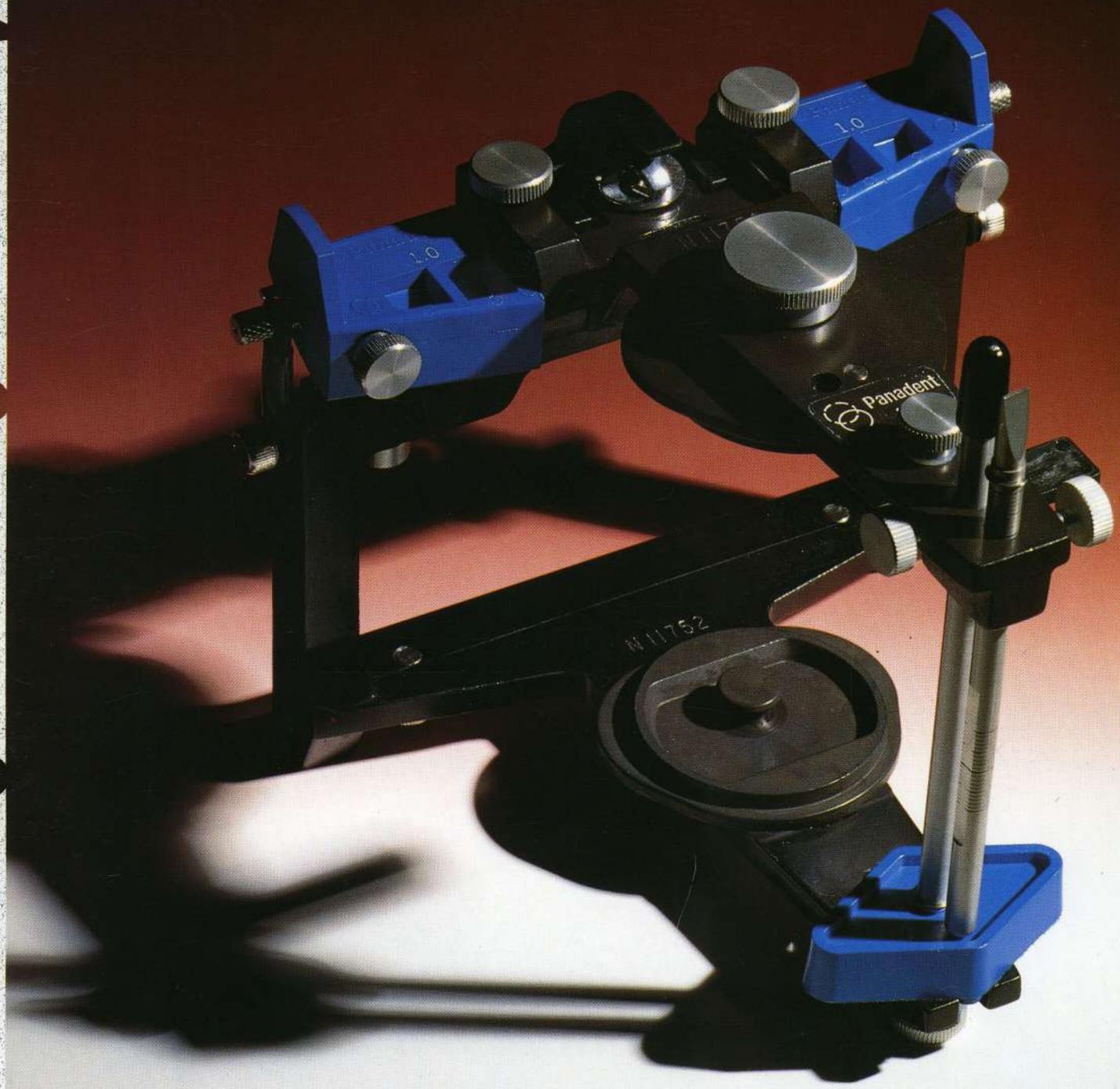


# PROPOSTAL

A  
V  
O  
U  
N



*Il trattamento ortodontico del paziente adulto pone l'ortodontista di fronte a nuove problematiche estetiche e psicologiche che ne possono influenzare le scelte terapeutiche.*

G. Galassini  
Libero Professionista

## TRATTAMENTO ORTODONTICO "BORDER LINE" IN UN PAZIENTE ADULTO

### Introduzione

La richiesta sempre crescente di trattamenti ortodontici nell'adulto mette l'ortodontista di fronte a problematiche nuove, la cui soluzione non risulta sempre facile.

