

# Caso clinico

**Dott. Davide Mirabella**



*Nato a Catania il 10/07/1966, Laureato in Odontoiatria presso l'Università di Catania nel 1989, Specializzato in Ortodonzia e Master of Science in Dentistry presso la University of Washington (Seattle) nel 1993.*

*Perfezionato in Ortodonzia Linguale nel 1995 e specializzato in Ortodonzia nel 2000 presso l'Università di Cagliari.*

*Professore a contratto presso la Scuola di Specializzazione in Ortodonzia, Università di Ferrara. Libero professionista esclusivista in Ortodonzia in Catania.*

*Presidente in carica AldOr, Active Member Angle Society of Europe, consigliere culturale SIDO 2004/2005, socio ordinario SIDO, membro AAO, socio EOS, socio fondatore e segretario scientifico nel 2011 dell'Accademia Italiana di Ortodonzia.*

*Relatore a convegni nazionali e internazionali; autore di pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali.*

Il trattamento ortodontico ideale deve coniugare la predicibilità del risultato e la **riproducibilità** delle procedure con la qualità della **rifinitura funzionale ed estetica**.

Il fattore determinante ai fini del successo della terapia ortodontica è l'expertise clinica dell'operatore, che può essere definita come l'insieme di conoscenze biologiche, acume diagnostico, talento clinico ed esperienza professionale.

Tuttavia, ogni professionista dovrebbe basare il proprio successo clinico non esclusivamente sulle proprie capacità ma anche sull'utilizzo delle apparecchiature e delle procedure, che tendono a rendere l'iter terapeutico meno operatore-dipendente possibile.

A questo scopo viene presentato un caso che mostra come la conoscenza professionale (**obiettivi del trattamento**), l'apparecchiatura (**accuratezza e prescrizione utilizzata**), e le procedure (**bandaggio e sequenza archi**) possano concorrere al raggiungimento di un'estetica e funzione ottimali.

## Diagnosi

Maschio 13y1m, II classe Div1, morso profondo, Curva di Wilson inferiore accentuata, affollamento moderato, corridoi buccali estesi, lieve retro-inclinazione degli incisivi superiori e normo-inclinazione degli incisivi inferiori (Fig. 1 a-h).



Sorriso e caratteristiche occlusali iniziali di VN, anni 13-1



Ortopantomografia e Teleradiografia iniziali di VN, anni 13-1

#### Obiettivi

Ottenere la I Classe dentale, aprire il morso, appiattire la Curva di Wilson, risolvere l'affollamento, ridurre l'ampiezza dei corridoi buccali, ottimizzare l'inclinazione degli incisivi superiori e mantenere l'inclinazione degli incisivi inferiori.

#### Piano di trattamento

Espansore del mascellare superiore ancorato ai primi molari superiori al fine di incrementare i diametri trasversali superiori, favorire la correzione della II classe dentale, permettere l'appiattimento della COW inferiore e diminuire l'ampiezza dei corridoi buccali. Bandaggio completo superiore ed inferiore con apparecchiatura multibande e utilizzo di meccaniche di II classe al fine di risolvere l'affollamento, aprire il morso e correggere la Classe. Contenzione mobile superiore ed inferiore.

#### Diario clinico

Un espansore sui primi molari superiori è stato utilizzato per 9 mesi ed è stata ottenuta un'espansione di circa 5 mm (Fig. 2).



L'espansione del mascellare superiore (5 mm) ottenuta con RPE su 2 bande

Sei mesi dopo l'inserimento dell'espansore mascellare l'apparecchiatura multibande è stata cementata sull'arcata superiore ed un arco .016 NiTi Termico è stato inserito allo scopo di allineare l'arcata. Il mese successivo la stessa procedura è stata ripetuta sull'arcata inferiore; la fase di allineamento è stata ultimata in circa 5 mesi (Fig. 3).



Fase di allineamento iniziale superiore

Successivamente alla fase di allineamento sono stati bandati i secondi molari inferiori e superiori e gli archi .019x.029 NiTi Termico sono stati utilizzati per 7 mesi al fine di livellare i piani occlusali (appiattimento della COS e COW) (Fig. 4).



