



Casi Clinici



Società Italiana
di Ortodonzia

www.sido.it

Caso n° 5

Classe II Scheletrica Iperdivergente

Classe II Dentale, I Divisione Iperdivergente

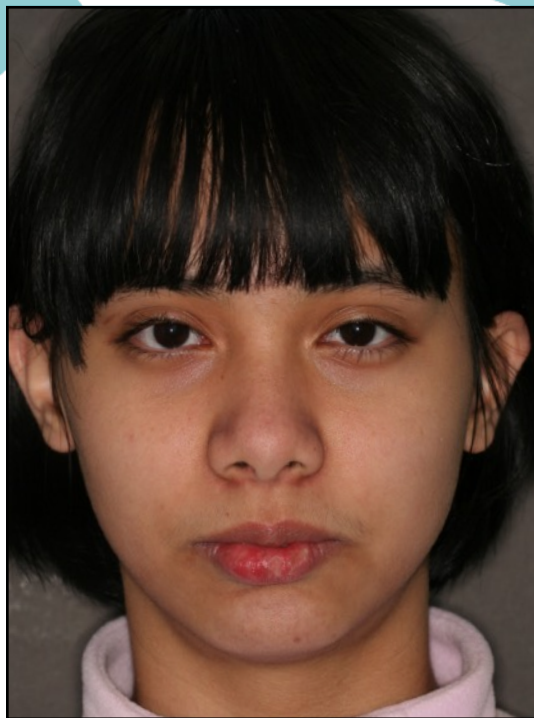
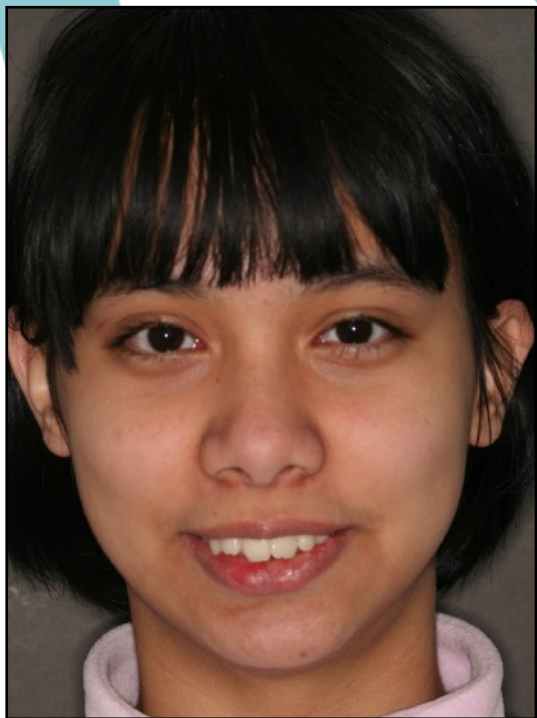
Certificazione IBO 2021

