

ORTHO TRIBUNE

The World's Orthodontic Newspaper • Italian Edition

Ottobre 2013 - anno VII n. 2

Supplemento n. 1
di Dental Tribune Italian Edition - Ottobre 2013 - anno IX n. 10

www.dental-tribune.com

L'INTERVISTA

**Cambiamento o rivoluzione apparente?
Risponde Daniele Vanni**

Effettivo cambiamento o rivoluzione apparente? Ecco l'opinione di Daniele Vanni, uno dei "nuovi" ortodontisti con esperienza e notevole casistica.



[pagina 3](#)

PRATICA & CLINICA

**Bracket linguali "Philippe"
per risolvere casi selezionati**

Una tecnica semplice ed efficace con uso di bracket linguali ("Philippe") a controllo bidimensionale per la risoluzione di casi selezionati, senza set-up della malocclusione.



[pagina 12](#)

PASSATO & PRESENTE

**Debutto in grande stile
della Sweden e Martina**

Sweden & Martina, azienda dalle carte in regola per un debutto in grande stile, scende in campo con un nuovissimo programma di ortodonzia fissa.



[pagina 15](#)



Corticotomie interdentalie

per abbreviare il trattamento ortodontico

Fiorenzo Faccioni

Nella pratica ortodontica attuale, quando ci viene richiesto un trattamento ortodontico per malocclusione – specie se il paziente è adulto o se il trattamento è finalizzato a un intervento chirurgico di riposizionamento delle basi ossee, che richiede tempi complessivi abbastanza lunghi – la domanda più ricorrente dei pazienti è: «Per quanto tempo dovrò portare l'apparecchio?», che presto diventa, una volta applicato l'apparecchio, «quando me lo toglierà?».

Possiamo differenziare la risposta a seconda dell'età del paziente. Infatti nell'adolescente l'utilizzo clinico dei fili superelastici che rilasciano forze continue leggere e di intensità costante nel tempo, associati all'impiego di attacchi self-ligating definiti a bassa frizione, riducono in maniera sensibile i tempi di trattamento rispetto ai sistemi tradizionali. Il problema dei tempi lunghi esiste soprattutto per i pazienti adulti, che hanno un osso creale maggiormente mineralizzato e un turnover cellulare osseo e parodontale rallentato.

Alcuni dati presenti in letteratura indicano che è possibile ottenere un'accelerazione del movimento dentale



facilitando l'attivazione cellulare e quindi velocizzando il turnover osseo.

[> pagina 4](#)

Cari amici e colleghi, con l'International Spring Meeting, che si terrà dal 6 all'8 marzo 2014, la Sido torna a Torino, città di primati storici, culturali, artistici e tecnologici. Un autentico simbolo di unità e di progresso, di solidità della tradizione e di sguardo verso il futuro, proprio come tutti noi vorremmo la nostra professione.

Parleremo di "Ortodonzia Intercettiva o Early Treatment", un tema affascinante e ricco di sfaccettature, non privo di aspetti controversi.

Gli stimoli per interessanti confronti e approfondimenti non mancheranno! Accanto a esperti di fama internazionale potremo ascoltare giovani relatori, ancora poco noti al grande pubblico ma senz'altro meritevoli della nostra attenzione.

Lavoreremo insieme per definire un vero e proprio "stato dell'arte", alla luce delle evidenze scientifiche, con l'attenzione sempre rivolta agli aspetti clinici in modo che l'aggiornamento sia sì culturale ma anche concretamente trasferibile nell'attività quotidiana.

Un gruppo qualificato di esperti sarà chiamato a dar vita a una consensus conference sui temi trattati.

I risultati saranno resi noti in conclusione del Convegno e poi divulgati attraverso le nostre riviste: Progress in Orthodontics (PiO), radicalmente rinnovata di recente, e il neonato European Journal of Clinical Orthodontics.

Italiano e inglese sono le lingue ufficiali del meeting.

La traduzione simultanea permetterà ai relatori di scegliere liberamente in quale delle due lingue esprimersi, in linea con il ruolo internazionale della Sido e la crescente presenza di iscritti stranieri ai nostri eventi.

