



RX Sagittale



Laterale destra



Laterale destra con sorrisc



Ortopantomografia



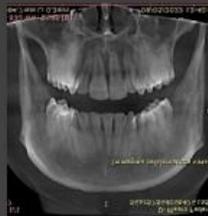
Frontale a riposo



Frontale con sorriso



3/4 destra



Intraorale aperta frontale



3/4 Destra con sorriso



Intraorale laterale destra



Intraorale frontale



Intraorale laterale sinistra



Mascellare intraorale



Intraorale mandibolare



Overjet-overbite

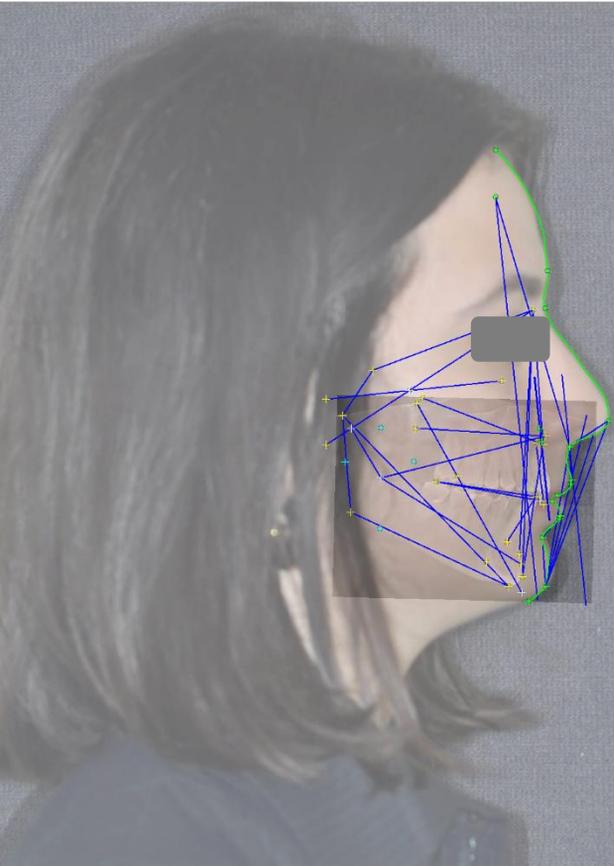


Studio del caso ortodontico

Federica D [REDACTED]

