

Trattamento precoce delle malocclusioni di classe III

IL DBE, UNA NUOVA APPARECCHIATURA DI ESPANSIONE ED ANCORAGGIO

Alberto R. Mazzocchi MD, DDS

Nota: L' autore non ha interessi economici nei prodotti citati nell'articolo.



Introduzione

Numerosi Autori riferiscono l'efficacia della terapia espansiva associata alla maschera facciale nei soggetti in crescita con malocclusioni di classe III (1,2,4,6,8). In passato sono state descritte molte apparecchiature fisse e mobili di diverso tipo. Il successo delle apparecchiature rimovibili è in larga misura dipendente dalla collaborazione del paziente.



Di solito un espansore rapido costruito su basi in resina acrilica incollato ai molari decidui e a quelli permanenti ottiene un ancoraggio fisso ideale per la trazione della maschera facciale in dentizione mista. Le apparecchiature fisse sembrano essere più efficaci come unità di ancoraggio anche se in qualche caso possono creare problemi d'igiene o di incollaggio nei pazienti molto piccoli. Per cercare di risolvere questi inconvenienti, viene presentato un espansore del mascellare per i denti decidui (DBE : Deciduous Band Expander).

Costruzione



Il DBE è costruito su bande per molari decidui (Ormco) che vengono posizionate sugli E (molari decidui superiori). Vengono prese le impronte in alginato. Due fili .036" in acciaio, vengono saldati vestibolarmente e palatalmente alle bande, incrociandosi nello spazio tra incisivi laterali e canini da latte. Due ganci per la trazione anteriore sono saldati nella posizione canina. Infine la vite per espansione viene saldata alla struttura palatale.



Dopo aver indossato per 5 giorni gli elastici separatori, il DBE può essere cementato (Fig. 1). Si raccomanda il cemento vetroionomero 3M Unitek multi curing.

CASO 1

E.I. 4,5 anni femmina, III classe scheletrica, OJ : -3mm
OB : -2mm (fig 2-3-4).

La grave malocclusione scheletrica ha richiesto un trattamento ortodontico precoce.



La vite di espansione è stata attivata durante i primi 21 giorni. La maschera facciale è stata applicata con elastici (1/4" 6 oz Ram,Ormco) durante le ore notturne (10 ore al giorno).

I risultati dopo 8 mesi di terapia sono mostrati nelle fig.8-9-10.

CASO 2

A.I. 6 anni, maschio, III classe scheletrica, OJ : -2mm OB : -3mm (fig. 5-6-7)



Dopo 15 giorni di espansione del mascellare è cominciata la trazione con la maschera facciale. La trazione esercitata durante le ore notturne (10 ore al giorno) è stata applicata con elastici 1/2" 14oz (Whale ,Ormco).

I risultati dopo 6 mesi di terapia sono visibili nelle fig. 11-12-13.

DISCUSSIONE



La terapia con la maschera facciale, spesso segue l'espansione del mascellare in quanto quest'ultima sembra agire stirando il sistema suturale circummascellare e facilita così l'effetto ortopedico della maschera facciale.(1,2). Recentemente Baccetti e Coll (4), studiando gli effetti del trattamento in dentizione mista, hanno osservato che i bambini trattati in età precoce, mostrano un significativo avanzamento del complesso mascellare e una significativa direzione di crescita condilare in fuori e in alto, con conseguente riduzione della crescita mandibolare.



Questi fatti suggeriscono che le gravi classi III scheletriche debbano esser trattate molto precocemente. Occorre inoltre ricordare che il morso incrociato anteriore viene percepito poco piacevole dal punto di vista estetico dai sanitari. La terapia precoce di tale anomalia è stata perciò suggerita sia dalla comunità sanitaria in generale che da quella ortodontica.



Il trattamento delle malocclusioni di classe III in dentizione mista precoce può produrre dei cambiamenti più favorevoli craniofacciali rispetto alla dentizione tardiva mista. Il significativo miglioramento nella crescita del mascellare sembra esser correlato con la disarticolazione dell'osso palatale dai processi pterigoidei, che è possibile nella dentizione mista precoce, come dimostrato sperimentalmente su crani secchi da Melsen (3).



Le procedure di incollaggio sono generalmente difficili nell'infanzia precoce per la difficile collaborazione. La mancanza di precisione nelle manovre di mordenzatura e adesione può provocare distacchi prematuri dell'apparecchio ortodontico.

Il bandaggio (e l'incollaggio con cemento vetroionomero) è meno sensibile all'umidità rispetto alle tecniche di "bonding" : E' inoltre veloce (solo 40 secondi di trattamento con la lampada) e molto confortevole.



L'apparecchio DBE è più igienico dell'espansore su basi in resina. Non si osservano recessioni o infiammazioni gengivali durante il trattamento o al momento della rimozione dell'apparecchio.

Tale manovra può avvenire in pochi secondi con una usuale pinza per bande posteriori.

Nel caso tuttavia di distacco accidentale dell'apparecchio, il DBE può essere facilmente reincollato in poco tempo.



Virtual Journal of Orthodontics
Copyright © 1998
All rights reserved.

[HOME VJO 2.3](#)

[HOME VJO](#)

BIBLIOGRAFIA

1-Haas AJ. Treatment of maxillary deficiency by opening the midpalatal suture. Angle Orthod 1965; 65: 200-217

2-McNamara JA, Brudon WL. Orthodontic and Orthopedic treatment in the mixed dentition. Ann Arbor, Mich.: Needham Press, 1993

3-Melsen B, Melsen F. The postnatal development of the palatamaxillary region studied on human autopsy material. Am J Orthod 1982; 82: 329-342

4-Baccetti T, McGill JS, Franchi L, McNamara JA, Tollaro I. Skeletal effects of early treatment of class III malocclusion with maxillary expansion and face mask therapy. Am J Orthod Dentofac Orthop 1998; 113 : 330-343

5-Yang KH. Frankel Appliance type III: correct fabrication and case report of skeletal class III malocclusion. J Clin Pediatr Dent 1996; 20: 281-292

6-Ngan PW, Hagg U, Yiu C, Wei SH. Treatment response and long term dentofacial adaptations to maxillary expansion and protraction. Semin Orthod 1997; 3: 255-264

7-Kilicoglu H, Kirlic Y. Profile changes in patients with class III malocclusions after Delaire mask therapy. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998; 113: 453-462

8-Gallagher RW, Miranda F, Bushang PH. Maxillary protraction: treatment and posttreatment effects. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998; 113: 612-619

9-Franchi L, Baccetti T. Splint therapy for skeletal class III malocclusion in the primary dentition. J Clin Pediatr Dent 1998; 22: 93-98