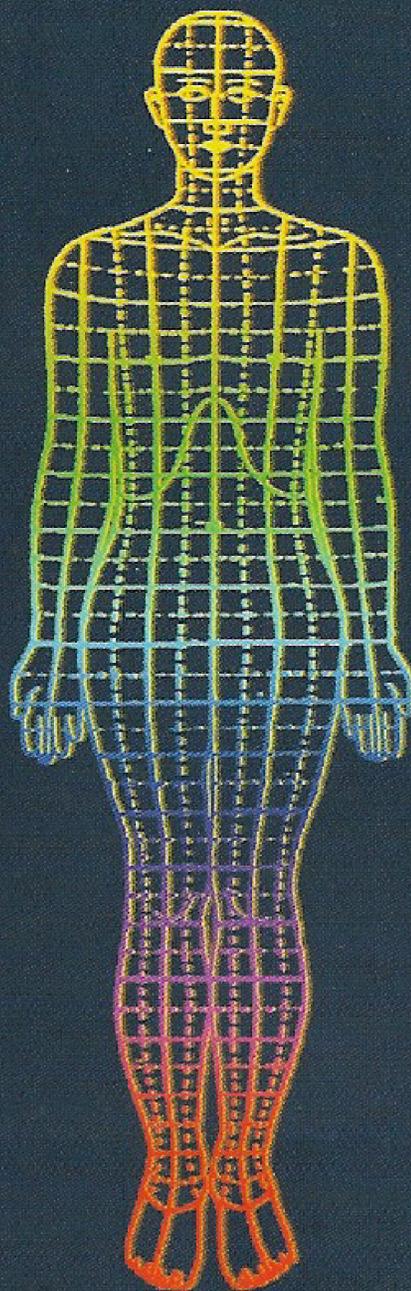


il Corriere[®] Ortodontico

Orthomed
S.r.l.

Rivista bimestrale di ortodonzia, posturologia
e patologie correlate

Fondata dal Dott. R. Golia



RISOLUZIONE DI UNA BEANZA VERTICALE ANTERIORE RECIDIVANTE, MEDIANTE L'UTILIZZO DI UN REGOLATORE DI FUNZIONE MODIFICATO

* P. Ciaravolo

** A. Ferrante

*** C. Pisano

* Medico Chirurgo, libero professionista - Napoli

** Medico Chirurgo, specialista in odontostomatologia, perfezionato in ortodonzia, libero professionista - Nocera (Sa)

*** Tecnico ortodontista, titolare di laboratorio ortodontico - Napoli

Sommario: nel seguente articolo si presenta il caso di un paziente affetto da "beanza verticale anteriore" in dentizione mista, curato con regolatore di funzione tradizionale, e poi, in seguito ritrattato con lo stesso dispositivo a cui è stato aggiunto un "pistoncino scorrevole" per aumentare il suo potere rieducativo della postura linguale

Parole Chiave: regolatore di funzione, regolatore di funzione modificato

Introduzione

Si definisce beanza verticale anteriore un'alterazione della verticalità dell'apparato stomatognatico. Quando essa si riscontra esclusivamente a carico della zona dentoalveolare può essere definita "pura". Mentre quando implica una partecipazione delle basi apicali e conseguenzialmente dell'apparato dentale: mista.

Spesso queste alterazioni hanno origine da un'errata postura della lingua (deglutizione atipica) e proprio la sua rieducazione bisogna

fissare come primo obiettivo terapeutico. Altre funzioni che bisogna verificare oltre la deglutizione, sono: la fonazione (verificare il movimento linguale durante la pronuncia di alcune lettere), la respirazione. Questa ultima se patologica, può determinare una sinergia d'effetti e causare anche la contrazione mono o bilaterale del palato a causa del cronico stiramento dei muscoli facciali che lo comprimono trasversalmente.



