

MAMMA

GRAVIDANZA

9 mesi col **SORRISO**

SIAMO SEMPRE PIÙ ATTENTI ALL'IGIENE ORALE GRAZIE ALL'USO DI STRUMENTI EFFICACI E ALLA PREVENZIONE PRECOCE. MA NON DIMENTICHIAMOCI CHE PER GARANTIRE DENTINI BELLI E SANI AL BEBÈ, DOBBIAMO FARE ATTENZIONE GIÀ IN GRAVIDANZA

di Roberto C. Sonaglia

Si dice che quella dei nostri bambini sarà la prima generazione a raggiungere la vecchiaia con la propria dentatura originale al completo. Una conquista storica, ottenuta grazie a un'efficace educazione all'igiene e alla prevenzione precoce, fin dai primi dentini da latte. Un ulteriore apporto è dato dalla crescente (ma ancora insufficiente) attenzione per la salute orale in attesa, che in qualche misura può influenzare quella del feto e del neonato. Nel corso della gravidanza, infatti, possono presentarsi o aggravarsi disturbi se la mamma ha predisposizione per carie e parodontiti o una patologia odontoiatrica in atto oppure, semplicemente, se cura poco l'igiene dentale e segue un'alimentazione sbagliata. Da una parte si tratta di un fenomeno quasi fisiologico, dall'altra è una prospettiva che al giorno d'oggi possiamo scongiurare o almeno tenere sotto controllo con relativa facilità.

ORMONI E BATTERI a braccetto

“I mesi dell'attesa rappresentano un periodo di indebolimento soprattutto per le gengive”, spiega il pediatra Tiziano Basso. “Spesso si verificano sanguinamenti e una mamma su tre accusa la tipica infiammazione detta **gengivite gravidica**. Anche i denti, come il resto della struttura scheletrica, possono andare incontro a fenomeni di demineralizzazione che li rendono più aggredibili dalla carie”. Le gengiviti e le parodontiti (infezione dei tessuti di sostegno del dente) sono provocate da alcune tra le centinaia di specie batteriche presenti nella bocca, che prendono il sopravvento sul nostro sistema immunitario alterando la normale situazione di equilibrio tra batteri e difese. La gravidanza, infatti, determina forti cambiamenti ormonali, per esempio con l'aumento del progesterone, che facilita la proliferazione dei batteri del cavo orale e indebolisce la capacità di combatterli da parte degli anticorpi. “Esempi di questi germi sono il *fusobacterium nucleatum* o la *prevotella intermedia*, un batterio gram-negativo che usa gli steroidi come fattore di crescita”, elenca l'odontoiatra Cristina Dall'Agnola. “Il progesterone, inoltre, causa un aumento della permeabilità

dei tessuti e di altri fattori infettivi, portando la gengiva a non aderire al dente come dovrebbe”.

Possibili rischi per il NASCITURO

Un'altra patologia collegata alla maternità, con una frequenza del 9,6%, è l'epulide gravidica o granuloma della gravidanza. Si manifesta di solito verso il 4°-5° mese con l'estroflazione della gengiva esterna, un rigonfiamento talvolta voluminoso in corrispondenza di un dente, preferibilmente nell'arcata superiore. “L'epulide non provoca dolore e tende a regredire dopo il parto”, spiega Dall'Agnola. “Ma se diventa fastidiosa per la mamma o dà luogo a una tasca (lo spazio tra dente e gengiva che può essere colonizzato da batteri), conviene inciderla dopo una leggera

LE VISITE DI CONTROLLO DOVREBBERO ESSERE INSERITE TRA QUELLE FONDAMENTALI NELL'ATTESA

anestesia locale, anche durante la gravidanza”. Ma il nascituro risente di questi disturbi? “Sì, secondo alcuni studi”, risponde Basso. “Certi batteri normalmente presenti nella nostra bocca, innocui se non addirittura utili nella loro sede naturale e nella giusta concentrazione, diventano fonte di infiammazioni patogene qualora – per esempio a causa di una gengivite o di una piorrea – penetrino nel sistema circolatorio e vadano a insediarsi nella placenta. È quindi possibile che esista una relazione tra parodontiti materne e il **rischio di parto pretermine** o di nascita sottopeso”. C'è ancora una scarsa sensibilizzazione su questi rischi e occorre prendere atto che la visita odontoiatrica deve essere inserita tra i controlli fondamentali in gravidanza. Come consiglia caldamente Cristina Dall'Agnola, “è bene che la futura mamma prenda l'iniziativa, rivolgendosi a uno studio dentistico – se possibile, ancor prima del concepimento – per concordare un calendario di visite periodiche che si protragga fino alla fase dell'allattamento”.

