

L'utilizzo degli equilibratori nella riabilitazione protesica morfofunzionale.

Prof. L.Malchiodi, Dr.ssa J.Lai

INTRODUZIONE

L'approccio terapeutico messo in esame in questa relazione è un metodo naturale che riconosce alla bocca un ruolo centrale per l'equilibrio e la salute dell'intero organismo. Tale metodica utilizza equilibratori plurifunzionali mobili, in grado di ottimizzare non solo la funzione dentale, ma l'intera estetica dentofacciale, riequilibrando le funzioni fondamentali quali: masticazione, deglutizione, respirazione nasale, anatomia del viso e diminuzione dei dolori articolari. Contribuisce quindi all'ottimizzazione dell'equilibrio e dell'armonia posturale. I criteri con i quali si cerca di realizzare l'equilibrio possono essere ottenuti tramite l'uso di attivatori ed equilibratori i quali realizzano un'espansione ma anche un aumento di dimensione verticale della bocca. Tale indicazione è estremamente frequente in percentuale nei pazienti che vengono valutati. Dove infatti i parametri trasversali e la dimensione verticale risultano carenti l'uso degli attivatori consente di modificare il rapporto intermascellare agendo sia a livello scheletrico che a livello dentale.

Congiuntamente o senza un trattamento osteopatico, sfruttando le spinte deglutitive naturali e le contrapposte spinte di sigillo della muscolatura facciale, conduce ad un riposizionamento e ad un riequilibrio caratterizzato da un lieve movimento delle suture craniche. Queste infatti non risultano essere tra di loro inter-digitate ma parzialmente sovrapposte le une alle altre e quindi in grado di modificare la loro posizione a qualsiasi età. In questo rimaneggiamento vengono ristabilite, oltre che la dimensione verticale, anche le guide condilari: ecco dunque il duplice scopo degli equilibratori in ambito funzionale e protesico.

Il FENOMENO DI CHRISTENSEN rappresenta l'espressione, a livello delle arcate dentarie, della guida condilare ed è importante per la determinazione protesica della guida anteriore. Infatti in presenza di un'eminanza articolare accentuata si avrà disclusione posteriore anche in assenza di guida anteriore. Nel caso in cui la guida condilare sia limitata, sarà necessario incrementare il grado di guida anteriore per evitare interferenze nei movimenti eccentrici, soprattutto laddove le cuspidi siano pronunciate in altezza. In presenza di guida condilare marcata e di guida anteriore, lo spazio inter-occlusale risulterà aumentato, con minime probabilità di interferenze occlusali. In ambito ortodontico ed in ambito protesico, è importante conoscere l'angolo dell'eminanza (guida condilare) per poter stabilire, di conseguenza, l'entità della guida incisale in grado di evitare interferenze occlusali.

In una riabilitazione protesica, quando l'angolo dell'eminanza è poco pronunciato, per evitare interferenze, occorre aumentare la guida anteriore e diminuire l'altezza delle cuspidi. Nel caso in cui la guida condilare sia molto elevata, invece, non è necessaria una marcata guida anteriore e sarà possibile una modellazione pronunciata delle cuspidi.

Nell'ambito del trattamento, il monitoraggio attraverso visite posturali ed esami con pedane stabilometriche, permette di intervenire con modifiche puntuali ed adatte alla risposta terapeutica di ciascun paziente.

CASI CLINICI ESEMPLIFICATIVI

CASO1. Paziente R.T. :combinazione di elementi naturali e protesici.

Osservazione clinica.

Cambiamento del rapporto inter-mascellare

PRIMA



DOPO



Cambiamento della Natural Head Position con diversa posizione della linea dello sguardo.