Fig. 1a: Il paziente (di fronte)



Fig. 1b: Il paziente (di profilo)



Fig. 2a: l'overjet



Fig. 2b: l'occlusione



Fig. 2c: lateralità destra

Materiali e Metodi

Il paziente di anni 8, figg. 1a-b, 2a-b-c, 3a-b-c si è presentato presso il nostro ambulatorio per un normale controllo. Essendoci, immediatamente resi conto della sua patologia occlusale, appunto una "beanza verticale anteriore", abbiamo deciso di effettuare degli esami più specifici.

abbiamo diagnosticato una seconda classe scheletrica da protrusione del mascellare (convessità 6mm) in paziente dolicofaciale (Asse facciale 84°).

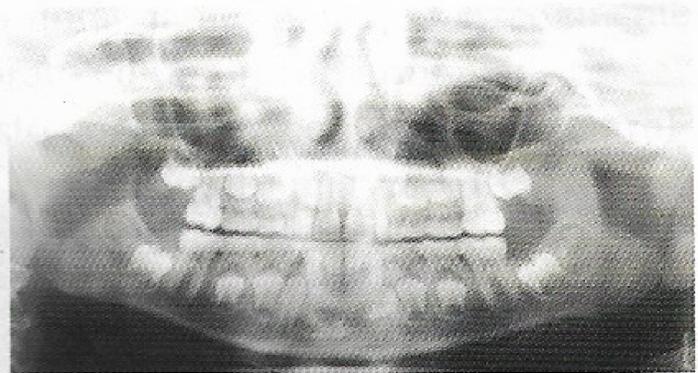
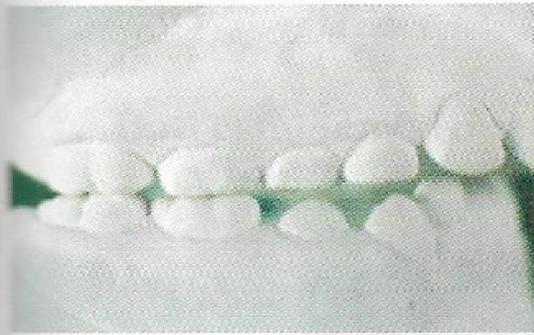


Fig. 3a: i modelli: lateralità destra

Fig. 3b: i modelli: lateralità sinistra

Fig. 3c: la panoramica

A tal proposito, il paziente è stato sottoposto ad analisi secondo Ricketts con i seguenti risultati.

Abbiamo deciso di intervenire con un regolatore di funzione per seconde classi, da utilizzare quale mezzo terapeutico fig.4a-b, 5a-b, 6a-b.

- * *Asse facciale 84°*
- * *Altezza facciale totale 58°*
- * *Altezza facciale inferiore 50°*
- * *Angolo piano mandibolare 29°*
- * *Angolo piano palatale 9°*
- * *Convessità +6mm*
- * *Lunghezza cranica posteriore 31,5mm*
- * *Lunghezza anteriore 55,5 mm*
- * *Angolo profondità facciale 85°*
- * *I/APO 2mm*
- * *I/APO 20°*
- * *6/PTV 14mm*
- * *Angolo interincisivo 124°*
- * *Profondità arcata inferiore 22,3 mm*



Fig. 4a: Il Frankel 1C

Fig. 4b: Il Frankel 1B



Fig. 5a: piano di trattamento

Fig. 5b: piano di trattamento

In seguito alla risoluzione dell'analisi su redatta ed alla considerazione dei dati,

La terapia è durata per tutta la fase di permuta dentale ed il paziente ha terminato il suo ciclo terapeutico in dentizione permanente, in perfetto stato occlusale.

Figg 7a-b-c, 8, 9a-b, 10a-b, 11, 12.



