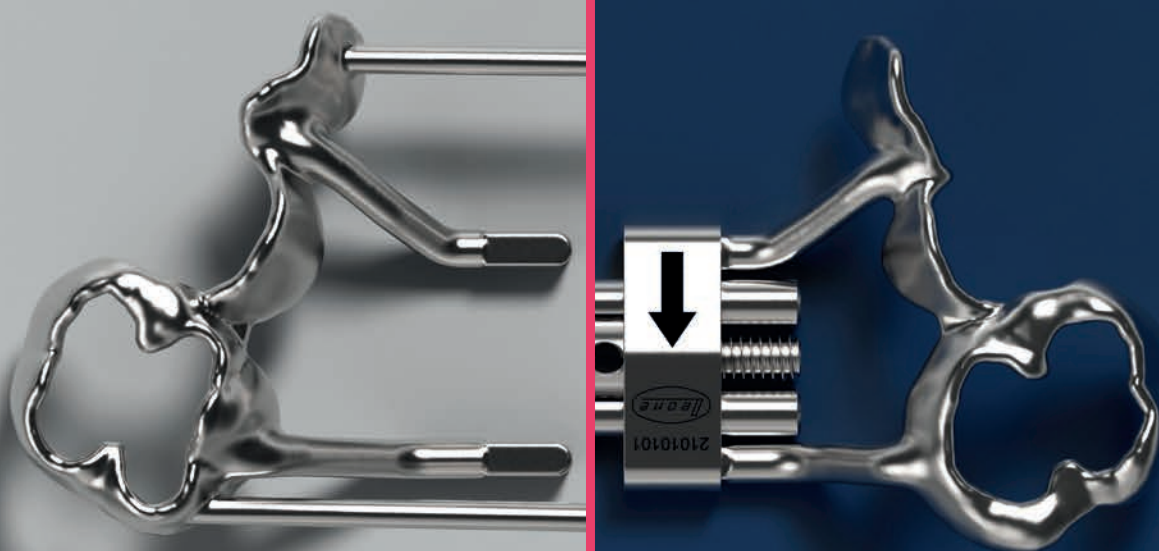


Bollettino di informazioni Leone

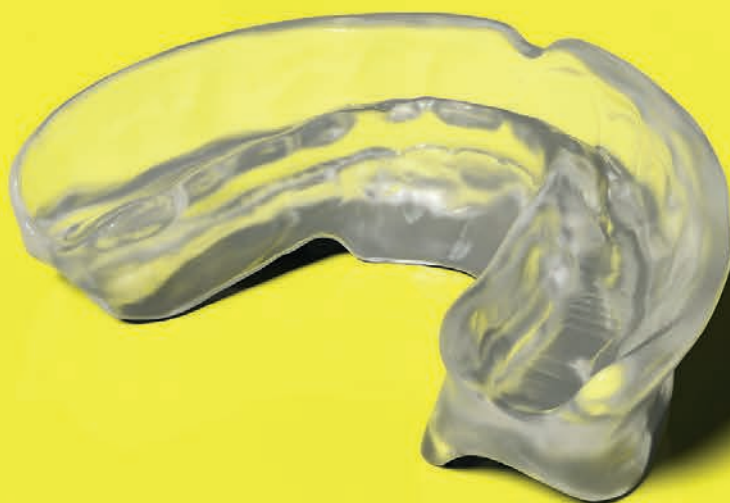


× Sintex

Digital Ready Expansion



Per gentile concessione dei Dottori
F. Giombi e A. Caburlotto



IL PRIMO ELASTOMERO CUSTOMIZZATO IN DIGITALE

REALIZZATO SU MISURA PER OGNI PAZIENTE DA
DIGITAL SERVICE LEONE, PERMETTE NON SOLO DI
ELIMINARE LE PIÙ COMUNI ABITUDINI VIZIATE, MA
DI ESEGUIRE ANCHE UNA VERA E PROPRIA AZIONE
ORTOPEDICA E ORTODONTICA.

SCOPRI DI PIÙ SU
WWW.DSLEONE.IT

SEGUICI SU



6 Invisibile, trasparente, estetico, cosmetico, mimetico...

Dott. A. Fortini

14 Eventi Essenza

17 Espansore rapido palatale: da analogico a digitale. La nostra esperienza

Dott. F. Giuntoli, Dott. A. Caburlotto

25 Eventi ISO

26 Nuovi prodotti Leone

28 Io & il 3DLeone Designer

Odt. S. Negrini

38 La contenzione: come, quando e perché

Dott. L. Compagnucci, Dott.ssa M. E. Grecolini,
Dott.ssa C. Nocco, Dott. A. Fortini

47 Perché Alleo - Pompei

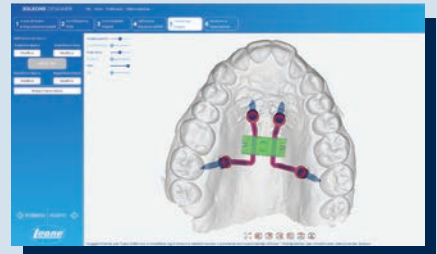
6



17



28



38



S O M M A R I O

Tutti gli articoli pubblicati sul Bollettino di Informazioni Leone sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli deve essere autorizzata per iscritto dall'editore.



Ortodonzia e Implantologia

LEONE S.p.A. - Via P. a Quaracchi, 50
50019 Sesto Fiorentino (FI) ITALIA
055.30441 info@leone.it www.leone.it

Gli articoli esprimono le opinioni degli autori e non impegnano la responsabilità legale della società Leone. Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione in tutto o in parte con qualunque mezzo. La società Leone non si assume alcuna responsabilità circa l'impiego dei prodotti descritti in questa pubblicazione, i quali essendo destinati ad esclusivo uso ortodontico e implantologico, devono essere utilizzati unicamente da personale specializzato e legalmente abilitato che rimarrà unico responsabile della costruzione e della applicazione degli apparecchi ortodontici e delle protesi realizzati in tutto o in parte con i suddetti prodotti. Tutti i prodotti Leone sono progettati e costruiti per essere utilizzati una sola volta; dopo essere stati tolti dalla bocca del paziente, devono essere smaltiti nella maniera più idonea e secondo le leggi vigenti. La società Leone non si assume alcuna responsabilità circa possibili danni, lesioni o altro causati dalla riutilizzazione dei suoi prodotti. Questa pubblicazione è inviata a seguito di vostra richiesta. Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 è vostro diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o dell'aggiornamento dei dati in nostro possesso.

Spedizione gratuita

Progetto e realizzazione: Reparto Grafica Leone S.p.a
Stampa: ABC TIPOGRAFIA s.r.l. Calenzano, Firenze

IT-07-21/108*



41°

INCONTRO
CULTURALE

LEOCLUB
leone

PRIMA È MEGLIO?

FIRENZE
13 MAGGIO 2022

QUANDO L'ODONTOIATRA PEDIATRICO INCONTRA L'ORTODONTISTA

PROF.SSA MARIA RITA GIUCA

Professore Ordinario
Direttore della Scuola di Specializzazione in
Odontoiatria Pediatrica Università degli Studi di Pisa

DOTT.SSA ELISABETTA CARLI

Specialista in Ortognatodonzia e Odontoiatria Pediatrica

LEAF EXPANDER® ED ELASTOMERO: ESPANSIONE MASCELLARE E TERAPIA FUNZIONALE INTEGRATE IN ETÀ EVOLUTIVA

DOTT.SSA VALENTINA LANTERI

Specialista in Ortognatodonzia e Odontoiatria Pediatrica
PhD e Ricercatore Università degli Studi di Milano

DOTT.SSA ENRICA TESSORE

Specialista in Ortognatodonzia

IL RUOLO DELL'ORTODONTISTA NELL'OSA DEL BAMBINO

DOTT.SSA FRANCESCA MILANO

Specialista in Ortognatodonzia
Presidente European Academy of Dental Sleep Medicine

LA TERAPIA ORTOPEDICA DELLE CLASSI III

PROF.SSA PAOLA COZZA

Professore Ordinario
Direttore della Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"



Centro Formazione



EVENTO GRATUITO
con obbligo di iscrizione

Le iscrizioni saranno accettate in ordine di arrivo

PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI

Segreteria ISO

tel. 055.304458 fax 055.304455
iso@leone.it www.leone.it

SEDE DEI LAVORI

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

Via Ponte a Quaracchi 48
50019 Sesto Fiorentino (FI)

Sono passati 10 anni dalla tragica scomparsa del Dott. Tiziano Baccetti. Volevo scrivere qualcosa per ricordarlo, quando ho riletto quanto scritto da mio padre appena saputa la notizia nel novembre 2011. Credo che non possa esserci modo migliore per ricordare questa triste ricorrenza, se non con le parole traboccanti di dolore scritte in quel momento per una perdita che ha lasciato attonito tutto il mondo ortodontico.

Elena Pozzi

Firenze 27 novembre 2011

La notizia mi è giunta ieri mattina con una telefonata.

Un'esplosione nella mia testa.

Una notizia incredibile che mi ha lasciato ammutolito per tutto il giorno e reso questa notte insonne.

Il Dottor Tiziano Baccetti è deceduto!

È assolutamente incredibile.

Cerco conferma fra gli amici, i parenti, i miei collaboratori, oggi il quotidiano La Nazione conferma.

Un incidente, un tragico incidente che ha dell'assurdo. Un salto per conquistarsi una bella posizione per una foto in allegria, poi il vuoto, la caduta e poi più nulla. Siamo rimasti ancora una volta attoniti e soli.

I ricordi si confondono in testa, si ripercorre un lungo tratto di vita di lavoro, di speranze, di entusiasmi.

Il ricordo più vivo sul momento è quando 14 anni fa andammo a Praga con Tiziano, Lorenzo Franchi, la Prof.ssa Tollaro, e Gabriele Scommegna. Avevamo organizzato un corso di aggiornamento presso l'Università di Praga. Una delle prime uscite di Tiziano e Lorenzo. Da qui iniziò la loro carriera di ambasciatori dell'Ortodonzia Italiana.

Poi il film dei ricordi si srotola sempre più lungo e ricco di episodi e di successi.

Per Tiziano fu la Francia, la Spagna, la Germania, la Polonia, l'Olanda, gli Stati Uniti d'America, il Sud America, l'Australia. Seguirono i successi, i riconoscimenti da parte di tutte le Università del mondo.

L'incontro con McNamara fu determinante per il successo internazionale.

Ricordo le lezioni di McNamara a Firenze alle quali Tiziano contribuì determinandone il successo.

Ancora i ricordi si fanno più pressanti e dolorosi. Ho sempre dato del "lei" al Dott. Baccetti anche se per me era un ragazzo, ma io, molto più anziano, riconoscevo in lui una valenza culturale e umana che desideravo sottolineare. Nonostante questo, sono certo che eravamo grandi amici e c'era fra noi qualcosa che superava di lungo i normali rapporti sia di amicizia che di collaborazione. Io lo stimavo e lo ammiravo per la sua bravura, la sua forza di insegnante, la sua intelligenza.

Dopo i tanti ricordi, devo adesso affrontare il dispiacere, la tristezza, la constatazione che il Dott. Baccetti non è più con noi. A questo punto è troppo presto per aggiungere parole. Quando stamani ho deciso di mettere giù due righe per fermare sulla carta i pochi flash che mi assalgono, mi sono detto che non sapevo più scrivere una parola, che mi arrendevo alla realtà, che la tragedia mi aveva annullato.

Poi un'amica mi ha detto: parlane con il cuore.

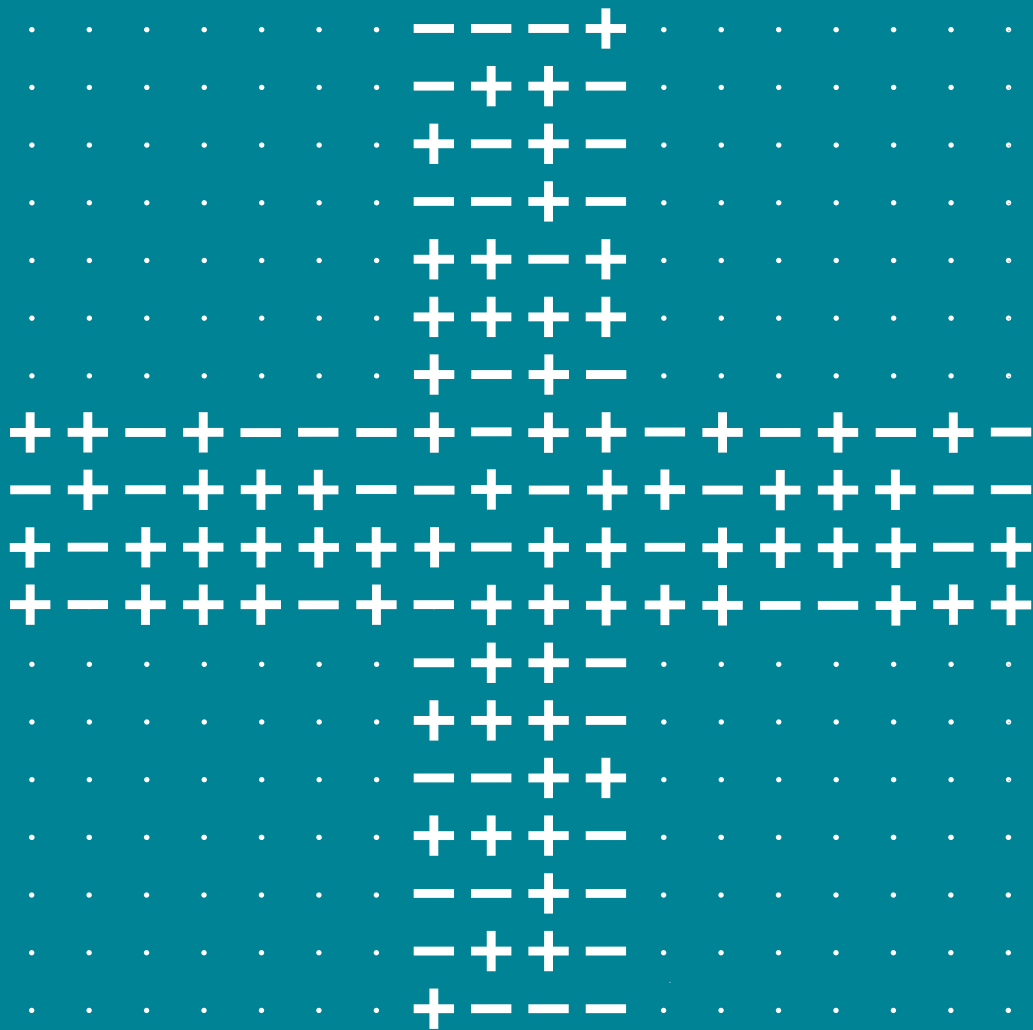
Purtroppo il mio cuore in questo momento è spezzato, trafitto, maledico il fato, il destino.

Il tempo attenua qualsiasi dolore e forse solo allora potrò scrivere senza questo rancore che mi stringe il cuore e sicuramente scriverò di lui e dei bellissimi anni durante i quali abbiamo collaborato insieme.

Ciao Dottor Baccetti, ciao Tiziano.

Alessandro Pozzi





+ SPAZIO - STRIPPING

**LA SOLUZIONE IBRIDA
MOLTO + DI UN ALLINEATORE**



ALLEO⁺ HYBRID MODE

Cosa è ALLEO+?

È un dispositivo ibrido rimovibile composto da un **HYBRID MODE EXPANDER** appositamente disegnato e brevettato da Leone, unito a docce occlusali elastiche e trasparenti.

Grazie all'azione delle balestre in nichel-titanio superelastico, **ALLEO+** esercita una pressione costante sui quadranti posteriori che stimola un ampliamento controllato del mascellare con un conseguente guadagno di spazio in arcata.

