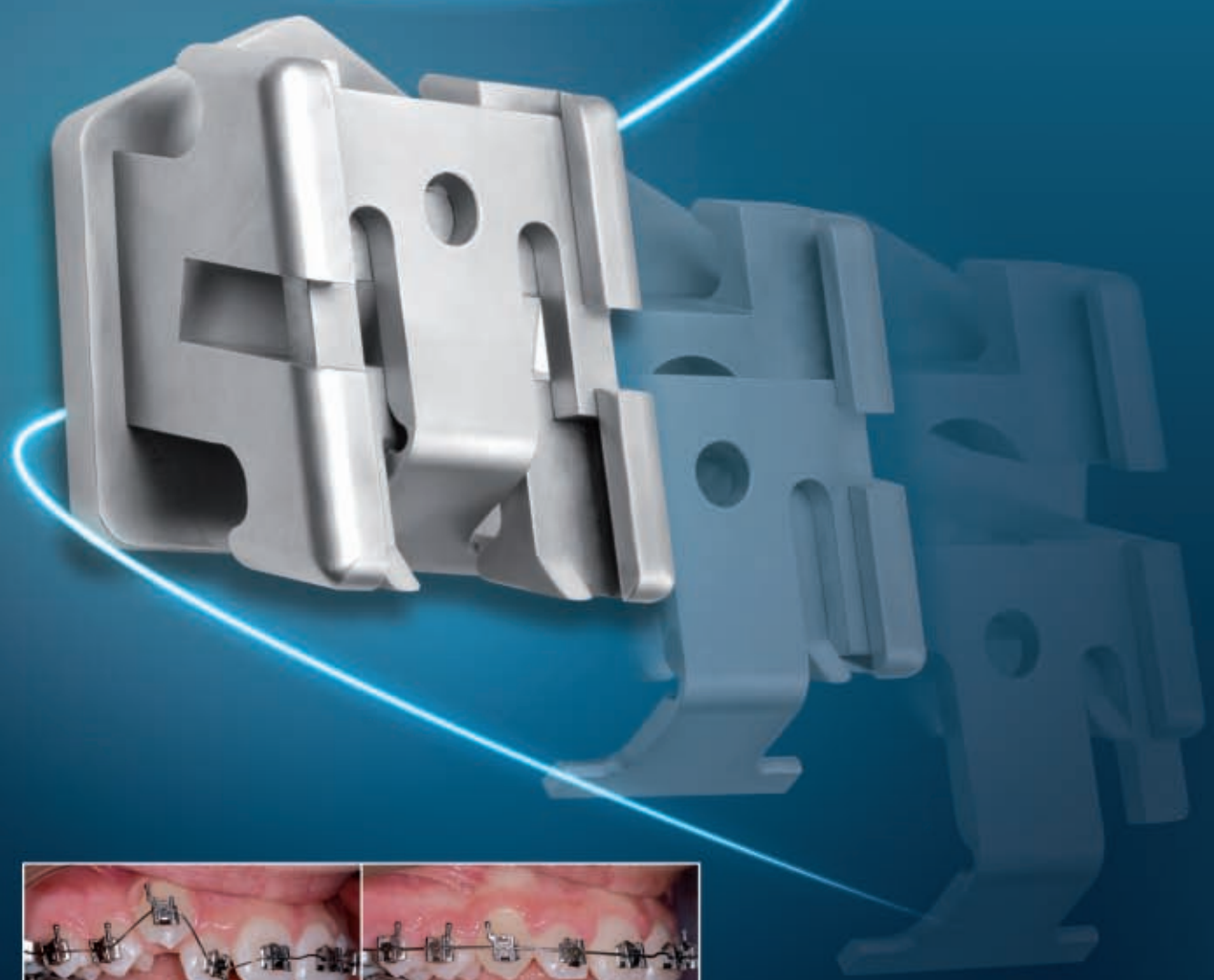


BOLLETTINO

BOLLETTINO DI INFORMAZIONI LEONE

F1000

self-ligating bracket 



BOLLETTINO

BOLLETTINO DI INFORMAZIONI LEONE

SOMMARIO

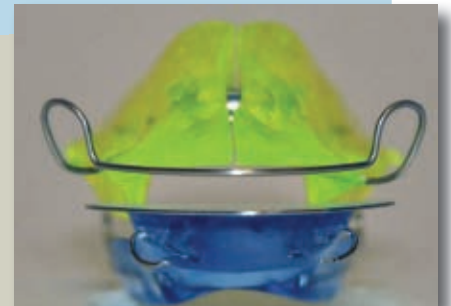
- 4** **Gli attacchi self-ligating F1000: obiettivi del progetto e riscontri dalla clinica**
Gabriele Scommegna
- 10** **Il codice QR: come usufruirne**
- 13** **Espansione del mascellare superiore in dentatura mista con l'utilizzo di una sistemica "low friction"**
Dott.ssa G. Fortini, Dott.ssa A. Piras, Prof. V. Piras
- 20** **La storia dell'ortodonzia italiana**
Storiche trazioni o at-trazioni storiche
D. Doratiotto
- 22** **300 parole su...**
Semplici soluzioni a problemi di "tutti" i giorni
F. Francolini, C. Gherardini
- 24** **Calendario Corsi ISO**
- 26** **Estratto da "Espansione Rapida Palatale. terapia del deficit trasversale scheletrico del mascellare superiore"**
Prof.ssa P. Cozza
- 37** **l'Equi-plan di Planas**
R.N.O. sviluppo verticale dei premolari e molari nei deep-bite
E. Magi, Dott.ssa F. Zavatta
- 43** **XXVIII Incontro Culturale Leoclub**
- 44** **La sinergia tra ortodonzia e chirurgia nel trattamento delle disarmonie di III Classe**
Intervista al Prof. M. Raffaini e al Dott. L. Franchi
Dott. T. Baccetti
- 47** **Il Fast back: revisioni tecnico-costruttive**
S. Lumetta

Sommario

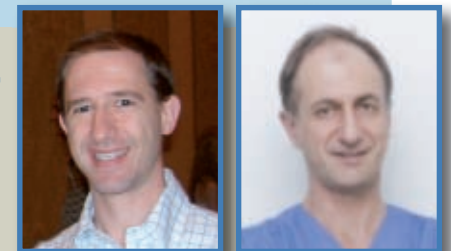
13



37



44



SEMBRA FACILE!

Come già vi avevamo informato nello scorso bollettino, la decisione di uscire con il nostro self-ligating dopo del tempo rispetto alle aziende concorrenti è dovuta principalmente al fatto che volevamo presentare un prodotto ottimale. Abbiamo quindi studiato a lungo per decidere quali caratteristiche dovesse avere sia per incontrare al meglio le esigenze dei professionisti, sia per evitare le eventuali complicazioni verificatesi sugli attacchi self-ligating già presenti in commercio.

Può sembrare facile immaginarsi un sistema di chiusura per un attacco finché si lavora su un foglio con una penna, ma vi assicuro che, quando ci si riporta alle dimensioni che realmente ha un attacco e al fatto che deve essere prodotto in serie, non è affatto facile.

Provate a prendere in mano un nostro attacco e realizzate quanto sia piccolo. Io, che ho ormai superato i quarant'anni, ho veramente difficoltà a vederlo nei suoi particolari.

Osservate i piccoli binari nei quali scorre lo sportello e, guardando la loro dimensione, immaginate quanto sia complesso realizzarli. Pensate poi, che l'attacco è formato da tre pezzi: la basetta, il corpo e lo sportellino. Quest'ultimo deve essere collocato nella sua sede con estrema precisione e accuratezza, uno ad uno.

Ad oggi abbiamo diversi addetti del nostro reparto assemblaggio che tutto il giorno, con l'ausilio di una telecamera/microscopio, seguono il montaggio dello sportellino sul corpo dell'attacco e verificano la perfetta funzionalità del meccanismo di apertura e chiusura.

Non sto poi ad annoiarvi nel descrivere tutte le fasi che sono necessarie per la realizzazione del corpo dell'attacco, ma se lo guardate con attenzione vi renderete conto di come la sua forma sia complessa e articolata. Inoltre, come sapete, ogni attacco è diverso dall'altro e quindi le difficoltà sono moltiplicate per venti.

Per la loro realizzazione abbiamo dovuto coniugare al meglio sofisticata tecnologia e accurato artigianato, caratteristiche entrambe della cultura industriale italiana.

Ci piacerebbe far vedere ad ognuno di voi tutto il percorso, che dalla polvere di acciaio, il cosiddetto feedstock, (i nostri self-ligating sono realizzati con la tecnologia MIM®) porta all'attacco finito. E ancora, tutte le fasi di controllo che il prodotto deve passare ai vari stadi di lavorazione, prima di essere considerato "buono" e di conseguenza confezionato per voi.

Se con queste parole abbiamo solleticato la vostra curiosità, vi invitiamo a venire a trovarci per vedere cosa c'è dietro al prodotto Leone che magari state utilizzando. Sempre più ci piacerebbe farvi partecipi del lavoro e della passione che mettiamo nel produrre, qui a Firenze, la nostra gamma di articoli per ortodonzia e implantologia.



codice QR per Smart Phone

Questo codice QR, leggibile con uno smart phone, vi permetterà di vedere un breve filmato in cui mostriamo alcune delle fasi di lavorazione del nostro F1000 descritte sopra.

In attesa di incontrarvi di persona qui da noi,

Elena Pozzi

Gli attacchi self-ligating F1000: obiettivi del progetto e riscontri dalla clinica

Gabriele Scommegna – Direttore Ricerca e Sviluppo del Prodotto Leone

I bracket F1000 sono stati progettati per rispondere alle più sofisticate esigenze biomeccaniche, con l'obiettivo di una **gestione clinica semplificata** e priva dei noti inconvenienti dei sistemi self-ligating già presenti nel mercato. Gli attacchi auto leganti F1000 sono passivi in quanto la chiusura dello sportellino rende lo slot un tubo con l'effetto biomeccanico di ridurre la frizione favorendo l'applicazione di forze leggere per facilitare l'allineamento e il livellamento. Il design delle alette permette l'applicazione di legature convenzionali per facilitare la correzione delle rotazioni ed anche per la piena espressione dei valori di torque, angolazione e in-out al fine di conseguire un perfetto dettagliamento dei casi.



Tre sono stati gli aspetti di prioritaria importanza presi in considerazione nella ideazione e produzione di questa serie di attacchi: il **posizionamento intuitivo**, la **semplicità ed affidabilità del meccanismo "ligating"** e il **comfort del paziente**.

POSIZIONAMENTO

La forma diagonale e la bassetta pentagonale rendono intuitivo far collimare il bracket F1000 sull'asse lungo della corona: il posizionamento sul dente risulta quindi accurato come con i bracket convenzionali.

Tutti i bracket F1000 sono dotati della marcatura FDI^(brevettato) sulla bassetta che li rende inequivocabilmente identificabili anche nelle fasi operative dell'incollaggio.



SEMPLICITÀ

Il **meccanismo brevettato self-ligating** si basa su un'appendice dello sportellino (di nichel titanio superelastico) che, in posizione di chiusura, è ancorata al di sotto delle alette: la particolare proprietà della lega nichel titanio consente di superare l'apice della zona sotto aletta e di aprire lo slot con una lieve pressione.

Il principio del meccanismo auto legante è molto semplice e risulta estremamente sicuro e di facile utilizzo in bocca. Lo sportellino scorre sulle due sedi laterali vincolato ad esse: non è quindi possibile uno sganciamento accidentale.



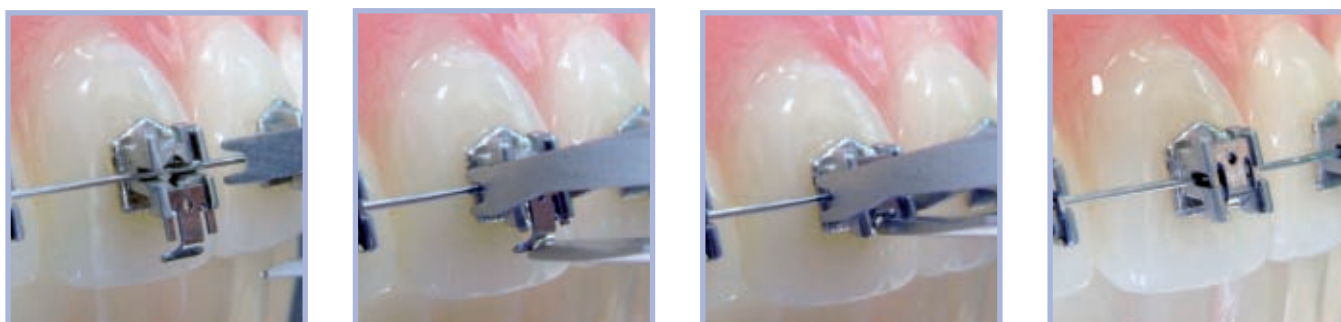
APERTURA / CHIUSURA

Gli attacchi self-ligating F1000 si aprono con dispositivi comunemente disponibili in studio, quali lo strumento di utilità o lo specchio, agendo sul foro presente sullo sportellino, o sul bordo superiore dello stesso fino allo sgancio con una direzione che è sempre, sia per gli attacchi superiori che per gli inferiori, dall'alto verso il basso: in questo modo il peso dello sportellino favorirà il mantenimento della stesso in apertura, consentendo l'agevole inserimento dell'arco.

È inoltre disponibile uno strumento dedicato che può essere utilizzato sia per chiudere che per aprire lo sportellino. Nel movimento di chiusura, oltre a guidare e a mantenere il filo nello slot, applica una leggera pressione sull'appendice dello sportellino completando l'operazione con semplicità.



codice QR per Smart Phone



Per aprire l'attacco si usa lo strumento capovolto e, anche in questo caso, basterà una leggera pressione sul bordo superiore dello sportellino per sganciarlo facilmente dalla posizione di chiusura.



COMFORT

La forma priva di asperità, i margini particolarmente smussati e il minimo spessore in/out rendono gli F1000 confortevoli al pari dei bracket convenzionali.



Di seguito pubblichiamo i casi trattati di alcuni clinici che tra i primi hanno "sperimentato" i nostri attacchi self-ligating F1000; le testimonianze dal campo dimostrano che gli obiettivi principali del progetto sono stati raggiunti.

“Gli attacchi F1000, per le loro caratteristiche, consentono di sfruttare i vantaggi della Low Friction anche con tecniche biomeccaniche più complesse.”

*Dott. Giulio Buccarelli
Libero professionista a Castiglione delle Stiviere (MN)*



Fig. 1-4 - Gemaio 2010 situazione iniziale con apparecchio



Fig. 5-8 - Luglio 2010 controllo a sei mesi



Fig. 2



Fig. 6



Fig. 3



Fig. 7



Fig. 4



Fig. 8

“Ho particolarmente apprezzato il ridotto spessore degli F1000 perché favorisce il comfort e l'accettazione del trattamento da parte dei pazienti.”

*Dott. Matteo Camporesi
Assegnista di ricerca – Università degli Studi di Firenze*



Fig. 1-4 - 14/04/2010 situazione iniziale con apparecchio



Fig. 5-8 - 13/09/2010 follow-up a 5 mesi



Fig. 2



Fig. 6



Fig. 3

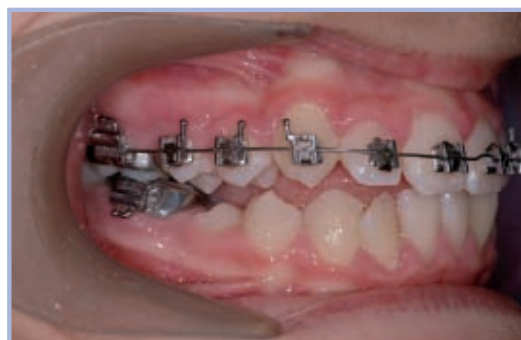


Fig. 7



Fig. 4



Fig. 8

“La forma diagonale degli F1000 facilita il posizionamento e il meccanismo self-ligating sembra particolarmente affidabile.”