Fig. 6a: piano di trattamento



Fig. 6b: piano di trattamento



Fig. 7a: il paziente di fronte

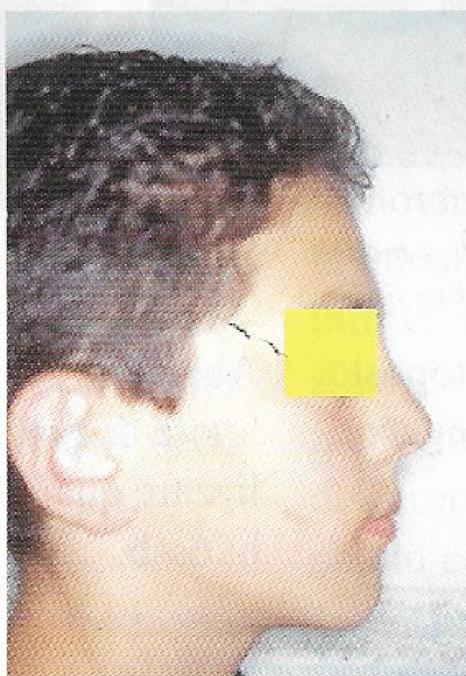


Fig. 7b: il paziente di profilo



Fig. 7c: il paziente con sorriso



Fig. 9a: lateralità destra



Fig. 8: l'occlusione



Fig. 9b: lateralità sinistra



Fig. 10a: overjet ed averbite



Fig. 10b: overjet ed averbite



Fig. 11: la tele finale

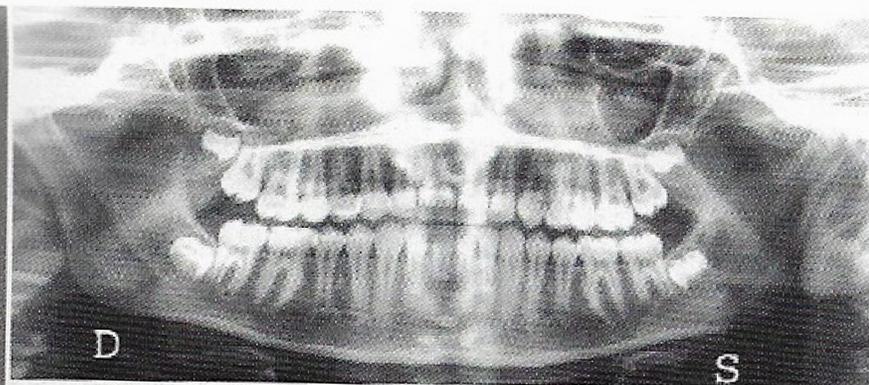


Fig. 12: la panoramica finale

Dati cefalometrici al termine della terapia

- * *Asse facciale* 87°
- * *Altezza facciale totale* 60°
- * *Altezza facciale inferiore* 45°
- * *Angolo piano mandibolare* 26°
- * *Angolo piano palatale* 4°
- * *Convessità* 2mm
- * *Lunghezza cranica posteriore* 33,3mm
- * *Lunghezza cranica anteriore* 59mm
- * *Angolo profondità facciale* 89°
- * *I/APO* 1mm
- * *I/APO* 22°
- * *6/PTV* 16mm
- * *Angolo interincisivo* 135°
- * *Profondità arcata inferiore* 24mm

Profilo del paziente ad inizio cura ed a termine cura. Figg. 13a-b, 14, 15a-b, 16.

Conclusioni

Al termine del ciclo di terapia il paziente ha mostrato un apparato dentale perfettamente riequilibrato ed un profilo armonico.

Sottoposto poi a visite periodiche di controllo, egli ha mostrato una recidiva, che è diventata man mano più evidente.

