

POSSIBILITA' E LIMITI DELL'ORTODONZIA NEI CASI DI GRAVE PARODONTITE

GIOVANNA GARATTINI

Professore Associato - Università degli Studi di Milano
Dipartimento di Medicina, Chirurgia e di Odontoiatria
Polo Ospedale San Paolo
Insegnamento di Ortognatodonzia

Ai giorni d'oggi occorre integrare l'evidenza scientifica con la pratica clinica. Nel 21° secolo le necessità di trattamento ortodontico devono soddisfare le esigenze estetiche, funzionali e psico-sociali del paziente attraverso terapie clinicamente efficaci ed efficienti e che rispettino la decisione del paziente, in virtù del suo consenso informato. Purtroppo, ad oggi, le evidenze scientifiche in campo ortodontico sono poche(1). Ciò che conosciamo è che i trattamenti ortodontici vengono richiesti ed effettuati principalmente per motivazioni di ordine estetico ((2-6). Sanders, nel 1999 scrisse un lavoro fondamentale dal titolo: “ Evidente-based care in orthodontics and periodontics: a review of the literature “ (7). Da questa analisi possiamo ricavare dei punti fissi della ricerca sui quali vi è un accordo unanime della comunità scientifica. Il primo assunto è che un trattamento ortodontico corretto, in pazienti con un'eccellente igiene orale e l'assenza di significativi disordini parodontali, non rappresenta alcun rischio di conseguenze parodontali, anche in soggetti con ridotto supporto parodontale. In altri termini, non è la quantità di osso residuo alle patologie parodontali a controindicare un eventuale trattamento ortodontico. Per contro, in pazienti con parodontite in fase attiva, i movimenti ortodontici possono accelerare la patologia parodontale anche in presenza di buone condizioni di igiene orale. (8-16). I rapporti fra parodontologia ed ortodonzia, ai nostri giorni, prevedono la discussione di tantissime tematiche di grande interesse. Tanti movimenti sono stati dibattuti, uprighting, estrusioni, movimenti all'interno di difetti ossei, intrusioni, ecc. Altri aspetti sono stati affrontati circa i limiti anatomici dei movimenti dentari. La quantità di gengiva aderente, la quantità di osso residuo, ecc. Per ragioni di tempo è stato deciso di affidarmi solo alcuni argomenti e di lasciare la discussione di altri aspetti agli altri oratori.

Un argomento estremamente dibattuto nel passato riguarda l'intrusione degli elementi dentari nei soggetti con esiti di parodontite grave. Ad oggi sappiamo che l'intrusione dentaria è ottenibile in entrambe le arcate dentarie con differenze quantitative non statisticamente significative (17). E' un dato acquisito, inoltre, che l'intrusione dentaria possa essere ottenuta più facilmente ed in modo più prevedibile con la tecnica segmentata. Questa tecnica ortodontica permette la pianificazione e la progettazione accurata dei movimenti per singoli denti o gruppi di denti. Le forze impiegate devono essere di tipo leggero e continue (18-20). Sappiamo inoltre che se l'igiene è inadeguata o la gengivite/parodontite non sotto controllo, con i movimenti intrusivi e/o di inclinazione dentaria si può trasferire la placca batterica da sopra a sottogengivale con conseguente distruzione parodontale (9,11). Con i movimenti intrusivi si possono osservare anche riassorbimenti radicolari. Sul tema dei riassorbimenti radicolari non vi è un accordo unanime circa i fattori responsabili dei riassorbimenti. Nei soggetti adulti il riassorbimento radicolare sembrerebbe essere correlabile ai tempi di sollecitazione ortodontica ed all'entità degli spostamenti. Il riassorbimento radicolare sembra essere più evidente nei denti trattati endodonticamente (18,20-23). Nel trattamento ortodontico “moderno” occorre tenere inoltre presente che gli obiettivi terapeutici devono essere realistici e non idealmente accademici in particolare nei soggetti adulti (6,24,25). Grandi discussioni, nel passato, hanno riguardato l'opportunità di effettuare un trattamento ortodontico che prevedesse la sola estrazione di un incisivo inferiore (6,26-29). Un altro argomento riguarda la contenzione post-ortodontica. Nei pazienti con ridotto supporto parodontale sottoposti a riallineamento ortodontico, la contenzione deve essere di tipo fisso, non rimovibile e la durata a vita (30-34).