Dott. Roberto Ferro

Direttore U.A.O. di Odontoiatria dell'Azienda Ulss 15 Alta Padovana



Fig. 1-4 - 4 Febbraio 2010 situazione iniziale con apparecchio



Fig. 5-7 - 1 Luglio 2010 Follow-up a 5 mesi



Fig. 2



Fig. 6



Fig. 3



Fig. 7



Fig. 4



Fig. 8

“La versatilità biomeccanica di questi bracket self-ligating Leone è in perfetta armonia con le conclusioni della più recente letteratura a riguardo.”

*Dott. Lorenzo Franchi
Ricercatore confermato - Università degli Studi di Firenze*



Fig. 1-4 - 27/01/2010 situazione iniziale con apparecchio



Fig. 5-8 - 14/09/2010 follow-up a 7,5 mesi



Fig. 2



Fig. 6



Fig. 3



Fig. 7



Fig. 4



Fig. 8

IL CODICE QR:

come usufruirne

Si chiama **QR code** ed è un piccolo codice a matrice nel quale si possono inserire tantissime informazioni, può contenere fino a 4.296 caratteri di testo: da un semplice url (collegamento internet) ad un testo con molte parole. Il codice QR, che è l'abbreviazione inglese di «**quick response**» (risposta rapida), nasce in Giappone nel 1994 ed è stato ideato dalla Denso-Wave Corporation.

La sua peculiare caratteristica è di essere rapidamente decifrato, anche da sistemi operativi limitati come quelli di un telefono cellulare, infatti, basta essere dotati di una fotocamera, di un programmino per la decodifica installato sul telefonino e il gioco è fatto: si scatta la foto e il software prontamente vi rivelerà il contenuto di questa immagine.

Se avete un cellulare senza sistema operativo, niente paura, basta scattare la foto del QR, tornare a casa, collegarsi al pc e inviare la foto a un decodificatore on-line come zxing.org.

Nel caso in cui il nostro cellulare sia dotato anche di una connessione ad internet, allora il software dopo aver riconosciuto il codice, conatterà il cellulare al sito web con i contenuti multimediali di approfondimento.

Esistono vari programmi gratuiti da installare sul telefonino come ad esempio *i-nigma* da scaricare digitando www.i-nigma.mobi direttamente dal cellulare.

Per questo, molte aziende, come l'americana Google, hanno cominciato a stamparlo sui biglietti da visita dei dipendenti. Basta un clic con il telefonino per memorizzare tutte le informazioni nella rubrica del cellulare e anche in quella del computer.

I musei si stanno attrezzando: sotto le didascalie dei quadri o delle opere d'arte sarà riportato il codice QR, che con una sola foto ci fornirà tutte le informazioni di ciò che stiamo osservando. Basterà un click per accedere a contenuti esaustivi e delucidanti, che ci illustreranno le opere che stiamo osservando con minuzia di dettagli, meglio che avere a nostra disposizione un cicerone che ci segue 24 ore su 24.



Anche noi alla Leone, per essere sempre al passo con i tempi, abbiamo deciso di inserire nelle nostre pubblicazioni i codici QR contenenti approfondimenti multimediali, ne troverete anche nelle pagine seguenti. Attualmente è già uscita una pagina pubblicitaria relativa ai nostri ultimi attacchi self-ligating F1000, con un codice QR che rivela un piccolo filmato su come si aprono e si chiudono questi attacchi ortodontici. Avrete notato che il nostro nuovo catalogo di implantologia, giunto alla sesta edizione italiana, già distribuito in Italia e all'estero al rientro delle vacanze estive, racchiude ben 21 codici QR distribuiti nei

capitoli della procedura chirurgica e della protesica. Trattasi di brevissimi filmati inerenti le molteplici fasi di inserimento degli impianti o costruzione della protesi.

Naturalmente, per tutti coloro che non dispongono di uno smartphone, i contenuti dei codici QR sono visibili anche nel nostro sito www.leone.it

- **Iphone** - Puoi trovare tanti lettori sull'app-store, noi consigliamo *i-nigma.mobi*
- **Blackberry** - <http://m.repubblica.it/espresso/blackberry>
- **Altri cellulari** - <http://reader.kaywa.com>



Per gentile concessione del Dott. L. Franchi
Università degli Studi di Firenze

Attacchi D.B. self-ligating con identificazione FDI^(brevettato)

La forma **diagonale** e la basetta **pentagonale** rendono intuitivo l'allineamento dell'attacco sull'asse lungo della corona: il posizionamento sul dente risulterà accurato come con gli attacchi convenzionali. Il **torque in base** permette l'applicazione delle forze singole e dei momenti torcenti nel punto coronale prestabilito rendendo più predicibile il movimento ortodontico. Gli attacchi per canini e premolari hanno il gancio a palla per agevolare l'applicazione di trazioni intra e inter-mascellari quali elastici, catenelle e molle.

Confezioni da 5 pezzi; Euro 49,50 (IVA esclusa)

PRESCRIZIONE Dott. DAMON[#] STANDARD CON IDENTIFICAZIONE FDI^(brevettato)

	torque	ang.		
			.022"x.030"	
 	+12°	+5°	$\frac{1}{1}$	F1000-11 F1000-21
 	+8°	+9°	$\frac{2}{2}$	F1000-12 F1000-22
 	0°	+6°	$\frac{3}{3}$	F1000-13 F1000-23
 	-7°	+2°	$\frac{4}{4}$	F1000-14 F1000-24
 	-7°	+2°	$\frac{5}{5}$	F1000-15 F1000-25
 	-1°	+2°	$\frac{1}{1}$	F1000-41 F1000-31
 	-1°	+2°	$\frac{2}{2}$	F1000-42 F1000-32
 	0°	+5°	$\frac{3}{3}$	F1000-43 F1000-33
 	-12°	+2°	$\frac{4}{4}$	F1000-44 F1000-34
 	-17°	+2°	$\frac{5}{5}$	F1000-45 F1000-35

PRESCRIZIONE Dott. DAMON[#] STANDARD

	20 attacchi - 1 caso	200 attacchi - 10 casi
.022"	F1000-91	F1001-91
	Euro 207,90 (IVA esclusa)	Euro 1.980,00 (IVA esclusa)

Archi preformati **MEMORIA[®]** con piega a "V" per attacchi self-ligating **F1000**

Realizzati in una speciale lega nichel-titanio superelastica rilasciano forze calibrate ideali per l'utilizzo con i self-ligating F1000. La forma si adatta perfettamente agli in/out di questi attacchi e la piega a "V" aiuta ad evitare indesiderate dislocazioni.

Confezioni da 10 pezzi

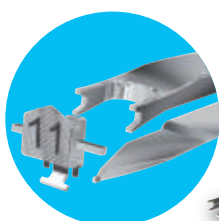
superiori	inch	inferiori
C3911V13	.013	C3951V13
C3911V14	.014	C3951V14
C3911V16	.016	C3951V16

Euro 39,80 cad. (IVA esclusa)

superiori	inch	inferiori
C3912V14	.014x.025	C3952V14
C3912V16	.016x.025	C3952V16
C3912V17	.017x.025	C3952V17
C3912V18	.018x.025	C3952V18
C3912V19	.019x.025	C3952V19

Euro 49,65 cad. (IVA esclusa)

[#]Damon è un marchio registrato. Ormco Corporation.
^{*}Gli attacchi presentati in questo catalogo non sono copie di nessun altro attacco né la Leone s.p.a. sostiene che essi siano approvati in alcun modo dai medici o dalle Scuole menzionate.



P1506-00 Strumento per attacchi self-ligating F1000

Oltre a guidare e mantenere il filo nello slot, applica una leggera pressione sull'appendice dello sportellino, completandone la chiusura. Euro 49,00 (IVA esclusa)

Espansione del mascellare superiore in dentatura mista con l'utilizzo di una sistemica "low friction"

Dott.ssa Giulia Fortini - Specializzanda Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia, Università degli Studi di Cagliari

Dott.ssa Alessandra Piras - Università degli Studi di Milano Bicocca

Prof. Vincenzo Piras - Direttore Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia, Università degli Studi di Cagliari

INTRODUZIONE

La possibilità di espandere le arcate, in particolare il superiore, è ormai ampiamente documentata sia dal punto di vista clinico che dall'evidenza scientifica.

Le apparecchiature che permettono di ottenere buone quantità di espansione di tipo dento-alveolare sono in generale "espansori" lenti tipo il Quad-helix o il Ni-Ti Expander che necessitano di collaborazione minima.

È altrettanto ben noto che per correggere gravi problematiche di discrepanza trasversale l'espansore rapido del mascellare (RME) risulta l'apparecchio di elezione.

Recentemente si è molto dibattuto sulle possibilità di ottenere l'espansione delle arcate con l'utilizzo delle meccaniche a bassa frizione e sulla reale "qualità" del tipo di espansione ottenuta.

Noi riteniamo che l'espansione ottenibile sfruttando gli effetti di forze leggere in condizione di bassa frizione sia sicuramente di tipo dento-alveolare con un meccanismo che coniuga lo stimolo di tipo "funzionale" alla predicibilità dell'apparecchiatura fissa.

Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare l'espansione dento-alveolare del mascellare, avvenuta durante le fasi di livellamento e allineamento con l'utilizzo di un sistema a bassa frizione al fine di metterli in parallelo con i risultati ottenibili con apparecchiature concepite per indurre un'espansione lenta.

MATERIALI E METODI

Sono stati trattati con il protocollo sperimentale 25 pazienti in dentatura mista con discrepanza trasversale negativa di gravità non tale da imporre una espansione ortopedica del mascellare (media - 4,32 mm).

L'ulteriore requisito era la presenza in arcata dei 4 incisivi superiori e la presenza dei decidui nei settori laterali.

Il trattamento di tutti i casi è stato effettuato secondo la tecnica Straight-wire con l'impiego di attacchi preinformati secondo la prescrizione Step; gli attacchi preinformati sono stati utilizzati anche sui denti decidui pur sapendo che i fili

rettangolari sarebbero stati utilizzati solo una volta effettuata la permuta con il conseguente riposizionamento dei brackets.

Oggi preferiamo utilizzare sui denti decidui i brackets 2D linguali del sistema Idea-L in quanto estremamente confortevoli e disegnati appositamente per una biomeccanica con fili tondi in regime di bassa frizione (Figg. 1, 2).

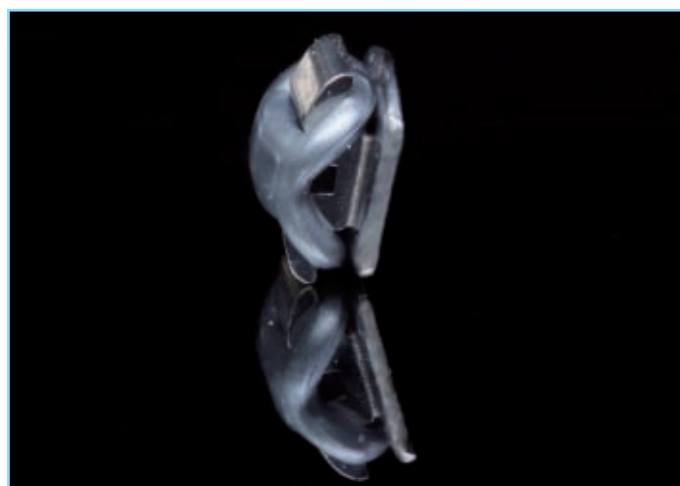


Fig. 1



Fig. 2

Nelle fasi di livellamento e allineamento, il protocollo ha previsto l'utilizzo di archi rotondi in nichel-titanio superelastici, di diametro crescente (.012, .014, .016) e legature a bassa frizione Slide™.

Per valutare le variazioni ottenute nella dimensione trasversale in dentatura mista, ci siamo basati sul metodo proposto precedentemente da altri Autori per valutare le variazioni nella dimensione trasversale in dentatura permanente.

Le misurazioni a livello della dimensione trasversale sono state eseguite sui modelli in gesso delle arcate dei pazienti prima del trattamento (T1) e alla fine della fase di livellamento e allineamento (T2).

Abbiamo misurato (Figg. 3, 4):

- distanza intercanina cuspidale e palatale
- distanza tra i primi molari decidui (fossa e palatale)
- distanza tra i secondi molari decidui (fossa e palatale)
- distanza intermolare (cuspidale e palatale)
- perimetro dell'arcata
- profondità d'arcata.

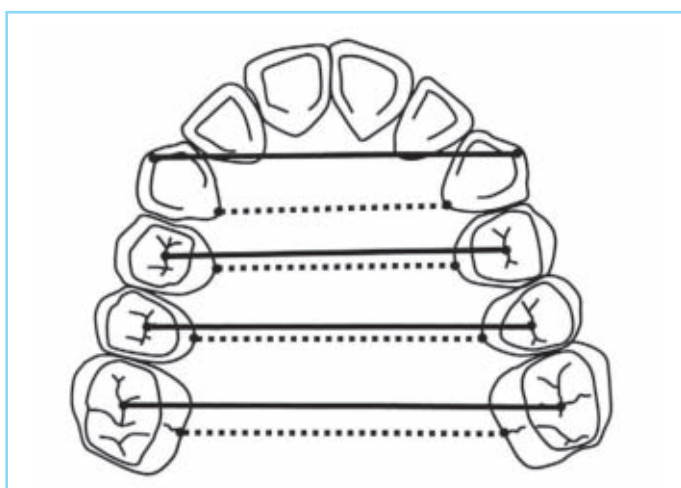


Fig. 3, 4 - Misurazioni su modelli in gesso

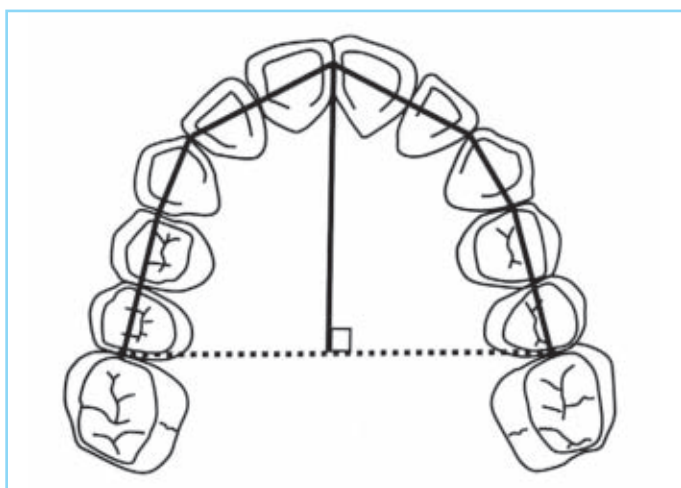


Fig. 4

Per una corretta analisi statistica di tutti i valori rilevati è stato eseguito un t-test con livello di significatività statistica fissato a $p < 0.001$.

Nella tabella sono riportati i risultati ottenuti.