Il meccanismo interno di **ALLEO+** è appositamente progettato per favorire una facile rimozione-applicazione del dispositivo da parte del paziente.

Perché utilizzare ALLEO+?

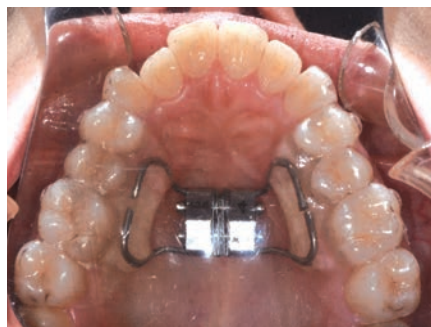
Per ottenere efficacemente più spazio in arcata con un pre trattamento estetico.

Perché consente di ridurre o eliminare completamente la necessità di fare stripping.

Per ridurre il numero di mascherine da utilizzare nella successiva terapia.

Per verificare l'attitudine del paziente a una terapia con dispositivi rimovibili.

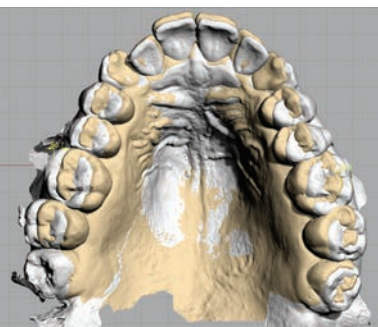
Per gentile concessione del Dott. A. Fortini



GENNAIO 2021



APRILE 2021



DIGITAL SERVICE LEONE

Società del Gruppo



Digital Service Leone S.r.l.

Via Pratese 160/B
50145 - Firenze
+39 055 019901
info@dsleone.it
www.dsleone.it

Seguici su



ALLEO+ è un Dispositivo medico su misura realizzato esclusivamente da Digital Service Leone.

ALLEO+ è un brand della gamma di allineatori **ALLEO**.

Scopri di più su www.dsleone.it

Invisibile, trasparente, estetico, cosmetico, mimetico...

Dott. Arturo Fortini

Specialista in ortodonzia, Prof. a.c. Università degli Studi di Cagliari

Libero professionista a Firenze

Uno degli argomenti più popolari di questi ultimi anni in Ortodonzia riguarda le terapie con allineatori trasparenti. In generale questo tipo di trattamento viene descritto come sistema “con mascherine invisibili” e proprio su questo punto, che non è soltanto di lessico, ma è sostanziale, vorremmo fare alcune riflessioni.

È chiaro a tutti come la caratteristica principale che è stata resa identificativa di queste metodiche è l'invisibilità. La conseguente pressione del marketing su questo tema, anche diretta all'utilizzatore finale, ha convinto molti pazienti adulti ad avvicinarsi all'Ortodonzia, che fino a pochi anni fa veniva rifiutata proprio perché visibile.

Tutti noi abbiamo visto nei nostri studi un incremento notevole di pazienti adulti e di maggiore richiesta di estetica dei mezzi di trattamento e non più soltanto la richiesta di una estetica finale del risultato.

Quindi oggi sempre di più estetica dei mezzi e dei risultati vanno di pari passo e questa richiesta del paziente è assolutamente da considerare per assicurarci il nostro presente e futuro professionale.

Va detto che non sempre possiamo garantire che al risultato estetico finale corrisponda una terapia fatta utilizzando solo mezzi completamente estetici. E questo per 2 motivi fondamentali:

- il primo, abbastanza ovvio, è quello per cui non tutti i problemi del paziente, soprattutto adulto, possono essere trattati evitando l'utilizzo di ortodonzia fissa. Ma questo argomento necessita di una disamina molto più profonda e articolata;
- il secondo invece è fondante per la nostra discussione: tutti noi sappiamo quanto sia necessario spiegare molto bene al paziente che, anche nel caso vengano utilizzati gli allineatori, *questi sono trasparenti ma non invisibili*. Non possono essere invisibili perché in parte, seppur trasparenti, si vedono, per non parlare di tutti gli eventuali attachments presenti sui denti per poter compiere i movimenti richiesti dalla terapia (Figg. 1a-e).

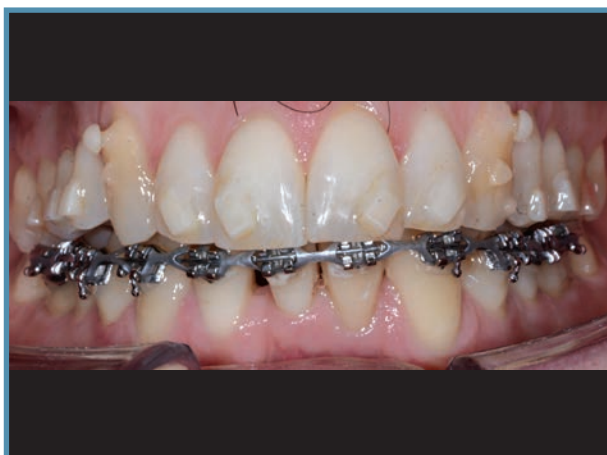


Fig. 1a



Fig. 1b



Fig. 1c



Fig. 1d



Fig. 1e

Ci sembra quindi assolutamente corretto, nel momento in cui un paziente si avvicina al trattamento ortodontico con motivazioni soprattutto estetiche, e chiede un'estetica anche dei mezzi terapeutici, ascoltarlo molto attentamente per comprendere le sue necessità, ma soprattutto la sua motivazione ad affrontare un trattamento con dei mezzi certamente cosmetici, ma in realtà non completamente invisibili.

È quindi evidente che la valutazione della tipologia del paziente, specialmente se adulto richiedente un trattamento estetico, risulta determinante in quanto le sue aspettative sulla "visibilità" delle apparecchiature che utilizzeremo diventeranno fondamentali per la scelta del percorso terapeutico che dovremo intraprendere.

Questo vuol dire in sostanza che, una volta effettuata la diagnosi e la pianificazione dei movimenti dentali per ottenere il risultato finale, è assolutamente obbligatorio spiegare con molta attenzione e assicurarci che il paziente abbia compreso con certezza la differenza che c'è dal punto di vista estetico tra i vari mezzi terapeutici che possiamo proporre, e anche l'importante differenza di *esigenza di collaborazione* che gli viene richiesta a seconda del dispositivo, della conseguente *durata* del trattamento, della eventuale *necessità di utilizzare accessori*, e soprattutto *dell'eventuale discomfort* legato alle apparecchiature.

È proprio questo "ascolto attivo" del paziente adulto che ci ha portato a registrare che spesso, di fronte alle varie opzioni di trattamento estetico, tra cui ovviamente gli allineatori, il paziente consapevolmente opta per mezzi quali i sistemi biomeccanici con brackets estetici, oppure tecniche linguali semplificate.

O ancora in maniera più pragmatica, possiamo offrire dei trattamenti "ibridi" con l'utilizzo efficiente e sequenziale di metodiche differenti.

Praticamente, sulla base della diagnosi, siamo soliti fare una valutazione insieme al paziente, al quale vengono mostrate le varie opzioni di trattamento mediante immagini e/o filmati delle varie tecniche possibili, in modo da prendere una decisione che sia quella più gradita al paziente stesso. In questa fase vengono indicate quelle che sono possibilità e vantaggi ma anche le eventuali complicazioni o controindicazioni di ogni metodica.

Se quindi l'estetica dei risultati deve andare di pari passo con l'estetica dei mezzi, quali sono i mezzi che oggi noi possiamo proporre ai nostri pazienti, soprattutto adulti, che cercano una migliorata estetica del sorriso?

Al primo posto ovviamente si posizionano gli allineatori trasparenti, spesso proprio il motivo per cui il paziente si reca in studio, ma abbiamo la possibilità di proporre terapia fissa con brackets ceramici e/o un sistema linguale "light" tra l'altro l'unico realmente invisibile.

Un esempio di quanto detto si può osservare nella Figura 2 che riassume in un'unica immagine le tre possibilità di trattamento di cui stiamo parlando.



Fig. 2

Nell'immagine in alto, relativa ad un caso con allineatori, si possono osservare gli attachments sull'arcata superiore e una delle mascherine delle fasi di trattamento

Nella foto centrale, un bandaggio con brackets estetici ed il sorriso una volta inserito l'arco.

In basso, invece, il sorriso della giovane paziente che non rivela il trattamento in corso, in quanto vengono utilizzati in arcata superiore allineatori senza attachments, mentre in arcata inferiore il sistema linguale Idea-L.

Questa immagine è per noi molto importante, perché riassume i concetti di quella che è la filosofia di trattamento "Essenza", che prevede l'utilizzo di sistemi che siano il più possibile efficaci/efficienti, ma secondo quelle che sono le aspettative del paziente.

Non vogliamo che gli allineatori siano la nostra unica possibilità di trattamento estetico nel paziente adulto, ma vogliamo poter offrire la possibilità di una scelta consapevole e informata, tra varie ed efficaci proposte terapeutiche.

Vogliamo che il paziente sia al corrente del fatto che è possibile ridurre i tempi di trattamento scegliendo certi tipi di apparecchiature, che è possibile ridurre la collaborazione che gli viene richiesta, che è possibile ridurre anche il numero degli accessori che devono essere utilizzati.

Quindi il paziente adulto (ed oggi sempre più anche i teen) ci richiede un trattamento estetico a cui noi Ortodontisti rispondiamo con le proposte illustrate sopra, che risultano essere Efficaci-Efficienti-Ergonomiche-Economiche-Etiche (Fig. 3). Quello che dovrebbe essere il principio inderogabile della nostra professione futura è quello di mantenere assolutamente il controllo e quindi non diventare dei "venditori" di apparecchi per conto terzi, ma continuare a essere i protagonisti della terapia dei nostri pazienti, a partire dalla fase diagnostica, attraverso la scelta dei mezzi più idonei per raggiungere il risultato. Su questo tema vi invito a leggere questo lucido post del Prof. Kevin O'Brien sul tentativo in atto di farci lentamente perdere il controllo della nostra professione (Fig. 4).

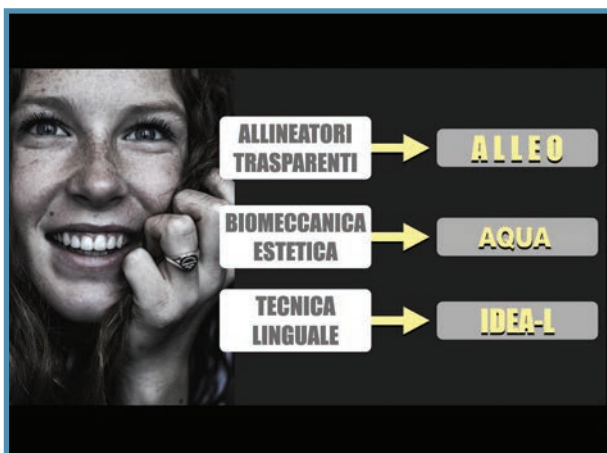


Fig. 3

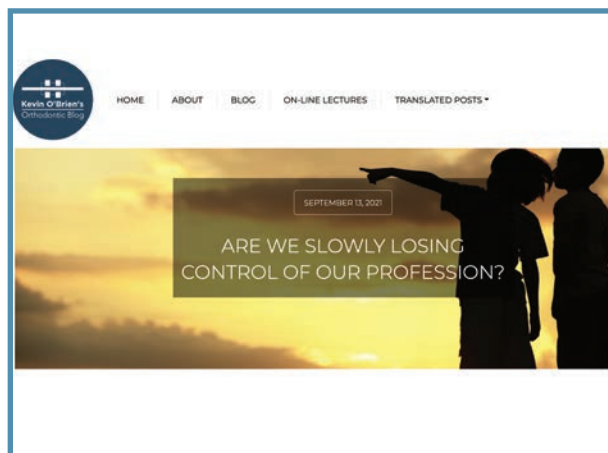


Fig. 4

Sottolineo nuovamente l'importanza del colloquio e della spiegazione del piano di trattamento, dove verranno mostrati al paziente i mezzi che possiamo utilizzare e i pro e i contro di ognuno: allineatori trasparenti, biomeccanica con brackets estetici e tecniche linguali semplificate.

1- **Allineatori trasparenti:** il paziente in generale è già a conoscenza di cosa sono le mascherine trasparenti, ma quello che va discusso con attenzione sono le reali risultanze estetiche, mettendo bene in evidenza la eventuale necessità dell'uso di attachments e quindi mostrare al paziente la differenza fondamentale che esiste tra un'arcata con mascherina trasparente (Fig. 5a) e una con la presenza di attachments e/o di ulteriori sistemi accessori (Fig. 5b-d)

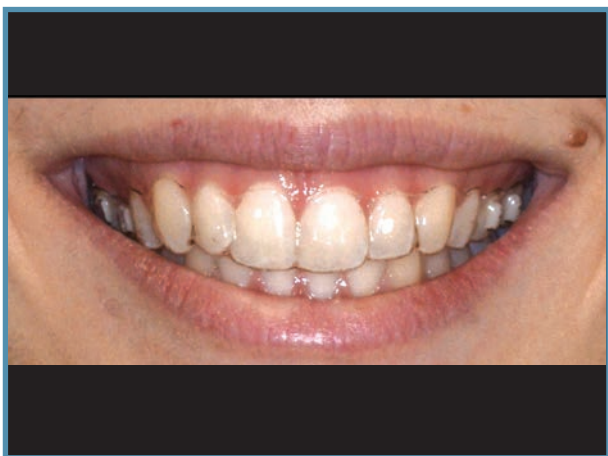


Fig. 5a

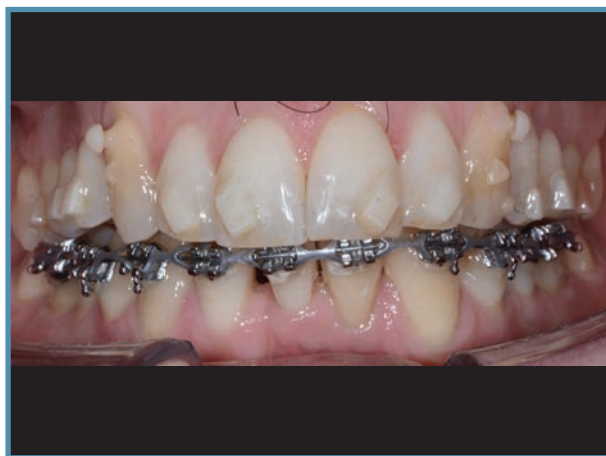


Fig. 5b



Fig. 5c



Fig. 5d

Sulla presenza o meno di attachments va posta particolare attenzione in modo che il paziente sia effettivamente bene edotto del fatto che possono risultare non proprio invisibili, oltre al fatto che potrebbero necessitare di essere rifatti nel caso si fratturino, ed anche che richiedono un'attenta igiene in quanto possono accumulare placca e risultare ancor più visibili specialmente se il paziente fuma (Figg. 6a-b).



Fig. 6a

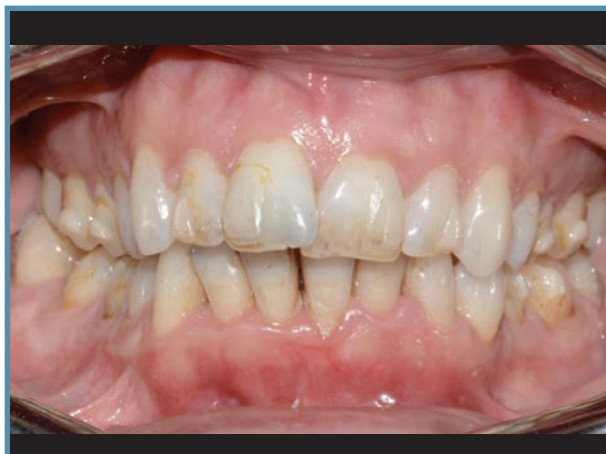


Fig. 6b

Gli allineatori sono rimovibili, e questo è senz'altro un aspetto positivo in quanto favorisce il mantenimento di una buona igiene, ma allo stesso tempo questa caratteristica può diventare un aspetto negativo nel caso il paziente non collabori. Va quindi stressato molto il concetto della assoluta necessità di collaborazione, tipicamente con l'invito di indossare la mascherina per un minimo di 20 ore al giorno.

