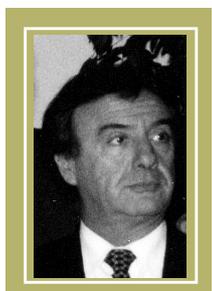


# La programmazione gnatologica nella riabilitazione orale

I concetti che permettono di conoscere i vari aspetti funzionali del sistema masticatorio e gli accorgimenti per riconoscere, prevenire e risolvere le patologie dello stesso

Da un corso di Anibal A. Alonso



Prof. Anibal A. Alonso (attualmente professore e titolare della cattedra di Protesi-Occlusione e Disfunzione Temporo

Mandibolare all'Università di Kennedy - Buenos Aires, Argentina), vanta una singolare carriera in Argentina e all'estero sia come ex professore e titolare di cattedra (Chirurgia e Protesi dentaria all'Univerità di Buenos Aires e all'Università de la Plata) sia come relatore di corsi e congressi in tutto il mondo, nonché autore del libro "Oclusión y Prostodoncia Clínica Integral".

Il Prof. Alonso è inoltre preside delle Cliniche Integrali dell'Università Kennedy di Buenos Aires, fondatore del Centro Gnatologico Argentino e professore-direttore del corso di occlusione e riabilitazione orale all'Università di Pittsburg.



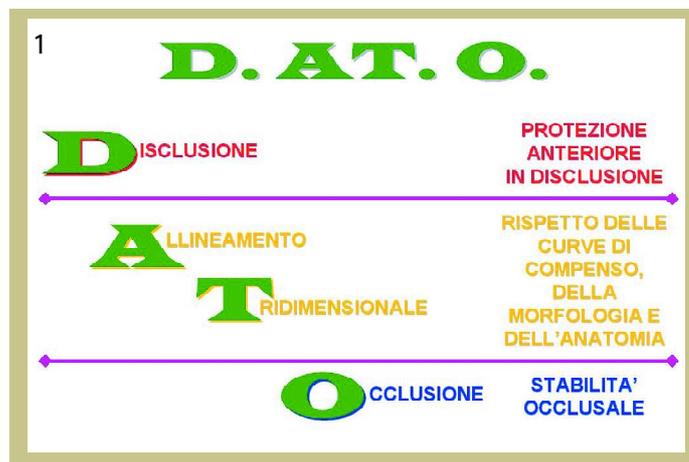
Andrea De Benedetto. Nato a Genova il 28 settembre 1964. Diplomato odontotecnico presso l'Ipsia Gaslini di Genova nell'anno 1982

Stretto collaboratore di Denil Tasso dal 1981 al 1984. Titolare di laboratorio dal 1986. Presidente Arco (Assemblea dei Relatori per la Cultura Odontotecnica). Corrispondente regionale numerose riviste scientifiche del settore odontotecnico. Coautore di due libri di protesica dentale per Lucisano - Zanichelli Editori. Autore di conferenze e pubblicazioni scientifiche sul territorio nazionale e negli Stati Uniti d'America.

Fig. 1. La parola "DATO" è l'acronimo con il quale il Prof. Anibal Alberto Alonso racchiude la filosofia gnatologica da lui descritta.

La "D" sta per disclosione cioè la funzione di protezione anteriore rappresentata dal fenomeno grazie al quale con qualsiasi movimento dinamico dell'arcata inferiore i denti anteriori devono creare immediatamente spazi uniformi a livello dei denti posteriori.

Le lettere "A" e "T" stanno per allineamento tridimensionale cioè il rispetto, da parte degli interventi riabilitativi (siano additivi, sottrattivi o ortodontici) dei piani di riferimento, delle curve di compenso, della morfologia e dell'anatomia. La "O" sta a sottolineare l'importanza della ricerca una perfetta stabilità oclusale, nella posizione determinata per la riabilitazione, che garantisca il mantenimento di questa relazione tra le arcate, tra condili e fosse e quindi nel sistema neuro muscolare connesso.



Presentiamo una nuova esperienza didattica per la nostra rivista e cioè non il tradizionale articolo di tecnica ma la "trascrizione in bella" degli appunti raccolti dall'autore durante la partecipazione al corso teorico del 13 e 14 Febbraio tenuto dal Prof. Anibal Alberto Alonso.

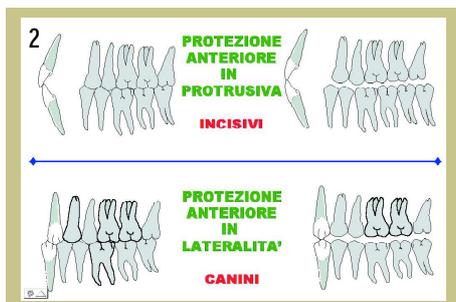


Fig. 2. In una dentatura gnatologicamente funzionale la creazione, nelle cinetiche delle arcate, di spazi immediati uniformi tra i denti posteriori, grazie al fenomeno dello "svincolo", è affidata agli incisivi centrali nei movimenti prettamente protrusivi ed ai canini nei movimenti a predominanza laterale.



Fig. 3. La creazione della disclusione è affidata ai denti anteriori perché a livello dei denti anteriori le forze muscolari, che hanno le proprie inserzioni principali a livello dei denti posteriori, sono meno "potenti".

