

RO

RASSEGNA ODONTOIATRICA

3
APRILE 2010

ORTODONZIA

L'ORTODONZIA COME TERAPIA OCCLUSALE ELETTIVA NEI DISORDINI TEMPORO-MANDIBOLARI

Dr. Ugo Capurso, Dr. G. Battista Garino Liberi professionisti, Torino

PAROLE CHIAVE: APPARATO STOMATOGNATICO, DISFUNZIONE MASTICATORIA, TRATTAMENTO ORTODONTICO

KEY WORDS: STOMATOGNATIC SYSTEM, DYSFUNCTION, ORTHODONTICS

Il controllo della funzione masticatoria e delle sue eventuali alterazioni ha finalmente trovato nell'ortodonzia, a buon diritto, il ruolo che da sempre le compete. Anche se malocclusione non vuol assolutamente dire disfunzione, vi sono indubbiamente situazioni occlusali che vanno considerate a rischio, così come lo è intrinsecamente qualunque forma di asimmetria. Il passaggio da condizioni di adattamento alla patologia conclamata richiede innanzi tutto una diagnosi differenziale con le patologie di confine e quindi una corretta diagnosi intrinseca che determini la presenza o meno di una dislocazione mandibolare in occlusione abituale. Quando questa è provata, si rende necessario il riposizionamento mandibolare, con una prima fase ortopedica, seguita da una finalizzazione ortodontica, la cui biomeccanica deve seguire alcune ragionevoli regole operative, dipendenti soprattutto dalla divergenza delle basi ossee. Il risultato finale comporta innanzi tutto la compatibilità funzionale del sistema, la cui armonia e stabilità prevalgono su esasperati e spesso teorici perfezionismi occlusali.

Summary

Orthodontic therapy becomes more and more important in the control of masticatory function and of its possible alterations. Even if malocclusion absolutely do not mean dysfunction, there are some occlusal relationships that are to be considered at risk, especially any kind of asymmetry. The trespassing from adaptive situations to the evident pathology needs first a differential diagnosis with boundary diseases, then an

intrinsic diagnosis determining the presence or not of mandibular displacement in intercuspal position. When this displacement has been proved, mandibular repositioning becomes useful: that means an orthopedic appliance approach followed by the orthodontic treatment, whose the biomechanics depends on the individual skeletal typology. The final results above all involve functional compatibility of the stomatognathic system rather than an ideal occlusion.

Introduzione

L'approccio al paziente disfunzionale, nonostante i progressi tecnologici di metodiche strumentali sempre più sofisticate, deve seguire, sul piano umano, i vantaggi tangibili della rassicurazione e, su quello clinico, dapprima i criteri della semeiotica tradizionale, che non può essere limitata al distretto stomatognatico ma, essendo questo parte integrante dell'apparato locomotore, comprendere almeno una visita neurologica locale ed una valutazione posturale generale, con particolare attenzione alle interrelazioni cranio-cervico-mandibolari. È evidente l'importanza di instaurare una terapia mirata e causale, modulata individualmente, evitando protocolli rigidi ed univoci, vista la multifattorialità del processo patologico e del fatto che si tratta di un gruppo molto eterogeneo di pazienti, con ciclicità ricorrenti, di difficile conduzione terapeutica in un arco di tempo che travalichi l'aneddotico successo immediato che quasi tutti possono vantare, data la notevole e tipica fluttuazione di segni e sintomi. Pertanto, nel campo dei disordini craniomandibolari, la cui prevalenza nella

popolazione è in continuo aumento, i mezzi terapeutici a disposizione sono molteplici e comprendono misure di ordine odontoiatrico, ortopedico, farmacologico, fisico, eventualmente chirurgico. Essi sono inoltre distinguibili in temporanei e definitivi, reversibili o irreversibili, ovvero ancora, da un punto di vista concettuale, in eziologici, sintomatici e "placebo" (Capurso & Garino, 1992). Il retaggio storico di una odontoiatria ancora legata a terapie di recupero tardive, perciò ricostruttive invece che preventive, ha fatto sì che, fino a non molto tempo fa, la modifica occlusale fosse il cardine di soluzioni talvolta insufficienti o incomplete, talvolta eccessivamente invasive, in cui la protesi rappresentava la scelta dominante. Solo in anni recenti l'ortodonzia si è confrontata con la complessità della patologia disfunzionale, ma sempre più rapidamente, a marea montante, anche per fronteggiare gli inconfutabili dati epidemiologici, che vedevano negli adolescenti una rilevante quota di pazienti in atto o potenziali (Helkimo, 1979; Capurso, 1985; McNeill, 1992; Vanderas, 1993). Naturalmente, una parte non indifferente di questi era stato o era in terapia ortodontica. In effetti, un argomento che è stato oggetto di accesi dibattiti, soprattutto negli Stati Uniti, nei primi anni '90, è quello dell'ortodonzia come causa eziologica favorente o talvolta determinante nell'indurre ovvero addirittura scatenare i disordini cranio-mandibolari, anche sulla scorta di numerosi contenziosi medico-legali (Machen, 1990; Artun, 1992; Behrens, 1992). Si tratta in realtà di un falso problema, poiché solo una cattiva ortodonzia, come del resto una non corretta odontoiatria generalmente intesa, possono rappre-