2- **I brackets estetici:** se guardiamo un'arcata appena bandata con brackets in ceramica siamo veramente colpiti positivamente dall'estetica del sistema (Fig. 7a-b). Ovviamente il punto debole resta sempre il filo che rimane sempre parzialmente visibile (Fig. 7c-d).



Fig. 7a



Fig. 7b



Fig. 7c



Fig. 7d

Ma è altrettanto ovvio che i brackets in ceramica risultano insuperabili come efficienza biomeccanica per ottenere movimenti estremamente complessi, spesso quasi impossibili da ottenere in maniera “ragionevole” con gli allineatori.

Nelle Figure 8a-d viene evidenziata abbastanza chiaramente la nostra idea “ibrida” dei trattamenti: la giovane paziente ha alte richieste estetiche, ma allo stesso tempo ha la necessità di ridurre, per quanto possibile, il tempo di trattamento in quanto dopo pochi mesi dall'inizio si dovrà trasferire all'estero per lavoro. Dobbiamo cercare quindi di mantenere il massimo controllo del trattamento: l'idea, condivisa con la paziente, è stata quella di ottenere i movimenti più complessi rapidamente, attraverso l'utilizzo di brackets in ceramica, in unione con le legature Slide a bassa frizione che, oltre a favorire la biomeccanica, rendono ulteriormente estetico l'apparecchio. Questa scelta ci ha permesso in pochissimo tempo di ottenere i movimenti di livellamento dell'arcata superiore (notoriamente i più difficili da ottenere con i sistemi ad allineatori) a carico degli incisivi laterali in modo predicibile e sicuro. Il progetto iniziale di trattamento, che comprendeva circa 30 allineatori, dopo neanche quattro mesi è cambiato e adesso per concluderlo saranno necessari soltanto 8/10 allineatori, che la paziente potrà utilizzare in autonomia nei mesi che starà lontana.



Fig. 8a

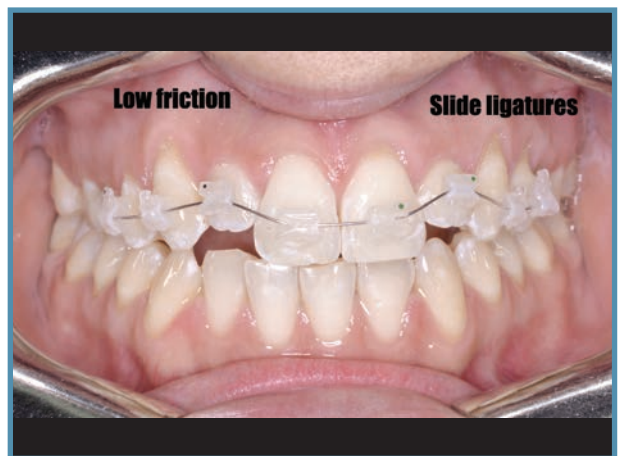


Fig. 8b



Fig. 8c

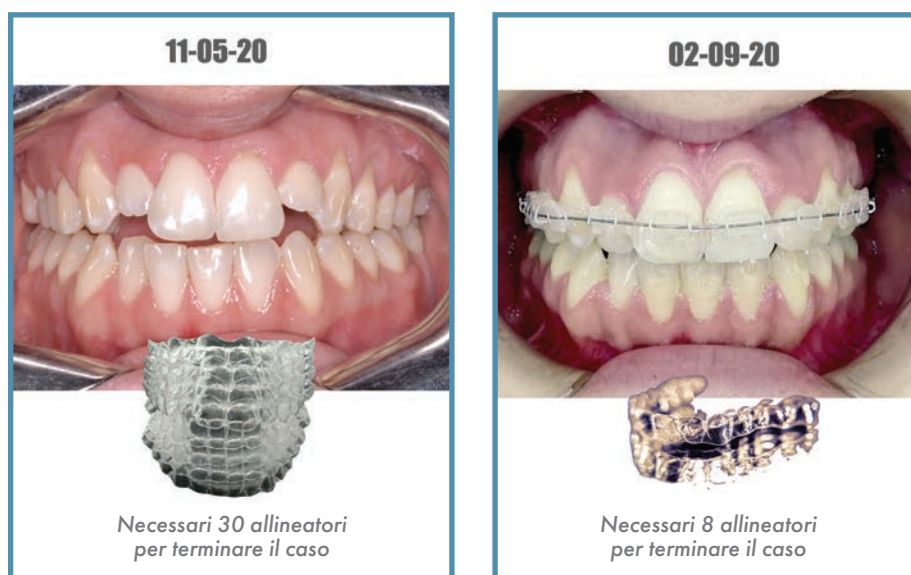


Fig. 8d

Come notazione personale posso aggiungere che oggi, nella mia pratica di tutti i giorni, vedo sempre più giovani pazienti, anche con iniziali grandissime aspettative estetiche e/o con manifesta richiesta di terapia con allineatori, optare per il trattamento con brackets ceramici e Slide, al fine di ottenere un'estetica del sorriso in maniera predicibile, rapida e con minima collaborazione.

3- **Il sistema linguale semplificato Idea-L:** nella Figura 9b si può osservare come, di fronte alle richieste di assoluta invisibilità del trattamento di questa paziente, principalmente legata al fatto che di professione fa la modella, la scelta di trattamento è stata nuovamente "ibrida": abbiamo trattato i problemi dell'arcata superiore con gli allineatori Alleo, mentre nella arcata inferiore è stato utilizzato un sistema completamente e davvero invisibile: il sistema linguale semplificato Idea-L, anche in questo caso con le Slide. Questo ci ha permesso nel giro di quattro mesi di completare il trattamento, abbinando efficacemente l'estetica del risultato finale all'estetica assoluta dei mezzi, come richiesto dalla paziente.



Fig. 9a



Fig. 9b

In conclusione vorrei confermare che, sempre più, cerchiamo di impostare i nostri trattamenti in modo che il raggiungimento del risultato vada di pari passo con la velocità e il comfort del trattamento, nel rispetto delle aspettative del paziente, in modo da raggiungere l'efficienza specifica per ogni malocclusione.

Nulla di meglio quindi di avere la possibilità di utilizzare più strumenti ed adattare quindi la scelta delle migliori apparecchiature alle caratteristiche del caso e delle aspettative del paziente.

Sulla base della mia esperienza vi suggerisco di valutare la possibilità di utilizzare metodiche ibride, che ci permettono di utilizzare al meglio le caratteristiche dei dispositivi estetici oggi disponibili nelle varie fasi del trattamento, così da interpretare in maniera contemporanea l'ortodonzia e al contempo valorizzare la nostra professionalità.

L'ORTODONZIA DEL III MILLENNIO

FIRENZE
28-29 GENNAIO 2022

SASSARI
18-19 FEBBRAIO 2022

AGRIGENTO
25-26 MARZO 2022

DOTT.
ARTURO FORTINI

DOTT.
ALVISE CABURLOTTO

DOTT.SSA
ENRICA TESSORE

DOTT.SSA
VALENTINA LANTERI

DOTT.SSA
ELENA GRECOLINI

DOTT.
FABIO GIUNTOLI

DOTT.
MASSIMO D'AVERSA

PROGRAMMA

VENERDI' - PRE-TEEN/TEEN

9,00-10,30

FILOSOFIA ESSENZA URGENZE ORTODONTICHE

DOTT. **ARTURO FORTINI**

10,30-11,30

ABITUDINI VIZIATE

DOTT.SSA **ENRICA TESSORE**

PAUSA CAFFE'

11,50-13,00

LEAF EXPANDER

DOTT.SSA **VALENTINA LANTERI**

PRANZO

14,00-15,00

ELASTOMERI

DOTT.SSA **VALENTINA LANTERI**, DOTT.SSA **ENRICA TESSORE**

15,00-15,45

NUOVI DISPOS. ORTOPEDICI PER II CLASSI

DOTT. **ALVISE CABURLOTTO**

PAUSA CAFFE'

16,00-16,45

ESPANSIONE INVISIBILE

DOTT.SSA **VALENTINA LANTERI**, DOTT. **ARTURO FORTINI**

16,45-17,30

IL NUOVO SITO WEB DEDICATO

SABATO - TEEN/ADULT

9,00-10,15

LEAF NELL'ADULTO

DOTT.SSA **ELENA GRECOLINI**

10,15-11,00

BANDAGGIO INDIRECTO

DOTT. **ALVISE CABURLOTTO**

PAUSA CAFFE'

11,30-13,00

ALLINEATORI INVISIBILI

DOTT. **MASSIMO D'AVERSA**

PRANZO

14,00-14,45

ESPANSIONE FUNZIONALE/DENTO-ALVEOLARE

DOTT. **ARTURO FORTINI**

14,45-16,00

STRAIGH-WIRE, ESSENZA ED ESTETICA

DOTT. **FABIO GIUNTOLI**

PAUSA CAFFE'

16,15-17,00

TECNICA LINGUALE SEMPLIFICATA

DOTT. **FABIO GIUNTOLI**

ESSENZA: L'ORTODONZIA DEL III MILLENNIO

Fra eventi in presenza e piattaforma dedicata

Lo scorso 15 ottobre è iniziato il **tour degli eventi Essenza**, organizzati in collaborazione con i nostri laboratori partners: LEOLAB e DSLab.

Nei prossimi mesi toccheremo le principali città italiane (isole comprese!) cercando di ripetere il successo delle prime due tappe.

Roma e Ancona hanno infatti visto partecipare **oltre 100 medici ortodontisti**, che hanno assistito con interesse agli interventi dei relatori del team "Essenza": Dr. Arturo Fortini, Dr. Alvisè Caburlotto, Dr.ssa Elena Grecolini, Dr.ssa Enrica Tessore, Dr. Fabio Giuntoli, Dr.ssa Valentina Lanteri e Dr. Massimo D'Aversa.



MA COS'È ESSENZA?

ESSENZA è un **approccio logico e contemporaneo** ai trattamenti ortodontici che prevede l'utilizzo di dispositivi che riducono i tempi alla poltrona e la frequenza degli appuntamenti, semplificando così la gestione del trattamento attraverso soluzioni che uniscono ortodonzia tradizionale ed ortodonzia digitale.

La filosofia di ESSENZA nasce da un'idea, ma soprattutto dall'esperienza clinica del Dr. Fortini e del Dr. Caburlotto e si basa su cinque pilastri: **efficienza, efficacia, ergonomia, economia ed etica**, concetti fondamentali per l'attuale pianificazione del quotidiano incontro in studio con i pazienti e le loro necessità.

LA FORMAZIONE

Durante le **giornate formative** approfondiremo insieme ai relatori del team "Essenza" le più moderne opzioni di trattamento, basate sull'evidenza scientifica, che permettono di utilizzare al meglio le apparecchiature più indicate per il problema specifico, nel rispetto dei sopracitati pilastri della filosofia ESSENZA.

I **prossimi incontri** si svolgeranno a **Napoli, Firenze, Sassari e Agrigento**, tutti in programma nei prossimi quattro mesi.



LA PIATTAFORMA ESSENZA

A fianco di una **formazione concreta, puntuale e immediatamente spendibile** abbiamo pensato di creare uno spazio web dedicato ai clinici meno esperti: attraverso il sito essenza.leone.it viene fornito un supporto alle soluzioni di trattamento tramite linee guida ben definite, protocolli e scelta di dispositivi ideali per ogni fascia di età e per ordine di problemi, definiti grazie alla pluriennale ricerca della nostra azienda e alle valutazioni cliniche di ortodontisti esperti.



Uno schema logico suddivide i pazienti in Pre-Tee, Teen e Adult e, attraverso scelte ragionate, l'utente sarà guidato al dispositivo ideale per quel singolo paziente, di quella età e con quel particolare tipo di problema, sia esso dentale o scheletrico.

Inoltre, sempre all'interno della piattaforma, il Dr. Arturo Fortini e il Dr. Alvisè Caburlotto, offriranno la loro esperienza professionale, affidabilità e assistenza a tutti i clinici che accederanno al **servizio "Tutoraggio"**. Ma non è tutto: il sito avrà al suo interno anche un'area blog con articoli scientifici interviste e numerose informazioni su prodotti ed eventi Leone.



Guarda il tutorial!

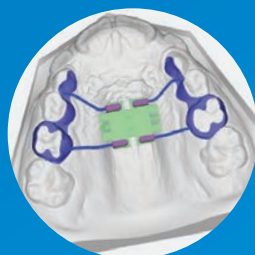
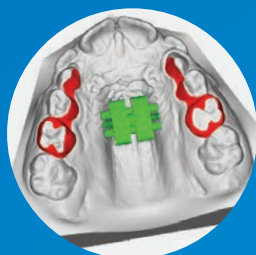
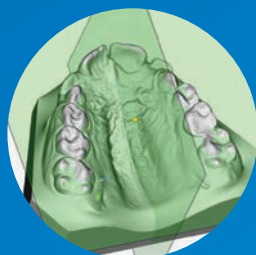
La tradizione incontra l'ortodonzia del futuro!

Progettare e realizzare in maniera semplice espansori customizzati è finalmente possibile, grazie al nuovo software **3DLeone Designer** e ai disgiuntori CAD-CAM A0630 e A0620, ideati appositamente per un workflow completamente digitale.



Modella con il software 3DLeone Designer

Un software dedicato, semplice ed intuitivo che permette di realizzare non solo bande e appoggi dentali, ma anche il posizionamento automatico del disgiuntore e la conseguente realizzazione dei bracci.

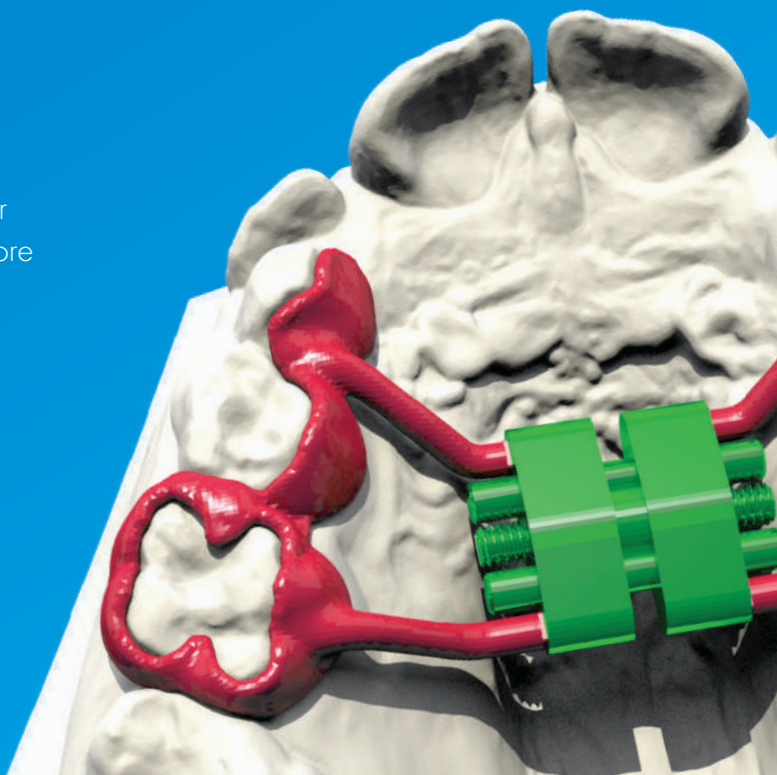


Trasforma in realtà ciò che hai progettato

Possibilità di esportare il file .stl della struttura che, una volta sinterizzata tramite un processo di Laser Melting, potrà essere accoppiata con il disgiuntore CAD-CAM Leone prescelto.



