

FILOSOFIA

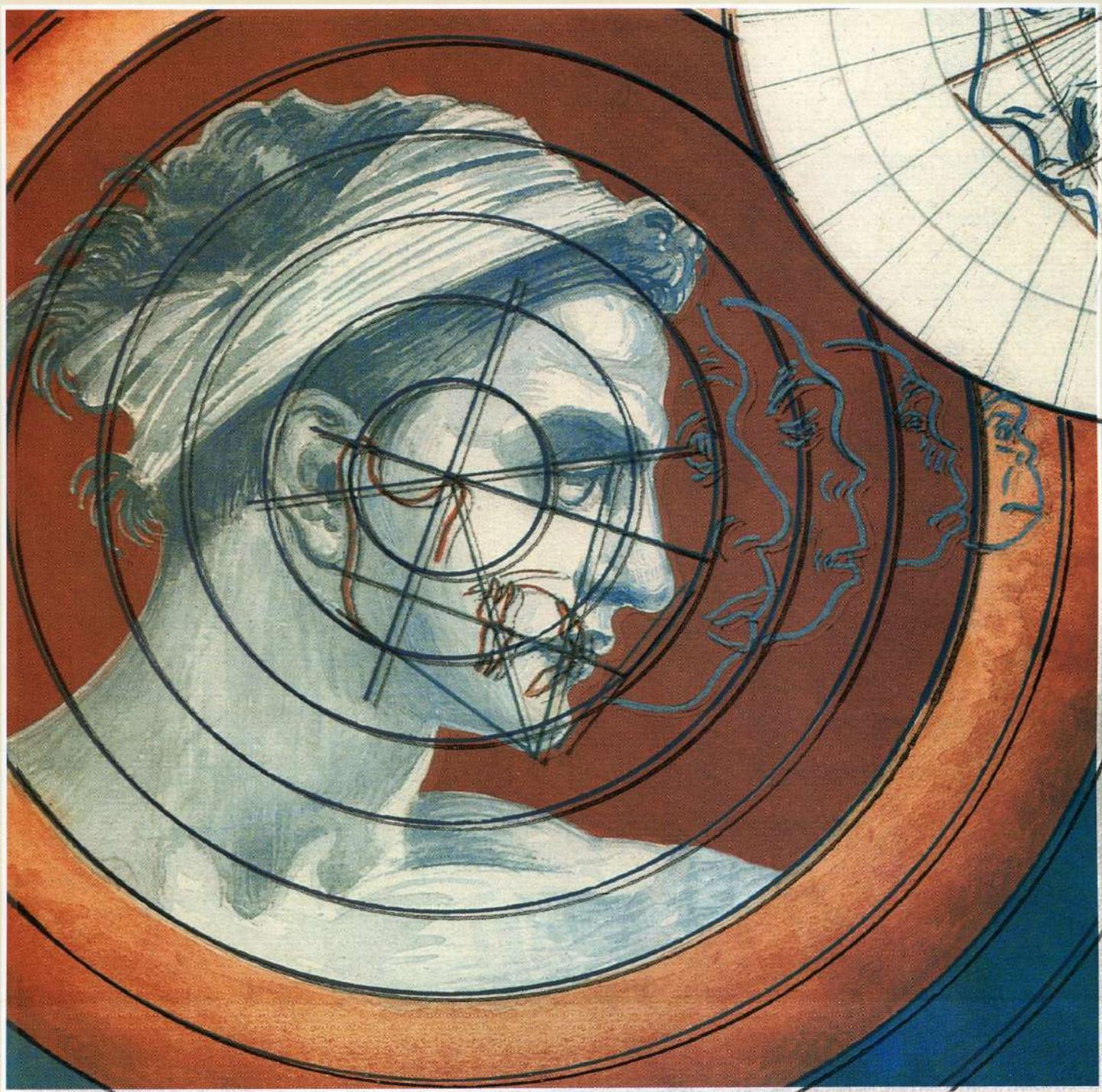
# FB

BIOPROGRESSIVA

1

Pubblicazione trimestrale  
Anno 1 - Numero 1  
Giugno - Agosto 1993

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ORTOGNATODONZIA BIOPROGRESSIVA



# Ortodonzia per gradi di difficoltà

Dr. Gabriele Galassini

**Q**uante volte il "Maestro" ci ha parlato di questo! Quante volte l'abbiamo sentito dire che più il caso è difficile, più la meccanica deve essere segmentata, più la diagnosi deve essere precisa, più gli obiettivi devono essere compatibili con l'estetica e con la tipologia facciale.

