

MOLAGGIO SELETTIVO: PIANIFICAZIONE

Si riconoscono quattro ragioni per le quali un individuo possa perdere i suoi denti, che sono proprio quattro, non più e non meno di quattro.

La prima ragione è la malattia cariosa. Gli antichi la considerarono una malattia parassitaria, o chimico parassitaria, motivata dallo squilibrio acido basico dell'ambiente orale. I moderni invece, con buona certezza, riconoscono il movente nella flora batterica residente, dominata da un ceppo prevalente di streptococcus mutans che si organizza in placca mucobatterica e che fabbrica cataboliti acidi. La storia naturale di una carie dentale diffusa è inesorabile fino al deserto della edentulia finale.

La seconda ragione è la malattia paradentale. Questa malattia ha eziologia da una popolazione batterica che si radica su un habitat di residui alimentari in fermentazione ossidativa. Nel combinato, l'agente *Actinobacillus Actinomycetem Comitans* sarebbe il primo azionista. L'infiammazione attacca le gengive marginali, evenienza neutrale (non irreversibile) fino alla dissoluzione del sigillo marginale impermeabile. Senza barriera isolante, l'osteolisi parcellare compromette l'architettura ossea che si disfa sotto l'attacco dei metaboliti infiammatori, facendo mancare il sostegno al dente compromesso. La storia naturale della malattia esiterà nel risanamento appena conquistata la totale edentulia.

Riassumendo, carie dentale e malattia paradentale (o parodontale) sono infezioni condizionate da fattori di virulenza, virtualmente refrattarie alla terapia antibiotica. Entrambe riconoscono nella scarsa igiene del cavo orale un potente catalizzatore per le specie batteriche attive, che dentro i fanghi alimentari trovano l'ecosistema più favorevole al loro metabolismo. Dunque mentre le prime due di quattro ragioni sono a eziologia infettiva, vediamo ora che le seconde due di quattro sono a eziologia traumatica.

La terza ragione è il trauma acuto. Quando un soggetto pratica sport violenti e si impegna in azioni di contrasto fisico, oppure intrattiene frequentazioni malavitose, l'onda d'urto mette a repentaglio l'integrità anatomica del cranio viscerale. Una menzione parallela meriterebbero i casi della infortunistica stradale e degli incidenti sul lavoro dove, in un solo evento, si provocano importanti mutilazioni permanenti.

La quarta ragione è il trauma cronico, che dovrebbe chiamarsi “malattia oclusale” secondo la nomenclatura introdotta dal gruppo californiano di Niles Guichet (Gruppo Denar), e ripresa da Peter Dawson nel suo secondo volume. Questa locuzione dovrebbe prevalere per la sua chiarezza al posto degli acronimi di varie sfumature e scuole, ma che possono diventare un cruciverba per la mente collettiva. La malattia oclusale è un malattia cronica, come effetto di un temibile trauma cronico, molto grave se inteso come sommatoria di traumi lievi ripetuti nel tempo. Il motore di questo trauma reiterato è il sistema neuro-muscolare che infallibilmente riconosce una pur lieve incongruenza morfologica tra le arcate dentali durante l’atto della deglutizione. Quando questa minima incongruenza morfologica è destabilizzante, si ha una risposta del sistema neuro-muscolare di tipo eccitatorio, cioè il campo muscolare, che potrebbe stare a riposo quando la bocca è vuota, si mette invece al lavoro per piallare l’incongruenza. Nel caso opposto di *incongruenza macroscopica*, la risposta è inibitoria, come se il sistema avesse riconosciuto una deformità esagerata, tale da essere irredimibile dal molaggio selettivo automatico. Questa notazione è cruciale per gli ortodontisti, che ricomponendo una filiera oclusale possono trasformare una macro mala occlusione in una micro mala occlusione, e il paziente ortodontico risanato potrebbe diventare un gran bruxista a fine cura.

Diagnosi differenziale nella malattia oclusale. La presentazione nella tabella allegata (pag.47) rende in forma sintetica eppure esaustiva tutto l’impianto nosografico. La stessa tabella, in un formato da mettere in cornice, serve come sinossi mnemonica con i nuovi pazienti, e propone una scaletta progressiva secondo la quale ogni caso novello può essere classificato già in prima visita, sempre con riserva di ulteriori approfondimenti. Un altro passo sarebbe un esercizio mentale di prognosi, configurando il quadro clinico dentro una macchina del tempo virtuale e, per storia naturale, prevedere il futuro della fatale senescenza, a flash over di decenni.

Guida alla lettura della tabella sinottica. Per esempio, nella colonna macro-malaocclusione sta scritto all’ultima riga: “Decadenza precoce per combinazione di carie maligna e malattia parodontale” perchè non è mai stato osservato un paziente di questa classe rimasto integro in età avanzata. Sembra che in questa critica situazione qualsiasi scrupolosa diligenza non possa andare oltre il mezzo secolo, perchè in quella stagione della vita sembra aggravarsi il processo di un generale collasso strutturale.

Risposta eccitatoria. La differenza tra bruxismo statico e bruxismo dinamico non è sempre perentoria come nel modo esemplato. Nel bruxismo statico la discrepanza tra occlusione centrica e relazione centrica - come recita lo schema - non è costante, ma solo possibile in molti casi. Al contrario, il bruxismo dinamico presenta, quasi sempre, una coincidenza impeccabile tra occlusione centrica e relazione centrica; vanificando, per chi ci crede, l’impiego di un arco facciale cinematico. La deformazione del tavolo