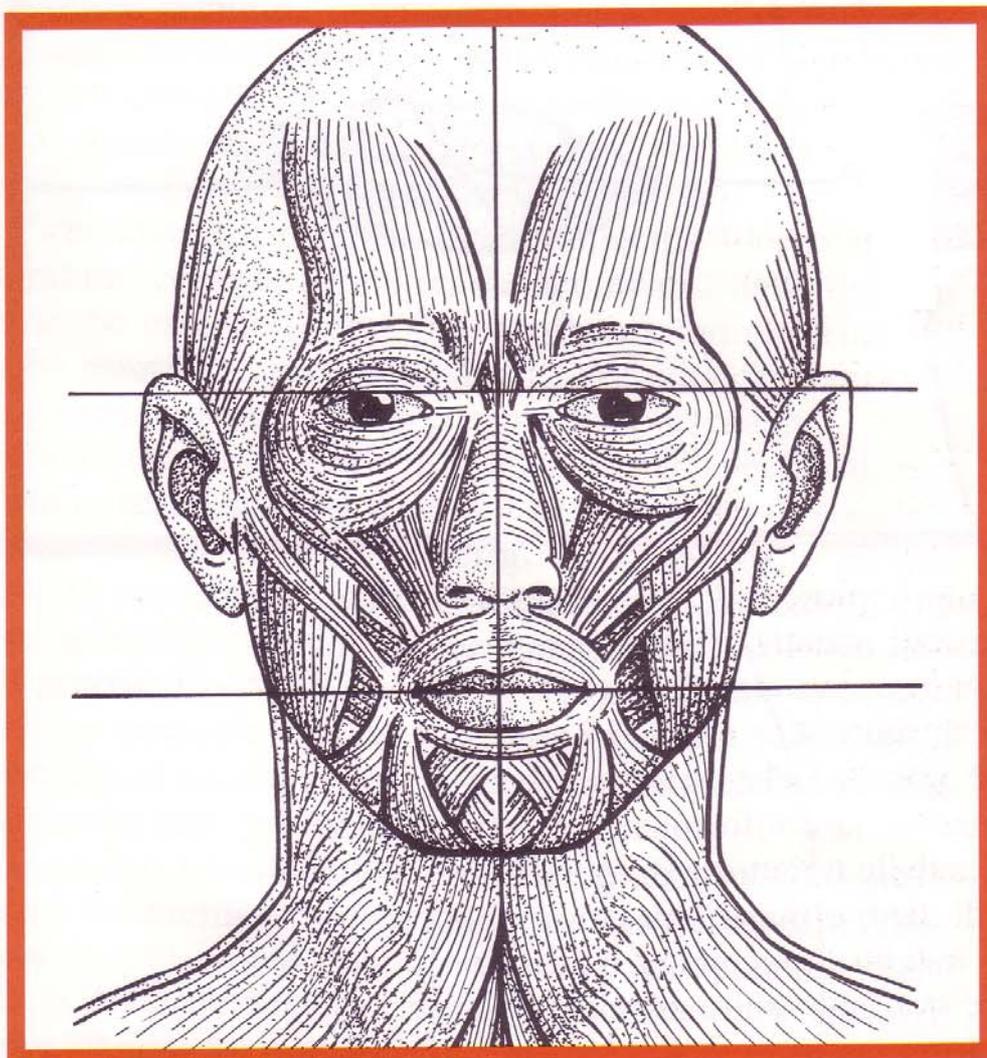
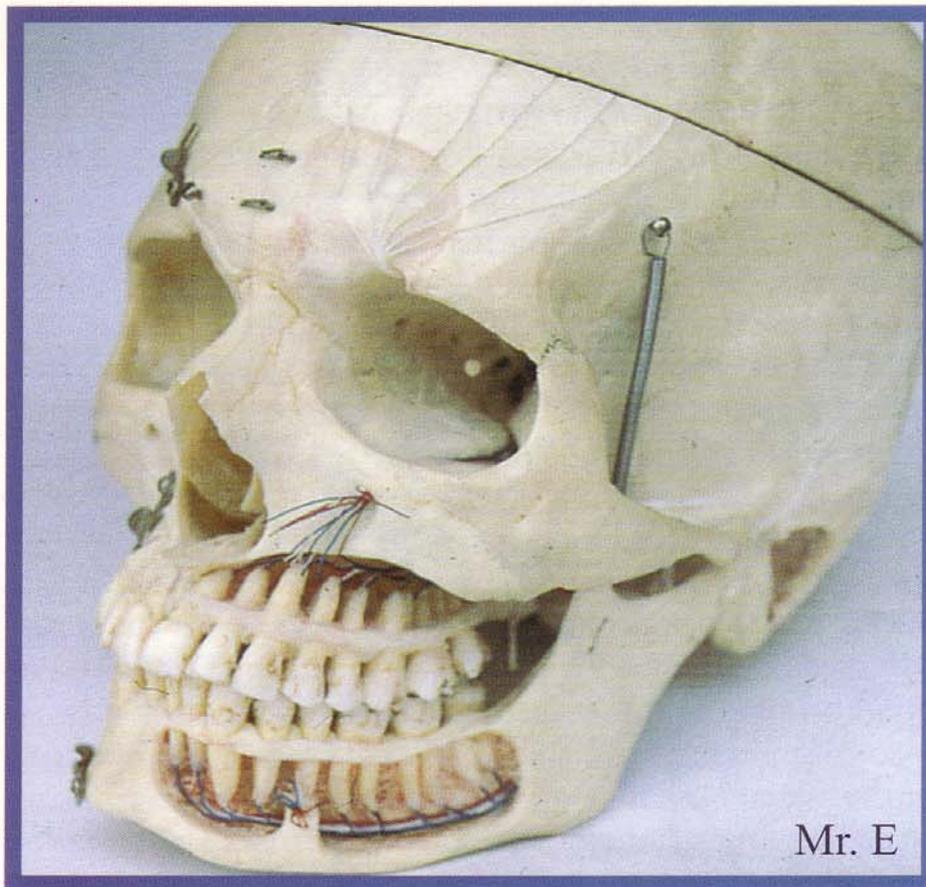