Età: 22

Malocclusione di II Classe: Analisi Foto-Cefalometrica



Analisi Ricketts plus GF

| Parametro | Valore | Valore normale |
|----------------------------------|----------|----------------|
| Asse facciale | 86.16° | 90±3.5° |
| Angolo facciale | 81.69° | 91.00±3° |
| Piano mandibolare | 31.03° | 22.00±4.5° |
| PFH | 37.30mm | 45mm |
| AFH | 58.43mm | 65mm |
| Facial Height Index | 0.64 | 0.65±0.05 |
| Convexity | 5.91mm | -3.00±2mm |
| Wits | 1.42mm | -1±2mm |
| IMaxillary | 24.09° | 8±3° |
| SNA | 73.66° | 82±2° |
| SNB | 66.19° | 80±2° |
| ANB | 7.46° | 2±2° |
| IMPA | 97.74° | 88° |
| Isi:A-Pg | 3.94mm | 5mm |
| L1^A-Pg | 23.90° | 22±4° |
| Angolo interincisale | 139.83° | 131±6° |
| 1^*Max Plane | 100.91° | 110° |
| A6:PTV | 12.56mm | 19.00±3mm |
| OverBite | 2.45mm | 3.5±2.5mm |
| OverJet | 3.55mm | 2±2mm |
| Xi:Occ | 2.42mm | |
| OP | 14.51° | |
| LI:E-Line | -4.47mm | -2±2mm |
| Upper Lip Length | 18.17mm | 20±2mm |
| Distanza Interlabiale | 2.87mm | 0 ± 3mm |
| Lunghezza Cranica Anteriore | 56.89mm | |
| Angolo Sellare | 144.42° | 122±5° |
| Angolo Articolare | 141.34° | 144±6° |
| Angolo Goniaco | 119.85° | 130±7° |
| Angolo di Jarabak | 405.62° | 396±6° |
| Upper Lip | 0.59mm | 0 ± 2mm |
| Upper Lip | 0.00mm | |
| Lower Lip | 6.96mm | -2±2mm |
| Angolo NasoLabiale | 120.15° | 131.83±3° |
| Angolo LabioMentale | 134.44° | 139.01±3° |
| SNPg | 67.11° | 80±3.5° |
| ANPg | 6.55° | 2±2.5° |
| Angolo NasoLabiale | 110.61° | 102±8° |
| Go:Me | 67.27mm | 64±8mm |
| LS:E-Plane | -2.75mm | 0±1mm |
| Area incisivi | 0.26mm | 8.13±3mm |
| Incisivo superiore sagittale | -1.38mm | |
| Incisivo superiore verticale | -3.02mm | |
| Parametro | Valore | Valore normale |
| Ratio Incisivo Superiore | -526.59% | 0 ± 100% |
| SL:SN-Poc | -4.46mm | -6 ± -4mm |
| LI:SN-Poc | 0.65mm | 2 ± 4mm |
| LS:SN-Poc | 2.98mm | 1 ± 3mm |
| Concavità Philtrum:SN-Poc | 0.21mm | -3 ± -1.5mm |
| FMIA | 51.22° | 67° |
| AO-BO | 1.42mm | 2±2mm |
| Z-Angle | 70.44° | 71 ± 89° |
| FMA | 31.03° | 25° |
| DGI | 0.54 | |
| DGI Severity | 212.76% | 0% |
| MM | 21.52° | 25±6° |
| Upper Convexity | 79.39° | 79.62±3° |
| Lower Convexity | 74.28° | 81.88±3° |
| Facial Convexity | 153.67° | 162° |
| Facial Depth | 18.45mm | |
| Chin Projection Ratio | 12.50% | 56.55±3% |
| Vertical Balance Upper Distance | 18.17mm | |
| Vertical Balance Total | -57.37mm | |
| Vertical Balance Upper | 31.68% | 30% |
| Vertical Balance Middle Distance | 13.46mm | |
| Vertical Balance Middle | 23.46% | 26% |
| Vertical Balance Lower Distance | 23.73mm | |
| Vertical Balance Lower | 41.36% | 44% |
| IMPA | 97.74° | 95±6° |
| OverJet | 3.55mm | 3.5±2.5mm |
| OverBite | 2.45mm | 2±2.5mm |
| Lower Facial Height | 45.61° | 47±4° |
| Arco Mandibolare | 27.48° | 27° |

