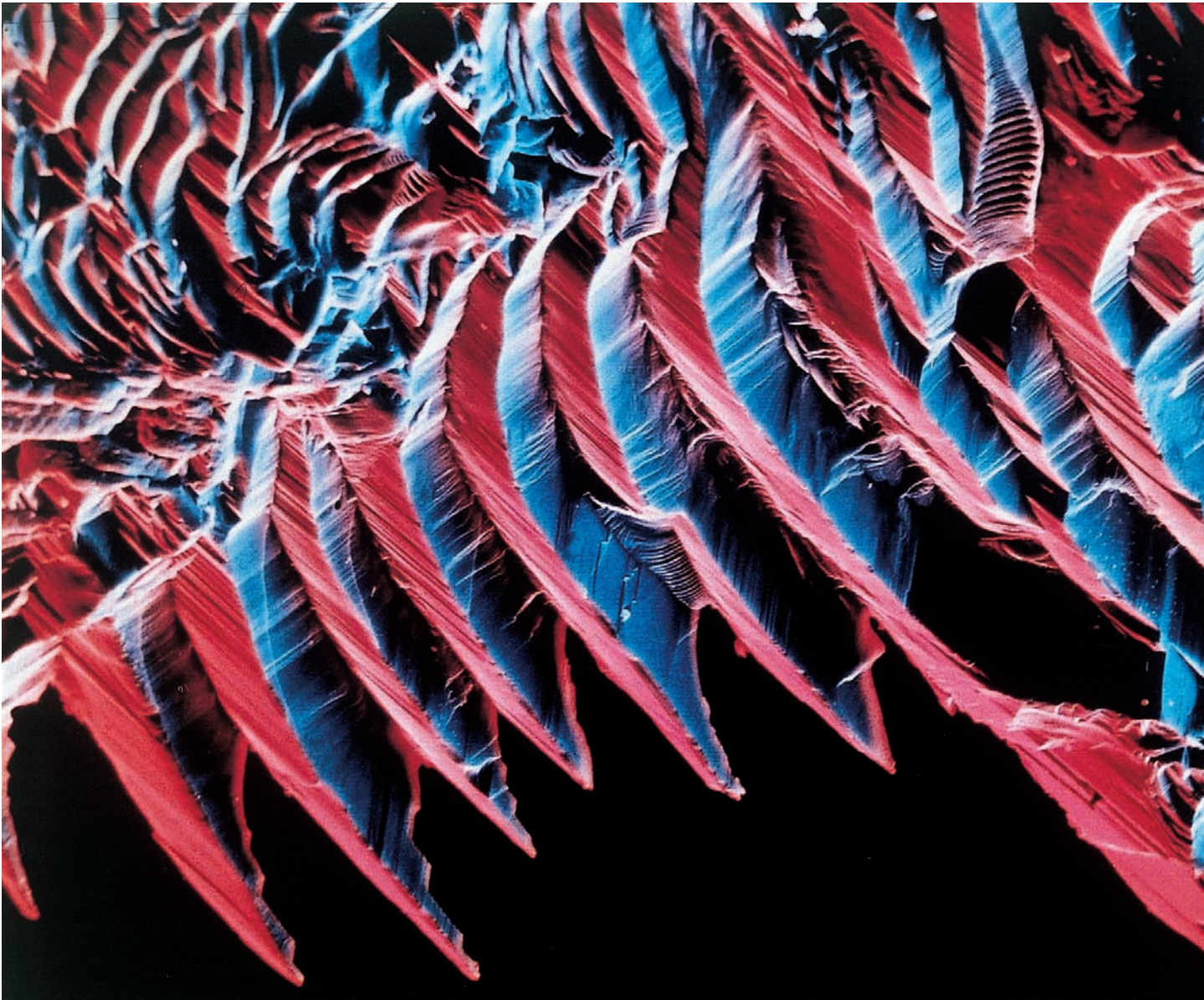


PROFESSIONAL dialogue

Dialogo tra specialisti



Modulazione dell'espressione clinica della gengivite placca-associata

Profilassi individuale

Profilassi odontoiatrica in bambini piccoli

Sfondo

Pubblicità divisa fra marketing e scienza

Editore:

(responsabile ai sensi del diritto di stampa)
GABA Vebas s.r.l.
Via Benaco 1/3
20098 S. Giuliano Milanese
Direttore Marketing: Claudia Lutz

GABA International AG
Emil-Frey-Strasse 100
4142 Münchenstein · Svizzera
Dipartimento Affari Scientifici
Dr. Christiane Spiegelhalter
Public Relations: Dr. Stefan Hartwig

Grafica:

eye-con Medienagentur
50374 Erftstadt · Germania

Le opinioni degli autori non coincidono necessariamente con quelle dell'editore. Sono vietate la ristampa e la pubblicazione di estratti senza la citazione delle fonti.



'Dolomiti', Sostanza: Fluoruro di calcio,
Tecnica: microscopio elettronico,
Microfotografia: Manfred P. Kage

Editoriale 3

Tema centrale

- Modulazione dell'espressione clinica della gengivite
placca-associata:
Ruolo dei polimorfismi genici dell'interleuchina-1
Prof. Dr. Leonardo Trombelli, Ferrara 4
- Antisettici e collutori
Prof. Dr. Dr. Michel Brex, Bruxelles, Belgio 6

Profilassi individuale

- Profilassi odontoiatrica in bambini piccoli
PD Dr. Christian Hirsch, Halle, Germania 8

Profilassi praticabile

- Motivazione e compliance nei bambini
Dipl.-Psych. Benjamin Schüz, Berlino, Germania 10
- Strategie di prevenzione in pazienti con erosioni dentali
Dr. Annette Wiegand, Prof. Dr. Thomas Attin, Zurigo, Svizzera 12

Informazioni sui prodotti

- Nuovo spazzolino per pazienti con colletti dentali scoperti e denti sensibili 14

Sfondo

- Pubblicità divisa fra marketing e scienza
Prof. Dr. Elmar Hellwig, Freiburg, Germania 15
- Malattia parodontale e rischio di parto pretermine
Dr. Alessandro Conversini, Perugia, Italia 17

Studi e prodotti

- Il nuovo dentifricio specifico che aiuta a mantenere il colore naturale dei denti 19

Carie, guida alla prevenzione 20

Care lettrici, cari lettori,

In questo numero di *PROFESSIONALdialogue* 1/2007 vengono trattati i temi centrali della profilassi odontoiatrica nella prima infanzia, nonché della motivazione e della compliance nei bambini. Siamo lieti di soddisfare in questo modo il desiderio di alcuni lettori.

Il Dr. Christian Hirsch dell'Università di Halle (D) descrive alcuni approcci adottati in Germania e in Scandinavia per estendere i mezzi terapeutici e profilattici a bambini da 0 a 3 anni con rischio aumentato di carie.

Lo psicologo Benjamin Schüz della Freie Universität di Berlino (D) presenta un facile sistema di gratificazione con cui è possibile migliorare la motivazione e la compliance nei bambini.

Il problema della prevenzione delle erosioni viene affrontato dalla Dr. Annette Wiegand e dal Prof. Thomas Attin dell'Università di Zurigo (CH) in un articolo incentrato sulla patogenesi multifattoriale delle erosioni dentali. Oltre al trattamento dei sintomi e del restauro, gli autori sostengono la necessità di una diagnosi precoce dei fattori eziologici e di predisposizione per poter avviare una terapia delle cause.

Nella rubrica „Tema centrale“, il Prof. Trombelli dell'Università di Ferrara descrive il ruolo dei polimorfismi del gene dell'interleuchina-1 nella modulazione della specificità clinica della gengivite indotta dalla placca.

Le ulteriori possibilità di prevenzione, ma anche di sostegno della terapia in caso di una parodontite, offerte oggi dai collutori vengono descritte dal Prof. Brex, Bruxelles (B). L'uso indiscriminato e senza controllo di questi prodotti deve essere evitato perché può causare effetti secondari e manifestazioni collaterali (alterazioni cromatiche e del gusto).

Non ci resta che augurarvi una lettura interessante, con la speranza di potervi annoverare anche in futuro tra i nostri lettori.

Charly Ponti
Affari Scientifici
GABA Vebas Italia



IL-1RN Genotypes	N	PI		GCF (μl)	
		Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
11	57	1,63 ± 0,36	0,32 ± 0,12		
12	18	1,80 ± 0,31	0,37 ± 0,12		
13	9	1,83 ± 0,25	0,34 ± 0,09		
22	5	1,70 ± 0,22	0,26 ± 0,08		
23	2	1,33 ± 0,24	0,31 ± 0,07		
33	2	2,17 ± 0,24	0,55 ± 0,18		



Modulazione dell'espressione clinica della gengivite placca-associata:

Ruolo dei polimorfismi genici dell'interleuchina-1

Prof. Dr. Leonardo Trombelli, Ferrara

Introduzione

Numerosi fattori genetici sono stati studiati in relazione alla parodontite. Tra questi, i polimorfismi genici dell'interleuchina-1 (IL-1) sono stati considerati con grande attenzione, a causa dell'importante ruolo fisiopatologico di IL-1 nell'infiammazione, in generale, e nella parodontite, in particolare. Lo scopo del presente studio è stato valutare l'associazione tra i polimorfismi genici di IL-1, i.e. i geni per interleuchina-1 α (IL-1 α), interleuchina-1 β (IL-1 β) e l'antagonista del recettore per IL-1 (IL-1RN), con i parametri clinici della gengivite in un trial di gengivite sperimentale. Sono state anche considerate due sottopopolazioni di soggetti caratterizzate da differenti risposte infiammatorie gengivali ad accumuli di placca sovrapponibili.

Materiali e metodi

Disegno sperimentale e popolazione di studio

E' stato condotto un trial di gengivite sperimentale, randomizzato, split-mouth e localizzato della durata di 21 giorni su volontari selezionati tra i residenti della provincia di Ferrara, sistemicamente e parodontalmente sani, non fumatori, 46 maschi (età media: 23.9 \pm 1.7 anni) e 50 femmine (età media: 23.3 \pm 1.6 anni). Sono state inoltre identificate due sottopopolazioni, i gruppi high responder (HR, 13 maschi e 11 femmine, età media: 24.1 \pm 1.6 anni) e low responder (LR, 11 maschi e 13 femmine, 23.4 \pm 1.9 anni), sulla base dei segni clinici di gengivite standardizzati per l'esposizione alla placca. Nell'intera popolazione di studio sono stati valutati i polimorfismi genici di IL-1 per mezzo dell'analisi del DNA purificato da leucociti del sangue periferico.