Il paziente adulto, infatti, richiede spesso il trattamento ortodontico al fine di migliorare la propria estetica e, poiché "è bello ciò che piace", l'estetica diventa estremamente soggettiva.

È quindi nostro dovere ascoltare, discutere e comprendere le aspettative del paziente, per non rischiare di concludere il trattamento ortodon-

tico con un lavoro professionalmente ben riuscito, ma con una persona delusa ed insoddisfatta del "suo viso".

### Il caso

D.P. è una paziente di 18 anni non soddisfatta del suo sorriso, in quanto i canini vestibolarizzati, risultano piuttosto sporgenti; è tuttavia contenta del suo profilo e dell'aspetto delle labbra. Aveva rifiutato il trattamento estrattivo in età adolescenziale (figg. 1-2).

Il profilo è biprotruso e questo conferisce al volto un aspetto "roton-

do," il naso è "importante," le labbra sono carnose.

L'occlusione (figg. 3-4-5) presenta un rapporto di II classe molare, bilaterale, più accentuato a sinistra: i canini sono vestibolarizzati ed occludono in un completo rapporto di II classe. Entrambi i mascellari sono contratti trasversalmente, presenta un cross-bite a sinistra e una deviazione funzionale della linea mediana inferiore dallo stesso lato.

Dalla radiografia panoramica (fig. 6) si nota la presenza dei due denti del giudizio superiori e dell'inferiore destro, dei quali viene consigliata l'avulsione. Teleradiografia (fig. 7).

Figg. 1-2

Prima del trattamento



Fig. 1



Fig. 2

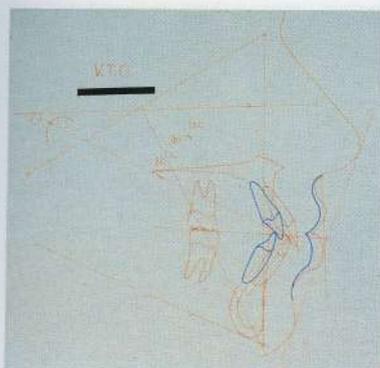


Fig. 9

per non modificare il profilo, anche se ovviamente questo eleverà il grado di difficoltà terapeutico e allungherà i tempi di trattamento, di ritenzione e di post-ritenzione, che andranno pertanto adeguatamente programmati e controllati.

### Terapia

È stato applicato il quad-helix all'arcata superiore ed il bi-helix nell'ar-

cata inferiore (figg. 10-11). Nell'arcata superiore è stata usata una meccanica segmentata. Nell'arcata inferiore un arco di utilità in massimo ancoraggio con un filo continuo di nichel-titanio sovrapposto ad esso.

In seguito, è stata applicata ai quinti inferiori, una trazione di II classe con elastici leggeri per evitare l'estrusione dei sestì.

Fig. 9

V.T.O. (Obiettivo Visuale di Trattamento): in rosso senza estrazioni, in blu con estrazioni