I corsi pre-congressuali, in lingua italiana, saranno ripetuti per due volte nella stessa aula dagli stessi relatori; una formula che darà modo a tutti i partecipanti di accedere, nella stessa giornata, a due corsi su argomenti differenti.

Un cenno particolare merita la "Talent Factory", una sessione pre-congressuale innovativa in cui

[> pagina 2](#)

Edmondo Muzj

Medico, antropologo ingegnere e artista

Paolo Zampetti, Damaso Caprioglio

Edmondo Muzj nacque a Campli (Te) il 12 maggio del 1894 e morì, ultracentenario, a Roma il 24 gennaio del 1995. Laureatosi nel 1920 in Medicina e Chirurgia a Bologna, si recò, successivamente a Berlino per perfezionarsi in Odontostomatologia, dove ebbe modo di apprezzare l'Ortodonzia, disciplina che pochi allora praticavano con cognizione di causa.

Fu allievo dei fratelli Simon presso il Berliner Zahnärztliche Poliklinik e seguì nel contempo i corsi di Ortodonzia di Paul Oppler.

Rientrato in patria dopo tre anni, fu accolto in qualità di allievo interno presso la Clinica odontoiatrica dell'Università di Bologna, diretta

da Arturo Beretta (1876-1941), dove iniziò ad occuparsi di Ortodonzia e, nel 1926, su proposta dello stesso Beretta, gli fu conferito l'incarico

dell'insegnamento di Ortognatodonzia nell'Ateneo bolognese.

[> pagina 15](#)



Persona assistita o paziente?



Ad-sistere, “stare accanto”. Una parola che cito tutte le volte che ho l'occasione di tenere alcune lezioni agli assistenti di studio odontoiatrico. Spiego che il loro compito è quello di “stare accanto” all'odontoiatra, all'igienista dentale, all'odontotecnico, al fornitore, al paziente, al materiale di consumo, al riunito... insomma allo studio in toto. Oggi scopro che anche i medici devono “stare accanto” alle persone; scrivo questo perché non dovrò più parlare di paziente ma di persona assistita. Il nuovo codice di deontologia medica in via di approvazione, infatti, sostituisce la parola paziente con la locuzione sostantivale persona assistita. «È inopportuna l'espressione persona assistita, evoca tristemente gli ospizi dei poveri descritti da Charles Dickens, e per il mio amico Giuseppe Remuzzi ha una connotazione decisamente negativa [...]». Chiamare persone assistite tutti quelli che si ammalano dà l'idea che per la società curarli sia un peso più che un dovere», scrive al riguardo il professor Umberto Veronesi, direttore scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia. Sono molte le considerazioni che si possono fare al riguardo, in particolare se tali considerazioni si desiderano riflettere sul mondo odontoiatrico italiano, sempre più proteso verso una relazione medico paziente che predilige la missione di

cura e riflette i canoni etici che la nostra missione ci definisce da sempre. Vedi per esempio le numerose iniziative di solidarietà delle associazioni scientifiche (progetto solidarietà Sido), il nuovo codice etico dell'Andi e l'attenzione delle amministrazioni regionali per un futuro dell'odontoiatria che si avvicini in modo più concreto alle cure del paziente. All'atto pratico il termine paziente continuerà a essere utilizzato, sia dai medici sia dai pazienti. Non potendo dunque essere una sostituzione completa, in particolare tra la gente, sarà una semplice aggiunta di sinonimo. Sinonimo non codificato e definito ufficialmente, che in termini di ergonomia ed economia linguistica non sarà efficace. Da un punto di vista comunicativo, infatti, soprattutto nella direzione di una maggiore funzionalità e chiarezza, la scelta di un termine unico è fondamentale, onde evitare ambiguità nell'attribuzione dei significati. A maggior ragione, in documenti ufficiali (leggi, codici o regolamenti), la presenza di sinonimi è fuorviante e confondente. Non esistendo una definizione che codifica il significato della locuzione persona assistita, oppure la sinonimia documentata con il termine paziente, potrei pensare oppure obiettare sul fatto che la persona assistita sia il paziente. Si aggiungerà quindi un semplice sinonimo. Sinonimo che oggi i nostri dizionari non riportano, sinonimo che non è necessario inserire perché tutti sanno e comprendono cosa sia e cosa

deve essere il paziente.