Il disegno di studio è stato approvato dal Comitato Etico locale ed è stato considerato conforme ai requisiti della Dichiarazione di Helsinki. Tutti i partecipanti hanno fornito un consenso informato firmato.

Parametri clinici

Al giorno 0, 7, 14 e 21, due operatori calibrati hanno registrato Indice Gengivale (GI), Volume di Fluido Crevicolare Gengivale (GCF) e Indice di Sanguinamento Angolato (AngBS). E' stato inoltre calcolato il parametro derivato Esposizione Cumulativa alla Placca (CPE). In ciascun quadrante test e controllo, i parametri clinici sono stati registrati sull'aspetto buccale e mesio-buccale dei seguenti tre denti mascellari: incisivo laterale; primo premolare (se mancante, sostituito dal secondo premolare); e primo molare (se mancante, sostituito dal secondo premolare).

Geno- type	N	PI	GCF (μ l)	CPE	GI	AngBS
		Mean \pm SD	Mean \pm SD	Mean \pm SD	Median (IR) *	Median (IR)
IL-1 α ⁺⁴⁸⁴⁵						
11	43	1,68 \pm 0,40	0,34 \pm 0,14	27,36 \pm 5,22	0,50 (0,33-0,83)	0,50 (0,17-1,00)
12	40	1,71 \pm 0,26	0,33 \pm 0,11	27,61 \pm 4,53	0,67 (0,50-0,83)	0,50 (0,33-1,00)
22	10	1,68 \pm 0,42	0,29 \pm 0,08	25,43 \pm 6,22	0,67 (0,33-0,83)	0,42 (0,17-0,50)
All subjects	93	1,69 \pm 0,35	0,33 \pm 0,12	27,26 \pm 5,03	0,67 (0,33-0,83)	0,50 (0,17-0,83)
ANOVA		F = 0,08 P = 0,924	F = 0,76 P = 0,472	F = 0,76 P = 0,471	H = 1,50 P = 0,473	H = 1,18 P = 0,555
IL-1 β ⁺³⁹⁵³						
11	43	1,71 \pm 0,40	0,34 \pm 0,12	28,04 \pm 5,04	0,67 (0,33-0,83)	0,50 (0,17-1,00)
12	43	1,68 \pm 0,27	0,33 \pm 0,13	27,05 \pm 4,32	0,67 (0,50-0,83)	0,50 (0,17-0,83)
22	10	1,62 \pm 0,43	0,31 \pm 0,08	24,21 \pm 6,43	0,67 (0,50-0,83)	0,50 (0,17-0,83)
All subjects	96	1,69 \pm 0,35	0,33 \pm 0,12	27,20 \pm 4,97	0,67 (0,42-0,83)	0,50 (0,17-0,92)
ANOVA		F = 0,27 P = 0,767	F = 0,26 P = 0,773	F = 2,53 P = 0,085	H = 0,12 P = 0,941	H = 1,00 P = 0,607
IL-1 β ⁻⁵¹¹						
11	38	1,73 \pm 0,34	0,35 \pm 0,12	27,37 \pm 4,05	0,50 (0,33-0,83)	0,50 (0,17-0,83)
12	51	1,67 \pm 0,35	0,33 \pm 0,12	27,03 \pm 5,45	0,67 (0,50-0,83)	0,50 (0,17-1,00)
22	7	1,57 \pm 0,41	0,25 \pm 0,13	27,50 \pm 6,44	0,50 (0,33-0,83)	0,33 (0,00-1,00)
All subjects	96	1,69 \pm 0,35	0,33 \pm 0,12	27,20 \pm 4,97	0,67 (0,42-0,83)	0,50 (0,17-0,92)
ANOVA		F = 0,71 P = 0,494	F = 1,75 P = 0,180	F = 0,06 P = 0,938	H = 0,75 P = 0,687	H = 0,95 P = 0,623

* Interquartile range

Tabella 1: Parametri clinici nel quadrante test al giorno 21 in accordo alla distribuzione dei genotipi di IL-1 α e IL-1 β (SNPs)

Tipizzazione genica della citochina

I seguenti polimorfismi genici sono stati analizzati mediante reazione a catena della polimerasi (PCR):

IL-1A⁺⁴⁸⁴⁵ (allele 1: G; allele 2: T)
93 soggetti valutati con successo.

IL-1B⁺³⁹⁵³ (allele 1: C; allele 2: T)
96 soggetti valutati con successo.

IL-1B⁻⁵¹¹ (allele 1: C; allele 2: T)
96 soggetti valutati con successo.

IL-1RN VNTR
93 soggetti valutati con successo.

IL-1RN Genotypes	N	PI	GCF (µl)	CPE	GI	AngBS
		Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Median (IR)*	Median (IR)
11	57	1,63 ± 0,36	0,32 ± 0,12	26,22 ± 5,18	0,50 (0,33–0,83)	0,50 (0,17–1,00)
12	18	1,80 ± 0,31	0,37 ± 0,12	29,10 ± 4,44	0,75 (0,50–1,00)	0,50 (0,17–0,83)
13	9	1,83 ± 0,25	0,34 ± 0,09	28,58 ± 2,83	1,00 (0,50–1,00)	0,67 (0,50–0,83)
22	5	1,70 ± 0,22	0,26 ± 0,08	28,35 ± 4,26	0,33 (0,33–0,50)	0,33 (0,17–0,33)
23	2	1,33 ± 0,24	0,31 ± 0,07	22,17 ± 7,42	0,92 (0,67–1,17)	0,67 (0,33–1,00)
33	2	2,17 ± 0,24	0,55 ± 0,18	32,96 ± 6,19	1,00 (0,83–1,17)	0,75 (0,50–1,00)
All subjects	93	1,69 ± 0,35	0,33 ± 0,12	27,18 ± 5,03	0,67 (0,33–0,83)	0,50 (0,17–0,83)
ANOVA		F = 2,37 P = 0,046	F = 2,32 P = 0,050	F = 2,20 P = 0,062	H = 13,69 P = 0,018	H = 3,23 P = 0,665

* Interquartile range

Tabella 2: Parametri clinici nel quadrante test al giorno 21 in accordo alla distribuzione dei genotipi di IL-1RN

Analisi statistica

Il soggetto è stato considerato come unità statistica. Per ciascun parametro clinico, i valori dei 6 siti selezionati per ciascun quadrante test e controllo sono stati sommati e divisi per 6 ad ottenere il valore medio per ciascun soggetto. Pertanto, ciascun soggetto è stato rappresentato da un singolo valore test e da un singolo valore controllo per ciascun parametro ad ogni tempo di osservazione. I dati sono stati espressi mediante mediana e range interquartile (IR) per le variabili non parametriche (GI, AngBS) o media ± deviazione standard (SD) per le variabili parametriche (PI, CPE, GCF).

Sono stati condotti: il test di Kolmogorov-Smirnov, χ^2 , G^2 , il test di Hardy-Weinberg per alleli multipli, ANOVA a una via e il test di Kruskal-Wallis, confronti post-hoc. Per confrontare le distribuzioni genotipiche/alleleliche tra i soggetti HR e LR, la probabilità massima χ^2 (ML χ^2) è stata stimata attraverso l'analisi log-lineare. Oltre ai polimorfismi genici individuali sono stati analizzati i genotipi combinati IL-1A⁺⁴⁸⁴⁵*2 – IL-1B⁺³⁹⁵³*29 e IL-1RN*A2 – IL-1B⁻⁵¹¹*2. Per tutta l'analisi dei dati, il livello di significatività è stato fissato al 5%.

Risultati

Polimorfismi genici della popolazione di studio

L'allele IL-1RN*A2 è stato associato con l'allele 2 di IL-1B⁻⁵¹¹ ($\chi^2_{[1]} = 7.43$, $P = 0.006$). In modo simile, sono stati associati l'allele 2 di IL-1A⁺⁴⁸⁴⁵ e IL-1B⁺³⁹⁵³ ($\chi^2_{[1]} = 44.68$, $P < 0.001$).

Relazione tra polimorfismi genici e parametri clinici

Le statistiche descrittive per i parametri del quadrante test al giorno 21 in accordo alla distribuzione dei genotipi per le varianti IL-1 α e IL-1 β sono descritte in Tabella 1. Nessuna associazione statistica è stata osservata. Tra le citochine analizzate, soltanto IL-1RN era significativamente associata con PI, GCF e GI del quadrante test (Tabella 2).

Soggetti HR e LR e polimorfismi genici

Nessuna differenza nella distribuzione genotipica o allelica di IL-1A⁺⁴⁸⁴⁵, IL-1B⁺³⁹⁵³ o IL-1RN è stata osservata tra i soggetti HR e LR (ML $\chi^2 > 0.05$). Per IL-1RN, quando il

sistema è stato combinato in un sistema biallelico (soggetti raggruppati in accordo alla presenza dell'allele 2), la distribuzione genotipica nei soggetti HR e LR era significativamente differente (ML $\chi^2 = 6.23$; $P = 0.044$), comunque, nessuna differenza significativa è stata osservata per la distribuzione allelica (Tabella 3). Per IL-1B⁻⁵¹¹, è stato osservato un ML χ^2 significativo per la distribuzione genotipica, ma non allelica, nei soggetti HR e LR (Tabella 4).

Genotipi combinati

Nessuna associazione significativa è stata osservata tra i parametri clinici e ognuno dei due genotipi combinati (IL-1A⁺⁴⁸⁴⁵*2 – IL-1B⁺³⁹⁵³*2) e (IL-1RN*A2 – IL-1B⁻⁵¹¹*2).

Discussione

Lo scopo del presente studio è stato valutare l'associazione tra i polimorfismi del gene per IL-1 con i parametri clinici della gengivite in un trial di gengivite sperimentale e con ciascuna delle due sottopopolazioni (HR, LR) con differente suscettibilità alla gengivite placca-associata. I risultati del presente studio suggeriscono una associazione tra polimorfismi di IL-1RN e la risposta gengivale infiammatoria individuale in risposta all'accumulo di placca di novo, oltre ad una possibile associazione tra i polimorfismi di IL-1B⁻⁵¹¹ e la suscettibilità alla gengivite.