A livello dei denti anteriori il "gioco di leve" rappresentato dalla mandibola rispetto al mascellare superiore e dalla muscolatura è paragonabile ad una leva di terza classe (per definizione "svantaggiosa") che esprime quindi minori sollecitazioni sui denti in loco posizionati.

I denti anteriori sono più adatti a sopportare le forze laterali anziché quelle verticali perché hanno radici più lunghe e, avendo maggiore sensibilità (propriocettività), sono più protetti, salvo parafunzioni e quando il paziente è cosciente, da eventuali movimenti parafunzionali.

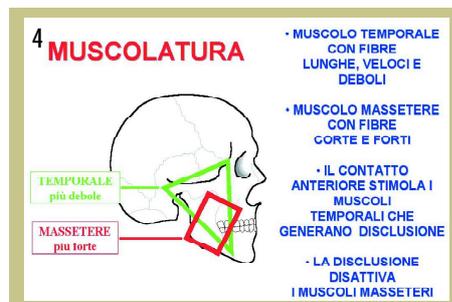


Fig. 4. La creazione della disclusione è affidata ai denti anteriori perché a livello dei denti anteriori le forze muscolari, che hanno le proprie inserzioni principali a livello dei denti posteriori, sono meno "potenti".

Infatti il muscolo Temporale, che ha la propria inserzione leggermente più vicino ai denti anteriori, è più debole del Massetere che agisce a livello dei denti posteriori.

Fig. 5. A livello dei denti anteriori il "gioco di leve" rappresentato dalla mandibola rispetto al mascellare superiore e dalla muscolatura è paragonabile ad una leva di terza classe (per definizione "svantaggiosa") che esprime quindi minori sollecitazioni sui denti in loco posizionati.

In un sistema masticatorio efficiente, cioè privo di parafunzioni o precontatti deflettenti che possono alterare il tipo di leva, il fulcro è rappresentato dai condili, i bracci delle leve da mandibola e mascellare superiore, la potenza dalle azioni dei muscoli maggiori mentre la resistenza è rappresentata dal "lavoro" della dentizione.

Fig. 6. Le forze tangenziali (laterali) qui schematizzate dalla spinta laterale applicata ad un ombrellone sono meglio tollerate da un corpo "profondamente conficcato" in una massa.

I denti anteriori hanno, come il nostro ombrellone, radici più lunghe e più profondamente connesse nella cresta ossea.

Le forze assiali (verticali) qui schematizzate dalla spinta verticale applicata ad uno sgabello sono meglio tollerate da un corpo con maggiori superfici di scarico in una massa.

I denti posteriori hanno, come in questo caso il nostro sgabello, radici con superfici maggiormente adatte a sopportare le forze verticali.

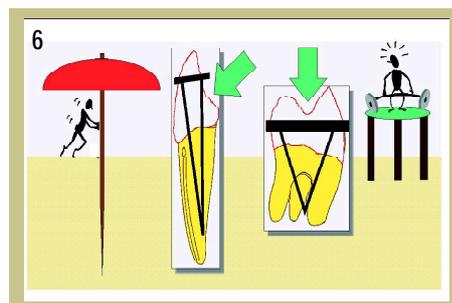




Fig. 7. Il canino riveste una importanza fondamentale nella presente filosofia gnatologica ed in molte altre scuole di pensiero funzionale. In primis perché, in una bocca funzionalmente efficiente, protegge la dentatura ed il sistema masticatorio dai possibili danni provocati dalle parafunzioni derivanti dai deficit nei movimenti di lateralità che sono tra i più dannosi. Se idealmente privassimo una bocca dei contatti degli altri denti, ad esempio durante le fasi di registrazione dell'articolazione, ottenendo con i dovuti aggiustamenti il contatto canino simultaneo tra i quattro denti medesimi avremo probabilmente anche, salvo gravi patologie dell'A.T.M., un corretto alloggiamento di condili, menischi e sinovie. Il canino indica anche chiaramente il tipo di intercuspidação della propria emiarcata

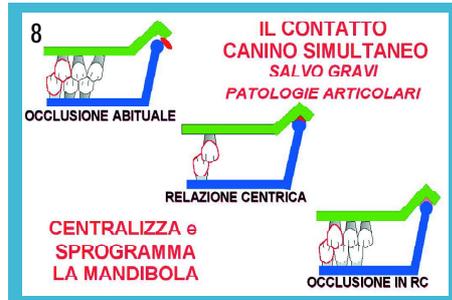


Fig. 8. L'occlusione abituale nel 95 % dei casi è frutto di patologie, dispositivi incongrui, adattamenti e compensazioni. Eliminando, con specifici protocolli diagnostici e riabilitativi, questi deficit e dotando le arcate di doppi contatti simultanei a livello dei canini, salvo gravi patologie dell'A.T.M., nella maggioranza dei casi otterremo spazi anatomici per la protesizzazione ed un più anatomico alloggiamento di condili e dei tessuti articolari. Ovviamente eliminando temporaneamente le interferenze dentali deflettenti otterremo anche una più conforme situazione neuro muscolare.