Aggiungiamo che, secondo la logica linguistica, il termine scelto rimane un'etichetta arbitraria che deve essere affiancata da un'univoca definizione che corrisponda a criteri di completezza e precisione descrittiva. Ciò che è importante non è il termine che vuole definirlo, ma il suo significato. La parola è semplicemente un simbolo al quale correlare un significato. Possiamo chiamarlo paziente, persona assistita, malato assistito, persona curata, utente sanitario, persona presa in cura, malato in cura ecc., ma il significato, che è la cosa più importante, è sempre lo stesso: «affetto da una malattia che si sottopone alle cure del medico» (Sabatini-Coletti) oppure «Chi è affetto da una malattia ed è sottoposto alle cure di un medico» (Gabrielli). Questo per sottolineare che è inutile aggiungere un sinonimo a paziente perché è a tutti chiaro, nessuno escluso, che il paziente è una persona che viene curata dal medico. Perché per ottenere lo stesso obiettivo non è stato cambiato il termine di medico in “persona che assiste”? È ovviamente una provocazione, che però sottende a una realtà: il nostro compito sarà assistere e non curare. Al riguardo mi preme sottolineare che il termine persona assistita è generico. Se dovessi chiedere alla gente cosa significa tale locuzione nessuno mi darebbe risposta, potrebbe però pensare a una persona che ha bisogno di un suggerimento,

Editoriale

un'indicazione, un aiuto qualsiasi e da chiunque. Per questo preferirei, al limite, il termine malato assistito o persona curata. Il lemmario dell'Accademia della Crusca riferisce etimologicamente il termine paziente alla parola latina patiens. Per questo motivo in Spagna si definisce *paciente*, in Gran Bretagna *patient*, in Francia *patient* e in Germania *patienten*. Considerazione importante se valuto tale sostituzione con la tutela delle origini del nostro patrimonio linguistico. Le mie considerazioni potrebbero essere sembrate pignolerie lessicali o inutili digressioni; non certo lo sarebbero per Totò e Peppino nella stesura della nota lettera alla malafemmina, tantomeno per chi conferisce alla parola un valore importante perché la ritiene simbolo primo di comunicazione, da rispettare se consolidato nel tempo e nella storia. Cosa importante è invece fare comprendere al medico, più che al paziente, il profondo sentimento di attenzione e riguardo che deve portare nei confronti del paziente, tanto da legarlo in modo forte ai principi di medicina centrata sulla persona di Roger, quindi di “to care” (prendersi cura) piuttosto che “to cure” (curare). Il termine paziente è breve, pratico, accessibile a tutti e rappresentata in modo chiaro e corretto il suo essere, la richiesta di aiuto e ascolto e rappresenta la tensione umana che anche noi ortodontisti dobbiamo avere. Perché cambiarlo?

Luca Levrini

Trainer miofunzionali dall'infanzia all'età matura



myobrace

T4B

T4K

infant TRAINER

i-3 i-2

BRUXOGARD™

TMJ™

T4A

TMD APPLIANCE

TMJ-MBV™

per l'Italia:

isasan srl - 22070 Rovello Porro (CO)

tel. 02 96754179 - fax 02 96754190 - www.isasan.com - info@isasan.com



< pagina 1

autorevoli docenti e professionisti, in un clima collaborativo e friendly, si metteranno a disposizione dei colleghi meno esperti, aiutandoli a migliorare le loro presentazioni. Lo scopo è quello di incoraggiare a una partecipazione sempre più attiva i nostri giovani, sostenendo i più meritevoli nel percorso per diventare presto la nostra nuova leadership culturale. Gli incentivi per chi vorrà partecipare sono davvero stimolanti! Ci sarà spazio anche per innovazioni tecnologiche che renderanno più fluida la compilazione dei questionari ECM e più immediata la possibilità di interagire con i relatori. Potete apprendere tutti i dettagli del programma su www.sido.it. Non dimentichiamo mai che efficacia, efficienza, ricerca, aggiornamento continuo, innovazione, rispetto dell'insegnamento di chi ci ha preceduto e ha portato la nostra ortodonzia a un posto di grande rilievo nel panorama internazionale sono i nostri punti di forza!

Vi aspetto tutti a Torino!

