

L'apparecchio giusto all'età corretta

Soluzioni fisse, mobili e chirurgiche a seconda del difetto e dell'età

Malocclusioni chirurgiche



Quando si parla di malocclusione chirurgica ci si riferisce alle malocclusioni ove l'ortodonzia obbligatoriamente deve essere effettuata in associazione alla chirurgia.

Vi sono malocclusioni chirurgiche geneticamente determinate e malocclusioni che diventano chirurgiche a fine sviluppo in quanto non trattate nel periodo adeguato, cioè nel periodo di sviluppo dei giovani pazienti in cui si può guidare e condizionare la crescita ossea.

Nelle malocclusioni chirurgiche, geneticamente determinate, si attende l'età di 16-17 anni per la terapia ortodontica e chirurgica. In età più precoce, solitamente, si interviene con minime correzioni atte ad evitare un maggior aggravarsi della malocclusione.

Il paziente deve prima essere preparato (foto 1 e 2) dall'ortodonzista e poi, dopo un periodo di cura mediamente di 1 anno e mezzo, ma in funzione del tipo di malocclusione può essere anche più breve o più lungo, lo si opera per la correzione scheletrica ossea. Dopo l'intervento l'ortodonzista rifinisce l'occlusione sempre mediante l'apparecchio rimasto, nel frattempo, in sede, facendo corrispondere perfettamente gli elementi dentari nel loro ingranaggio.



1

Inizio cura in cui si nota il mento prominente



2

Fine cura con evidente accorciamento chirurgico del mento

L'ortodonzia è la branca dell'odontoiatria che si occupa di studiare e curare, non solo quelle alterazioni dell'occlusione presenti nei giovani pazienti ma anche negli adulti, definite **malocclusioni**. Noi specialisti in ortodonzia ci dobbiamo sempre porre il quesito di quando trattare un paziente che presenta una malocclusione, in quanto il trattamento va effettuato all'età più corretta. Vi è quasi sempre l'età ideale per il trattamento ortodontico. Spesso è necessario attendere e rimandare il trattamento in quanto la malocclusione, da un lato, si evidenzia molto precocemente e dall'altro, la sua evoluzione non ancora completata, renderebbe solo parzialmente efficace la terapia. Innanzitutto dobbiamo separare in due importanti gruppi i nostri pazienti in funzione della loro età: giovani pazienti in sviluppo e pazienti a fine sviluppo. Nel primo gruppo noi ortodontisti possiamo intervenire sia a livello dentale che scheletrico, vuol dire che i nostri apparecchi saranno in grado sia di raddrizzare i denti, cosa visibile a tutti, ma anche a stimolare e guidare la crescita ossea in determinate direzioni, condizionandola, cosa ancora più importante ma decisamente meno visibile per i nostri pazienti e i loro genitori. Nei pazienti adulti, a fine sviluppo scheletrico e quindi maggiorenni, possiamo intervenire con gli apparecchi, quali essi siano, solo a livello dentale; alcune cure richiedono anche interventi a livello scheletrico e quindi associamo abitualmente la chirurgia ossea all'ortodonzia per ottenere un risultato sovrapponibile ad una cura effettuata nel giovane paziente.

Gli interventi nella fase di crescita

Cercando di classificare gli interventi terapeutici, per necessità, bisogna un po' generalizzare, infatti ogni paziente rappresenta un caso a parte; vi sono casi in cui il nostro intervento e il posizionamento dell'apparecchio ortodontico è estremamente precoce, quando ancora i piccoli pazienti hanno solo i denti da latte, sono questi i cosiddetti morsi crociati o inversi, quando, cioè, la mandibola e il mascellare sono in rapporto inverso nell'occlusione, sia parzialmente, come può succedere solo su un lato della bocca, anteriormente o lateralmente, sia in toto (se consideriamo la bocca come una scatola, il mascellare superiore è il coperchio della scatola e la mandibola la base; quando l'occlusione è corretta la mascella chiude esternamente alla mandibola). È fondamentale in questi pazienti intervenire, precocemente per evitare uno sviluppo scheletrico scorretto ed avere la necessità, poi, di un trattamento ortodontico più lungo, complesso e caratterizzato anche da un intervento chirurgico associato.

