

Crani secchi

Se si osservano crani secchi provvisti di dentatura sana, appartenuti a individui sui venti anni, si rileva che nella fossa glenoidea i condili hanno attorno spazi talmente minimi da non consentire a chi li osserva di immaginare ove avrebbero potuto posizionarsi nel caso di abbassamento del morso per perdita di dimensione verticale.

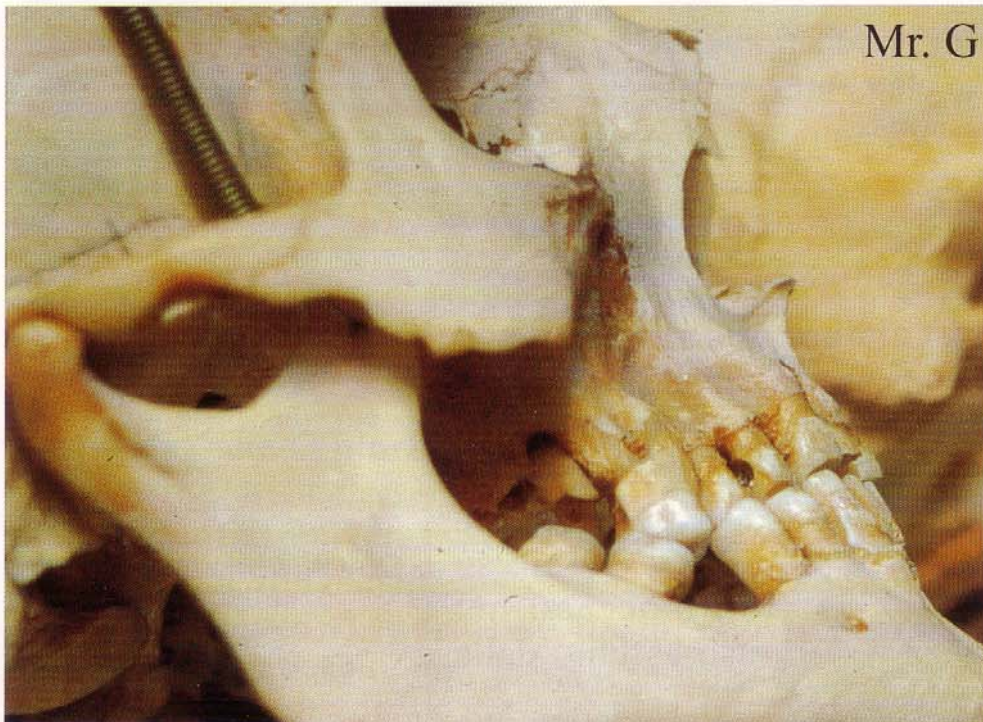
Esaminando altri crani secchi di individui deceduti in età matura in condizioni occlusali precarie, si nota che gli spazi liberi sono spesso equivalenti a quelli di un cranio giovane in apparenti buone condizioni dentarie. E fosse e condili non appaiono particolarmente deformati, anzi. I condili hanno con loro rapporti accettabili, nonostante l'alterazione subita dal menisco e dalle superfici dentarie.

Il fatto però che in certi casi esaminati la muscolatura fosse forzatamente sbilanciata e causa di compressioni e malfunzione, tanto da aver provocato una forte abrasione dentaria, significa che:

1. esaminare crani secchi con denti (abrasioni) in icp o in relazione centrica non chiarisce l'entità dello sbilanciamento spaziale e muscolare di quella mandibola;
2. l'alterata attività muscolare danneggia maggiormente le superfici dei denti che i capi articolari;
3. l'abrasione dei denti può essere compensata in parte dalla loro estrusione; ma le superfici abrase non aiutano l'articolazione a recuperare simmetria, bensì diventano fonte perenne di parafunzioni;
4. i denti abrasati non evidenziano ove il condilo va a com-

primere, poiché nella movimentazione e in relazione centrica i denti possono non fare leva sui reali contatti occlusali, peraltro sbilanciati, ma su una zona sola di un dente usurato e rimanere staccati sugli altri elementi. E quell'appoggio diventa fonte di slittamenti, di contrazioni, di torsioni negative, proprio perché gli appoggi non equilibrati danno origine ad una attività articolare-muscolare disordinata e imprevedibile;

5. la torsione negativa dei condili può essere vista come la *scappatoia* muscolare e anatomica, ovvero la valvola di sicurezza, della mandibola malocclusa che ha bisogno di raggiungere a tutti i costi un contatto solido di icp o di retrusione, seppure nello sbilanciamento.