	LR	HR	Total
Genotypes			
0 alleles IL-IRN*A2	18	18	36
1 allele IL-IRN*A2	2	6	8
2 alleles IL-IRN*A2	3	0	3
Total	23*	24	47
	$ML\chi^2_{[2]} = 6,23 (P = 0,044)$		
Alleles			
IL-IRN*A2	38	42	80
Other	8	6	14
Total	46	48	94
	$ML\chi^2_{[1]} = 0,44 (P = 0,508)$		

* One subject was not successfully genotyped

Tabella 3: Distribuzione genotipica e allelica dei polimorfismi di IL-1RN nei soggetti HR e LR

	LR	HR	Total
Genotypes			
11	9	11	20
12	10	13	23
22	5	0	5
Total	24	24	48
	$ML\chi^2_{[2]} = 7,52 (P = 0,023)$		
Alleles			
1	28	35	63
2	20	13	33
Total	48	48	96
	$ML\chi^2_{[1]} = 2,24 (P = 0,135)$		

Tabella 4: Distribuzione genotipica e allelica dei polimorfismi di IL-1 β -511 nei soggetti HR e LR

Ringraziamenti

Questo studio è stato supportato in parte dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Italia (fondi ex 60 % 2000) e da GABA International AG, Münchenstein, Switzerland.

Indirizzo per corrispondenza:
 Prof. Dr. Leonardo Trombelli
 Centro di ricerca e servizi
 per lo studio delle malattie parodontali
 Università di Ferrara
 Corso Giavecca, 203
 44100 Ferrara
 E-mail: l.trombelli@unife.it

Antisettici e collutori

Prof. Dr. Dr. Michel Brex, Bruxelles, Belgio

L'urina dei neonati è stata, a quanto pare, il primo collutorio consigliato per ridurre la placca. A dire il vero non ci si sbagliava poi così tanto. Oggi è noto, infatti, che l'urina è sterile! Il primo lavoro scientifico relativo all'inibizione della placca con mezzi chimici risale ad oltre 30 anni fa. All'analisi al microscopio si poteva osservare già all'epoca che la placca raccolta *ex vivo*, alla quale veniva aggiunto aceto *in vitro*, conteneva „organismi microscopici“ morti. Sulla base di questi risultati l'autore consigliò all'epoca di utilizzare l'aceto come collutorio. Il principio di fondo rimane lo stesso ancora oggi. I migliori collutori sono infatti, oggi come allora, quelli che agiscono uccidendo i germi.

M. Brex ha ripreso la suddivisione dei collutori ad azione antisettica formulata ben dieci anni fa in occasione del *Second European Workshop on Periodontology* (1996):

1. Principi attivi cosmetici e antichi rimedi popolari

Questi mezzi non possiedono alcuna efficacia antimicrobica. Esempi: Plax® o Sanguinarin.

2. Sostanze ad azione antimicrobica

In vitro questi mezzi possiedono effettivamente un'azione batteriostatica o battericida contro la placca dentale, tuttavia tali proprietà non si ripresentano anche nella situazione *in vivo* (composti di ammonio quaternari, antibiotici, oli essenziali, ecc.).

3. Rimedi per ridurre e inibire la placca

Queste sostanze riducono visibilmente solo la quantità della placca e ne influenzano la composizione. Solo in alcuni casi questa azione è sufficiente per contrastare gengiviti e/o carie. Questi rimedi consentono comunque di ridurre l'alito cattivo.

4. Rimedi antiplacca

Queste sostanze chimiche possiedono una tale efficacia contro la placca da contrastare attivamente anche gengiviti e/o carie [clorexidina digluconato, fluoruro amminico/fluoruro stannoso (meridol®), amino-alcoli (Decapinol®), Listerine®, in ordine decrescente di intensità di azione]. Gli aminoalcoli ostacolano i depositi di batteri sulle superfici dentali senza svolgere un'azione batteriostatica o batteriolitica. La clorexidina allo 0,2 % e il fluoruro amminico/fluoruro stannoso possono ridurre perfino i depositi di placca già formati.

5. Rimedi contro la gengivite

Queste sostanze possono ridurre l'infiammazione gengivale, ma non influenzano necessariamente anche la placca (acido acetilsalicilico, triclosan). Solo il triclosan agisce sia contro la placca che contro la gengivite.

6. Rimedi contro la parodontite

Queste sostanze chimiche possono impedire o rallentare i processi che fanno degenerare una gengivite cronica in parodontite oppure risolvere parodontiti già esistenti (iodio povidone, triclosan).

■ Scelta di un rimedio adeguato

In presenza di una grave infezione, ad esempio una gengivite cronica esistente da tempo o una parodontite necrotizzante, oppure anche quando, in seguito ad intervento chirurgico odontoiatrico (con esposizione della membrana) si presentano problemi analoghi, si raccomanda di selezionare un collutorio a base di clorexidina allo 0,2%. Tuttavia, dati gli effetti collaterali connessi, questa sostanza non deve essere utilizzata troppo a lungo. La clorexidina può causare, ad esempio, macchie marroni ai denti e alla lingua, alterazioni del gusto, erosioni della mucosa orale oppure lesioni desquamanti e ingrossamento della parotide. Tutti questi effetti collaterali sono tuttavia reversibili.



Fig. 1: Macchie di colore marrone scuro sui denti dovute all'utilizzo di un collutorio a base di clorexidina senza pulizia dentale meccanica.

Fig. 2: Dopo lo scaling e la lucidatura i denti diventano di nuovo bianchi come prima di utilizzare il collutorio a base di clorexidina.

Fig. 3: In seguito a risciacquo della bocca con soluzione di clorexidina allo 0,2%, ma con pulizia dentale meccanica, si formano macchie di colore marrone scuro solo sul dente 43. È stato notato che in alcuni pazienti si può evitare la formazione di macchie mediante un'intensa pulizia dei denti oppure che le macchie possono essere completamente rimosse.

Se occorre effettuare una prevenzione a lungo termine ed è possibile attuare in una certa misura una pulizia dentale meccanica (ad es. in caso di trattamenti di ortopedia maxillo-facciale oppure in caso di portatori di handicap, pazienti bisognosi di assistenza o anziani) oppure quando, in seguito ad un intervento di chirurgia odontoiatrica, è possibile suturare perfettamente la ferita, il rimedio d'elezione è un collutorio a base di fluoruro amminico/fluoruro stannoso.



Fig. 4: Macchie giallastre sui denti dovute all'utilizzo di fluoruro amminico/fluoruro stannoso senza pulizia dentale meccanica.

Fig. 5: Dopo lo scaling e la lucidatura i denti diventano di nuovo bianchi come prima di utilizzare il collutorio a base di fluoruro amminico/fluoruro stannoso.

Fig. 6: In seguito a risciacquo della bocca con soluzione a base di fluoruro amminico/fluoruro stannoso, ma con pulizia dentale meccanica, si formano macchie giallastre solo sul dente 48. Il dente 48 si è macchiato, perché, rispetto ad altri denti, è più vicino alla lingua.

Quando, in caso di grave parodontite, non è sufficiente uno scaling subgengivale e un root planing, si raccomanda un'applicazione subgengivale di iodio povidone allo 0,10% mediante apparecchi ad ultrasuoni. Si sconsiglia un'applicazione subgengivale di clorexidina, poiché tale sostanza viene resa inattiva dal pus e dal sangue che, per definizione, sono presenti in tutte le tasche parodontali profonde.

Occorre comunque accertarsi che l'efficacia di un prodotto non sia necessariamente pari alla somma delle singole intensità di azione di tutti gli ingredienti. Alcuni rimedi recentemente immessi sul mercato presentano, a quanto pare, solo vantaggi! Ogni nuovo collutorio (e la relativa composizione) deve essere testato clinicamente almeno da due diversi enti indipendenti prima di poter essere valutato in termini scientifici e clinici da un nuovo punto di vista.

Indirizzo per corrispondenza:
Prof. Dr. Dr. Michel Brex
Cabinet du médecine privé
Avenue Emile Max 92
1030 Bruxelles · Belgique

Profilassi odontoiatrica in bambini piccoli

PD Dr. Christian Hirsch, Halle, Germania

Le caratteristiche essenziali di una dentatura sana vengono poste già in età infantile precoce, precisamente nei primi due anni di vita. In questa fase della vita lo sviluppo fisico-emozionale del bambino comporta tutta una serie di trasformazioni naturali, che si ripercuotono direttamente sulla salute dei suoi denti: erompono i denti da latte e, in concomitanza, l'alimentazione si trasforma da una dieta esclusivamente liquida (allattamento naturale/artificiale) in una dieta solida; infine, già in questa fase della vita si definisce il comportamento individuale nei confronti di tutti gli aspetti riguardanti la salute, compresa l'igiene orale.

Per uno stile di vita che favorisca la salute dei denti già in età infantile valgono le seguenti semplici regole profilattiche:

- Con l'eruzione dei denti da latte, i genitori devono spazzolarli, inizialmente senza dentifricio, affinché il bambino si abitui alle diverse manipolazioni in bocca. L'intera procedura da effettuare mattina e sera, deve durare un paio di minuti circa. Pressappoco a partire dal primo anno di vita è possibile cominciare ad utilizzare un dentifricio con un ridotto contenuto di fluoruro (ad es. dentifricio per bambini contenenti 500 ppm di fluoruro).
- Non appena i bambini sono in grado di bere autonomamente dai comuni recipienti (tazza, bicchiere, ecc.), vale a dire verso i 18 mesi, si consiglia di non utilizzare più il biberon, in particolare per addormentarsi o coccolarsi. Lo stesso vale anche per altri ausili utilizzati per bere, quali tazze con il beccuccio.
- A questa età i bambini mangiano sempre più cibi comunemente preparati in casa. Se questi vengono preparati con l'aggiunta di sale da tavola fluorato, è possibile evitare la somministrazione supplementare di compresse di fluoro.
- Infine la prima visita dal dentista dovrebbe avvenire entro il secondo anno di vita per poter riconoscere e contrastare precocemente eventuali fattori di rischio.

Queste misure semplici e poco dispendiose dal punto di vista economico e temporale sono perfettamente sufficienti, come dimostra un gran numero di bambini con denti sani. Tuttavia, secondo recenti studi, nei paesi industrializzati occidentali un bambino su cinque presenta forme precoci di lesioni cariose (white spots) sui denti da latte, e un bambino su venti manifesta addirittura cavità, ciò significa che la lesione cariosa è divenuta irreversibile.

Si tratta per lo più della cosiddetta "caries da biberon", una forma di carie particolare dal decorso fulmineo nei bambini piccoli, causata prevalentemente da un apporto troppo frequente di carboidrati (succhi di frutta e tisane zuccherate, in particolare mediante biberon in plastica).