Misura (mm)	T1		T2		T2-T1		Paired t-test
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Sig.
Diametro mascellare (fossa)							
Distanza intercanina (cuspidale)	316	29	356	15	40	23	**
Distanza tra primi molari decidui (fossa)	339	20	380	12	40	21	**
Distanza tra secondi molari decidui (fossa)	391	21	421	25	30	23	**
Distanza intermolare	442	20	457	28	16	17	*
Diametro mascellare (linguale)							
Distanza intercanina	240	25	272	16	32	18	**
Distanza tra primi molari decidui	263	20	296	8	33	19	**
Distanza tra secondi molari decidui	292	19	314	20	22	20	**
Distanza intermolare	319	24	330	32	11	21	**
Profondità d'arcata	308	29	306	24	-2	17	NS
Perimetro d'arcata	753	36	763	41	10	25	NS

Tabella: statistica descrittiva e confronto misurazioni mascellari a T1 e T2

* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.001$; NS = non significativo

RISULTATI

Con l'utilizzo della biomeccanica a bassa frizione sono stati rilevati aumenti statisticamente significativi in tutte le misure analizzate tra T1 e T2.

Solo a livello del perimetro d'arcata e profondità d'arcata non ci sono variazioni significative.

Questi risultati sono praticamente simili a quelli descritti dopo l'utilizzo di espansori di tipo dento-alveolare come il Ni-Ti Expander.

Ovviamente non vi sono effetti di tipo ortopedico né tantomeno è stata evidenziata una apertura della sutura palatina.

CASO CLINICO



Fig. 1 - Situazione iniziale anni 9,2



Fig. 2



Fig. 3 - Paziente in dentatura mista; 12 in cross bite con moderato deficit d'arcata



Fig. 4 - T1: rialzi in composito per favorire la posizione di relazione centrica e permettere la correzione del 12



Fig. 5 - Attacchi Step su tutti i denti presenti con arco Memoria® .012" e Slide™



Fig. 6 - Controllo a tre mesi e applicazione di un arco Memoria® .014"



Fig. 7-8 - Fine fase T2: utilizzo di arco Memoria® .016" con coil spring aperta in regime di bassa frizione



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11 - Fine trattamento



Fig. 12

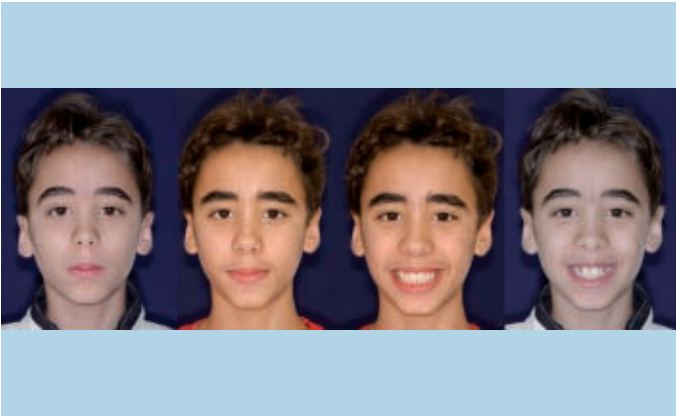


Fig. 13



Fig. 14

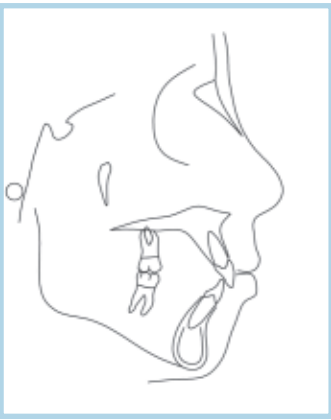


Fig. 15

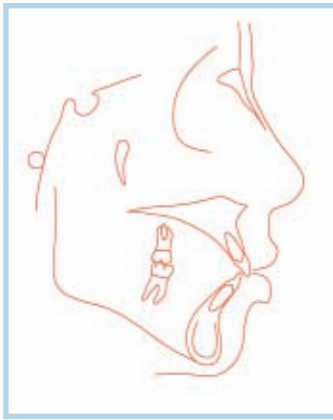


Fig. 16

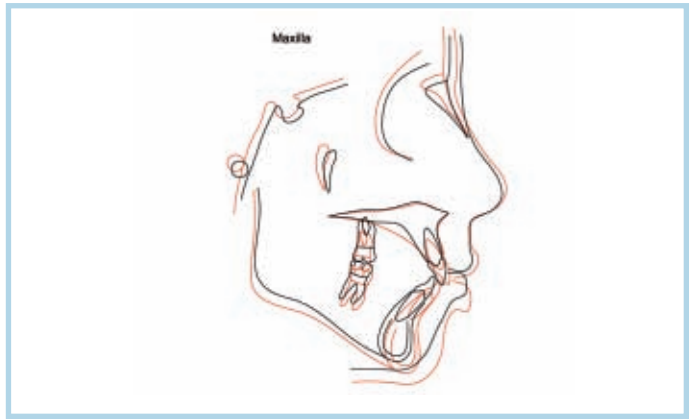


Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19

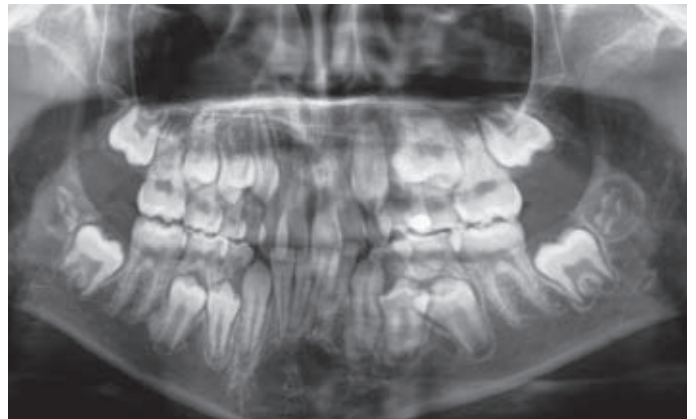


Fig. 20

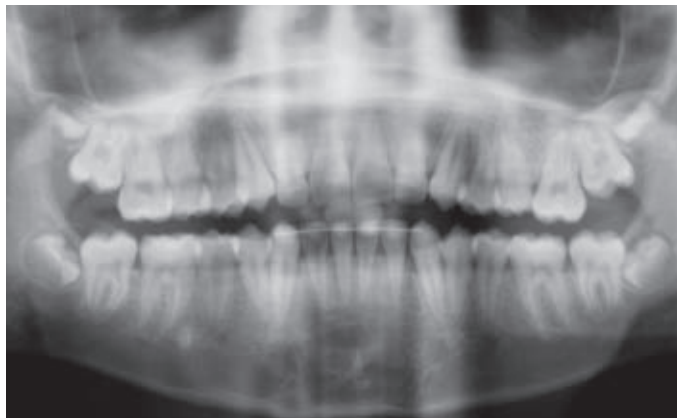


Fig. 21

CONCLUSIONI

Il protocollo sperimentale basato sull'apparecchiatura ortodontica fissa a bassa frizione con utilizzo di fili tondi Ni-Ti sui pazienti con moderata contrazione in dentatura mista ha prodotto aumenti statisticamente significativi nella dimensione trasversale grazie ad un'espansione dento-alveolare del mascellare durante le fasi di livellamento e allineamento.

Questo tipo di "approccio" terapeutico ci ha dato la possibilità di ottenere risultati predicibili lavorando in totale assenza di collaborazione da parte del paziente.

I vantaggi che abbiamo riscontrato con l'utilizzo di questo sistema sono di vario tipo:

- semplicità di impiego (niente apparecchiature da cementare e da gestire durante il trattamento)
- maggior comfort per il paziente che non ha nessun ingombro a livello palatino
- nessun costo aggiuntivo, in quanto non deve essere utilizzato il laboratorio
- utilizzo di forze leggere
- utilizzo di un sistema a bassa frizione con i conseguenti

vantaggi già descritti per le fasi di livellamento e allineamento delle arcate

- clinicamente si osserva aumento dello spazio disponibile per i denti in eruzione
- statisticamente sembra ridursi la necessità di estrazioni.

BIBLIOGRAFIA

- Fortini A, Lupoli M, Cacciafesta V. A new low-friction ligation system. J Clin Orthod 2005;39:464-70.
- Sacerdoti R, Fortini A, Sfondrini MF. Un nuovo sistema di legatura a bassissima frizione. Ortodonzia Clinica 2004;1:23-9
- Camporesi M, Baccetti T, Franchi L. Forces released by esthetic preadjusted appliances in presence of low-friction and conventional elastomeric ligatures. Angle Orthod submitted.
- Franchi L, Baccetti T, Camporesi M, Lupoli M. Maxillary arch changes during leveling and aligning with fixed appliances and low-friction ligatures. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006 Jul;130(1):88-91.
- Baccetti T, Franchi L. Friction produced by types of elastomeric ligatures in treatment mechanics with the preadjusted appliance. Angle Orthod 2006;76:211-6
- Baccetti T, Franchi L, Fortini A. Orthodontic treatment with preadjusted appliances and low-friction ligatures: experimental evidence and clinical observations. World J Orthod. 2008 Spring;9(1):7-13.

STRAIGH-WIRE IN PROGRESS

Corso teorico-pratico clinico di Ortodonzia

Relatore: Dott. Daniel Celli

- Sede Centro Corsi Clinici S.W.P. Ortho PESCARA
- Inizio previsto per il mese di Gennaio 2011
- Il corso ha una durata di 2 anni:
singoli moduli strutturati in 2 incontri di tre giorni ciascuno
- Riservato ad Odontoiatri e Medici Chirurghi
- Le iscrizioni saranno accettate entro il 23/12/2010

E.C.M. in fase di accreditamento - 50 crediti per anno di corso



Per informazioni ed iscrizioni:

S.W.P. ORTHO S.r.l. Sig.ra Maria Pia D'Onofrio
Tel. 085 4222228 Fax 085 4229102
e-mail: info@celliortho.it

È possibile scaricare il programma completo dal sito www.leone.it oppure www.celliortho.it



La storia dell'ortodonzia italiana

Storiche trazioni o at-trazioni storiche

Davide Doratiotto - Laboratorio Unilabor - Reggiolo, Re

L'approfondito studio della storia pone l'ortodonzia italiana ad un alto livello mondiale sia per l'aspetto clinico che tecnico.

Le seconde classi hanno da sempre rappresentato una malocclusione assai frequente nel panorama odontoiatrico, solleticando la fantasia e la genialità degli operatori nel campo ortodontico.

Con il contributo di John Hunter, per le sue considerazioni sulla posizione del gruppo frontale, e Talbot, che iniziò ad analizzare l'ingranamento del primo molare, si arrivò, ai primi del '900, ad una classificazione universalmente riconosciuta messa a punto da E.H. Angle, basata sia sulla posizione dei canini sia sull'intercuspidazione dei sestri superiori e inferiori.

Le soluzioni che analizzeremo prevedevano, in genere, l'estrazione di premolari privilegiando l'aspetto estetico a quello funzionale.

Grazie all'esperienza di Cellier - nel 1802 aveva presentato una mentoniera per bloccare la mandibola in caso di frattura allo scopo di ridurre i danni articolari durante le estrazioni che avvenivano attraverso l'apertura di cinghie poste davanti alla bocca (Fig. 1) - nel 1866 venne proposta da Kingsley una doccia in oro sul gruppo frontale che attraverso un sistema di trazione si andava ad ancorare ad una cuffia craniale di cuoio.

Con il nuovo secolo iniziò l'era dell'arco extraorale per potenziare una forza distalizzante degli anteriori.

Knapp, nel 1904, presentò un dispositivo (Fig. 2) costituito da due bande molari adattate al dente attraverso un sistema di vite e madrevite dotate di un tubo vestibolare con uncino all'interno del quale scorreva un arco filettato (Fig. 3). Una molla per lato, attivata da un dado anch'esso filettato che si spostava sull'arco, costituiva la principale forza distalizzante in quanto costantemente in posizione, mentre la seconda forza era sviluppata da un arco extraorale dotato di bracci regolabili che si inseriva sull'arco filettato attraverso un sistema a pressione (Fig. 4). L'ancoraggio era garantito da una cuffia nucale di canguro.

Lo stesso principio, ma con forze diversamente sviluppate, fu descritto da Angle nel 1907 (Fig. 5): partendo sempre da due bande molari con vite e madrevite e da un tubo di scorrimento, l'arco intraorale era liscio ed ancorato a due bande poste sugli incisivi centrali. La prima forza distalizzante era data da legature di caucciù tra la banda ed uno stop posto sull'arco, mentre la seconda era data da strisce, sempre di caucciù, poste tra il caschetto di filo di seta e l'arco extraorale agganciato a quello interno per mezzo di un bottone saldato allo stesso (Fig. 6).

Non dobbiamo dimenticare che parlando di un periodo tra l'800 e il primo '900, i limiti andavano oltre l'aspetto clinico e vertevano in maniera consistente su quello tecnico: impronte rilevate in cera, in guttaperca a temperature molto elevate, in pasta Stent e la realizzazione artigianale dei dispositivi sin nei minimi particolari rendevano molto selettiva questa pratica.

I dispositivi sono riproduzioni realizzate seguendo le indicazioni dei testi riguardanti l'argomento.

BIBLIOGRAFIA

- Arturo Castiglioni, "Storia della medicina", 1936
- Beniamino De Vecchis, "Manuale di odontoiatria e protesi dentaria", 1928
- Paul Meyer, "Headgear orthodontics", 1968
- A cura di Nerio Pantaleoni-Gorgias Gambarotta, "L'ortodonzia nei suoi sviluppi storici", 1987
- Davide Doratiotto, "Storiche soluzioni a problemi di sempre", Bollettino di informazioni ortodontiche Leone, 1991



Fig. 1 - Cellier (1802) Mentoniera

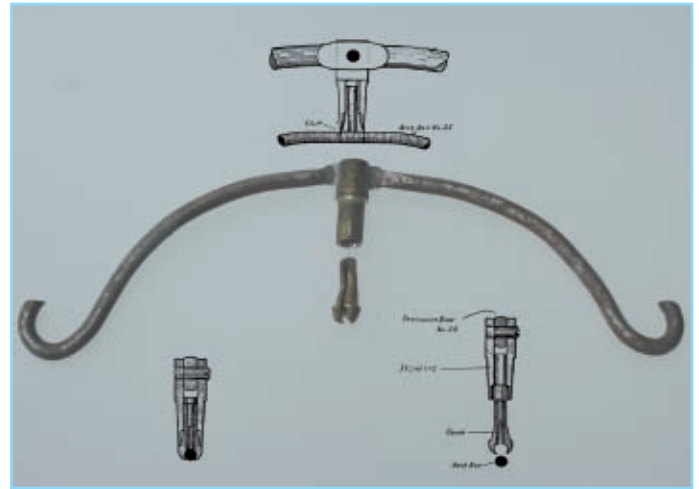


Fig. 4 - Knapp (1904) Particolare dell'attacco a pressione



Fig. 2 - Knapp (1904) Caschetto di canguro

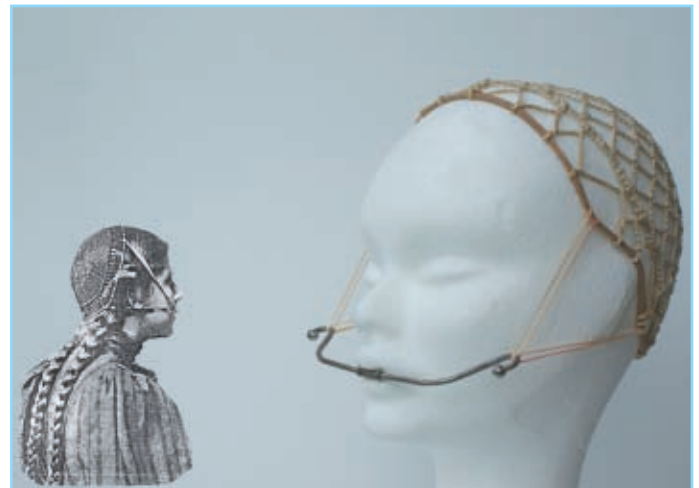


Fig. 5 - Angle (1907) Cuffia occipitale di filo di seta



Fig. 3 - Knapp (1904) Dispositivo completo



Fig. 6 - Angle (1907) Apparecchio completo



300 parole su...

