

Terapia fissa in chiave allostatica: perché la recidiva?

Tutti gli ortodontisti moderni utilizzano la terapia fissa, alcuni come metodo di trattamento esclusivo altri come un ausilio terapeutico nel contesto di un piano di cura. In entrambe i casi alla fine dei trattamenti, per evitare quella che rappresenta il maggior incubo della professione ortodontica (la recidiva), consigliano ai pazienti, nella fase della contenzione, l'utilizzo di una serie di rimedi terapeutici che vanno dalla fissazione rigida di alcuni elementi dentali (retainers) alla consegna di apparecchi rimovibili per lo più notturni (mascherine, placche mobili, attivatori, etc.). Nella maggior parte dei casi, purtroppo, i risultati finali raggiunti con le terapie ortodontiche non sono stabili nel tempo e, nel momento in cui per motivi vari viene meno la contenzione, i denti si spostano dalle posizioni terapeutiche di fine trattamento con grande disappunto sia degli operatori che dei pazienti.

Partendo dal concetto che, come già affrontato in altri congressi AIFO, la malocclusione sarebbe l'espressione della migliore risposta adattativa individuale, messa in atto per salvaguardare la funzione masticatoria in risposta ai cambiamenti delle abitudini di vita, sulla base di messaggi genetici e disfunzionali espressi in quel particolare momento; più che di patologia potremmo parlare della malocclusione come di una "sindrome adattiva". In questa ottica la ricaduta a fine trattamento (recidiva) potrebbe essere intesa come un riadattamento fisiologico teso a bilanciare al meglio la possibilità masticatoria sulla base della persistenza delle disfunzioni dopo i risultati ottenuti con il trattamento.

La forma adattiva attuale delle nostre arcate (malocclusioni e recidive) potrebbe considerarsi come la migliore possibile in risposta alle variazioni degli ambienti (cibo) e dei comportamenti (abitudini di vita) che si sono sviluppati attraverso la moderna evoluzione culturale, peccato che è esteticamente brutta e come tale non accettata dalla maggior parte degli individui della società occidentale così fortemente sensibilizzati alle problematiche di tipo estetico. Biologicamente dovremmo accettare di buon grado la malocclusione perché, nella maggior parte dei casi, non porta patologia ma culturalmente non accettiamo la bruttezza dei denti storti e quindi mettiamo in atto una serie di strategie che portano verso la bellezza ma, spesso, non risultano stabili e virtuose.

Basandoci su quanto detto quali potrebbero essere le strategie e gli apparecchi che permettano di ridurre le recidive e di stabilizzare i risultati ottenuti riducendo gli effetti collaterali indesiderati?

La risposta a queste domande potrebbe venire solo sulla base di una attenta valutazione diagnostica e di una terapia che rispetti le possibilità di adattamento individuale del paziente attraverso l'utilizzo di apparecchi che agiscano come modulatori disfunzionali. Si dovrebbero raggiungere dei nuovi equilibri individuali rispettando i tempi fisiologici quindi, non dovremmo avere fretta di arrivare a risultati morfologici (allineamenti dentali) in tempi brevi. I cambiamenti terapeutici più saranno "fisiologicamente" lenti e più saranno, con buona probabilità, stabili perché saranno supportati da un equilibrio adattativo allostatico raggiunto e tollerato da ogni singolo paziente, ovviamente con le debite eccezioni.

Come esempi di quanto detto prendiamo in considerazione alcuni casi trattati seguendo i dettami sopra esposti e controllati a distanza di qualche decennio.

Nella Figura 1 viene mostrata la situazione iniziale di una paziente di 13 anni e mezzo, classificata come Prima Classe con Affollamento Falso, trattata senza estrazioni con Trazione Cervicale, Lip Bumper, Upper Bumper e Placche Mobili.