Matteo Spigaroli

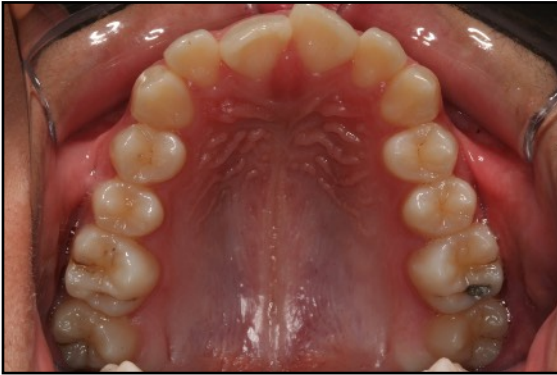
Età paziente: 15aa 6mm

Sesso: F

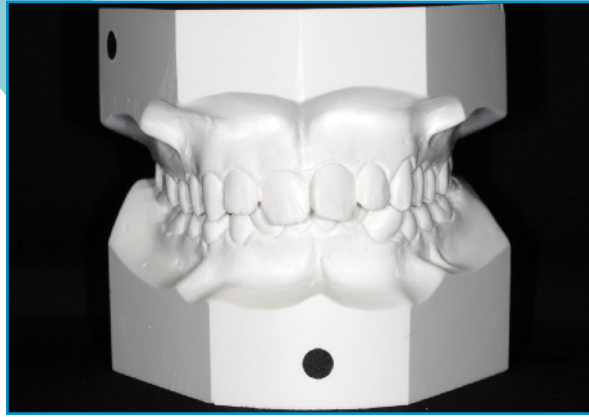




Fotografie extraorali - Data 14-09-2011



Fotografie intraorali iniziali - Data 14-09-2011



Modelli in gesso iniziali - Data 14-09-2011

ORTOPANTOMOGRAFIA

Formula dentaria

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
<hr/>																
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8



Commenti:

L'esame ortopantomografico evidenzia le corone dei terzi molari non ancora erotte. Il rapporto corono-radicolare è sfavorevole e gli elementi frontali presentano un canale radicolare di grandi dimensioni: caratteristiche anatomiche che aumentano il rischio di riassorbimento radicolare in fase di movimento ortodontico.

Teleradiografia latero-laterale e cefalometria iniziale



RAPPORTI SCHELETRICI SAGITTALI

Posizione del Mascellare S.N / A	±	78°
Posizione della Mandibola S.N / Pg	±	71°
Relazione inter-mascellare sagittale A.N / Pg	±	7°

RAPPORTI SCHELETRICI VERTICALI

Inclinazione del Mascellare S.N / ANS.PNS	±	12°
Inclinazione della Mandibola S.N / Go.Gn	±	45°
Relazione Inter-mascellare Verticale ANS.PNS / Go.Gn	±	33°

RAPPORTI DENTO-BASALI

Inclinazione Incisivo Superiore +1 / ANS.PNS	±	121°
Inclinazione Incisivo Inferiore -1 / Go.Gn	±	101°
Compensazione Incisivo Inferiore -1 / A.Pg (mm.)	±	7

RAPPORTI DENTALI

Overjet	±	8,5
Overbite	±	5,5
Angolo Inter-incisivo	±	103°

Data 13-04-2011

DIAGNOSI

Occlusale Sagittale	Rapporto di classe molare II, rapporto canino di classe II; aumento dell'overjet; proclinazione degli incisivi superiori ed inferiori.
Occlusale Verticale	Nonostante l'aumentata dimensione verticale scheletrica, con tendenza alla crescita in postrotazione della mandibola, non si evidenzia morso aperto dentale (overbite circa 70%).
Occlusale Trasversale	Rapporti trasversali nella norma, corretta dimensione e forma della volta palatina, linee interincisali non coincidenti per deviazione a sinistra della linea mediana superiore; si evidenzia un non corretto allineamento degli assi dentali; in particolare gli incisivi inferiori presentano un accentuato tip negativo.
Scheletrica Sagittale	Classe scheletrica II, profilo convesso, zigomi ben rappresentati nonostante i lineamenti asiatici, buon rapporto nasolabiale. I tessuti molli del mento ben rappresentati mascherano la posizione arretrata del pogonion.
Scheletrica Verticale	Iperdivergenza scheletrica, difficoltà alla competenza labiale, Al sorriso si manifesta un innalzamento asimmetrico del labbro superiore maggiore a dx, oltre ad un'esposizione eccessiva del gruppo frontale superiore.

DESCRIZIONE DEL CASO

Paziente di sesso femminile di 15.6 anni d'età. Presenta malocclusione dentale di classe II divisione 1, classe scheletrica II, iperdivergenza scheletrica, affollamento dentale in entrambe le arcate, dentizione permanente completa ad eccezione dei terzi molari, assenza di sintomatologia articolare, parodonto sottile, maturazione scheletrica collocabile alla fine del picco di crescita puberale.

Piano di cura: correggere la classe molare e canina, risolvere l'affollamento dentale, controllare la verticalità scheletrica, compensare la seconda classe scheletrica.

Il trattamento è stato effettuato con estrazione dei primi premolari permanenti di entrambe le arcate.

PIANO DI TRATTAMENTO

La terapia proposta prevedeva un trattamento ortodontico-chirurgico che permettesse anche di correggere la discrepanza scheletrica sagittale e verticale.