Attiva la prova gratuita



Espansore rapido palatale: da analogico a digitale. La nostra esperienza

Dott. Fabio Giuntoli

Specialista in ortodonzia

Libero professionista a Montecatini Terme (PT)

Dott. Alvisè Caburlotto

Specialista in ortodonzia

Libero professionista a Venezia

INTRODUZIONE

L'espansore rapido palatale è il dispositivo ortodontico comunemente usato per trattare uno dei problemi occlusali più frequentemente riscontrabili nell'era contemporanea: il deficit trasversale del mascellare superiore, che sia concomitante o meno con la presenza di morso incrociato, mono-laterale o bilaterale.

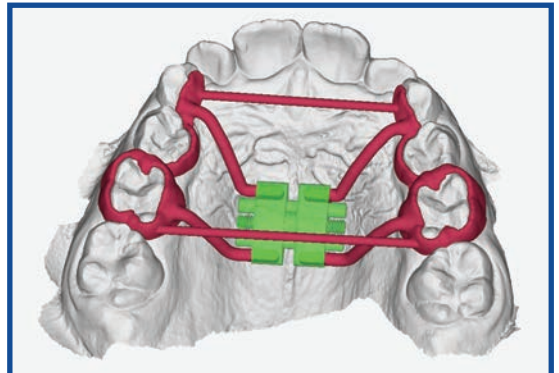
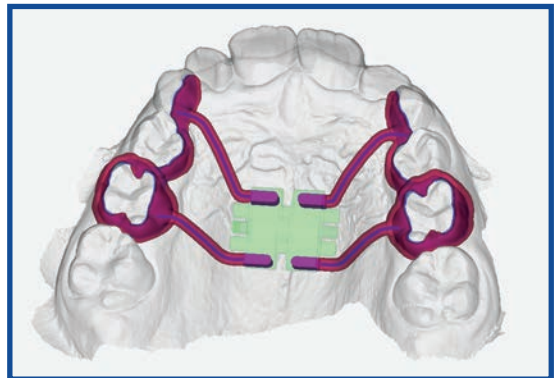
Lo scopo di questo articolo è stato, attraverso l'illustrazione di due casi clinici, offrire degli spunti critici per comparare due metodiche di progettazione e costruzione dei dispositivi ortopedici fissi, utilizzati per la correzione della contrazione del mascellare superiore.

Nel primo caso è stata utilizzata la metodica analogica tradizionale per la realizzazione del manufatto ortodontico, mentre nel secondo caso è stata utilizzata una metodica che ha previsto l'utilizzo di una tecnologia digitale CAD-CAM, per mezzo del software 3DLeone Designer.

CASO 1 - METODICA TRADIZIONALE



CASO 2 - METODICA DIGITALE



CASO 1 - METODICA ANALOGICA TRADIZIONALE

Il primo paziente, L.P. di 9 anni e 2 mesi, presentava una contrazione del mascellare superiore quantificabile con rapporti di discrepanza trasversale pari a -5 mm, morso incrociato monolaterale sinistro concomitante a latero-deviazione mandibolare verso sinistra.

È stato applicato un espansore rapido del palato, costruito in laboratorio attraverso le normali procedure che prevedono la presa dell'impronta dopo la prova delle bande sugli elementi dentali 55 e 65. Elastici separatori sono stati inseriti una settimana prima della prova delle bande e una settimana prima dell'applicazione dell'espansore.

L'impronta è stata eseguita in alginato.

La vite utilizzata è stata la vite Leone A0620 da 13 mm.

È stata eseguita una attivazione al giorno per 32 giorni in modo da correggere la discrepanza trasversale calcolando una iper-correzione pari a circa il 30% della discrepanza stessa in modo da coprire l'eventualità di una recidiva.

L'espansore è stato rimosso dopo 12 mesi dalla fine delle attivazioni.



Figg. 1a-d - FOTO INTRAORALI INIZIO



Figg. 2a-d - FOTO INTRAORALI RPE FINE ATTIVAZIONE



Figg. 2a-d - FOTO INTRAORALI DOPO TERAPIA RPE



CASO 2 - METODICA DIGITALE CAD-CAM E 3DLEONE DESIGNER

Il secondo paziente, C.G. di 9 anni e 4 mesi, presentava una contrazione del mascellare superiore quantificabile con rapporti di discrepanza trasversale pari a -4 mm, affollamento anteriore superiore, affollamento intra-osseo e rapporti occlusali Classe II, in assenza di morso incrociato.

In questo caso per la realizzazione del dispositivo è stata presa un'impronta per mezzo di uno scanner intra-orale, senza la necessità di dover applicare elastici separatori.

È stato applicato un espansore rapido del palato, costruito utilizzando la tecnologia digitale CAD-CAM per mezzo del software 3DLeone Designer.

La vite utilizzata è stata la vite Leone A0620D da 9 mm.

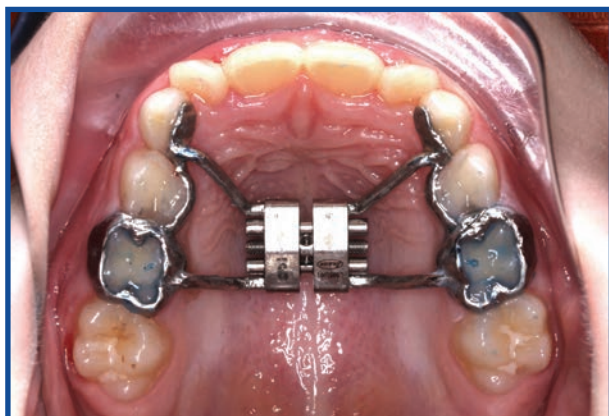
Come nel caso precedente è stata eseguita una attivazione al giorno per 26 giorni, in modo da correggere la discrepanza trasversale calcolando una iper-correzione pari a circa il 30% della discrepanza stessa.



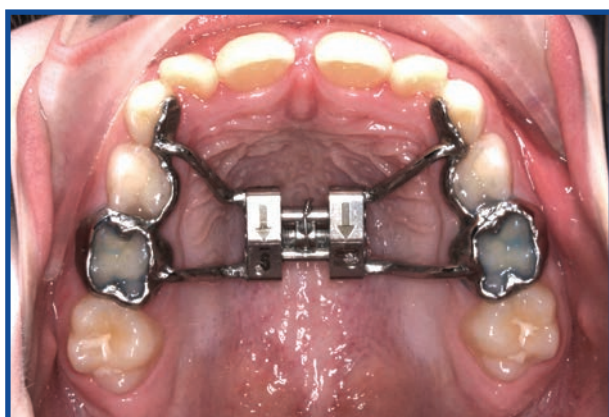
Figg. 1a-d - FOTO INTRAORALI INIZIO



Figg. 2a-d - FOTO INTRAORALI RPE APPLICATO



Figg. 2a-d - FOTO INTRAORALI RPE FINE ATTIVAZIONE



METODO DI COMPARAZIONE

Sono state osservate le singole fasi e i tempi di costruzione e consegna degli espansori.

Inoltre sono state comparate: la precisione di posizionamento della vite e le interferenze con la mucosa palatina dei bracci dei dispositivi realizzati nelle due metodiche.

Le fasi analizzate sono state: inserimento di elastici separatori, metodo di presa delle impronte, necessità di colare il modello, progettazione, costruzione e consegna.

RISULTATI

Entrambi i metodi di costruzione risultano efficaci, poiché il dispositivo realizzato determina l'espansione scheletrica del mascellare.

Il metodo di costruzione full-digital, tuttavia, risulta essere più efficiente poiché si è osservato un risparmio di tempo sia clinico, eliminando 3 appuntamenti necessari alla poltrona, che di laboratorio, attraverso la riduzione del 50% del tempo necessario per la costruzione del dispositivo.

Si è osservato inoltre un miglior comfort del paziente, dovuto a un disegno digitale più preciso, grazie all'intelligenza artificiale presente nel software 3DLeone Designer, che rende la realizzazione dell'espansore meno operatore-dipendente.

Inoltre, usando le bande digitali completamente customizzate (monitorando anche altri casi trattati con questa metodica) si è osservata una riduzione del 50% di probabilità di distacco del dispositivo.

Riassumendo, i **vantaggi** di una metodica "full digital" per il clinico sono stati i seguenti:

- non è stato necessario applicare elastici separatori;
- è stato possibile validare il progetto prima della realizzazione del device;
- il discomfort per il paziente si è ridotto tantissimo, poiché le bande non invadono gli spazi interdentali, le parti in metallo sono progettate alla giusta distanza dalle strutture molli, senza spigoli o angoli particolarmente fastidiosi che sono facilmente verificabili e rimovibili tramite il software dedicato.

Inoltre le bande completamente progettate con metodica virtuale si decementano di rado e possono essere applicate con più facilità e rapidità rispetto alle bande tradizionali e meno discomfort per il paziente durante l'adattamento, grazie all'assenza di compressione dei tessuti molli.

I vantaggi per il laboratorio sono stati quello di risparmiare passaggi, potendo quindi abbreviare i tempi di produzione e consegna dell'espansore, e la possibilità di non dover stampare i modelli.

Gli **svantaggi** per il clinico sono rappresentati essenzialmente dal maggior costo necessario per realizzare le apparecchiature, mentre per il laboratorio la necessità di acquisire le competenze necessarie per poter utilizzare il software e la necessità, nel caso non si posseda una stampante 3D, di appoggiarsi ad un service di stampa.

METODICA FULL DIGITAL	
<p>VANTAGGI PER IL CLINICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - possibilità di validare il progetto prima della realizzazione - riduzione dei tempi alla poltrona - non necessita di elastici separatori - maggior comfort per il paziente - maggior sicurezza <p>PER IL LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione dei tempi di produzione - maggiore precisione 	<p>SVANTAGGI PER IL CLINICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - incremento del costo <p>PER IL LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - acquisto software - curva di apprendimento

CONCLUSIONI

La realizzazione di una metodica completamente digitale per la realizzazione di un espansore rapido del palato presenta il solo svantaggio di costi lievemente più alti per la sua realizzazione, rispetto alla metodica analogica tradizionale.

Tuttavia, la riduzione dei tempi e delle fasi operative, il maggior comfort per il paziente e la possibilità di realizzazione di manufatti tecnicamente perfetti, grazie all'utilizzo di software dedicati, rende questa metodica efficiente, efficace e predicibile nei risultati, giustificando ampiamente il costo lievemente più alto.

TWIN WING

CORRETTORE DI CLASSE II

L'ESSENZA
DELL'INNOVAZIONE
IN ORTODONZIA
FUNZIONALE

EFFICACE

RISULTATI COMPROVATI
DALLA CLINICA E DALLA
EVIDENZA SCIENTIFICA

ETICO

UTILIZZO MIRATO
DEL DISPOSITIVO

EFFICIENTE

ATTIVABILE
PROGRESSIVAMENTE

ECONOMICO

PREFORMATO
PER FACILITARNE
LA COSTRUZIONE

ERGONOMICO

ESPERIENZA
MATURATA CON I
DISPOSITIVI MAD



PER ULTERIORI
INFORMAZIONI



Ortodonzia e Implantologia



ISTITUTO STUDI
ODONTOIATRICI

Cultura Formazione Aggiornamento

Dal 1982 punto di riferimento per l'attività odontoiatrica
nazionale e internazionale

25° EDIZIONE
ORTODONZIA
PRATICA
CONTEMPORANEA

12 INCONTRI
di 2 giorni ciascuno

FIRENZE
2022_23

CORSO
BASE
TEORICO
PRATICO

DOTT. ARTURO
FORTINI

DOTT. FABIO
GIUNTOLI

DOTT. ALVISE
CABURLOTTO

Corso full-tutoring
in ortodonzia
dalla teoria alla pratica
Step Base

LECCE 2022

4 INCONTRI

Relatori

DOTT. DANIEL CELLI

DOTT.SSA MARIA ELENA GRECOLINI

DOTT. LEONARDO COMPAGNUCCI

Con la partecipazione di

DOTT.SSA VALENTINA LANTERI

DOTT. VALERIO GATTO

Tutor

DOTT.SSA CRISTIANA NOCCO

CORSO TEORICO-PRATICO
di **ORTODONZIA**
2022

8 INCONTRI
di 2 giorni ciascuno

16ª EDIZIONE

Sedi

BARI

COSENZA

PALERMO

Relatore

DOTT. NICOLA MINUTELLA

Relatori Ospiti

DOTT. MASSIMILIANO CIARAVOLO

DOTT. NAZARIO RUSSO

DOTT. GIACOMO COPPOLA

PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI

055 304458

iso@leone.it

www.leone.it



ISTITUTO STUDI
ODONTOIATRICI

SEGUI L'ATTIVITÀ
DIDATTICA SU



TADs

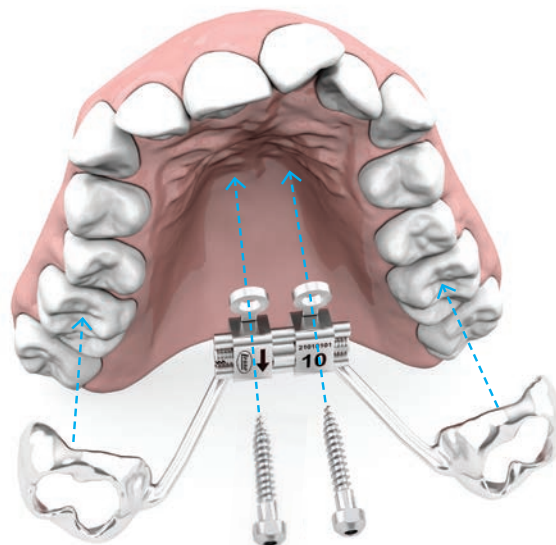
LE SOLUZIONI LEONE PER L'ANCORAGGIO PALATALE

● TAD INTEGRALE



testa con funzione di stop

inserimento contestuale
all'applicazione dell'apparecchio
grazie alla geometria
della porzione emergente

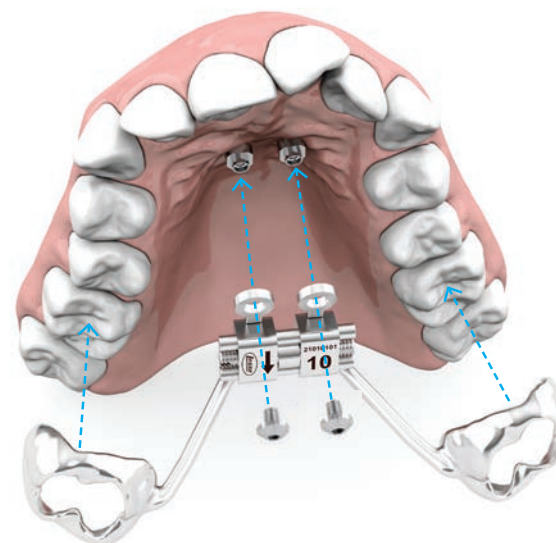


● TAD



filettatura interna

nella porzione emergente
per il fissaggio dell'espansore
tramite vite di fissaggio



vite di fissaggio

per garantire l'ancoraggio dell'espansore



Cosa è Sintex

Sintex è l'espansore rapido del mascellare realizzato con un processo full digital, completamente personalizzato in base alla morfologia e alle esigenze terapeutiche del paziente.

Disegnato con l'apposito software di progettazione 3DLeone Designer, Sintex è realizzato in metal laser melting e successivamente unito agli innovativi disgiuntori CAD-CAM Leone.

Ma non solo: Sintex può essere disegnato anche ibrido, con ancoraggio su 2 TADs anteriori.