Oggi siamo nell'era del filo dritto e le varie ditte fanno a gara nel proporci questo o quel tipo di

"Straight wire" e la difficoltà più grossa per un ortodontista sembra proprio essere questa: la giusta scelta degli attacchi. Tutto questo è realmente avvilente, sarebbe come se la capacità di un chirurgo dipendesse dal tipo di bisturi che usa. A tal proposito voglio presentarVi un caso che è giunto alla mia osservazione dopo essere stato sottoposto a svariate terapie ortodontiche, sia mobili che fisse, dall'età di sette anni fino a

- *Ortodonzia per gradi di difficoltà*
- *Ortodonzia per obiettivi*
- *Ortodonzia secondo la tipologia facciale*
- *Ortodonzia e meccanica segmentata*
- *Ortodonzia ed estetica*



Foto 1: record iniziali



Foto 2: record iniziali

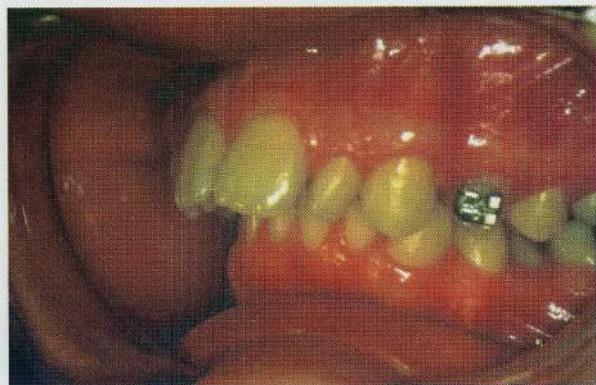


Foto 3: record iniziali



Foto 4: record iniziali



Foto 5: record iniziali

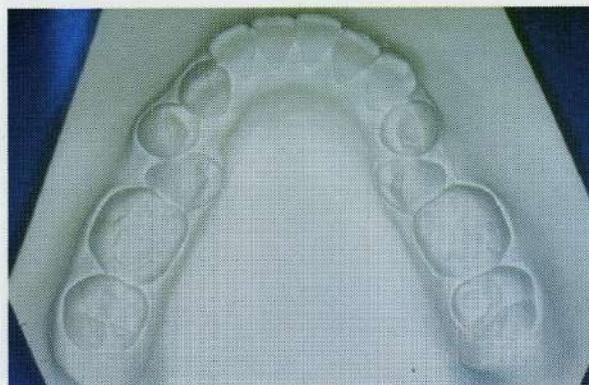


Foto 6: modelli iniziali

quattordici.

### Scheda clinica

- paziente di quattordici anni
- completamente sviluppata
- giunta alla nostra osservazione per problemi estetici legati all'overjet
- già sottoposta a tre trattamenti ortodontici
- le tonsille sono state rimosse
- è presente una respirazione orale
- i muscoli masticatori sono normali
- vi è una ipertonìa del labbro inferiore, che viene costantemente interposto fra la dentatura
- è presente una deviazione funzionale della mandibola a dx con conseguente scentratura delle linee mediane
- non vi è patologia a carico dell'articolazione temporo mandibolare
- siamo in presenza di una seconda classe molare e canina
- l'overjet è di 1 centimetro
- l'overbite è del 100% : gli incisivi superiori coprono cioè totalmente gli inferiori
- gli incisivi laterali superiori sono conoidi

