www.fisiokinesiterapia.biz

MALOCCLUSIONI

CLASSIFICAZIONE DI ANGLE



GUARDARE I PRIMI MOLARI PERMANENTI

Malocclusione scheletrica

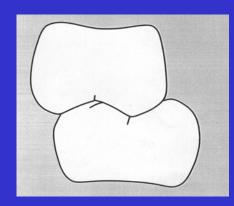
Alterazione dei rapporti di combaciamento dei denti determinata da difetti di crescita della mascella e della mandibola

I CLASSE

- · II CLASSE
- · III CLASSE

Malocclusione dentale

Alterazione dei rapporti di combaciamento dei denti determinata da difetti di forma delle arcate e/o di allineamento dei denti all'interno delle arcate

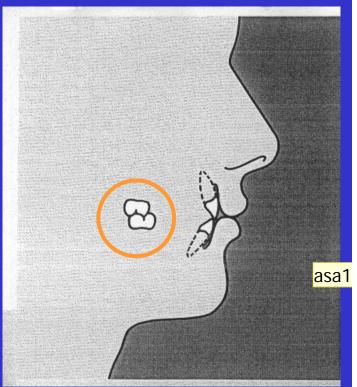


I CLASSE

- Arcate con rapporti normali
- Contesto facciale accettabile



- > AFFOLLAMENTO
- > SVENTAGLIAMENTO SUPERIORE
- > ENTRAMBI I FATTORI COMBINATI
- > "BIPROTRUSIONE"



Diapositiva 3

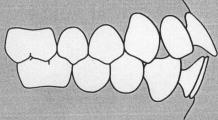
asa1 casasa; 22/01/2005



I CLASSE

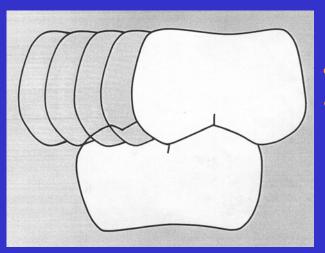
Occlusione di prima d

- entrambi questi fattori combinati;



eccessiva prominenza di ambedue le arcate (definita "bipi

Malocclusione di prima classe con affollamento

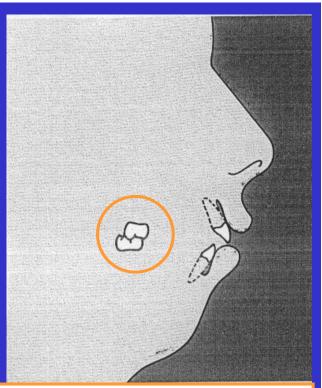


II CLASSE

- Rapporto alterato tra le arcate
- Alterazione del profilo facciale
- Incongruenze a livello dentale

SESTI SUPERIORI (e canini) IN POSIZIONE PIÙ AVANZATA RISPETTO AGLI INFERIORI

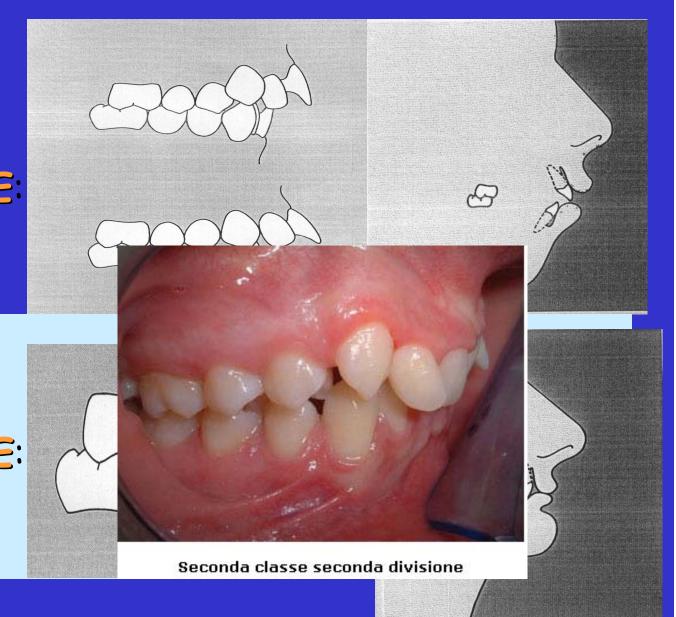
- prominenza del mascellare superiore
- > retrusione del mascellare inferiore
- > combinazione di queste situazioni

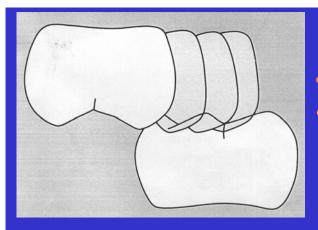


II CLASSE

I DIVISIONE:

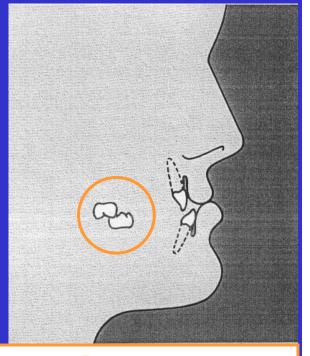
II DIVISIONE:





III CLASSE

- Rapporto alterato tra le arcate
- Alterazione del profilo facciale
- Incongruenze a livello dentale



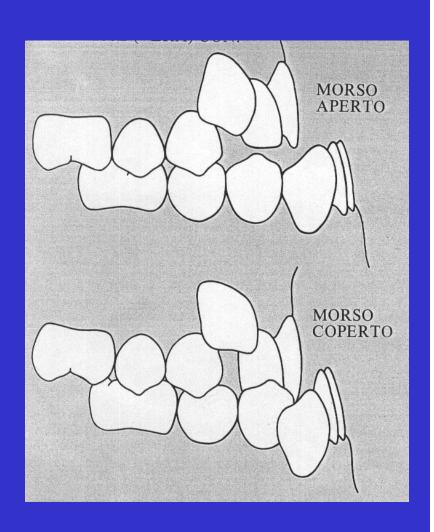
SESTI SUPERIORI IN
POSIZIONE PIÙ ARRETRATA
DELLA NORMA RISPETTO
AGLI INFERIORI

(frontali testa-testa/morso inverso)

- > relativa piccolezza (ipoplasia) mascellare superiore
- > eccessivo sviluppo/prominenza del mascellare inferiore
- > combinazione di queste situazioni (più frequente)

III CLASSE

- MORSO APERTO
- MORSO COPERTO
- · PSEUDO III CLASSE (funzionale)





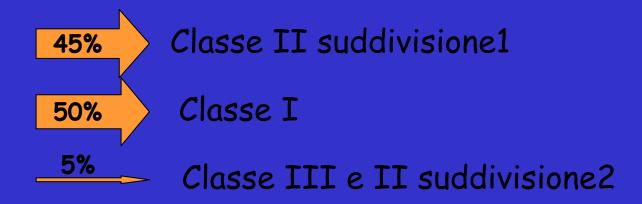
Morso aperto



INCIDENZA

- Non esistono dati italiani
- USA 15-18 aa: >95% (70% classe I)

malocclusioni



EZIOLOGIA

La crescita cranio-facciale è il risultato di un complesso equilibrio

componenti genetiche ed epigenetiche





fattori ambientali

Tra i fattori ambientali sono particolarmente importanti le pressioni muscolari anomale, come i vizi orali, ossia ogni alterazione comportamentale che possa determinare una modificazione sia funzionale, sia morfologica



MALOCCLUSIONI E ABITUDINI VIZIATE





Stili normali di comportamento che protratti oltre tempo possono portare danni allo sviluppo dei denti e alla crescita facciale

Concetto di "ortodonzia intercettiva"

ABITUDINI VIZIATE

- 1. Deglutizione atipica
- 2. Suzione o mordicchiamento
 - dita (pollice)
 - oggetti/indumenti
 - altre parti della bocca (labbra, lingua)
 - altre parti del corpo (mano, unghie, capelli)
- 3. Uso prolungato del succhiotto e/o biberon

Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition

Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L.

Arch Dis Child. 2004 Dec;89(12):1121-3

- ✓ 1099 bambini 3-5 anni
 (36% malocclusione, 13% morso aperto, 7% morso incrociato posteriore)
- ✓ Sulla malocclusione: ciuccio/dito vs no OR 2,43; biberon vs seno OR 1,28
- ✓ Sul morso aperto: ciuccio/dito (89%) vs no OR 4,61; biberon vs seno OR 0,93
- ✓ Sul morso incrociato: ciuccio/dito vs no OR 2,54; biberon vs seno OR 1,87 ciuccio/dito+biberon 13% vs ciuccio/dito+seno 5%

protettivo

ABITUDINI VIZIATE Suzione digitale e del succhiettoun'abitudine molto diffusa

- 80-90% della popolazione infantile
- · Società occidentali, paesi ricchi, ceti medio-alti
- Succhiotto: ↓dai 3 anni ai 5 → 10%

...ma il 15% a 8 anni e l' 8% a 11: si ciuccia il dito



ABITUDINI VIZIATE Questo benedetto pollice...