Semplici soluzioni a problemi di “tutti i giorni” - prima parte

Franco Francolini, Chiara Gherardini – Laboratorio Firenze Ortodonzia

Man mano che si procede nel trattamento ortodontico il clinico si troverà a dover “attivare” i dispositivi impiegati per il suo paziente.

Qui di seguito diamo una sintesi delle principali operazioni da eseguire per accompagnare al meglio il dispositivo nel percorso terapeutico.

Iniziamo dai dispositivi mobili...

ATTIVAZIONE DEI GANCI

I ganci di ritenzione dei dispositivi mobili (ganci di Adams, ganci a palla, ganci a filo, ganci di Crozat, ecc.) normalmente non richiedono attivazioni ad ogni seduta, ma dopo ripetuti inserimenti e rimozioni dell'apparecchio tendono ad allentare e quindi devono essere attivati.

Per prima cosa si deve individuare la porzione del gancio che deve essere attivata, quindi, dopo che il clinico ha inserito il dispositivo in bocca del paziente, si osserva attentamente l'adattabilità del gancio al dente individuandone la componente da attivare per ottenere una migliore stabilità.

GANCI DI ADAMS

• ATTIVAZIONE DEL PEDUNCOLO DI RITENZIONE CON PINZA DI ANGLE

In direzione disto-mesiale (peduncolo distale) e mesio-distale (peduncolo mesiale) (Fig. 1).

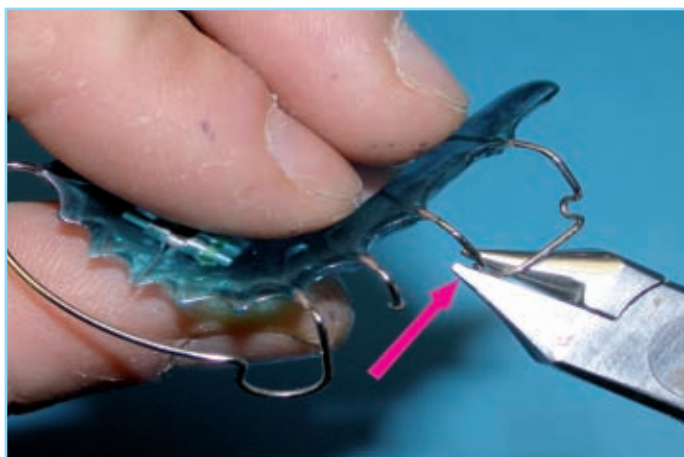


Fig. 1

In direzione interna (Fig. 2).



Fig. 2

Questo tipo di manovra è particolarmente indicato quando il gancio si allarga e si cerca una maggiore ritenzione dell'apparecchio.

GANCI DI ADAMS

• ATTIVAZIONE DEI PASSANTI CON PINZA DI ANGLE

Si “abbassano” i passanti recuperando la frizione dell'appoggio negli spazi interdentali (Fig. 3).

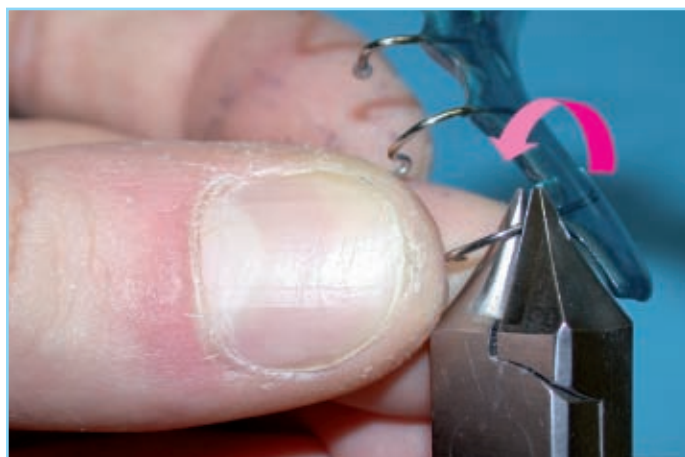


Fig. 3



GANCIO A PALLA

• **ATTIVAZIONE CON PINZA DI ANGLE**

Si abbassa il passante del gancio per recuperare l'appoggio nello spazio interdentale e ingaggiare la parete ritentiva del gancio sotto l'equatore del dente (Fig. 4).

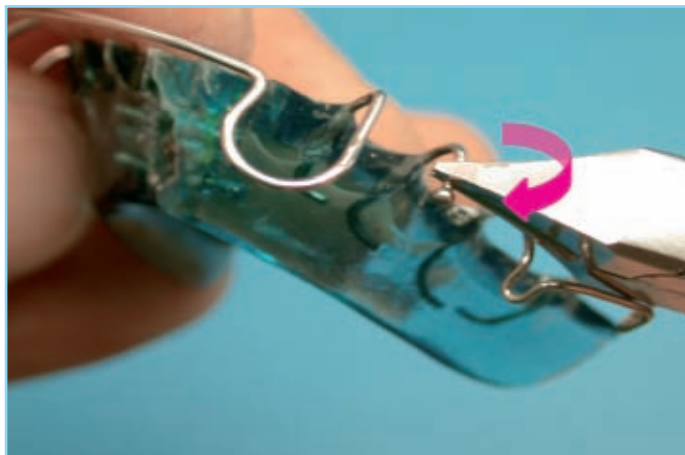


Fig. 4

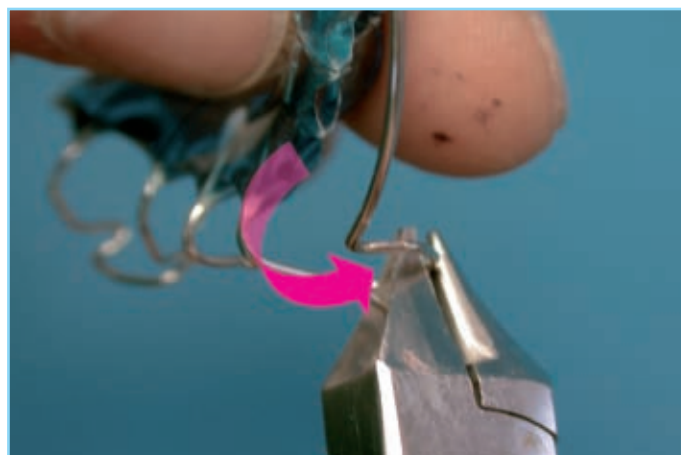


Fig. 6

ATTIVAZIONE ARCO DI III CLASSE CON PINZA DI ANGLE

• **VESTIBOLOVERSIONE**

(riduzione della pressione sui denti inferiori)

Bloccare l'ansa dell'arco con la pinza di Angle e piegare l'arco delicatamente in senso vestibolare (Figg. 7-8).

ATTIVAZIONE ARCO VESTIBOLARE CON PINZA DI ANGLE

• **PALATOVERSIONE**

Nel caso di attivazione in palatoversione, occorre scaricare la resina palatalmente altrimenti esisterebbero forze di stabilizzazione interne "in contrapposizione" che andrebbero ad annullare l'azione dell'arco e renderebbero instabile il dispositivo. Bloccare l'ansa dell'arco con la pinza di Angle e piegare l'arco delicatamente in senso palatale (Fig. 5).



Fig. 5

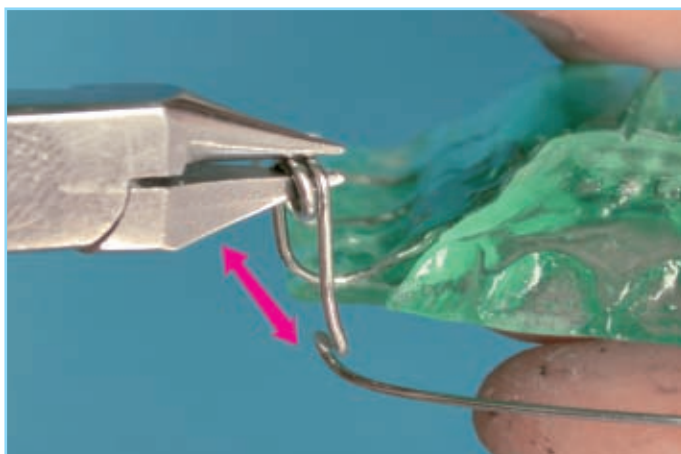


Fig. 7

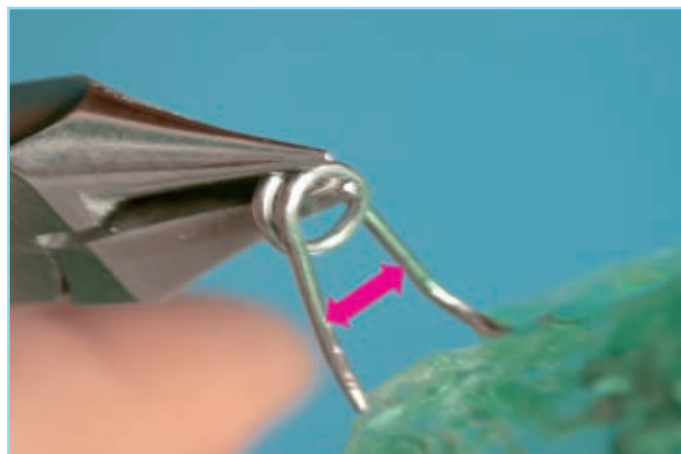


Fig. 8

• **VESTIBOLOVERSIONE**

Quando il dispositivo presenta degli ausiliari quali viti e/o molle occorre attivare l'arco in vestiboloverzione, altrimenti esso eserciterebbe una " forza contrapposta".

Bloccare l'ansa dell'arco con la pinza di Angle e piegare l'arco delicatamente in senso vestibolare (Fig. 6).

(...continua)



Calendario corsi di **ortodonzia**

• **ORTODONZIA PRATICA CONTEMPORANEA - CORSO 2010-2011**

Direttore del corso: Dott. Arturo Fortini

28-29 Ottobre / 11-12 Novembre / 2-3 Dicembre 2010

13-14 Gennaio / 17-18 Febbraio / 3-4 Marzo / 7-8 Aprile / 19-20 Maggio 2011

9-10 Giugno / 7-8 Luglio / 15-16 Settembre / 13-14 Ottobre 2011

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

*ECM Odontoiatri:
accreditamento previsto*

• **CORSO DI ORTODONZIA ORTOPEDICO-FUNZIONALE NELLE II CLASSI**

L'attivatore di Andresen, il regolatore di funzione di Fraenkel

Relatore: Prof. Silvestrini Biavati

5 Novembre 2010

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

*ECM Odontoiatri:
accreditamento previsto*

• **LA TECNICA LINGUALE SEMPLIFICATA: IL SISTEMA IDEA-L**

Relatore: Dott. Fabio Giuntoli

29 Novembre 2010

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

*ECM Odontoiatri:
accreditamento previsto*

• **CORSO DI ORTODONZIA RIMOVIBILE PER ODONTOTECNICI**

Relatore: Odt. Fabio Fantozzi

10-11 Febbraio 2011

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

*ECM odontotecnici:
accreditamento previsto*

• **PREVENZIONE, DIAGNOSI E TERAPIA DELLE MALOCCLUSIONI**

Relatori: Dott. Claudio Lanteri

14-15 Febbraio / 14-15 Marzo / 4-5 Aprile 2011

9-10 Maggio / 20-21 Giugno / 11-12 Luglio 2011

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

*ECM Odontoiatri:
accreditamento previsto*

• **LA TECNICA LINGUALE SEMPLIFICATA: IL SISTEMA IDEA-L**

Relatori: Dott. Fabio Giuntoli

28 Febbraio 2011

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

*ECM Odontoiatri:
accreditamento previsto*

• **LA TERAPIA PARODONTALE ED ORTODONTICA DEI DENTI INCLUSI O IN ERUZIONE VESTIBOLARE**

Relatore: Dott. Pier Paolo Cortellini, Dott. Tiziano Baccetti, Prof. Giovan Paolo Pini Prato

10-11 Marzo 2011

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

*ECM Odontoiatri:
14 crediti formativi*

• **CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN ODONTOIATRIA INFANTILE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE**

Direttore del Corso: Dott. Lorenzo Franchi

17-18-19 Marzo / 26-27-28 Maggio 2011

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

*ECM Odontoiatri:
accreditamento previsto*



• **CORSO DI ORTODONZIA FISSA PER ODONTOTECNICI**

Relatori: Odt. Fabio Fantozzi
 24-25 Marzo 2011

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

*ECM Odontotecnici:
 accreditamento previsto*

• **28° INCONTRO CULTURALE LEOCLUB**

Relatori: Prof. Mario Bondi, Dott. Ivano Maltoni
 1 Aprile 2011

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

*ECM Odontoiatri:
 accreditamento previsto*

• **CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN ORTODONZIA
 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE**

Relatore: Dott. Tiziano Baccetti
 15-16-17 Giugno 2011

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

*ECM Odontoiatri:
 accreditamento previsto*

• **LA TECNICA LINGUALE SEMPLIFICATA: IL SISTEMA IDEA-L**

Relatore: Dott. Fabio Giuntoli
 4 Luglio 2011

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

*ECM Odontoiatri:
 accreditamento previsto*

SISTEMA
 IMPLANTARE | **EXACONE**[™]

IMPLANTOLOGIA IN PRIMA FILA
a Firenze

2010 - ECM Odontoiatri: 7

Relatore: Dott. Leonardo Targetti

- 26 Ottobre 2010
- 23 Novembre 2010

**2011 - ECM Odontoiatri:
 accreditamento previsto**

Relatore: Dott. Leonardo Targetti

- 8 Febbraio 2011
- 8 Marzo 2011
- 3 Maggio 2011

Relatore: Dott. Roberto Meli

- 19 Aprile 2011
- 7 Giugno 2011

40 posti
 per assistere
 gratuitamente
 ad interventi
 live surgery

orario: 10,00 / 17,30

Giornate propedeutiche di pratica implantologica
 su paziente

Estratto da

“Espansione Rapida Palatale: terapia del deficit trasversale scheletrico del mascellare superiore”



Prof.ssa Paola Cozza – Direttore della Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia dell' Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Lo scorso mese di giugno è uscita la pubblicazione “Espansione Rapida Palatale: terapia del deficit trasversale scheletrico del mascellare superiore” della Prof.ssa Paola Cozza.

Nella prefazione il Prof. McNamara scrive: “Raccomando a tutti coloro che si interessano di ortodonzia, dagli studenti, agli specializzandi, ai clinici più esperti, la lettura e lo studio di questo libro sull'espansione del mascellare per capire i limiti, ma soprattutto le grandi possibilità offerte da questa metodica ortopedica.”

Qui di seguito pubblichiamo un caso clinico estratto dal testo.

162 Paola Cozza

SCHEDA 3

P. M., età 8.8, sesso femminile

In visione frontale la paziente mostra una buona simmetria del volto, i rapporti di proporzionalità appaiono corretti. Le labbra si mostrano competenti a riposo.

Il profilo si presenta tendenzialmente piatto, l'angolo nasolabiale è aperto; il tessuto labiale appare poco rappresentato e poco sostenuto.

All'esame intraorale si evidenzia una fase di dentizione mista, rapporti occlusali a destra di classe II canina decidua e classe II molare, a sinistra classe II molare e classe canina non valutabile per perdita precoce del 63, overbite e overjet nella norma, coincidenza delle linee mediane. Cross bite anteriore di 12 e 22 e posteriore destro.

Non si apprezzano lesioni cariose.

L'analisi dei tessuti molli mostra mucose integre, i frenuli risultano normoinseriti e normotrofici.

