

Articolo Originale

Pubblicato il 10-11-04

A G Estrada

E E Rodríguez Yáñez

R Casasa Araujo

Mesializzazione del secondo molare inferiore in sostituzione del primo molare:

Presentazione di un caso clinico ortodontico.

Affiliazioni degli autori:

Centro de Estudios de Ortodoncia del
Bajío (C.E.O.B) Irapuato, Gto.
México. www.ceob.com.mx

Abstract:

L'autore mostra un caso clinico di una paziente di 24 anni con una malocclusione di prima classe molare destra ed una seconda classe canina destra e sinistra (in assenza di classe molare sinistra per la perdita del 36); si realizzarono estrazioni superiori ed inferiori dei premolari (15, 24 e 44) e si trazionarono il 37 ed il 38 per chiudere lo spazio del molare assente.

Corrispondenza a:

Dr. Esequiel Eduardo Rodríguez Yáñez

*Centro de estudios de Ortodoncia
del Bajío*

*Bld. Lázaro Cárdenas 1477
Prol. Col. Moderna C.P. 36690
Tel. 01 (462) 625-36-77
Tel./Fax 01 (462) 624-89-59*

E-mail: megadental2000@yahoo.com.mx

Dates:

Accepted 13 October 2004

To cite this article:

A G Estrada

E E Rodríguez Yáñez

R Casasa Araujo

Mesializzazione del secondo molare inferiore in
sostituzione del primo molare. Presentazione di un caso
clinico ortodontico.

Virtual Journal of Orthodontics [serial online]

2004 November 10; 6 (3): p. 42-48

Available from URL
<http://www.vjo.it/read.php?file=mesiait.pdf>

Copyright © V.J.O. 2004

ISSN 1128-6547

Introduzione

In certi casi è possibile sostituire il primo molare con il secondo.⁽¹⁾

La diagnosi ed il piano di trattamento, determinano se i molari devono essere mantenuti nella loro posizione oppure se devono essere spostati mesio-distalmente, lateralmente o verticalmente.^(2,6)

Alcuni fattori devono essere considerati prima di prendere tale decisione: l'età del paziente, la posizione occupata dal dente in questione, lo stato del settore posteriore e la sua stabilità, situazione della cresta alveolare, così come devono essere valutate la correzione dell'inclinazione, la torsione e la rotazione dentale.^(1,4,6,7)

I molari inferiori si muovono mesialmente con minore facilità dei superiori, e questo viene attribuito alla ristrettezza del processo alveolare.^(1,3,5) I primi molari sono considerati come chiavi per l'occlusione corretta e pertanto non è frequente che siano candidati ad essere estratti a meno che non siano seriamente cariati oppure in presenza di affollamento grave, preferendoli all'estrazione dei premolari sani. Se i primi molari si estraggono dopo l'eruzione dei secondi, il trattamento deve iniziare nei tre mesi seguenti l'estrazione, altrimenti si corre il rischio di creare una inclinazione indesiderabile dei secondi molari ed una perdita di osso nel sito dell'estrazione.^(1,3,7)

CASO CLÍNICO

Il paziente, femmina di 24 anni, è giunta in visita riferendo un problema di affollamento dentale, assenza di precedenti patologici importanti e non riferisce alcuna abitudine viziosa orale.

Analisi Extraorale

La paziente presenta un tipo facciale brachifacciale, un profilo retto, terzo facciale simmetrico, buon contatto labiale, angolo nasolabiale di 100° e mentolabiale di 135° . (Fig. 1 e 2)



Fig.1

Analisi Intraorale

Presenta un affollamento dentoalveolare superiore di -10.5 mm e di -5 mm nell'arcata inferiore (secondo il metodo di Carey); overjet di 5mm ed overbite del 30%, linee mediane deviate approssimamente di un 1 mm, presenta prima classe molare destra e

classe seconda canina destra e sinistra, la classe molare non è determinabile per la



Fig. 2

perdita del primo molare inferiore sinistro; l'arcata superiore presenta una forma parabolica con linguoversione laterale e vestiboloversione centrale, l'arcata inferiore si presenta di forma quadrata con giroversioni nel segmento anteriore, carie sugli elementi posteriori, assenza del primo molare sinistro e la presenza dei quattro terzi molari (Fig. 3,4,5,6 e 7)





Fig. 4



Fig. 5



Fig.6



Fig.7

Analisi Cefalometrica

Si rileva una seconda classe scheletrica, con protrusione mascellare, tendenza al morso profondo. A livello dentale si nota una biproinclinazione ed una biprotrusione. (Fig.8)



Fig.8

Nella radiografia panoramica osserviamo un buon livello radicolare ed osseo, restauri dentali mal eseguiti, assenza del primo molare inferiore sinistro e presenza dei quattro terzi molari. (Fig.9)



Fig.9

Piano di trattamento.