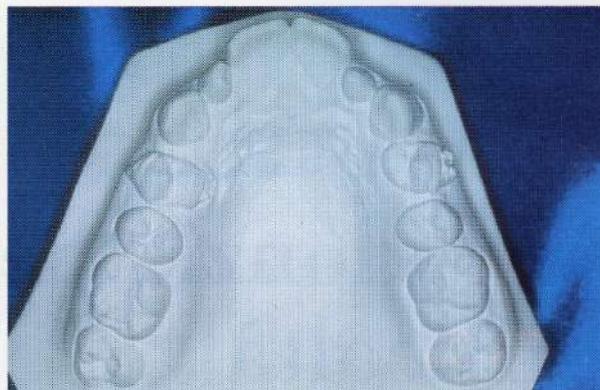


Foto 7: modelli iniziali

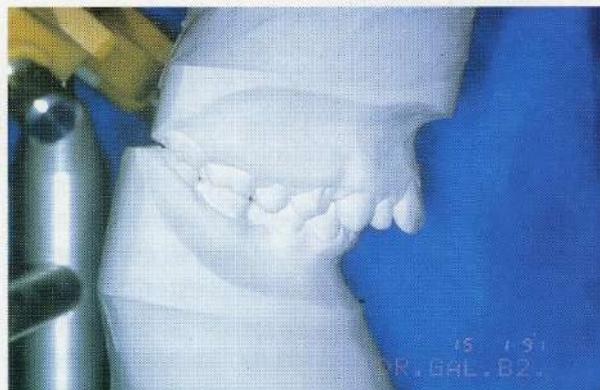


Foto 8: modelli iniziali

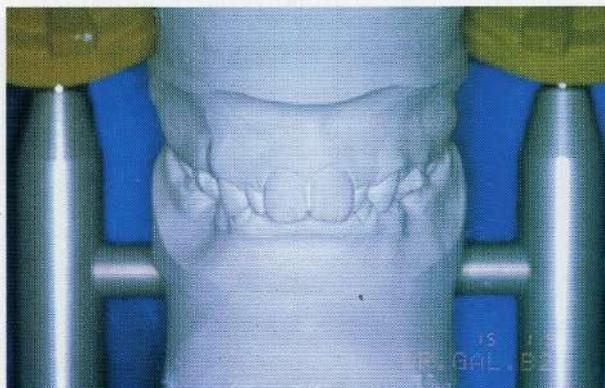


Foto 9: modelli iniziali



Foto 10: modelli iniziali



Foto 11: recupero dei conoidi nella 1ª fase di livellamento



Foto 12: recupero dei conoidi nella 1ª fase di livellamento



Foto 13: recupero dei conoidi nella 1ª fase di livellamento

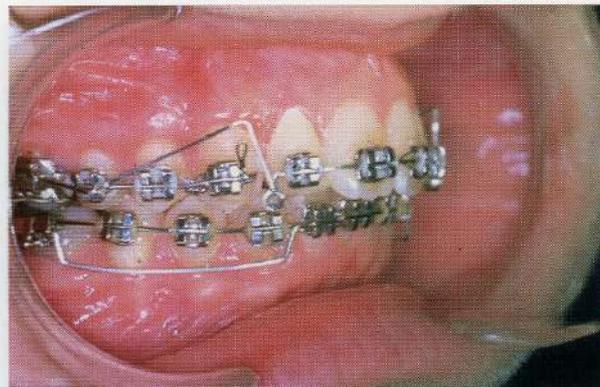


Foto 14: chiave 2, la retrazione incisiva



Foto 15: chiave 2, la retrazione incisiva

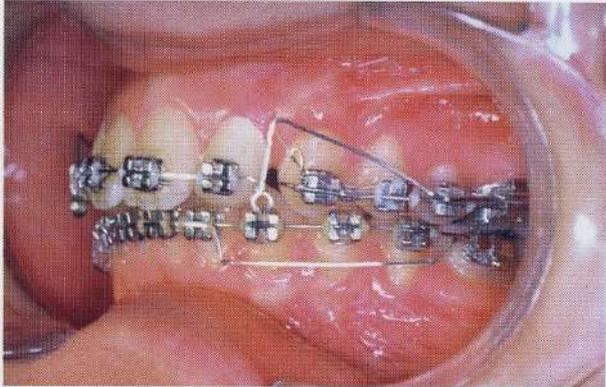


Foto 16: chiave 2, la retrazione incisiva

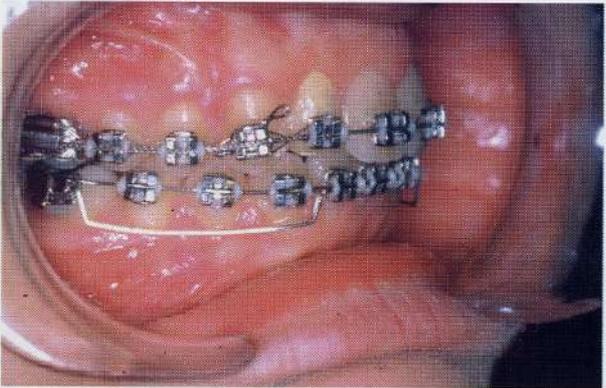


Foto 17: chiave 3, rifinitura ed ipercorrezione



Foto 19: chiave 3, rifinitura ed ipercorrezione



Foto 21: records finali

- l'arcata superiore occlude a livello premolare esternamente al tavolo occlusale inferiore ("sindrome di Brodie")

- l'affollamento inferiore è di 7 millimetri

La tipologia facciale è espressione delle alterazioni funzionali presenti in questo soggetto.

Si può osservare una mandibola fortemente postero-ruotata: asse facciale  $84^\circ$ , piano facciale  $83^\circ$ , Po a ben 12 mm. dalla linea di Mc Namara. La mandibola però è piuttosto quadrata: arco mandibolare  $35^\circ$ ; molti valori tendono al bracky: altezza facciale totale  $50^\circ$ , altezza facciale inferiore  $43^\circ$ .