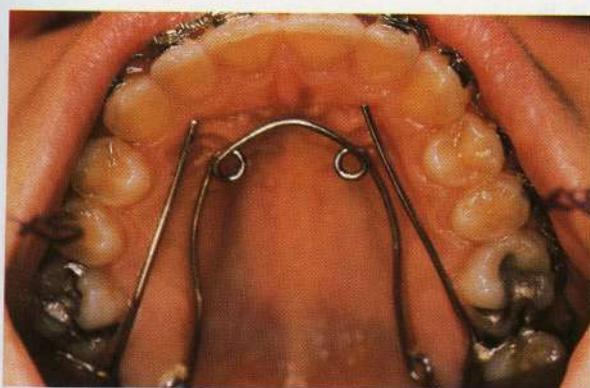


Fig. 10



Fig. 11

Figg. 10-11

Quad-Helix e Bi-Helix

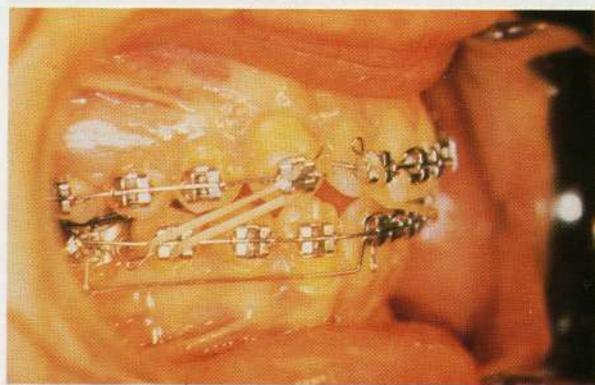


Fig. 12

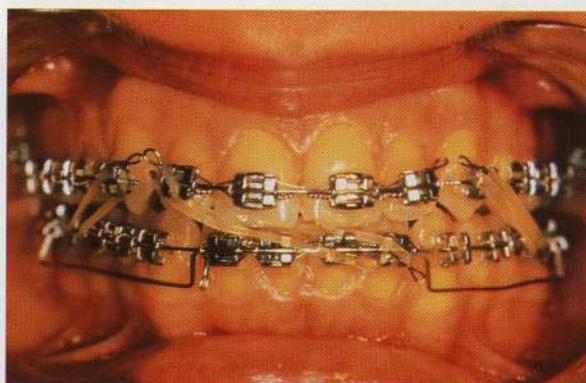


Fig. 13

Figg. 12-13-14

Intraorali durante il trattamento

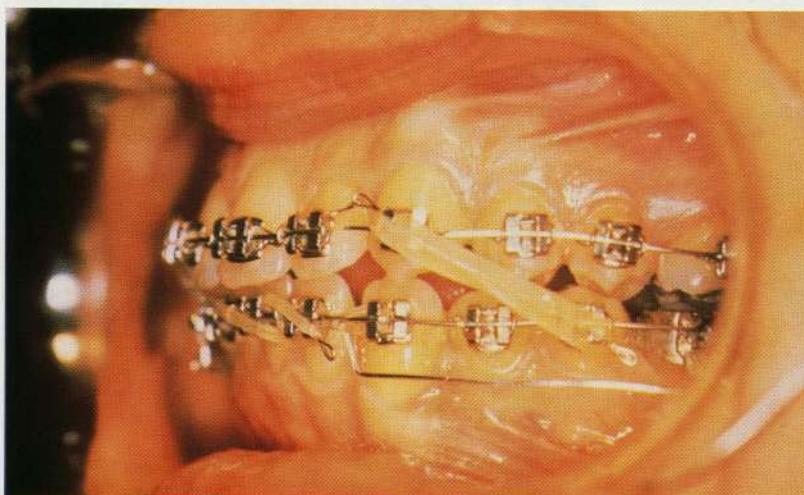


Fig. 14

Frontalmente, abbiamo utilizzato un elastico obliquo per centrare le linee mediane (figg. 12-13-14).

Dopo aver ipercorretto la classe molare e canina, si passa alla rifinitura del caso mediante un elasto-rifinitore in gomma che si aggrappa ai brackets. Tale posizionatore è costruito sul set-up dei modelli montati in articolatore (figg. 15-16).

Le figure da 17 a 23 mostrano il caso finito dopo 24 mesi di terapia. Il caso montato in articolatore (fig. 24) rivela una buona dinamica mandibolare e la corrispondenza dell'occlusione centrica con la relazione centrica.

CORSO DI ORTODONZIA  
PER MEDICI

Figg. 3-4-5

Intraorali iniziali

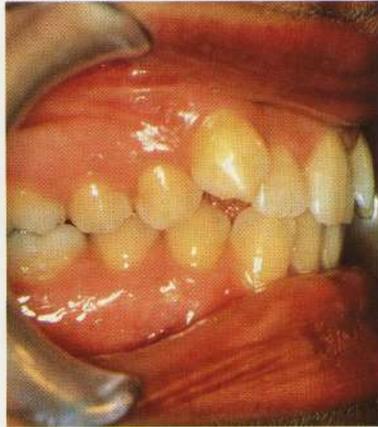


Fig. 3



Fig. 4

Figg. 6-7-8

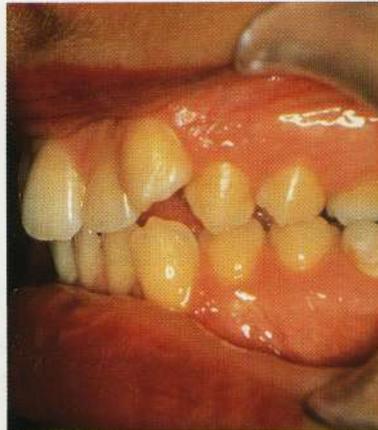
Radiografia  
panoramica,  
teleradiografia,  
tracciato secondo  
Ricketts

