

CORREZIONE DEL SUCCHIAMENTO DEL DITO A MEZZO DI GRIGLIA VELTRI

Dott. N. VELTRI*** - Dott. V. DE GENNARO* - Dott. L. GORFINKEL*** - Dott. G. HARTMANN***
Dott. D. POLIDORI* - Dott. R. LAURINI

* Ospedale Civile di Carate
Brianza - USSL 61

Servizio di Ortognatodonzia
Consulente: Dott. N. Veltri

** Primario Radiologo
Servizio di Radiologia - USSL 61
Ospedale Civile
di Carate Brianza

*** Clinica Odontoiatrica
dell'Università degli Studi
di Milano

Direttore: Prof. E. Gianni



[Faint, illegible text from the reverse side of the page, appearing as bleed-through.]

CORREZIONE DEL SUCCHIAMENTO DEL DITO A MEZZO DI GRIGLIA VELTRI

Dott. N. VELTRI*** - Dott. V. DE GENNARO* - Dott. L. GORFINKEL*** - Dott. G. HARTMANN***
Dott. D. POLIDORI* - Dott. R. LAURINI

Introduzione

In età neonatale la suzione è una funzione motoria fondamentale in quanto non solo permette il nutrimento del neonato ma risponde anche a profonde esigenze di gratificazione psicologica. Tali esigenze persistono per un certo tempo anche dopo lo svezzamento. Pertanto, il succhiamento del dito, più spesso del pollice, deve essere considerato un comportamento del tutto fisiologico nei primi due anni di vita del bambino (6). In questo periodo il succhiamento del dito non va contrastato, pena effetti nocivi sull'equilibrio psichico del soggetto. Normalmente l'abitudine di succhiare il dito diminuisce e scompare spontaneamente con l'età.

Secondo Graber, questo avviene tra il 6° e il 18° mese di vita sebbene in alcuni bambini l'abitudine

di succhiare il dito possa persistere "normalmente" per un anno ancora (3). In questo periodo il succhiamento del dito non è più inquadrato in una situazione di normalità fisiologica. Il protrarsi di tale abitudine tende infatti a compromettere in modo grave, il normale sviluppo dell'apparato stoma-

* Ospedale Civile di Carate Brianza - USSL 61
Servizio di Ortognatodonzia
Consulente: Dott. N. Veltri

** Primario Radiologo
Servizio di Radiologia - USSL 61
Ospedale Civile
di Carate Brianza

*** Clinica Odontoiatrica
dell'Università degli Studi
di Milano

Direttore: Prof. E. Gianni

matognatico (3, 7, 8).

Le disfunzioni che si instaurano in seguito ad un "succhiamento" di particolare frequenza ed intensità possono essere così schematizzate.

L'interposizione del dito tra le labbra e le arcate dentarie determina innanzitutto una vestibolarizzazione degli incisivi superiori con aumento dell'overjet e tendenza all'openbite. In seguito alla vestibolarizzazione incisale si verifica una incompetenza labiale durante la deglutizione. Di qui la necessità per il bambino di spingere la lingua in avanti, tra i gruppi incisali superiore e inferiore, per deglutire. L'interposizione della lingua tra gli incisivi durante la deglutizione è una precisa esigenza funzionale in quanto

crea il sigillo anteriore (che, nel bambino succhiatore, non può più essere determinato dalla chiusura delle labbra) necessario perché si verifichi la deglutizione. In definitiva si ha la persistenza di una deglutizione di tipo infantile (caratteristica delle prime età della vita quando il neonato, in assenza degli incisivi e quindi della possibilità di completa chiusura labiale, deve sospingere in avanti la lingua per assicurare una buona chiusura della bocca durante la deglutizione) che accentua la tendenza all'openbite (in quanto l'interposizione della lingua tra le arcate impedisce una completa eruzione degli incisivi e vestibolarizza ulteriormente i denti anteriori).

Considerando che una persona inghiotte circa 1200-1600 volte al giorno (3) è evidente che la spinta anteriore della lingua può notevolmente aggravare il morso aperto anteriore e gli altri sintomi correlati.