Claudio Lanteri

ORTHO TRIBUNE

The World's Orthodontic Newspaper • Italian Edition

LICENSING BY DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL PUBLISHER TORSTEN OEMUS

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +49 341 48 474 107

CLINICAL EDITOR - Magda Wojtkiewicz

ONLINE EDITORS - Yvonne Bachmann; Claudia Duschek
COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten Oemus

DIRECTOR OF FINANCE & CONTROLLING - Dan Wunderlich

BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER - Claudia Slawiczek

MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Maria Kaiser (USA); Werdiana Mageswki (Latin America); Hélène Carpentier (Europe)

MARKETING & SALES SERVICES - Esther Wodarski; Nicole Andrä

ACCOUNTING - Karen Hamatschek; Anja Maywald

EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer

INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

Dr Nasser Barghi, USA - Ceramics
Dr Karl Behr, Germany - Endodontics
Dr George Freedman, Canada - Aesthetics
Dr Howard Glazer, USA - Cariology
Prof Dr I. Krejci, Switzerland - Conservative Dentistry
Dr Edward Lynch, Ireland - Restorative
Dr Ziv Mazor, Israel - Implantology
Prof Dr Georg Meyer, Germany - Restorative
Prof Dr Rudolph Slavicek, Austria - Function
Dr Marius Steigmann, Germany - Implantology

©2013, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.

Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 173
www.dental-tribune.com | info@dental-tribune.com

REGIONAL OFFICES

Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 111 Thomson Road, Wanchi, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

Dental Tribune America

116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, NY 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

Supplemento n. 1

di Dental Tribune Italian Edition
Anno IX Numero 10, Ottobre 2013
Registrazione Tribunale di Torino
n. 5892 del 12/07/2005

DIRETTORE RESPONSABILE

Massimo Boccaletti
[direttore.giornale@tueor.it]

EDITORE

TUE. OR. Srl - C.so Sebastopoli, 225 - 10137 (TO)
Tel.: +39 011 0463350 | Fax: +39 011 0463304
www.tueor.it - redazione@tueor.com

Sede legale e amministrativa

Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino

AMMINISTRATORE

Patrizia Gatto
[patrizia.gatto@tueor.com]

DIRETTORE SCIENTIFICO

Claudio Lanteri

CO-DIRETTORE SCIENTIFICO

Luca Levrini

SUPERVISORE SCIENTIFICO

Damaso Caprioglio

REDAZIONE

Chiara Siccardi
Ha collaborato Rottermaier - Servizi Letterari (TO)

TRADUZIONI SCIENTIFICHE

Cristina M. Rodighiero

REALIZZAZIONE

TUE. OR. Srl - www.tueor.it

STAMPA

ROTO3 Industria Grafica S.p.a. Castano Primo (MI)

PUBBLICITÀ

Tueor Srl
[lalessia.murari@tueor.com]

ANES

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

DENTAL TRIBUNE EDIZIONE ITALIANA FA PARTE DEL GRUPPO DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL CHE PUBBLICA IN 25 LINGUE IN OLTRE 90 PAESI

È proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza di dichiarazione contraria, qualunque articolo sottoposto all'approvazione della Redazione presuppone la tacita conferma alla pubblicazione totale o parziale. La Redazione si riserva la facoltà di apportare modifiche, se necessario. Non si assume responsabilità in merito a libri o manoscritti non citati. Gli articoli non a firma della Redazione rappresentano esclusivamente l'opinione dell'Autore, che può non corrispondere a quella dell'Editore. La Redazione non risponde inoltre degli annunci a carattere pubblicitario o equiparati e non assume responsabilità per quanto riguarda informazioni commerciali inerenti associazioni, aziende e mercati e per le conseguenze derivanti da informazioni erronee.

La nuova ortodonzia intercettiva

a colloquio con **Daniele Vanni**

Da qualche anno si ha la sensazione che il mondo dell'ortodonzia stia vivendo un grande cambiamento. Lo si può evincere da un'osservazione delle locandine dei corsi d'aggiornamento, dagli argomenti trattati nei congressi delle società scientifiche e dalla lettura di articoli sulle riviste specialistiche. Ci si domanda se l'ortodonzia stia effettivamente cambiando o se questa è solo una rivoluzione apparente.