sentare un importante fattore, in questo caso iatrogeno, di disfunzione masticatoria: il paziente ortodontico è un paziente a rischio, come gli altri pazienti odontoiatrici, sottoposto a biomeccaniche sofisticate. D'altro canto proprio il trattamento ortodontico, eventualmente in qualche caso associato alla chirurgia ortognatica, rappresenta la finalizzazione occlusale elettiva, quando necessaria, di qualsiasi paziente, disfunzionale o non, con un buon patrimonio dentario (Capurso, 1989; Garino & Capurso, 1990 e 1992; Capurso & Garino, 1992; McNamara et al., 1995; Carano, 2001). Il vero problema è a monte, ed è sempre quello della diagnosi, innanzi tutto differenziale con le patologie di confine, spesso confuse e sovrapposte: il cardine diagnostico è che, nelle forme masticatorie, il dolore compare o si accentua con la funzione, essendo nell'ambito dell'apparato locomotore. Quindi di una razionale classificazione delle varie patologie che possono interessare il complesso stomatognatico: forme artrogenerie e forme miogene. Queste ultime, per altro molto frequenti, molto sovente su base extraarticolare, ove la multifattorialità è ancora più evidente, non riconoscono nell'occlusione l'eziologia principale e non costituiscono oggetto del presente studio.

La malocclusione come fattore predisponente

Occorre ribadire, data la ormai universalmente accettata eziologia multifattoriale delle disfunzioni masticatorie (American Academy of Craniomandibular Disorders 1990), che

malocclusione "di per sé" non vuole dire disfunzione (Solberg, 1991, Capurso & Garino, 1992, Grummons, 1994). Anche epidemiologicamente, con indagini trasversali circa la presenza di segni e/o sintomi di disfunzione su popolazioni adolescenziali randomizzate, visitate nella loro scuola, elaborando gli indici internazionali di Helkimo (1979), non si è potuta dimostrare alcuna significatività statistica riguardo ai rapporti interarcata di Angle, salvo, molto bassa, per le cosiddette classi miste (Capurso, 1985; Vanderas, 1993).

Vi sono però certamente delle malocclusioni che possono essere definite "a rischio".

In particolare esse sono:

- le agenesie dell'arcata superiore;
- il morso molto profondo, con eccessiva guida incisiva;
- le disto-occlusioni (classi II, sia divisione 1 che divisione 2);
- le classi III autocompensate o compensate ortodonticamente;
- il cross-bite, lo scissor-bite, l'open-bite.

Quest'ultimo gruppo sembra il più pericoloso, poiché si ha la costrizione della mandibola in una posizione di chiusura obbligatoria, configurando quello che si potrebbe definire un "morso costretto", molto sovente con effetti dislocanti tridimensionalmente la mandibola, che, specie in età evolutiva, rimane come "intrappolata". Anche il morso aperto appartiene, a buon diritto, a questo gruppo, poiché una arcata superiore profonda e ristretta, che si accompagna sempre a tale

malocclusione, complicata da vizi respiratori e deglutitori, può essere già bloccante a livello premolare (Capurso & Garino, 1992).

L'intercettazione precoce

Quando si accerta, pur nell'ambito multifattoriale, un fattore occlusale preciso, specie in età evolutiva, bisogna sempre considerare la tridimensionalità della dislocazione mandibolare ed il periodo utile per intercettarla, nel corso dello sviluppo. Nella maggioranza dei casi tale dislocazione è comunque legata ad una condizione abnorme della base ossea inferiore, che risulta impedita nella sua normale dinamica e nella sua direzione di crescita. Sarà pertanto opportuno differenziare molto precocemente il grado di divergenza delle basi ossee (short face syndrome versus long face syndrome) poiché il disordine funzionale è complicato dal fattore scheletrico dinamico, presentando una diversa estrinsecazione dovuta alla tipologia dell'individuo. Occorre inoltre considerare, in una gerarchia di priorità di intervento, che la crescita nella direzione trasversale è la più precoce come epoca, la più breve come durata e la più ridotta come entità per cui, col procedere dell'età cronologica, la componente posturale dislocante sarà sempre più determinante e l'adattamento meno facile. Per questo motivo nel bambino, ancora in dentatura decidua, l'asimmetria potrebbe essere già considerata disfunzione (Capurso & Garino, 1994). In questa fase, i mezzi per trattarla sono sem-