Fig. 9. Il canino indica anche il tipo di intercuspidação della rispettiva emiarcata. Esaminando una dentatura esistente o eseguendo una ceratura analitica in relazione centrica potremo, grazie alla disposizione dei canini, intuire se ci troviamo di fronte ad una emiarcata contraddistinta da una intercuspidação "dente a due denti" (cuspidè "lavorante" che articola con creste di due denti antagonisti attigui) o da una intercuspidação "dente a dente" (cioè con rapporto tra la cuspidè "lavorante" e la fossa del dente antagonista).

Fig. 10. Nel corso della sua vita l'essere umano subisce ben tre "riabilitazioni" orali. Tutti noi nasciamo totalmente edentuli quindi, con la dentizione decidua, veniamo provvisti della nostra prima riabilitazione orale ...gratuita. Attraverso la sostituzione dei denti decidui con quelli permanenti subiamo una seconda opera riabilitativa orale ...sempre ad opera di madre natura e quindi priva di spese. La terza, e spesso non ultima, riabilitazione orale è ad opera del team odontoiatrico. Anche noi dovremo imparare da madre natura e, nel



caso di riabilitazioni complete, cominciare ad effettuare la loro progettazione diagnostica e realizzazione partendo dai denti anteriori.

Fig. 11. Una volta che il clinico avrà determinato la relazione centrica tra le due arcate potremo determinare la corretta dimensione verticale cominciando a modellare anatomicamente i denti anteriori. Potremo poi, ad esempio, trasformare il nostro operato in un jeeg analitico o in un provvisorio diagnostico. Realizzando dei denti anteriori con misure anatomiche saremo sicuri di ottenere una dimensione verticale molto vicina all'anatomia del paziente perché una piccola differenza di dimensione anteriore ha effetti minimi sull'intero sistema mentre, viceversa, un errore posteriore si amplifica notevolmente a carico di tutto il dispositivo.





Fig. 12. Questo concetto risulterà più chiaro se pensiamo a quello ci succede quando una volta smuffolata una protesi totale la poniamo per il controllo dell'articolazione sull'articolatore.

Un precontatto posteriore di pochi decimi di

millimetro si amplifica anteriormente sino ad impedire la corretta chiusura di tutto il dispositivo.

Diversamente un precontatto anteriore ha minore influenza sul manufatto.

Quindi se, in nella riabilitazione di una o due arcate, avendo ad esempio la rilevazione della relazione centrica ma scarse indicazioni relative alla corretta dimensione verticale, inizieremo a cercare dai denti anteriori, tenendo in considerazione tutte le nozioni di anatomia, avremo maggiori possibilità di ottenere un risultato conforme.

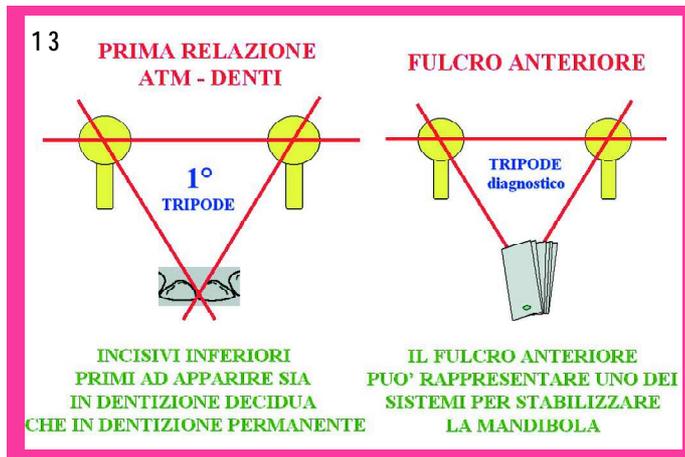


Fig. 13. Copiando quanto fa la natura, nel caso di riabilitazioni complete, sarà quindi più indicato effettuare la loro progettazione diagnostica e realizzazione partendo dai denti anteriori.

Seguendo le indicazioni di molti autori (Long, De Lucia etc) potremo trasformare il nostro operato in un jeeg analitico che con manovre autoinduttive dell'Assistito e le correzioni del Clinico potrà essere di aiuto per ottimizzare la relazione centrica e determinare con maggiore precisione la corretta dimensione verticale.

La creazione di spazi uniformi in disclusione sarà anche indice di una corretta relazione centrica.

Fig. 14. Relativamente alle parafunzioni ed alla presenza dei loro effetti è bene sapere che molte volte il paziente ha, inconsciamente, memorizzato eventuali deficit funzionali o precontatti deflettenti.

Quindi durante l'esame del clinico, pur presentando aree diagnostiche (aree di usura dentali, disallineamenti dentali, clic articolari, patologie muscolari etc) molti pazienti presentano una disclusione accettabile perché i sistemi di protezione neuro muscolari sono attivi. Ovviamente questo non accade nelle fasi acute della patologia o quando il paziente non ha il controllo degli "engrammi" di protezione (fasi profonde del sonno, stati ansiosi etc).

Fig. 15. Una attenta osservazione delle aree diagnostiche presenti sulla dentatura e nell'intero sistema masticatorio sono un ottimo contributo alla corretta interpretazione dei fenomeni che hanno portato alla necessità di intervento del team protesico. Con la buona conoscenza di una esauriente filosofia gnatologica sarà possibile innanzi tutto non confondere le cause con gli effetti.