Nei giovani pazienti in sviluppo gli apparecchi lavorano sia a livello dentale che scheletrico, possono cioè raddrizzare i denti, ma anche stimolare e guidare la crescita ossea in determinate direzioni, mentre nei pazienti adulti agiscono solo a livello dentale.



Un altro gruppo importante per il trattamento ortodontico è quello definito della terapia **intercettiva** che viene effettuato nel periodo di permuta, cioè di sostituzione dei denti da latte con i denti definitivi, onde favorirne l'eruzione in posizione corretta ed intercettare le malocclusioni. Talvolta si interviene togliendo addirittura precocemente dei denti da latte per lasciare il posto ai denti definitivi, o si interviene con una terapia detta **funzionale**, mediante apparecchi mobili che stimolano la crescita scheletrica nella direzione desiderata. Vero è che il nostro intervento deve essere effettuato nel picco di crescita per correggere la malocclusione e ottenere il massimo risultato e la massima collaborazione del paziente. È necessario evitare, se possibile, le cure molto lunghe, anche se ve ne sono che durano normalmente 2-3 anni nella loro fase attiva, in quanto nelle cure lunghe, oltre ad affrontare il rischio di demineralizzazione dei denti, per la più difficile igiene con gli apparec-

chi e conseguentemente la maggiore frequenza di carie, si perde la collaborazione dei pazienti che, stancandosi, vengono poco volentieri dall'ortodontista. Ecco che, per noi ortodontisti, è necessario ottenere il massimo risultato "utilizzando" il picco di crescita dei giovani pazienti ove la terapia ortodontica risulta essere la più efficace.

Le terapie per gli adulti

Se nel giovane paziente esiste la possibilità di intervenire con apparecchi fissi o mobili in funzione della malocclusione e dell'età, anche se le importanti terapie vengono quasi completamente effettuate con apparecchi fissi, nell'adulto, che ormai rappresenta una realtà considerevole e importante negli studi ortodontici, le terapie, per essere efficaci, devono essere fisse. Un gruppo a parte è costituito dai **trattamenti estetici**, mediante apparecchi invisibili, che permettono molti dei movimenti dentari, senza che alcuno possa nota-

re la presenza dell'apparecchio nella bocca del paziente. È importante sapere che qualsiasi trattamento ortodontico effettuato a fine crescita, quindi dopo i 16-17 anni, permette solo lo spostamento dei denti ma non può essere efficace a livello scheletrico. Facciamo un esempio: un palato stretto che ha determinato un morso crociato, che nel bambino può essere facilmente e rapidamente risolto anche con l'uso di un apparecchio mobile, nell'adulto, invece, non può essere trattato esclusivamente con l'ortodonzia ma necessita anche di un contestuale intervento chirurgico. Attualmente, mediante la chirurgia miniinvasiva ambulatoriale è possibile, con un minimo disagio del paziente ed un ottimo confort, ottenere, a qualsiasi età, un recupero completo e corretto dell'occlusione, sia nelle piccole alterazioni occlusali che nelle gravi malocclusioni, anche a 50-60 e 70 anni.

La chirurgia miniinvasiva

Quando si parla di **chirurgia miniinvasiva** si definisce una tecnica ambulatoriale che utilizza attrezzature estremamente delicate e sofisticate, ad ultrasuoni, che permettono di provocare sottili sezioni ossee atte a correggere le malocclusioni garantendo, in associazione con gli apparecchi, lo spostamento in tempi molto più rapidi dei denti che risultano in posizioni scorrette, con il tessuto osseo e gengivale circostante. Sono queste applicazioni innovative e utilizzabili anche a fine crescita, in grado di accelerare i tempi di cura senza minare il risultato finale e rendendo più gradevole l'accettazione del piano di trattamento. L'incrementata sensibilità nei nostri pazienti adulti per una masticazione adeguata ed un'occlusione corretta, le innovazioni tecnologiche e scientifiche, ci permettono attualmente di ottenere risultati inaspettati solo poco tempo addietro.



A cura del Prof. Marco Finotti

Laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortognatodonzia a Padova.
Prof. A.C. Università degli Studi di Padova.
È stato docente in Chirurgia Paradontale e Implantoprotesi alle Università Popolari di Caserta e Milano. Libero professionista a Padova e Milano.

www.agendasalute.com