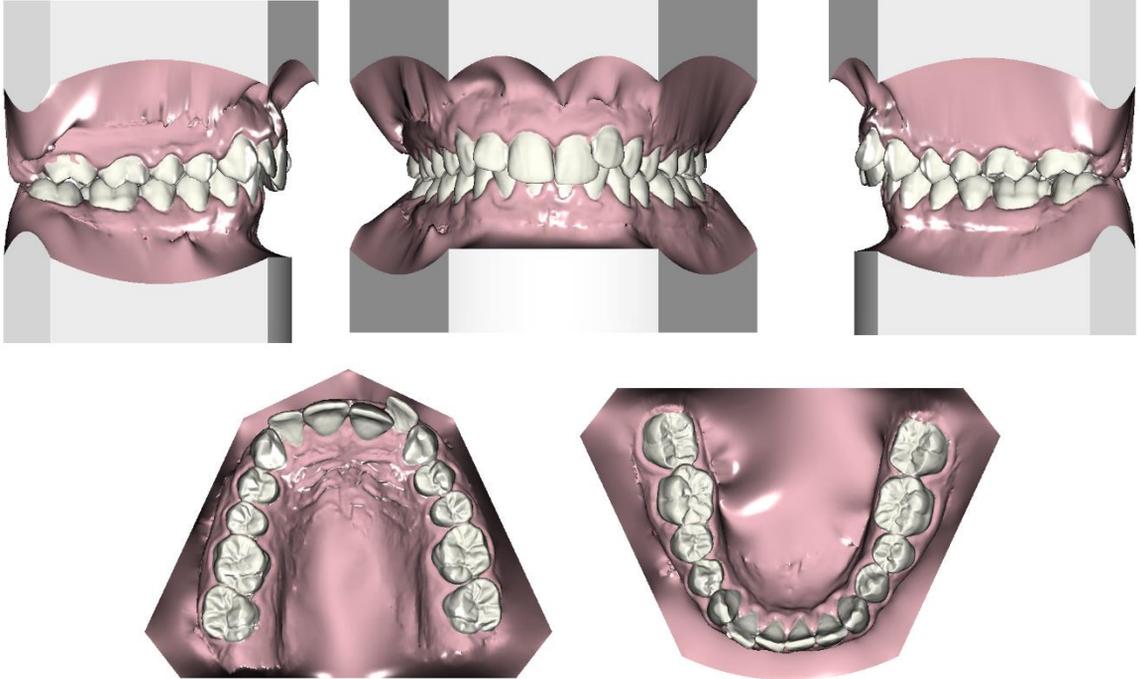


Studio del caso ortodontico

Federica D [redacted]

Età: 22

Malocclusione di II Classe: Analisi Modelli 3D



Affollamento arcata superiore

| | | |
|---------------------------|--------|-----------|
| | Totale | Anteriori |
| Spazio ideale disponibile | 63.8mm | 50.0mm |
| Spazio richiesto | 66.0mm | 51.6mm |
| Affollamento | -2.2mm | -1.6mm |

Affollamento arcata inferiore

| | | |
|---------------------------|--------|-----------|
| | Totale | Anteriori |
| Spazio ideale disponibile | 66.0mm | 39.3mm |
| Spazio richiesto | 70.8mm | 41.1mm |
| Affollamento | -4.8mm | -1.8mm |

Overjet

| | |
|-------------|-------|
| Max overjet | 1.6mm |
| 2.2-3.2 | 0.7mm |
| 2.1-3.1 | 0.9mm |
| 1.1-4.1 | 1.6mm |
| 1.2-4.2 | 1.5mm |

Overjet negativo

| | |
|----------------------|-----|
| Max overjet negativo | n/d |
| 2.2-3.2 | n/d |
| 2.1-3.1 | n/d |
| 1.1-4.1 | n/d |
| 1.2-4.2 | n/d |

Overbite

| | |
|--------------|-------|
| Max overbite | 2.8mm |
| 2.2-3.2 | 2.5mm |
| 2.1-3.1 | 2.7mm |
| 1.1-4.1 | 2.8mm |
| 1.2-4.2 | 2.4mm |

Openbite

| | |
|--------------|-----|
| Max openbite | n/d |
| 2.2-3.2 | n/d |
| 2.1-3.1 | n/d |
| 1.1-4.1 | n/d |
| 1.2-4.2 | n/d |

Relazione molare occlusale

| | | |
|---------|-----------|-------|
| 2.6-3.6 | II Classe | 6.9mm |
| 1.6-4.6 | II Classe | 7.1mm |

Indici di Bolton

| | | |
|---------------------|--------|-----------------------------------|
| Relazione anteriori | 79.59% | Superiori in relativa microdonzia |
| Relazione totale | | Relazione totale n/d |