La sinfisi più che realmente stretta è piuttosto lunga e questo è dovuto alla eccessiva eruzione degli incisivi inferiori, conseguente alla postero-rotazione mandibolare e alla mancanza di contatto con gli incisivi superiori.

Gli incisivi inferiori sono anche retroposti e retroinclinati e questo è frutto dell'interposizione e dell'iper-tonia del labbro inferiore.

Se valutiamo il triangolo di Harwold, notiamo che la lunghezza del mascellare e della mandibola

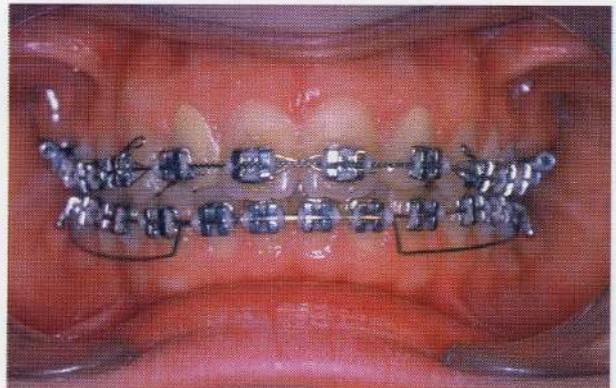


Foto 18: chiave 3, rifinitura ed ipercorrezione

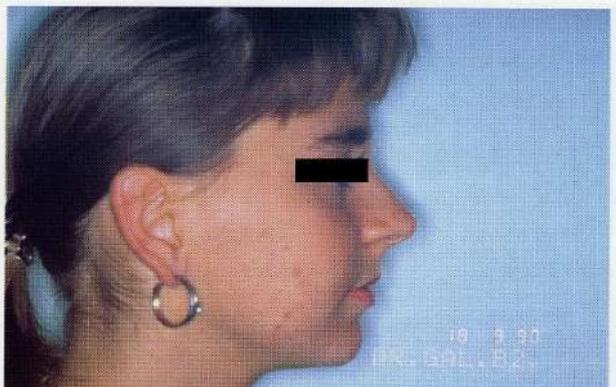


Foto 20: records finali



Foto 22: records finali

sono ben proporzionate tra loro, quello che è sproporzionato è il loro rapporto verticale. E' suggestivo pensare che in questo soggetto una neutralizzazione precoce della matrice funzionale (respirazione e labbro inferiore) ci avrebbe potuto portare ad una struttura facciale armonica con le basi ossee ed i denti ben relazionati fra loro. Dal punto di vista estetico vi è un mento sfuggente legato al retroposizionamento mandibolare, l'angolo naso labiale è aperto, il Pt A è retroposto (forse iatrogenicamente??!!).