La considerazione che le asimmetrie muscolari influenzino soprattutto l'inclinazione e l'abrasione dei denti, i tessuti di sostegno e i tessuti molli della fossa, ma sembrano incidere relativamente meno sui rapporti tra condilo e tessuti duri della fossa, proviene dall'osservazione di crani secchi adulti che, malgrado gli alterati rapporti dentari, presentano superfici condilo/fossa quasi nella norma, grazie certo anche al rimodellamento dei capi articolari e alla torsione negativa subentrata. In caso di torsione negativa molto accentuata e morso profondo, l'eminanza articolare può andare incontro tuttavia a mutilazioni, dovendo consentire al condilo di spostarsi asimmetricamente dalla fossa e di rientrarvi, senza che quella bocca rischi di ritrovarsi bloccata in posizione aperta ogni volta. E non è solo il morso profondo che influisce sulla mutilazione, quanto il condilo fuori asse che lavora asimmetrico (spinto a questo dal menisco deviante), tanto da distruggere inesorabilmente un angolo dell'eminanza.

Se malgrado l'abbassamento del morso, i denti abrasivi mantengono il contatto reciproco, visto che i condili non possono salire verticalmente più di tanto, la mandibola malocclusa non può che lavorare in asimmetria proprio per recuperare spazio d'azione maggiore. D'altronde:

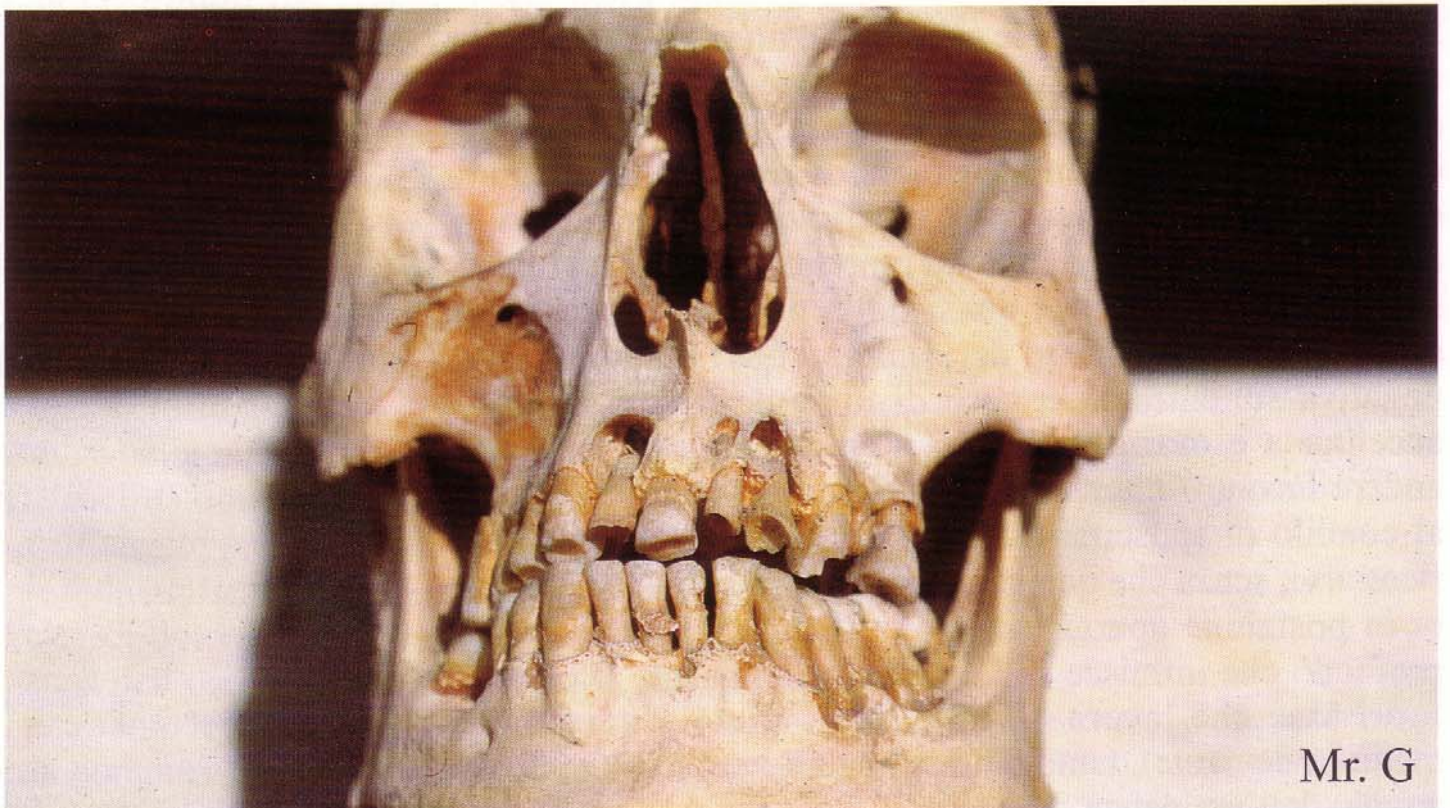
- il punto di arrivo dei condili nella fossa corrisponde a quello dei denti in massima intercuspideazione, se i denti sono anatomicamente intatti; ma se i denti posteriori sono usurati e senza stop fisiologici di retrusione, fonte quindi di slittamento all'indietro e in piano della mandibola,
- il punto di arrivo dei condili nella fossa sarà ancora più alto e arretrato, corrispondente a mandibola con denti in relazione centrica.