Dottor Vanni, le chiedo subito se stiamo vivendo una reale o apparente rivoluzione nel settore che la riguarda. Mi riferisco non solo all'ortodonzia in generale, ma anche e soprattutto all'ortodonzia in età precoce.

Negli ultimi anni l'ortodonzia ha avuto un'evoluzione significativa, probabilmente grazie alle tecnologie di nuova acquisizione. In verità di nuovo c'è abbastanza poco, se ci fermiamo a guardare più a fondo il tutto. La rivoluzione vera, forse, la stiamo vivendo in campo di diagnostica per immagini. Per quel che riguarda la terapia, oggi si parla tantissimo di mascherine e self-ligating nell'adulto, e di siliconici preformati nel bambino.

Di fatto sono queste le cose che hanno influenzato l'approccio terapeutico dell'ortodontista del nuovo millennio. Nei miei due decenni di professione ho visto cambiare molte cose. Questo è sicuramente un bene, ma se osserviamo il nuovo con occhio attento e analitico, oggi non si fa nulla che non si potesse fare anche vent'anni fa. Il bracket self-ligating esiste da sempre.

È stato intelligente chi ne ha standardizzato l'utilizzo creando nuovi protocolli. Non dimentichiamo che la rivoluzione non è tanto nel dispositivo, quanto soprattutto nel concetto di terapia con forze leggere e con il cambiamento di forma d'arcata. Di forze leggere e di cambiamento di forma d'arcata parlava costantemente, nella metà del secolo scorso, il compianto Ricketts, attirando su di sé le critiche e l'ostru-

to, oggi col set-up virtuale tutto è più facile, ma i denti si spostavano ugualmente e altrettanto bene con i set-up eseguiti in laboratorio.

Forse la vera importante novità è rappresentata dall'utilizzo metodico dei siliconici preformati nella terapia mio-funzionale. I cosiddetti "trainer": qui si può dire che stiamo vivendo effettivamente nel futuro. La genialità di ortodontisti, come Chris Farrel ad esempio, è stata quella di prendere a prestito il concetto di posizionatore e sfruttarlo nella rieducazione funzionale e nell'ortodonzia precoce, inserendo elementi rieducativi già presenti negli apparecchi funzionali in uso ai tempi. La rieducazione funzionale veniva eseguita fino a qualche anno fa con apparecchi mobili in resina, tutt'ora efficaci e utilizzati, come Frankel, Bionator, Andresen ecc., e con l'ausilio della logopedista. Certo, parlare di un argomento così vasto in pochi minuti non è semplice e risulterebbe riduttivo...

Io per primo utilizzo apparecchi in resina, quando serve, ma l'avvento dei trainer ha cambiato moltissimo il mio approccio alla terapia, non posso negarlo.

Cosa intende? Cosa cambia nell'utilizzo di questi dispositivi rispetto ai posizionatori?

I posizionatori sono apparecchi di gomma, che servono essenzialmente per rifinire l'occlusione al termine della terapia fissa, e si usano dagli anni Settanta. I trainer preformati possono essere considerati, come ho detto, una commistione

abbiamo fatto con l'awareness training, messo a punto dal "maestro" Carl Gugino.

L'awareness training è un metodo di rieducazione dei deficit funzionali del paziente che viene eseguito dall'ortodontista con dispositivi ortodontici, e dalla logopedista con esercizi di rieducazione, e che richiede una collaborazione del paziente stesso. Chiaro è che, alla base di un successo terapeutico mediante l'utilizzo di trainer, ci deve essere una valutazione diagnostica avanzata e una buona esperienza nel campo della terapia mio-funzionale.

Per quanto mi riguarda, se non avessi avuto anni di esperienza nell'utilizzo degli apparecchi funzionali in resina e se non avessi alle spalle una scuola di diagnosi come quella della filosofia bioprogressiva, non sarei stato capace di utilizzare i preformati. Questi nuovi dispositivi, in taluni casi, danno risultati equiparabili ad apparecchi funzionali tradizionali, ma molto spesso danno risultati ancor più esaltanti. Sia ben chiaro che non sempre si possono sostituire a terapie tradizionali. I nostri studi con la Myofunctional Research, però, ci stanno portando davvero avanti nell'ortodonzia precoce.