Nel bambino in cui persiste l'abitudine di succhiare, anche il labbro inferiore partecipa, con la lingua, alla formazione del "sigillo" orale durante la deglutizione. Esso infatti si appoggia contro la superficie linguale degli incisivi superiori, spingendoli ulteriormente in avanti e aggravando in definitiva l'overjet.

Col tempo si modifica anche la posizione della lingua che diviene

più bassa e anteriore. Il posizionamento più basso della lingua unitamente alla funzione anomala dei muscoli periorali e delle guancie, tende ad impedire la corretta crescita in larghezza dell'osso mascellare con conseguente riduzione del diametro trasverso mascellare e possibilità di crossbite mono o bilaterali.

In definitiva il succhiamento frequente e protratto del dito costituisce il primo movente che conduce ad una grave disgnazia.

L'abitudine viziata porta infatti ad una deglutizione anomala con spostamento della lingua in avanti e alterazione della funzione dei muscoli respiratori, labiali, delle guancie e del mento (3).

Si ha quindi un anomalo sviluppo dell'apparato stomatognatico che può condizionare una malocclusione completa (morso aperto anteriore, insufficiente sviluppo trasversale del mascellare superiore con morso incrociato mono o bilaterale e respirazione orale, retrusione mandibolare e sindrome algico disfunzionale dell'articolazione temporo mandibolare).

Pertanto, un succhiamento frequente e protratto del dito dopo i 3 anni e 1/2, 4 anni di età richiede un intervento correttivo ortognatodontico (l'Ortognatodontista dovrà evidentemente collaborare con lo psicoterapeuta nei casi in cui il persistere del succhiamento sia in rapporto con gravi turbe psichiche del bambino).

Nell'ambito della problematica terapeutica del succhiamento del dito sono stati approntati vari apparecchi, mobili e fissi (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Tra questi il più usato si compone di una placca in resina di tipo tradizionale con ganci di Adams sui molari ed una griglia anteriore antisucchiamento. Questa "classica" apparecchiatura presenta tuttavia l'inconveniente di aggravare l'openbite scheletrico e di accentuare, per il suo ingombro, la tendenza all'iperemesi, frequentemente presente nei piccoli respiratori orali (e quindi anche nei bambini in cui si ha il persistere dell'abitudine di succhiare il dito).

L'esigenza di contrastare l'abitudine della suzione senza arrecare disturbi eccessivi ai piccoli pazienti e di esercitare, nello stesso tempo, un'azione correttiva sui danni che l'abitudine viziata ha arrecato all'apparato stomatognatico ci ha quindi indotti a mettere a punto l'apparecchio oggetto della trattazione.

Analisi della griglia Veltri

Il nostro apparecchio, denominato "griglia Veltri" è composto da una barra palatale di Gosgarian, da due ganci di Adams e da una griglia antisucchiamento (fig. 1).

La barra palatale è costituita da un filo rotondo 10,9 mm. di diame-

che prima dell'eruzione dei primi molari permanenti.

La griglia antisuzione, saldata sulla barra palatale, in accordo con la letteratura internazionale (3, 6) e con la nostra esperienza clinica, si dimostra efficace nello scoraggiare il bambino dalla abitudine viziata di succhiare il dito.

Caso clinico

Le figure 2-3-4-5 illustrano il caso clinico, tratto dalla nostra ampia casistica, di una bimba (C.V.) di anni 4, che, all'esame clinico, presentava un grave open scheletrico e dentale misto da suzione del dito (fig. 2).

La bimba veniva posta in trattamento ortognatodontico con "gri-



Fig. 1

tro) con una ansa centrale aperta.

La barra palatale ha le seguenti azioni: 1) migliora la stabilità in os dell'apparecchio; 2) quando attivata, esercita una forza ortodontica sui molari determinandone la vestibolarizzazione; 3) sollecitata dalla lingua, esercita una forza ortopedica sul mascellare superiore, stimolandone la crescita.