Ipotizziamo invece il caso di una mandibola che lavori in protrusione, facendo leva su elementi estrusi e abrasivi,

- il punto di arrivo di quei condili potrebbe essere piuttosto in lateralità.

L'alterata abitudine muscolare farà sì che il paziente continuamente contragga la muscolatura alla ricerca di un sostegno che la stabilizzi, come se masticasse giorno e notte del chewing-gum, portandosi nel momento della ricerca occlusale in bilanciamento e uscendo poi in torsione negativa nel momento del contatto reale; non riuscendo comunque ad occludere mai contemporaneamente su ambo i lati, ma neppure rischiando di bloccarsi nel locking, grazie all'atteggiamento protruso assunto dalla mandibola.

Osteiti, erosioni, fenomeni irritativi, tartaro, carie penetranti, perdita di elementi e di tessuto di sostegno ecc.





Mr. G

La migrazione dentaria in senso mesiale dei molari potrebbe essere stata determinata dall'insufficiente altezza dei denti posteriori fonte di sbilanciamento e di scivolamenti. Il rapporto fuori asse dei denti antagonisti probabilmente influisce sulla mesializzazione dei denti più ancora della mancanza del dente contiguo.

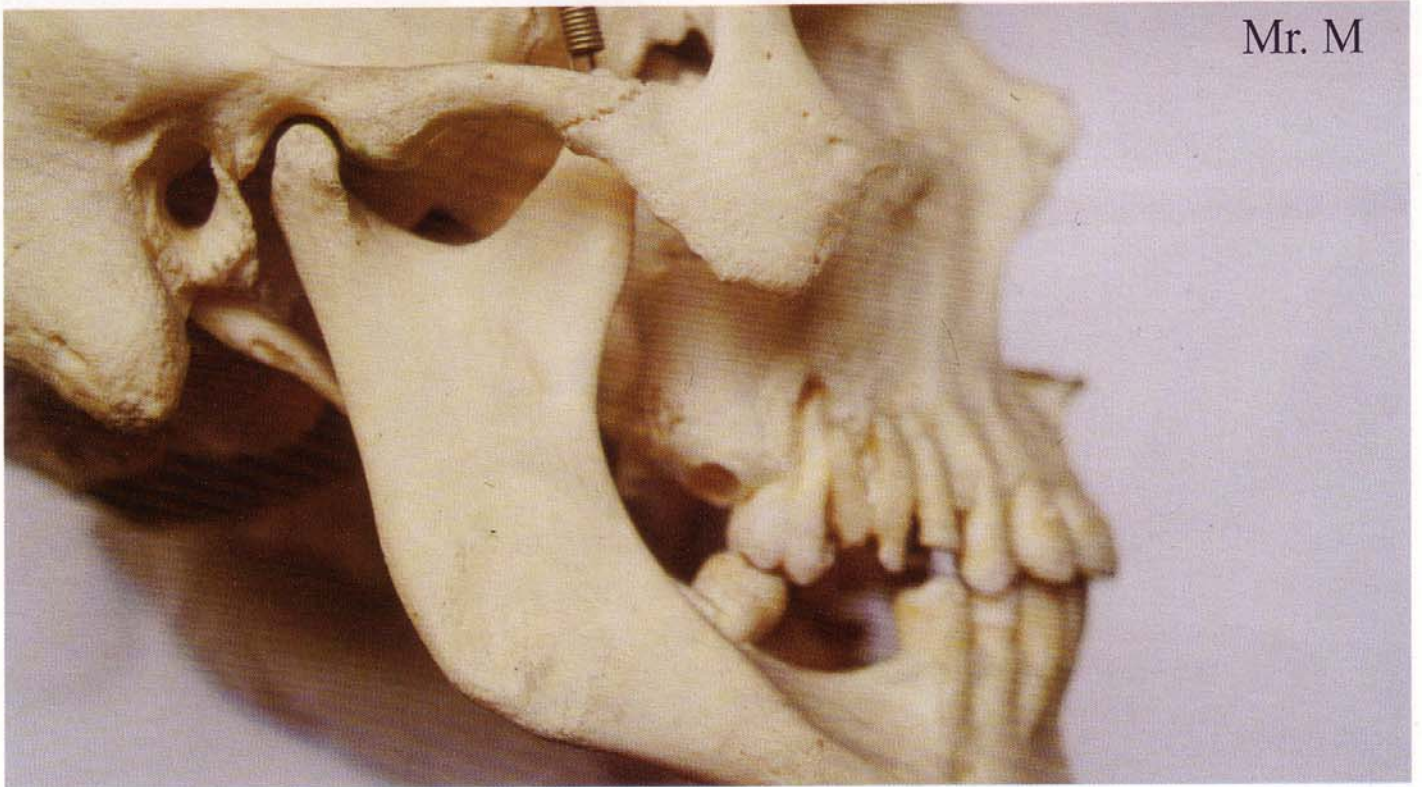
Si potrebbe sostenere, generalmente parlando, che il piano oclusale alterato per insufficiente dimensione verticale posteriore può essere considerato il difetto primo ricorrente nelle mandibole, sia esso già abbinato o non ancora all'abrasione dei settori incisivi; seguito da sbilanciamento tra lato destro e lato sinistro, da asse di centrica spostato e dallo spostamento del mento.