Soprattutto sarà importante applicare tutte le misure idonee a far sì che le disfunzioni siano totalmente eliminate in modo che la loro ricomparsa non provochi l'insuccesso del nostro manufatto.

Costruire un dispositivo, anche una corona singola, controllando che questo quantomeno non apporti nuove patologie (iatrogene) è il risultato minimo da ottenere.

Fig. 16. Il primo risultato tangibile ottenuto al team protesico che si dota di un protocollo gnatologico affidabile sono i risultati funzionali a beneficio del paziente. Un altro risultato da non sottovalutare è una drastica riduzione degli insuccessi dovuti a fratture o abrasioni del rivestimento estetico.

Un "lavoro" corretto dei nostri dispositivi porta anche ad una bassissima casistica di fenomeni come de-cementazioni, retrazioni gengivali, fratture o lussazioni dei pilastri protesici, rotture delle strutture metalliche o delle saldature etc.





Fig. 17. Grazie agli insegnamenti di Alonso ogni particolare anatomico della dentatura e del sistema masticatorio ha una sua spiegazione ed un motivo di esistere.

Tutto quello che molte volte ci è stato spiegato in modo "impositivo" e nozionistico diviene piacevolmente comprensibile perché se ne conosce la ragione.

In questi venti anni il Prof. Alonso ci ha spiegato il motivo di ogni aspetto dei tessuti duri e molli del sistema masticatorio ...tutti i suoi insegnamenti richiederebbero un libro in dodici volumi. Vediamo di seguito spiegati alcuni degli aspetti più macroscopici dell'apparato masticatorio.

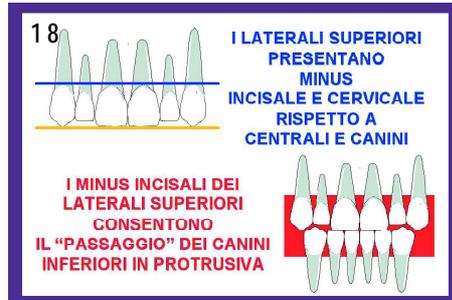


Fig. 18. Quando esaminiamo, dal lato estetico, il sorriso di un paziente la prima cosa che osserviamo sono i denti anteriori.

La caratteristica macroscopicamente più evidente è la dimensione ridotta dei laterali superiori, sono soprattutto più corti, rispetto ai centrali ed ai canini.

Il motivo funzionale per cui i laterali sono più corti è quello di permettere il passaggio delle "punte" dei canini inferiori nel movimento di protrusiva della mandibola.

Infatti nella protrusiva la funzione di protezione e disclusione delle arcate è affidata ai centrali superiori ed agli incisivi inferiori e non ai canini. Il minus cervicale si riduce se il laterale si disallinea vestibolarizzandosi mentre aumenta se il disallineamento avviene in senso palatale.



Fig. 19. Proviamo ad impugnare una penna e scriviamo su di un foglio di carta il nostro nome ...stop!!! Blocchiamoci a metà dell'opera ed osserviamo l'asse con il quale la penna si pone rispetto al piano di scrittura.

L'inclinazione della penna rispetto al foglio sarà di 40 gradi.

Questo perché 40 gradi sono l'asse ideale per ridurre l'attrito tra la punta della penna ed il foglio di carta.

In questo come in altri casi il corretto rapporto tra due superfici, per vederne ridotto l'attrito, è quello di metterle in rapporto con 40 gradi di inclinazione.

Fig. 20. Anche le parti funzionali della dentatura, soprattutto nei contatti che intercorrono tra i denti anteriori, si rapportano con un asse di 40 gradi.

Questo per ridurre gli attriti generati dallo scivolamento tra loro che i denti anteriori effettuano nei movimenti (protrusiva e lateralità) che originano la disclusione delle arcate.

Un ulteriore ausilio alla riduzione degli attriti durante i movimenti di svincolo è dato dalla presenza delle creste marginali dei denti frontali superiori.

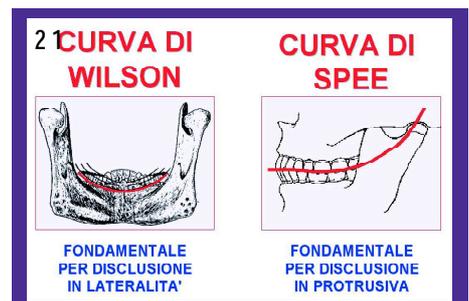
Queste funzionano da "binari" per ridurre l'attrito e facilitare lo scivolamento dei margini incisali dei denti anteriori inferiori sulle superfici palatali del gruppo frontale anteriore.

In pratica, anziché scorrere su di un piano, le superfici incisali degli incisivi inferiori scorrono su sottili binari di smalto che sono le creste marginali presenti nelle facce palatali degli incisivi superiori ...pensate ad un pattino da ghiaccio per comprendere il principio.



Fig. 21. Un altro aspetto evidente delle arcate dentarie sono i piani di riferimento e le curve di compenso che caratterizzano la disposizione della dentatura.