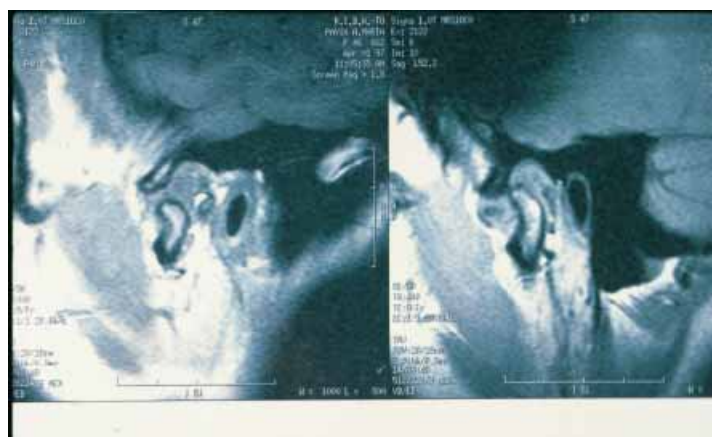


FOTO 1 - Risonanza magnetica nucleare in caso di blocco meniscale acuto (closed lock o locking) con visione contemporanea di entrambe le articolazioni. In massima apertura: il disco permane al davanti del condilo ipomobile dal lato di sinistra bloccato (a destra nell'immagine), mentre a destra i rapporti condilo-discalari sono corretti e la mobilità è normalmente presente.

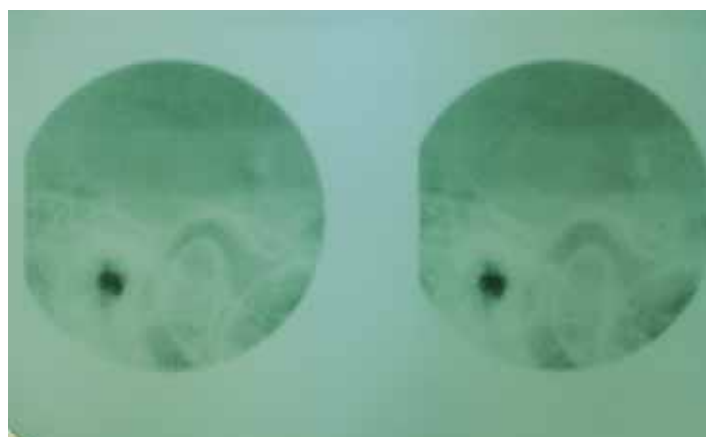


FIGURA 2: Radiografia transcraniale laterale obliqua ambulatoriale: a sinistra, dislocazione posteriore in posizione di massima intercuspidação dentaria abituale; a destra ricentramento con la verifica dell'avenuto riposizionamento mandibolare.

plici e relativamente veloci, ovviamente se si tratta di una forma funzionale. In effetti, epidemiologicamente è stato ampiamente dimostrato che vi è un preciso gradiente di prevalenza delle asimmetrie, proporzionale all'età, dalla prima infanzia all'adolescenza inoltrata (Capurso & Garino, 1994): questo ribadisce la necessità di un intercettamento il più precoce possibile. Nella direzione verticale la crescita è la più lunga, la più tardiva e la maggiore, per cui si potranno avere ripercussioni strutturali, in senso adattativo o meno, abbastanza avanti nell'età evolutiva. La direzione anteroposteriore si pone evidentemente in una situazione intermedia di questa ideale gerarchia ed anche qui vi deve essere una relativa precocità di eventuale intervento funzionale correttivo. Il ruolo dell'ortodontista è centrale nell'effettuare una valutazione globale, che deve tenere conto dell'età scheletrica e dell'età dentale del soggetto; dell'entità e del livello degli eventuali meccanismi di compensazione dentoalveolare, pregressa o in atto, non potendosi influenzare, se non minimamente, la qualità e la quantità della crescita stessa; dei segni e sintomi di disfunzione masticatoria, respiratoria, posturale e del sistema audiovisivo; delle caratteristiche somatiche, estetiche e psicocomportamentali individuali.