Lo studio dei modelli evidenzia una arcata mascellare contratta sul piano trasversale, incisivi laterali superiori in posizione palatale con affollamento di grado severo, completa mancanza di spazio per l'eruzione del 23.

L'arcata mandibolare è di forma regolare, con lieve affollamento nel settore anteriore (4 mm).

Buone le escursioni di lateralità e l'apertura della bocca. La deglutizione appare fisiologica, presenza di problematiche respiratorie conseguenti a fasi transitorie di allergie alimentari.

Sintomi articolari assenti.

Dall'ortopanoramica si conferma una prima fase di dentizione mista, presenti le gemme dei denti permanenti; ancora non evidenti le gemme dei terzi molari.

Lo studio cefalometrico rivela rapporti scheletrici di classe II (ANB 6°) in paziente normodivergente (S.N/Go.Gn 32°); vestibolo-inclinazione degli incisivi inferiori (-1 / Go-GN 101°), buona l'inclinazione degli incisivi superiori (+1 / ANS-PNS 107°) rispetto alle basi scheletriche.

La terapia del caso in esame ha previsto:

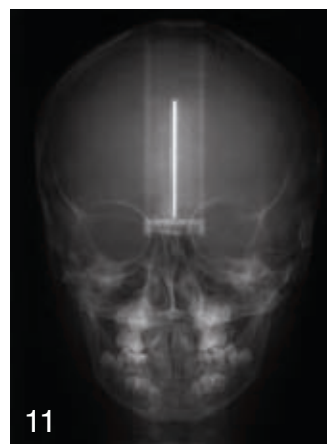
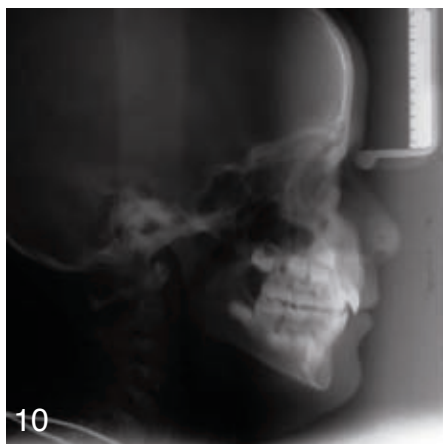
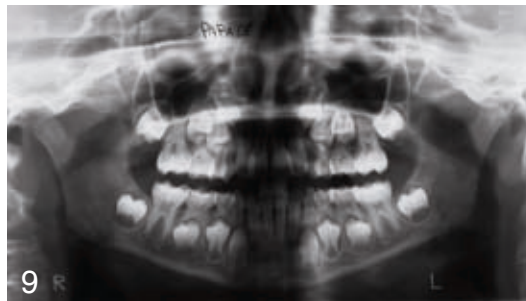
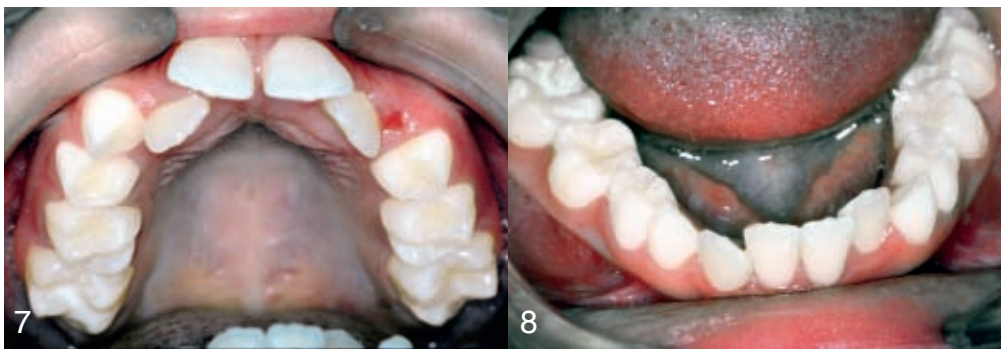
- Espansione rapida del mascellare superiore per permettere l'ampliamento dell'arco incisivo-canino superiore e recuperare lo spazio per 12 e 22 in posizione palatale;
- Distalizzazione dei primi molari permanenti per il recupero della simmetria dell'arcata superiore e di 13 e 23 altrimenti ritenuti;
- Lip bumper nell'arcata inferiore per il controllo del leeway space e dell'affollamento anteriore;
- Recupero di una classe I molare e canina destra e sinistra;
- Controllo delle inclinazioni dentali e della divergenza facciale;
- Terapia edgewise per ottenere rapporti occlusali ideali sagittali e trasversali stabili.

Dall'analisi dei risultati si evidenzia:

- il raggiungimento di un buon risultato estetico, competenza labiale, profilo armonico; il tessuto labiale appare ben sostenuto, il sorriso gradevole;
- sono stati ottenuti rapporti di Classe I a livello canino e molare bilaterali, la coincidenza delle linee mediane e il recupero di corretti rapporti di overjet e overbite;
- il recupero nell'arcata superiore dello spazio necessario per la corretta eruzione del 13 e del 23 ritenuti per una perdita di ancoraggio dei settori laterali e posteriori;
- all'analisi cefalometrica una classe I scheletrica in paziente normodivergente; overbite e overjet nella norma.

Il controllo a distanza conferma la stabilità dei risultati.





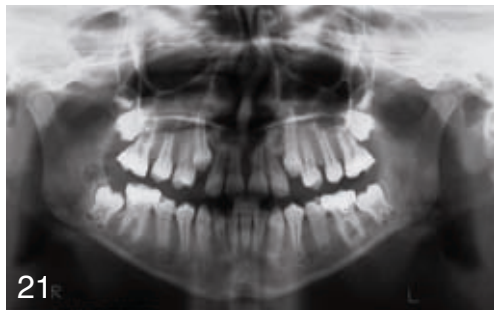
*Figs 1-8 P.M. foto del volto di fronte e di profilo, occlusione e arcate dentali iniziali
Figs 9-11 P.M. ortopantomica, rx telecranio latero-laterale e postero-anteriore iniziali*



*Fig 12 P.M. Espansore rapido della sutura palatina mediana tipo butterfly applicato sui primi molari permanenti
Figs 13-14 P.M. occlusione alla fine della fase attiva di espansione e durante la fase di contenzione*



Figs 15-17 P.M. occlusione dopo sei mesi dall'espansione, al momento della rimozione dell'espansore



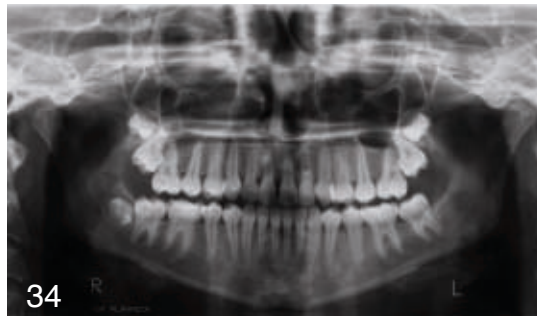
Figs 18-22 P.M. occlusione e controllo radiografico nella fase della gestione degli spazi in arcata e recupero della classe molare; trazione extraorale di tipo cervicale in arcata superiore e lip bumper in arcata inferiore



Figs 23-25 P.M. visione dell'occlusione nella prima fase di terapia edgewise

168 Paola Cozza

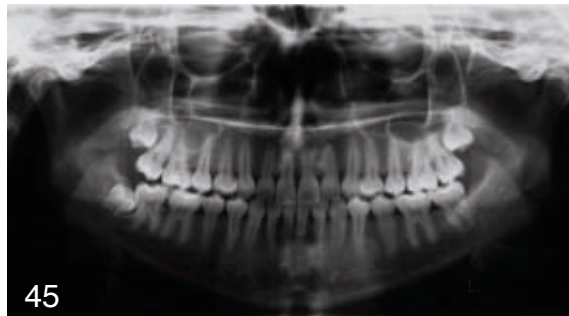




*Figs 26-33 P.M. foto del volto di fronte e di profilo, occlusione e arcate dentali finali
Figs 34-36 P.M. ortopantomica, rx telecranio latero-laterale e postero-anteriore finali*

170 Paola Cozza





*Figs 37-44 P.M. foto del volto di fronte e di profilo, occlusione e arcate dentali a distanza dopo tre anni dalla fine della terapia
Figs 45-46 P.M. ortopantomica, rx telecranio latero-laterale a distanza dopo tre anni dalla fine della terapia*

L'Equi-plan di Planas

R.N.O. sviluppo verticale dei premolari e molari nei deep-bite

Eros Magi titolare del Laboratorio Orthomer - Gabicce mare, Pesaro
In collaborazione con la Dott.ssa Francesca Zavatta - Odontoiatra, Libera professionista a Fano (PU)



INTRODUZIONE

Il morso profondo è un tipo di malocclusione che penalizza sia l'estetica che la funzione.

I deficit verticali del terzo inferiore del viso sono spesso accompagnati da una ipoeruzione dei denti posteriori e da una ipereruzione dei denti anteriori. Si avrà quindi una curva di Spee eccessivamente marcata nell'arcata inferiore e invertita nell'arcata superiore, con conseguente diminuzione della dimensione verticale. Quasi sempre si riscontra una grave sovraocclusione anteriore con limitazione e difficoltà dei movimenti di lateralità e di avanzamento mandibolare (muro anteriore così chiamato dai kinesiologi).

Molti autori trattano questo tipo di malocclusione con apparecchi funzionali e attivatori.

Nelle seconde classi il morso profondo ostacola il normale sviluppo mandibolare. Osservando questi soggetti mentre mangiano, si nota una masticazione con cicli molto verticali, per cui i molari delle due arcate vengono a contatto in modo pressoché puntiforme senza un efficace scivolamento delle facce occlusali degli uni sulle facce occlusali degli altri; manca la fase triturante e questo rende la masticazione inconcludente e il bolo non triturato. Se la patologia di morso profondo è dovuta a carenza di funzione, la terapia deve essere uno stimolo alla ripresa della funzione e deve avere un'azione riabilitativa.

FILOSOFIA

R.N.O. – Riabilitazione Neuro Occlusale.

È la parte della medicina stomatognatica che studia l'eziologia e la genesi delle alterazioni funzionali e morfologie del sistema stomatognatico. Essa ha come obbiettivo il ricercare le cause di suddette alterazioni, eliminandole e, se possibile, riabilitare l'organo o diminuire la gravità delle lesioni quanto prima, se necessario anche alla nascita. Gli interventi non devono però danneggiare i tessuti del sistema.

LA R.N.O. DI PEDRO PLANAS E LO SVILUPPO VERTICALE DI PREMOLARI E MOLARI PER DEEP-BITE

La bocca è a riposo per la maggior parte del tempo nell'arco della giornata e i denti in questa posizione non sono a contatto con gli antagonisti. Il contatto in centrica si verifica durante i movimenti di deglutizione, ma il contatto funzionale di sfregamento occlusale tra i denti inferiori (attivatori) e superiori (recettori) avviene unicamente durante l'atto masticatorio sempre che si interponga tra loro del materiale duro che richiede l'utilizzo di tutti i muscoli del sistema per essere triturato. Durante questo atto si ha una stimolazione del parodonto.

Inoltre si verifica una intrusione e una lussazione impercettibile nei parodonti e una lieve abrasione nella superficie occlusali dei denti impiegati per masticare. Questo microtrauma fisiologico è compensato da una risposta fisiologica e rigenerativa di crescita, anch'essa impercettibile, che avviene durante le 23 ore in cui la bocca è in riposo e in assenza di contatti occlusali. Questo fenomeno mantiene l'occlusione in equilibrio, l'occlusione centrica e la dimensione verticale. Le stimolazioni e le corrispondenti risposte nel senso verticale si sviluppano nel seguente modo:

EMBRIOLOGICAMENTE la mandibola è formata da due bottoni, uno destro e uno sinistro e la stimolazione funzionale di uno o più denti di una emiarcata produce la risposta di crescita di tutti i denti di questa emiarcata, la quale viene neutralizzata dal contatto occlusale con gli antagonisti. Nei mascellari le risposte agli stimoli masticatori si verificano nei tre gruppi di origine embrionale diversa (mascellare destro, sinistro e interincisivo) quindi, la stimolazione di uno dei denti del mascellare di un lato, crea la risposta di crescita di tutti i denti di questo stesso lato e la stimolazione di uno dei denti del gruppo interincisivo, crea la risposta di crescita di tutti i denti che appartengono a questo gruppo indipendentemente dagli altri due.

Questo tipo di reazione biologica è alla base della terapia funzionale con bite anteriori, utilizzati nei pazienti con deep-bite scheletrico e/o dentale, con alti valori di OVB (overbite).

Il bite anteriore ad ogni deglutizione stimola gli incisivi inferiori, questi raccolgono lo stimolo per trasformarlo nell'eccitazione nervosa, ciascuno per la propria emimandibola utile per far estrudere i denti distali, a quelli in contatto con il bite. Poiché gli stimoli funzionali di RNO così somministrati portano ad una lenta, progressiva, ma soprattutto naturale estrusione attiva dei denti dell'arcata inferiore che non sono in contatto con i bites, questi si muovono accompagnati dall'osso alveolare realizzando un aumento in altezza della branca orizzontale della mandibola, ma soprattutto un aumento della minima dimensione verticale della parte inferiore del viso.

Nella mandibola, l'equi-plan stimola tutti gli incisivi. Sappiamo che la stimolazione di uno o più incisivi crea la risposta di sviluppo di tutti i denti del gruppo, per cui questi cresceranno ad eccezione di quelli inibiti dal contatto della lamina di metallo dell'equi-plan. In questo modo la curva occlusale patologica della mandibola, si appiattisce con la crescita delle zone molari correggendo ed equilibrando la lesione.

COSTRUZIONE

Si esegue un accurato controllo delle impronte e successivamente dei modelli della cera di posizionamento mandibolare.

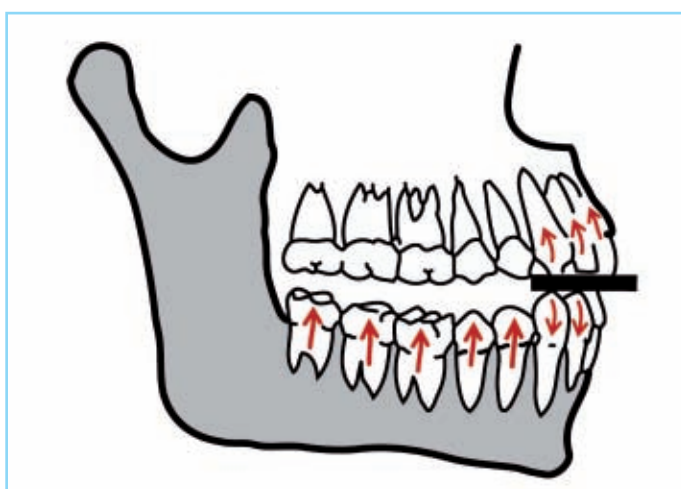


Fig. 0 - Il bite anteriore, ad ogni deglutizione, raccoglie l'energia che questo atto funzionale esprime, e lo trasmette alla premaxilla ed alle due emimandibole. L'energia raccolta dai denti premaxillari, non potendosi estendere oltre i canini, può essere controllata dallo stesso bite che ne impedisce l'estrusione, mentre l'energia raccolta dai denti mandibolari, potendosi estendere ai denti distali e ai canini, che originano dagli stessi gettoni embrionali, trasmette loro l'energia necessaria ad avviare un'estrusione programmata e modulabile, da utilizzare per scopi terapeutici nel trattamento dei deep scheletrici e dentali.



