

Case report:

Dott. Vincenzo Carbone

## Risoluzione di una grave recessione parodontale mediante trattamento ortodontico linguale senza attacchi.



Fig 1.

Introduzione:

La paziente di anni 35 si è presentata alla nostra osservazione, conservando una buona salute dello stato parodontale generale, presentava, fig (1) in sede 4.1, la presenza di una grave recessione parodontale, (recessione a fessura secondo Stillman, di II classe secondo Miller) l'elemento dentale era vitale, non erano presenti segni di mobilità, ma una accesa sensibilità termica.

All'anamnesi la paziente riferiva di essere stata sottoposta ad un trattamento ortodontico multibracket tradizionale della durata di 3 anni, durante il quale aveva notato un progressivo peggioramento della condizione dell'elemento in questione, per il quale era stata sottoposta a numerosi trattamenti di scaling, senza risoluzione. Alla paziente era stato proposto un trattamento chirurgico di ricopertura radicolare mediante prelievo dal palato ma la stessa si era rifiutata.

All'esame obiettivo occlusale, era presente:

- una prima classe molare e canina
- Cross bite del 25.

La paziente richiedeva la ricopertura della radice dell'elemento, con un trattamento poco fastidioso e non visibile.

### TRATTAMENTO

La terapia è stata effettuata mediante un trattamento linguale senza attacchi con l'ausilio di retainers pre-attivati. La terapia linguale senza attacchi è stata ideata dal Prof. A. Macchi e dal Dott. N. Cirulli e successivamente applicata anche da altri autori.

Nel nostro caso, mediante una particolare spirale modellata in pre-attivazione è stata ottenuta la rotazione dell'elemento, ottenendo una lingua posizione della sola porzione

radicolare dell'elemento dentario, gli effetti di estrusione e vestibolarizzazione, di reazione, sono stati controllati grazie ad un arco di stabilizzazione in australiano 0,16, adesivo lingualmente con composito a ponte sul filo, grazie al quale è stato possibile ottenere una rotazione pura dell'elemento. Il corretto posizionamento della radice, è stato seguito dal riposizionamento dei tessuti di sostegno, con un buon recupero estetico e funzionale.

Fasi cliniche:

Durante il primo appuntamento sono state prese le impronte, scattate le foto ed effettuate le radiografie. Successivamente abbiamo applicato l'apparecchio ortodontico.

Modellazione del retainer attivo

Un filo in acciaio australiano 0,16 è stato modellato in modo che si adattasse in maniera passiva alla superficie linguale dei denti dell'arcata inferiore, da canino a canino, questo rappresenta l'arco di stabilizzazione. Un secondo filo per retainer passivo composto da cinque fili intrecciati dello spessore di 0.0153 pollici è stato modellato sulla superficie linguale, sull'arco, delle spirali con 360 gradi di filo sono state modellate mesialmente e distalmente all'elemento in sede 41, il tratto di filo tra le spirali è stato modellato, in maniera tale che l'estremità dello stesso lambisse la porzione più apicale della corona clinica dell'elemento. Tali spirali, aumentano l'elasticità del filo e consentono, attivate, di ruotare l'elemento in direzione radicolare linguale. (Fig 2,3).



Fig 2.



Fig 3.

Attivazione del retainer

Sul tratto di filo corrispondente all'elemento 4.1 è stato apposto una piccola quantità di cera, che fungerà da isolante permettendo all'elemento, una volta fissato con il ponte di composito, e sotto l'azione del secondo arco di ruotare intorno allo stesso.

L'attivazione del secondo arco, avverrà solo dopo averlo fissato agli elementi, sia per facilitare le fasi di fissaggio, sia per permettere al filo di dissipare all'elemento dentario tutta la sua forza, senza perdite di elasticità del metallo durante la fasi di adesione.

#### Procedura di adesione del retainer

Le superfici linguali del gruppo frontale inferiore sono state accuratamente pulite. Successivamente sono state mordenzate per 30 sec, è stato applicato l'adesivo e polimerizzato per 20 secondi su ogni dente. Utilizzando due porzioni di filo interdentale è stato fissato il primo arco in acciaio australiano sugli elementi da canino a canino, ricoprendo lo stesso con composito fluido,( Filtek flow 3M ESPE) . Il tratto di filo sul dente 41, è stato ricoperto da circa 1 mm di composito modellato a forma di ponte (Filtek, 3M ESPE). Si è proceduto quindi a polimerizzare per 20 sec.

Con la stessa tecnica è stato fissato il secondo arco, tranne che per l'elemento in sede 41. Prima del fissaggio, a tale elemento il tratto di arco è stato attivato, aprendo le spirali in direzione coronale, una volta ottenuta l'attivazione è stato quindi mordenzata di nuovo la superficie di smalto più apicale dell'elemento in sede 41 e applicato l'adesivo, polimerizzato per 20 secondi, quindi con l'ausilio di uno strumento di utilità è stato bondato il tratto di filo alla superficie del dente con composito. Come durante la procedura di chiusura delle anse bisogna far attenzione a non ribaltare il filo e cioè a non dislocarlo coronalmente o apicalmente. Il filo deve mantenere il piano orizzontale altrimenti si introducono indesiderate forze estrusive o intrusive.