Le curve di compenso sono fondamentali anche per evitare i contatti patologici delle zone posteriori delle arcate, soggetti in questo caso a forze muscolari più devastanti, durante i movimenti di protrusiva e lateralità.



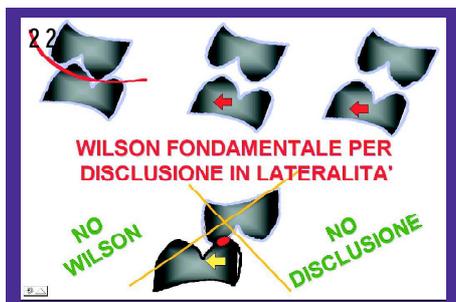


Fig. 22. Durante il movimento di lateralità la cuspidе vestibolare dei denti posteriori inferiori si sposta verso il vestibolo passando sotto la cuspidе vestibolare dei denti superiori. Se la cuspidе vestibolare dei superiori, rispetto ai piani di riferimento occlusali, non fosse, grazie alla curva di Wilson, ruotata e situata più in alto di quella palatale sarebbe di intralcio al "passaggio" della cuspidе vestibolare del dente inferiore che andrebbe a "cozzarvi".



Fig. 23. Anche la curva Spee ha una precisa ragione funzionale nella disclusione. Infatti se i denti superiori ed inferiori fossero interposti tra loro seguendo un piano perfettamente orizzontale durante il movimento di protrusiva non si creerebbero, a livello dei denti posteriori, spazi disclusivi uniformi. La creazione di spazi di disclusione uniformi è in oltre anche il preciso segnale che conferma la buona collocazione dei condili a seguito del conforme ripristino dell'occlusione in relazione centrica.



Fig. 24. Ogni contatto occlusale posto su di una superficie perpendicolare all'arco di chiusura è un fondamentale stop di centrica.

Fig. 25. La "quantità" di protezione anteriore deve essere sufficiente a garantire la disclusione necessaria a creare spazi adeguati tra le zone posteriori delle arcate dentarie. Poiché i danni maggiori avvengono nella prima fase del movimento para-funzionale la disclusione dovrà essere "immediata". In pratica l'anatomia dei denti anteriori e posteriori dovrà far sì che questi ultimi, grazie ai primi, discludano immediatamente non appena si verifica il minimo movimento di traslazione della mandibola.

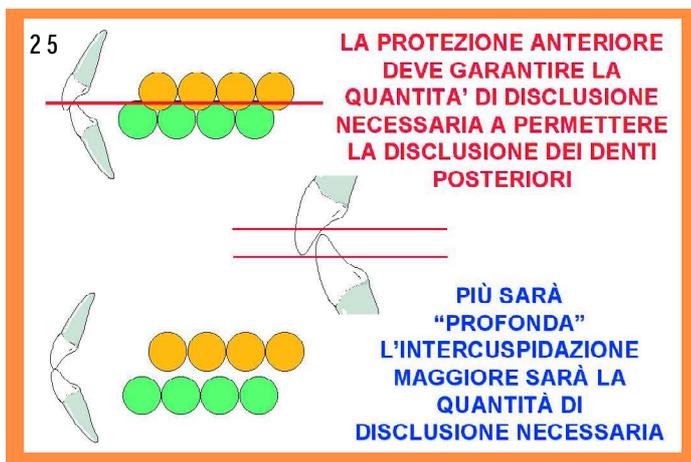


Fig. 26. La quantità e la qualità della disclusione devono essere tali da garantire lo svincolo dei settori posteriori in armonia con i tragitti condilari e l'azione muscolare. Una quantità prettamente legata alla "profondità" dell'intercuspidazione ed alle eventuali piccole discrepanze di allineamento dell'anatomia. La qualità deve avere un aspetto "goniometrico", il più possibile vicino ai 40 gradi, tale da garantire un movimento di disclusione fluido e che sia in armonia con gli aspetti morfologici ed anatomici della dentatura, dell'ATM e del lavoro neuro muscolare.

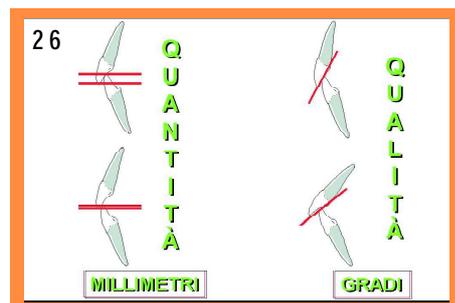




Fig. 27. Poiché nella statica un particolare non anatomicamente allineato può occludere ma darà sicuramente problemi in disclusione sarà importante, prima di realizzare un dispositivo di qualsiasi tipo, fare in modo che l'antagonista non sia causa di un dispositivo non allineato che andrebbe in contro a parafunzione nei movimenti dinamici.

Un dispositivo non allineato può andare incontro ad insuccesso protesico (abrasioni, fratture del rivestimento estetico, rotture delle strutture di supporto etc) e clinico protesico (de-cementazioni, retrazioni gengivali, frattura o lussazione del pilastro etc).

Sarà quindi cura del team protesico stabilire l'intervento più ergonomico o economico atto a garantire l'allineamento dell'antagonista (additivo, sottrattivo o ortesico).