In quale modo i nuovi studi portano avanti? C'è un'ulteriore evoluzione?

Quando abbiamo iniziato a utilizzare questo genere di dispositivi, non avevamo molte frecce al nostro arco. Le opzioni terapeutiche erano piuttosto ristrette.

A tal proposito chiediamo l'opinione di uno dei "nuovi" ortodontisti, il dottor Daniele Vanni, che vanta una notevole casistica e, quindi, un'importante esperienza nell'utilizzo dei dispositivi preformati di ultima generazione, oltre che una ventennale militanza nell'ortodonzia bioprogressiva di Ricketts, dove ha ricoperto per due mandati il ruolo di presidente della Siob (Società italiana di ortognatodonzia bioprogressiva).



standard, ma allo stesso tempo modulari, ha consentito all'operatore di lavorare serenamente e di spaziare. Quel trattamento ortodontico, che da principio veniva eseguito con un solo trainer, oggi è molto più completo. I nuovi dispositivi della Myofunctional Research – parlo di quelli che utilizzo da anni e che conosco bene – si completano nelle sequenze. Il paziente viene curato talvolta anche con tre apparecchi sequenziali.

Tuttavia ciò non complica il tutto?

No. Anzi, semplifica tantissimo. Non abbiamo più lo stesso trainer da utilizzare per le seconde classi, i deep bite, gli open bite, gli affollamenti ecc...

Nei nostri protocolli ogni malocclusione viene affrontata con apparecchi ad hoc e, quindi, con protocolli ad hoc. Un grande passo in avanti, verso quel futuro che già stiamo vivendo. L'ortodontista è di sicuro tutelato da protocolli più affidabili perché codificati e, cosa da non sottovalutare, il paziente percepisce che la terapia è strutturata su misura per risolvere il suo problema.

Qual è la sua sensazione? Il mondo ortodontico mostra interesse per queste novità?

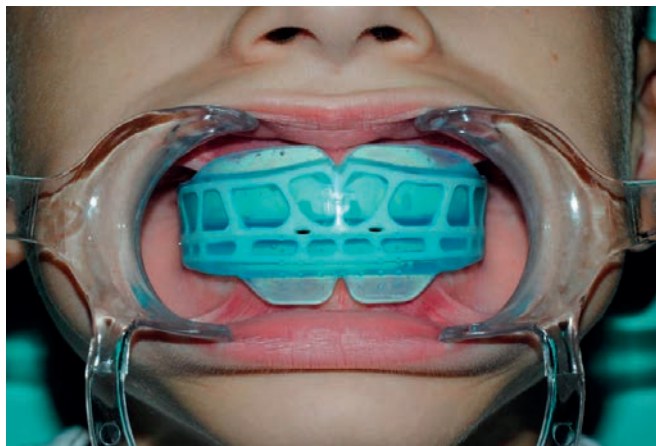
Il modo ortodontico è sempre aperto al nuovo. Noi ortodontisti amiamo il nuovo e investiamo tantissimo nelle novità, in mezzi e cultura. Per rispondere alla sua domanda,

le dico che noto un grande interesse per tutto ciò.

I corsi di ortodonzia nel bambino mi stanno dando grande soddisfazione. I partecipanti utilizzano veramente questi dispositivi e rimangono spesso in contatto con me. Da anni, con la Società di ortognatodonzia bioprogressiva (Siob), nei corsi d'aggiornamento e nei congressi, abbiamo dato risalto alle nuove sistematiche. Anche il mondo universitario guarda con grande interesse al nuovo che avanza. Negli ultimi anni, nella Scuola di specializzazione di Cagliari, dove ho il piacere di essere docente, ho spesso fatto lezioni dedicate a queste nuove sistematiche. Per quello che vedo, il nostro non è un caso isolato. Vero è che per tradizione l'ortodonzia moderna nasce a Cagliari e, quindi, vi è sempre voglia di stare al passo con i tempi e utilizzare sistematiche diagnostiche-terapeutiche all'avanguardia.