In conclusione possiamo affermare che il trattamento ortodontico dei pazienti affetti da grave parodontite è possibile ma, al tempo stesso, complesso e l'ortodontista deve avvalersi della collaborazione del parodontologo sia prima che durante che dopo il trattamento attivo (35). Il successo del trattamento dipende da molti fattori fra i quali la corretta scelta del paziente candidato al trattamento ortodontico (analisi delle motivazioni, delle aspettative, verifica della compliance), dal controllo delle patologie dento-parodontali, dalla conoscenza delle indicazioni terapeutiche (efficacia ed efficienza), e dalla serena consapevolezza dei limiti al trattamento. Infine, soprattutto in questi pazienti, occorre procedere alla pianificazione personalizzata della terapia ortodontica in chiave biomeccanica.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1-M ACKERMAN

EVIDENCE-BASED ORTHODONTICS FOR THE 21ST CENTURY

JADA 2004;135:162-7

2-MMA ONG, H-L WANG

PERIODONTIC AND ORTHODONTIC TREATMENT IN ADULTS

AM J ORTHOD DENTOFACIAL ORTHOP 2002;122:420-8

3- W PROFFIT

SPECIAL CONSIDERATIONS IN COMPREHENSIVE TREATMENT FOR ADULTS

IN W PROFFIT, HW FIELDS. CONTEMPORARY ORTHODONTICS, 3RD ED. ST LOUIS,

MOSBY 2000;644-74

4-EX MCKIERNAN, F MCKIERNAN, ML JONES

PSYCHOLOGICAL PROFILES AND MOTIVES OF ADULTS SEEKING ORTHODONTIC TREATMENT

INT J ADULT ORTHOD ORTHOGNATH SURG 1992;7:187-98

5-R SABRI

THE EIGHT COMPONENTS OF A BALANCED SMILE

JCO 2005;3:155-67

6-BU ZACHRISSON

ON CURRENT TRENDS IN ADULT TREATMENT

JCO 2005;XXXIX(4):231-44

7- NL SANDERS

EVIDENCE-BASED CARE IN ORTHODONTICS AND PERIODONTICS: A REVIEW OF THE LITERATURE

JADA 1999;130:521-6

8-M KESSLER

INTERRELATION BETWEEN ORTHODONTICS AND PERIODONTICS

AM J ORTHOD 1976;70:154-172

9-I ERICSSON, B THILANDER, J LINDHE, H OKAMOTO
THE EFFECT OF ORTHODONTIC TILTING MOVEMENTS ON THE PERIODONTAL TISSUE
OF INFECTED AND NON-INFECTED DENTITIONS IN DOGS
J CLIN PERIODONTOL 1977;4:278-93

10-I ERICSSON, B THILANDER
ORTHODONTIC FORCES AND RECURRENCE OF PERIODONTAL DISEASE
AM J ORTHOD 1978; 74:41-50

11-I ERICSSON, B THILANDER, J LINDHE
PERIODONTAL CONDITIONS AFTER ORTHODONTIC TOOTH MOVEMENT IN THE DOG
ANGLE ORTHOD 1978; 48:210-8

12-J ARTUN, SK OSTERBERG
PERIODONTAL STATUS OF TEETH FACING EXTRACTION SITES LONG-TERM AFTER
ORTHODONTIC TREATMENT.
J PERIODONTOLOGY 1987;58(1):24-9

13-J ARTUN, KS URBYE
THE EFFECT OF ORTHODONTIC TREATMENT ON PERIODONTAL BONE SUPPORT IN
PATIENTS WITH ADVANCED LOSS OF MARGINAL PERIODONTIUM
AM J ORTHOD 1988;93:143-148

14-JA GARAT, MR GORDILLO, AM UBIOS
BONE RESPONSE TO DIFFERENT STRENGTH ORTHODONTIC FORCES IN ANIMALS WITH
PERIODONTITIS
J PERIODONTAL RES 2005;40:441-445

15-B THILANDER
INFRABODY POCKETS AND REDUCED ALVEOLAR BONE HEIGHT IN RELATION TO
ORTHODONTIC THERAPY
SEMINAR ORTHOD 1996;2(1)55-61

16- BU ZACHRISSON, L ALNAES
PERIODONTAL CONDITION IN ORTHODONTICALLY TREATED AND UNTREATED
INDIVIDUALS .I. LOSS OF ATTACHMENT, GINGIVAL POCKET DEPTH AND CLINICAL
CROWN HEIGHT
ANGLE ORTHOD 1973;43:402-11

17-J NG,PW MAJOR, G HEO, C FLORES-MIR
TRUE INCISOR INTRUSION ATTAINED DURING ORTHODONTIC TREATMENT: A
SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.
AM J ORTHOD DENTOFACIAL ORTHOP 2005; 128:212-9