PRIMA

DOPO



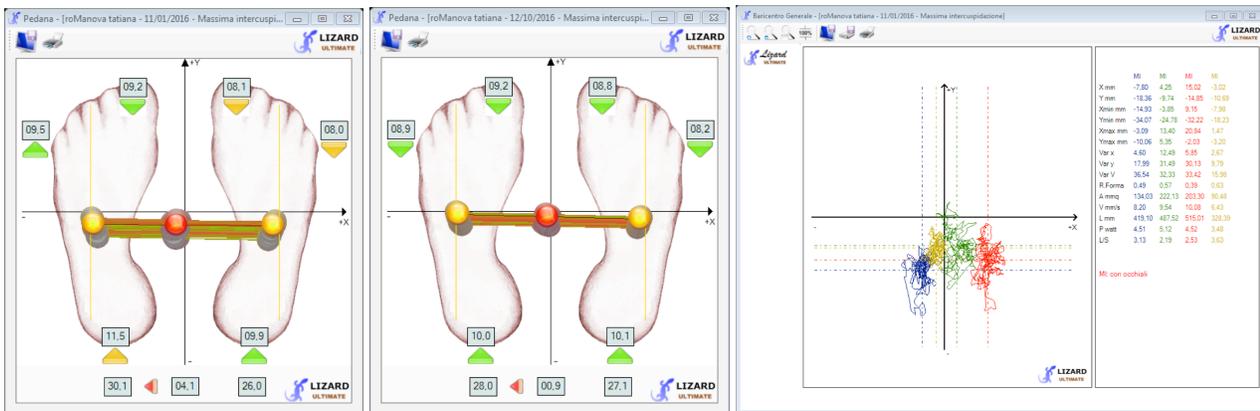
Correzione del cross-bite destro.

La sequenza degli equilibratori utilizzati durante le fasi terapeutiche del caso clinico:

1. TEMPO ZERO: attivatore **1.4 lilla**
2. DUE MESI dopo: sono stati effettuati i primi make-up con rialzi 4.4, 4.5, 4.6 e 4.7 e provvisori su 3.4 3.5 e 3.7.
3. QUATTRO MESI dopo: inserimento di un cuneo monolaterale a destra e ulteriori rialzi occlusali nel quarto quadrante.
4. CINQUE MESI dopo: inserimento cuneo centrale
5. SETTE MESI dopo: consegna del nuovo attivatore **003 lilla**
6. OTTO MESI: molaggio selettivo a livello del quarto quadrante e inserimento di un cuneo monolaterale a destra
7. NOVE MESI: inserito cuneo centrale. La paziente riferisce la scomparsa della sintomatologia algica cervicale e lombare.
8. DIECI MESI: eseguito rialzo in composito sugli elementi da 4.3 a 4.7
9. DODICI MESI: consegna del nuovo attivatore **1.4 menta** ed ulteriore molaggio.

Un anno dopo l'utilizzo dell'equilibratore mostra un'espansione palatale di 2mm, un riallineamento degli assi inter-incisivi, e uno superamento del cross monolaterale sinistro e aumento della Dimensione Verticale. Il miglioramento della paziente è riscontrabile anche da un punto di vista stabilomentrico.





La paziente prosegue il percorso di simmetrizzazione posturale e fisiognomica, con inserimento di una fascetta monolaterale superiore destra.



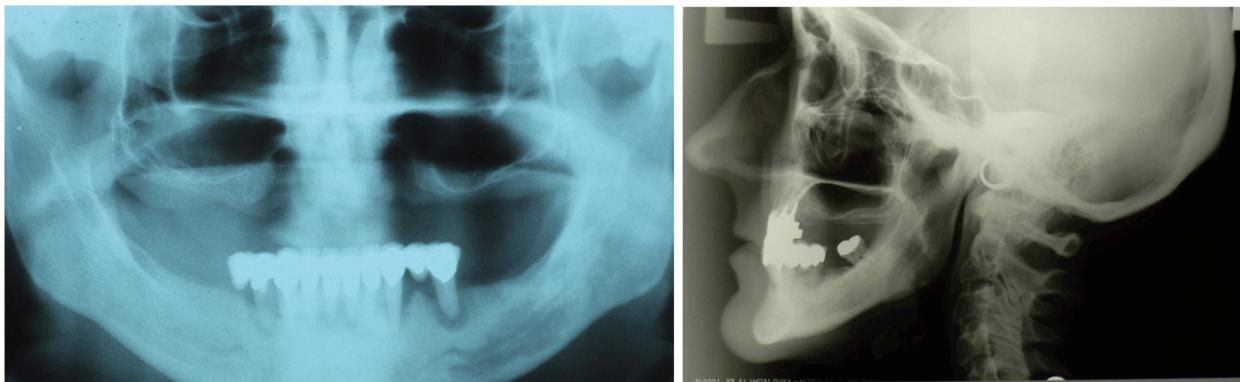
QUATTORDICI MESI dopo: inserimento di una fascetta monolaterale superiore destra.

La finalizzazione protesica di questo caso prevede certamente la realizzazione di corone definitive (su 3.4 3.5 3.6 e 3.7) e l'ottimizzazione dei rapporti inter-mascellari con l'utilizzo di overlay laddove necessari per il miglior contatto oclusale.

