



Un caso di vertigine trattato con il Bite

Questo articolo mi offre l'occasione di esprimere un parere, che comunque nasce dallo svolgere quotidianamente la professione di odontoiatra e di medico di base. Il mio punto di vista è il seguente: molto spesso non si pensa ai denti come ad una possibile causa di problemi non dentali. In realtà, cefalee, otalgie, disturbi respiratori, patologie cervicali, della colonna vertebrale, della vista, per esempio, sono legate alla condizione dei denti e al rapporto tra le arcate. Un buono stato di salute, e una condizione fisiologica dell'ATM, sono presupposti necessari perchè una persona non solo mastichi, parli e respiri bene, ma eviti di andare incontro a disturbi che spesso il mondo medico non riconosce come collegabili ai denti medesimi. La capacità funzionale dell'ATM dipende in gran parte dalla condizione delle arcate, e non è raro che capiti di eliminare rumori, scrosci, dolori in sede temporo-mandibolare intervenendo anche minimamente sui denti. E il caso del "molaggio selettivo", un intervento che regolarizza il rapporto tra le arcate dentali eliminando, anche solo con una carta di masticazione e una fresa, quei precontatti che causano problemi a volte seri. Comunque, in questo articolo illustro diagnosi e cura di un caso di vertigine trattato con un bite.

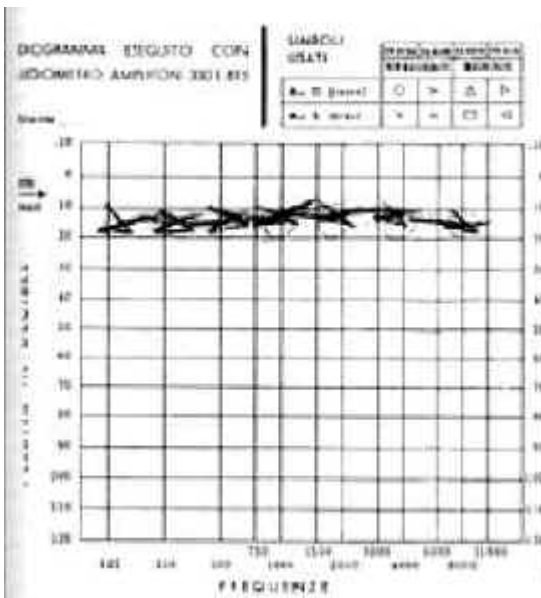


Metodi

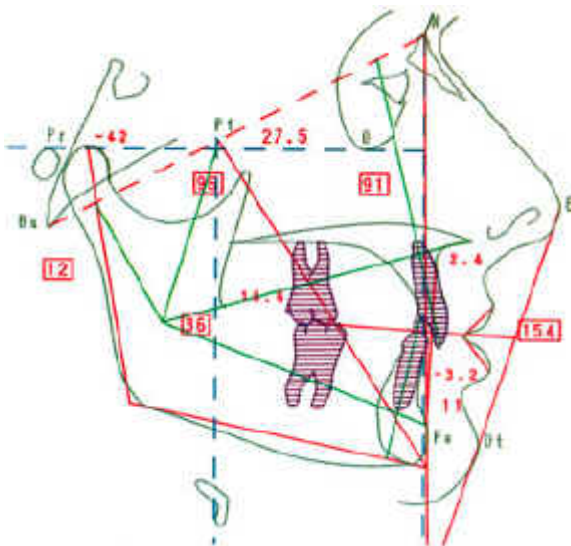
Il bite è una sorta di "apparecchio" che si pone tra le arcate e, in questo caso, è stato portato sempre, dalla paziente, se non durante i pasti. Ottenuta la guarigione dopo 4 mesi (pur avendo osservato una condizione di lento ma progressivo benessere a partire dalla prima settimana) la giovane 25enne ha continuato a portare il bite per altri 8 mesi. Durante tutto questo periodo, ho effettuato un controllo ogni 2 settimane, avendo cura di equilibrarlo ad ogni controllo. La paziente mi aveva chiesto di

intervenire per individuare eventuali cause di una condizione di vertigine, non risolta altrimenti. Nel momento in cui io la visitai per la prima volta, stava assumendo FLUXARTEN MITE (1 cp. la sera per 15 giorni), prescritto dall'otorino, e aveva, in precedenza, assunto psicofarmaci, consigliati dal medico di base. La documentazione prodotta nel corso della visita e dell'indagine promosse dal collega otorino metteva in evidenza una assenza di ny oo spontaneo, un'iporeflettività labirintica destra e, in generale, un quadro compatibile con una forma periferica non ancora in compenso. Considerando il fatto che la paziente denunciava il permanere della vertigine, immutata, sulla base di una radiografia telecranio, di una panoramica e dei modelli in gesso montati su articolatore con valori individuali, incominciai a studiare il caso.