Fase di livellamento, inserimento degli AW .019x.025 NiTi Termico e contemporaneo bandaggio dei secondi molari superiori ed inferiori

Il livellamento è stato ultimato con l'inserimento di archi .019x.025 SS Posted e Tiebacks passivi (Fig. 5).



Fine della fase di livellamento e fase di lavoro condotta con AW .019x.025 SS Posted e Tiebacks passivi

La fase di lavoro è stata condotta con gli stessi archi e la correzione della classe dentale ottenuta con l'utilizzo di elastici di II classe (6 once). La rifinitura è stata eseguita dopo aver visionato una OPT di controllo e una sola piega di Distal Root Tip si è resa necessaria sull'incisivo laterale superiore di dx per ottenere un accettabile parallelismo radicolare.



### 3Y post-trattamento

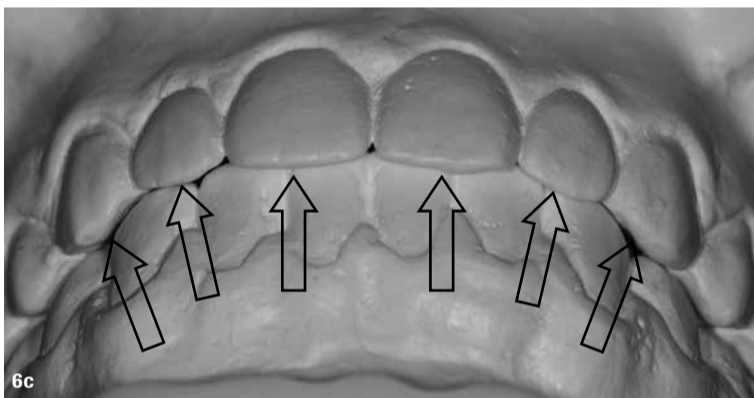
Il sorriso ha un'ampiezza ideale, l'esposizione degli incisivi è adeguata; la I Classe di Angle, l'allineamento dentale e l'appiattimento dei piani occlusali ottenuto (Fig. 6 a-g).

### Discussione

Questo caso è stato presentato per mostrare quali possano essere i punti principali della Tecnica SWM e i vantaggi clinici che derivano dall'utilizzo della stessa.

### Prescrizione

- Il Torque aumentato (rispetto ai valori ideali di Andrews) nei bkt degli incisivi superiori ha permesso di ottenere il Torque ideale e una proiezione corretta degli incisivi superiori durante il sorriso nonostante la loro lieve retroinclinazione iniziale e la biomeccanica di II classe utilizzata durante la terapia (Fig. 6a)
- Il Torque negativo aumentato (rispetto ai valori ideali di Andrews) nei bkt degli incisivi inferiori ha evitato la proclinazione degli incisivi usualmente osservata dopo la fase di allineamento, livellamento e dopo l'utilizzo di trazioni elastiche di II classe. La posizione ideale dei gruppi frontali superiori ed inferiori permette di raggiungere il "light contact" e garantire la guida anteriore (Fig. 6c)
- Il Torque 0° nei brackets dei canini superiori ed inferiori ha favorito il corretto posizionamento degli stessi da un punto di vista funzionale (guida canina e disclusione laterale) e il raggiungimento di un sorriso ampio (Fig. 6a)
- Il Torque negativo aumentato (rispetto ai valori ideali di Andrews) nei tubi dei molari superiori ha permesso di eliminare il tipping buccale indesiderato successivo all'espansione del mascellare e favorito la corretta intercuspazione finale (Fig. 6 d-e)
- Il Torque negativo diminuito (rispetto ai valori ideali di Andrews) sui settori latero-inferiori ha favorito l'uprighting di premolari e molari. Il conseguente appiattimento della COW ha permesso di ottenere diametri trasversali più ampi senza variare la forma d'arcata inferiore, di guadagnare spazio per l'allineamento dentale, di avere sorrisi più ampi e di favorire la corretta intercuspazione finale (Fig. 6b)
- La prescrizione, infine, presenta dei valori di Tip ridotti che riducono la lunghezza d'arcata finale, diminuiscono le necessità di ancoraggio posteriore durante l'allineamento e il livellamento e permettono il controllo della posizione A-P di canini e incisivi.



Sorriso e occlusione finali 3Y post-trattamento