dentista; poi, dagli anni Ottanta è cresciuto sempre più l'interesse verso questo problema, fino agli eccessi di oggi, con bambini che vogliono l'apparecchio perché ce l'hanno tutti e perché vedono nei cartoni personaggi animati coi bottoncini metallici sui denti.

Cosa spinge il genitore di oggi a portare il figlio dal dentista?

Subito dopo il controllo delle carie sorge spontanea la domanda: "i denti ce l'ha dritti? Perché io glie li vedo un po' storti..."

Certamente, e molto più che un tempo, i genitori di oggi sono più sensibili all'equilibrio, diciamo così, "posizionale" dei denti dei propri figli.

Ma... a cosa serve che i denti siano dritti ? dalla risposta a questa domanda, che ce ne si renda conto o no, dipende il tipo di servizio che otterremo dal dentista che avremo scelto.

E siccome questo è molto importante, sia per ragioni mediche che economiche, questo articolo vorrebbe fare un po' di chiarezza nella mente di quei genitori che ancora non sanno esattamente cosa debbano aspettarsi dall'intervento "addrizzadenti" del dentista.

Ci sono almeno due ragioni perché i denti devono essere dritti: la prima e più ovvia è per motivi estetici, cioè i denti dritti sono più belli di quelli storti.

Il motivo per cui anche il profano, ossia il non dentista, è capace di rendersi conto dell'estetica dei denti, ci porta direttamente al secondo motivo: quello funzionale, cioè chi ha i denti dritti "funziona" meglio di chi ce li ha storti, quindi risparmia energia, mediamente vive più a lungo e qualitativamente meglio, e ha maggiori possibilità di riprodursi.

Ovviamente non bisogna essere dottori per capire cosa è bello: tutti hanno una sensibilità innata per capirlo con un'occhiata.

Ma cos'è il bello, in natura? Il bello è sinonimo di "correttamente costruito secondo determinate proporzioni", che sono state addirittura calcolate matematicamente. Il rispetto di queste proporzioni soddisfa il nostro senso del "funzionalmente corretto" e quindi dell'"adatto alla riproduzione".

A questo punto, è anche il caso di dirlo, esistono due tipi di estetica dei denti: una "ideale", nata da osservazioni e misurazioni fatte dai dentisti sulla forma e la posizione dei denti di individui giovani civilizzati dal sorriso attraente, e una "funzionale", nata dalle misurazioni fatte a) sulle dentature di popolazioni caratterizzate da denti dritti generazione dopo generazione, b) sui particolari morfologici e posizionali di dentiere che risultavano stabili solo grazie all'equilibrio della posizione dei denti e c) sulle dentature intatte di popolazioni umane vissute prima dell'era industriale.

Quello che caratterizza l'estetica "funzionale" è che la posizione dell'insieme dei denti, oltre che soddisfare i requisiti dell'occhio che vuole la sua parte, consente la massima capacità di movimento della bocca, senza limitazioni.

Questo è il fatto essenziale: il libero movimento della mandibola sulla mascella, senza le limitazioni dovute ad un posizionamento scorretto dell'insieme dei denti, evita contratture muscolari della testa e della colonna vertebrale che poi si associano, col tempo, ad artrosi e dolori ben noti a tutti coloro che abbiano superato i quaranta.

Veniamo ora alle conclusioni: in base ai due tipi di estetica dentale ci sono due tipi di dentista "addrizzadenti" o ortodontista: quello il cui fine è l'ottenimento dell'estetica "ideale" e quello il cui fine è l'ottenimento dell'estetica "funzionale". Entrambi hanno caratteristiche che tra poco discuteremo, e che ne permettono il riconoscimento.

Il primo, che da ora chiameremo "ortodontista convenzionale", si presenta così:

- molto più diffuso sul territorio del secondo, in una proporzione di 9 a 10, in diminuzione;
- misura il suo risultato in termini di posizione dei singoli denti piuttosto che in termini di forma dell'insieme dei denti in relazione al movimento mandibolare che tale forma consente;
- preferisce iniziare un trattamento tardi, quando sono presenti tutti o quasi i denti permanenti, quindi dai 10 anni in poi, perché il suo fine è addrizzare i denti permanenti a fini estetici "ideali";
- in caso di mancanza di spazio propone l'estrazione dei denti;
- al termine del trattamento consegna apparecchi rigidi di contenzione più o meno permanente senza consigliare una rieducazione muscolare (miotterapia) o posturale;
- lavora da solo senza avvalersi della collaborazione/consulenza di colleghi medici che si occupano di sistemare l'equilibrio dei tessuti molli (muscoli e fasce) che avvolgono i denti e il cranio;
- usa prevalentemente o solo apparecchi fissi esterni detti "edgewise" (i comuni bottoncini metallici collegati dal filo);
- se gli si domanda "perché si storcono i denti" risponde che "ancora non si è scoperto

esattamente" o che "vi sono ragioni genetiche".

Il secondo, che da ora chiameremo "ortodontista posturologo", ha le seguenti caratteristiche:

- misura il suo risultato sul cambiamento (in meglio) non solo della forma dell'insieme dei denti, ma anche delle proporzioni del viso e delle capacità di movimento della muscolatura cranio-cervico-mandibolare;
- preferisce iniziare il trattamento prima possibile, perché il suo fine è ottimizzare la forma del cranio, della colonna cervicale e dell'insieme della dentatura prima che sia finito il periodo della crescita attiva, perché così è più facile ed efficace rieducare la muscolatura associata;
- in caso di mancanza di spazio non estrae praticamente mai i denti, ma usa apparecchi espansori fissi o mobili che agiscono dall'interno;
- al termine del trattamento o ad un certo punto consiglia la rieducazione della muscolatura della faccia e della schiena (terapia miofunzionale, osteopatia, terapia posturale propriocettiva ecc.); consiglia l'apparecchio di contenzione solo se la rieducazione muscolare non ha raggiunto certi requisiti;
- in genere lavora in equipe con altri colleghi (pediatri, otorino, ortopedici, logopedisti, osteopati, fisioterapisti ecc.);
- usa apparecchi fissi interni e mobili rigidi o elastici; può utilizzare anche quelli fissi esterni, ma non come strumento principale;
- se gli si domanda "perché si storcono i denti" risponde che "lo stile di vita che abbiamo adottato impedisce la maturazione funzionale della muscolatura, e questo crea deformazioni scheletriche delle ossa e dei denti.

A questo punto, cari genitori, avete l'identikit dei due tipi di dentisti "addrizzadenti" che il mercato mette a disposizione.

È un grosso vantaggio sapere in anticipo cosa passa il convento: è il vantaggio della scelta consapevole invece della scelta a caso o nella convinzione che "tutti i dentisti facciano la stessa cosa".

di Andrea Di Chiara, odontoiatra

Presidente di AIPRO - Associazione Italiana per la Prevenzione della Respirazione Orale

Per ulteriori informazioni e per i consigli preventivi e terapeutici del caso invitiamo a consultare il sito dell'AIPRO - Associazione Italiana per la Prevenzione della Respirazione Orale,

www.aipro.info

2/9/2008