CARIE, una malattia... infettiva

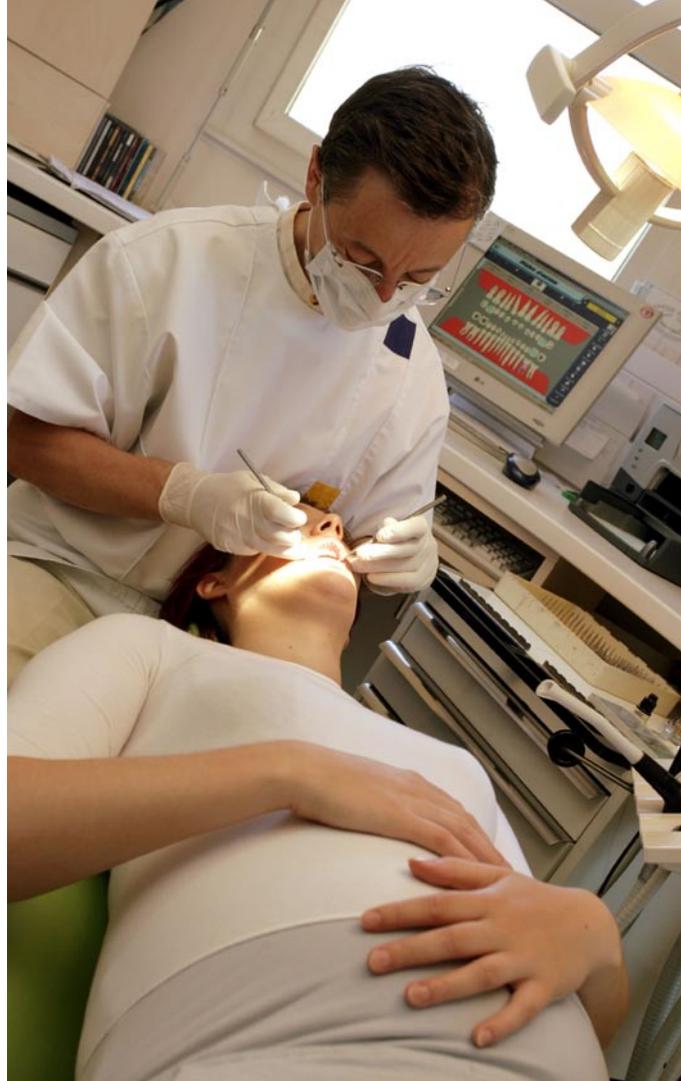
Il secondo collegamento tra la salute orale della mamma e quella del bambino, stavolta dopo la nascita, è la carie. Tra i soliti batteri che la gravidanza rende dannosi, si contano almeno una ventina di specie cariogene, così chiamate perché producono acidi deboli che sciolgono i minerali dello smalto fino a formare cavità o, addirittura, divorare l'intero dente. La produzione di acidi viene stimolata dalla presenza di zuccheri e carboidrati, di cui questi germi si nutrono, ed ecco perché l'abuso di dolci, soprattutto fuori pasto, è considerato l'anticamera della carie.

“Il comandante in capo di questo piccolo esercito parassita si chiama **streptococco mutans**”, racconta Tiziano Basso. “Il microrganismo, capace anche di ostacolare la sopravvivenza di altri batteri utili, si annida a centinaia di milioni di individui nel film batterico alla base dei denti conosciuto con il nome di ‘placca’”. Ebbene, qualche tempo fa si è scoperto che alla nascita la bocca del bambino è sterile, e la naturale colonizzazione batterica avviene **attraverso la saliva materna**. Allo scambio contribuiscono i semplici gesti quotidiani della mamma: il bacio, l'assaggio della pappa e così via. “Ma così facendo anche lo streptococco si trasferisce nella cavità orale del bebè, contagiandola”, avverte Basso.

STREPTOCOCCO: esiste un test per misurarlo

Il passaggio dei batteri cariogeni alla saliva del bambino non comporta necessariamente la formazione di carie. Intanto organismi come lo streptococco mutans hanno bisogno del tessuto dentario per sopravvivere e, quindi, la colonizzazione non può avvenire che dopo le prime eruzioni, cioè intorno ai 5 o 6 mesi (la finestra di maggiore aggressività si apre tra i 6 e i 24 mesi).

Inoltre è stato dimostrato che si può ridurre la concentrazione del mutans nella mamma a un livello tale da renderla innocua anche per il bimbo: i rimedi “ufficiali”, secondo le linee guida del ministero della Salute, sono l'utilizzo di **dentifricio al fluoro** e sciacqui di **clorexidina**. Questo disinfettante è contenuto in alcuni colluttori e può essere utilizzato durante la gravidanza. “Bisogna infatti iniziare la cura prima del parto”, sottolinea Basso, “anzi, l'ideale sarebbe ancor



prima del concepimento”. Il problema della carie nelle mamme in attesa potrebbe essere in gran parte contenuto dando maggiore importanza alla salute orale, anche con l'aiuto del ginecologo. Esistono infatti test capaci di misurare rapidamente i valori di streptococco mutans nella saliva. “Nel nostro ospedale, a Tolmezzo, offriamo gratis l'esame alle gestanti, ma credo che per ora siamo i soli in Italia”, racconta Basso. “Ci sono comunque alcuni dentisti che dispongono di questo kit, neppure molto costoso: basterebbe che le mamme venissero indirizzate ai loro studi per un controllo a inizio gravidanza”.