Prima infanzia implication fisiologico, abitudine vantaggiosa!



CONSEGUENZE OCCLUSALI E FUNZIONALI

ABITUDINI VIZIATE

Effetti primari e secondari della suzione digitale

- Morso aperto anteriore
 deglutizione atipica
 difetti funzionali di masticazione
- Vestibolarizzazione degli incisivi superiori difetti funzionali di masticazione

 - traumi incisivi
- Diastema incisivi superiori
- Palato ogivale
 respiarzione orale
- Ipoplasia/Retroposizione mandibolare traumi incisivi

 - respiarazione orale
- Postura bassa della lingua deficit crescita mascellari
- Difetti fonetici
- Stress familiare
- Introduzione sporcizia in bocca





CORRELAZIONE TRA MALOCCLUSIONI E PATOLOGIE PEDIATRICHE

Sono numerosi i rapporti tra le malocclusioni e le tematiche di confine con la pediatria:

- > RESPIRAZIONE ORALE
- > POSTURA
- > CEFALEA

RESPIRAZIONE ORALE

- ☐ Anamnesi:
- √ come dorme (bocca chiusa/aperta)?
- √ bagna il cuscino di saliva?
- ✓ rimane a bocca aperta quando legge o guarda la TV?
- ☐ Test di funzionalità respiratoria: manovra di Goudin
- □ EO:
- ✓ gengive ipertrofiche e iperemiche
- √ maggior incidenza di carie
- ✓ facies adenoidea: faccia lunga e stretta, tendenza al retrognatismo mascellare e mandibolare, narici strette, postura linguale bassa, labbra incompetenti
- ✓ postura cefalica alterata in iperdistensione con iperlordosi cervicale

RESPIRAZIONE ORALE

Per suggerire il più precocemente possibile un trattamento ortodontico, è necessario che il pediatra evidenzi se sono associate condizioni occlusali e funzioni alterate, quali:

- > INCOMPETENZA LABIALE
- > RIDUZIONE DEI DIAMETRI TRASVERSI (PALATO OGIVALE)

RESPIRAZIONE ORALE Incompetenza labiale

Condizione in cui il labbro superiore e il labbro inferiore, in condizioni di riposo, non vengono a contatto oppure sono dischiusi di oltre 3 mm

Diagnosi: invitare a chiudere le labbra



un soggetto abituato a rimanere con la bocca aperta, attiva contrazioni volontarie del m. orbicolare e dei m. masticatori, evidenziando una innaturale postura di accomodamento con mento "a palla da golf"

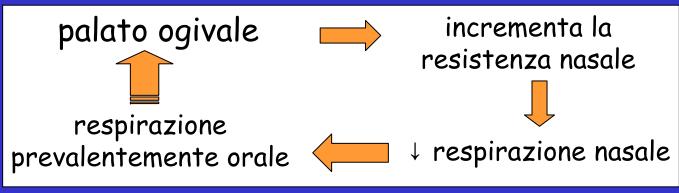
RESPIRAZIONE ORALE Palato ogivale

Diagnosi:

- ✓ può essere sufficiente inserire il dito indice a livello del palato
- ✓ tuttavia è preferibile analizzare il rapporto tra l'arcata superiore e quella inferiore per mettere in luce un morso crociato (presente nella maggior parte dei respiratori orali!)

Il mascellare superiore contribuisce a delimitare le cavità

nasali



CEFALEA

Soggetti affetti da emicrania o cefalea, tra 6 e 18 anni, possono presentare anche dolore/tensione a livello temporomandibolare, tensione della muscolatura masticatoria e parafunzioni orali come serramento e digrignamento

Nei soggetti con malocclusione di classe II (mandibola ipoplasia o retroposta) sono riportati episodi di cefalea, tensione muscolare e dolore durante i movimenti mandibolari, affaticamento da serramento e/o digrignamento



A oggi non è certo il ruolo eziologico delle malocclusioni nei confronti degli episodi cefalici in età pediatrica

MALOCCLUSIONI: come comportarsi nelle seguenti situazioni:

Abitudini viziate

Malocclusioni di III classe

Malocclusioni di II classe

Open bite

Cross bite

Esordio del trattamento

- ·Approccio con il paziente
- ·Quadro anamnestico
- ·Inquadramento psicologico
- ·Valutazione della disgnazia
- ·Radiografie
- ·Definizione di un programma ortodontico

Abitudini TERAPIA — Emozioni viziate Età

EMOZIONI: è un piacere o una necessità! "privazione brusca"--- espressione del disturbo in altra maniera: enuresi, balbuzie, onicofagia, difetti di personalità