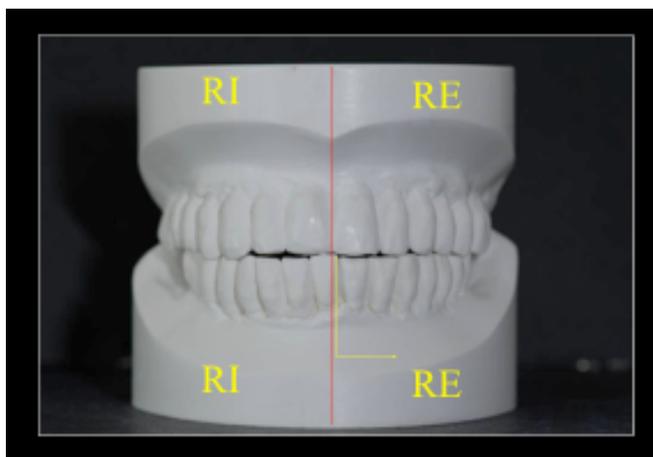
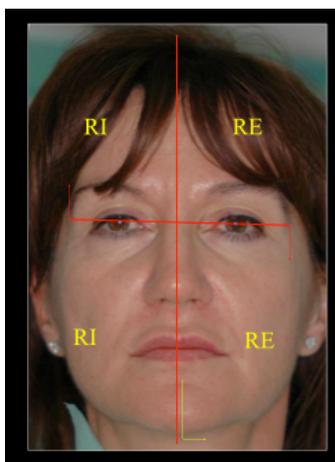
NOTA: il prolungamento della terapia oltre i 24 mesi può portare ad una riduzione della necessità di overlay perchè favorisce la naturale estrusione e riequilibrio della componente oclusale degli elementi dentari.

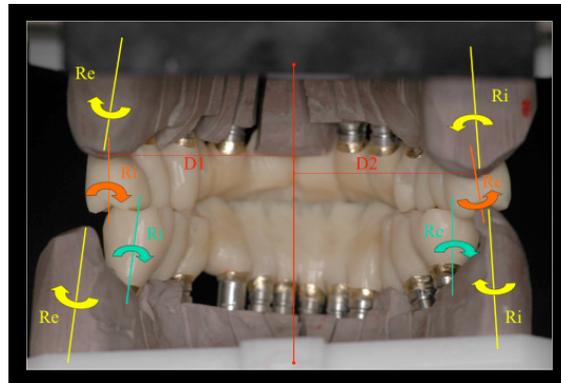
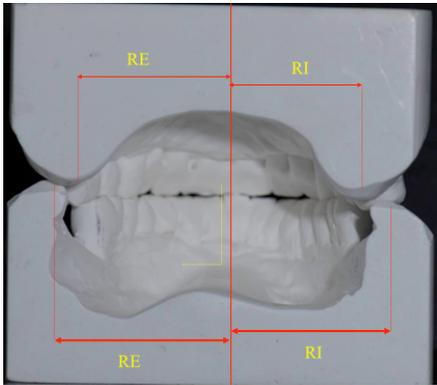
I mockup sono stati realizzati con materiali a base di compositi a bassa resistenza; la parziale abrasione di questi comporta come elemento compensativo la naturale estrusione degli elementi dentari.

CASO 2. Paziente F.E.: sottoposta a chirurgia e riabilitazione protesica totale.



In una seconda fase la paziente viene rivista protesicamente.





Contemporaneamente all'applicazione del provvisorio viene posizionato un equilibratore U3 (blu) per un periodo sufficiente a modificare i rapporti mascellari secondo un criterio che prevede la multidisciplinarietà dell'attivatore. Si insatura un fenomeno smemorizzante e ricondizionante dei quadri occlusali che va continuamente monitorato e modificato protesicamente tramite il ritocco occlusale dei provvisori. Il soggetto si presenta ai controlli con equilibratore in modo che durante la seduta si noti la condizione posizionale dei mascellari condizionati dall'uso dell'equilibratore. Il fatto che i controlli avvengano immediatamente dopo l'uso del dispositivo consente al clinico in quella fase di poter smontare e ribasare secondo le necessita posizionali i provvisori stessi. Questo porta, dopo alcune correzioni, all'instaurarsi di una condizione di equilibrio tra la posizione corretta durante i controlli e l'occlusione creata dall'utilizzo notturno dell'equilibratore; solo allora si procede a definitivi. Il condizionamento muscolare dopo alcuni mesi consente un equilibrio occluso-posturale che permetterà di finalizzare la riabilitazione.