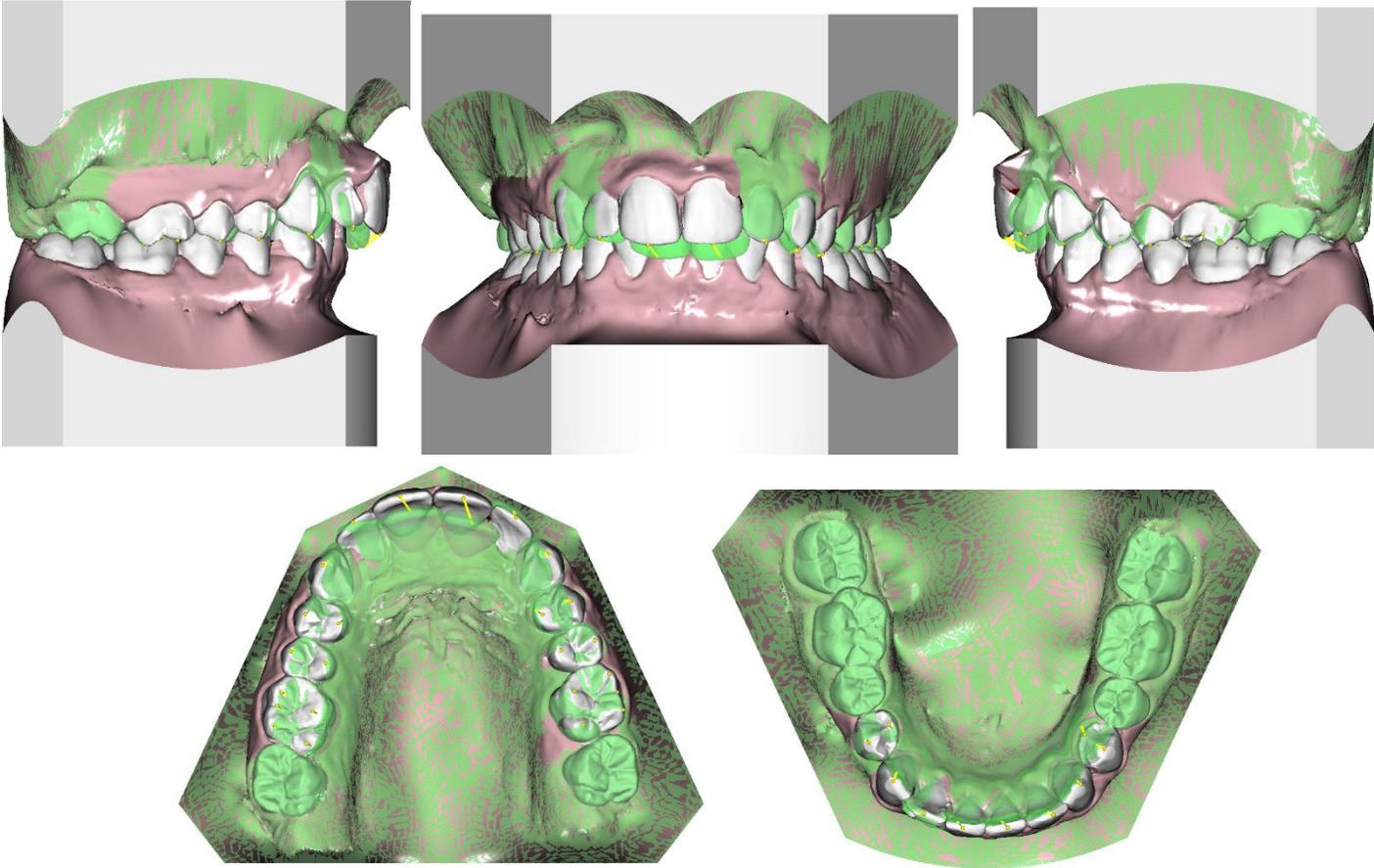


Studio del caso ortodontico

Federica D [REDACTED]

Età: 22

Malocclusione di II Classe: Simulazione PT1 NoEx 3D



Classe 2 Dento-Scheletrica, adulto con affollamento a. superiore

Data la presenza di

- Affollamento severo all'arcata superiore;
- Classe 2 scheletrica da retro-posizione mandibolare
- Inestetismo importante del sorriso

Si consiglia :

Trattamento con Ortodonzia fissa all'arcata superiore

- Dopo estrazione di 14 e 24
- Con l'ausilio di TADs (miniviti di ancoraggio) dare massimo ancoraggio ai molari superiore e distalizzare i frontali con meccaniche fisse e poco visibili (finché possibile linguali)
- Favorire l'eruzione ed il posizionamento dei III molari

Trattamento con Ortodonzia rimovibile (aligner) all'arcata inferiore

- Dopo i primi mesi di allineamenti dell'arcata superiore perfezionare l'allineamento dento-alveolare inferiore e l'intercuspidazione con i denti dell'a. superiore con aligner rimovibili trasparenti