L'analisi cefalometrica secondo RICKETTS metteva in evidenza il fatto che si trattava di un caso gravemente BRACHI. La parte anteriore della faccia risultava essere molto bassa. Il rapporto



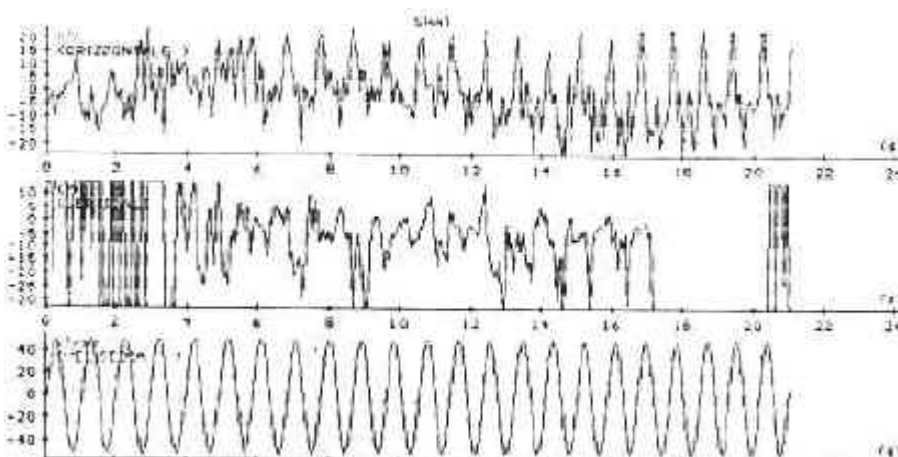
antero-posteriore fra le basi mascellari evidenziava una I classe scheletrica. Il mascellare si presentava protruso, in quel primo studio, come protrusa era la mandibola. Le immagini (arcate senza bite e con il bite) mostrano come fosse poi evidente il fatto che l'incisivo superiore appariva molto retro inclinato e l'incisivo inferiore molto retruso e retroinclinato. Già le foto, ottenute con la mia videocamera munita di stampante, mettono in evidenza l'esistenza di un morso molto profondo, nonché di un overjet molto maggiore rispetto alla norma. Analizzando il profilo, si evidenziava una retrusione del labbro superiore. Non voglio annoiare il lettore con un lungo elenco dei valori misurati nell'analisi cefalometrica, tuttavia può essere utile citare quelli che considero i 6 più importanti, poiché possono dire molto a chi, tra i colleghi, si occupi di cefalometria:



- a) angolo dell'asse facciale: 96°
- b) profondità facciale: 91°
- e) altezza facciale inferiore: 36°
- d) arco mandibolare: 40°
- e) F.M.A. (piano Fh e Gonion-Gnathion): 12°
- f) angolo goniaco: 112°

Tutto ciò sottolinea tra l'altro, il carattere facciale gravemente brachi. L'interpretazione dei dati portava inoltre ad affermare l'esistenza:

- di un angolo interincisivo molto aperto;
- di un palato duro orientato correttamente;
- di un punto A avanzato di 3 mm. rispetto alla linea di McNamara;
- di un punto Po avanzato di 1 mm. rispetto alla linea di McNamara;

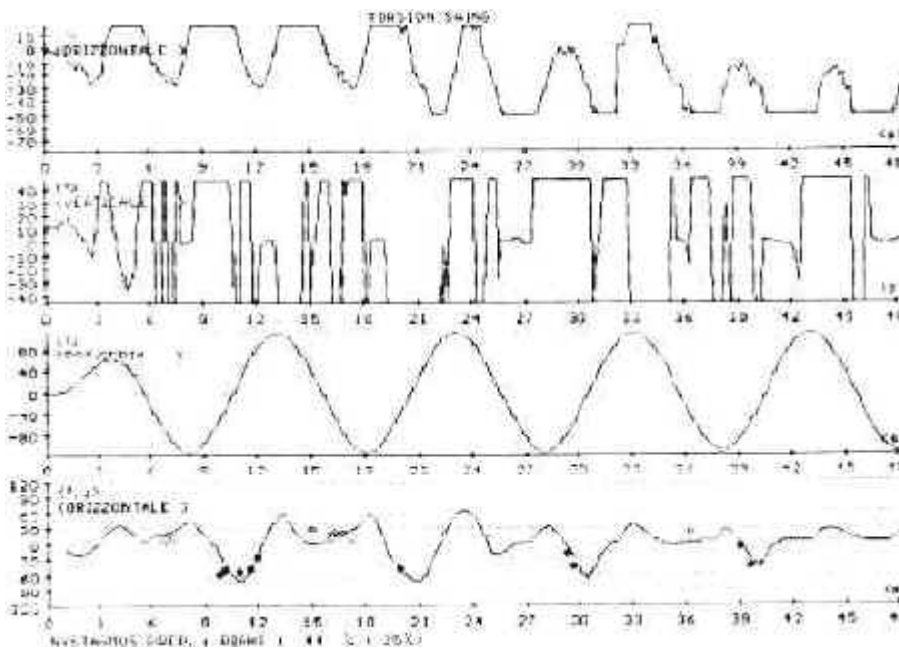


- di un mento quadrato;
- di un angolo della mandibola piccolo.