Fig. 5

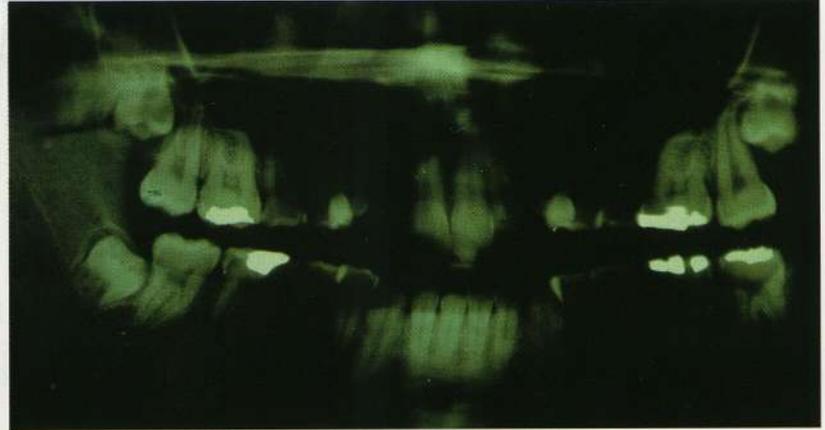


Fig. 6



Fig. 7

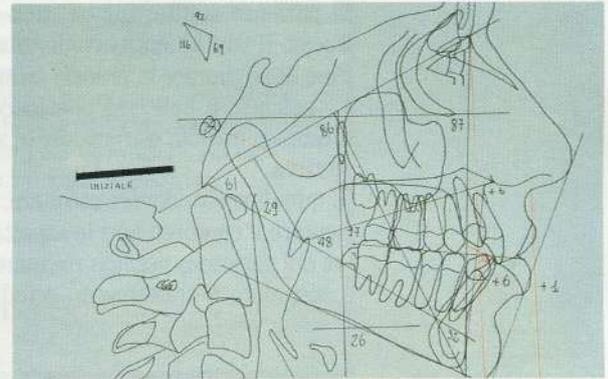


Fig. 8

Il tracciato cefalometrico, secondo Ricketts (fig. 8), rivela una struttura mesio-facciale, con tendenza al "dolico" e una biprotusione dentale con aumento della convessità mascellare.

Dal tracciato, inoltre, si nota che vi è spazio sufficiente per arretrare i molari dopo l'estrazione degli ottavi superiori.

## V.T.O.

Nella pianificazione di trattamento (fig. 9) senza estrazioni (in rosso), sono stati mantenuti gli incisivi inferiori nella loro posizione iniziale, quindi non si hanno modifiche del profilo.

Nel V.T.O. con estrazioni (in blu), gli incisivi inferiori sono stati posi-

zionati un millimetro davanti alla linea APO. Questo comporta un riposizionamento posteriore delle labbra con appiattimento del profilo e conseguente evidenziazione del naso. Dopo aver discusso a lungo con la paziente, riguardo ai vantaggi e agli svantaggi relativi alle due soluzioni, di comune accordo, si decide di attuare il trattamento non estrattivo