18-B MELSEN, N AGERBAEK, G MARKENSTAM
INTRUSION OF INCISORS IN ADULT PATIENTS WITH MARGINAL BONE LOSS
AM J ORTHOD DENTOFACIAL ORTHOP 1989;96:232-41

19-WR PROFFIT, HW FIELD
SPECIAL CONSIDERATIONS IN COMPREHENSIVE TREATMENT IN ADULTS
IN WR PROFFIT, HW FIELD. CONTEMPORARY ORTHODONTICS ED 2 ST LOUIS MOSBY
1993:585-606

20-FJ WEILAND, HP BANTLEON, H DROSCHL
EVALUATION OF CONTINUOUS ARCH AND SEGMENTED ARCH LEVELING TECHNIQUES
IN ADULT PATIENTS: A CLINICAL STUDY
AM J ORTHOD DENTOFACIAL ORTHOP 1996;110:647-652

21-G COSTOPOULOS, R NANDA
AN EVALUATION OF ROOT RESORPTION INCIDENT TO ORTHODONTIC INTRUSION
AM J ORTHOD DENTOFACIAL ORTHOP 1996;109:543-8

22-DM KILLIANY
ROOT RESORPTION CAUSED BY ORTHODONTIC TREATMENT: REVIEW OF THE
LITERATURE FROM 1998 TO 2001 FOR EVIDENCE
PROG ORTHOD 2002;3:2-5

23- GR SEGAL, PH SCHIFFMAN, OC TUNCAY
LONGER ORTHODONTIC TREATMENT MAY RESULT IN GREATER EXTERNAL APICAL
ROOT RESORPTION
EVIDENCE-BASED DENTISTRY 2005;6:21-24

24-RL VANARSDALL, DR MUSICH
ADULT ORTHODONTICS: DIAGNOSIS AND TREATMENT
IN ORTHODONTICS:CURRENT PRINCIPLES AND TECHNIQUES ED. TM GRABER AND RL
VANARSDALL JR MOSBY 1994;750-834

25-VG KOKICH
ADULTS ORTHODONTICS: ARE YOUR TREATMENT OBJECTIVES REALISTIC?
LECTURE ANGLE SOCIETY OF EUROPE GOING AUSTRIA 2005

26-VG KOKICH, PA SHAPIRO
LOWER INCISOR EXTRACTION IN ORTHODONTIC TREATMENT
ANGLE ORTHOD 1984;54:139-53

27-RA RIEDEL, RM LITTLE, TD BUI
MANDIBULAR INCISOR EXTRACTION:POSTRETENTION EVALUATION OF STABILITY
AND RELAPSE
ANGLE ORTHOD 1992;62:103-16

28-JA CANUT
MANDIBULAR INCISOR EXTRACTION:INDICATIONS AND LONG-TERM EVALUATION
EUR J ORTHOD 1996;18:485-9

29-E FAEROVIG, BU ZACHRISSON
EFFECTS OF MANDIBULAR INCISOR EXTRACTION ON ANTERIOR OCCLUSION IN
ADULTS WITH CLASS III MALOCCLUSION AND REDUCED OVERBITE
AM J ORTHOD 1999;115:113-24

30-BU ZACHRISSON
FINISHING AND RETENTION PROCEDURES FOR IMPROVED AESTHETICS AND
STABILITY
IN R NANDA, C BURSTONE RETENTION AND STABILITY IN ORTHODONTICS WB
SANDERS, PHILADELPHIA 1993

31-B KAHL-NIEKE
RETENTION AND STABILITY CONSIDERATIONS FOR ADULTS PATIENTS
DENT CLINICS OF NORTH AMERICA 1996;40(4):961-994

32-M BLAKE, K BIBBY
RETENTION AND STABILITY: A REVIEW OF THE LITERATURE
AM J ORTHOD 1998;114:299-306

33-W PROFFIT
SPECIAL CONSIDERATIONS IN COMPREHENSIVE TREATMENT FOR ADULTS
IN W PROFFIT, HW FIELD CONTEMPORARY ORTHODONTICS 2000 3RD ED. ST. LOUIS
MOSBY 597-619

34-BU ZACHRISSON
ORTODONZIA E PARODONTOLOGIA IN LINDHE J 1998; 3 ED ED MARTINA BOLOGNA 741-
793

35- DP MATHEWS, VG KOKICH
MANAGING TREATMENT FOR THE ORTHODONTIC PATIENT WITH PERIODONTAL
PROBLEMS
SEMINAR IN ORTHODONTICS 1997;3:21-38