Estrazione dei premolari superiori ed inferiori (15, 24 e 44), bite plane per aprire il morso e risolvere l'inversione del combaciamento

degli incisivi laterali superiori, sequenza di archi termici, trazione del 37 e del 38 per chiudere lo spazio del molare assente, elastico intermascellare per migliorare il combaciamento dentale, elastici di seconda classe, apparecchi di contenzione e retainer incollato vestibolare inferiore.

Sequenza di trattamento.

Bandaggio totale (bracket su tutti i denti) nell'arcata superiore ed inferiore e contemporaneamente si collocò un bite plane rimovibile per aprire il morso e risolvere l'inversione del combaciamento degli incisivi laterali superiori; si posizionò un filo rotondo in Ni-Ti termico di .016" (Fig.10).



Fig.10

La sequenza degli archi proseguì fino ad un arco Ni-Ti termico .020". Posteriormente si posizionarono fili rettangolari di acciaio di misura .017" x .025" per chiudere gli spazi superiori ed inferiori (Fig. 11). Si ancorò il segmento antero-inferiore per mesializzare il 37 ed il 38 (Fig.12) e si usarono elastici bilaterali di seconda classe. Si realizzarono

pieghe di secondo ordine a livello del 37 per parallelizzare le radici.



Fig. 11



Fig. 12

Una volta ottenuta la prima classe canina si collocarono elastici intermascellari per migliorare l'intercuspidazione (Fig.13).



Fig. 13

Risultati

Al termine osservammo un profilo retto, ed i terzi facciali simmetrici; gli angoli nasolabiale e mentolabiale non mostrarono importanti modificazioni (Fig. 14 e 15).



Fig. 14



Fig. 15

Si ottenne una buona armonia dentale, linee mediane coincidenti, overjet ed overbite nella norma, prima classe canina destra e sinistra, prima classe molare destra e seconda classe molare sinistra, arcate paraboliche senza presenza di spazi. Il 37 venne posizionato nello spazio del 36 ed il 38 migrò mesialmente. Si collocarono ritenzioni superiori ed inferiori ed una contenzione fissa in acciaio .016" da 33 a 37 per avere un miglior controllo della recidiva (Fig. 16,17,18, 19 e 20). Il 38 è stato protesizzato mediante una corona protesica.



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 21



Fig. 19



Fig. 20

Radiograficamente osservammo che l'angolo interincisale si aprì, gli incisivi superiori ed inferiori nella norma ed overjet migliorato considerevolmente (Fig. 21).

Nella radiografia panoramica finale riscontriamo un parallelismo radicolare accettabile ed una leggera recidiva nel 37. Posteriormente venne posizionato un mantenitore per chiudere detto spazio (Fig.22).



Fig. 22

Conclusioni

La mesializzazione dei molari per la sostituzione degli elementi mancanti è un metodo alternativo di trattamento in alcuni casi. Con un buon controllo del movimento mesiale del molare possiamo ottenere un trattamento altamente vantaggioso evitando che lo spazio venga chiuso mediante una protesi o un impianto in titanio^(8,9).

Come inconveniente della mesializzazione abbiamo la recidiva. In questo caso facemmo un retainer incollato e posizionammo delle placche circonferenziali di contenzione, ma anche così vi fu recidiva. Questo spazio venne chiuso con apparecchi rimovibili. Il tempo di contenzione è indefinito.

Bibliografia

- 1.- McLaughlin P. Richard, Bennett C. John. Manejo ortodónico de la dentición con aparatos preajustado, Isis Medical Media Ltd. Oxford OX1 1ST, Inglaterra, 1997.
- 2.- Little RM, Reidel RA, Stein A. Mandibular arch length increase during the mixed dentition: post retention evaluation of stability and relapse. Am J Orthod Dentofac Orthop 1990.
- 3.- Proffit R. William, Ackerman L. James. Soft tissue limitations in orthodontics: Treatment planning guidelines. The Angle Orthodontist, Inc. 1997 No. 5, 327 – 336.
- 4.- Carano Aldo, Testa Mauro, Siciliani Giuseppe. The Distal Jet for Uprighting Lower Molars. The Journal Clinic Orthodontics, 1996 Dec, 707 – 710.
- 5.- Grave K. C., Gallagher D.P. Upper First Molar Extractions. The Journal Clinic Orthodontics, Volume 1984 Oct. 738 – 740.
- 6.- Chipman R. Malcolm, Second and third molars: Their role in orthodontic therapy. The American Journal Orthodontics, 1961 Jul. 498-520.
- 7.- Yamaguchi and Nanda, The effects of extraction and nonextraction treatment on the mandibular position. Oklahoma City, Okla. American Journal Orthodontics. 1991 Nov, 443-452.
- 8.- Luecke E. Percy, Johnston E. Lysle Jr., San Antonio, Texas, and Ann Arbor, Mich " The effect of maxillary first premolar extraction and incisor retraction on mandibular position: Testing the central dogma of functional orthodontics" The American Journal Orthodontics. 1992 Jan, 4-12.
- 9.- Julie Ann Stagers Julie Ann, Winchester, Va. Vertical changes following first premolar extractions. American Journal Orthodontics. 1994 Jan, 19-24.