Caries da biberon in un bambino di 2 anni

È caratteristico il fatto che sono sempre le superfici lisce dei denti anteriori del mascellare superiore le prime ad essere interessate dalla carie. Inoltre, anche sui rimanenti emergono visibilmente abbondanti depositi di placca, il che sta ad indicare un'insufficiente igiene orale. Se persistono abitudini alimentari e di igiene orale nocive per i denti, si arriva ad una totale distruzione dei denti da latte.

Questo fenomeno non può essere compensato dall'integrazione di fluoro, ad esempio sotto forma di compresse o lacche, aspetto su cui sussiste un ampio consenso scientifico. La qualità di vita dei bambini risulta definitivamente compromessa in presenza di danni irreversibili ai denti. I genitori riferiscono che i bambini mangiano male, sono piagnucolosi, non dormono per tutta la notte, sono maggiormente predisposti alle infezioni, ecc., cosa che, chiaramente, infastidisce anche i restanti membri della famiglia.

Quando i denti da latte sono oramai distrutti e causano dolore, i bambini non accettano più di lavarsi i denti, il che è ben comprensibile. Si instaura quindi un circolo vizioso di dolore, rifiuto a lavarsi i denti e rinuncia a cibi che richiedono la masticazione con formazione di ulteriore placca, il che accelera sempre più il processo distruttivo dei denti.

Con quali misure profilattiche/terapeutiche si possono aiutare i bambini che presentano un elevato rischio di carie o che mostrano già lesioni cariose? Esistono a tal fine diversi approcci, che evidenziano come nell'età infantile il gruppo target a cui rivolgersi sia principalmente quello dei genitori.

Le esperienze maturate nella penisola scandinava mostrano che solo attraverso un completo coinvolgimento ed assistenza delle donne in gravidanza e neomamme si può risolvere il problema della carie in età precoce. Risulta fondamentale inoltre l'assegnazione di "famiglie problematiche" a specifici odontoiatri/cliniche comunali, che accompagnino i genitori fin dalla nascita del bambino.

Il programma di prevenzione include:

- informazioni sui denti
- consulenze sulla formazione della carie
- consigli sull'alimentazione
- ammonimenti da caratteristici comportamenti errati
- istruzione sulle tecniche di igiene orale, e
- corretta somministrazione e posologia del fluoro.

In Germania, in alcuni distretti (ad es. in Sachsen-Anhalt), sono previsti determinati passi di prevenzione, che vengono distribuiti nei reparti di maternità allo scopo di stimolare i genitori a richiedere al dentista esami di identificazione precoce della carie (FU). Presupposto di questa iniziativa risulta essere, tuttavia, che gli interessati frequentino attivamente il dentista, cosa che non accade così spesso fra i gruppi a rischio. Si aggiunga inoltre il fatto che si ricorre troppo tardi, in genere a partire dal tredicesimo mese di vita, all'esame di identificazione precoce della carie per evitare la "carie da biberon" tipica dei bambini di questa età.



Coinvolgimento dei genitori durante la visita

Quando giungono al dentista bambini piccoli con elevato rischio di carie o lesioni cariose, occorre avviare tempestivamente una terapia. Tale terapia include:

- consulenza alimentare e immediata interruzione del frequente apporto di carboidrati,
- rilevazione colorimetrica di placca e istruzione dei genitori sull'igiene orale,
- ottimizzazione della somministrazione di fluoro, in comune accordo con il pediatra,

- controllo a breve termine dei cambiamenti comportamentali (dopo circa 1-2 settimane),
- eventuale eliminazione del dolore acuto e tempestivo avviamento di una cura definitiva,
- successivo richiamo (4 volte all'anno) con profilassi intensiva.



Istruzione adeguata del piccolo bambino

Nei casi di carie da biberon evidente, la cura può avvenire, in base all'età, solo in anestesia. In tal caso tutti i denti da curare vengono trattati in una sola seduta, laddove l'unica terapia rimane spesso l'estrazione dei denti interessati. Di norma, dopo tali interventi le cose migliorano notevolmente per questi bambini, tuttavia a medio termine rimangono limitazioni nello sviluppo del linguaggio e dei due mascellari, che successivamente devono essere trattati con interventi logopedici o di ortopedia maxillo-facciale.

Al centro della profilassi odontoiatrica in pediatria esiste sempre la domanda su come far giungere le informazioni di promozione della salute ai gruppi a rischio, spesso relegati in aree marginali della società, e come tali informazioni possono essere messe in pratica dagli interessati, nella vita quotidiana. A tale riguardo in Germania esistono situazioni deficitarie, perché il ricorso al dentista avviene di norma quando i danni ai denti sono ormai irreversibili. Per questo motivo gli esponenti politici fra gli odontoiatri e i pediatri si stanno impegnando in un progetto comune per l'assistenza profilattica orale dei bambini piccoli in Germania.

Indirizzo per corrispondenza:
OA PD Dr. Christian Hirsch, MSc
Martin-Luther-Universität Halle
Sektion Kinderzahnheilkunde
Harz 42a
06108 Halle (Saale) · Deutschland
Tel.: +49 (0)345 55711-50
Fax: +49 (0)345 55711-42
E-mail: christian.hirsch@medizin.uni-halle.de

Motivazione e compliance nei bambini

Dipl.-Psych. Benjamin Schüz, Berlino, Germania

„Tutte le sere è il solito dramma da noi: lavarsi i denti prima di andare a letto, la cosa mi fa già rabbrivire“.

Questa citazione riguarda i problemi fondamentali nella motivazione dei bambini a lavarsi i denti e mostra come la regolare pulizia dei denti può diventare un'abitudine (compliance).

Ricompense e ricompense rinviate nella pulizia dei denti

In linea generale stupisce poco il fatto che i bambini non amino lavarsi i denti. Si tratta, alla fin fine, di fare qualcosa di abitudinario che è poco divertente e il cui senso si riesce difficilmente a capire. Negli adulti o nei ragazzi possono far presa interventi di stimolo della motivazione basati sull'informazione („Se ora vi lavate regolarmente i denti, in futuro potrete prevenire efficacemente la carie“), sulla trasmissione di un rischio di malattia personale („La placca sui denti può trasformarsi in tartaro e demineralizzare i denti“) oppure su dimostrazioni, quali compresse per rilevare mediante una tecnica di colorazione la placca presente sui denti.

Tali interventi non sono però in gran parte praticabili fra i bambini. Oppure, come ha affermato in modo molto pertinente Konrad Lorenz: „Ciò che è detto non è ascoltato. Ciò che è ascoltato non è compreso. Ciò che è compreso non è accettato. Ciò che è accettato non è applicato. E ciò che è applicato non è neppure rispettato a lungo.“

Per i bambini non è immediatamente comprensibile che lavandosi i denti prevengono le carie, nonostante l'effetto preveda un ritardo temporale spesso di diversi anni.

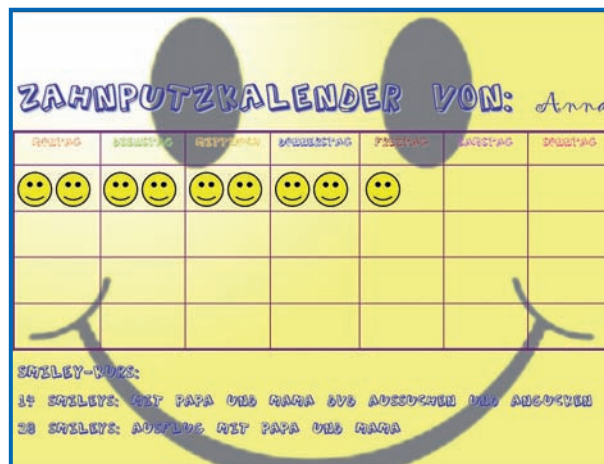
Le teorie di apprendimento psicologiche partono dal presupposto che le modalità comportamentali vengono apprese quando, immediatamente dopo la presentazione di un tipo di comportamento, segue una ricompensa. Tanto più correlata è la ricompensa al comportamento, tanto più efficace sarà l'effetto del comportamento. Quando la ricompensa, in questo caso la prevenzione di carie future, avviene con una certa latenza temporale, la sua efficacia è limitata. La prevenzione delle carie è inoltre una ricompensa troppo astratta per i bambini e rappresenta un amplificatore negativo, vale a dire la ricompensa non consiste nel ricevere qualcosa di positivo, ma piuttosto nell'evitare qualcosa di spiacevole. In linea generale, gli amplificatori negativi (anche rimproveri e punizioni) sono meno efficaci degli amplificatori positivi.

La ricerca nel campo dello sviluppo psicologico postula che la capacità di riconoscere una ricompensa più preziosa rinviata nel tempo (assenza di carie) e la capacità di preferirla ad una ricompensa immediata meno importante (giocare invece che lavarsi i denti) aumenta con l'età (ricompensa rinviata). Naturalmente ciò è poco utile quando si vuole insegnare ai bambini piccoli una regolare pulizia dei denti, poiché, in questo caso, viene richiesta una ricompensa diretta e immediata. Che cosa fare allora?

È importante, innanzitutto, eliminare le barriere. Utilizzare quindi dentifrici per bambini quali Dentifricio elmex® bimbi oppure Dentifricio elmex® Junior dal sapore più delicato. Si consiglia poi di non tenere per ultima la pulizia dei denti nella seduta in bagno, ma di anticiparla all'inizio o in mezzo. In tal modo i bambini non sono ancora eccessivamente stanchi e si lavano rapidamente i denti. A partire dall'età scolare si consiglia di utilizzare clessidre o spazzolini elettrici con timer. I bambini possono quindi vedere con esattezza quanto tempo hanno già dedicato alla pulizia dei denti.

Si sconsiglia di ricompensare i bambini con un piccolo dono ogni volta che si sono lavati i denti, poiché così facendo si svalutano le ricompense, rendendole scontate.

Molto efficaci sono invece i cosiddetti sistemi di ricompensa, ad esempio un calendario dell'igiene orale.