Per ottimizzare l'estetica non vi è a questo punto che la risoluzione combinata ortodontico-chirurgica, che però non è gradita alla paziente ormai stanca e demotivata.

Si decide così di attuare un trattamento ortodontico "a tempo" 20 mesi, mediante apparecchiatura fissa su entrambe le arcate.

Dopo aver consultato i più aggiornati cataloghi per scegliere la terapia più appropriata, ho rispolverato il vecchio sillabo del "Maestro" Carl Gugino.

Spostamento massimo degli incisivi inferiori nell'adulto 6 mm. con rapporto corona radice 2/1,



Foto 23: records finali



Foto 24: records finali

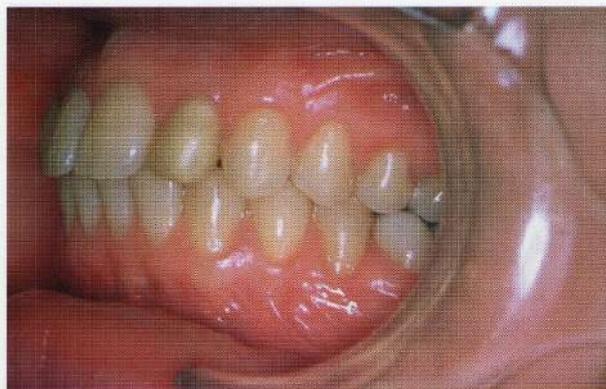


Foto 25: records finali

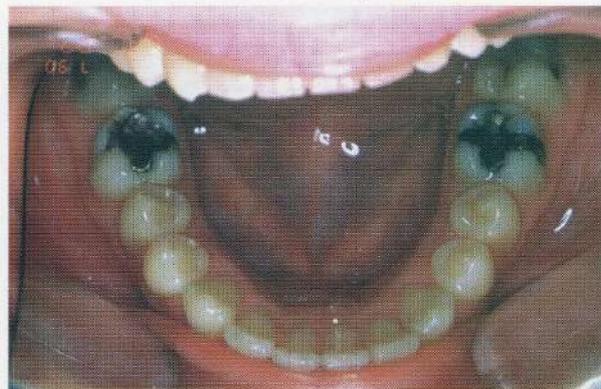


Foto 26: records finali

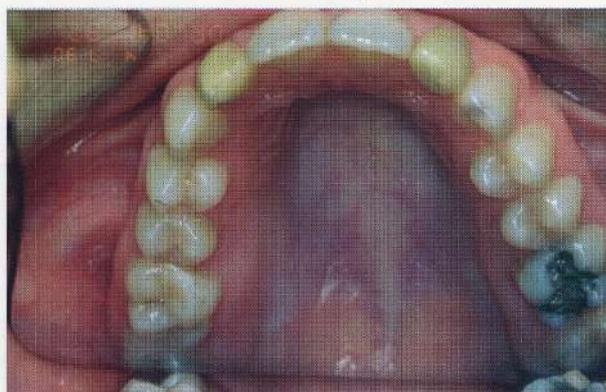


Foto 27: records finali

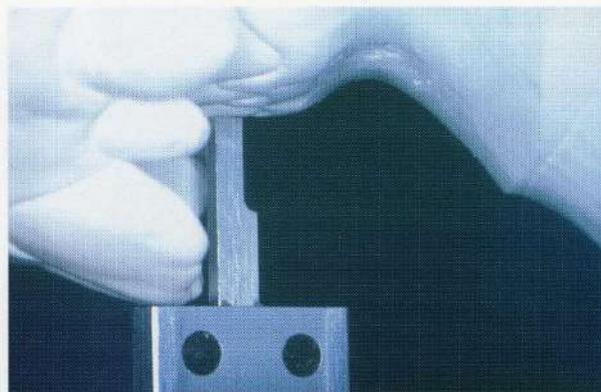


Foto 28: correzione dell'overjet



Foto 29: correzione dell'overjet



Foto 30-31: il caso dopo due anni



Foto 32: il caso dopo due anni



Foto 33: record finali



Foto 38: l'overjet dopo due anni

intrusione massima 2-3 mm..

Ho fatto quindi un VTO avanzando ed intrudendo gli incisivi inferiori. Ho montato i soliti vecchi attacchi, ho fatto i soliti archi di utilità e ho lavorato così per 20 mesi.

Due piccoli consigli:

1) Quando avete dei laterali conoidi cercate dopo la 1° fase di livellamento, di centrarli nello spazio fra centrale e canino, e quindi, mediante delle capsule provvisorie (come in questo caso) o mediante del composito, date loro una corretta dimensione e poi incollate il bracket. Questo Vi permetterà di maneggiare il settore incisivo con precisione ed è inoltre un ottimo incentivo estetico per il paziente che aumenterà la sua cooperazione.

