

# Malocclusione dentaria di seconda classe, terapia precoce con Lip Bumper supero inferiore



■ del  
Dott. Fernando  
D'Emidio  
Odontoiatra  
Specialista in  
Ortognatodonzia

**L**a malocclusione dentaria di seconda classe è caratterizzata da una posizione arretrata della mandibola rispetto al mascellare superiore. Questo comporta a livello occlusale una alterazione dei normali rapporti di contatto tra i denti dell'arcata superiore e quelli dell'arcata inferiore. Da un punto di vista estetico abbiamo un peggioramento del profilo, in quanto anche il mento si presenta arretrato e quindi sfuggente, con un solco labiale profondo e una protrusione dei denti frontali superiori. Questa posizione arretrata della mandibola è in genere dovuta a un atteggiamento posturale funzionale, in quanto la mandibola, che rappresenta la parte mobile dell'apparato stomatognatico, può essere avanzata dall'attività dei muscoli masticatori. Ricordiamo poi che il soggetto con una malocclusione di seconda classe dentaria presenta generalmente un tipico assetto posturale corporeo, con aumento della lordosi cervicale, dorso curvo, bacino ruotato in avanti e piede cavo. Se quindi si corregge precocemente la posizione arretrata della mandibola, si ottiene un generale miglioramento del quadro posturale globale e dell'estetica del viso (Foto 1).

La domanda che ne consegue è però la seguente: come stabilire qual è l'età giusta per iniziare la terapia ortodontica "precoce"

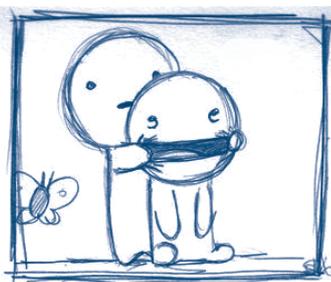
in caso di malocclusione di seconda classe?

Nel libro *Apparecchi in ortognatodonzia funzionale*<sup>(1)</sup>, di Isaacson K.G., Reed R.T. e Stephens C.D., gli autori affermano che il periodo di terapia dovrebbe coincidere con il picco di crescita staturale, che per i maschi va dai 12 ai 16 anni, mentre per le femmine dai 10 ai 14, e che iniziare precocemente la terapia non è vantaggioso ma solo per la "scarsa collaborazione del paziente". Altre scuole di pensiero, tra cui la S.I.D.O. (Società italiana di ortognatodonzia), nei loro programmi scientifico culturali hanno più volte ribadito che 8 anni è l'età raccomandata per la prima visita ortodontica, in quanto molte cause di malocclusione, come contrazione mascellare, deglutizione atipica, interferenza del labbro e carenza di spazio in arcata, possono essere validamente contrastate con un programma di intercettazione della malocclusione stessa sin da quell'età.

Personalmente ritengo che la prima visita debba essere fatta in età prescolare. Ho pubblicato il caso di una laterodeviante funzionale della mandibola trattata in un bambino di 2 anni e mezzo e ritengo che tenere in osservazione periodicamente il soggetto in crescita è l'unico modo per stabilire con certezza quando iniziare una terapia.

La valutazione del "timing" di inizio, in ortodonzia, è altresì fondamentale affinché il soggetto rimanga in terapia attiva il minor tempo possibile, così da alleviarne i disagi e anche l'inevitabile dispendio economico.

L'obiettivo di ridurre i tempi di trattamento viene raggiunto anche frazionando il trattamento stesso, ad esempio facendo un trattamento di intercettiva di breve durata in dentizione mista, per poi rimandare la rifinitura del caso una volta completata la dentizione permanente. Purtroppo alcune malocclusioni, tra cui la seconda classe scheletrica e dentale, impongono tempi di terapia notevolmente prolungati, perciò risulta vantaggioso un inizio precoce. In questi casi l'obiettivo è quello di ricercare apparecchiature minimamente invasive, semplici da usare e a basso costo. Il "lip bumper" supero-inferiore (Foto



## Lip-Bumper supero-inferiore

2



3

### Principio di azione



2) può essere impiegato con successo nella terapia precoce della malocclusione di seconda classe.

I vantaggi dell'utilizzo di questo dispositivo terapeutico sono molti. E' un apparecchio che viene inserito e rimosso dal bambino stesso ed è di semplice realizzazione. E' confortevole (non ingombra nel palato e quindi non interferisce col movimento della lingua), a basso costo (non necessita di laboratorio), e può essere usato, se necessario, in associazione con i principali dispositivi ortodontici (disgiuntore rapido, placche di Schwarz, trazione extraorale, barra linguale, griglia linguale, arco segmentato, mantenitori di spazio ecc.).

Il lip bumper supero inferiore, dall'inglese "respingi labbro", rappresenta una variazione del lip bumper classico, cioè quel dispositivo costituito da uno scudo di resina montato su di un arco metallico che viene ancorato ai denti molari dell'arcata inferiore, e ha prevalentemente la funzione di eliminare l'interferenza del labbro. L'innovazione consiste nell'ancorarlo, invece che a quelli inferiori, ai denti molari dell'arcata superiore. Questo banalissimo cambio di ancoraggio lo trasforma radicalmente in un vero e proprio apparecchio funzionale a tutti gli effetti.

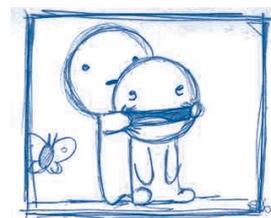
Il principio di azione del lip bumper supero inferiore (Foto 3) è quello di stimolare la muscolatura masticatoria in modo da far avanzare la mandibola. Questa stimolazione è conseguente allo stiramento del labbro inferiore indotto dagli scudi in resina, mentre la forza di reazione esercitata dalla muscolatura labiale produce una spinta di arretramento al mascellare superiore. La posizione mandibolare avanzata induce, inoltre, un aumento di crescita a livello condilare, che ne stabilizza la posizione. Nelle foto 4, 5 e 6, si può notare il miglioramento dei rapporti occlusali e del profilo, dopo terapia ortodontica con lip bumper supero inferiore. ■



4



5



6