La zona grigia fra adattamento e patologia

Considerando invece gli adulti, pur nella convinzione che la disarmonia oclusale, almeno in parte, può essere l'esito, piuttosto che la causa del disordine craniomandibolare, sintomatica quindi piuttosto che eziologica, la diagnosi può riconoscere una dislocazione mandibolare in posizione di massima intercuspazione dentaria abituale, dall'integrazione dei dati dell'anamnesi, dell'esame clinico e dei reperti radiografici ed, eventualmente, da altri dati strumentali. Comunque, come in tutti gli apparati, anche nel masticatorio vi è sempre una sorta di equilibrio fra l'adattamento e la patologia conclamata: ciò che

fa precipitare la situazione è l'iperfunzione, che ha moltissime cause spesso generali. Per contro, quello che riesce a contenere i danni biologici, talvolta anche se sono già morfologicamente evidenti, è il compenso funzionale (Capurso et al., 1996). Nell'età evolutiva i meccanismi di compenso, potendo sfruttare potenzialmente la crescita residua, sono maggiori e non sono solo dento-alveolari, ma anche scheletrici. Questo può paradossalmente essere un fattore aggravante in un sistema già disarmonico, configurando notevoli dismorfosi. Nell'età adulta il compenso segue tradizionalmente le vie dell'adattamento soprattutto dento-alveolare e solo secondariamente e in misura molto minore, morfologico, con la priorità della funzione, seppure alterata, sulle strutture che pagano un prezzo biologico più o meno alto. Naturalmente le varie componenti verticale, trasversale, sagittale, che talora sembrano prevalere l'una rispetto all'altra, non sono che un aspetto di una situazione che è sempre comunque tridimensionale, come già si è detto, e che ha come essenza una dislocazio-

ne mandibolare nella posizione di massima intercuspazione dentaria abituale, ovvero una discrepanza fra posizione strutturale e posizione funzionale (Capurso & Garino, 1992). In questa condizione, in genere causa ed effetto, nello stesso tempo, di problematiche intrarticolari (Capurso, 1989; Seligman et al., 1991; Solberg, 1991; Kurita et al., 2001), si impone l'esigenza di conferire al paziente un nuovo rapporto interbasale che consenta il ripristino di una dinamica articolare accettabile con una equilibrata attività muscolare bilaterale, nell'ambito di un rimodellamento adattativo positivo dei tessuti duri e molli articolari. È questo il caso delle discopatie più o meno compensabili e sintomatologicamente fastidiose o invalidanti (Fig. 1); di certe artriti, superata la fase acuta della poussée; delle artrosi, che sono una patologia squisitamente da carico.

Il riposizionamento mandibolare

Il mezzo per ottenere la redistribuzione dei carichi masticatori è il riposizionamento



FIGURA 3: Caso A: proiezioni intraorali iniziali.



FIGURA 4: Caso A: placca di riposizionamento con le sue componenti anteriori e posteriori e le sue guide.



FIGURA 5: Caso A: trattamento ortodontico settoriale e gestione contemporanea della placca di riposizionamento.

mandibolare che, eseguito sulla base dei dati dell'anamnesi, dell'esame clinico obiettivo e della documentazione radiografica, ricerca una nuova posizione reciproca tridimensionale dei mascellari, da cui deriva una modificazione più o meno cospicua del pattern oclusale preesistente. Tutto ciò, a seconda delle condizioni del patrimonio dentale e della tipologia e morfologia scheletrica, può essere attuato con la protesi, l'ortodonzia o la chirurgia ortognatica, da sole o, qua-

si sempre, associate (Garino & Capurso, 1992; Capurso & Garino, 1992).

Il riposizionamento, che è la fase ortopedica preliminare, viene impostato sulla scorta di un metodo misto, clinico e strumentale, e può essere verificato con un metodo radiografico ambulatoriale semplice e che comporta un minimo prezzo biologico: la proiezione transcraniale laterale obliqua (Fig. 2).

A seconda delle situazioni specifiche di base, può essere realizzato in maniera immediata

per mezzo di un presidio oclusale vincolante, con uso continuo, oppure, in modo graduale, con un trattamento ortodontico finalizzato alla coordinazione delle arcate nel nuovo rapporto voluto, con l'eventuale impiego di un presidio oclusale utilizzato per il controllo sia della sintomatologia algica, eventualmente presente, sia della posizione stessa (Capurso & Garino, 1992). Una delle conseguenze più importanti che si accompagna a questa soluzione terapeutica è che, mentre trasversalmente e sagittalmente i rapporti fra le due arcate si normalizzano, la variazione della dimensione verticale, sia della porzione anteriore che posteriore della faccia, è inevitabilmente presente, in quanto attuata dall'uso del presidio stesso. Sarà poi nella fase di finalizzazione oclusale che i dati della diagnosi clinica e cefalometrica stabiliranno la reale entità delle modifiche della dimensione verticale necessarie, se sono da effettuarsi solo nel distretto anteriore o nel posteriore o in entrambi, ovvero più su un lato rispetto all'altro. Questo potrà essere legato a fattori squisitamente dentali o dento-alveolari nei casi a finalizzazione ortodontica o anche a modificazioni scheletriche, nei casi a finalizzazione ortodontico-chirurgica.