Al rifiuto da parte della paziente e dei genitori, è stata proposta una soluzione terapeutica unicamente ortodontica che, avvalendosi dell'estrazione dei quattro primi premolari permanenti, permettesse di risolvere l'affollamento, correggere la seconda classe dentale e ridurre la proinclinazione degli incisivi, oltre a contrastare la tendenza all'iperdivergenza e a migliorare la competenza labiale.

La scelta di estrarre tutti e 4 i primi premolari, e non i primi premolari superiori in associazione ai secondi premolari inferiori (come di consueto si procede nelle classi 2 di Angle divisione 1 che richiedono 4 estrazioni), è stata dettata dalla necessità di ridurre, oltre all'affollamento del gruppo frontale inferiore, anche la sua rilevante proclinazione. Questa soluzione ha permesso di migliorare la meccanica nell'arcata inferiore, ma, per contro, si è dovuto demandare parte della correzione di classe dentale alla distalizzazione nell'arcata superiore.

IOTESI DI TRATTAMENTO ALTERNATIVA

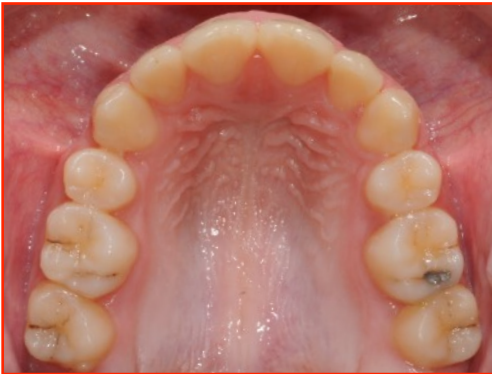
Considerati: l'accentuata discrepanza sagittale di classe II, l'alto valore di divergenza scheletrica, lo stadio di sviluppo scheletrico ormai ultimato; visto inoltre il grado di affollamento e la malocclusione dentale, la prima proposta terapeutica è stata quella di un trattamento ortodontico-chirurgico all'età di circa 17/18 anni, al fine di permettere una correzione non solo della malocclusione dentale ma anche dei rapporti scheletrici sagittali e verticali. Tale proposta terapeutica è stata rigettata dalla paziente e dai genitori.

Altra soluzione proposta era quella di effettuare un trattamento con le estrazioni dei soli primi premolari superiori: tuttavia tale soluzione è stata sconsigliata per l'accentuata riduzione interprossimale richiesta nell'arcata inferiore e per l'ulteriore proclinazione degli incisivi che tale opzione terapeutica avrebbe comportato.

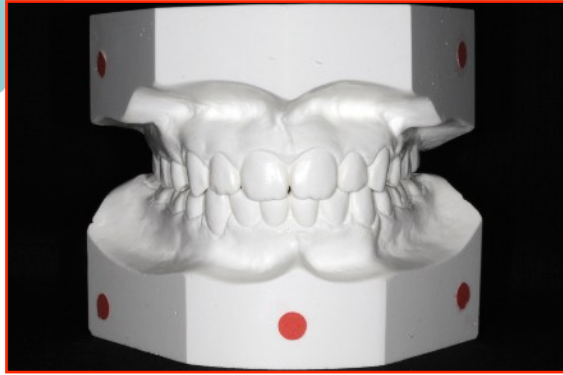
È stata altresì sconsigliata - a causa della componente scheletrica iperdivergente, del grado di affollamento dentale, nonché dell'accentuata proclinazione degli incisivi inferiori - una terapia ortodontica non estrattiva.



Fotografie finali extraorali - Data 04-03-2014



Fotografie finali intraorali - Data 04-03-2014



Modelli in gesso finali - Data 04-03-2014

ORTOPANTOMOGRAMMA FINALE

Formula dentaria

8	7	6	5	3	2	1		1	2	3	5	6	7	8
<hr/>														
8	7	6	5	3	2	1		1	2	3	5	6	7	8



Commenti:

Si evidenzia un buon parallelismo delle radice anche in presenza dei siti estrattivi, moderato riassorbimento degli apici radicolari degli incisivi inferiori e superiori (il rapporto corono-radicolare appare ancora accettabile). Terzi molari inferiori presenti in arcata.

