

Caso Clinico 4

Paziente di 17 anni affetta da cefalea temporo-parietale di elevata intensità a frequenza quasi giornaliera, algie a livello vertebrale cervico-dorsale ed alle articolazioni di ginocchio, caviglia e mano più accentuate sul lato destro, instabilità di equilibrio. La paziente lamenta inoltre problemi a masticare, a sbadigliare, sente rumori e accusa dolori alle ATM bilateralmente, avverte di avere un'occlusione instabile, serra e digrigna i denti. Riferisce di essere da 3 anni in trattamento ortodontico fisso iniziato con un'espansione palatale rapida con disgiuntore. In effetti arriva alla mia osservazione con l'arcata superiore bandata e con uno splintaggio fisso inferiore.

La palpazione rileva scrosci articolari bilaterali e una spiccata dolorabilità di tutta la muscolatura masticatoria, suboccipitale e paravertebrale più accentuata nell'emisoma destro.



Dolicocefalia e profilo convesso da marcata

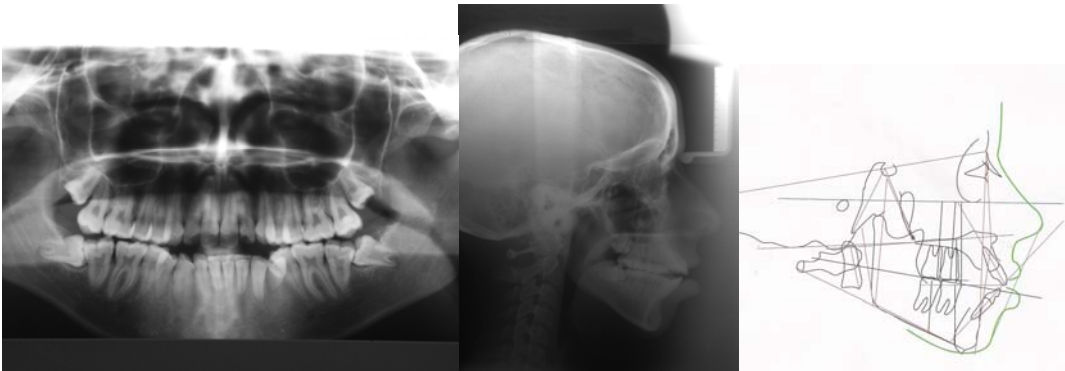
retromandibolia. Muscolatura periorale ipertonica

Esame intraorale. Morso aperto esteso fino ai molari che sono in rapporto di 1a classe a destra e neutroclusione a sinistra. Affollamento e marcata protrusione del gruppo incisivo superiore ed inferiore. Lingua in postura bassa e frenulo linguale corto. Usura cuspidale dei molari da bruxismo e da "fresa"!



Rx-OPT. Disodontiasi degli ottavi. Riassorbimento radicolare degli incisivi inferiori

TeleRX e cefalometria. Classe II scheletrica (ANB +5°) e protrusione superiore, altezza facciale in eccesso anteriore, flessione della base (N-S-Ba 126°), crescita mandibolare in post-rotazione che porta all'iperdivergenza basale. PO spezzato e ripido posteriormente. Estensione cervicale alta ed inversione della curva inferiore



Esame posturale. Postura molto “rigida” con occipite decentrato verso sinistra rispetto al sacro. L’esame di profilo evidenzia la difficoltà della paziente di mantenere lo sguardo all’orizzonte.



Piede cavo asimmetrico

Obbiettivi del trattamento

- estrazione degli ottavi inferiori in disodontiasi e dei settimi superiori
- espansione ortodontica dell’arcata superiore e allineamento. Segue Tecnica MEAW per:
- correzione del pivot in regione premolare e formazione di una corretta curva di Spee inferiore
- aumentare la dimensione verticale posteriore
- stabilizzare l’occlusione
- eventuale frenulectomia e riabilitazione linguale



Le figure illustrano alcune fasi del trattamento ed il risultato finale. Si attende l’ulteriore eruzione dei terzi molari superiori per perfezionare i contatti posteriori. La funzionalità delle ATM è buona e la paziente riferisce un netto miglioramento sintomatologico soggettivo.