Principi e strategie terapeutiche

Nel piano di trattamento del paziente disfunzionale con finalizzazione ortodontica si possono riconoscere cinque principi di base: 1. il riposizionamento mandibolare, che rappresenta la fase iniziale, ortopedica, prioritaria soprattutto nei casi a sintomatologia oggettiva e soggettiva conclamata.

2. Il piano di trattamento ortodontico, condotto sulla base delle analisi di studio effettuate dopo questo recupero ortopedico.

3. La coordinazione delle arcate attraverso la distribuzione degli spazi che può prevedere o meno delle soluzioni estrattive, con eventuale ricostruzione protesica nei casi con agenesie o mutilazioni.

4. Una biomeccanica settoriale con la contemporanea gestione del presidio oclusale.

5. L'eventualità del ricorso alla chirurgia ortognatica, qualora la discrepanza tra le basi ossee risulti eccessiva.

Riguardo all'analisi della dimensione verticale dento-alveolare e scheletrica, le conclusioni di varie indagini sono state abbastanza omogenee per quanto riguarda la suddivisione dei pazienti in base alla divergenza



FIGURA 6: Caso A: trattamento ortodontico esteso a tutta l'arcata superiore.



FIGURA 7: Caso B: proiezioni intraorali iniziali.



FIGURA 8: Caso B: placca di riposizionamento mandibolare.

scheletrica (Garino & Capurso, 1992, Capurso & Garino, 1992).

Nella pianificazione ortopedico-ortodontica sono pertanto da seguire specificazioni e variabili dipendenti dalla tipologia dell'individuo, che in linea di massima possono essere le seguenti:

A) Nei normodivergenti:

- recupero della perdita di dimensione verticale effettiva, asimmetrica, mascherata dalle componenti dislocanti trasversale e sagittale;
- significativa presenza di agenesie e mutilazioni, specie nell'arcata superiore;
- conseguente necessità di ulteriore finalizzazione protesica;
- controllo particolare di iperfunzioni e parafunzioni.

B) Negli iperdivergenti:

- indicate le soluzioni estrattive;
- chiusura degli spazi, mesializzazione dei fulcraggi;
- recupero dei diametri trasversi delle arcate;
- controllo di respirazione, deglutizione, sigillo labiale e linea del sorriso.

C) Negli ipodivergenti:

- controindicate le soluzioni estrattive;
- riapertura degli spazi, uprighting dei molari;
- livellamento delle curve di Spee;
- approccio tendenzialmente settoriale.

Negli ipodivergenti, l'eventuale redistribuzio-

ne degli spazi deve essere completata dalla finalizzazione protesica.

Le problematiche sono più variamente articolate nel caso degli iperdivergenti.

Quando il compenso dento-alveolare è sufficiente, la riduzione della dimensione verticale viene ottenuta, in linea di massima, mediante la chiusura degli spazi estrattivi e la mesializzazione dei fulcraggi.

Quando, invece, la finalizzazione è ortodontico-chirurgica, bisogna fare una distinzione preliminare fra presenza o meno di marcato morso aperto: nella prima evenienza, si livella esclusivamente la curva di Spee inferiore, mentre ne viene mantenuto il doppio livello superiore; nella seconda, si livellano entrambe le curve di compenso (Garino & Capurso, 1992). La modifica della dimensione verticale scheletrica è ottenuta con i mezzi della chirurgia ortognatica e l'indicazione più frequente è per un intervento combinato, associato o meno ad un settoriale.

Quando è prevista una postrotazione con impattamento del mascellare, sarà necessaria, al caso, una compensazione dento-alveolare a livello dei distretti posteriori, nella fase ortodontica post-chirurgica.

Nei pazienti con normale divergenza, la componente trasversale può mascherare la perdita di dimensione verticale, con risalita mandibolare dal lato dell'eventuale crossbite monolaterale, per cui, sostanzialmente,

il trattamento ortodontico recupera, attraverso la componente dento-alveolare, la piccola deficienza scheletrica che scaturisce dalla dislocazione mandibolare in dietro ed in alto (Capurso & Garino, 1992): tutto ciò viene visualizzato molto bene mediante il montaggio in articolatore dei modelli di studio.