Voler riportare a tutti i costi in uno stato di simmetria le arcate dentarie di un adulto in malocclusione da qualche decennio è un obiettivo non sempre realizzabile. Troppi e troppo diversi tra loro sono i casi difficili da valutare, a causa di rapporti sviluppatasi nel corso degli anni a volte in modo apparentemente simmetrico, ma nella realtà muscolarmente sbilanciato. E' possibile, anzi, che nel corso della riabilitazione si renda necessario uno spostamento asimmetrico dei rapporti interdentari e dei tavolati occlusali per rimediare ad anomalie dell'infanzia compensatesi anatomicamente in modo apparente, ma pur sempre responsabili di malfunzione. D'altronde, pubblicare sulle riviste di odontoiatria fotografie di arcate perfette, così come viene spesso fatto a testimonianza di avvenute riabilitazioni, è una prova di poco valore. Il ripristino muscolare e quello spaziale difficilmente possono rispecchiarsi in rapporti dentari simmetrici, se la malocclusione è stata lunga e grave. Si direbbe quasi che lo specialista tema, pubblicando fotografie di occlusioni asimmetriche, che il lettore dubiti del risultato della terapia prima ancora di valutarne le idee, mentre è proprio la simmetria che deve suscitare dubbi. D'altra parte, non potendo in altro modo sostenere la bontà delle sue terapie, lo specialista dà alla simmetria un valore che non ha.

I muscoli sono appaiati, uno a destra e uno a sinistra, incrociandosi a volte l'un l'altro, pur nella diversità dei tempi di reazione di una coppia rispetto all'altra (una è più lenta, l'altra più rapida)



La simmetria muscolare è l'obiettivo primo da raggiungere



La simmetria dei rapporti dentari è un obiettivo da non porsi

La simmetria muscolare. Un simmetrico rapporto anatomico delle strutture dentarie non è dunque assolutamente l'obiettivo primo da raggiungere, poiché averlo recuperato non significa aver riabilitato. Non è quindi sufficiente riportare in simmetria le arcate per impedire che nei giovani le forze sfavorevoli possano riprendere il sopravvento, rompendo l'equilibrio morfo-funzionale raggiunto.

L'obiettivo è il recupero della simmetria muscolare. E' soprattutto così che si eviterà la ricomparsa della malfunzione. Se essa malgrado tutto riapparirà, non è detto che debba essere interpretata quale impossibilità di modificare il messaggio genetico della crescita della disgnazia.

Nonostante l'opinione radicata di alcuni specialisti, non esiste in realtà sufficiente evidenza scientifica di conforto alla teoria che le recidive dei giovani dipendano da una crescita evolutiva o genetica. È piuttosto probabile che esse subentrino quando le forze muscolari si oppongono alla terapia. L'occlusione mantiene la correzione se la correzione dentaria è stata eseguita in modo tale che la muscolatura accetti i nuovi rapporti cranio-maxillo-dentali predisposti dall'operatore.

Se invece i risultati sono negativi, il motivo può essere che gli interventi sono ispirati da teorie incerte, da meccanismi di trattamento troppo sofisticati, da tecniche imprecise. A dimostrazione di ciò sta l'alta incidenza di recidive a 10 e 20 anni dal trattamento.