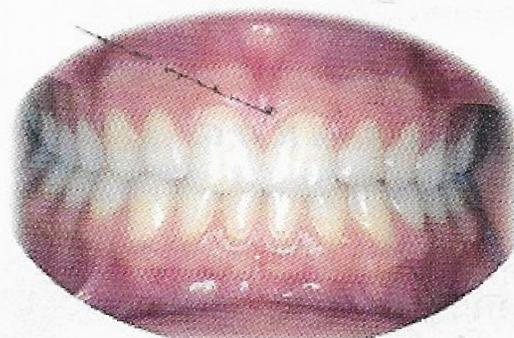


Fig. 14: l'occlusione



Fig. 15a: overjet ed overbite



Fig. 15b: overjet ed overbite



Fig. 13a: il paziente di fronte



Fig. 13b: il paziente di profilo

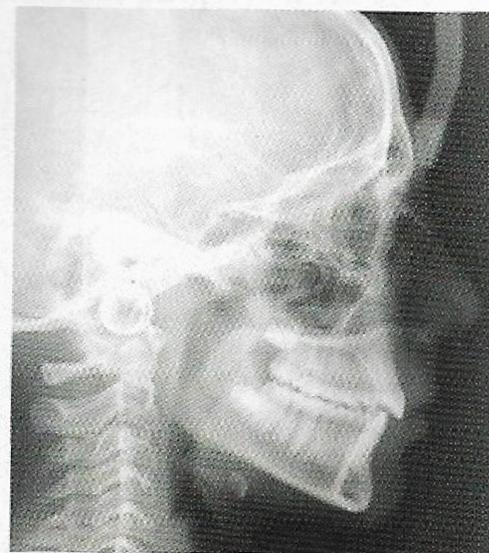


Fig. 16: la tele in L-L

Sottoposto ad esami elettromiografici e kinesiografici (figg. 17a-b, 18, 19, 20) si è



Fig. 17a: il Kinesiografo



Fig. 17b: il Kinesiografo

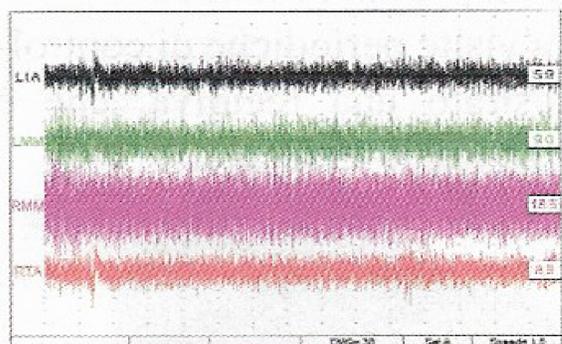


Fig. 18: Scan E.M.G. a riposo

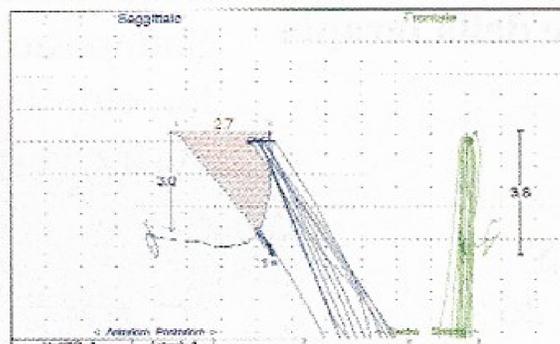


Fig. 19: Scan Kinesiografico

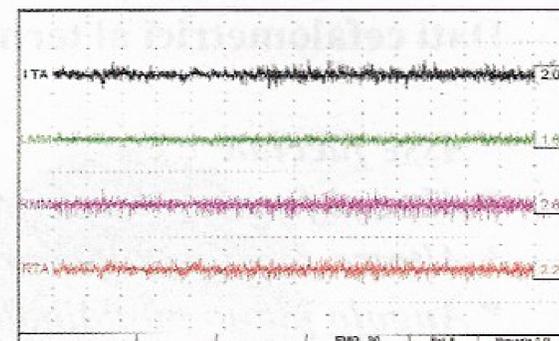


Fig. 20: Scan E.M.G. dopo la T.E.N.S.

potuto rilevare una nuova e più fisiologica posizione della mandibola (utilizzo del myoprint come da figg. 21 22, per il rileva-