Esempi clinici

Caso A: soggetto di sesso femminile, di anni 17, che si presenta in condizione di blocco meniscale dell'articolazione temporomandibolare di destra (locking), dal quale viene facilmente liberata con opportune manipolazioni ma in cui ricade nel giro di circa qualche ora, particolarmente durante i pasti (forma subentrante).

L'analisi occlusale (Fig. 3) mostra una situazione di classe III compensata, morso incrociato parziale antero-laterale destro, riduzione dei diametri trasversi superiori ed indice di Bolton negativo.

Con metodo clinico viene effettuato il riposizionamento mandibolare e messa in opera (a mandibola sbloccata) una placca di riposizionamento superiore (Fig. 4), in acrilico a caldo, che viene portata 24 ore al giorno, anche ai pasti. Il recupero funzionale è immediato, ma la terapia solo ortopedica prosegue per quattro mesi.

Quindi, sulla scorta delle analisi di studio effettuate a mandibola riposizionata, viene impostato il trattamento ortodontico come terapia occlusale definitiva, mirato soprattutto al miglioramento di forma e perimetro dell'arcata superiore.

Esso è inizialmente settoriale (Fig. 5) e gestito con progressive modifiche del presidio occlusale che continua ad essere portato in modo continuo.

In una fase successiva la nuova posizione mandibolare è sufficientemente sostenuta dall'appoggio dentario posteriore; pertanto la placca, dato anche il positivo monitoraggio sintomatologico, può essere abolita ed il trattamento viene proseguito come un caso routinario, con bandaggio completo dell'arcata superiore (Fig. 6) e successivamente anche dell'inferiore per il coordinamento delle arcate ed il raggiungimento di un corretto antagonismo.

Caso B: soggetto di sesso femminile di anni 26, che presenta da alcuni anni una incordinazione condilo-discale dell'articolazione temporomandibolare di sinistra, con fasti-



Figura 9: Caso B: bandaggio dell'arcata inferiore in contemporanea alla placca.



Figura 10 Caso B: proiezioni intraorali finali.

dioso rumore di schiocco reciproco omolaterale, presente nei movimenti mandibolari e, particolarmente, durante la masticazione, l'addentamento e lo sbadiglio. Vi sono inoltre un notevole ipertono della muscolatura masticatoria e problemi posturali cervicali.

L'analisi occlusale evidenzia una classe I dentaria con morso incrociato a livello premolare sinistro (il lato della incoordinazione) (Fig. 7). Inferiormente si nota una grave discrepanza dento-alveolare con affollamento, rotazione e dislocazione severa del - 5.

La discopatia è facilmente compensabile con un riposizionamento mandibolare, che viene ricavato con metodo clinico e mantenuto da un presidio occlusale di riposizionamento, anch'esso costruito su articolatore in acrilico a caldo e portato 24 ore al giorno, naturalmente anche ai pasti (Fig. 8).

L'alterazione artrocinematica viene immediatamente corretta e la dinamica mandibolare è ampia e libera, in assenza di schiocchi. Più gradualmente si ottiene il controllo del disordine muscolare regionale e si ha un miglioramento della dinamica cervicale.

Dopo circa tre mesi, può essere impostato il trattamento ortodontico con bandaggio completo dell'arcata inferiore e contemporaneo uso della placca superiore (Fig. 9).

Dopo nove mesi di trattamento combinato le arcate sono morfologicamente corrette ed efficacemente stabili (Fig. 10); la placca occlusale per qualche mese diventa un presidio solo notturno, per poi essere completamente dismessa, in assenza di sintomatologia.

Conclusioni

Nel paziente disfunzionale con finalizzazione ortodontica si deve comunque spesso rinunciare a criteri di occlusione ottimale, accettando compromessi dovuti al fatto che il vero obiettivo è il silenzio sintomatologico ed il recupero della funzione. Una lieve ipercorrezione ortopedica è spesso insita nelle procedure di riposizionamento ed una piccola recidiva nell'assetto dentale è attesa, in quanto già abitualmente non si possono travalicare i limiti della tipologia facciale individuale ed il compenso dento-alveolare può essere lievemente forzato: l'obiettivo fondamentale è la compatibilità funzionale del sistema.

Dal punto di vista pratico, la gestione biomeccanica richiede particolare attenzione, specialmente per quanto riguarda le forze

impiegate, le trazioni elastiche interarcate e gli attacchi stessi, sia nella fase di posizionamento iniziale, per non creare una brusca prematurità occlusale, sia in fase finale, adottando una razionale selettività nello sbandaggio, sempre per non creare improvvise alterazioni dell'equilibrio occlusale via via raggiunto.