Esempio di un calendario dell'igiene orale

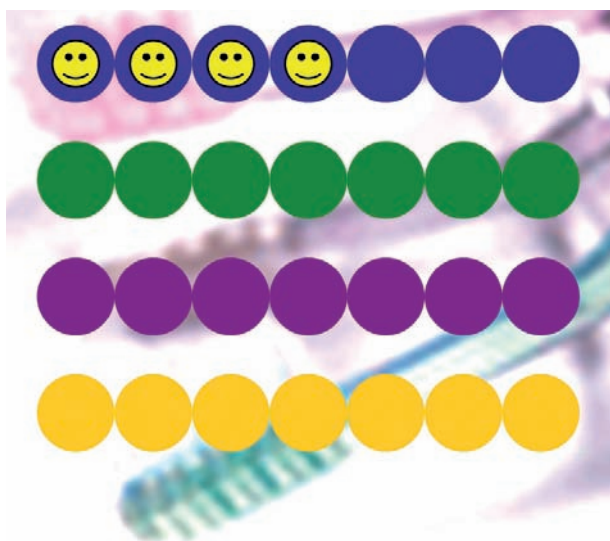
Sistemi di ricompensa

I sistemi di ricompensa (chiamati anche sistemi a token) vengono utilizzati con successo in psicologia per modificare i comportamenti. Hanno dato ottimi risultati in tutti i gruppi di età e nei più svariati ambiti, dalla terapia dell'enuresi notturna alla disassuefazione dal fumo, e, in linea generale, vengono compresi e accettati positivamente.

I sistemi di ricompensa prevedono che ogni volta che si esegue un'azione gradita (ad es. lavarsi i denti senza brontolare), si riceve un token (ad es. un oggetto simbolico o un adesivo sul calendario). Successivamente, dopo aver pattuito un determinato tipo di „cambio”, questi token possono essere scambiati in vere e proprie ricompense (ad es. 14 token, equivalenti a lavarsi i denti due volte al giorno in una settimana, in cambio di un DVD da noleggiare e guardare assieme ai genitori).

Per azioni quotidiane, come lavarsi i denti, i sistemi di ricompensa possono basarsi su un calendario. Oltre al sistema a token, il calendario ha in più il vantaggio di mostrare direttamente eventuali miglioramenti di comportamento („La scorsa settimana non ci sono riuscito, ma questa settimana ce l'ho fatta ogni giorno”). Ciò aumenta nei bambini la fiducia in se stessi e l'auto-stima.

I bambini che non riescono ancora a cavarsela nel contesto numerico di un sistema a token, possono comprendere benissimo indicazioni di quantità come „quando la serie blu è piena”.



Esempio di un sistema a token senza scritte e cifre

Quando per i bambini più grandi lavarsi i denti non rappresenta più un problema, il sistema a token può essere traslato senza problemi anche ad altri settori della vita collettiva quotidiana, come ad esempio lavare i piatti.

Per stimolare i bambini a lavarsi i denti, si consiglia vivamente di lavarsi i denti assieme ai bambini. Questa prassi aiuta loro ad imparare la tecnica corretta e si può inoltre stimolare l'impulso di imitazione dei bambini più piccoli. A volte, per imparare una tecnica può essere utile ricorrere a rime o canzoncine per rilassare la situazione.

Rituale

Un'altra misura consiste nel rendere l'operazione del lavarsi i denti parte di un rituale. Per rituali s'intendono azioni o sequenze di azioni eseguite regolarmente e sempre uguali da genitori e bambini assieme. I bambini in tutte le fasi di sviluppo traggono vantaggio dai rituali ed esigono spesso il rispetto dei rituali, perché offrono un modello fisso, una struttura chiara e uno stato finale positivo, noto fin dall'inizio.

Nei rituali sono perfettamente note le singole azioni o parti di azioni ed è prestabilito quale attore deve eseguire una determinata parte del rituale. I rituali in famiglia si sviluppano spesso automaticamente per semplice ripetizione, ma possono anche essere studiati in modo mirato e di comune accordo e diventare un'abitudine fissa.

Ad esempio, il lavarsi i denti può essere integrato in una sorta di „rituale dell'andare a letto” che inizia con la toletta personale e termina con una conversazione su ciò che è accaduto durante il giorno e con una storia della buona notte. Se l'operazione di lavarsi i denti è integrata stabilmente in questo rituale, non potendo quindi assolutamente procedere con il rituale senza essersi „lavati i denti”, emergono meno problemi. Anche il mattino la pulizia dei denti può essere inserita in una sequenza di operazioni ritualizzata, che consente in modo ottimale sia ai genitori che ai bambini di iniziare la giornata con relax, proprio perché dal momento in cui ci si alza al momento in cui ci si saluta davanti allo scuolabus tutte le singole azioni sono perfettamente note.

Dal punto di vista dello sviluppo psicologico tali sequenze di azioni predefinite svolte assieme sono importanti, perché offrono ai bambini un contesto prevedibile, all'interno del quale possono strutturare parti della loro giornata e fare affidamento su determinate cose e, di conseguenza, costruire un legame sicuro, saldo e affidabile con le persone di riferimento. I sistemi a token, come quelli sopra descritti, possono essere utili anche in questo caso per consolidare le singole fasi e i singoli processi e per trasformarli in abitudine.

Conclusione

I sistemi a token possono aiutare a trasformare la regolare pulizia dei denti in abitudine. È molto utile integrare l'operazione del lavarsi i denti in rituali familiari.

Indirizzo per corrispondenza:
Dipl.-Psych. Benjamin Schüz
Freie Universität Berlin
Health Psychology
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin · Deutschland
E-mail: schuez@zedat.fu-berlin.de

Strategie di prevenzione in pazienti con erosioni dentali

Dr. Annette Wiegand, Prof. Dr. Thomas Attin, Zurigo, Svizzera

Le erosioni dentali sono causate da acidi di origine estrinseca (ad es. bevande) o intrinseca (ad es. acido gastrico) e, in stato avanzato, possono portare a dolorosa ipersensibilità dentinale, nonché a gravi conseguenze estetiche e funzionali.



Erosione dello smalto causata da abitudini alimentari scorrette

La patogenesi delle erosioni dentali può essere descritta come un fenomeno multifattoriale, in cui l'azione degli acidi viene modulata da diversi fattori (ospiti), quali ad es. i parametri salivari. Una ridotta secrezione salivare, che può verificarsi in conseguenza di radiazioni nella regione testa-collo oppure come effetto collaterale di determinate terapie farmacologiche, aumenta il rischio della formazione di difetti erosivi.

Anche pazienti con disturbi alimentari oppure regimi alimentari, non corretti come pure determinati soggetti che vengono ripetutamente a contatto con bevande o vapori acidi, ad es. sommelier, operatori industriali e sportivi, sono esposti ad un rischio elevato e necessitano di un'assistenza odontoiatrica orientata alla prevenzione.



Erosione grave con estesa esposizione della dentina causata da un eccessivo consumo di bevande rinfrescanti acide

Riduzione dell'esposizione agli acidi

Per una protezione ottimale dalle erosioni, occorre ridurre il contatto dei denti con gli acidi. In caso di erosioni causate da determinate abitudini alimentari, è opportuno consigliare al paziente di limitare il consumo di alimenti e bevande acide esclusivamente ai pasti principali. Le bevande acide devono essere raffreddate e consumate possibilmente con una certa rapidità, per ridurre il potenziale erosivo. La raccomandazione rivolta ai produttori di bevande acide rinfrescanti e per lo sport può essere quella di ridurre le proprietà erosive sostituendo gli acidi fortemente demineralizzanti con acidi a basso potenziale erosivo e aggiungendo calcio, fosfato e fluoruro.

Per il trattamento causale di erosioni di origine intrinseca è necessaria per lo più una terapia di medicina generale (ad es. malattie gastrointestinali) oppure psicologica (ad es. disturbi alimentari) per evitare a lungo termine il contatto fra il contenuto gastrico acido e la cavità orale.



Erosione smalto-dentina: la perdita di dimensione verticale è ben visibile in presenza di otturazioni debordanti a livello oclusale

Stimolazione della secrezione salivare/Rimineralizzazione con fluoruro

La saliva riveste una particolare importanza come fattore di protezione naturale, poiché, diluendo e neutralizzando gli acidi e formando una pellicola protettiva sui denti, contrasta lo sviluppo dell'erosione dentale e, data la sua composizione minerale, presenta anche una potenziale funzione riparatrice. La produzione di saliva può essere aumentata masticando gomma americana senza zucchero, favorendo in tal modo la clearance degli acidi nella cavità orale e il ritorno del pH alla neutralità.

Nei pazienti con xerostomia o iposalivazione, nei quali non è possibile attuare una terapia causale, può essere messo in atto un trattamento sintomatico mediante sostituti della saliva (attenzione! evitare una stimolazione salivare mediante bevande acide o caramelle). Tali rimedi dovrebbero essere preferibilmente a base di mucina e contenere fluoruro, calcio e fosfato.

La rimineralizzazione del tessuto dentale eroso può essere inoltre stimolata sciacquando la cavità orale con acqua, latte o collutori a base di fluoruro. Inoltre si consiglia di terminare i pasti con alimenti che favoriscano il ripristino di un pH neutro, quali ad es. formaggio o latte.

Per prevenire le erosioni si è dimostrato particolarmente efficace l'utilizzo di gel contenenti fluoro ad alta concentrazione (12.500 ppm di fluoruro), nonché la cosiddetta "fluorizzazione intensiva" mediante l'impiego combinato di dentifricio fluorato, collutorio fluorato e gel al fluoro.

■ Adeguate misure di igiene orale

Poiché il tessuto dentale eroso presenta una minore stabilità all'abrasione verso influssi meccanici, ad es. lo spazzolino, dopo un'esposizione a sostanze acide si dovrebbe attendere almeno 30–60 min. prima di spazzolare i denti con lo spazzolino. In alternativa, si può consigliare ai pazienti a rischio di spazzolare i denti prima dell'esposizione a sostanze acide.



Erosione occlusale iniziale con interessamento della zona della cuspid

In linea generale si raccomanda di utilizzare dentifrici fluorati, poiché non solo sono efficaci per la profilassi della carie, ma, rispetto ai dentifrici non fluorati, riducono la perdita di sostanze minerali da smalto eroso e dentina. Dato che l'utilizzo di dentifrici con elevato RDA (relative dentine abrasion) è paragonabile all'abrasione causata dallo spazzolamento della dentina erosa, i pazienti con lesioni erosive dovrebbero utilizzare dentifrici con un ridotto RDA. Come ausilio si possono utilizzare anche collutori, gel e lacche fluorate.

Per quanto concerne lo spazzolino da utilizzare, i pazienti con elevato rischio di erosione devono essere a conoscenza del fatto che alcuni spazzolini elettrici come anche spazzolini sonici ed ultrasonici hanno un potenziale abrasivo maggiore sullo smalto eroso e sulla dentina rispetto agli spazzolini manuali. Se si desidera però utilizzare comunque uno spazzolino elettrico, si raccomanda di scegliere uno spazzolino a compressione possibilmente ridotta.