Perché scegliere Sintex

Vantaggi per il clinico:

- Elimina la necessità dei separatori e della successiva prova bande
- Posizionamento facilitato che consente una perfetta adesione e stabilità
- Procedura clinica più snella e massimo comfort per il paziente

Vantaggi per il tecnico:

- Progettazione del disgiuntore semplice e veloce grazie al software dedicato
- Struttura completamente personalizzata sulla base dei denti e della morfologia della bocca
- Perfetto accoppiamento tra struttura e disgiuntori CAD-CAM Leone grazie alle connessioni dedicate

Opzioni

Disponibile con disgiuntore **A0620D** e **A0630D**, Sintex evolve il trattamento del deficit trasversale del mascellare superiore grazie alla realizzazione CAD-CAM di tutta la struttura composta dalle bande, dai bracci e dai terminali dedicati ai nostri espansori brevettati.

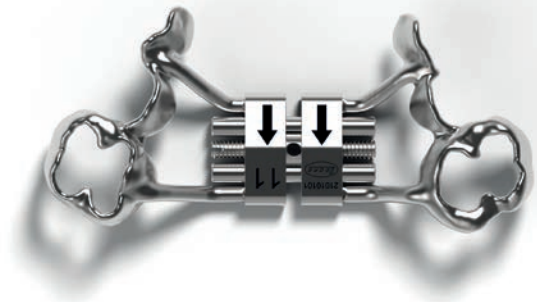
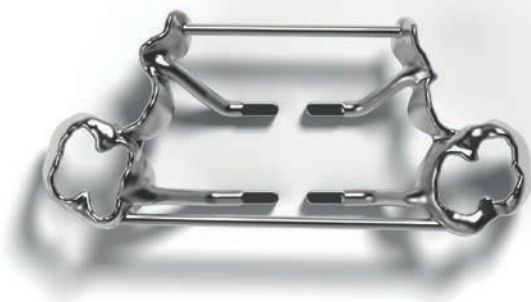
Digital Service Leone ha pensato a **servizi dedicati ai laboratori odontotecnici**, che trasformano i file .stl progettati con il software 3DLeone Designer in espansori Sintex.

- Sintex Struttura:

realizzata in **metal laser melting** e **lucidata a specchio** lasciando rugosa la superficie interna delle bande e degli appoggi

- Sintex Completo:

struttura realizzata in metal laser melting, **assemblata** e **saldata laser al disgiuntore CAD-CAM Leone**, lucidata a specchio lasciando rugosa la superficie interna delle bande e degli appoggi



Per informazioni servizio e ordini contattaci:



**DIGITAL
SERVICE
LEONE**

**055 019901
info@dsleone.it
www.dsleone.it**

Io & il 3DLeone Designer

Odt. Stefano Negrini

Founder & CEO

ORTODONZIA ESTENSE Srl - Laboratorio Ortodontico Specializzato

Suona il cellulare... Sul display leggo “Gabriele Scommegna Leone”, per chiarezza e dovere di trasparenza vi debbo dire che tra Leone e la mia persona, Founder & CEO Ortodonzia Estense Srl, non ci sono rapporti contrattuali di nessuno genere, ma una reciproca collaborazione professionale, distinta dal rispetto e dalla trasparenza. Con l’Azienda Leone ed in particolare con Gabriele, il mio rapporto è sempre stato ottimo, abbiamo affrontato numerosi argomenti tecnici e condiviso molti temi digitali, che in questi anni, hanno portato ad una crescita reciproca.

Durante quella telefonata, Gabriele mi ha comunicato che Leone aveva in progetto di immettere sul mercato un software proprietario per la progettazione CAD di espansori ortodontici customizzati, il “3DLeone Designer”. Il progetto era ancora nella fase beta, e data la mia lunga esperienza nell’ambito digitale avrei potuto contribuire con degli utili feedback. Abbiamo così intrapreso dei test per valutare le potenzialità del 3DLeone Designer nell’ambito dei workflow in uso nel mio laboratorio.

Presi la decisione di far interagire alcuni miei dipendenti con il nuovo programma della Leone, così da compararlo ai software attualmente da loro utilizzati, con i quali quotidianamente lavorano, questo per valutare le loro reazioni iniziali. Con mia grande sorpresa, quasi tutti manifestarono un ottimo approccio, in quanto il software era stato sviluppato con un workflow molto semplice, per un utilizzo veloce ma controllato, potrei quasi definirlo un software per grandi produzioni, tutto era stato concepito intorno alla parola “SEMPLICITÀ” di utilizzo.

Ovviamente la prima versione manifestava margini di miglioramento, ma le premesse erano assolutamente promettenti. In effetti così è stato e passo dopo passo, il software è migliorato ed ha preso ancora più “forma”, sono state integrate nuove funzionalità e nuovi comandi, nonché workflow dedicati per la realizzazione di espansori che sfruttano l’ancoraggio con i TADs.

Decisi così di girare dei video magazine, li trovate nel mio sito “HUB3DOrthodontics”, portale dedicato all’ortodonzia digitale, allo scopo di farne una sorta di recensione per presentarlo a coloro che mi seguono.

Di seguito alcune immagini di RME e MARPE da noi creati partendo dalla progettazione con il software “3DLeone Designer”:

1) RME con vite A0620D CON UNCINI PER MASCHERA DI DELAIRE (Figg. 1a-b)

Courtesy by Dr.a Karmen Verhovec ZoboEstetika

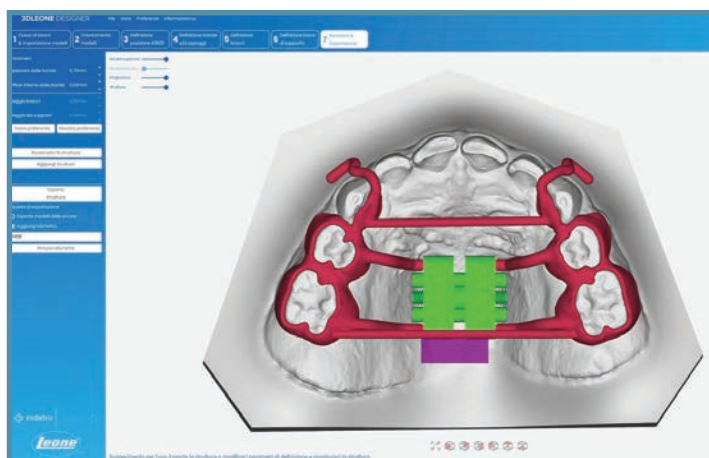


Fig. 1a



Fig. 1b

2) RME con vite A0630D (Figg.2a-b)

Courtesy by Dr.a Karmen Verhovec ZoboEstetika

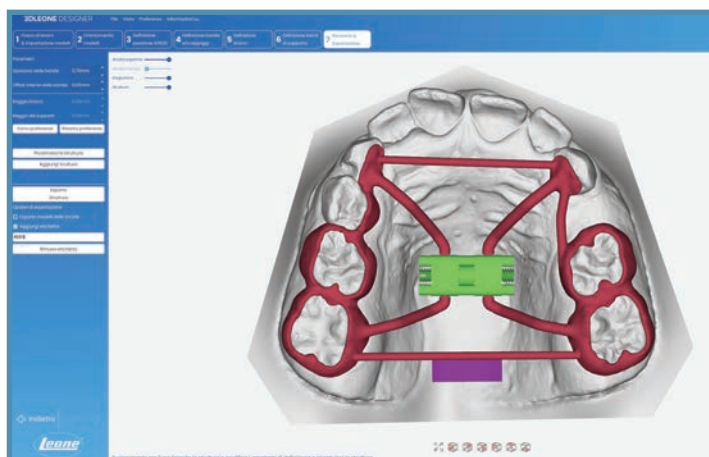


Fig. 2a



Fig. 2b

3) MARPE con vite A0630D (Figg.3a-f)

Courtesy by Dr. Riccardo Riatti

Un caso al quale ho collaborato recentemente è stato quello del Dr. Riatti, eseguito in sinergia con il reparto 3DLeone. Dopo la pianificazione digitale, i TADs sono poi stati inseriti dal Dr. Riatti con l'ausilio di una guida chirurgica, successivamente è stata acquisita l'impronta digitale dell'arcata con ScanBody Leone, che è stata utilizzata per la progettazione dell'espansore customizzato con il software 3DLeone Designer. Anche in questo caso, prendendo in considerazione il workflow dedicato per gli espansori ad ancoraggio con TADs, la parola d'ordine del software 3DLeone Designer risulta "semplicità": dal momento dell'importazione, in pochi minuti è stato possibile progettare una struttura totalmente customizzata ancorata su 4 TADs con il disgiuntore A0630D Leone. Una volta sinterizzata la struttura e verificato il fitting su modello, ho apprezzato la sua precisione, avvalorata ulteriormente durante l'applicazione sul paziente, dove l'espansore è calzato perfettamente senza necessità di "aggiustamenti" da parte del Dr. Riatti. Uno dei motivi della precisione di questo dispositivo credo che sia da assegnare al metodo di allineamento degli ScanBody Leone nel software, processo automatico che riporta perfettamente la posizione dei TADs senza introdurre errori.

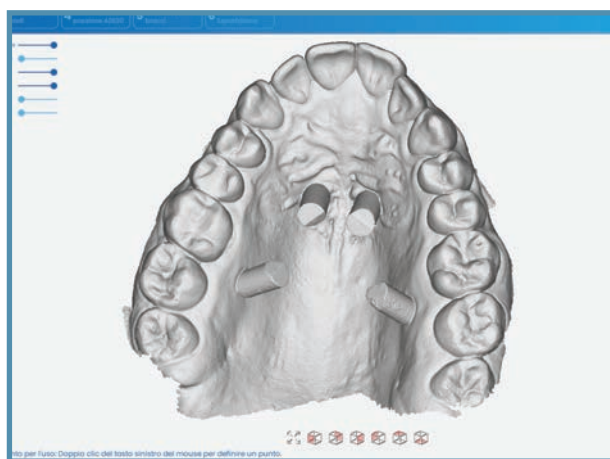


Fig. 3a

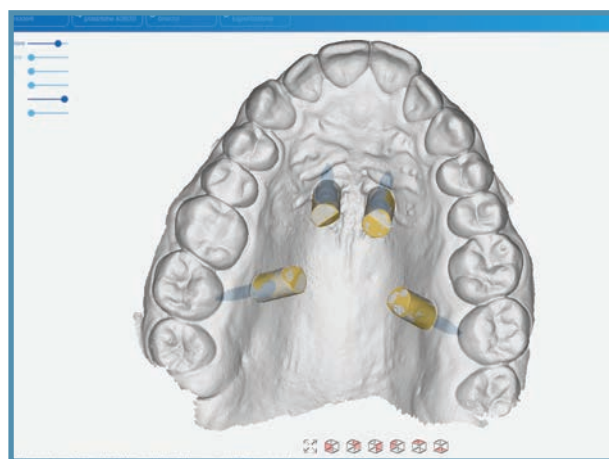


Fig. 3b



Fig. 3c

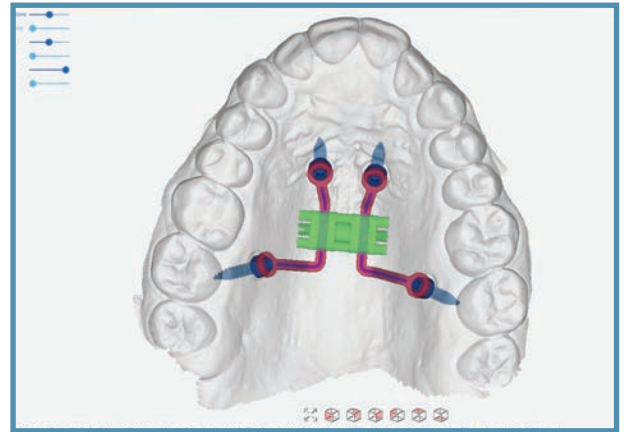


Fig. 3d



Fig. 3e



Fig. 3f

4) FAST BACK TADs (Figg.4a-b)

Courtesy by Dr. Alessandro Gianolio, Studio Gianolio-Cherchi

"Ultimamente sto utilizzando i nuovi TADs della Leone associandoli al Fast Back, distalizzatore conosciuto e usato da circa 20 anni. Il mio feedback è assolutamente positivo, sia dal punto di vista chirurgico, data la semplicità di ingaggio tra manipo e miniviti, e grazie alla precisione della guida chirurgica, che dal punto di vista clinico per l'adattamento del dispositivo CAD-CAM cementato. Ho avuto modo di pianificare digitalmente l'inserzione delle miniviti: devo affermare con grande soddisfazione che la precisione digitale si riflette nell'assoluta corrispondenza con la realtà chirurgica e clinica.

La collaborazione con la Leone e il mio tecnico di fiducia, l'Odt. Stefano Negrini, mi permette di gestire al meglio anche i casi più complessi con la massima serenità. Un ottimo lavoro di squadra."

Dr. Alessandro Gianolio



Fig. 4a

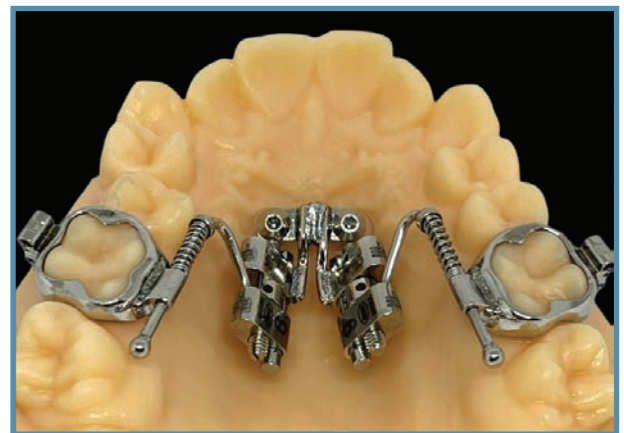


Fig. 4b

Complici del tuo Sorriso.

ALLEO è l'**allineatore ortodontico** capace di esprimere al meglio la professionalità dei Clinici ed assicurare un maggiore coinvolgimento dei Pazienti nell'aderenza al trattamento.



ALLEO[®]



ALLEO significa alleanza



CLINICO - Ogni Clinico registrato può contare su un DSLAB di fiducia e del supporto progettuale di DSL.



DSL - Il DSLAB si occupa del ritiro gratuito, dello sviluppo e del caricamento delle impronte.



DSL - La progettualità e la realizzazione di ALLEO è centralizzata nella sede di DSL per garantire pari standard qualitativi in tutta Italia.



PAZIENTE - Per ogni Paziente ALLEO viene offerta una Smile Box con tutto l'occorrente per facilitare la gestione del trattamento.

Cos'è ALLEO



ALLEO è un allineatore ortodontico ed un servizio integrato all'avanguardia, l'alleato di tutti i protagonisti del trattamento.



Tutto il processo è guidato dalla Piattaforma DSL per un dispositivo ortodontico a misura di Paziente e di Clinico.



Il piano di trattamento ALLEO viene progettato e realizzato con pari standard qualitativi in tutta Italia.



ALLEO è totalmente Made in Italy e rifinito a mano per un comfort ottimale.



ALLEO è un'ulteriore opzione di alta qualità che amplia il ventaglio di possibilità per il trattamento di casi ortodontici.

Help & Support



Chat dedicata al singolo caso dove DSL, il DSLAB e il Clinico possono confrontarsi e trovare tutti i contenuti riguardanti il trattamento.



Parla con il DSLAB di riferimento o con **chi ha progettato il piano di trattamento.**



Caratteristiche tecniche



- 1 - Termoformato a 6 ATM su modelli in 3D stampati a 100 micron per un prodotto di altissima precisione
- 2 - Termoformato su un materiale PET-G biocompatibile
- 3 - Taglio e rifinitura a mano
- 4 - Taglio al colletto e palatale-linguale lineare da canino a canino
- 5 - Attachments esclusivi disegnati con la collaborazione di esperti ortodontisti

ALLEO[®]

ALLEO è il primo brand di Digital Service Leone, start up nata dall'esperienza della Società Leone, che vuole supportare ortodontisti ed odontoiatri con prodotti e strumenti ad alto contenuto digitale.