ETA':

- fino a 4 anni: nulla-succhiotto (alternativa)
- 4-6 anni: tecniche comportamentali: persuasione ridurre carico psichico se malocclusione: dispositivi mobili
- dai 6-8 anni in poi: -dispositivi fissi (dissuasori)
 e mobili (dopo 6 mesi)
 - approccio NPI









MALOCCLUSIONI III e II CLASSE, OPEN BITE e CROSS BITE

La terapia a crescita conclusa non può prescindere dall'approccio chirurgico

La prevenzione e l'intercettamento precoce di tali malocclusioni possono fornire contributi sostanziali:

- riduzione complessiva dei casi che necessiterebbero altrimenti di intervento
- semplificazione dell'approccio chirurgico nei casi in cui questo risulti comunque indispensabile per un successo solo parziale della prevenzione e dell'ortodonzia intercettiva

Malocclusione di III classe:



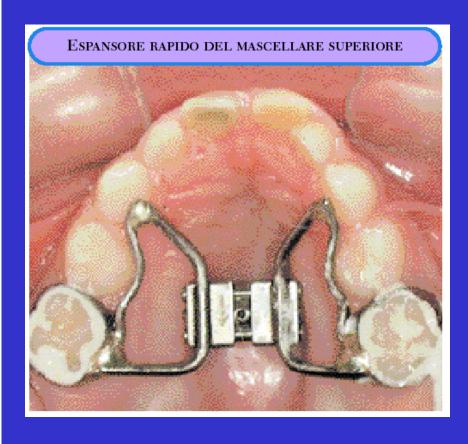




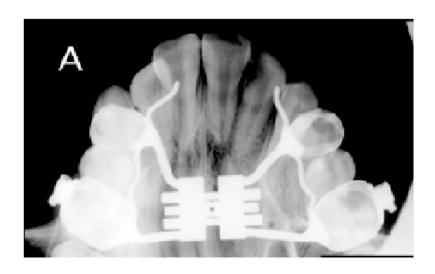
III CLASSI: quali i criteri:

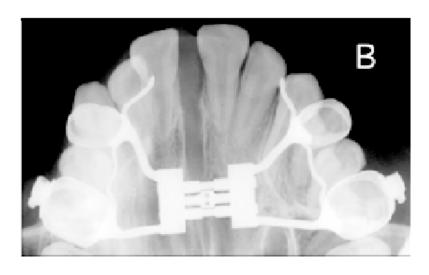
TERAPIA INTERCETTIVA nei casi in cui tale terapia è caratterizzata da buona percentuale di correggibilità (NO chirurgia ortognatica):

- età compresa tra 4 e 8 anni
- non eccessiva gravità clinica (OJ < a 3.5 mm):
 Grado lieve e moderato (secondo IOTN modif.)
- approccio al paziente prima degli 8 anni
- · valutazione dell'indicazione ad eseguire frenuloplastica e adenoidectomia
- · apparecchi funzionali di classe III
- · espansore rapido palatino, quad-helix, dispositivo fisso all'arcata superiore con arco di utilità tipo Ricketts modificato, bite mandibolare per classe III, trazione extraorale secondo Delaire, morforegolatore di funzione di Frankel
- approccio terapeutico individualizzato con criteri di sostenibilità biologico-auxologica e gnatologico-posturale



Sutura mediana del palato prima (A) e dopo (B) l'espansione





III CLASSI: quali i criteri:

- · Terapia immediatamente prechirurgica (soggetti di età > 16 anni) di III classi di gravità più che moderata (OJ inverso > 1mm con incisivi mandibolari nella loro posizione attuale di compenso o > 3.5 mm): grado grave e molto grave (sec. IOTN modif.)
- · III classi con altra importante malocclusione associata e tale da costituire di per se criterio sufficiente alla presa in carico.

II Classe di 1 divisione:

Terapia intercettiva?

- malocclusioni molto gravi (OJ aumentato più di 9 mm) in soggetti di età compresa tra 7 e 11 anni (alla diagnosi)
- malocclusioni non gravi (OJ > 6mm e < 9mm)
 associate ad altre malocclusioni gravi o molto
 gravi, a sindromi, a disabilità o a patologie
 particolari (artrite reumatoide, locking, ecc.)
 in età compresa tra 7 e 18 anni (alla diagnosi)

II CLASSI di 2 divisione

Terapia intercettiva?

malocclusioni di grado da moderato in su (overbite aumentato o completo con contatto gengivale) in età compresa tra 7 e 14 anni (e fino a 18 anni se patologie correlate quali locking, grave cefalea)