Erosione buccale, causa di ipersensibilità

■ Conclusione

Per prevenire le erosioni dentali è necessario diagnosticare i fattori eziologici e predisponenti allo scopo di avviare, possibilmente in maniera precoce, una terapia specifica delle cause e, quindi, impedire la progressione della malattia. Per il trattamento sintomatico e a supporto della terapia restaurativa si possono prevedere sedute di profilassi o appuntamenti di richiamo durante le quali illustrare al paziente le misure preventive sopramenzionate.

Indirizzo per corrispondenza:
Dr. Annette Wiegand, Prof. Dr. Thomas Attin
Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie
und Kariologie
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der Universität Zürich
Plattenstrasse 11
8032 Zürich · Schweiz

Nuovo spazzolino per pazienti con colletti dentali scoperti e denti sensibili

GABA ha sviluppato uno spazzolino, con un'innovativa conformazione delle setole che garantisce una pulizia accurata ma delicata. Efficace pulizia della superficie dentale scientificamente testata, fin negli spazi interprossimali.

Circa un paziente su quattro soffre di colletti dentali scoperti e denti sensibili. A causa della sensazione di dolore avvertita durante lo spazzolamento, questi pazienti tendono a ridurre l'igiene orale, aumentando così il rischio di carie. Anche un'errata tecnica di pulizia o l'utilizzo di spazzolini troppo duri possono diventare un pericolo per la dentina: come conseguenza possono verificarsi danni da abrasione.

■ Pulizia delicata e accurata

Per ovviare a questo tipo di problema GABA, specialista nell'igiene orale, ha sviluppato il nuovo spazzolino elmex® SENSITIVE. I suoi filamenti conici molto morbidi puliscono i colletti dentali scoperti delicatamente ma accuratamente. Inoltre, grazie alla speciale conformazione delle setole disposte ad X, consente di rimuovere la placca fin negli spazi interprossimali.



■ Spazzolino ergonomico

Questo innovativo spazzolino convince anche nel suo utilizzo: la testina rivestita di un morbido materiale, riduce il rischio di traumi ai tessuti duri e molli e, grazie alle sue dimensioni ridotte, facilita la pulizia dei molari, difficilmente raggiungibili.

L'impugnatura ergonomica e il morbido fermo-pollice garantiscono una presa sicura e facilitano l'utilizzo della tecnica di Stillmann, consigliata in caso di colletti dentali scoperti.

■ Efficacia scientificamente testata

Grazie alle sue caratteristiche intrinseche, lo spazzolino elmex® SENSITIVE soddisfa i requisiti professionali richiesti ad uno spazzolino per colletti dentali scoperti: una pulizia efficace ed al tempo stesso delicata.

L'eccezionale efficacia di pulizia dello spazzolino elmex® SENSITIVE è scientificamente dimostrata.

In vitro, il nuovo spazzolino elmex® SENSITIVE mostra un'efficacia di pulizia fin negli spazi interprossimali significativamente maggiore rispetto allo spazzolino di riferimento ADA (American Dental Association).

Lo spazzolino elmex® SENSITIVE ha dimostrato una migliore performance anche nello studio sull'efficacia di pulizia sui colletti dentali: in vitro, ha mostrato una rimozione della placca dalle superfici dentali significativamente maggiore rispetto allo spazzolino di riferimento ADA.

Bibliografia:

Yankell SL, Shi X, Emling RC: Laboratory Interproximal Access Efficacy and Gingival Margin Cleaning of the elmex® SENSITIVE SOFT, EXTRA SOFT and ADA Reference Toothbrushes. J Clin Dent. In Press (2007)



Publicità divisa fra marketing e scienza

Prof. Dr. Elmar Hellwig,
Freiburg, Germania

Tutti sanno che anche nel settore dentale vige una crescente concorrenza per accaparrarsi quote di mercato e clienti. Dato che in campo medico non sono sufficienti strategie di mercato per conquistare quote di mercato, i messaggi pubblicitari vengono sempre più spesso supportati dai risultati di studi scientifici. In tal modo, si cerca di suscitare nel cliente un'impressione di serietà tuttavia non sono rari i casi in cui, in realtà, il cliente viene indotto in inganno. In una pubblicazione di *Lauer e Türp* recentemente apparsa, gli autori giungono alla conclusione che gli annunci riportati in comunicati odontoiatrici e in riviste mensili svizzere contengono per quasi il 10% dei casi citazioni dei risultati di studi e rappresentazioni grafiche desunte da varie pubblicazioni. Tuttavia, solo nel 45% e nel 55% degli annunci (rispettivamente per i comunicati odontoiatrici e per le riviste mensili svizzere) esiste una completa e perfetta corrispondenza fra i messaggi pubblicitari ed i risultati degli studi citati. Per il 16%–18% dei casi non è stato addirittura possibile rintracciare la bibliografia indicata negli annunci pubblicitari.

Il marketing comprende tutte le strategie che un'azienda mette in atto per promuovere le vendite (Orbis Wirtschaftslexikon, 1989). Queste strategie cercano di orientarsi alle richieste dei clienti e, al tempo stesso, mirano a conseguire gli obiettivi aziendali, in primo luogo quello di massimizzare i guadagni. Già da un'attenta analisi di questa definizione di marketing risulta chiaro che l'utilizzo contemporaneo di messaggi pubblicitari e risultati scientifici è subordinabile a questi obiettivi solo in misura limitata e che sussiste il pericolo che i messaggi pubblicitari (claims) si muovano nella direzione di una rappresentazione sintetica dei risultati degli studi.

Contrariamente agli obiettivi del marketing, la priorità della scientificità consiste nell'assumere un atteggiamento critico nei confronti di risultati e asserzioni. Specialmente nozioni cosiddette individuali, che non possono essere verificate in modo indipendente o possono esserlo sono in misura ridotta, sono prive di scientificità. Ciò nonostante, lo stato dei fatti ci mostra sempre più spesso che i messaggi pubblicitari si sono dati un fondamento scientifico grazie a questi „statement“ individuali più orientati nel senso di rivelazioni.

Nella commistione di messaggi pubblicitari e risultati di studi scientifici emergono i seguenti problemi:

- I risultati in vitro relativi a materiali o tecnologie vengono formulati come se si trattasse di risultati della ricerca clinica. Poiché gli studi clinici sono spesso di lunga durata e molto costosi, si rinuncia a verificare l'efficacia clinica e si ricorre piuttosto ai dati di laboratorio.
- Gli studi clinici vengono condotti per lo più sulla base di rigorosi criteri di inclusione e di esclusione, mentre nei messaggi pubblicitari i risultati vengono spesso generalizzati.
- I risultati di studi di laboratorio o di studi clinici relativi ad un dato prodotto vengono trasferiti, vale a dire un nuovo prodotto viene pubblicizzato con i risultati di un prodotto precedente o di prodotti di altre marche.
- I risultati di studi vengono esposti in maniera sintetica. A tale proposito si opta in genere la rappresentazione grafica dei risultati, in cui il prodotto interessato si contraddistingue in modo eccellente dagli altri. I prodotti che hanno eventualmente ottenuto risultati migliori oppure equiparabili passano in secondo piano (con un'abile manipolazione grafica) oppure non vengono neppure presentati.
- I riepiloghi (abstract) vengono presentati come materiale informativo scientifico. Naturalmente anche gli abstract possono essere assolutamente preziosi se contengono una descrizione precisa della metodologia, se supportano i risultati in modo statistico e se li espongono nella loro completezza. Non sostituiscono tuttavia in alcun caso le pubblicazioni originali, in quanto spesso non consentono effettivamente di rintracciare tutti i dati.
- Vengono formulati messaggi pubblicitari che coprono solo in misura limitata oppure che non coprono affatto i risultati esposti.
- Vengono citati dossier interni a dimostrazione del fatto che i prodotti o le tecnologie sono idonei oppure efficaci per l'utilizzo pratico. Ciò accade di frequente quando i risultati trovati non erano idonei o meritevoli di essere pubblicati.
- Le informazioni sugli effetti collaterali non vengono pubblicate.
- I risultati di indagini fra i consumatori vengono presentati come risultati scientificamente fondati.

Sono state individuate naturalmente tante altre evidenze a supporto del fatto che i cosiddetti risultati scientifici vengono „manipolati“ nella pubblicità, tuttavia il lettore inesperto riesce difficilmente a cogliere queste sottili sfumature.

In questa lotta della cultura del marketing hanno vita particolarmente difficile quelle aziende che si fondano su un'informazione onesta e che non vogliono seguire questa tendenza. Mentre le aziende definibili serie dettano criteri di qualità e mettono in primo piano, ad esempio, citazioni tratte da studi clinici condotti correttamente, che compaiono su riviste con sistema di „peer review”, nonché chiari confronti su base scientifica senza polemica nei confronti dei concorrenti, le quote di mercato vengono conquistate, spesso a breve termine, da quei produttori che sconfesano i prodotti dei concorrenti.

I messaggi pubblicitari relativi all'azione e all'efficacia di un preparato o di un metodo devono tuttavia basarsi su studi. Non è sufficiente presentare un signore in camice bianco davanti ad un laboratorio che annuncia a squarciagola che un prodotto della concorrenza è peggiore del suo. Proprio quando vengono presentati i risultati di indagini fra i consumatori, tali risultati devono basarsi su questionari standardizzati e calibrati (quality of life), l'esposizione dei risultati deve essere completa e le citazioni non devono essere riportate in forma abbreviata. In particolare, gli studi non devono utilizzati a scopo diffamatorio, vale a dire per mettere in cattiva luce la concorrenza. Infine, ci si chiede naturalmente anche che cosa debba pretendere il dentista dai responsabili del servizio clienti nel settore dentistico per ricevere un'informazione veritiera e non pura propaganda.

- 1. Esiste una dimostrazione scientificamente valida dell'azione e dell'efficacia del prodotto?**
- 2. Lo studio di laboratorio o lo studio clinico ha prodotto una chiara dimostrazione? Dove sono stati pubblicati i risultati? È possibile verificare completamente i metodi utilizzati e i relativi risultati?**
- 3. In presenza esclusivamente di una dimostrazione di laboratorio emerge la domanda sulle condizioni di prova: tali condizioni sono rilevanti per l'applicazione clinica?**
- 4. Se i prodotti vengono confrontati con quelli di altre marche, deve essere chiarito che i prodotti sono stati testati alle stesse condizioni sperimentali. Un trasferimento e/o un'interpretazione dei risultati produce un'immagine errata. Si dovrebbero vietare i tentativi aggressivi di mettere in cattiva luce i preparati di un concorrente e, quindi, incoraggiare il dentista a procurarsi ulteriori informazioni.**
- 5. I risultati di studi dovrebbero corrispondere dal punto di contenutistico e raffigurativo e i messaggi pubblicitari dovrebbero basarsi concretamente sui risultati. Ad esempio, dall'inibizione della placca grazie all'utilizzo di uno speciale collutorio non si può trarre come diretta conclusione un miglioramento della situazione parodontale.**

La pubblicità scorretta nella forma sopra descritta può comportare costi non quantificabili, che vanno a carico dei dentisti e, in ultima analisi, dell'intera collettività. Inoltre, dato il massimo ricorso a mezzi di terzi da parte delle università, non è da sottovalutare il pericolo che si formi una funesta alleanza a favore di una scienza influenzata dal marketing.