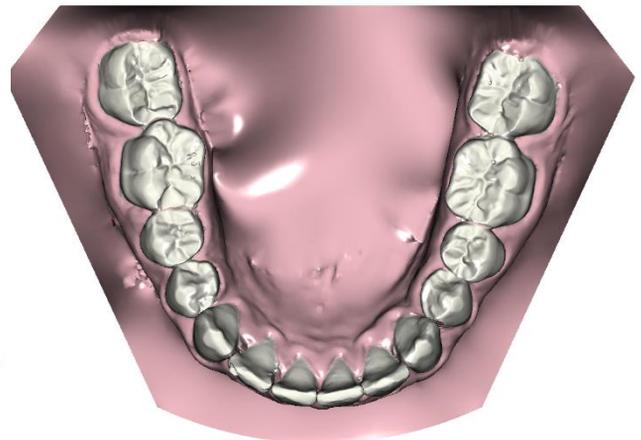
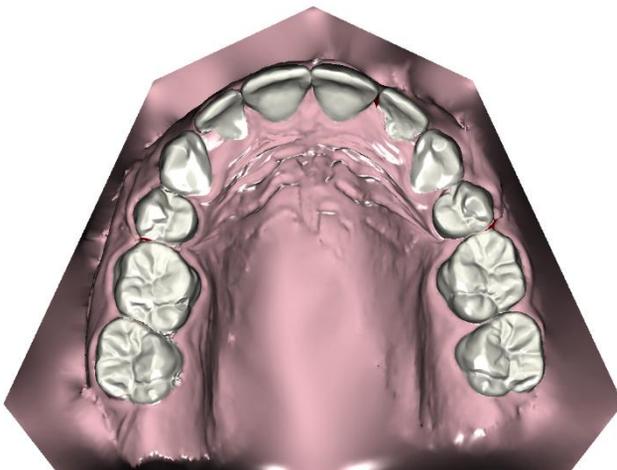
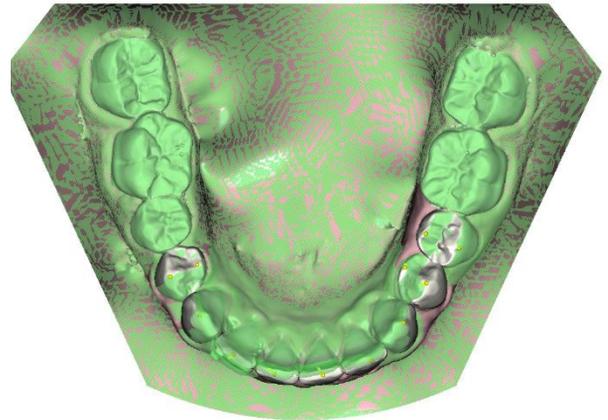
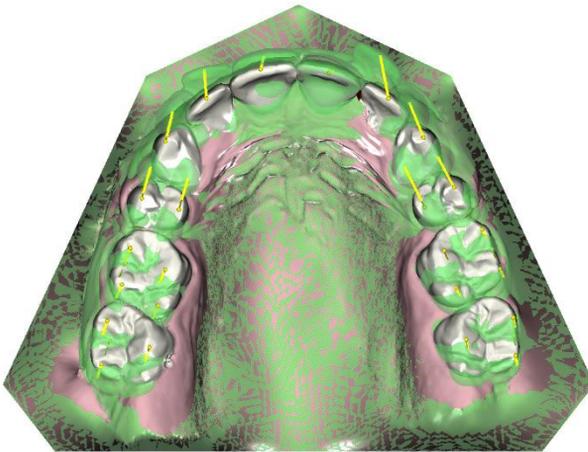
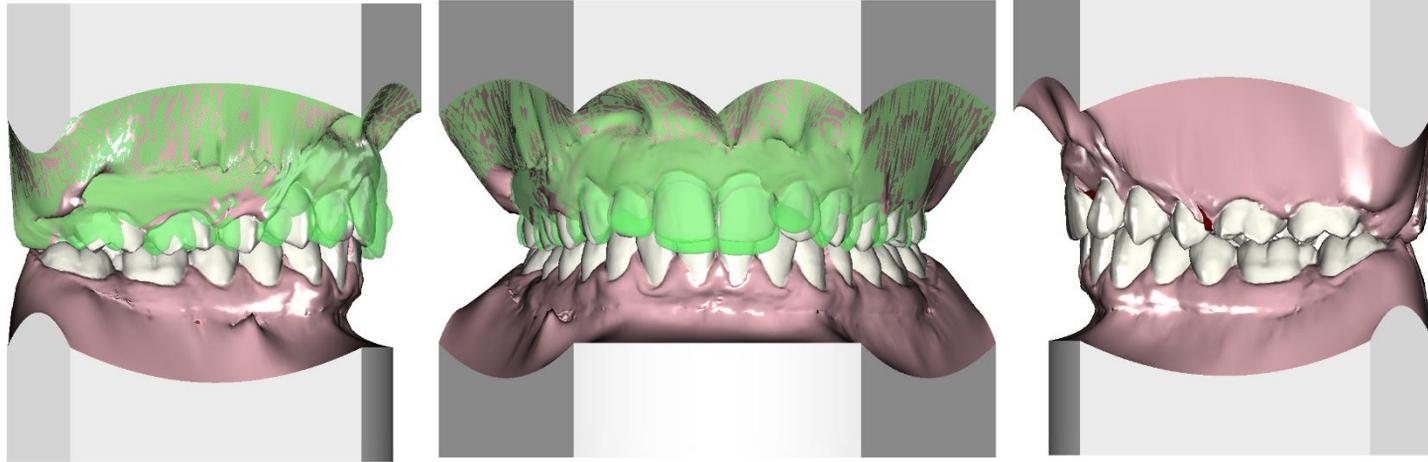