Fig. 30. In ogni tipo di intervento riabilitativo sia un semplice composito o due intere arcate dentarie, così come con gli interventi di correzione, molaggio e coronoplastica, dovremo sempre garantire l'ottenimento di contatti puntiformi tra superfici convesse.

Questo perché tale conformazione garantisce un più facile reperimento dei punti e, nei movimenti dinamici, l'immediata disclusione delle due superfici in rapporto.



Fig. 28. Nella parte sinistra dell'immagine possiamo notare come un elemento protesico disallineato possa anche occludere.

Nella parte destra del disegno notiamo come, nonostante la notevole quantità e qualità di disclusione offerta dagli incisivi, il dente non allineato vada incontro ad un contatto patologico durante il movimento di protrusiva.

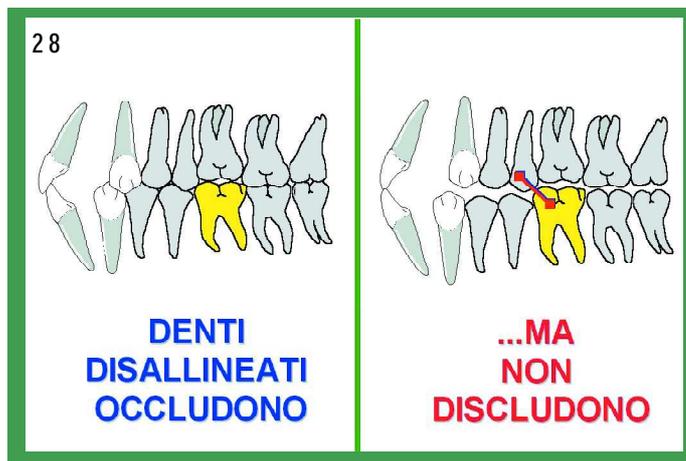


Fig. 29. Allo stesso modo degli elementi non stabilizzati in occlusione possono, migrando, divenire disallineati - non discludere - e quindi creare patologie iatrogene.



Fig. 31. Infatti due superfici piane possono trascinare tra loro rimanendo in contatto tra loro mentre il minimo movimento interrompe il contatto tra due superfici sferiche.

Quando anche, a causa di un tragitto difforme, il contatto permanesse ci troveremo sempre di fronte ad un contatto con basso attrito perché puntiforme.

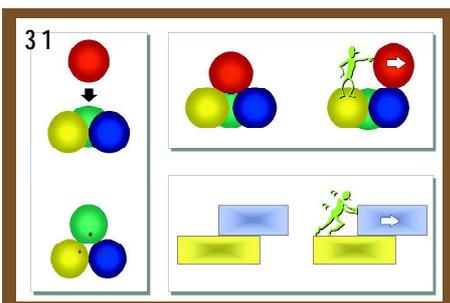


Fig. 32. Durante i movimenti di svincolo le superfici convesse e puntiformi delle superfici disclusive dei denti anteriori, se dotate anche di buona qualità goniometrica, garantiranno una ottima disclusione caratterizzata da minimo attrito e quindi irrilevante usura.

Allo stesso modo nei settori posteriori con superfici di stop centrico convesse e puntiformi andranno incontro a disclusione immediata.



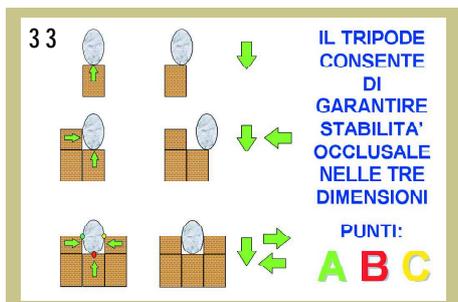


Fig. 33. Tre punti di stop radiali sono la migliore garanzia per stabilizzare un oggetto. Nella dentatura il tripode garantisce la migliore stabilità occlusale ottenibile, la stabilità occlusale in relazione centrica (occlusione omonima) è garanzia dell'omologa posizione dei condili nell'articolazione temporo mandibolare. ...i condili vanno dove "decidono" i denti.

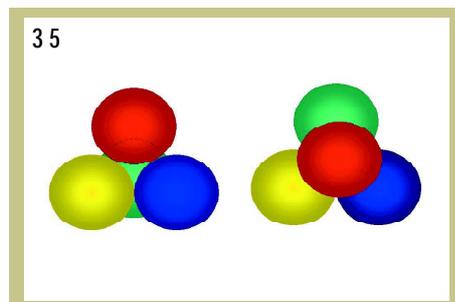
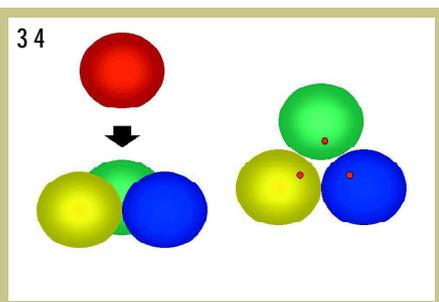


Fig. 36. Le cuspidi palatali dei superiori sono dette lavoranti. Le cuspidi vestibolari degli inferiori sono anch'esse dette lavoranti. Sono invece cuspidi bilancianti le vestibolari dei superiori e linguale degli inferiori.