La posizione del molare superiore rispetto alla retta PTV indicava che lo spazio a disposizione per una sua eventuale distalizzazione era (ed è) minore della norma.

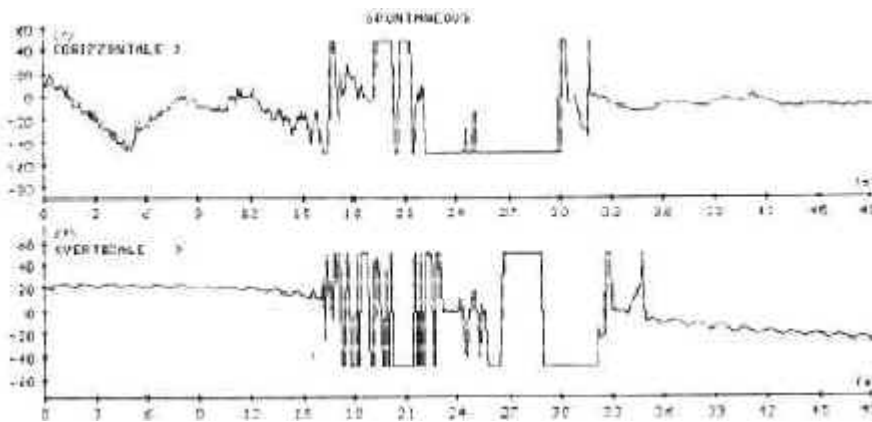
Risultati

Come dicevo, ho ottenuto un miglioramento da subito grazie al bite, sul quale avevo fatto inserire una vite che, allontanando via via le due metà della struttura, avrebbe allargato l'arcata superiore, affrontando così anche il problema dell'affollamento.



In sostanza, lo studio del caso clinico metteva in risalto alcune difformità scheletriche, riguardanti principalmente una sensibile riduzione della dimensione verticale, riferita all'altezza facciale inferiore. La naturale conseguenza, da un punto di vista articolare, è rappresentata da una dislocazione retrusa del condilo, da un solco sublabiale inferiore marcatamente accentuato, da un possibile risentimento della zona bilaminare posteriore, da una situazione di affollamento inferiore e da una sensazione di incarceramento mandibolare.

L'applicazione di un Bite Piane, in questi casi, determina, da subito, un avanzamento mandibolare e progressivamente la deprogrammazione occlusale e la riprogrammazione di un nuovo engrammo occlusale più fisiologico.



Discussione

Il successo del bite si è ottenuto. La vertigine è scomparsa, là dove precedenti terapie avevano fallito. Il bite ha agito sulla riduzione della dimensione verticale riferita all'altezza facciale inferiore, e quindi sulla dislocazione retrusa del condilo, nonché sull'incarceramento della mandibola. Si aveva la

sensazione di uno "stato compresso". Il bite tiene separate le 2 arcate (mentre affronta anche il problema dell'affollamento): così è promosso un avanzamento mandibolare, accompagnato da una deprogrammazione occlusale e dalla riprogrammazione di un engrammo nuovo e più fisiologico.

Riassunto

Ho risolto un caso di vertigine con il bite, e desidero, con questo articolo, stimolare i colleghi, in modo che pensino più spesso ai denti, anche quando affrontano disturbi e patologie non dentali. Lo scritto entra nei dettagli tecnici, ma, fondamentalmente, cosa ha fatto il bite? Ha determinato un avanzamento mandibolare e progressivamente la deprogrammazione occlusale e la riprogrammazione di un engrammo più fisiologico. Ha dunque deprogrammato e riprogrammato il rapporto tra le arcate. La paziente sta bene, è guarita, non accusa da tempo vertigini, e crede fermamente, ora, in questo modo di affrontare i problemi.



Bibliografia

1. P.E. Vion: Anatomie

céphalométrique.

La Biliothèque d'Orthodontie;

Editions S.I.D. -1984.



2. P.E. Vion: Anatomie Téléradiographique en norma lateralis.
Rev. Orthop. Dento Fac 10: 449 - 537, 1976.

*S.TalmantJ.: Introduction a l'étude de la statique céphalique.
Rev. Orthop dento Fac. 10: 321-334, 1976.*

4. Gandet, Jean: Etude téléradiographique en incidence basale de 50 crânes adultes. Thèse sciodont., Paris, 1971 (n° 189).

5. *Berger, I-I.; A neglected view in cephalometrics, trans eur onhod. soc.: 335-342, 1961.*

6. Delaire J., Billet J., Ferro J.C., Faucher O. e Julia P.: Malformations faciales et asymétries de la base du crâne (un nouveau syndrome malformatif intéressant l'orthodontiste). Rev. Stornato/. 66 (7-8): 379-396, 1965.

7. *Bouvet J.M.: Les inclinaisons des premières molaires permanentes supérieures. Rev. Stornato/. 5; 373-379, 1967.*