Studio del caso ortodontico

Federica D [REDACTED]

Età: 22

Malocclusione di II Classe: Simulazione PT2 Ext 3D



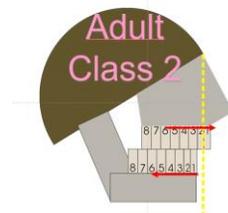


Informazioni indispensabili per un'ALLEANZA TERAPEUTICA Paziente-Medico Spec. In Ortodonzia

Le cure ortodontiche si possono eseguire a qualunque età; l'unica controindicazione è la presenza di infiammazione nei tessuti di sostegno del dente (osso e gengiva) e quindi una scarsa attenzione alla igiene orale. Nell'individuo in crescita, un trattamento ortodontico trova le sue ragioni in un miglioramento della funzione masticatoria, respiratoria, talvolta anche fonatoria, ovvero nella prevenzione delle più comuni malattie della bocca e non solo (ad esempio apnee e russamento da mal posizione mandibolare e/o deficit mascellare). Nell'adulto la motivazione può essere estetica e funzionale (talvolta l'O. viene eseguita per facilitare il posizionamento di una corretta protesi dentale fissa). Durante 1 anno di cure si verificano mediamente 2-3 **urgenze/imprevisti** (distacchi, spostamenti verso i tx molli o rotture di parti dell'apparecchio). Il paziente ed il curante si impegnano a comunicarle e risolverle entro 3-4 giorni. La distanza dal luogo delle cure può, in tal senso, essere un problema.

Paziente ADULTO portatore di:

Malocclusione di II Classe div. 1 con affollamento A. Superiore



Infiammazione delle gengive. Lo spazzolamento sarà più difficoltoso per la presenza di apparecchiature ortodontiche fisse e se non corretto può insorgere infiammazione dei tessuti parodontali che si manifesta con gonfiore, arrossamento e sanguinamento delle gengive. Talvolta l'apparecchiatura fissa può ledere o comprimere la gengiva o e creare lesioni nella parte interna della guancia. I problemi alle gengive non controllati in maniera soddisfacente nel corso del trattamento ortodontico, possono richiedere l'ausilio di terapie specifiche (terapie parodontali) ad opera di un altro specialista, o costringere ad una temporanea sospensione o all'interruzione del trattamento ortodontico prima della fine. Queste complicanze si prevencono con il mantenimento di una corretta igiene orale, evitando di masticare cibi duri e di praticare sport di contatto.

Riassorbimento delle radici. Consiste nella riduzione della lunghezza di alcune radici dentarie. Esso può verificarsi ed essere di entità variabile in corso di trattamento ortodontico; di solito è di importanza clinicamente non significativa e non interferisce con la salute e la durata dei denti. Alcune condizioni patologiche, come traumi dentali, malattie di alcune ghiandole endocrine, assunzione di farmaci che interferiscono con il metabolismo osseo, possono aumentare notevolmente il rischio e l'entità dei riassorbimenti delle radici.