Figg. 15-16

Il set-up;  
l'elasto-rifinitore

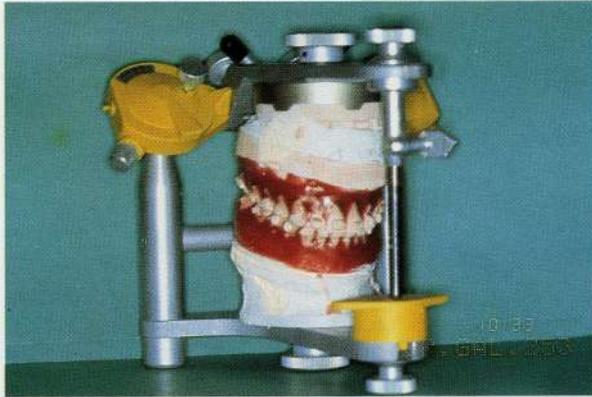


Fig. 15

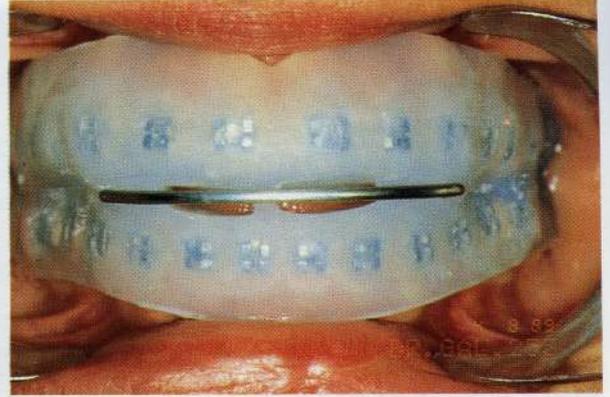


Fig. 16

Figg.  
17-18-19-20-21-22-23

Intraorali finali



Fig. 17

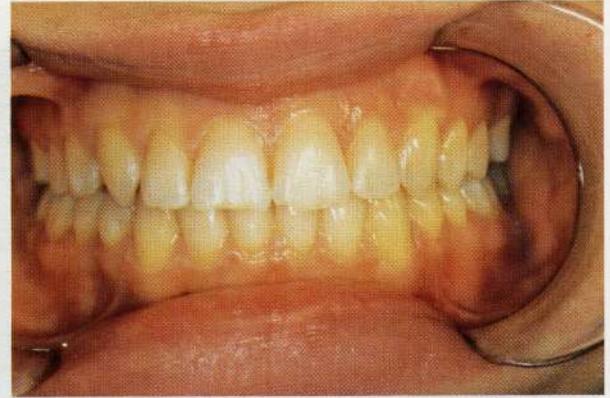


Fig. 18



Fig. 19

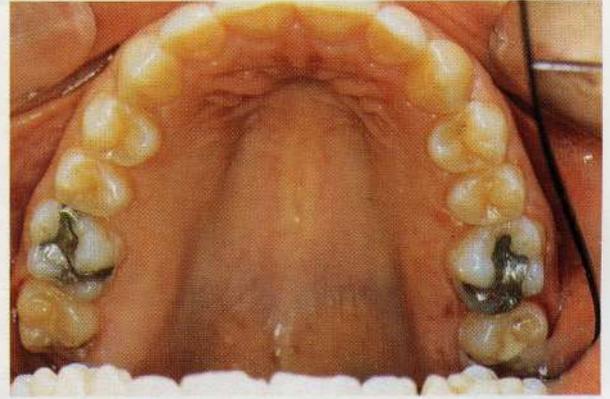


Fig. 20

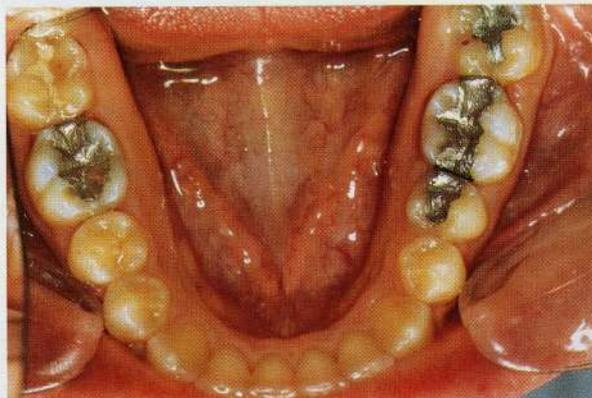


Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24

Fig. 24

Il caso montato in  
articulatore

Dalla radiografia panoramica si nota l'estrazione dei denti del giudizio superiori (fig. 25). Teleradiografia (fig. 26).

Dal tracciato finale (fig. 27) si può notare che quasi tutti i valori cefalometrici sono rimasti invariati rispetto al tracciato di inizio cura.

## Sovrapposizioni

### 1S

Nella prima area di sovrapposizione 1S (fig. 28) si nota il mantenimento dei valori dell'asse facciale. Non si è verificata quindi la temuta postero-rotazione mandibolare.