Fig. 1 - Controllo dei modelli



Fig. 2 - Controllo della cera

EQUI-PLAN

L'equi-plan (Equilibratore di Planas) è un apparecchio mio-funzionale grazie al quale si applicano fedelmente le leggi dello sviluppo in senso verticale. È costituito da due placche una superiore ed una inferiore unite da due cerniere distali e da una lamina metallica anteriore che si interpone tra gli incisivi superiori ed inferiori rialzando l'occlusione. Permette alla mandibola di muoversi liberamente nelle lateralità e in protrusione. In presenza dell'equi-plan non si verifica alcun contatto occlusale nella parte superiore del sistema (sia nel mascellare destro che quello sinistro) per cui non c'è né stimolazione funzionale né risposta di crescita. Nella zona interincisiva, tutti i denti sono stimolati dall'equi-plan, ma anche inibiti dallo stesso. Pertanto, il mascellare non subisce nessuna reazione nel senso verticale.

Fatte le dovute verifiche si montano i modelli in occlusore. Sul modello inferiore si scaricano con la cera le zone dove l'apparecchio non deve aderire ai denti e alle mucose.

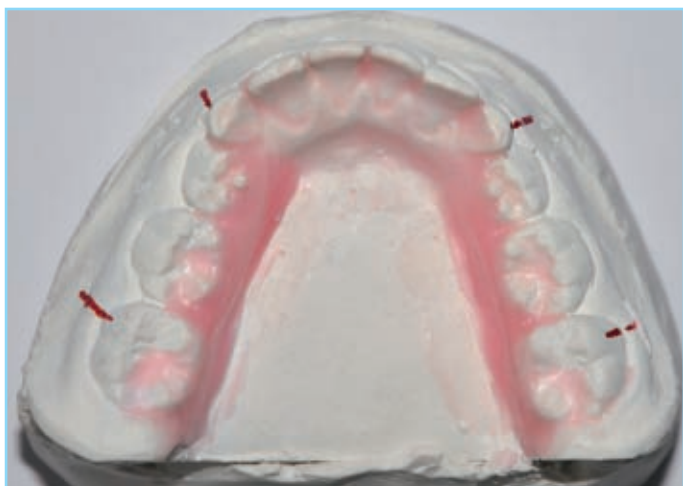


Fig. 3 - Da 33 a 43 spessore minimo di cera per eliminare i lievi sottosquadri. Lateralmente lo spessore sarà di 0,2 mm



Fig. 5 - Posizionamento della piastrina metallica

Si piegano gli elementi in filo del modello inferiore. Stabilizzatori sui canini se sono permanenti altrimenti sui laterali con filo 0,7 mm. Si posizionano due tubi Leone di diametro 1 mm paralleli al colletto dei denti dalla zona mesiale dei canini fino alla distale dei sestanti scostati 0,5 mm dalla cera.

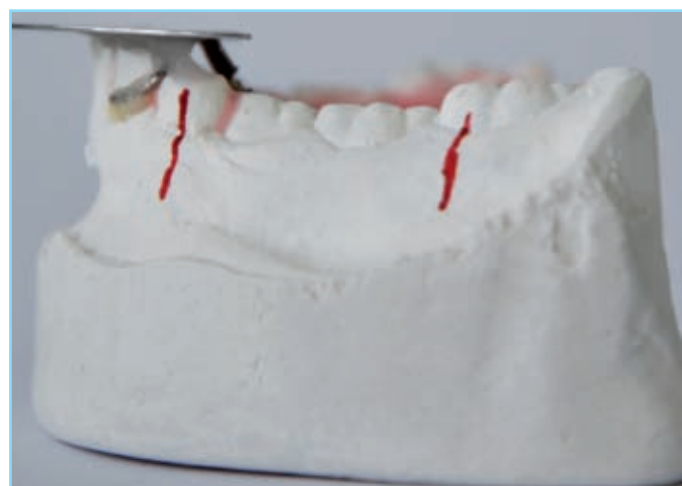


Fig. 6 - Visione laterale. Bite metallico in appoggio sul margine incisale dei denti



Fig. 4 - Posizionamento degli stabilizzatori e dei tubi laterali

Si posiziona la piastrina metallica (bite anatomico Leone 0,5 mm) sul margine incisale degli incisivi inferiori parallela al piano oclusale.

Superiormente si sagoma l'arco vestibolare di diametro 0,8 mm, si posiziona la vite trasversale, si boxano con la cera le zone laterali da premolare a molari per poi costruire in resina delle alette nello spazio libero laterale tra superiori ed inferiori per evitare l'interposizione della lingua.

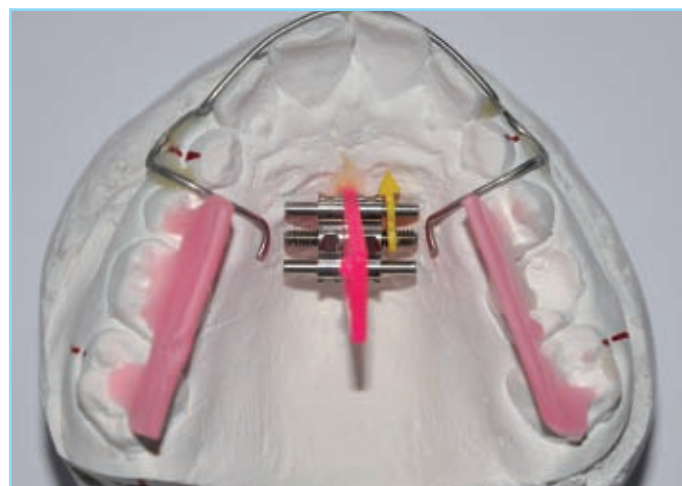


Fig. 7 - Parte superiore con arco vestibolare, viti ed alette



Fig. 8 - Visione linguale del boxaggio in cera



Fig. 11 - Placca inferiore



Fig. 9

Si rifila e si lucida la placca superiore.

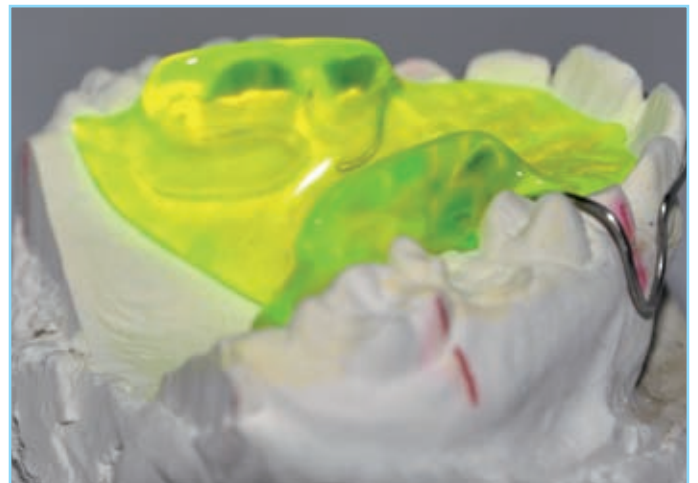


Fig. 12 - Parte superiore rifinita e lucidata con inserti per le cerniere

RESINATURA

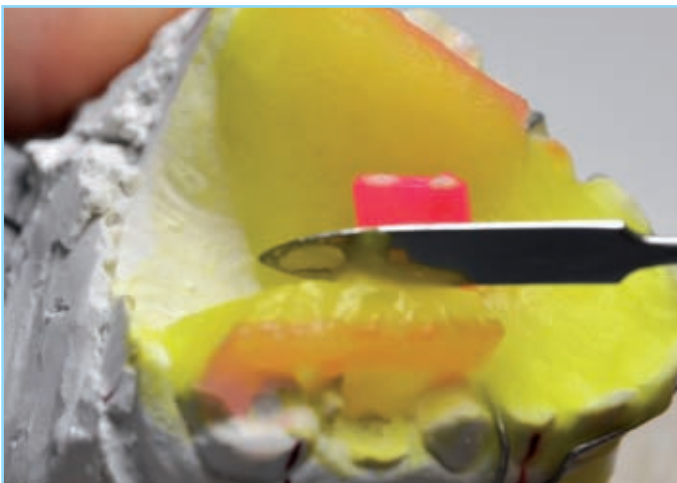


Fig. 10 - Placca superiore



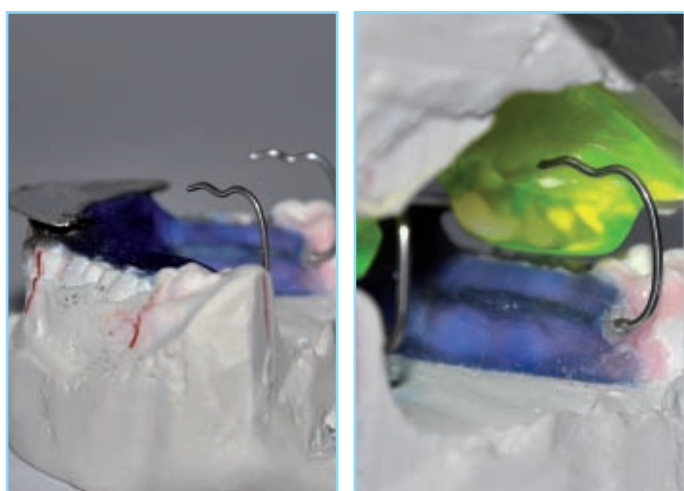
Fig. 13 - Si piega il filo per le cerniere



Fig. 14 - Cerniere di congiunzione delle due placche superiore ed inferiore in filo Leone Ø 0,9 mm



Fig. 19 - Apparecchio terminato



Figg. 15, 16 - Cerniere posizionate su placca

FUNZIONE

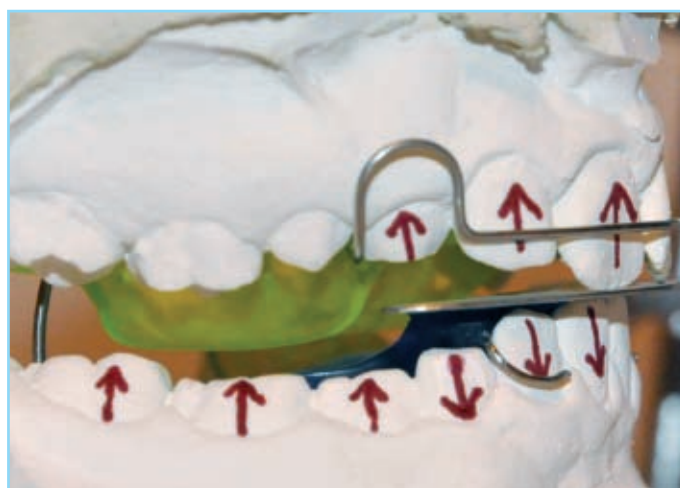


Fig. 20 - Vista laterale

Si riposizionano le placche sul modello in occlusore, modellando poi le due cerniere con filo Leone Ø 0,9 mm (Figg. 12 e 13). Si fissano alla placca superiore e si resinano (Figg. 15 e 16). Queste due molle collegano la parte superiore a quella inferiore permettendo le varie funzioni in lateralità, in protrusione e in deglutizione. Si rifinisce la placca inferiore, togliendo l'eccesso della piastrina in metallo e si lucida la placca inferiore (Figg. 17 e 18).

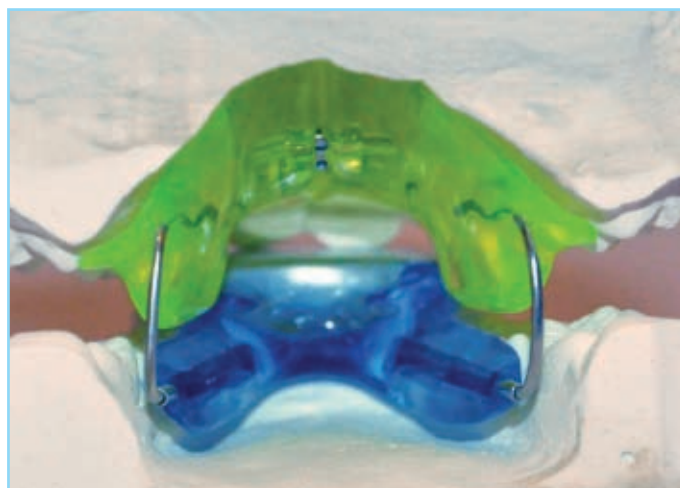


Fig. 21 - Vista posteriore

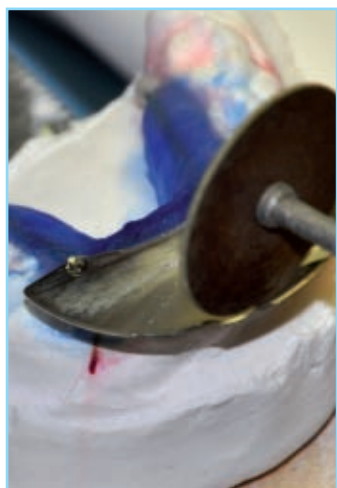


Fig. 17 - Rifinitura placca inferiore



Fig. 18 - Placca terminata

CASO CLINICO

Nelle lateralità la placca rimane in sito, è stabile e non cade. Gli incisivi rimangono in continuo contatto con il bite di

metallo, attivando la reazione biologica secondo la filosofia R.N.O. di Pedro Planas.

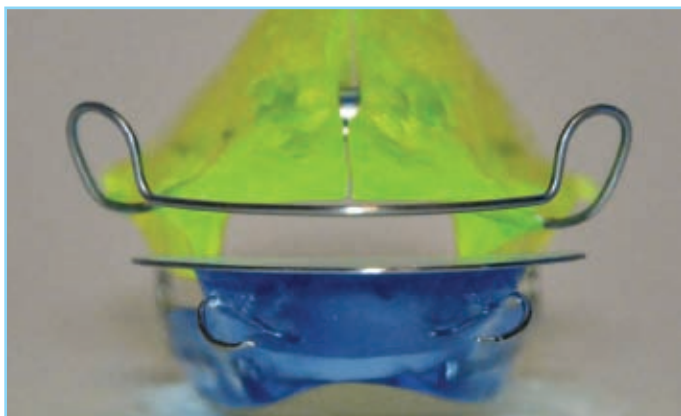


Fig. 22 - Vista frontale



Fig. 23 - Vista frontale. Il bite metallico libera i posteriori dal contatto



Fig. 24 - Lateralità sinistra



Fig. 25 - Lateralità destra

RIASSUNTO

L'equi-plan è un dispositivo estremamente efficace nella correzione dei morsi profondi. Risulta essere ben tollerato dai pazienti e permette la lateralità e la protrusione mandibolare. L'apparecchio ortodontico in questione, una volta inserito nel cavo orale, fin dalla prima deglutizione, svincola le due arcate dalle reciproche influenze che rendono ingravescere la malocclusione. Si riattivano e si bilanciano i riflessi semplici, riabilitando le funzioni che rimettono in moto la crescita ossea e i movimenti dentali capaci di eliminare le relazioni spaziali e morfologiche anomale che sostengono la malocclusione. La mandibola trova nell'intensità della funzione, la spinta naturale per crescere e raggiungere il mascellare superiore, pertanto più è ridotta la funzione meno cresce la mandibola e tanto più grave sarà la discrepanza maxillo-mandibolare e dunque la seconda classe scheletrica.

SUMMARY

The Equi-plan is an extremely effective device in the correction of deep-bites. It is well tolerated by patients and allows lateral and mandibular protrusion. Once inserted in the mouth and from the first swallow, this orthodontic appliance releases both arches from the mutual influences that makes the malocclusion worse. The simple reflexes are activated again and balanced, thus restoring features that stimulate the bone growth and the tooth movements capable to removing abnormal morphology and spatial relationship that support the malocclusion. With this intense function, the mandible finds the natural urge to grow and reach the upper jaw: the more limited is the function, the less grows the mandible and more serious will be the maxillo-mandibular discrepancy and the second skeletal class.