Il primo rimedio è lo SPAZZOLINO

Potrà sembrare banale, ma la stragrande maggioranza dei problemi che affliggono la bocca, anche in un periodo delicato come la gravidanza, si risolve con la pulizia. Per esempio, utilizzare lo spazzolino in modo corretto, cioè con un movimento rotatorio delle spazzole dalla gengiva

al dente, non è meno efficace del fluoro o della clorexidina nel contenimento dello streptococco mutans: le colonie di batteri vengono infatti **fisicamente rimosse** insieme alla placca. “L’opera di pulizia deve essere completata dal passaggio del filo interdentale”, aggiunge Cristina Dall’Agnola. “Utilizzando quello spugnoso non cerato e passandolo nel giusto modo, senza scalfire le gengive, si asporta il resto della placca”.

Attenzione ai **FUORIPASTO**

L’alimentazione è un altro punto importante. “Durante la gravidanza la mamma deve stare attenta a ciò che mangia e questo dovrebbe bastare anche per la salute della bocca. Quanto ai dolci, nessun problema a concedersi un cioccolatino a fine cena. L’importante è non masticare caramelle o bere bibite zuccherate lontano dai pasti, quando la salivazione è meno attiva e il prossimo lavaggio dei denti avverrà dopo ore”.

Le linee guida del ministero della Salute si limitano a sostenere che la **fluoroprofilassi** “può” iniziare dopo il terzo mese di gravidanza con la somministrazione alla madre di 1 mg al giorno in quanto la mancanza di solidi dati scientifici di efficacia non consente una raccomandazione più forte.

E in effetti i pareri sono discordi: alcuni ginecologi lo prescrivono (è contenuto nei principali integratori), sostenendo che aiuta lo sviluppo scheletrico e dentale del feto; altri ritengono utile la sola applicazione “topica”, in pratica l’uso di dentifrici al fluoro.

L’importanza della **VISITA PREVENTIVA**

Per insegnare questi comportamenti, indagare sul modo in cui viene effettuata l’igiene orale e, soprattutto, per controllare la salute della bocca, il ginecologo dovrebbe indirizzare la mamma all’odontoiatra all’inizio della gravidanza o già **in fase preconcettionale**. “Il dentista potrà così valutare anche lo stato di eventuali protesi, ponti e otturazioni; e, se è il caso, procedere alla rimozione del tartaro”, spiega Dall’Agnola. “In genere si usa l’ablatores a ultrasuoni, magari abbassandone la frequenza – considerata la maggiore sensibilità di alcune gestanti – o ripiegando sugli strumenti manuali. In caso di malattie parodontali, la visita e la pulizia dovrebbero essere ripetute ogni mese”.

Tante le **CURE** possibili

Ma quali cure odontoiatriche si possono effettuare durante la gravidanza? “Dipende dalla situazione. Nel I trimestre, il più delicato per lo sviluppo fetale, non si possono fare radiografie, quindi conviene rimandare eventuali interventi. Se, però, il dolore è forte, bisogna trovare una soluzione. Per esempio, si può devitalizzare un dente con l’aiuto di un rivelatore apicale e poi completare il lavoro dopo il parto (esistono appositi preparati anestetici che si somministrano senza rischi in qualsiasi fase della gestazione)”.

Se si profila un rischio di infezione, è possibile ricorrere ad antibiotici ritenuti innocui per il feto (come penicilline, cefalosporine e macrolidi) anche a inizio gravidanza, ma tocca al ginecologo effettuare un’attenta valutazione costi-benefici.

Le società scientifiche americane individuano nel **II trimestre il periodo ottimale** per le cure dentali, in quanto il bimbo è stabilizzato.

**PRIMA DI TUTTO,
USARE BENE
LO SPAZZOLINO
E FARE
ATTENZIONE
A COSA
SI MANGIA**

I mesi più indicati per gli interventi chirurgici sono il 5° e il 6°, durante i quali si possono compiere praticamente tutte le comuni operazioni odontoiatriche, compresa la somministrazione degli

antibiotici sicuri. Il III trimestre porta l’ulteriore disagio del pancione, che richiede una posizione più eretta nella poltrona del dentista per alleggerire lo schiacciamento della vena cava inferiore.

“A parte la proibizione dei primi tre mesi, meglio non ricorrere alle radiografie, a meno che non siano indispensabili”, conclude Cristina Dall’Agnola. “Il corpo, schiena compresa, dovrà allora essere protetto da appositi grembiuli di piombo”.

consulenza di



Tiziano Basso
primario della UO Pediatria
dell’Ospedale Civile di Tolmezzo



Cristina Dall’Agnola
medico e odontoiatra a Milano