WWW.DSLEONE.IT/ALLEO

seguici su  

 **DIGITAL
SERVICE
LEONE**

Società del Gruppo



REGALA SOGNI D'ORO

I DISPOSITIVI IDEALI NEI PAZIENTI RONCOPATICI
O AFFETTI DA SINDROME OSA LIEVE-MODERTA

FORWARD!*



FORWARD!
MAX RETENTION*



**TELESCOPIC
ADVANCER***



**TELESCOPIC
ADVANCER DUAL***



Oltre **100** laboratori sul territorio nazionale **abilitati alla costruzione** dei dispositivi **MAD Leone**
Trova quello più vicino a te:

*BREVETTATO





PROGETTO SENZARUSSARE

Il progetto **senzarussare** nasce con l'obiettivo di **sensibilizzare i pazienti** sui disturbi del sonno, indicando tutte le problematiche legate alle apnee ostruttive notturne e le terapie che vengono adottate, con un focus specifico sul ruolo dell'Odontoiatra come **"sentinella diagnostica"** rispetto alla sindrome OSA, e nei casi lievi/moderati, come **"terapeuta"** in grado di curare i pazienti attraverso dispositivi ortodontici su misura.

Tutta la comunicazione è incentrata sui **benefici del dormire "SENZA RUSSARE"** ed è trasmessa attraverso il sito www.senzarussare.it.

Inoltre, all'interno della web page, saranno **evidenziati i medici odontoiatri accreditati SENZARUSSARE.**

SENZA RUSSARE

PERCHÉ DIVENTARE MEDICO ACCREDITATO SENZARUSSARE?

PROMOZIONE E DIVULGAZIONE



SENZARUSSARE.IT

Oltre ad essere menzionato all'interno del sito internet, come **medico accreditato "senzarussare"**, il paziente si potrà interfacciare con te: chiedendoti informazioni o prendendo un appuntamento; il tutto compilando un semplice form.



FACEBOOK ED INSTAGRAM

Le tue competenze saranno trasmesse anche attraverso le nostre pagine social.



DEPLIANT DEDICATO AL PAZIENTE

Solo per te supporti cartacei dedicati ai pazienti da utilizzare in sala d'attesa



TOTEM PER STUDIO

Riceverai in esclusiva un totem SENZARUSSARE da esporre all'interno dello studio.

SUPPORTO TECNICO e DIAGNOSTICO



STRUMENTI E SERVIZI DIAGNOSTICI

Condizioni vantaggiose per l'acquisto di prodotti e servizi per la diagnosi.



MAD LAB

Potrai sempre contare su una rete di laboratori abilitati alla costruzione di dispositivi antirussamento MAD Leone.

VUOI DIVENTARE UN MEDICO ACCREDITATO SENZARUSSARE?

Partecipa al Corso di Approfondimento diretto della Dr.ssa Francesca Milano oppure per ulteriori informazioni contatta il nostro Ufficio Marketing: clienti@leone.it

*Ridi e il mondo riderà con te
Russa e dormirai da solo.
(Anthony Burgess)*

La contenzione: come, quando e perché

Dott. Leonardo Compagnucci*

Dott.ssa Maria Elena Grecolini**

Dott.ssa Cristiana Nocco***

Dott. Arturo Fortini****

**Libero Professionista in Tolentino (MC)*

***Libero professionista - Università di Cagliari*

****Libero professionista in Soletto (LE)*

*****Libero professionista - Università di Cagliari*

La contenzione, forse perché fa rima con prevenzione, ne subisce lo stesso drammatico destino. La maggior parte dei pazienti comprende bene quanto sia importante indossare la contenzione per prevenire una possibile recidiva, ma il numero di pazienti che la utilizzano in maniera adeguata a fine trattamento ortodontico è esiguo. La contenzione ortodontica è infatti una forma di prevenzione che ha la funzione di valido ausilio per prevenire la recidiva del trattamento ortodontico, dopo che la terapia è terminata con successo. Nel peggior dei casi, anche gli stessi ortodontisti non considerano seriamente l'importanza di questo dispositivo. L'ortodontista dovrebbe dare maggior risalto e la giusta attenzione alla fase della contenzione, che deve essere considerata come un naturale conseguimento del trattamento ortodontico. La qualità dell'informazione, che l'ortodontista trasmette alla propria paziente, gioca un ruolo fondamentale, tanto nel caso di dialogo diretto con l'adulto, quanto in quello con il minorenne. Quindi l'ortodontista non dovrebbe dare risalto solo al momento del debracketing o dello smontaggio dell'apparecchio ortodontico, ma anche alla necessità di utilizzo della contenzione, in quanto dispositivo che permette al paziente di godere a lungo termine del buon risultato estetico ottenuto. Bisogna prestare molta attenzione alla disposizione mentale di ogni paziente e istruire doverosamente chi fra questi dimostra superficialità nel comprendere quanto da noi spiegato. Il paziente non deve credere che senza l'utilizzo della contenzione il risultato estetico di fine terapia sarà stabile per tutta la vita. Il momento della consegna del dispositivo di contenzione è importante. Bisognerebbe evitare che nella mente del paziente si instauri l'idea che si può far a meno di quel dispositivo nella scatola o che l'ortodontista sia semplicemente pignolo e voglia continuare a far soffrire il paziente anche dopo anni di cure ortodontiche. Dalla letteratura emergono pareri discordanti sull'utilità della contenzione e sulla durata di utilizzo, tanto che alcuni ortodontisti consigliano un utilizzo di due o tre anni, altri di dieci anni, altri ancora a vita, e c'è anche chi la ritiene totalmente inutile. A nostro parere, la contenzione è una fase indispensabile nel progetto di una terapia ortodontica

ed ha il fine ultimo di contenere la recidiva. La scelta del tipo di contenzione da realizzare dovrebbe essere valutata nella fase di programmazione del trattamento ortodontico individuale per il paziente, tenendo conto di vari fattori, quali: la tipologia di terapia che verrà eseguita, l'entità degli spostamenti dentali, le abitudini viziate da correggere, i cambiamenti scheletrici che ne deriveranno, la stabilità occlusale ottenuta, la durata complessiva della terapia, l'età del paziente. Ad oggi, neanche la revisione sistematica della letteratura chiarisce quale sia la migliore tipologia di contenzione e come debba essere realizzata per prevenire il drammatico evento della recidiva.

LA RECIDIVA

Il problema della recidiva può essere sintetizzato e raccolto in tre cause principali, che sono:

1) invecchiamento naturale delle arcate dentarie.

Le arcate dentarie nel tempo vanno incontro ad un fisiologico invecchiamento e a restrizioni nei loro diametri, ecco perché il terapeuta deve informare i pazienti che esiste questa prospettiva, per cui una recidiva dopo diversi anni, ad un giovane che abbiamo curato fino a 14/15 anni, potrebbe essere causata dal restringimento delle arcate.

Approfondendo subito questo primo punto, a tale proposito, si potrebbe anche ipotizzare una tipologia di trattamento ortodontico che nel tempo garantisca, con interventi contenuti in pochi mesi, i risultati ottenuti con la terapia ortodontica principale, che precedentemente aveva risolto una grave malocclusione, prevenendo così, e curando all'inizio del loro presentarsi, i problemi futuri legati per lo più all'invecchiamento, una sorta di "tagliando ortodontico" con le sue definite e più varie possibilità di intervento.

L'ortodontista, dal canto suo, deve sapere di non poter violare il cosiddetto "housing" dei denti nelle rispettive basi ossee, violando i limiti biologici dell'anatomia specifica del paziente e alterando i naturali diametri trasversali e

sagittali delle arcate, perché si verificherebbero dei danni parodontali e la recidiva sarebbe proprio imminente ed eclatante. Quindi esiste un problema deontologico rilevante, partendo anche dalla considerazione che la maggior parte delle terapie ortodontiche sono richieste ed eseguite per fini estetici e non sarebbe opportuno che il paziente si ritrovi dopo pochi anni con gravi deiscenze gengivali.

2) Il bilanciamento delle forze interne ed esterne alla dentatura.

Per quanto concerne il secondo punto, il bilanciamento delle forze esterne ed interne alle arcate, si intende parlare delle forze esercitate dalla lingua, contrapposte a quelle esercitate dai muscoli delle guance e delle labbra.

È noto che i denti resistono bene alle forze anche potenti ma esercitate in brevi spazi temporali, come nella masticazione o in caso di traumi, mentre si lasciano spostare da forze lievi ma protratte nel tempo, che poi è il concetto che sta alla base dei movimenti in ortodonzia.

La lingua è un muscolo molto forte ed esercita una forza che se non controllata (come nelle abitudini viziate di vario genere e nelle posture basse da frenulo linguale corto) o comunque non regolare, in quelli che sono i movimenti nelle normali funzioni masticatorie e di deglutizione, non può essere fermata o contenuta in qualche modo dalle labbra. Infatti, è dimostrato che la sua spinta è maggiore della forza esercitata dalle labbra, creando così inevitabilmente spostamenti dentali, quando tale pressione, però, è esercitata per gran parte della giornata, perché altrimenti non sarebbe sufficiente. Quindi la lingua può determinare cambiamenti di posizione dentali se, diciamo, va oltre quei movimenti funzionali che la contengono in armonia nelle arcate dentarie, e per un tempo sufficiente; da qui ne scaturisce l'inutilità di compensare con la forza delle labbra abitudini viziate linguali, perché tale terapia è destinata al fallimento nel breve-medio termine, perciò bisogna agire sulla lingua.

A sua volta anche le guance e le labbra possono creare delle modifiche nelle arcate, proprio quando viene a mancare il supporto linguale all'interno, come per esempio nei respiratori orali. In questo caso le guance esercitano la loro forza di tensione liberamente e direttamente in modo costante e leggero (che costituisce la tipologia di forza più adatta a spostare la dentatura) sull'arcata superiore che lentamente comincia a restringersi nel suo diametro trasverso, non sostenuta al suo interno dalla lingua, provocando la classica deformazione a "V" del palato.

Argomento a parte sono tutte le forze inserite dall'esterno come dita, tette, penne, mordicchiamenti di unghie e pellicine delle dita o di altro tipo. Anche per loro vale la variante tempo, cioè se sono praticate per tempi ragionevolmente lunghi, nell'arco della giornata e della notte, possono provocare spostamenti dentali anche considerevoli.

3) L'adattamento e rimodellamento dei tessuti parodontali alle nuove posizioni.

L'adattamento dei tessuti parodontali alle nuove posizioni dentali è il principio che sta alla base della necessità di una fase di contenzione.

Ci sono denti che sottoposti a particolari movimenti tendono sempre a ritornare alla posizione precedente più di altri, come le rotazioni ed i denti ectopici vestibolari, che cercano di tornare vestibolari. Una contenzione, che permetta nel tempo alle strutture del parodonto di riorganizzarsi alla nuova situazione e dare stabilità, è sempre consigliata anche se ci sono casi che recidivano anche dopo una lunga contenzione, e solo in quei casi, dopo l'ennesima correzione, si può pensare a tagliare le fibre gengivali sopra crestali, mantenendo una contenzione fissa nel tempo della completa guarigione.

Per questo motivo molte contenzioni dovrebbero tener conto della posizione dentale iniziale dei denti ed essere performanti in tale senso, specialmente quando trattiamo gli incisivi in generale e soprattutto i centrali superiori. Quando tali denti inizialmente sono ruotati, sarebbe prudente nella contenzione, che dovrà essere portata per almeno un anno, prevedere dei supporti di resina che li mantengono stabili e non li facciano deruotare di nuovo.

CONTENZIONE COME FASE TERAPEUTICA

Riassumendo sinteticamente, sta al terapeuta risolvere questo compito arduo della fase terapeutica, che consiste nella contenzione, e la sua attenzione va focalizzata in quattro momenti:

- 1) dare la giusta importanza sin dall'inizio alla contenzione, stabilendone la tipologia già nel piano di cura iniziale.
- 2) Far capire la necessità della contenzione al paziente parlandogliene spesso anche durante il percorso delle cure.
- 3) Dedicare del tempo al momento della consegna dell'apparecchio di contenzione, spiegandone accuratamente l'uso e la sua manutenzione e non delegarlo ad una assistente o giovane collega come una semplice lettera di commiato.
- 4) Fare delle visite mensili dopo la consegna ancora per un anno, verificando così che il paziente porti l'apparecchio per le ore previste, e che ne faccia un corretto uso. Queste visite richiedono non più di 10 minuti, ma devono essere dieci minuti in cui si valuta con molta attenzione se l'apparecchio calza bene e se ci sono iniziali problemi di recidiva, e soprattutto nei casi in cui l'apparecchio di contenzione ha anche una funzione riabilitativa dal punto di vista della correzione della deglutizione atipica, bisogna verificare come il paziente deglutisce con e senza apparecchio e se sta facendo progressi in tale senso.

RETAINERS E CONTENZIONI FISSE

La contenzione può essere effettuata con degli apparecchi che in questo caso vengono chiamati “retainers”, che possono essere fissi o mobili.

Solitamente nell'arcata inferiore vengono applicate delle contenzioni fisse da canino a canino, raramente si utilizzano delle apparecchiature tipo placche, che sono molto scomode, anche se ultimamente molti preferiscono delle mascherine stampate; mentre nell'arcata superiore vengono di solito utilizzate delle placche riservando le contenzioni fisse a casi particolari

A nostro avviso quando si usano le mascherine di contenzione stampate, bisognerebbe stare attenti affinché abbiano dei contatti nell'intera arcata con l'antagonista, sia che si usi solo la superiore, sia che si usino in entrambe le arcate, perché nei casi di pazienti che serrano si potrebbero avere degli spostamenti dentali. Quindi in laboratorio, quando il disco di 1,5 mm è ancora caldo e quindi termoplastico, servendosi di un articolatore, si può trasferire alla mascherina stampata un'informazione oclusale in modo che risulti in contatto in tutti i settori, cosicché non si possano verificare spostamenti o intrusioni. Si può arrivare allo stesso risultato clinico, aggiungendo della resina alle mascherine finali così che si abbiano dei contatti in tutti i settori dentali.

Le mascherine è vero che contengono bene i nostri risultati finali, ma d'altra parte impediscono anche quella lieve sistemazione oclusale che i denti cercano di trovare dopo una terapia che abbia portato ad ottenere le chiavi oclusali e funzionali di Andrews e di Roth. Non essendo indossate per tutto l'arco della giornata, potrebbero verificarsi dei piccoli spostamenti che potrebbero provocare difficoltà di inserimento, una delle cause di frattura delle mascherine di contenzione. Per tali motivi ne suggeriamo l'utilizzo nei primi mesi dopo lo smontaggio dell'apparecchiatura fissa, perché bloccano bene i denti, ma non ne consigliamo l'utilizzo per un tempo più lungo.

La contenzione fissa nell'arcata inferiore è sicuramente la soluzione più affidabile ed è generalmente eseguita con dei fili intrecciati in acciaio a 3 o 6 fili, dello spessore complessivo di .0175 o al massimo .0195. Si preferiscono quelli a 3 fili perché rischiano meno sfilacciamenti e mantengono una stabilità maggiore, essendo fili con un diametro maggiore, e lo spessore consigliato è quello di .0175 perché dà garanzie nel tempo ed essendo meno voluminoso crea un minore accumulo e ristagno di placca (Fig. 1a).

