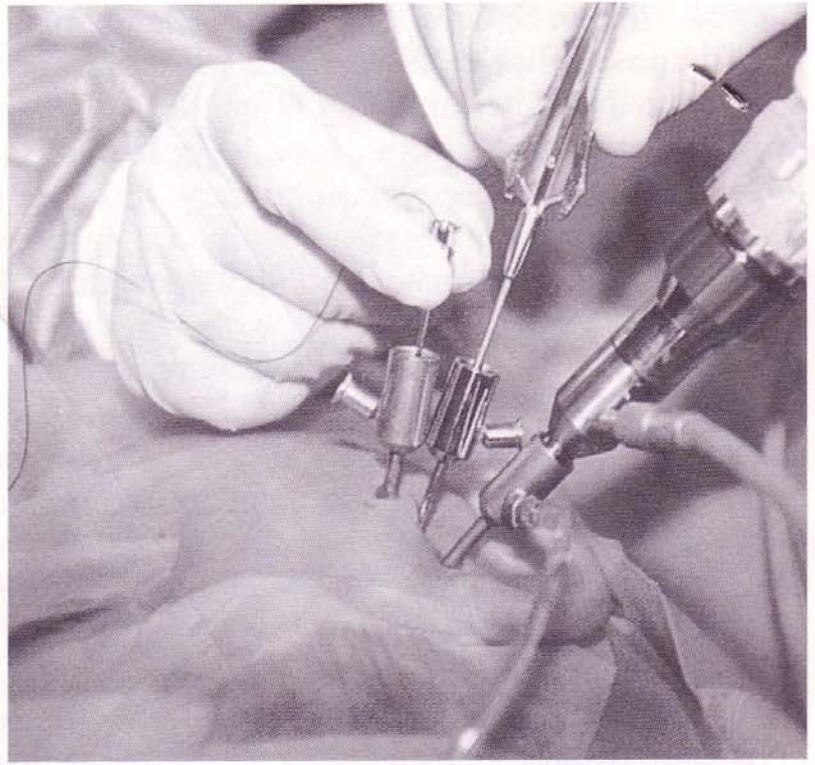


L'artroscopia

Qualsiasi metodo diagnostico invasivo o intervento chirurgico effettuato sul menisco o sul condilo al fine di eliminare l'ipermobilità e la disfunzione dell'articolazione non può che costituire un trattamento da evitare. Non è agendo sui tessuti della fossa glenoidea che denti e mandibola recupereranno posizionamento bilanciato e i muscoli simmetria di funzione. Al massimo potrà sparire lo schiocco, se il chirurgo avrà agito sul menisco. Ma la malocclusione rimarrà. L'artroscopia è invasiva e danneggia quel meccanismo delicato (Atm) che non è malato, ma solo risente della malposizione dentaria. Meglio sarebbe non aspettarsi che taluni trattamenti chirurgici nella fossa glenoidea, che comportano rischi certi, complicazioni e danni, possano risolvere la disfunzione, nonostante che così sostenga un autore convinto fautore di questo tipo di trattamenti: «La decisione di effettuare un intervento di artroscopia si basa sulle anomalie osservate durante la diagnosi e sulla capacità ed esperienza del chirurgo. Una corretta diagnosi e la conoscenza della eziologia e della patofisiologia del disordine da trattare è un requisito indispensabile... Malgrado non sia una "panacea" l'artroscopia dell'Atm rivoluzionerà il trattamento chirurgico dei disordini intracapsulari dell'Atm, nello stesso modo in cui l'artroscopia del ginocchio ha rivoluzionato la chirurgia del ginocchio»¹⁷.

(17) A.W. Tarro,
TMJ arthroscopy,
Ed. J.B. Lippincott Co.,
Philadelphia 1993.



Oltretutto l'autore citato prosegue elencando i rischi e le complicazioni associate all'artroscopia dell'Atm: lesioni alle branche del nervo faciale e dei nervi superficiali, lesioni all'orecchio inclusa perdita dell'udito, perforazione della fossa glenoidea, perforazione della capsula, trisma, emorragie, rottura di strumenti all'interno della cavità e conseguente necessità di intervenire a cielo aperto sull'Atm, infezioni, danni ai tessuti per l'uso del laser, esercizi di riabilitazione che durano settimane o mesi...

Se l'intervento è finalizzato a ridurre un'ipermobilità mandibolare, a migliorare o a cambiare la posizione del disco o a ricatturarlo, è inutile intervenire chirurgicamente. E' sufficiente bilanciare i denti. A cosa serve agire chirurgicamente sul disco o sul condilo, se sono i denti i responsabili della disfunzione?

E' lavorando su di essi (e sul *bite*) che si riportano condili e dischi al loro posto e alla loro funzione; proprio per non dover imputare, come succede, il permanere dello sbilanciamento e il ritorno dei sintomi a problemi psicologici del paziente bruxista. Oltretutto, per arrivare ad operare efficacemente, il chirurgo deve avere una lunga esperienza anche di interventi a cielo aperto sull'articolazione. Questo comporta quindi, nei primi anni di attività, insuccessi ripetuti e interventi invalidanti per una percentuale troppo rilevante di pazienti. Quante centinaia di insuccessi deve dunque il chirurgo sperimentare prima di arrivare ad una manualità che gli permetta di affrontare l'intervento con una relativa tranquillità, ben sapendo comunque che il successo si limiterà nel migliore dei casi alla scomparsa dello schiocco e non all'eliminazione della malocclusione?