Nei disordini craniomandibolari, dunque, in casi naturalmente ben selezionati e sostenuti da una diagnosi sicura, è necessaria una terapia strutturale di finalizzazione occlusale, per forza di cose più complessa e con una successione prestabilita di interventi attivi.

L'ortodonzia sta certamente diventando la strategia terapeutica più idonea, e lo sarà sempre di più, nella misura in cui migliorerà lo stato di salute dento-parodontale della popolazione.

BIBLIOGRAFIA

American Academy of Craniomandibular Disorders. (1990)

Guidelines for evaluation, diagnosis and management.
Chicago: Quintessence, 9-12.

Artun J. (1992)
Relationship between orthodontic treatment, condylar position and internal derangement in the temporomandibular joint.
Am J Orthod Dentofacial Orthop 101: 48-53.

Behrens R.G. (1992)
TMJ research: responsibility and risk.
Am J Orthod Dentofacial Orthop 101: 1-3.

Capurso U. (1985)
Indagine epidemiologica sulle disfunzioni dell'apparato stomatognatico in adolescenti.
Atti del IV Congresso Italiano di Chirurgia Maxillo-facciale. Ancona: 115-121.

Capurso U. (1989)
La patologia meniscale dell'ATM.
Il Dentista Moderno 3: 455-466.

Capurso U., Garino G.B. (1992)
Ortognatodonzia e funzione masticatoria. Clinica delle disfunzioni cranio-cervico-mandibolari.
Milano: Masson.

Capurso U., Garino G.B. (1994)
Ortognatodonzia ed asimmetrie facciali. Terapia nell'età evolutiva.
Milano: Masson.

Capurso U., Marini I., Alessandri Bonetti G. (1996)

I disordini craniomandibolari; fisioterapia speciale stomatognatica.

Bologna: Martina.

Carano A., Leone P., Carano A. (2001)
Orthodontic finalization strategies in dysfunctional adult patients.
J Craniomandib Pract 19(3): 195-213.

Garino G.B., Capurso U. (1990)
Ortodonzia e protesi: finalizzazione dei casi disfunzionali.
Mondo Ortod 3: 341-352.

Garino G.B., Capurso U. (1992)
The role of the orthodontist on the clinical approach of the cranio-facial disorders.
In: Gianni E editor. *Dentofacial development and function.* Padova: Piccin: 123-126.

Grummons D. (1994)
Orthodontics for the TMJ-TMD patient.
Scottsdale (Arizona): Wright & Co.

Helkimo M. (1979)
Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system.
In: Zarb G, Carlsson G editors. *TMJ function and dysfunction.* Munksgaard: Copenhagen.

Kurita H., Ohtsuka A., Kobayashi H., Kurashina K. (2001)
A study of the relationship between the position of the condylar head and displacement of the temporomandibular joint disk.
Dentomaxillofacial Radiology 30: 162-165.

Machen D. (1990)
Legal aspects of orthodontics.
Am J Orthod Dentofacial Orthop 99: 48-53.

McNamara J.A. jr, Seligman D.A., Okeson J.P. (1995)
Occlusion, orthodontic treatment and temporomandibular disorders: a review.
J Orofacial Pain 9: 73-90.

McNeill C. (1992)
Current controversies in temporomandibular disorders.
Chicago: Quintessence.

Seligman D.A., Pullinger A.G. (1991)
The role of functional occlusal relationships in tmj disorders: a review.
J Craniomandib Disord Facial Oral Pain 5: 265-279.

Solberg W. (1991)
Patologie temporomandibolari.
Milano: Scienza e tecnica dentistica, edizioni internazionali.

Vanderas A. (1993)
Relationship between malocclusion and cranio-mandibular dysfunction in children and adolescents: a review.
Pediatric Dentistry 15: 317-322.

FONTE: RIS 2-2003

Un approccio multidisciplinare all'identificazione e trattamento delle asimmetrie mandibolari: dall'adolescenza alla maturità

Corso pregressuale del VII Congresso SINET "La terapia delle asimmetrie mandibolari dall'età evolutiva all'età adulta in ortopedia ed in chirurgia: risultati a lungo termine"

Data corso
Napoli 28-05-2010

DR. David L. Turpin

L'argomento di questa giornata mette in luce la multidisciplinarietà della terapia ortodontica focalizzata sul trattamento delle asimmetrie cranio-facciali.

Lo scopo è fornire informazioni preziose sul trattamento dei pazienti adolescenti ed adulti con problemi multidisciplinari sia scheletrici che dentali. Per quanto possibile, sarà enfatizzato un approccio evidence based che porti a risultati a lungo termine: Quanto precoce può essere la diagnosi delle varie forme di asimmetria?