Gli scienziati dovrebbero stringere collaborazioni esclusivamente con quelle aziende che fanno un uso serio, onesto e corretto dei dati e che non presentano in forma succinta o „leggermente deformata” le asserzioni degli esperti. Si dovrebbero evitare in linea di principio cosiddette ostruzioni, poiché limitano la libertà di pubblicare anche quei risultati che non necessariamente parlano a favore del preparato in questione.

Le aziende dovrebbero collaborare in modo serio e credibile con la scienza e la scienza dovrebbe ricevere finanziamenti indipendenti dal marketing. Infine, un codice deontologico nel settore dentale contribuirebbe ad ostacolare la tendenza negativa delineata, che vede una chiara separazione a livello contenutistico e raffigurativo nei messaggi pubblicitari di marketing e nelle informazioni serie basate su studi rintracciabili. Le immagini e le tabelle, nonché le citazioni di pubblicazioni dovrebbero essere riportate con il relativo riferimento bibliografico. Sarebbe auspicabile, inoltre che la pubblicità orientata verso strumenti clinici si fondasse su studi pubblicati (con grado di evidenza possibilmente elevato), affinché il cliente non ne subisca le conseguenze. Si dovrebbe inoltre evitare di tacere o infangare i risultati negativi. Gli scienziati dovrebbero collaborare esclusivamente con le aziende che trattano seriamente i risultati degli studi. Agli scienziati che lavorano presso istituti statali è vietato, fra l'altro, pubblicizzare i prodotti di una determinata azienda (legge anticorruzione).

Si dovrebbe evitare di diffamare i prodotti della concorrenza; si dovrebbero invece presentare con evidenze concrete e scientifiche i vantaggi dei propri sviluppi. Il mercato fortemente conteso non può utilizzato come pretesto per gli abusi di alcune aziende. I prodotti medicali che vengono offerti sul mercato senza fondamento scientifico oppure con messaggi semi-veritieri dovrebbero essere „boicottati” dai dentisti. In futuro la serietà nei confronti del cliente (dentista e paziente) dovrà ritornare sempre più in primo piano. In linea di principio, quindi, vanno considerati aspetti etici e di controllo della qualità anche nel settore pubblicitario.

Indirizzo per corrispondenza:
Prof. Dr. Elmar Hellwig
Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hugstetter Strasse 55
79106 Freiburg · Deutschland
Tel.: +49 (0)761 270-4950
Fax: +49 (0)761 270-4762
E-mail: elmar.hellwig@uniklinik-freiburg.de

Malattia parodontale e rischio di parto pretermine

Dr. A. Conversini, S. Pagano, E. Pellegrini, Università degli Studi di Perugia

Definizione

Il parto pretermine viene definito come „l'inizio del travaglio di parto in epoca gestazionale compresa tra l'inizio della possibilità di sopravvivenza del feto (viabilità), fissata in genere tra la 20 e la 24 settimana, e la 37 settimana compiuta di gestazione.“

Epidemiologia e fattori di rischio

Nei paesi industrializzati la percentuale di nati pretermine raggiunge una media del 4% con picchi del 12%. Tra i maggiori fattori di rischio riconosciuti annoveriamo il fumo, l'alcool e recentemente anche la malattia parodontale.¹ Recentemente sono stati pubblicati studi che hanno dimostrato come la presenza di una parodontopatia in gravidanza rappresenti un fattore di rischio per un parto pretermine e/o basso peso alla nascita (un neonato viene definito di basso peso alla nascita quando presenta un peso inferiore di 2.500 g, a completamento delle 37–41 settimane).^{2,3}

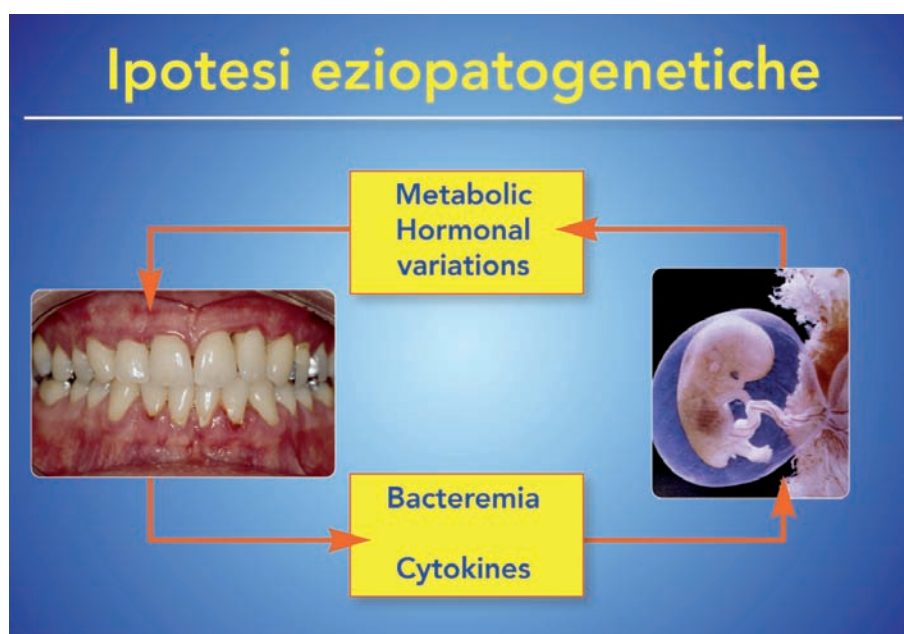
La diminuzione ponderale è infatti uno dei problemi pubblici maggiori riguardo alla salute dei neonati sia nei paesi sviluppati sia quelli in via di sviluppo.⁴

Morbilità e morbidità

La prevenzione, il riconoscimento e il trattamento di tali condizioni in gravidanza risulta di fondamentale importanza se si considera che i bambini nati prematuri sono più soggetti a morte durante il periodo neonatale mentre tra quelli che riescono a sopravvivere c'è una maggiore prevalenza di problemi dello sviluppo neurologico respiratori e complicazioni dovute alle cure intensive.^{5,6}

Ipotesi eziopatogenetiche

Sebbene l'associazione tra patologia parodontale e parto pretermine sia ben documentata da ampi studi epidemiologici, non sono ancora noti i meccanismi attraverso i quali questa associazione si realizza. E' stato ipotizzato che le parodontopatie, in quanto processi infettivi, sono in grado di interferire il delicato equilibrio della gravidanza attraverso la liberazione in circolo di prodotti batterici, di citochine, di prostaglandine e di altri mediatori della risposta infiammatoria che vanno ad agire a livello placentare.^{2,3,7}



Particolare importanza viene attribuita all'insulto tissutale a livello del parodonto determinato dalla flora microbica anaerobia Gram negativa contro la quale si scatena la reazione immunitaria dell'ospite.⁸

In questo modello fisiopatologico un ruolo particolare potrebbero averlo le metalloproteinasi (MMP's) il cui ruolo non si limita solo alla struttura parodontale ma che possono avere in gravidanza un forte significato agendo su ovulazione, formazione e regressione del corpo luteo, sull'evoluzione delle ghiandole mammarie ed impianto. L'aumentata concentrazione di queste molecole influisce sulla maturazione delle membrane e della decidua, attivando la separazione di queste anche in caso di membrane intatte.

Le metalloproteinasi

Le metalloproteinasi della matrice extracellulare sono un'importante famiglia di endopeptidasi zinco e calcio dipendenti, secrete o rilasciate da diverse cellule dell'ospite quali leucociti polimorfonucleati, macrofagi, fibroblasti, osteoblasti, cellule dell'epitelio e dell'endotelio, che funzionano a pH neutro e utilizzano varicostituenti della matrice extracellulare come loro substrati.

L'origine dell'eccessiva produzione di metalloproteinasi in pazienti parodontopatici è stata ipotizzata attraverso due teorie. La prima considera la possibilità che le MMP siano rilasciate principalmente dai polimorfonucleati migrati nel tessuto infiammato. La seconda attribuisce la loro presenza nei tessuti da parte di cellule residenti (fibroblasti e cellule epiteliali) e migrate (macrofagi). Due classi di MMP sono maggiormente riscontrabili nel fluido crevicolare di pazienti parodontopatici: le collagenasi e le gelatinasi. Più specificamente le gelatinasi A e B (ovvero MMP-2 e MMP-9) e la collagenasi 2 (MMP-8) sembrano essere maggiormente coinvolte nei processi parodontali.

Componente infiammatoria

In un recente studio condotto su 15 gestanti di età compresa tra i 26 e i 40 anni senza patologie sistemiche e tra la 20° e la 34° settimana di gravidanza, dopo una prima selezione in base all'epoca di gestazione, sono state valutate la proteina IGFBP-1 e la sua forma fosforilata per selezionare le gestanti in base al rischio di parto prematuro, come pure sia a livello dentale che cervico-vaginale sono stati eseguiti tamponi microbiologici e prelievi per la determinazione di molecole infiammatorie come IL-1 α , IL-6, IL-8, TNF- α , MMP-2, MMP-9. L'analisi delle molecole proinfiammatorie e delle metalloproteinasi della matrice a livello crevicolare e cervico-vaginale non hanno evidenziato differenze statistiche tra il gruppo delle gestanti ritenute a rischio di parto pretermine e quelle di controllo, mentre la presenza della proteina IGFBP-1 e della sua forma fosforilata è risultata statisticamente rilevante per la predicibilità di parto pretermine ($p = 0,028$).

Componente batterica

Sempre nello stesso studio è stata analizzata la componente batterica con PCR Real-Time (GABA International AG), costituita dalle specie batteriche *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa), *Bacteroides forsythus* (Bf), *Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Treponema denticola* (Td), *Fusobacterium nucleatum* (Fn), *Prevotella intermedia* (Pi). I risultati ottenuti non sono risultati significativi per quel che concerne il parametro specie mentre, per la correlazione tra i vari complessi e le donne con parto pretermine, si è potuta rilevare una prevalenza di 0,034 con significatività a due code ed un $p = 0,036$ con significatività esatta ad una coda, tra complesso rosso e settimane di gestazione.