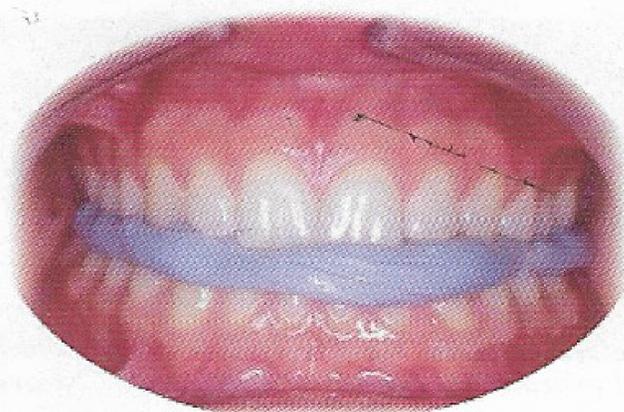


Fig. 21: il Myoprint in bocca

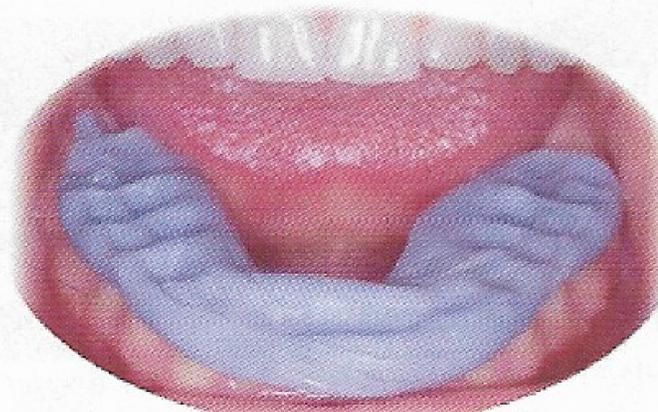


Fig. 22: il Myoprint in bocca

mento del morso di costruzione) figg. 23a-b,

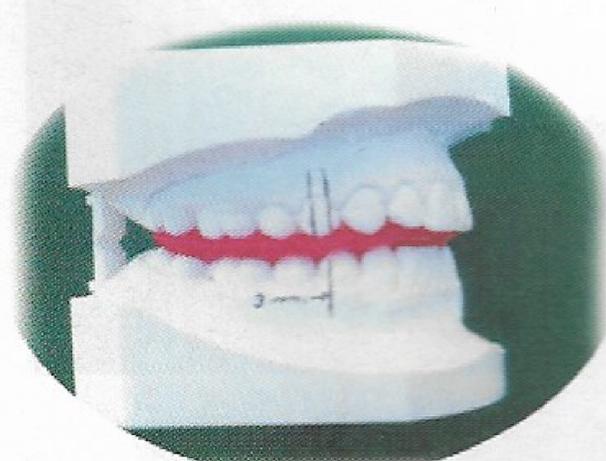


Fig. 23a: il morso di costruzione tradizionale



Fig. 23b: il rilievo della Myocentrica

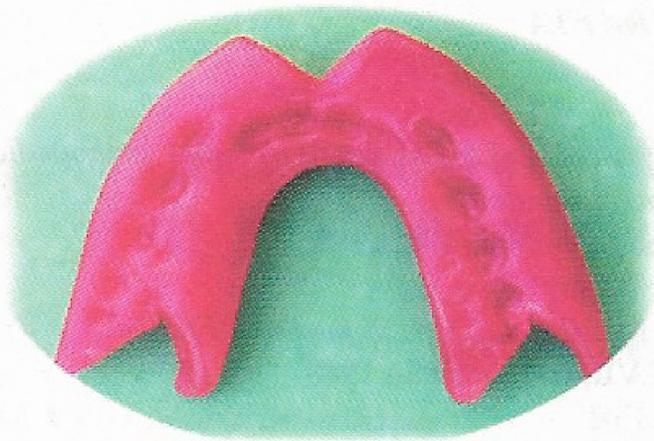


Fig. 24a: la cera

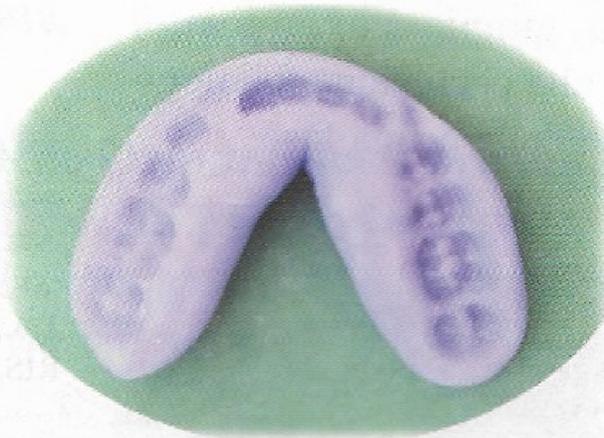


Fig. 24b: il Myoprint



Fig. 25a: la tele senza Myoprint

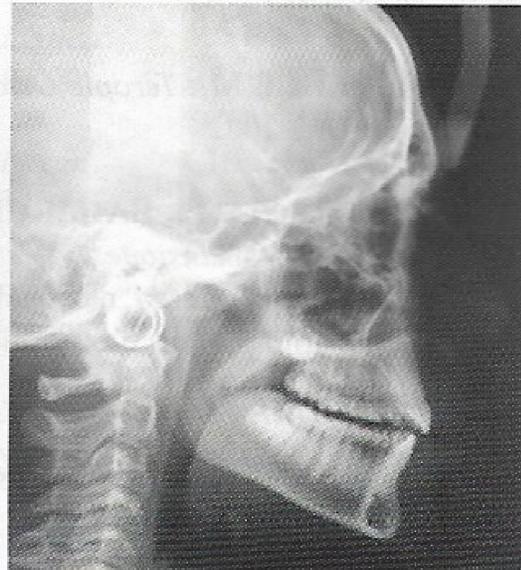


Fig. 25b: la tele con Myoprint