Il ritorno elastico del filo porterà quindi la radice del dente lingualmente, facendo punto fisso sul primo arco, il quale si opporrà alle forze indesiderate di estrusione e corono vestibolarizzazione. (Fig 4,5)q



Fig 4.



Fig 5

L'allineamento successivo dei denti in senso vestibolo linguale é stato ottenuto successivamente grazie ad un arco intrecciato 0,015 modellato con anse pre attivate.

## Successivi controlli

Ad un mese di distanza si comincia a notare la riduzione della recessione per la progressiva rotazione del dente. (fig. 6,7,8,9,10,11.)



Fig 6.



Fig 7.



Fig 8.



Fig 9



Fig 10.



Fig 11.

La paziente viene controllata ogni 3-4 settimane. Ad ogni appuntamento il filo viene staccato dal settore che si intende attivare consumando il composito con una fresa diamantata cilindrica sotto irrigazione. Il filo viene quindi attivato aprendo le spirali.

Quando l'allineamento è completato, in questo caso dopo circa 9 mesi, il retainer attivo è stato sostituito da un retainer passivo; nelle immagini (12;13) il controllo a due anni, clinicamente, mostra una buona stabilità dei tessuti molli, e del risultato ottenuto.



Fig 12.



Fig 13

Come si può osservare dalla ortopantomografia effettuata dopo due anni dall'applicazione del retainer passivo, non ci sono alterazioni a carico delle radici degli elementi dentari interessati (fig. 14;15).



LoFig 14.

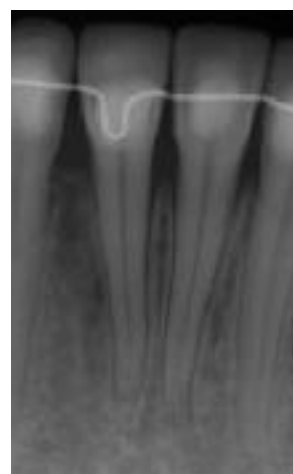
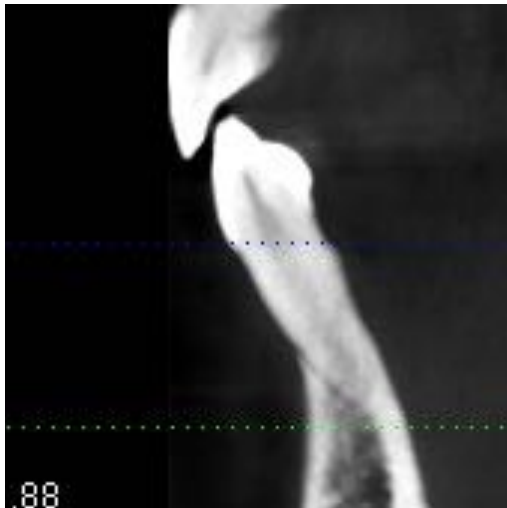


Fig 15

La paziente è stata sottoposta per altre problematiche ad un esame volumetrico 3D cone beam; lo studio dell'esame radiografico mostra il corretto orientamento dell'asse radicolare dell'elemento dentario in sede 4.1, la presenza della deiscenza radicolare dal lato vestibolare, ridotta se confrontata alle immagini fotografiche della recessione gengivale di partenza.



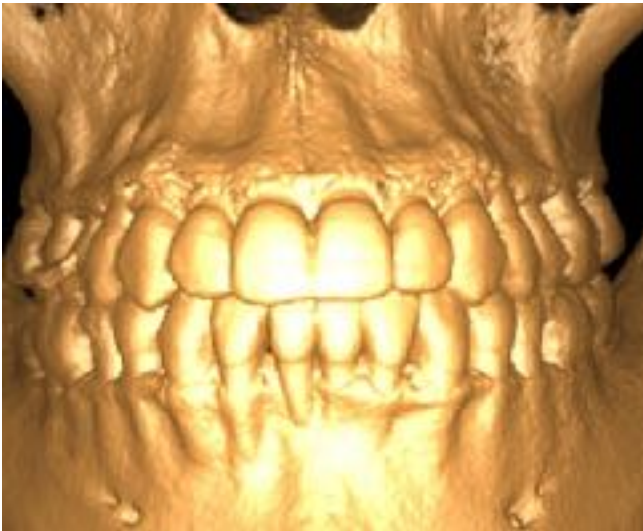
Indagine volumetrica cone beam.



Elemento 4.1: corretto asse dentale.



Elemento in sede 3.1 , si noti l'esigua corticale vestibolare



Vista frontale immagine di ricostruzione volumetrica.



## Bibliografia

1. Macchi A, Cirulli N. "Fixed Active Retainer for Minor Anterior Tooth Movement". Journal of Clinical Orthodontics, 2000.
2. Macchi A, Rania S, Cirulli N. "Una proposta per la gestione di disallineamenti anteriori: il mantentore attivo di contenzione (MAC)". Mondo Ortodontico, 1999.

Email: [dott.vincenzocarbone@hotmail.com](mailto:dott.vincenzocarbone@hotmail.com)

Email: [idiagnosi@gmail.com](mailto:idiagnosi@gmail.com)