Conclusioni

Il parto pretermine rappresenta attualmente uno dei maggiori problemi clinici correlati alla gravidanza, con particolare riferimento alla sua incidenza ed al rischio di gravi alterazioni fisiche e neurologiche per il nascituro. Numerosa è la letteratura che negli ultimi anni si è occupata del possibile rapporto tra malattia parodontale ed il rischio di parto pretermine, con particolare riferimento ad alcuni mediatori dell'infiammazione, come prostaglandine e metalloproteinasi.

I dati dello studio condotto vanno a confermare precedenti evidenze scientifiche. Inoltre le analisi ed il dosaggio delle MMP, se avvalorati da studi effettuati su campioni numericamente significativi, potrebbero essere utilizzati come un fattore di predicibilità nella prevenzione del rischio di parto pretermine.

Bibliografia:

1. Davenport et al. The East London Study of maternal chronic periodontal disease and preterm low birth weight infants: study design and prevalence data. *Ann Periodontology* 1998; 3(19): 213-221
2. Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complications. *Ann Periodontol* 1998; 3(1): 233-250
3. Jeffcoat MK, NC Guers, MS Reddy et al. Periodontal infection and preterm birth. *JADA*, 2001; 132: 875-880
4. World Health Organization. The incidence of low birth weight: An update. *Weekly Epidemiol Rec* 1984; 59: 205-211
5. Shapiro S, McCormick MC, Sarfield BH. Relevance of correlates of infant deaths for significant morbidity at one year of age. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 136: 363-373
6. McCormick Mc. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *New Engl Med* 1985; 312: 82-90
7. Collins JG, Smith MA, Arnold RR et al. Effects of *Escherichia coli* and *Porphyromonas gingivalis* lipopolysaccharide on pregnancy outcome in the golden hamster. *Infect Immun* 1994; 62(10): 4652-4655
8. Sconyers JR, Crawford JJ, Moriarty JD. Relationship of bacteremia to toothbrushing in patients with periodontitis. *J Am Dent Assoc* 1973, 87: 616-622

Il nuovo dentifricio specificato che aiuta mantenere il colore naturale dei denti

Dopo la seduta d'igiene professionale i denti riacquistano il loro colore naturale, ma basta riprendere determinate abitudini alimentari e comportamentali che lo smalto dei denti tende nuovamente a pigmentarsi.

È universalmente riconosciuto come il consumo di caffè, té, vino rosso o nicotina possa causare pigmentazioni estrinseche sullo smalto dentale, difficili da rimuovere con la normale igiene orale quotidiana.

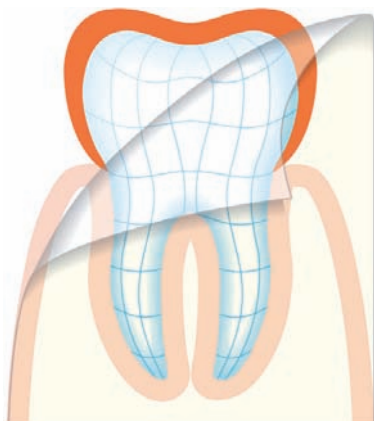
La Ricerca GABA, per ovviare questo problema, ha sviluppato il nuovo dentifricio specifico elmex® Pulizia Intensiva che, grazie ad una speciale combinazione di agenti pulenti e lucidanti, consente di rimuovere le macchie e contemporaneamente di rendere liscia la superficie dello smalto, determinando così più difficoltosa l'adesione della placca.



Il dentifricio elmex® Pulizia Intensiva contiene il fluoruro amminico, che rinforza lo smalto e previene la carie. Non contiene sostanze lucidanti chimiche o enzimi.

Il dentifricio specifico elmex® Pulizia Intensiva è più abrasivo di un normale dentifricio, come ad esempio elmex® Protezione Carie.

Può essere usato 1-2 volte alla settimana al posto del normale dentifricio.



■ L'efficacia di elmex® Pulizia Intensiva

Studi scientifici dimostrano che il nuovo dentifricio specifico elmex® Pulizia Intensiva ha una efficace attività pulente e lucidante.



■ Studio in vitro

Presso l'Università dell'Indiana, in uno studio in vitro, è stato analizzato il potenziale di lucidatura dello smalto di differenti prodotti. La superficie dello smalto è stata resa ruvida con l'utilizzo di un acido, spazzolata con una macchina e lucidata con i rispettivi prodotti. Il potenziale lucidante e la ruvidità della superficie è stata determinata attraverso un riflettometro.

■ Conclusioni

I risultati dello studio dimostrano che il dentifricio specifico elmex® Pulizia Intensiva ha una capacità lucidante superiore rispetto ai dentifrici sbiancanti presi in esame.

Carie, guida alla prevenzione

Obiettivo: adattare i protocolli di intervento ai livelli di rischio individuali dei bambini

Un vademecum messo a punto da società scientifiche e docenti con la sponsorizzazione di GABA

La Società italiana di odontoiatria infantile presenta al Collegio dei docenti le Linee guida sulla prevenzione della carie e la promozione della salute orale in età pediatrica, progetto finanziato da GABA. Con **Livia Ottolenghi**, chairman del simposio GABA che presenterà le Linee guida, membro Sioi e parte del gruppo di lavoro che ha contribuito alla messa a punto del documento, abbiamo cercato di capire l'impatto che le Linee guida avranno nella prevenzione multidisciplinare della carie.

Perché non è anacronistico oggi presentare Linee guida sulla prevenzione della carie?

È vero, si è scritto moltissimo, tutto e il contrario di tutto. Proprio per questo erano necessarie Linee guida che dessero una chiara indicazione sulle metodiche e sui criteri da seguire per una prevenzione efficace e fattibile della patologia cariosa e della promozione della salute orale nei bambini, fondata su solide basi scientifiche. Va anche detto che la carie è una malattia che è stata molto combattuta per la fascia di età superiore ai 6 anni, e per i denti permanenti, mentre per i denti decidui, recentemente si è osservata addirittura una tendenza a un aumento della patologia. Vi sono stati poi cambiamenti nell'opinione scientifica su quali siano i metodi più efficaci di prevenzione della carie. Era opportuno fare chiarezza.

Quali sono i principali punti delle Linee guida?

Difficile dare indicazioni senza che risultino incomplete. Posso anticipare però che tra i criteri seguiti c'è quello di adattare i protocolli di prevenzione al livello di rischio di carie individuale del bambino. Il livello di rischio è individuato con criteri oggettivi, sulla base di dati facilmente reperibili (abitudini di igiene orale, dieta, stato socio-economico, eventuale presenza di malattie ecc.).

Si ottimizzano così i processi rendendoli più efficaci per il singolo e per la comunità, dando Linee guida distinte per livello di rischio e per età, da 0 a 12 anni.

Quale è stato il percorso per individuarle?

Il percorso è stato dettato da criteri riconosciuti a livello internazionale. Il tavolo di esperti delle diverse discipline ha verificato sia l'evidenza scientifica, sia la forza della raccomandazione (criteri pratici basati sull'esperienza). Abbiamo costituito sottocommissioni di studio che hanno elaborato le diverse bozze di lavoro, poi discusse in sede plenaria. È stato un processo lungo, ma fruttuoso.

Il fatto che la prevenzione orale dei bambini sia un percorso multidisciplinare, pediatri compresi, è un modo per sensibilizzare una professione che spesso guardava oltre i denti, o una reale necessità?

La Salute è definita non come mera assenza di patologia, ma come un insieme più ampio, che coinvolge il benessere nella sfera sanitaria, sociale e culturale. Alla stessa maniera la salute orale investe la vita sociale, l'alimentazione, la salute generale della persona. Prevenire le malattie e mantenere la salute della bocca e dei denti dei bambini è una delle maniere più efficaci per garantire la salute orale della popolazione. Il lavoro che abbiamo fatto su input di GABA è stato un momento di confronto multidisciplinare. Non solo tra odontoiatri e pediatri, ma anche con esperti ginecologi, psicologi e specialisti di Sanità pubblica, per affrontare da tutti i punti di vista questa questione. È stata un'ottima occasione di crescita.

Articolo di Norberto Maccagno pubblicato sul numero di aprile 2007 di „Medici-Odontoiatria“, inserto de Il Sole 24 Ore Sanità

Iniziativa multidisciplinare

Un volume per „insegnare“ ai pediatri

Il 2007 per la Divisione affari scientifici di GABA è l'occasione per favorire il dialogo fra il mondo odontoiatrico e i pediatri.

„Il pediatra di famiglia – spiegano da GABA – rappresenta il primo contatto tra il bambino e la salute del suo corpo: per questo il suo approccio deve essere il più ampio possibile, globale, abbracciando ogni branca della medicina, inclusa l'odontostomatologia. Perché è solo intervenendo nei primissimi anni di vita che è possibile far acquisire alle nuove generazioni dei corretti stili di vita.“

Anche per questo GABA ha deciso di finanziare la pubblicazione del libro „Odontoiatria per il Pediatra“ realizzato

dalle associazioni Sido e Sioi sul versante odontoiatrico e Sip sul versante pediatrico. Il volume appositamente realizzato per formare i pediatri sull'Ortodonzia el l'Odontoiatria infantile è stato pubblicato nell'ambito di una collana monografica della Società italiana di pediatria, direttore scientifico Gian Luigi Marseglia. È stato curato da Giuseppe Sfondrini e Roberto Giorgetti, entrambi pastpresident Sido.

Tra le tante tematiche affrontate: il ruolo nella prevenzione svolto dalla fluoroprofilassi in studio con un trattamento a base di gel al fluoruro amminico, l'approccio ai traumi dentali, i disordini temporomandibolari dei pazienti, oltre ai

cenni sulla crescita cranio facciale, le patologie cariose, l'igiene orale in età pediatrica, la prevenzione e promozione della salute orale in età pediatrica.

„Il testo – spiegano dalla Sido – raggruppa e argomenta i quadri clinici, fisiologici, patologici e malformativi del cavo orale in età evolutiva per fornire ai pediatri informazioni e strumenti utili e qualificati per un orientamento mirato e un percorso guidato di semplice consultazione.“ Il fine, continuano gli ortodontisti della Sido, è quello di raggiungere, attraverso il pediatra di famiglia, i bambini di ogni condizione sociale e permettere loro di ricevere una diagnosi tempestiva e cure adeguate.