I modelli trasferiti in articolatore fig.26, hanno preceduto la costruzione di un nuovo regolatore su cui abbiamo inserito un *pistoncino scorrevole* per la rieducazione linguale figg. 27, 28, 29, 30.



Fig. 26: Modello in gesso



Fig. 29: alcuni particolari

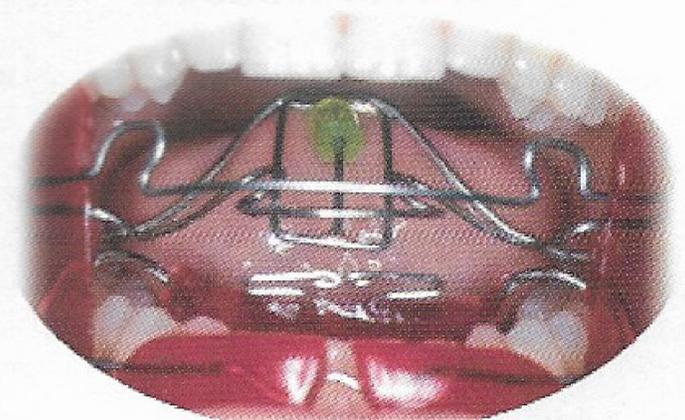


Fig. 30: il Frankel in bocca

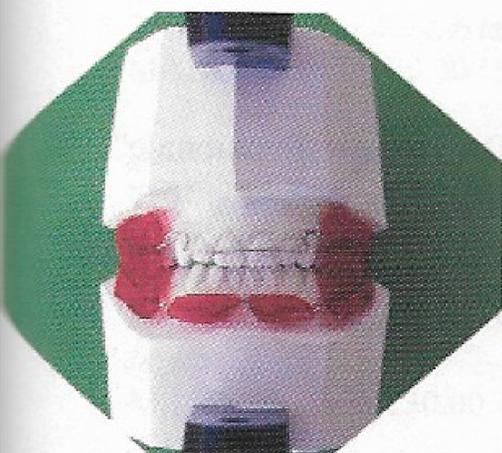


Fig. 27: Frankel visione frontale



Fig. 28: Frankel visione palatale

Dopo un anno di terapia aggiuntiva il paziente è ritornato alla occlusione fisiologica mostrata alla fine della prima fase.

Fig. 31.



Fig. 31: l'occlusione

BIBLIOGRAFIA

FRANKEL B, FRANKEL C: *Orofacial orthopedics with the function regulator.*

Am. J. Orthod., 94: 484-490, 1988.