Anchilosi dentaria. L'anchilosi dentaria, cioè la fusione tra osso e radice dentaria, impedisce qualsiasi movimento del dente. Può verificarsi a carico di qualunque dente ma più spesso coinvolge elementi dentari che hanno subito traumi, oppure che sono inclusi (denti che dovrebbero crescere ed erompere spontaneamente, che invece sono ancora dentro l'osso). Quasi sempre la terapia dell'anchilosi consiste nell'estrazione del dente stesso.

Dichiaro di aver compreso quanto sopra spiegato e di impegnarmi durante le cure a seguire queste ed altre indicazioni che mi verranno date sull'uso degli apparecchi che mi saranno applicati.

Cognome: _____ Nome: _____

Data: ____/____/202__

Firma: _____



- COMPLICAZIONI CHE POSSONO VERIFICARSI SUCCESSIVAMENTE AL TRATTAMENTO

Disallineamento. La tendenza al disallineamento dei denti verso la loro posizione di partenza dopo la rimozione dell'apparecchio ortodontico è purtroppo un evento normale. Indipendentemente dal fatto di essere stati sottoposti o meno a terapia ortodontica, i denti possono muoversi in ogni momento della vita a causa delle forze che agiscono su di essi; un accavallamento degli incisivi inferiori si verifica frequentemente, tra i venti e i trentacinque anni anche in soggetti che fino a quel momento avevano presentato un ottimo allineamento dentario. Un progressivo disallineamento può presentarsi anche in soggetti che sono stati sottoposti a trattamento ortodontico, a prescindere dalla presenza di denti del giudizio.

Movimenti indesiderati dei denti possono essere causati anche dal permanere di abitudini viziate (la deglutizione infantile, la respirazione abituale con la bocca, il succhiamento o la morsicatura del labbro o di oggetti vari, il mangiarsi le unghie), dall'estrazione di alcuni denti poi non rimpiazzata in modo consono, o per causa della cosiddetta "piorrea" (malattia parodontale, cioè malattia dei tessuti di sostegno dei denti).

L'unica possibilità per ridurre o evitare lo spostamento dei denti al termine della cura ortodontica consiste nell'uso costante, secondo prescrizione, di apparecchi di contenzione rimovibili e/o fissi (retainer invisibili). Per queste ragioni la fase di contenzione è importante quanto quella della terapia attiva e deve durare spesso molto a lungo; in alcuni casi a vita!

Infine, un cenno ai **problemi di Articolazione** temporo-mandibolare (ATM), cefalea, postura e (mal)occlusione. Per tutto il secolo scorso si è pensato ad una stretta correlazione tra malocclusioni, disturbi di ATM, cefalee, postura e bruxismo. Innumerevoli studi incrociati hanno dimostrato una NON correlazione tra questi disturbi e l'occlusione dentaria, se non in rari e riconoscibili casi. Viene invece ormai individuato un paziente predisposto a tali problematiche. Per indagare in tal senso e prevenire, è utile rispondere alle seguenti domande:

- Ha mai avuto problemi in massima apertura della bocca? NO [] SI []
- Ha dolore nei pressi dell'orecchio o in zone ben localizzate di viso e testa? NO [] SI []
- Ha notato difficoltà ad aprire bene la bocca recentemente o in passato? NO [] SI []
- Ha sofferto di mal di testa più di una volta a settimana recentemente? NO [] SI []
- Ha l'abitudine di stare a denti stretti a lungo o digrigna durante la notte? NO [] SI []
- Mastica spesso e a lungo cibi molto duri o chewing-gum? NO [] SI []
- Ha l'abitudine di rosicchiare unghie, penne o altri oggetti non alimentari? NO [] SI []

Spieghi sotto se ha risposto uno o più sì:

Dichiaro di aver compreso quanto sopra spiegato e di aver risposto fedelmente alle domande sopra formulate.

Cognome: _____ Nome: _____

Data: ____/____/202__

Firma: _____