Fig. 37. Le cuspidi lavoranti, in caso di patologia, sono talvolta costrette a subire una doppia abrasione data dal passaggio su di esse della cuspidi antagonista sia nel movimento di lavoro che in quello di bilanciamento cioè quando la lateralità avviene verso l'emiarcata opposta. Ecco perché talvolta, a causa della parafunzione, appaiono, contrariamente alla giusta anatomia, più "corte" delle cuspidi bilancianti. Per motivi di ricerca dell'estetica o per mancanza di spazio per il rivestimento estetico talvolta, erroneamente, si ricerca una maggiore lunghezza delle cuspidi vestibolari dei denti posteriori superiori. Questo è molto pericoloso perché, invertendo in questo modo anche la curva di Wilson, tali entità vanno sicuramente a costituire un impedimento alla corretta disclusione in lateralità (vedi Fig. 22).



Fig. 38. Ci è stato sempre insegnato ed, in natura, abbiamo sempre notato come le cuspidi lavoranti (vestibolari degli inferiori e palatali dei superiori) sono più grandi delle cuspidi bilancianti. Per immediatezza pensiamo al "ponte di smalto" del sesto superiore o alle cuspidi vestibolari dei posteriori inferiori. Questo ha un motivo soprattutto anatomico funzionale legato al fatto che esse devono sopportare ben due contatti occlusali dal dente antagonista. I punti B e C per quelle superiori ed i punti A e B per quelle inferiori.

Fig. 39. Le cuspidi lavoranti dei superiori ricevono i punti B e C. Quelle degli inferiori i punti A e B.

Fig. 41. I punti B vanno sempre ricercati e sono indispensabili perché sono gli unici a garantire la stabilità occlusale centripeta del singolo dente e dell'arcata. Inoltre il punto B è il punto di congiunzione delle cuspidi lavoranti più idoneo a scaricare le forze verticali sull'asse principale del dente.

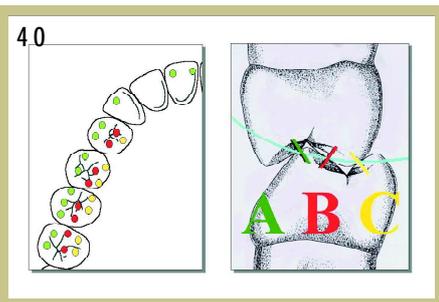




Fig. 42. Una carenza di stabilità occlusale può impedire alla dentatura e quindi alla mandibola, ai condili, ai menischi, alle sinovie ed al sistema neuro muscolare di permanere in relazione centrica.

Eventuali "giochi" nella stabilità, soprattutto a causa dell'azione muscolare riflessa e degli attriti che ne scaturiscono, possono divenire fenomeni acuti di bruxismo ed amplificarsi ulteriormente in modo piramidale. Questo perché l'abrasione porta un aumento patologico delle superfici, quindi una maggiore azione muscolare riflessa a carico di tessuti, che una volta intaccato lo smalto, si presentano anche meno resistenti.

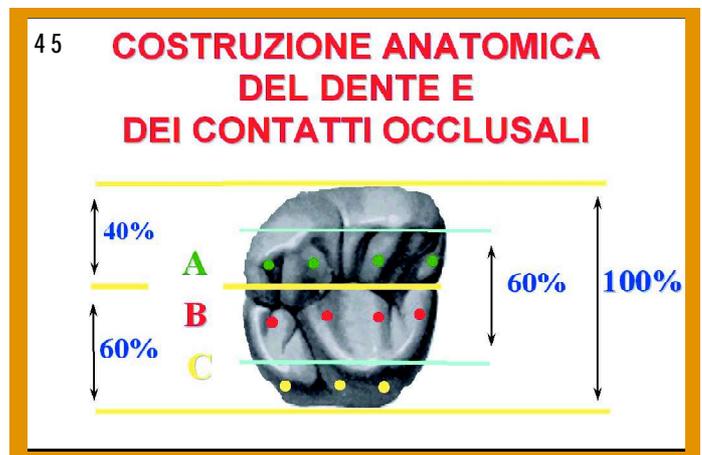
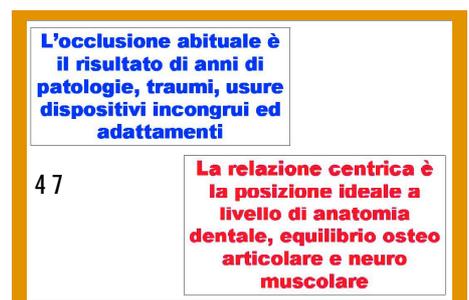


Fig. 45. Così come per gli anteriori anche nella costruzione dei denti posteriori, rispondendo a semplici regole anatomiche, avremo maggiori garanzie di ottenere una conforme funzionalità.

Considerando come intero (100%) la dimensione vestibolo palatale del dente il solco intercuspидale che divide la parte lavorante da quella bilanciante dovrà dividere queste ultime in due porzioni che dovranno essere il 60 % per la lavorante ed il 40 % per la bilanciante.

La superficie occlusale, racchiusa tra le cuspidi, non dovrà superare il 60% dell'intera dimensione sagittale del dente.