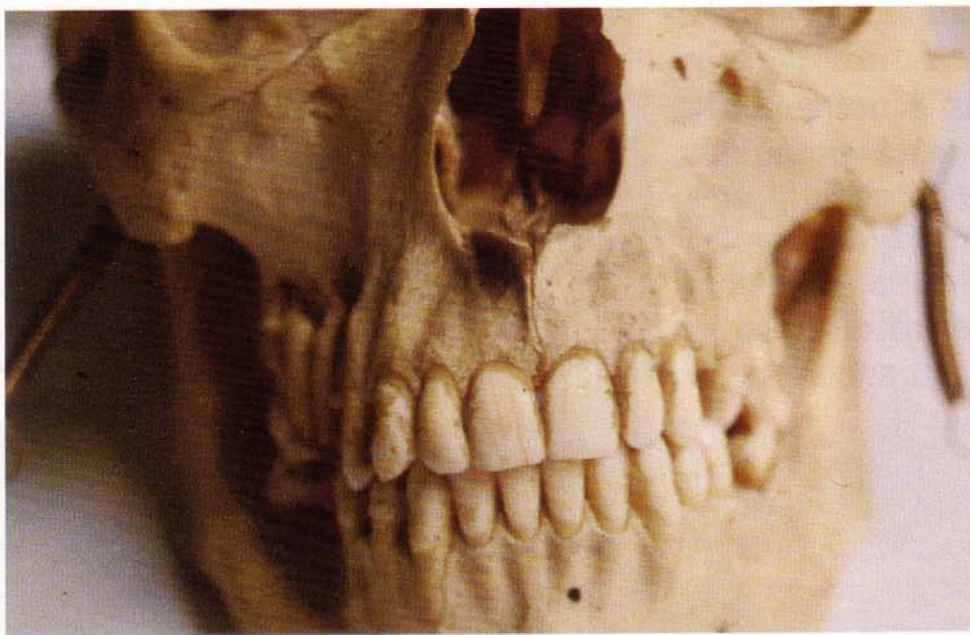
Mr. G

Le modificazioni dello schema oclusale che si hanno nel corso della vita non rappresentano dunque un incessante sforzo per mantenere il corretto equilibrio fisiologico dell'apparato masticatorio. Potrebbero essere piuttosto la conseguenza visibile e inevitabile del danno creato dagli alterati equilibri muscolari e spaziali.