2) L'avanzamento degli incisivi inferiori è spesso un movimento "a rischio" per la sua stabilità nel tempo. Quindi quando avanzate il gruppo incisivo inferiore, o in ogni altra situazione a rischio per la stabilità dei 21 I2, splintateli nel seguente modo: tagliate un pezzetto di filo COASSIALE da 0.155 o 0.175 secondo la forza desiderata e bruciatelo con un accendino fino al colore rosso acceso.



Foto 34: il caso dopo due anni



Foto 35: il caso dopo due anni



Foto 36: splintaggio inferiore dopo due anni

Così facendo il filo "MUORE", perde cioè la sua elasticità e diventa semplicissimo modellarlo da canino a canino.

Questo si può fare direttamente in bocca, o meglio su un modello in gesso ricavato da un'impronta. In quest'ultimo caso lo splint va fissato al modello in gesso con due piccoli cavalieri di cera collante. I due cavalieri lo manterranno in posizione una volta in bocca, senza che Voi dobbiate fare equilibrismi.

Per fissarlo mordenzate i denti dal lato linguale, impastate del duo cement e disponetene una goccia per dente, quindi catalizzate. Il duo cement va usato molto fluido.

Non serve usare il bond liquido, non serve lucidare, in quanto se lo usate realmente fluido forma una superficie molto liscia.

Il composito irrigidisce il filo a sufficienza per controllare gli incisivi, ma permette piccoli movimenti che conservano il normale trofismo dei tessuti di sostegno.

Ho un'ampia casistica da 5 anni con ottimi risultati.



