

Il mantenimento della posizione oclusale nei DCCM, risoluzione dei casi complessi mediante la costruzione della Controplacca notturna

Holding occlusal position in DCCM's: solution of hard cases by building a nocturnal counter-bite

Dott. Giuseppe Massaiu, libero professionista, Sassari-Nuoro

Dott. Giovanni Toxiri, libero professionista, Cagliari-Nuoro

Riassunto

Gli autori presentano un semplice strumento terapeutico, che deriva da anni di esperienze nel campo gnatologico, che aiuta a risolvere casi di DCCM in apparenza complessi,

ma che dipendono dall'incapacità da parte del paziente a mantenere l'occlusione terapeutica indotta dalla placca di riposizionamento mandibolare

Parole chiave:

DCCM (disfunzioni cranio cervico mandibolari), occlusione terapeutica, placca di riposizionamento

Abstract

Authors are presenting a simple therapeutic instrument which in derived from years of experiences in gnatologica field. It can help to solve

any DCCM's cases, seeming hard, depending on patient's incapacity to maintain therapeutic occlusion induced by mandibular replacing bite

Key words:

DCCM (cranial cervical mandibular deseases), therapeutic occlusion, replacing bite

Introduzione

Nella nostra pratica quotidiana è oramai da vari anni consueto l'uso di una placca di stabilizzazione mandibolare secondo Bernkopf(foto 1). La posizione terapeutica è garantita dall'uso delle chiavi canine dove il

paziente volontariamente individua l'occlusione che abbiamo determinato precedentemente mediante i test dell'indagine diagnostica gnatologica. Nella maggioranza dei casi dopo la fase della preterapia con la placca, di durata variabile da tre a sei mesi, s'imposterà la fase terapeutica finale che porterà alla stabilizzazione permanente dell'occlusione nella posizione terapeutica, mediante le comuni tecniche d'intervento: ortodonzia, protesi, molaggio selettivo, variamente interconnesse secondo il caso.

Fisiopatologia

E' un evento a volte sorprendente come, nel periodo immediatamente successivo al posizionamento della placca, si assista, da parte del paziente, alla totale scomparsa della sintomatologia "accessoria" (cefalea, dolore vertebrale, vertigini, otodinia, ecc.) che usualmente accompagna la patologia dell'ATM (Dent Mod, 4: 69-76, 1998).

Questo momento viene definito in maniera simpatica da alcuni operatori come "l'effetto Lourdes" in quanto il paziente si vede dall'oggi al domani privato di tutta una serie di sintomi, che lo accompagnavano da anni, e per i quali, di solito, aveva praticato le più svariate visite specialistiche e terapie mirate, senza risultato.

Non sempre questo risultato si mantiene stabile, in quanto, a volte, dopo un periodo variabile da pochi giorni a qualche mese, si assiste alla ricomparsa della sintomatologia sia articolare che "accessoria". Questo evento lascia una grande sfiducia nel paziente, che considera un evento casuale il precedente stato di benessere, e porta l'odontoiatra a pensare di avere davanti un caso irrisolvibile, o a valutare come inadeguate le proprie capacità terapeutiche e i mezzi impiegati.

Valutiamo quali possono essere state le cause che hanno potuto determinare tale situazione.

Nei primi momenti dopo aver messo la placca di stabilizzazione, il paziente sta molto attento a mantenere la nuova posizione data dalle chiavi canine, parla lentamente, mastica con attenzione, insomma mantiene la nuova posizione terapeutica mandibolare costantemente, sia di giorno, che di notte. E in questo periodo, in cui il sistema oro-maxillo-facciale, si trova perfettamente bilanciato tridimensionalmente nello spazio, il paziente gode dello stato di benessere conseguente. A questo punto, mentre per alcuni la nuova posizione viene mantenuta costantemente (foto 2), per altri, inizia la scoperta di nuove posizioni occlusali, che vanno oltre le chiavi occlusali

presenti (foto da 3 a 5). Questo evento è facilmente evidenziato solo se l'odontoiatra riesce a convincere il paziente a portarlo a livello di coscienza. Perché alla prima domanda: _Ma lei perde mai la posizione occlusale terapeutica?_ lui risponderà sempre di no, in quanto raramente si rende conto di farlo. Ma lavorando con calma, e creando un canale diretto di comunicazione e di fiducia interpersonale, si riesce pian piano a far capire al paziente quanto sia importante il problema, e gli si dà una settimana di tempo per valutare meglio la domanda. Alla nuova visita di controllo la maggior parte dei pazienti ammetteranno la comparsa della parafunzione. Da questo momento tutto il lavoro risulterà più semplice, in quanto, mentre di giorno saranno loro stessi ad auto controllarsi, per le ore notturne, quando si assiste alla perdita del tono della muscolatura a controllo volontario, corticale, e si determina la perdita dell'occlusione terapeuticamente indotta mediante l'uso delle chiavi canine, questi problemi possono essere risolti in maniera molto semplice mediante la costruzione, sulla poltrona e direttamente in bocca al paziente, di un mezzo complementare alla placca di cui sopra, chiamato da noi "Controplacca notturna".