Come si diceva questi fili sono modellati ed applicati solitamente da canino a canino, anche se alcuni consigliano di arrivare a comprendere i primi premolari. Tale prolungamento richiederebbe una modellazione più complicata, sia nell'esecuzione che nella gestione futura della stessa contenzione, ma chiaramente garantirebbe una stabilità maggiore del gruppo anteriore nelle recidive che interessano sia gli spostamenti laterali che verticali; infine, potrebbe essere più fastidiosa, più facilmente soggetta a distacchi e dal punto di vista del controllo della placca, sarebbe più difficile il mantenimento di una corretta igiene dentale.

Solitamente si riserva la contenzione fino al secondo premolare solo nei casi estrattivi, quando i primi premolari sono stati estratti, perché in queste arcate è fisiologica una certa tendenza a riaprirsi dello spazio tra canini e secondi premolari, che potremmo evitare con una contenzione che comprenda i quinti.

Per quanto concerne l'esecuzione, viene preferito eseguire la contenzione prima dello smontaggio dell'apparecchiatura fissa, perché questa scelta ci aiuta nell'applicazione più corretta e nell'osservare alcune utili accortezze che vedremo. Il piccolo arco che andremo a modellare può essere eseguito su un modello in gesso dopo aver preso un'impronta, oppure direttamente in bocca se si è abbastanza rapidi nell'eseguirlo, ed è il metodo più semplice e consigliato.

Una volta modellato, il piccolo arco può essere leggermente temprato alla fiamma per fargli perdere un pò di elasticità, ma se è ben modellato si può anche non temprare (Fig. 1b).

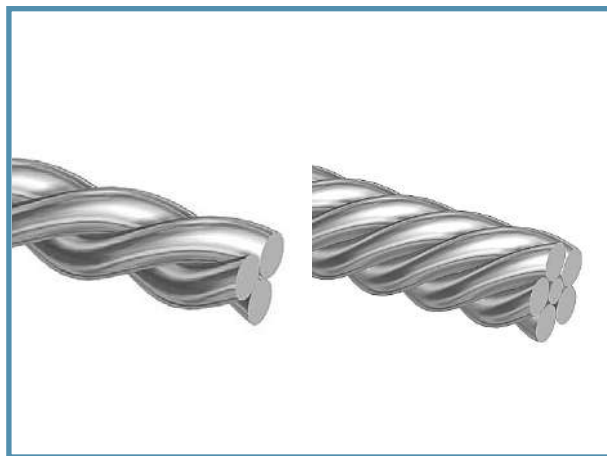


Fig. 1a

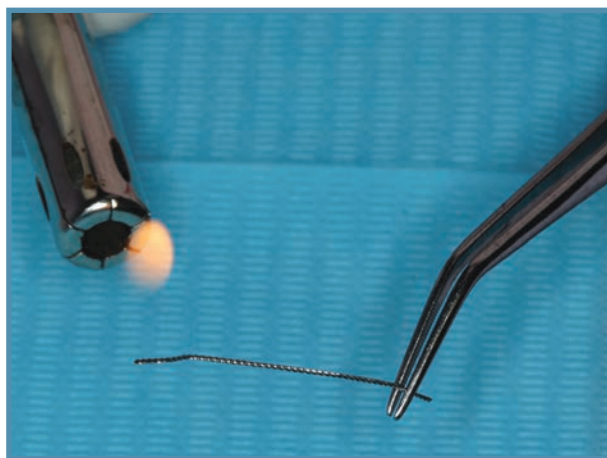


Fig. 1b

Dopodiché l'arco va posizionato in bocca fermandolo con delle legature in 3 o in tutti e 5 gli spazi interdentali, ma non bisogna esagerare e le legature non devono forzare il filo, perché l'arco deve essere modellato bene e giacere sulle pareti linguali dei denti anteriori in modo passivo. Sarebbe opportuno mettere anche una catenella elastica ben tirata tra i sei denti anteriori, per garantirsi che non si aprano minimamente gli spazi interdentali e che si mantengano i punti di contatto. La presenza dell'apparecchiatura fissa esteriormente ci aiuta in questa manovra. Infatti i denti sono ancora facilmente mobili e una leggera pressione potrebbe spostarli.

Particolare attenzione va posta nello stabilire il livello in cui va posizionato l'arco. È chiaramente preferibile metterlo a livello dei punti di contatto, il più coronale possibile, senza invadere o attraversare inutilmente gli spazi interdentali, perché anche in questo caso si avrebbero dei deleteri accumuli di placca che potrebbero provocare gengiviti. Chiaramente non bisogna neanche renderlo visibile dall'esterno.

Quindi viene applicato il mordenzante sulle pareti linguali che precedentemente erano state pulite con un gommino e poi vengono risciacquate e asciugate (Figg. 2 e 3).

L'applicazione del composito deve essere fatta molto attentamente, non bisogna invadere gli spazi interdentali, interferendo con i punti di contatto, che devono rimanere liberi e detergibili, e consigliamo un composito carico, tipo ibridi, non un flow, se non per bloccarlo un po' inizialmente, perché i compositi hanno una resistenza maggiore ai carichi ed all'usura nel tempo (Fig. 4).



Fig. 4

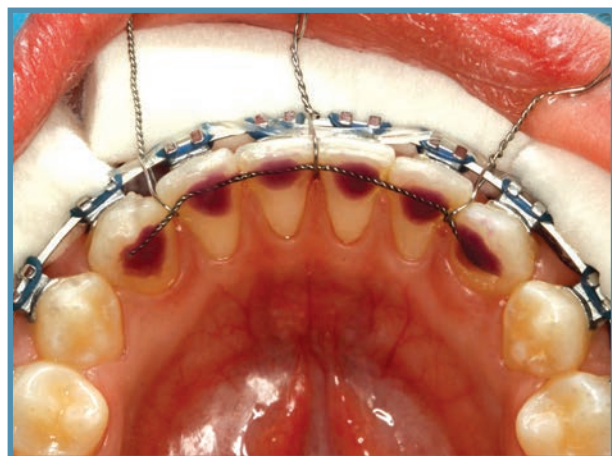


Fig. 2



Fig. 3

A questo proposito è importante un chiarimento: ai nostri pazienti dobbiamo applicare una "contenzione" non uno "splintaggio", invadendo spazi interdentali, bloccando meccanicamente ed immobilizzando il settore anteriore inferiore. Per questo motivo sono controindicate assolutamente contenzioni con le fibre, perché, oltre ad essere voluminose, richiederebbero composito in tutta la loro estensione e quindi invaderebbero zone che dovrebbero essere detergibili, come vedremo di seguito, oltre al fatto che hanno dimostrato una durata media di soli 2 anni. Infine creano accumuli di placca che provocherebbero gengiviti, e per tali motivi anche fili troppo spessi o piattine larghe non sono tra le scelte migliori. Inoltre l'immobilizzazione assoluta dei denti non è consigliabile perché perderebbero quella possibilità di lievi movimenti vestibolo-linguali e verticali che stimolano lo stato di benessere del parodonto, con azioni di pompaggio del legamento parodontale e conseguente stimolo alle cellule e tessuti che lo costituiscono. Tra i pazienti trattati ce ne sono alcuni che presentano seri problemi di stabilità dentale per perdita della struttura parodontale (generalmente oltre i 50 anni di età) in questi casi dobbiamo fare una contenzione tipo splintaggio che assicurerà il paziente dal non aver una sicura recidiva nel breve termine e che naturalmente dovrà portare a vita.

Come si è detto nella prima parte, nessuna evidenza scientifica e revisione della letteratura ha mai dimostrato per quanto tempo si debba portare una contenzione fissa, ma è chiaro che finché c'è una contenzione, raramente si avranno problemi, e soprattutto se portata per diversi anni, una volta tolta, si avrà una garanzia maggiore che una più o meno probabile recidiva possa avvenire ancora più tardivamente e in modo meno pronunciato.

Per quanto concerne l'uso della diga, secondo noi si tratta di un eccesso, in quanto si lavora solo su smalto ed in una zona linguale molto ristretta, pertanto con sistemi isolanti o semplicemente rullini di cotone ben posizionati, si può realizzare una corretta contenzione. Nel caso si voglia utilizzare la diga, bisogna fare alcune considerazioni: se facciamo la contenzione sotto diga dopo aver smontato l'apparecchiatura fissa, o quantomeno tolto l'arco esterno, gli incisivi inferiori avranno sicuramente un lieve movimento di flaring sottoposti alle forze elastiche della diga, perciò, dopo aver applicato la diga i denti andrebbero solidarizzati con una catenella elastica esterna e se si vogliono utilizzare le legature metalliche esterne per sostenere l'archetto di contenzione, come descritto prima, andrebbe anche rimontato l'arco esterno. È assolutamente sconsigliato smontare l'apparecchiatura esterna e mettere la diga, perché non avremmo il controllo del flaring dentale degli incisivi inferiori con conseguente apertura di piccoli ma fastidiosi spazi interdentali, poiché, essendo a fine terapia, i denti presentano ancora una lieve mobilità, e sarebbe deleterio chiudere tali spazi con il composito, specialmente se parliamo di giovani pazienti.

La contenzione dovrà essere facilmente detergibile sia per il paziente che per l'igienista usando fili e scovolini che precedentemente sono stati provati e consegnati al paziente, nelle loro giuste misure (Figg. 5-7).

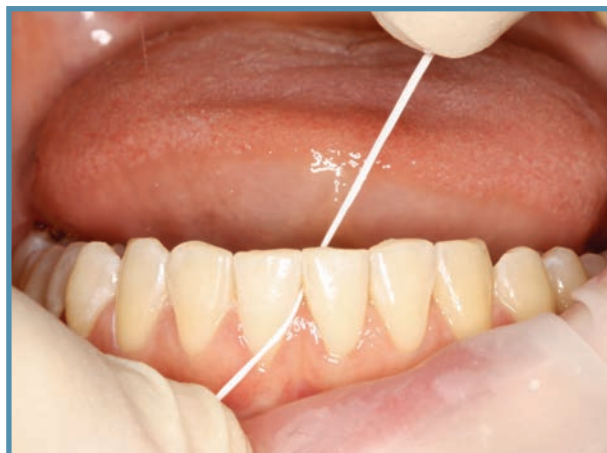


Fig. 6



Fig. 7



Fig. 5

Per quanto concerne una contenzione fissa nel settore anteriore superiore, raramente si ricorre a questa soluzione per evidenti problemi di occlusione, che interferirebbero con il filo applicato sulle pareti linguali dei denti anteriori. Ma nei casi che sono partiti inizialmente da situazioni parodontali critiche come il caso seguente, donna adulta con grave proclinazione degli incisivi superiori e perdita di sostegno parodontale vestibolare, è d'obbligo una contenzione fissa e a vita (Figg. 8-14).

CASO CLINICO



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13

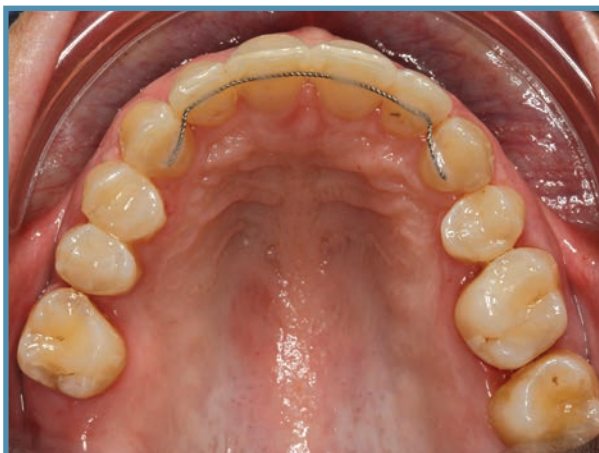


Fig. 14

Veniamo ora alle contenzioni amovibili che di solito si usano nell'arcata mascellare superiore.

Si è già parlato delle mascherine, quindi tratteremo solo dell'uso di un tipo di placca.

Esistono molti tipi di placche come contenzione, ma illustreremo solo quelle che noi usiamo e che sono essenzialmente di due tipi, con in più la variante dell'aggiunta della resina anteriore sul filo vestibolare per evitare piccole rotazioni degli incisivi, nel caso si sia partiti inizialmente con gli incisivi molto inclinati o ruotati.

1) Placca Wraparound

La placca Wraparound (Fig. 15) è una placca in cui l'arco parte distalmente al secondo molare e non attraversa mai il piano occlusale, lasciando i denti liberi di trovare piccoli aggiustamenti occlusali, ma contenendoli sostanzialmente nella loro posizione, per arrivare distalmente al secondo molare contro laterale. Presenta facoltativamente nell'arco vestibolare delle anse ad omega e un rinforzo contenitivo in resina (Figg. 16, 17) ed anche delle rientranze a livello mesiale dei primi molari, come piccoli rientri utili per una maggiore ritenzione, sempre senza interferire con l'articolazione dentale.



Fig. 15



Fig. 16 - Variante con rinforzo in resina vestibolare per prevenire rotazioni incisali e rientri prima dei molari per una maggiore ritenzione



Fig. 17 - Placca Wraparound con rinforzo contenitivo vestibolare anteriore in resina

Nei casi in cui il nostro paziente avesse avuto una deglutizione atipica importante con morso aperto anteriore, spesso avremmo cercato in una fase prima dell'applicazione dell'apparecchiatura fissa, di far portare un apparecchio che avesse corretto la deglutizione atipica, che è stato argomento di un nostro precedente articolo. Accade, però, spesso che quel periodo non è sufficiente a far cambiare la modalità di deglutizione al nostro paziente, così la terapia con l'apparecchio funzionale ad un certo punto viene obbligatoriamente interrotta per passare alla terapia fissa con brackets ed archi per circa 18/24 mesi, ma poi quando dobbiamo applicare la contenzione amovibile è proficuo approfittare di un apparecchio che faccia ambedue le azioni: la contenzione e la rieducazione linguale prendendo con la classica fava due piccioni, che sono ben svolte dal Wraparound tipo E.L.N. di Bonnet

2) Placca Wraparound tipo E.L.N. di Bonnet

La placca Wraparound tipo E.L.N. (Envelope Lingual Nocturne) di Bonnet (Figg. 18, 19) ha in più, rispetto alla precedente, uno scudo anteriore per evitare l'interposizione della lingua tra le arcate ed un grosso foro sulla parte anteriore del palato, per dare al paziente la sensibilità propriocettiva di dove posizionare la lingua quando si deglutisce, toccando la mucosa del palato.



Fig. 18

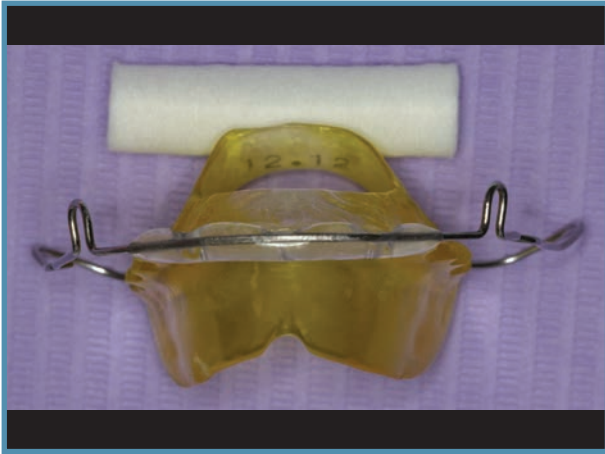


Fig. 19

Questa tipologia di placca ha un'azione rieducativa anche di notte e permette al paziente di fare una rieducazione funzionale per molte ore della giornata, che non avrebbe mai fatto volontariamente con esercizi funzionali, se non per pochi minuti al giorno e non sempre.

CONCLUSIONI

Pur rimanendo ancora molte incertezze sulle quali l'evidenza scientifica ancora non ha fatto chiarezza, per quanto riguarda i tempi, i modi e le necessità, la contenzione rimane, a nostro avviso, una fase importante e determinante nel successo terapeutico ortodontico a lungo termine e dovrebbe essere sempre presa nella giusta considerazione dall'ortodontista, per poi trasferire il valore al paziente al quale si deve per forza chiedere una compliance attiva.