I due ganci di Adams possono essere posizionati anche sui decidui (V/V) permettendo all'Ortognatodontista di intervenire precocemente sul piccolo paziente an-

glia Veltri" dall'inizio dicembre '86. Le figure 3 a 4 mostrano l'apparecchio posizionato al masce la piccola paziente (da gancio della placca mediante i ganci di

Durante tutto il periodo la bimba non un disturbo correlab recchio; in particolare, evocato il riflesso d' aprile '87 era possib una soddis l'openbite della (fig. 5),

spesa. Inoltre, a fine trattamento, la paziente non presentava più l'abitudine viziata della suzione.

Conclusioni

L'apparecchio da noi studiato ha i seguenti pregi:

1) consente di contrastare l'abitudine della suzione (tramite la griglia antisucchiamento) senza indurre, per il suo scarso ingombro e la leggerezza, il riflesso del vomito nei bambini iperemefici. Ciò consente all'Ortognatodonzista di ottenere la massima collaborazione da parte dei piccoli pazienti.

2) Poiché la struttura portante della griglia antisucchiamento è costituita da una barra palatale e non da una placca in resina, l'apparecchio non induce rialzi masticatori e in tal modo migliora l'o-

penbite scheletrico e dentario del bambino "succhiatore".

3) L'apparecchio esercita un'azione ortopedica sul mascellare superiore e ortodontica sui primi molari (azione di vestibolarizzazione) correggendo in tal modo il deficit di crescita trasversale dell'osso mascellare (e la conseguente respirazione orale) e i morsi incrociati caratteristici dei piccoli pazienti in cui persiste l'abitudine del succhiamento.

4) L'ancoraggio tramite i ganci di Adams e non tramite bande cementate consente un intervento correttivo precoce sul piccolo paziente (verso i 3 anni e 1/2 - 4 anni di età, prima che siano spuntati i primi molari permanenti) quando la malocclusione è facilmente suscettibile di intervento curativo.

Dott. N. Veltri
Dott. V. De Gennaro
Dott. L. Gorfinkel
Dott. G. Hartmann
Dott. D. Polidori
Dott. R. Laurini

Bibliografia

1. ANSTENDING H.S.: "Tongue-thrusting in children", *Dental Digest*, 73-75, February 1966.
2. Gianni E.: "La Nuova Ortognatodonzia", Piccin Editore, Padova.
3. GRABER T.M.: "The 'three M's': muscles, malformations and malocclusion", *Am. J. Orthod.* 49: 418-450, 1963.
4. HARYETT R.D. e coll.: "Relative effectiveness of various methods of arresting thumbsucking", *J. Canad. dent. assoc.* 34 (1): 5-10, 1968.
5. JAN H.W.: "Tongue-thrusting as a frequent unrecognized cause of malocclusion and speech defects", *H.Y.J.D.* 26: 72-81, 1960.
6. KLEIN E.T.: "The thumb-sucking habit: meaningful or empty?", *Am. J. Orthod.* 59 (3): 283-289, 1971.
7. LARSSON E.: "Dummy- and finger sucking habits with special attention to their significance for facial growth and occlusion", *Swedish Dent. J.* 68: 55-59, 1975.
8. ZACHRISSON B., THILANDER B.: "Treatment of dentoalveolar anomalies", in "Introduction to ortodontics", Editors Thilander B. and Ronning O., Tandlakarförlaget, Stockholm, 1985.



Fig. 2



Fig. 3

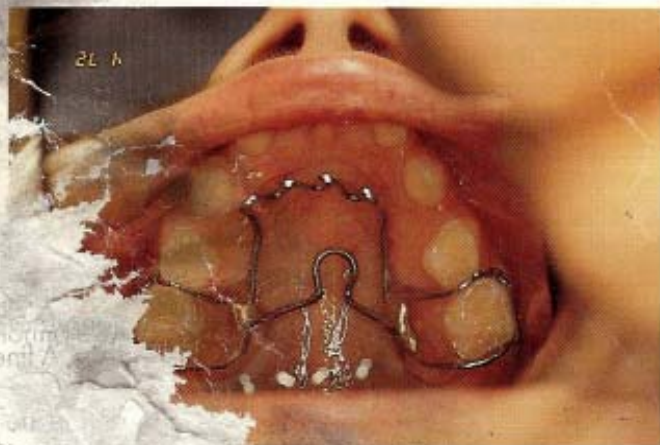


Fig. 5