**UN CASO DI MALOCCLUSIONE MALGRADO
L'APPARENTE CENTRATURA DEI CONDILI**



Mr. M



Mr. M

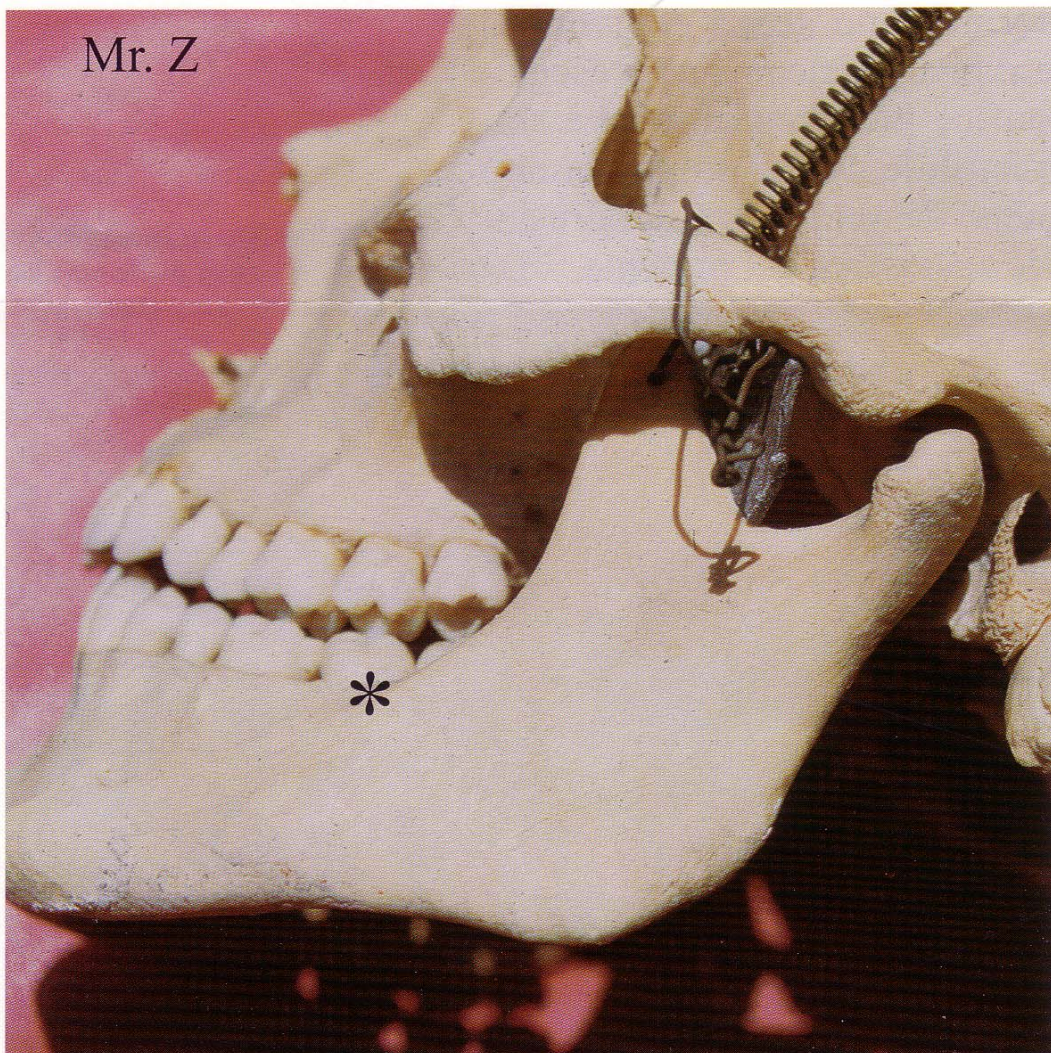


Mr. M

Ipotesi di ricerca della relazione centrica in una mandibola malocclusa

Ipotizziamo una mandibola malocclusa che arretri in massima retrusione autonoma di circa 1 mm e si abbassi di 1,5 mm circa. I denti potrebbero mantenere sul lato sinistro contatto retruso su quarto, quinto e sesto, ma non sul settimo, evidenziando così la mancanza di spessore di quest'ultimo. Di conseguenza l'aggiunta sul settimo dovrebbe essere effettuata tanto in retrusione che in intercuspidazione. Contemporaneamente sul lato destro le ipotesi possono essere varie:

- che nessun dente entri in contatto e che il paziente percepisca il vuoto su tutta l'emiarcata destra; oppure
- che il contatto avvenga su tutti i denti incluso il settimo; oppure
- che avvenga solo su quarto e quinto, eccetera.



Ipotesi di emimandibola sinistra con sufficienti contatti di retrusione su quarto e quinto; più deboli sul sesto e assenti del tutto sul settimo (l'ottavo superiore non è completamente estruso)

Mr. G

Mr. Z