L'ortodontista, nei riguardi della contenzione, ha molte armi a disposizione, in questo articolo ne sono state illustrate solo alcune, e sta alla sua esperienza saperne gestire volta per volta il loro utilizzo, secondo le caratteristiche della malocclusione che si è trattata e secondo la tipologia del paziente, per avere infine una soluzione quanto più a misura e "customized", che potrà sancire il successo per un lungo termine della terapia realizzata, e soddisferà paziente e professionista ortodontista.

Apparecchiature amovibili realizzate dal Laboratorio Ortoset di Callarelli Mauro

BIBLIOGRAFIA

- Akgul AA, Toygar TU. Natural craniofacial changes in the third decade of life: a longitudinal study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2002 Nov;122(5):512-22
- Akkaya S, Haydar S. Post-retention results of spring-loaded posterior bite-block therapy. *Aust Orthod J.* 1996 Oct;14(3):179-83
- Artun J, Spadafora AT, Shapiro PA. A 3-year follow-up study of various types of orthodontic canine-to-canine retainers. *Eur J Orthod.* 1997 Oct;19(5):501-9
- Arystas MG. Maintaining orthodontic success: retention for the adult patient. *J Esthet Dent.* 1996;8(6):279-83. Review
- Bastos MT, Mondelli J, Ishikiriama A, Navarro MF. Tensile strength of five types of retention for resin-bonded prostheses. *J Prosthet Dent.* 1991 Dec;66(6):759-62
- Bearn DR, McCabe JF, Gordon PH, Aird JC. Bonded orthodontic retainers: the wire-composite interface. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1997 Jan;111(1):67-74
- Bondemark L, Holm AK, Hansen K, Axelsson S, Mohlin B, Brattstrom V, Paulin G, Pietila T. Long-term stability of orthodontic treatment and patient satisfaction. A systematic review. *Angle Orthod.* 2007 Jan;77(1):181-91. Review
- Brown ID. 'Orthodontic relapse'. *Br Dent J.* 1992 May 23;172(10):366
- Case CS. Principles of retention in orthodontia. 1920. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2003 Oct;124(4):352-61
- Cerny R. Permanent fixed lingual retention. *J Clin Orthod.* 2001 Dec;35(12):728-32
- Cerny R. Re: Fixed lingual retention and relapse. *Aust Orthod J.* 2001 Nov;17(2):19°
- Erdinc AE, Nanda RS, Isiksal E. Relapse of anterior crowding in patients treated with extraction and nonextraction of premolars. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006 Jun;129(6):775-8
- Compagnucci L., Grecolini M.E. Quando utilizzare appropriatamente apparecchi funzionali di Classe 2 prima del picco di crescita: un nuovo protocollo terapeutico. *Bollettino Leone* 106/12, 2020
- Cook PA. Orthodontic relapse. *Br Dent J.* 1992 Mar 21;172(6):228
- Cozza P, Fidato R, Germani C., Santoro G., Siciliani G., "La deglutizione atipica". *Mondo Ortodontico* 17:141-159, 1992
- Crabb J. 'Orthodontic relapse'. *Br Dent J.* 1992 May 9;172(9):333
- Destang DL, Kerr WJ. Maxillary retention: is longer better? *Eur J Orthod.* 2003 Feb;25(1):65-9
- Dincer M, Meral O, Tumer N. The investigation of occlusal contacts during the retention period. *Angle Orthod.* 2003 Dec;73(6):640-6
- Durbin DD. Relapse and the need for permanent fixed retention. *J Clin Orthod.* 2001 Dec;35(12):723-7
- Ferrante A.: "La deglutizione atipica". *Il dentista moderno* 15: 227-239, 1995
- Ferrario VF, Marciandi PV, Tartaglia GM, Dellavia C, Sforza C. Neuromuscular evaluation of post-orthodontic stability: an experimental protocol. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.* 2002;17(4):307-13
- Foster TD. 'Orthodontic relapse'. *Br Dent J.* 1992 Jul 11;173(1):10
- Garliner D. "Importanza di una corretta deglutizione". Ed. Futura, San Benedetto del Tronto, 1996.
- Georgaklis CC. Anterior retention with a reinforced composite resin splint after cosmetic orthodontic treatment. *Dent Today.* 2002 Jan;21(1):54-7
- Gonzalez B. Parafunction: the missing link in orthodontic relapse? *Int J Orthod Milwaukee.* 2005 Spring;16(1):17-20

- Gottlieb EL, Cozzani M, de Harfin JF, Helmholtz RD, Logan LR, Warren DW. Stability of orthodontic treatment. Part 1. *J Clin Orthod*. 2006 Jan;40(1):27-38
- Gravely JF. Orthodontic relapse. *Br Dent J*. 1992 Mar 21;172(6):228-9
- How Kau C. Orthodontic retention regimes: will we ever have the answer? *Evid Based Dent*. 2006;7(4):100
- Kahl-Nieke B. Retention and stability considerations for adult patients. *Dent Clin North Am*. 1996 Oct;40(4):961-94. Review
- Kahl-Nieke B, Fischbach H, Schwarze CW. Post-retention crowding and incisor irregularity: a long-term follow-up evaluation of stability and relapse. *Br J Orthod*. 1995 Aug;22(3):249-57
- Kaplan H. Maxillary bonded retention. *Angle Orthod*. 1993 Spring;63(1):6
- Karaman AI, Polat O, Buyukyilmaz T. A practical method of fabricating a lingual retainer. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2003 Sep;124(3):327-30
- Kargul B, Caglar E, Kabalay U. Glass fiber reinforced composite resin space maintainer: case reports. *J Dent Child (Chic)*. 2003 Sep-Dec;70(3):258-61
- Kettler CJ. 'Orthodontic relapse'. *Br Dent J*. 1992 Mar 21;172(6):228
- Josell SD. Tooth stabilization for orthodontic retention. *Dent Clin North Am*. 1999 Jan;43(1):151-65, vii. Review
- Justus R. "Correction of anterior open bite with spurs: Long-term stability" *World Journal of Orthodontics*. 2001; 2:219-231
- Levrini A. "Le abitudini viziate". Ed. Masson Milano, 1989.
- Little RM. Stability and relapse of dental arch alignment. *Br J Orthod*. 1990 Aug;17(3):235-41. Review
- Littlewood SJ, Millett DT, Doubleday B, Bearn DR, Worthington HV. Orthodontic retention: A systematic review. *J Orthod*. 2006 Sep;33(3):205-212
- Littlewood SJ, Millett DT, Doubleday B, Bearn DR, Worthington HV. Retention procedures for stabilising tooth position after treatment with orthodontic braces. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD002283. Review
- Liou EJ, Chen LI, Huang CS. Nickel-titanium mandibular bonded lingual 3-3 retainer: for permanent retention and solving relapse of mandibular anterior crowding. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2001 Apr;119(4):443-9
- M. D'Attilio, U. Comparelli, F. Festa *Ortodonzia Funzionale 2011*
- McNally M, Mullin M, Dhoptakar A, Rock WP. Orthodontic retention: why when and how? *Dent Update*. 2003 Oct;30(8):446-52. Review
- McNamara TG, McNamara T, Sandy JR. A new approach to incisor retention—the lingual spur retainer. *Br J Orthod*. 1996 Aug;23(3):199-201
- Moyers R.E. "The infantile swallow" *TRansEur. Orthod*. 40, 1964.
- Morris DO. 'Orthodontic relapse'. *Br Dent J*. 1992 May 23;172(10):366
- Motoyoshi M, Shirai S, Yano S, Nakanishi K, Shimizu N. Permissible limit for mandibular expansion. *Eur J Orthod*. 2005 Apr;27(2):115-20
- Nanda RS, Nanda SK. Considerations of dentofacial growth in long-term retention and stability: is active retention needed? *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1992 Apr;101(4):297-302
- Naraghi S, Andren A, Kjellberg H, Mohlin BO. Relapse tendency after orthodontic correction of upper front teeth retained with a bonded retainer. *Angle Orthod*. 2006 Jul;76(4):570-6-84
- Postlethwaite K. Orthodontic retention: how and why. *Dent Update*. 1994 Jan-Feb;21(1):22-6
- Proffit WR., Chastain B.B., Norton L.A.: "Linguopalatal pressure in children". *Am J. Orthod. Dentofacial Orthop*. 55, 154-166, 1969.
- Radlanski RJ, Zain ND. Stability of the bonded lingual wire retainer—a study of the initial bond strength. *J Orofac Orthop*. 2004 Jul;65(4):321-35
- Rinchuse DJ, Miles PG, Sheridan JJ. Orthodontic retention and stability: a clinical perspective. *J Clin Orthod*. 2007 Mar;41(3):125-32
- Roberts G. The retention phase of treatment: retention—still the stepchild. *Aust Orthod J*. 1993 Oct;13(1):29-31
- Rose E, Frucht S, Jonas IE. Clinical comparison of a multistranded wire and a direct-bonded polyethylene ribbon-reinforced resin composite used for lingual retention. *Quintessence Int*. 2002 Sep;33(8):579-83
- Segner D, Heinrici B. Bonded retainers—clinical reliability. *J Orofac Orthop*. 2000;61(5):352-8
- Shah AA, Sandler PJ, Murray AM. How to... place a lower bonded retainer. *J Orthod*. 2005 Sep;32(3):206-10
- Sheridan JJ, LeDoux W, McMinn R. Essix retainers: fabrication and supervision for permanent retention. *J Clin Orthod*. 1993 Jan;27(1):37-45
- Sivakumar A, Valiathan A. Stability and functional appliances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2005 Dec;128(6):687; author reply 687-8
- Straub W.J.: "The etiology of the perverted swallowing habit". *Am J. Orthod. Dentofacial Orthop*. 37:603-610, 1951.
- Starub W.J. "Malfunction of the tongue. Part I. The abnormal swallowing habit: its cause, effects, and the results in relation to orthodontic treatment and speech therapy". *Am J. Orthod. Dentofacial Orthop*. 46, 1960.
- Starub W.J. "Malfunction of the tongue. Part II. "The abnormal swallowing habit: its cause, effects, and the results in relation to orthodontic treatment and speech therapy". *Am J. Orthod. Dentofacial Orthop*. 47, 1961.
- Starub W.J. "Malfunction of the tongue. Part I. The abnormal swallowing habit: its cause, effects, and the results in relation to orthodontic treatment and speech therapy". *Am J. Orthod. Dentofacial Orthop*. 48, 1962.
- Taner TU, Haydar B, Kavuklu I, Korkmaz A. Short-term effects of fibrotomy on relapse of anterior crowding. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2000 Dec;118(6):617-23
- Thilander B. Orthodontic relapse versus natural development. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2000 May;117(5):562-3
- Weiland FJ. The role of occlusal discrepancies in the long-term stability of the mandibular arch. *Eur J Orthod*. 1994 Dec;16(6):521-9
- Williams S, Andersen CE. Incisor stability in patients with anterior rotational mandibular growth. *Angle Orthod*. 1995;65(6):431-42
- Williams D. 'Orthodontic relapse'. *Br Dent J*. 1992 May 9;172(9):333-4
- Wyatt WE Sr. Retention: a long and constant contract (Part II). *J Gen Orthod*. 1999 Spring;10(1):9-12
- Wyatt WE Sr. Retention: a long and constant contract. *J Gen Orthod*. 1998 Winter;9(4):23-7
- Lenz GJ, Woods MG. Incisal changes and orthodontic stability. *Angle Orthod*. 1999 Oct;69(5):424-32
- Zachrisson BU. Long-term retention of treated posterior crossbites. *World J Orthod*. 2006 Spring;7(1):84-91
- Zachrisson BU. Important aspects of long-term stability. *J Clin Orthod*. 1997 Sep;31(9):562-83. Review



Centro Formazione



Perché ALLEO: vantaggi nel suo utilizzo

*Primo appuntamento di ottobre
per gli eventi "Perché ALLEO",
una serie di incontri guidati dal
Dott. Massimiliano Ciaravolo
dedicati all'allineatore
Ortodontico Leone.*

La serata, organizzata in collaborazione con i DSLAB campani CP Laboratorio Odontotecnico, Ortolab Pompei e Laboratorio Ortodontico FM Fabio Miano si è svolta giovedì 14 ottobre 2021 presso l'hotel Habita79 di Pompei e si è conclusa intorno alle 22.00 con un brindisi finale nella sala dell'evento.

Sono stati molteplici gli argomenti affrontati durante l'incontro, dai vantaggi dei trattamenti con allineatori, alle modalità più idonee per gestire al meglio le malocclusioni dei pazienti con questi dispositivi, fino ad arrivare a esempi pratici e consigli utili: presentando ai clinici ogni aspetto degli allineatori ALLEO e, più in generale, facendo conoscere il loro mondo e i servizi offerti da Digital Service Leone.

Il Dott. Massimiliano Ciaravolo, relatore della serata, ha infatti parlato a lungo dei prodotti DSL, approfondendo in particolar modo la filosofia di ibridizzazione dei trattamenti e soffermandosi al contempo sulle caratteristiche, sia tecniche che di servizio (come la piattaforma DSL), di ALLEO e presentando nuovi esempi di trattamento e aspetti clinici per un'efficace gestione dei trattamenti.

Il prossimo appuntamento con le serate "Perché ALLEO" è previsto per il **16 dicembre ad Ancona**.
Per info evento: iso@leone.it



L'ortodonzia vive una nuova epoca

Digitali le soluzioni ortodontiche così come digitali i servizi offerti, questa è la forza di Digital Service Leone.

Ogni trattamento - **allineatori ALLEO®**, **espansori ibridi ALLEO+** ed **elastomeri personalizzati** - viene completamente customizzato grazie alla **Piattaforma DSL**, lo spazio virtuale creato in collaborazione con un pool selezionato di esperti ortodontisti e cuore pulsante di tutta la progettazione.

Oltre alle numerose funzionalità necessarie per impostare il trattamento, tra cui il viewer 3D, la Piattaforma DSL offre tutta una serie di strumenti tecnologici per facilitare e valorizzare il lavoro del clinico.



**Inquadra il QR Code e
iscriviti gratuitamente
alla Piattaforma DSL
su [dsleone.it](https://www.dsleone.it)**

Scegli il tuo partner DSLALB!

Per essere ancora più vicina ad ogni clinico, Digital Service Leone ha scelto di offrire **il supporto logistico e tecnico di un laboratorio ortodontico selezionato**. In questo modo, il clinico ha sempre un **tecnico esperto di riferimento che lo accompagna in tutto il trattamento**, garantendo un supporto esteso anche in termini di orari e di soluzioni.

Al clinico basterà caricare sulla Piattaforma DSL i dati per la richiesta dello studio del caso del suo paziente e il DSLALB si occuperà del ritiro, sviluppo e revisione dell'impronta, nonché del suo caricamento sulla piattaforma.



**Inquadra il QR Code
e scopri tutti i
DSLALB sul territorio**

Digital Service Leone Srl
Via Pratese 160/b
50145 Firenze | Italia

Contattaci
055 019901
info@dsleone.it | www.dsleone.it



Una società del Gruppo



Complici del tuo Sorriso.

SCOPRI L'ALLINEATORE LEONE SU
[DSLEONE.IT/ALLEO](https://www.dsleone.it/alleo)



**ALLEO È L'ALLINEATORE CAPACE DI ESPRIMERE AL
MEGLIO LA PROFESSIONALITÀ DEI CLINICI ED ASSICURARE
UN MAGGIORE COINVOLGIMENTO DEI PROPRI PAZIENTI
NELL'ADERENZA AL TRATTAMENTO.**

ALLEO®



Leone S.p.a. Ortodonzia e Implantologia

Via P. a. Quaracchi 50 | 50019 Sesto Fiorentino | Firenze | Italia | tel. 055.304401 | fax 055.374808 | info@leone.it | www.leone.it