BIBLIOGRAFIA

- E. Spessot - L. Rubini, Manuale di costruzione dei dispositivi ortodontici Planas, 2004.
- L. Rubini, Riabilitazione Neuro-Occlusale R.N.O. Pedro Planas, II edizione 1994.
- R. Benedetti, Alexander discipline R.I.S., 2002
- S. Dettori - A. Confaloni, R.N.O. evoluzione del rapporto dinamico funzionale tra occlusione Ed A.T.M., 2001

28° incontro culturale



Coordinamento scientifico

Prof.ssa Gabriella Pagavino

Presidente Corso di Laurea Specialistica

in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Università degli Studi di Firenze



primo annuncio

E.C.M. ODONTOIATRI - ACCREDITAMENTO PREVISTO

1 Aprile 2011

FIRENZE - Leone S.p.A. - Aula Magna Marco Pozzi

Dott. IVANO MALTONI

Libero professionista a Forlì

**“Dalle apparecchiature convenzionali al Self-Ligating passivo.
Perché cambiare tecnica.”**

Prof. MARIO BONDI

Libero professionista a Roma

“Diagnosi e terapia causale delle malocclusioni.”



Per ulteriori informazioni: **Segreteria Leoclub tel. 055.304458 • fax 055.304455 • e-mail iso@leone.it • www.leone.it**



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

28° incontro culturale



SCHEDA DI ISCRIZIONE

1 Aprile 2011

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Città _____ Tel. _____ Tel. Cell. _____

P.IVA _____ C.F. _____ (obbligatorio)

E-mail _____ Luogo e data di nascita _____ (obbligatorio)

LEOCLUB CARD n° _____

Nota informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 I dati, acquisiti nell'ambito della nostra attività, sono trattati in relazione alle esigenze contrattuali e per l'adempimento degli obblighi legali e amministrativi. Tali dati sono trattati con l'osservanza di ogni misura cautelativa della sicurezza e riservatezza.

Data _____ Firma _____

Nel rispetto del D. Lgs. 196/2003, indicandoci i suoi dati avrà l'opportunità di essere aggiornato su tutte le iniziative commerciali e culturali da noi promosse. Solo se non desiderasse ricevere ulteriori comunicazioni, barri la casella

La sinergia tra ortodonzia e chirurgia nel trattamento delle disarmonie di III Classe

Parlano gli esperti: Prof. Mirco Raffaini (MR), Dott. Lorenzo Franchi (LF)

Dott. Tiziano Baccetti (TB)



Questa intervista nasce dalla necessità di illustrare al vasto pubblico alcune delle nuove prospettive che si stanno aprendo per la cura della malocclusione di III Classe sia a livello ortodontico che chirurgico. Esperti del settore riconosciuti in ambito internazionale hanno aderito all'iniziativa della Leone di introdurre questo argomento e dare delle anticipazioni rispetto ai contenuti del Corso nazionale sulla terapia della III Classe sotto l'egida della SIDO che si terrà proprio presso l'ISO il 6 e il 7 maggio 2011.

TB: *Cari Mirco e Lorenzo, abbiamo l'opportunità di discutere assieme alcuni degli aspetti innovativi riguardanti la terapia della malocclusione di III Classe, una delle problematiche più complesse in ambito sia ortodontico che chirurgico. Potreste riassumere in maniera concisa i motivi di criticità legati a questa malocclusione?*

LF: La disarmonia dentoscheletrica di III Classe è una vera sfida, prima di tutto perché le III Classi non migliorano affatto con la crescita, anzi dimostrano un peggioramento. Se confrontiamo la quantità di crescita mandibolare durante le età puberali in una III Classe ci accorgiamo che questa è in media 4 o 5 mm maggiore che nei soggetti con rapporti dentoscheletrici normali. Inoltre, il picco puberale di crescita, con il suo forte effetto di amplificazione della crescita mandibolare, dura più a lungo nei soggetti con III Classe e raggiunge intensità maggiori.

MR: La malocclusione di III Classe rappresenta una disarmonia che ha un impatto negativo significativo sull'estetica facciale del paziente, con dei risvolti psicologici talvolta pesanti per il paziente portatore di tale deformità. La terapia della III Classe non può considerarsi sufficiente se si prende cura soltanto degli aspetti occlusali, che talvolta sono in effetti compensati o addirittura corretti. Il profilo facciale rappresenta per il portatore di III Classe un obiettivo primario da migliorare.

TB: *Al recente congresso della European Orthodontic Society in Slovenia, giugno 2010, uno dei temi principali è stato proprio quello della diagnosi e cura della malocclusione di III Classe. Parlando con il Comitato Scientifico del Congresso, mi sono reso conto che tale argomento non rappresentava un tema principale di un congresso EOS da quasi 20 anni. Come spieghi, Lorenzo, questo calo di interesse nei confronti della malocclusione di III Classe in un passato recente?*

LF: In effetti la comunità scientifica nei decenni Ottanta e Novanta si era in qualche modo rassegnata ad attendersi risultati perlopiù parziali dalla cura ortodontico-ortopedica della malocclusione di III Classe, abbastanza disarmata davanti al rischio incombente della recidiva e al ricorso sempre più frequente alla chirurgia ortognatica. Al contrario negli ultimi 5 anni si è assistito ad una piccola "rivoluzione" nel campo del trattamento ortopedico della malocclusione di III Classe. Nuovi protocolli stanno dando frutti importanti in termini di un miglioramento dei risultati mascellari e mandibolari rispetto ai protocolli classici con maschera facciale oppure con mentoniera o apparecchi funzionali per la III Classe. Tra le novità, che l'anno prossimo non mancheremo di illustrare, le nuove possibilità offerte dall'utilizzo di miniplacche ed elastici di III Classe e quelle offerte dai protocolli di espansione e contrazione del mascellare superiore prima della protrazione mascellare. I risultati di queste tecniche sembrano dare avanzamenti del mascellare superiore in pratica doppi rispetto a quelli dell'utilizzo tradizionale dell'espansione e della protrazione del mascellare superiore.

TB: *E in campo chirurgico, Mirco, puoi segnalare un fermento positivo e nuove proposte per l'approccio alla disarmonia di III Classe?*

MR: Già da molti anni personalmente affronto la chirurgia ortognatica rendendola molto più predicibile, precisa e agevole, con interventi che comportano un impegno più limitato per il paziente sia durante l'intervento che nella degenza. Nella recentissima letteratura si segnalano molte novità anche nel mio settore. Innanzi tutto i nuovi mezzi di imaging come la CBCT consentono di avere una visione diretta della strutture osteo-scheletriche, di eseguire simulazioni virtuali degli spostamenti ossei e di preparare con mezzi CAD-CAM splint di guida che rendono assolutamente preciso e rapido l'intervento chirurgico. Inoltre da parte di alcuni Autori viene introdotta la possibilità di intervenire prima con la chirurgia e poi con la terapia ortodontica, il cosiddetto concetto di "surgery first" sostenuto in campo ortodontico anche da Nanda e dal suo gruppo presso University of Connecticut, per ridurre i tempi terapeutici e lo stress biologico sulla dentatura. Chiaramente questa procedura può essere applicata solo in casi ben selezionati in cui non esistano affollamenti o compensi importanti. Ancora, in parallelo a quanto già sperimentato nelle II Classi da Paul Thomas e altri, viene confermata la possibilità di anticipare molto l'età del paziente alla quale effettuare la chirurgia ortognatica, facendola coincidere con l'età del picco puberale. Questa metodica sembra essere indicata in soggetti con III Classe di sesso femminile segnate da ipoplasia mascellare con fortissime motivazioni psicologiche o in maschi con II Classe con marcati deficit di crescita mandibolare.

TB: *Venendo al tema specifico della collaborazione tra ortodonzia e chirurgia ortognatica, in generale e in particolare riguardo alla terapia della malocclusione di III Classe, percepite che lo scenario sia mutato negli ultimi anni?*

MR: Non vi è dubbio che quella che fino a 10 anni fa veniva vista quasi come un'antitesi, riflette oggi molto più la caratteristica di una sinergia. Ancora alle soglie del 2000 ai congressi di odontoiatria ed in particolar modo nelle sezioni ortodontiche di tali congressi, si sentiva parlare della possibilità di "salvare" il paziente con III Classe mediante l'ortodonzia dalle mani del chirurgo. Oggigiorno, le tecniche chirurgiche si sono affinate, i pazienti hanno un approccio assolutamente più favorevole con la chirurgia e la contrapposizione ortodonzia vs chirurgia non esiste più. Al contrario, l'ortodontista ed il chirurgo, almeno nella esperienza del nostro gruppo che vorremmo mostrare nel Corso dell'anno prossimo, collaborano in modo totalmente integrato a tutto vantaggio della salute e dell'estetica del paziente. La terapia ortodontico-ortopedica può ridurre quello che sarà l'impatto della disarmonia scheletrica, ma anche lo squilibrio muscolare, a fine crescita, a tutto vantaggio della stabilità dei risultati della chirurgia ortognatica. Inoltre le procedure di corticotomia e le sezioni interdentali consentono di accelerare i tempi della preparazione (6 mesi circa) migliorandone la salute parodontale e la collaborazione del paziente.

TB: *Lorenzo, il nostro collega Mirco ha parlato della collaborazione tra ortodontista e chirurgo in una pianificazione moderna e razionale della terapia delle III Classi. Puoi dirci qualcosa riguardo alla possibilità di prevedere, prima dell'inizio del trattamento ortodontico, in epoca precoce di sviluppo, quali pazienti di III Classe risponderanno peggio al trattamento ortopedico e avranno maggiori probabilità di dover accedere alla chirurgia ortognatica per risolvere il loro problema dentoscheletrico?*

LF: Da alcuni anni abbiamo messo a punto e poi testato una analisi predittiva dei risultati della terapia ortopedico-ortodontica della malocclusione di III Classe basata su alcune caratteristiche anatomiche, e quindi cefalometriche, del paziente prima della terapia. Tale analisi, che ovviamente descriveremo in dettaglio nel Corso SIDO del 2011, permette di individuare in 4 casi su 5 quali pazienti con disarmonia di III Classe presenteranno una forte recidiva dopo terapia ortodontica tale da richiedere chirurgia.

Voglio sottolineare, comunque, in pieno accordo con quanto esposto da Mirco poco sopra, che anche nel caso l'analisi predittiva sia sfavorevole, effettuiamo comunque la terapia ortopedica in quel paziente, perchè questa comporterà uno squilibrio muscolo-scheletrico meno accentuato al momento della chirurgia a tutto favore dei risultati della chirurgia stessa. Inoltre, nonostante la terapia ortopedica in alcuni casi non riesca a correggere sufficientemente la malocclusione, ne riduce sicuramente l'impatto estetico, a vantaggio degli aspetti psicologici e sociali dei pazienti con III Classe durante le età adolescenziale e giovane adulta.

TB: *Grazie Mirco e Lorenzo del vostro tempo. Mettiamoci subito al lavoro per confezionare un Corso per maggio 2011 che sia davvero informativo, scientifico e ricco di indicazioni pratiche per i partecipanti*

Corso internazionale a Firenze



Lo scorso 23-24 settembre si è tenuto, presso la nostra sede, il corso internazionale dal titolo “New efficient solutions in Orthodontics”.

Gli interventi di relatori di caratura internazionale e i temi di assoluta attualità, hanno contribuito al successo di questo incontro che ha visto la partecipazione di oltre 200 medici provenienti da diversi paesi europei e non. Ad aprire l'incontro è stato il Dott. Tiziano Baccetti che ha dedicato un'intera giornata alla trattazione della diagnosi e del trattamento ortopedico-funzionale delle III Classi. Il Dott. Baccetti, autore e profondo conoscitore di un'ampia ricerca sulla diagnosi e sulla terapia di queste malocclusioni, ha indicato con chiarezza le linee guida attuali per la diagnosi e la cura delle III Classi. Il secondo giorno di corso invece, ha visto alternarsi il Dott. Lorenzo Franchi e il nostro Direttore Ricerca e Sviluppo

Sig. Gabriele Scommegna nell'illustrare le possibilità, i limiti e i mezzi terapeutici dei sistemi Low-friction. Partendo dall'analisi della più accreditata letteratura è stata fatta chiarezza su quanto è oggi scientificamente, clinicamente e tecnicamente evidente fino a descrivere un protocollo di “ortodonzia contemporanea” per l'uso logico della frizione in base alla necessità terapeutica.

Il Dott. Raffaele Sacerdoti ha chiuso i lavori presentando numerosi casi trattati con metodiche vestibolari con l'utilizzo di dispositivi estetici che consentono un approccio di grande soddisfazione ai pazienti adulti in quanto velocizzano le fasi di allineamento e livellamento.

Sono stati inoltre presentati anche alcuni esempi di trattamento linguale semplificato per dimostrare come è possibile migliorare l'estetica con un trattamento totalmente invisibile.



LEOLAB: 20 anni di professionalità



Nella splendida cornice di Villa La Bacìa, situata sulle colline che dividono la vallata del Mugello da Firenze, si è tenuto il corso di “Comunicazione interpersonale e tecniche di vendita relazionale” per i titolari Leolab, i laboratori autorizzati Leone.

Ad ospitare l'evento, tenutosi l'11 e 12 giugno scorsi, è stata Silvia Gherardini, titolare del Laboratorio Firenze Ortodonzia, che ha messo a disposizione l'intera struttura risalente al 1300, nata come canonica ed oggi completamente ristrutturata anche come casa vacanze.

Il corso, tenuto dal Dott. Carlo Baldassi, noto consulente di management con oltre 15 anni di importanti esperienze manageriali in industrie di diversi settori, fa parte di un ciclo di incontri organizzati appositamente dal gruppo Leolab per crescere non solo sotto il profilo tecnico ma anche imprenditoriale. Da artigiano ad imprenditore, questo è uno degli obiettivi che si è posto ultimamente il gruppo Leolab: crescere professionalmente mantenendo tutti i vantaggi dell'artigiano odontotecnico come ad esempio

la flessibilità produttiva e la garanzia di un prodotto “made in Italy”.

I laboratori Leolab sono ormai da 20 anni sinonimo di alta professionalità in grado di offrire, grazie ad un'attenta organizzazione aziendale, servizi di ottimo livello con la massima rapidità. Era infatti il 1990 quando Alessandro Pozzi, riconoscendo al tecnico ortodontista ed al laboratorio ortodontico una indiscussa importanza come collaboratore tecnico del medico ortodontista, selezionò alcuni laboratori ortodontici fra i più professionali d'Italia che si impegnarono insieme alla Leone a raggiungere il massimo livello di aggiornamento tecnico scientifico per offrire prodotti e servizi altamente qualificati nel tempo.

Il Fast back: revisioni tecnico-costruttive

Odt. Stefano Lumetta - Palermo

INTRODUZIONE

Nell'ultimo ventennio, l'evoluzione clinica dell'ortognatodonzia, applicata ai dispositivi medici su misura realizzati dal laboratorio odontotecnico ha visto nascere diversi tipi (spesso simili tra loro) di apparecchiature deputate al recupero dello spazio necessario per risolvere l'affollamento dentale; questi dispositivi hanno come finalità l'ampliamento della dimensione dento-alveolare dell'arcata superiore, sia trasversalmente che in senso antero posteriore, fornendo al clinico i mezzi per risolvere gravi casi di malocclusione che altrimenti, dovrebbero essere trattati come estrattivi.

In questa ottica troviamo le metodiche di trattamento con sistemi a bassa frizione e l'uso di fili superelastici tra i quali spiccano quelli di nichel-titanio che consente di ottenere il rilascio di forze costanti.