### 2S

Nella seconda area di sovrapposizione 2S (fig. 28) si può notare che il punto A non è arretrato e ciò ha permesso di mantenere inalterato l'angolo naso-labiale, senza evidenziare ulteriormente il naso.

### 3S

Nella terza area di sovrapposizione 3S (fig. 29) si evidenziano le variazioni a carico dei denti dell'arcata inferiore: i molari non si sono spostati, né in senso sagittale, né in senso verticale; questo ha permesso di evitare la postero-rotazione mandibolare. Gli incisivi si presentano leggermente estrusi e torquati.

### 4S

Nella quarta area di sovrapposizione 4S (fig. 29) si notano le variazioni a carico dei denti dell'arcata su-

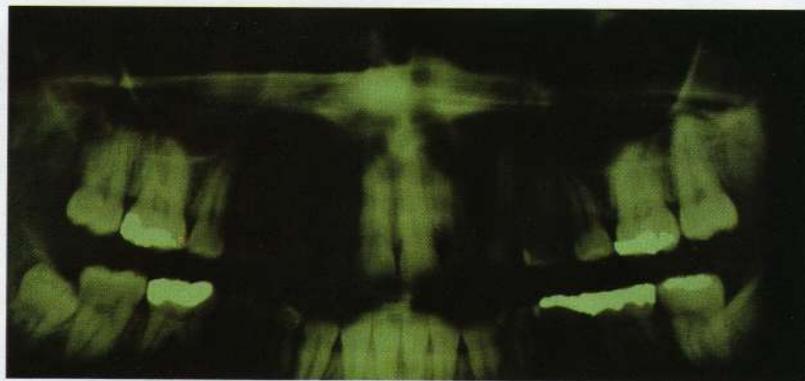


Fig. 25



Fig. 26

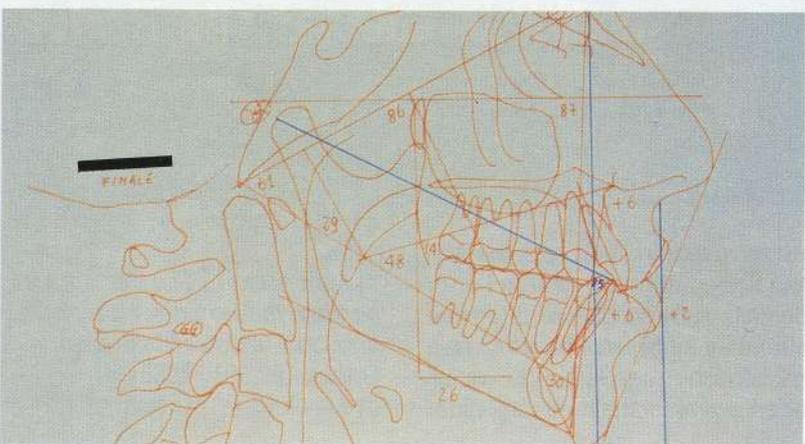


Fig. 27

Figg. 25-26

Radiografia  
panoramica e  
teleradiografia

Fig. 27

Tracciato finale  
secondo Ricketts

Figg. 28-29-30

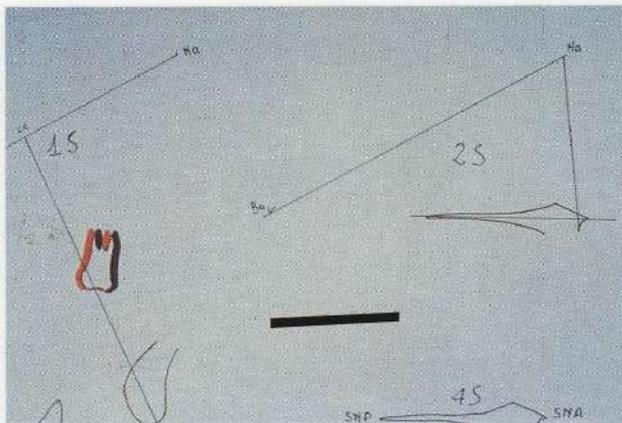
Le cinque aree di  
sovrapposizione

Fig. 28

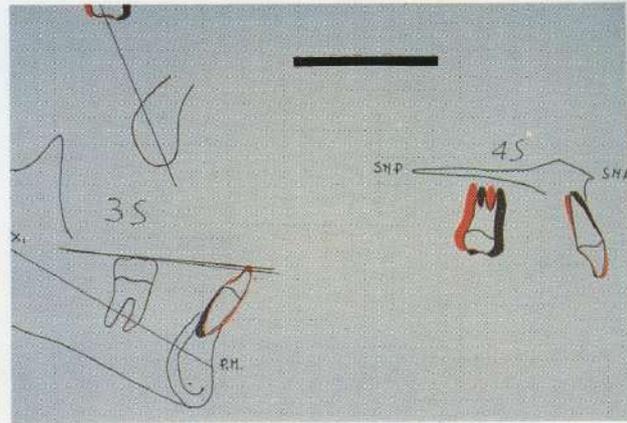


Fig. 29

Figg. 31-32

Caso finito

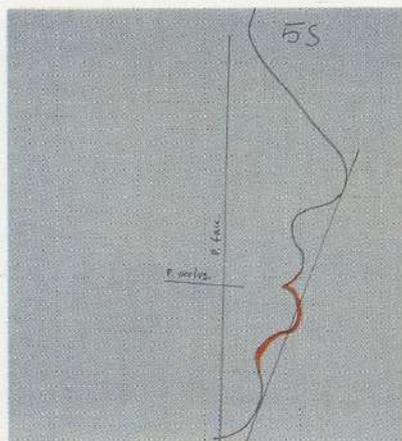


Fig. 30



Fig. 31



Fig. 32

periore: i molari, come previsto, si sono distalizzati di 2-3 millimetri (è interessante notare come non vi sia stata estrusione, condizione indispensabile al mantenimento del controllo dell'asse facciale), gli incisivi sono leggermente estrusi e vi è stato un aumento, come previsto, del loro torque.

### 5S

Nella quinta area di sovrapposizione 5S (figg. 30-31) infine, si nota che il profilo dei tessuti molli è rimasto pressoché invariato, soddisfacendo in tal modo gli obiettivi del trattamento e le richieste della paziente (fig. 32).