Teleradiografia latero-laterale e cefalometria finale



RAPPORTI SCHELETRICI SAGITTALI

Posizione del Mascellare S.N / A	±	78°
Posizione della Mandibola S.N / Pg	±	72°
Relazione inter-mascellare sagittale A.N / Pg	±	6°

RAPPORTI SCHELETRICI VERTICALI

Inclinazione del Mascellare S.N / ANS.PNS	±	10°
Inclinazione della Mandibola S.N / Go.Gn	±	44°
Relazione Inter-mascellare Verticale ANS.PNS / Go.Gn	±	34°

RAPPORTI DENTO-BASALI

Inclinazione Incisivo Superiore +1 / ANS.PNS	±	102°
Inclinazione Incisivo Inferiore -1 / Go.Gn	±	98°
Compensazione Incisivo Inferiore -1 / A.Pg (mm.)	±	6

RAPPORTI DENTALI

Overjet	±	3
Overbite	±	4
Angolo Inter-incisivo	±	124°

Data 04-03-2014

SINTESI FINALE

Risultati scheletrici

La terapia ha permesso di compensare dentalmente una seconda classe scheletrica severa (ANPg di 7°) in una paziente iperdivergente (SN-GoGn di 45°) e di evitare un'eccessiva proclinazione degli incisivi inferiori con conseguente alto rischio di recessione gengivale.

Risultati dentali

Buona la classe molare e canina, si evidenzia un iniziale riassorbimento radicolare degli incisivi, come già previsto in fase diagnostica.

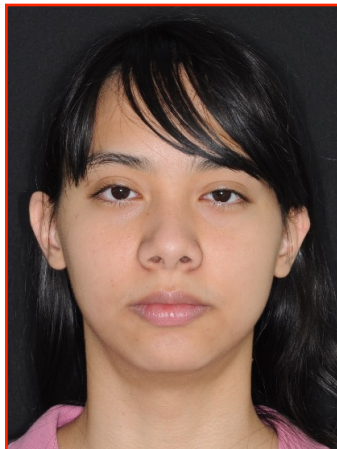
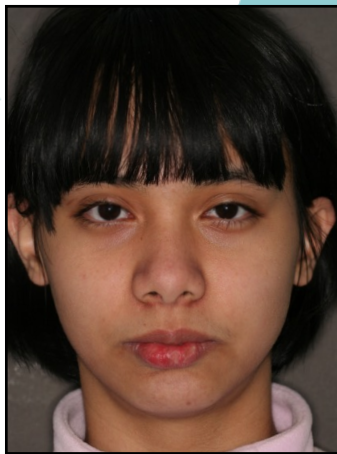
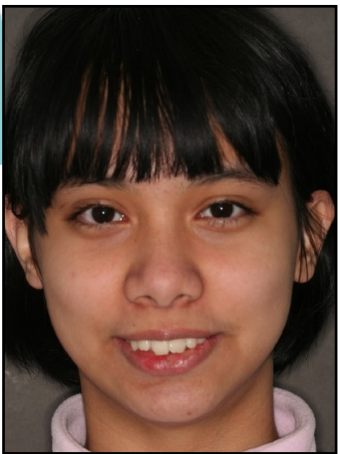
Risultati a carico dei tessuti molli

Il profilo è nel complesso gradevole ed armonioso, la funzionalità masticatoria è buona come buona è la competenza labiale ottenuta.

VALUTAZIONE RISULTATI A DISTANZA

La presenza di un esame teleradiografico iniziale con il capo non correttamente posizionato (che i genitori non hanno voluto ripetere) non permette una corretta sovrapposizione dei tracciati e di conseguenza rende difficile la comparazione dei risultati scheletrici e dentali ottenuti a fine terapia.

Non è stato possibile effettuare controlli radiografici a distanza in quanto la paziente dopo circa 18 mesi dalla fine del trattamento si è trasferita all'estero.







Grazie!

www.sido.it



SIDO
Società Italiana
di Ortodonzia