Queste forze, se opportunamente applicate dai dispositivi su misura, inducono un movimento dentale corporeo, ben tollerato dal tessuto osseo e parodontale, stimolando un totale rimodellamento dei tessuti di sostegno.

Nel panorama dei molteplici dispositivi ortodontici di ultima generazione che hanno come scopo la distalizzazione dei molari superiori, con la peculiare prerogativa di ottenere un movimento di tipo corporeo del dente, il FAST BACK si colloca tra quelli che, a mio avviso, rispettano la totalità delle caratteristiche ideali riassunte nella tabella 1.

CARATTERISTICHE DEL DISTALIZZATORE IDEALE
• Totale mancanza di collaborazione da parte del paziente
• Controllo biomeccanico preciso
• Perdita d'ancoraggio ridotta
• Ingombro e comfort adeguati
• Minima interferenza con le funzioni dell'A.S.G.
• Attivazione semplice e precisa
• Autolimitazione del sistema meccanico
• Compatibilità con tutte le tecniche ortodontiche
• Facile igiene per il paziente

Tabella 1

DESCRIZIONE

Questo dispositivo, presentato agli inizi del 2001 dal dott. Claudio Lanteri, dal compianto Filippo Francolini e da Gabriele Scommegna, vuole fornire al medico un distalizzatore molare di semplice gestione clinica per il trattamento dei casi con affollamento dentale dell'arcata superiore; che consenta di eseguire facili riattivazioni alla poltrona durante la terapia; che abbia un preciso controllo dell'intensità e direzione della forza applicata, ottenendo un movimento corporeo dei molari; una semplice metodica di trasformazione dello stesso in Nance di ancoraggio post distalizzazione. Lo scopo principale è stato quello di fornire un distalizzatore molare che si distingue per la totale assenza del rischio di andare incontro ad iper-correzioni indesiderate (il paziente non rispetta le visite di controllo periodiche o il possibile disinserimento di parti attive che lo compongono) grazie alla presenza di appositi terminali fissati sul filo di scorrimento.

FASI DI COSTRUZIONE

Il FAST BACK, che per la sua versatilità si presta a molte soluzioni di costruzione, nella maggior parte dei casi è realizzato con due bande sui primi premolari e due bande sui molari sulle quali si puntano elettricamente i tubi palatali di scorrimento forniti nel kit. In questo articolo presento un caso di dispositivo monolaterale in cui deve essere distalizzato il 26 (Figg. 1-3).



Fig. 1 - Vista frontale del caso



Fig. 2 - Vista laterale con il 26 da distalizzare



Fig. 4 - I fili di connessione modellati



Fig. 3 - Le bande sul modello ed il tubo molare puntato



Fig. 5 - Particolare del filo connesso alla banda premolare

La prima variante che ho introdotto rispetto ai criteri originali di costruzione, consiste nel modellare due fili di connessione in acciaio o cr.co del diametro di 0,9 mm da connettere mediante saldo-brasatura o saldatura laser alle bande premolari. In questo caso, è connessa con il filo anche la banda molare del 16, che non deve essere distalizzata; questi fili saranno, in seguito, inglobati nell'acrilico del Nance con il vantaggio di poterli facilmente tagliare a fine distalizzazione per la trasformazione dell'apparecchiatura in Nance di ancoraggio.

Per mezzo di un'ulteriore variazione di costruzione, abbinabile come in questo caso alla precedente, è possibile incrementare l'ancoraggio del dispositivo con un componente che ho ideato allo scopo di avere maggiori garanzie di stabilità sia in fase attiva di distalizzazione che, in seguito, al momento di trasformarlo in Nance di ancoraggio (Figg. 4 e 5).

Si tratta di realizzare un sezionale di filo del diametro di 0,8 mm in cr.co alla cui estremità si punta un occhiello d.b. che dovrà essere aperto per consentire l'alloggiamento del filo (Fig. 6); si modella il sezionale per connetterlo sia alle bande premolari su cui sarà saldato, che alla superficie linguale del canino sul quale sarà in seguito incollato dal medico (Figg. 7 e 8).



Fig. 6 - Il filo di connessione con l'occhiello



Fig. 7 - I fili di connessione saldati alle bande

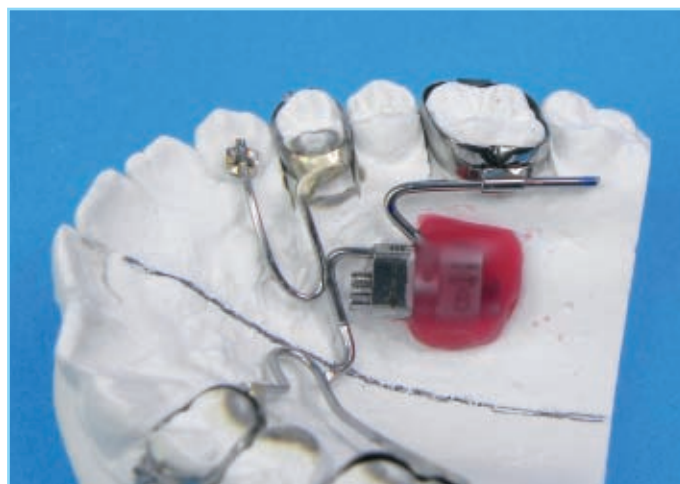


Fig. 9 - La vite posizionata sul modello



Fig. 8 - Particolare dell'appoggio canino con i modelli di occlusione

A tal proposito, desidero fare notare come non saldando il braccio della vite alla banda premolare, ma piuttosto inglobandolo nel bottone acrilico, si ottiene un minore volume di saldatura sulla banda stessa; ne conseguirà una più semplice eliminazione al momento della trasformazione del distalizzatore in Nance di ancoraggio da parte del medico. Dopo aver ricoperto la parte distale della vite con cera, si procede alla resinatura ed alla rifinitura del dispositivo come di consueto, anche se, nel caso specifico, si nota un'estensione maggiore dell'acrilico nella zona retro incisiva, allo scopo di creare un rialzo anteriore ed aprire leggermente il morso, come richiestomi dal medico (Fig. 10).

Dopo aver terminato la lucidatura del dispositivo, si inseriscono lo stop premimolla e la molla fornita nel kit sulla



Fig. 10 - Il dispositivo terminato

A questo punto si procede nella costruzione posizionando sul modello la vite, fornita nella confezione, in prossimità del centro di resistenza del molare e parallelamente al piano occlusale, distanziandola opportunamente dalla mucosa con uno strato di cera calibrata; i bracci della vite a differenza di quanto indicato nel metodo classico di costruzione, devono essere piegati in modo da poterli connettere da una parte alla zona palatale in cui sarà realizzato il bottone acrilico, dall'altra al tubo di scorrimento che abbiamo sulla banda molare (Fig. 9).



Fig. 11 - Lo stop, la molla e il terminale forato

parte mesiale del filo di scorrimento, mentre il segmento distale, che fuoriesce dalla canula molare, sarà tagliato in modo che non ecceda oltre i 3/4 mm per consentire il fissaggio dell'ultimo elemento di questa apparecchiatura che è il terminale forato (Fig. 11); lo stesso andrà bloccato con una saldatura per evitarne il disinserimento accidentale all'interno del cavo orale (Fig. 12).

A questo punto, dopo l'opportuna disinfezione, per facilitare al medico il posizionamento e la cementazione, si blocca il



Fig. 12 - Particolare del terminale forato saldato

dispositivo con una legatura metallica che va dalla banda premolare alla parte distale di quella del molare; ovviamente, dopo tale fase, la legatura andrà rimossa per consentire il movimento al dente in questione (Fig. 13).

Personalmente adottato sempre il terminale con foro per legature perché, a fine distalizzazione, consente al clinico di bloccare agevolmente il tutto con una semplice legatura, dal foro del terminale al tubo della banda molare, senza



Fig. 13 - La legatura metallica prima dell'invio allo studio

per questo dover eseguire manovre difficoltose o disinserire necessariamente il dispositivo dalla bocca del paziente; un ulteriore elemento questo che contraddistingue il Fast Back per la sua semplicità di gestione rispetto ad altri analoghi distalizzatori.

CONCLUSIONI

Come si può notare, il Fast Back risulta essere un dispositivo di facile costruzione, con un ottimo grado di sicurezza e comfort per il paziente. Inoltre, con le modifiche appena descritte, può essere ancora più stabile, sia in fase attiva di distalizzazione che al momento della sua trasformazione in Nance di stabilizzazione, consentendo al medico di proseguire nell'iter terapeutico senza un eccessivo rischio di perdita d'ancoraggio. Desidero ringraziare il dott. Claudio Lanteri per il tempo e l'attenzione che mi ha dedicato nel valutare queste varianti delle fasi costruttive.

BIBLIOGRAFIA

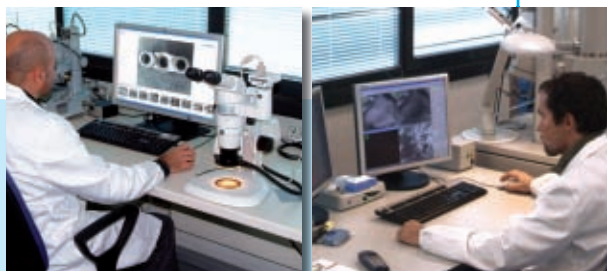
- Ortodonzia intercettiva: Caprioglio D., Levrini A., Lanteri C. Ed. Martina
- I maestri dell'ortodonzia funzionale: Levrini A., Favero L. Ed. Quintessenza.
- Bollettino di informazioni Leone 67: Distalizzare con il Fast Back. L'esigenza, l'idea, il confronto e la realizzazione – Lanteri C., Francolini F.
- Bollettino di informazioni Leone 74: L'uso del Fast Back nella terapia non estrattiva delle II classi - Guerra M., Mannarino M. R., Lanuti A.
- Bollettino di informazioni Leone 75: Distalizzare con il Fast back: basi tecniche e norme di costruzione - Francolini F., Francolini F.
- Bollettino di informazioni Leone 77: Dispositivo modificato per la distalizzazione dei molari superiori – Riatti R., Cortesi C., Denotti G.

Assistenza Clienti



• Competenza

Il Reparto Assistenza, composto da tecnici ed ingegneri in costante aggiornamento professionale, è sempre a disposizione per fornire informazioni sui prodotti e risolvere eventuali problematiche.



• Tempestività

L'attenta gestione e un sistema logistico all'avanguardia permettono di evadere gli ordini con la massima precisione e consegnare la merce al vettore in media entro 1 giorno lavorativo.



• Newslist Leone

Per essere sempre aggiornati sui nostri prodotti e sulle novità della nostra produzione è sufficiente entrare nella sezione del nostro sito **www.leone.it** e compilare il modulo di iscrizione.

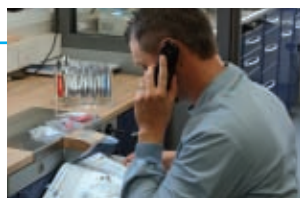


ASSISTENZA COMMERCIALE

 telefono **055.304432 • 055.304433**

 fax **055.374808**

 mail **italia@leone.it**



ASSISTENZA TECNICA

 telefono **055.304451**

 fax **055.304444**

 mail **research@leone.it • help.products@leone.it**

NORME REDAZIONALI PER LA PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI

1) I lavori devono essere inviati, previo avviso anche telefonico, a:
Leone S.p.A. Via P. a Quaracchi 50 - 50019 Sesto Fiorentino -
Firenze, tel. 055.30.441.

2) L'accettazione è subordinata all'approvazione della redazione e alla disponibilità degli spazi.

3) I testi devono pervenire su CD o DVD sotto l'ambiente Macintosh o Windows in formato Word, nella stesura definitiva, solo in casi eccezionali e quando possibile saranno accettate eventuali modifiche.

4) I lavori devono essere completi di: nome e cognome, qualifica professionale, indirizzo, telefono, fax e indirizzo e-mail, firma dell'autore, firma per approvazione del Direttore nel caso l'autore appartenga ad un Istituto.

5) Il testo deve riportare:

- il titolo scientifico;
- la bibliografia che deve essere compilata e disposta in ordine alfabetico con i numeri in progressione, gli stessi devono essere inseriti anche nel testo; il riassunto in lingua italiana e inglese massimo 200 parole ciascuno;
- le illustrazioni, fotografie, diapositive, disegni, tabelle, grafici devono essere in originale idoneo alla pubblicazione e numerate progressivamente;
- le immagini digitali sono accettate solo con i seguenti requisiti:

immagini a colori

dimensioni: lato più corto di almeno 120 mm
risoluzione: minimo 300 dpi (1280x1024 pixel)
colore: quadricromia (CMYK)
formato: TIF, EPS, JPEG
supporto: CD, DVD

programmi: sono accettate immagini provenienti solo dai programmi: PHOTOSHOP, FREEHAND, ILLUSTRATOR

immagini in scala di grigio o bianco/nero

dimensioni: lato più corto di almeno 120 mm
risoluzione: minimo 300 dpi (1280x1024 pixel)

immagini a tratto a colori o bianco/nero

dimensioni: lato più corto di almeno 120 mm
risoluzione: minimo 1200 dpi

Le didascalie delle figure devono essere compilate separatamente con la numerazione corrispondente alle illustrazioni e citazioni nel testo.

6) I lavori saranno restituiti, comunque gli autori devono conservarne una copia non essendo quelli inviati per la pubblicazione assicurati per danni o smarrimenti.

7) La proprietà letteraria spetta all'editore che può autorizzare la riproduzione parziale o totale, anche su pubblicazioni straniere, dei lavori pubblicati.

8) L'autore, sottoscrivendo il testo, si assume in proprio la responsabilità relativa ai contenuti e alle illustrazioni.

Si consiglia di attenersi accuratamente a quanto indicato. La chiarezza e la precisione dei lavori inviati eviteranno contrattempi e ritardi nella procedura editoriale, permettendo un'ottima pubblicazione.



Ortodonzia e Implantologia

LEONE S.p.A. - Via P. a Quaracchi, 50
50019 Sesto Fiorentino (FI) Tel.055.30.441
e-mail: 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: l'indirizzo in nostro possesso sarà utilizzato anche per l'invio di altre proposte commerciali. Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 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. Sesto Fiorentino

IT-52-09/85

Prossimo Incontro Culturale **LEOCLUB**[®]
leone



28° LEOCLUB
1 Aprile 2011

Per informazioni:
tel. 055.304458



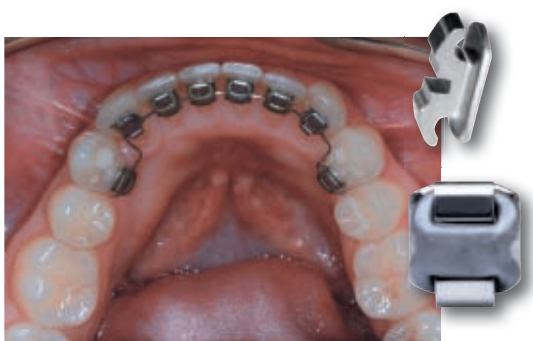
Sshh..
Sshh..

ho un segreto..



..porto un apparecchio
ortodontico..

lo diresti?



Per gentile concessione del Dott. Fabio Giuntoli

ideal
LIGHT LINGUAL SYSTEM



- Cosmesi ortodontica del sorriso veloce ed invisibile per la cura di lievi malposizioni e recidive
- Biomeccanica Low Friction 2D per allineare e livellare i denti anteriori in poche settimane
- Attacchi di piccole dimensioni e ridotto spessore, utilizzati con legature **Slide™**, assicurano il massimo comfort del paziente
- Posizionamento pratico e preciso con lo specifico sistema di trasferimento
- Efficace alternativa agli aligners trasparenti
- Massimo rispetto della fonesi
- Minima collaborazione del paziente