## Conclusioni

Abbiamo visto come la cura ortodontica nell'adulto, può mettere l'ortodontista nella condizione di dovere affrontare problematiche estetiche e psicologiche particolari, che vanno attentamente valutate e rispettate,

anche a costo di allungare i tempi e le difficoltà del trattamento. Il paziente deve esserne informato e deve decidere, assieme all'ortodontista, quale sarà la sua futura occlusione e la sua estetica.

È questo, a mio avviso, l'unico modo per ottenere la cooperazione necessaria all'applicazione di tecniche spesso sofisticate che, permettendo la buona riuscita del trattamento, gratificheranno medico e paziente.

## Bibliografia

- 1) Malagola C., Caligiuri F.M., Barbato E., Pachì F.: *Espansione lenta del mascellare superiore mediante Quad-Helix*. Mondo Ortodontico anno XIII, fascicolo 4, luglio-agosto 1988
- 2) Andreasen G.: *The importance of banding the second permanent molars*. Am. J. Orthodont. Dentofac. Orthop. 90:501, 1986
- 3) Bench R. W., Gugino C. F.: *Or-*

*thodontic treatment design*. Rocky Mountain Data Systems, Denver 1970

4) Bench R. W., Gugino C. F.: *Bioprogressive prefabricated arches. Arch wire construction procedures*. Rocky Mountain, Denver 1980

5) Burstone C. J., Goldberg A. J.: *Beta Titanium: A new orthodontic alloy*. Am. J. Orthodont. 77:121, 1980

6) Chasens A.: *Indications and contraindications for adult tooth movement*. Dent. Clin. North. Am. S. 423, juli 1972

7) Gugino C.F.: *An orthodontic philosophy*. Rocky Mountain, 11. Aufl. Denver 1977

8) Ricketts R.M., Bench R.W., Gugino C.F., Hilgers J.J., Schulhof R.J.: *Bioprogressive therapy*. Book 1. Rocky Mountain/Orthodontics, Denver 1979

9) Ricketts R.M.: *Perspectives in the clinical application of cephalometrics - the first fifty years*. Angle. Orthodont. 51,115, 1981.