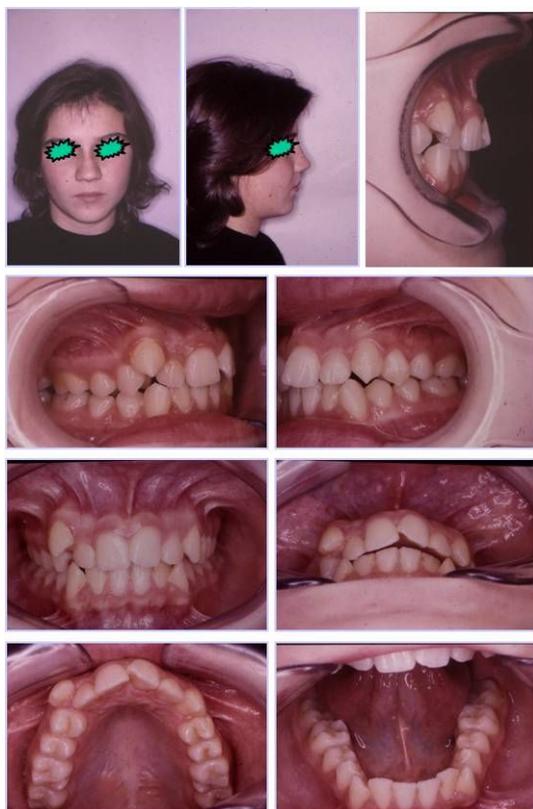


Fig. 1



Fig.2

Nella Figura 2 si vede la paziente dopo 28 anni dall'inizio del trattamento (41 anni di età) ormai ampiamente fuori dalla contenzione; si può notare una bocca non certamente ideale ma piacevole esteticamente, scevra da dolori e dis-funzionalmente valida.

Nella Figura 3 è mostrato l'inizio del trattamento di una paziente di 16 anni con affollamento inferiore e due canini permanenti superiori in ritenzione ossea. Anche lei fu classificata come Affollamento Falso e quindi trattata, senza ricorrere ad estrazioni, con terapia Fissa superiore, Lip Bumper inferiore e poi Placche Mobili.

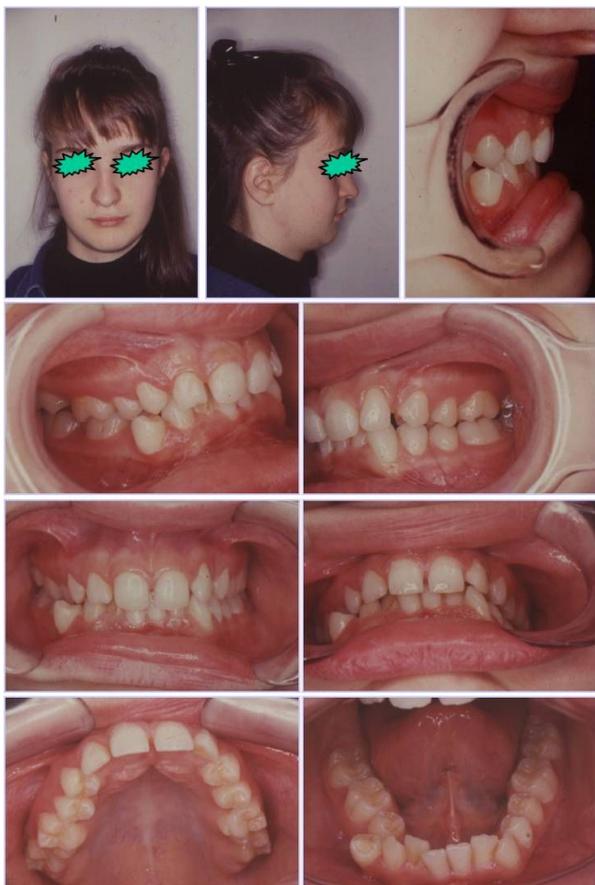


Fig. 3



Fig.4

Nella Figura 4 vediamo la stessa paziente dopo 16 anni dall'inizio del trattamento (32 anni di età) ormai fuori dalla fase di contenzione che, nel caso della ragazza, durò solo qualche anno. La bocca, pur mantenendo una discreta estetica e l'assenza di disturbi stomatognatici, ha mantenuto un leggero affollamento inferiore ma senza ricorrere alla avulsione di alcun elemento dentario.