Quanto è critica l'individuazione della sede di un'asimmetria evolutiva?

È possibile raggiungere una correzione stabile delle asimmetrie negli adulti?

Queste domande ed altre ancora saranno affrontate durante il corso.

La discussione sul trattamento delle asimmetrie mandibolari chiarirà come ricercare i più alti livelli di evidenza e come giudicare il livello di evidenza esistente per la risoluzione di questi problemi.

I Sessione

Introduzione degli obiettivi del corso
Gerarchia dell'evidenza e il suo significato
Ricerca e valutazione delle informazioni

II Sessione

Diagnosi delle asimmetrie dentali e scheletriche

Trattamento della malocclusione di classe II, suddivisione

III Sessione

Altre modalità di trattamento per la correzione delle asimmetrie

IV Sessione

Casi clinici come esempio di pianificazione del trattamento adatto alle esigenze specifiche dei pazienti con asimmetrie

Riassunto di quanto è stato discusso; spazio per ulteriori domande, discussione

Modalità di partecipazione

La partecipazione è riservata ai Soci Sinet in regola con il versamento della quota associativa, ai soci Sicmf, agli specializzandi e agli studenti CIsopd.

Iscrizione entro il 15 maggio 2010

Segreteria Organizzativa

Via G. Ferrigni, 7 - 80121 Napoli
Tel. 081.7616181 - Fax 081.682286
sinet@mediacongress.it

FONTE: www.sinetortodonzia.it

ASSOCIAZIONE ITALIANA
**ORTODONZIA
LINGUALE**

AIOL
Associazione Italiana Ortodonzia Linguale

SIDO - SOCIETÀ ITALIANA DI ORTODONZIA

L'Aiol (Associazione Italiana Ortodonzia Linguale) è una associazione scientifica e culturale nata nel 1994 con lo scopo di favorire, diffondere e valorizzare l'ortodonzia linguale, nel quadro generale delle discipline ortodontiche, mediante la promozione e la realizzazione di attività scientifiche e culturali. Essa non ha scopo di lucro e mira a favorire lo sviluppo degli studi sull'ortodonzia linguale a livello nazionale ed internazionale.

L'Ortodonzia Linguale, è una tecnica ortodontica estetica che, attraverso attacchi posizionati sul versante linguale dei denti, quindi totalmente invisibili, è in grado di trattare qualsiasi malocclusione al pari delle tecniche vestibolari e con gli stessi tempi di trattamento.

Possono far parte dell'Associazione i seguenti professionisti:

- Medici chirurghi laureati in possesso della Specializzazione in Odontostomatologia e/o Ortodonzia
- Odontoiatri in possesso di laurea
- Medici chirurghi iscritti all'Ordine degli odontoiatri

Il Consiglio Direttivo viene eletto ogni tre anni ed è costituito da sette membri: Presidente, Vice presidente, Segretario, Tesoriere e tre Consiglieri.

Secondo lo Statuto, il socio, una volta iscritto regolarmente all'Associazione, ha la possibilità di diventare "socio attivo", tramite la presentazione di due casi, trattati esclusivamente con ortodonzia linguale, e con buoni risultati estetici e funzionali, valutati da un'apposita commissione. Il socio attivo ha la possibilità di partecipare alle cariche sociali, ovvero al Consiglio e ha diritto di voto in Assemblea.

Il socio non attivo può partecipare a tutte



le attività culturali della Associazione, ma non ha diritto di voto e non può ricevere cariche sociali.

Cos'è l'ortodonzia linguale?

L'ortodonzia linguale è nata durante gli anni '80 negli U.S.A. e si è perfezionata fino ad oggi; attualmente annovera i maggiori specialisti in Europa e Giappone.

È nata per poter andare incontro alle esigenze dei pazienti adulti che necessitano di trattamento ortodontico ma rifiutano l'apparecchiatura tradizionale esterna, per motivi estetici.

Grazie all'introduzione della tecnica linguale, attraverso il posizionamento di attacchi sul versante linguale dei denti, quindi totalmente invisibili, è possibile affrontare qualsiasi malocclusione al pari delle tecniche vestibolari e con gli stessi tempi di trattamento.

Dopo l'iniziale periodo di adattamento, che prevede una leggera alterazione della fonazione, l'apparecchiatura viene ben tollerata dal paziente, al pari dell'apparecchiatura esterna.

Recentemente le dimensioni dell'attacco sono state notevolmente ridotte, migliorando il comfort per il paziente.



FONTE: www.aiol-online.it