E' questo uno strumento terapeutico costituito da una piccola placca superiore, di norma da laterale a laterale, con un "dentone" palatale (foto 6), che articolando con la superficie linguale della placca inferiore a livello retroincisivo, ha la funzione di mantenere la stabilità occlusale durante la notte, lasciando di giorno il paziente portatore dell'unica placca inferiore.

Utilizzo nei pazienti in trattamento per locking acuto

Un elemento di estremo interesse per l'utilizzo di tale apparecchio si determina nei casi di giovani pazienti che si presentano nel nostro studio per il trattamento del locking acuto. Immediatamente dopo lo sblocco, eseguito secondo le usuali tecniche, la terapia classica prevede il mantenimento della posizione terapeutica mediante una placca superiore di riposizionamento, molto funzionale per mantenere costantemente la posizione e prevenire ulteriori blocchi favorendo il recupero della corretta dinamica articolare-meniscale, ma francamente antiestetica e inadatta allo svolgimento di una corretta vita di relazione. La nostra terapia prevede l'installazione di una placca inferiore con chiavi canine a permanenza, molto più estetica della sua corrispondente superiore e fruibile anche per la

masticazione dei cibi, e l'utilizzo, dalla prima notte dallo sblocco e l'inizio della terapia, della contro placca notturna, durante il sonno

In tal modo tutti i nostri pazienti portano senza problemi durante il giorno la placca inferiore e utilizzano solo la notte l'accessorio che contiene l'antiestetico "dentone".

Costruzione della una controplacca notturna

Creare un solco nella parte anteriore del bite inferiore, tra le due chiavi canine, usando un fresone in carburo di tungsteno sul manipolo dritto (foto n. 7,8,9) al fine di formare lo spazio necessario per la controplacca notturna (foto n.10,11). Rifinire la zona con una fresa al silicone (foto n.12) e lucidare con spazzolini montati su manipolo dritto (foto n.13). Passare con una pallina di cotone la vaselina sulla zona preparata e le zone adiacenti del bite (foto n.14,15), e sui quattro incisivi superiori (foto n.16). Miscelare la resina trasparente, nel ordine: liquido-polvere (foto n.17), attendere che inizi ad indurire e formare con le dita vaselinate una palla (foto 18 n.18) che andrà a coprire completamente gli incisivi superiori iniziando la modellazione del "dentone" (foto n.19). Far chiudere rispettando l'occlusione (foto n.20,21). Quando la resina sta indurendo estrarre e riposizionare sui denti la base della controplacca per evitare che l'indurimento completo in bocca renda disagiata la sua prima estrazione. A questo punto aggiungere lingualmente altra resina e modellare il dentone facendo chiudere e chiedendo al paziente di spingere verso il bite, con la lingua, la massa morbida che sente avanti. Il dentone dovrà avere una lunghezza tale da mantenere la protrusione mandibolare in tutto l'ambito di apertura del free-way space e anche oltre per tutta la durata del riposo notturno (foto n.22,23). Quindi rivalutare la tenuta della controplacca, rispetto all'arcata superiore, e se questa fosse ridotta è sempre possibile ribasare con resina molto fluida, per ottenere il massimo della contenzione. La rifinitura consiste nell'eliminazione totale degli ingombri di resina per donare alla lingua il massimo conforto possibile. Si usa un fresone in carburo di tungsteno montato su manipolo dritto per eliminare i grandi eccessi, in seguito una fresa in silicone per rifinire. Per lucidare degli spazzolini con pomice in polvere ed acqua (foto n.24) e i dischi in camoscio con ossido di alluminio ed acqua (foto n.25).

Considerazioni conclusive

Quindi con la controplacca notturna il paziente terrà sia di giorno che di notte la stessa occlusione, l'ATM lavorerà sempre alla stessa maniera, senza ricevere informazioni discordanti, come succederebbe con l'uso di due placche, superiore notturna e inferiore diurna, e si favorirà una più rapida e duratura guarigione della patologia articolare,

Fra l'altro preparare la controplacca notturna è rapido e semplice, e il paziente sarà costretto ad affrontare una spesa inferiore dall'aver due placche.