In Figura 5 è presentato il caso di una bambina di 7 anni e mezzo classificata come Classe Seconda Falsa ed Affollamento Falso. Fu trattata con un Upper Bumper, Placca Inferiore, Fissa e Placche Mobili.

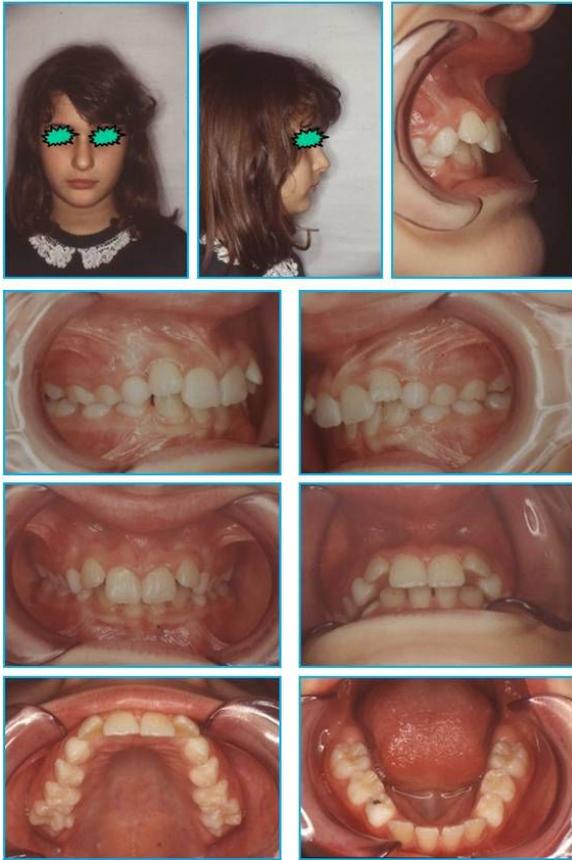


Fig. 5

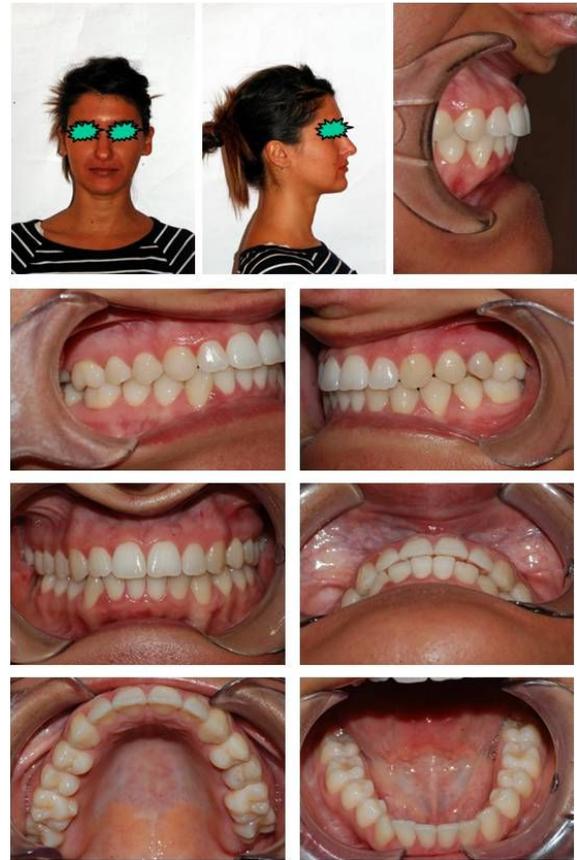


Fig. 6

Nella Figura 6 si può vedere il caso a distanza di 23 anni dall'inizio del trattamento (la ragazza aveva 30 anni di età) ormai fuori contenzione da svariati anni.