Foto 37: arcata superiore 2 anni dopo con il recupero protesico dei 2:2

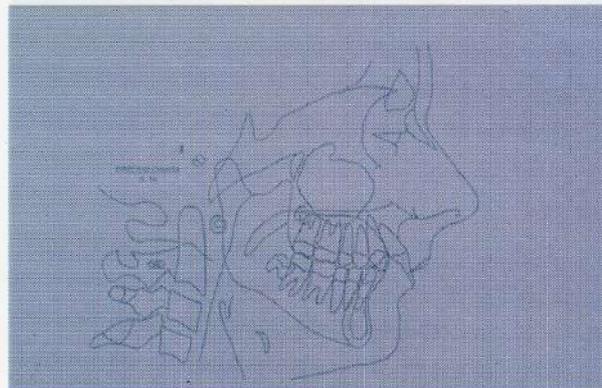


Foto 39: tracciato iniziale

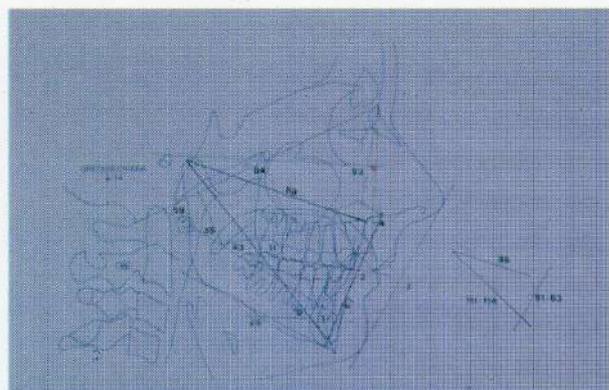


Foto 40: tracciato iniziale

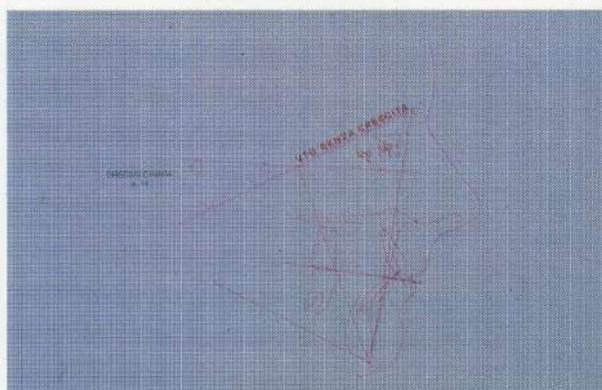


Foto 41: VTO

**PROTOCOLLO PER IL VTO**

**DREOSI CHIARA**

POSIZIONE INIZIALE DEI 21112	-1
Affollamento arcata inferiore	mm. -7
Leeway space	mm. 0
Spostamento del Pt+A ← 2	mm. -2
Spostamento dei 21112 dalla posizione iniziale di 1. a +1 su APD	mm. +4
<b>SPAZIO TOTALE NECESSARIO</b>	<b>mm. 5</b>

Foto 42: calcoli per il VTO

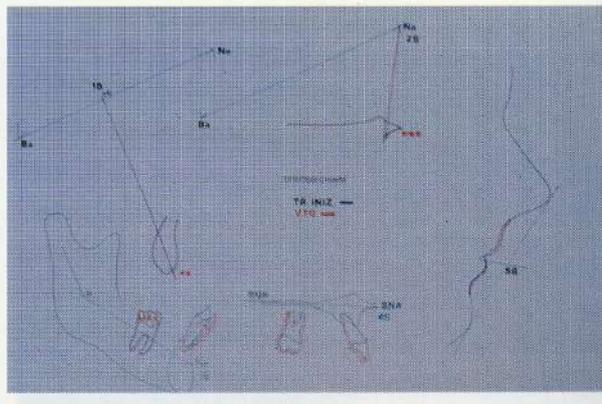


Foto 43: Individuazione del VTO

**METODI PER EUADAGNARE SPAZIO**

	Guadagno di spazio	Deficit residuo
- Pt+A	+1	-4
- 616 inc. rot.	/	/
- EXP	/	/
- 21112 da +1 su APD a +3	+4	/
- ESTRAZIONI	/	/
- STRIPPING	/	/
- TURBO STRIPPING	/	/

Foto 42: calcoli per il VTO

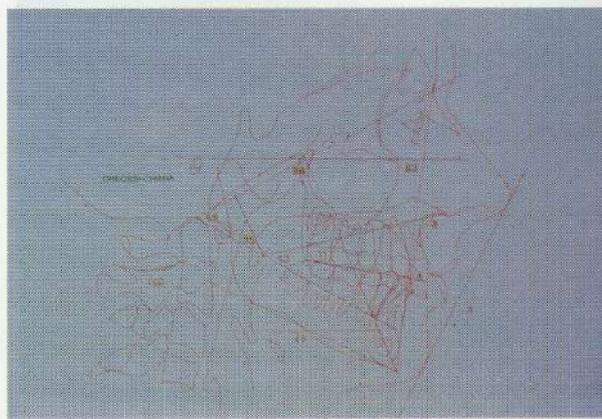


Foto 44: tracciato finale