I punti di stop centrico dovranno, compatibilmente con le curve di compenso e l'anatomia, essere allineati e posti ad un profondità compatibile con qualità e quantità della disclusione.



48

**SCOPI E VANTAGGI DELLE PLACCHE DI SVINCOLO**

- VERIFICA DELLA REGISTRAZIONE DI CENTRICA
- RIPRISTINO FUNZIONE E STABILITA' IN CENTRICA
- ATTENUAZIONE PATOLOGIE
- NESSUNA OPERA DEMOLITIVA
- ...ECONOMIA

Fig. 48. Il bite terapeutico rappresenta la prima "protesizzazione" diagnostica e terapeutica che può aiutare il team protesico nella soluzione delle disfunzioni gnatologiche.

Se costruito senza compromettere lo spazio libero funzionale dà la

possibilità di testare l'esattezza della relazione centrica rilevata, o di migliorarla, prima di effettuare qualsiasi opera demolitiva o irreversibile. Un bite costruito nella corretta relazione centrica, cioè nella posizione più anatomica per il paziente, e dotato delle caratteristiche funzionali di un dispositivo definitivo (protezione anteriore e stabilità oclusale) garantisce una immediata attenuazione delle patologie.

Quantomeno di quelle che si scatenano nelle fasi acute o nel sonno R.E.M., momenti che vedono normalmente il paziente dotarsi del bite.

**ILLIMITATE POSSIBILITA' DI MODIFICA, RE-INTERVENTO, DIAGNOSI E TERAPIA**



49

- Problemi muscolari trovano soluzione in quarantotto ore (re-interventi iniziali ravvicinati)
- Problemi osteo articolari hanno bisogno di tempi che variano dai sei mesi ai due anni

50 IL PIU' DELLE VOLTE UNO SPESORE SIMILE ALLA QUANTITA' DI TESSUTO PERSO A CAUSA DELLA PARAFUNZIONE

Fig. 50. La possibilità di realizzare il bite terapeutico in relazione centrica, o nella posizione anatomica più vicina ad essa, ci consente quasi sempre di disporre dello spazio necessario per realizzarlo senza compromettere lo spazio libero funzionale.

Questo in considerazione del fatto che è possibile realizzare anche bite dello spessore "verticale" di un solo millimetro o, in talune zone, con il contatto diretto della dentizione naturale.

Sovente troviamo anche la possibilità di "usufruire" dello spazio derivante dalla perdita di dimensione verticale che il tempo apporta alla dentatura a causa della mancanza di protezione anteriore e corretta disclusione o dalla mancanza di elementi dentari posteriori.

In altri casi è possibile realizzare bite solo anteriori che, mantenendo il paziente in occlusione abituale, garantiscono quantomeno una ripristinata protezione anteriore.

51 COME OGNI DISPOSITIVO PROVVISORIO O DEFINITIVO CHE SIA ANCHE LA PLACCA DI SVINCOLO DEVE GARANTIRE:

- D ISCLUSIONE
- A LLINEAMENTO
- T RIDIMENSIONALE
- O CCLUSIONE
- PROTEZIONE ANTERIORE IN DISCLUSIONE
- RISPETTO DELLE CURVE DI COMPENSO, DELLA MORFOLOGIA E DELL'ANATOMIA
- STABILITA' OCCLUSALE

Fig. 51. Trasformando in un bite il risultato della nostra ceratura diagnostica (eseguita con le arcate in centrica) il tecnico ed il clinico hanno la possibilità di valutare direttamente sul paziente sia la conformità della centrica rilevata (ed eventualmente migliorarla) sia l'effettiva funzione della conformazione delle future superfici oclusali protesiche (stabilità in occlusione centrica e corretta disclusione). Il bite, salvo suoi scopi diagnostici o terapeutici diversi (ad esempio riduzione delle patologie per una ulteriore registrazione analitica), può e deve quindi offrire le stesse caratteristiche funzionali di un dispositivo definitivo (protezione anteriore e stabilità oclusale). Il bite permette di ottenere tutto ciò senza nessuna opera demolitiva o permanente, con un impegno economico minimo, con la possibilità di un tempo di prova e funzionalizzazione illimitato ed apportando comunque un beneficio al sistema masticatorio.

Illustrazioni e didascalie di Andrea De Benedetto

**Fonte:**

Appunti del corso teorico del Prof. A. A. Alonso, "Occlusione e diagnosi in riabilitazione orale", 13 e 14/02/2004 Acqui Terme.

**Indicazioni bibliografiche per eventuali approfondimenti:**

"Guia Pratica del tratado de Oclusion y prostodoncia integral" - Prof. Dr. A. A. Alonso, Dr. J. S. Albertini, Dr. A. H. Bechelli, Dr. L. H. Braverman - Ed. Clinica de Rehabilitacion Oral y Oclusion - 1988.

"Manuale di laboratorio odontotecnico - Corso post qualifica" - A. De Benedetto, A. Buttieri - Zanichelli Editore Bologna - 1998.

"Placca di centrica, di svincolo... quindi terapeutica" - A. De Benedetto - "Pagine d'Album" anno 2000 - Edizioni Odontotecnica Italiana / Antlo