Un altro vantaggio è quello di avere una placca inferiore molto più estetica in quanto si potrà evitare la copertura dei centrali inferiori. Non c'è il rischio che questi possano estrudere dato che la notte ricevono in ogni caso un impulso occlusale dall'alto, e si possono realizzare le chiavi canine più piccole, in quanto mentre di giorno sarà il paziente a mantenere coscientemente la posizione terapeutica, la notte sarà la controplacca notturna a preservarla.

Bibliografia

Bernkopf E., Anselmi F. - Cefalea, otalgia e dolore vertebrale da malposizione cranio-mandibolare
R.I.S.,10:61-64,1990

Bernkopf E., Anselmi A., Maraggia A. - Patologia dell'orecchio da disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare
Odontostomatologia e implantoprotesi,7:90-93,1989

Bernkopf A., Broia V., Bertarini A. - Approccio gnatologico agli atteggiamenti scorretti del rachide
Dent Mod, 4: 465-475, 1996

Calderari G.,Ghirardi F.,Giuliani M.,Rinonapoli M.,Rossi G.,Vago M. - Disturbi auricolari nei disordini Atm
Dent Mod, 10 : 39-53 ,1993

Esposito G.M. - Valutazione della relazione esistente tra l'occlusione e la postura
Dent Mod, 5: 923-941, 1988

Esposito G.M. - Le principali cause di problemi ascendenti e discendenti che interessano l'apparato stomatognatico
atti congresso ICAK Europe - Pisa - 24 aprile 1993

Guaglio G. , Seru P. - Un nuovo approccio al paziente ortodontico
Bollettino di informazioni ortodontiche, 36/9: 36-42,1989

Guaglio G. - Influenze della deglutizione atipica sulla cifo-scoliosi
atti congresso ICAK-E - Pisa - aprile 1993 -

Guaglio G. - Importanza della lingua nella diagnosi e terapia della postura laterale in K.A.
atti congresso ICAKE - Montecarlo - giugno 1995 -

Libertucci M. - Il range propriocettivo tridimensionale occlusale
Dent Mod: 9, 1427-1444, 1994

Massaiu G., Toxiri G. – Scomparsa di sintomi “accessori” durante il trattamento delle disfunzioni dell’ATM
Dent Mod, 4: 69-76, 1998

Mazzocco M. - Il trattamento dei disordini craniomandibolari
Dent Mod, 4 159-165, 1989

Molina M. - Concetti fondamentali di gnatologia moderna
Ilic editrice - Milano - 1988

Molina M. - Disturbi dell’articolazione temporo-mandibolare
Ilic editrice - Milano - 1994

Rocchi G. - Evoluzione concettuale del corretto posizionamento condilare
Dent Mod, 7:117-140, 1995

Segù M., M.Bosco, A:Baccalini - L’occlusione nei DCCM
Dental Cadmos 11 : 46-56,1997

Illustrazioni:



foto 1- placca di riposizionamento mandibolare



foto 2- occlusione sulla placca



foto 3, 4, 5 – perdita dell'occlusione terapeutica



foto 6 – placca mandibolare con controplacca notturna



foto 7,8 – creazione del solco iniziale



foto 9,10 – raccordo del solco fra le due chiavi canine



foto 11 – prova in bocca dello spazio necessario

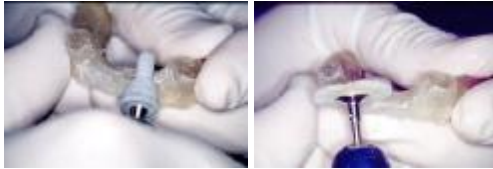


foto 12,13 – rifinitura



foto 14,15,16 – isolamento con la vaselina

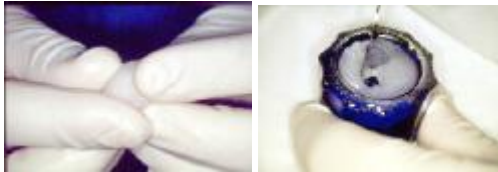


foto 17,18 – preparazione della resina



foto 19,20,21 – resina in bocca e controllo dell'occlusione



foto 22,23 – preparazione del dentone e controllo del free-way space

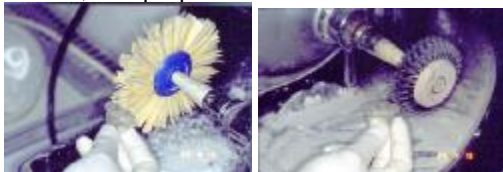


foto 24,25 – rifinitura e lucidatura finale