LA LUCE M.: *Il regolatore di funzione Frankel*
RIS, anno LVII, n. 1 Gennaio 1988

LA LUCE M.: *I' Ortopedia funzionale*
RIS, 1993

LA LUCE M.: *Terapie Ortodontiche*
Ed. Utet 2002

BALERCIA L., BALERCIA P.: *Il ruolo della deglutizione sull'occlusione.*

Atti III congresso nazionale dell'accademia italiana di Kinesiologia ed elettromiografia cranio-mandibolare, Urbino 5-8/9 1986

GARLINER D.: *Miofunctional therapy.*
Saunders, Toronto, 1981

JANKELSON B.: *Aspetti neuromuscolari dell'occlusione. Effetti della posizione occlusale sulla fisiologia e sulle disfunzioni della muscolatura mandibolare.*

Clin Odont vol II 1980

FERRANTE: *La deglutizione atipica*
Il dentista moderno 1995

FERRANTE A.: *Terapia miofunzionale (dalla deglutizione viziata ai problemi posturali - procedure diagnostiche e terapeutiche)*

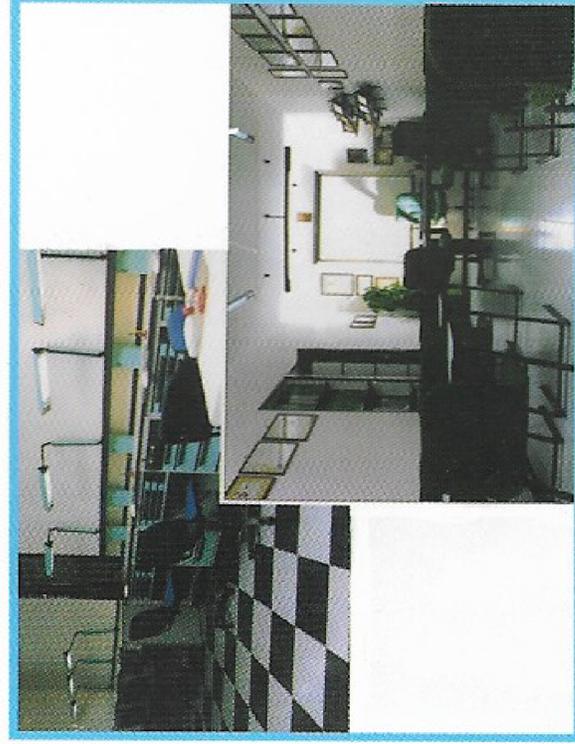
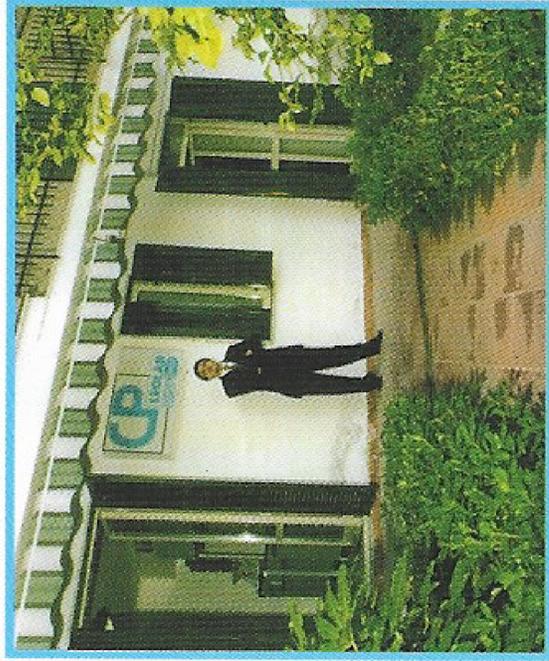
Ed. Futura Publishing Society

L'ortodonzia funzionale è un'idea non un apparecchio (Haupt)

Tratto da : "I Maestri Dell' Ortodonzia Funzionale"
da L. Favero e A. Levrini - Ed. Quintessenza



Ciro PISANO - Laboratorio Ortodontico
Via Due Portoni , 27 - 80131 Napoli
Tel . Fax 081 - 5462107
Internet : www.ournetshop.com.pisano
E - mail : pisano@ournetshop.com



- *Qualità' e garanzia "totale" degli apparecchi prodotti*
- *Tempi di consegna eccellenti*
- *Ritiro e consegna in tutta l'Italia*
- *Aggiornamento continuo*

Corsi Teorico-Pratico
Per Odontotecnici al banco