Ma, per quel che so, molte altre scuole di tradizione studiano ed elaborano nuovi protocolli, così come facciamo noi. Mi piace dire che tanto sto facendo grazie allo spazio d'azione che mi offre la Scuola di specializzazione di Cagliari e grazie soprattutto all'Isasan, che in Italia rappresenta la Myofunctional Research, che asseconda tutte le mie necessità di approfondimento e ricerca. Di recente abbiamo iniziato a divulgare nei corsi che tengo, in qualità di relatore, i nuovi protocolli con i trainer sequenziali di ultima generazione. Abbiamo fatto corsi a Caserta, a Bergamo, nella mia Catania e presto a Torino, dove andrò a parlare di ortodonzia nel bambino. Altre sedi seguiranno nel 2014.

Grazie per l'intervista.



zionismo del mondo ortodontico ortodosso. Al tempo erano concetti abbastanza "scabrosi".

Oggi è la quotidianità. Anche le mascherine in policarbonato o polivinile non sono affatto una novità. È questa un'ortodonzia che si faceva già negli anni Ottanta in modo piuttosto sistematico. Cer-

fra apparecchi funzionali e posizionatori. Il trainer è un po' un "super-funzionale".

Possiamo applicare tutti i concetti dell'ortodonzia funzionale e ottenere risultati davvero interessanti nella rieducazione e nell'ortodonzia precoce. È un nuovo concetto che sposa appieno ciò che per anni

Si intuiva che la sistematica aveva delle potenzialità notevoli, ma di fatto non potevamo articolare la terapia precoce. Oggi vi sono molte tipologie di apparecchi che consentono, dopo una corretta e attenta diagnosi, di affrontare innumerevoli malocclusioni. Negli ultimi anni, anche la formulazione di protocolli

Corticotomie interdentalarie

per abbreviare il trattamento ortodontico

Fiorenzo Faccioni, professore associato - Università degli Studi di Verona, dipartimento di Chirurgia, dir. prof. P.F. Nocini

< pagina 1

Tuttavia, tali metodiche sono perlopiù sperimentali e non scevre da inconvenienti dal punto di vista clinico. Le più importanti sono la somministrazione ad alti dosaggi di farmaci, vitamine e ormoni della crescita², inutilizzabili nell'uomo per gli effetti collaterali, e le terapie fisiche con laser, correnti elettriche e campi magnetici³, con applicazioni cliniche improponibili o troppo onerose.

Abbiamo tuttavia una valida alternativa rappresentata dalla chirurgia alveolare.

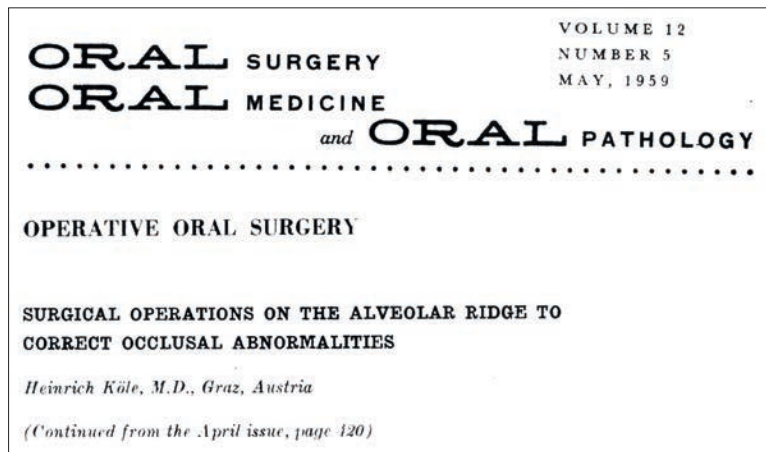
L'opzione chirurgica non è certo una novità: già alla fine degli anni '50, Kole⁴ eseguiva delle corticotomie interradicolarari e osteotomie sopra-apicali interessanti tutto lo spessore dell'osso alveolare, creando dei "blocchi osso-dente" da spostare in seguito con biomeccaniche adeguate.

Dall'osservazione di un effettivo aumento della velocità di spostamento dentale ortodontico, venne formulata la teoria secondo la quale le corticali rappresentavano la principale resistenza allo spostamento dentale. Questa resistenza poteva di conseguenza essere vinta mediante la creazione di blocchi osso-dente connessi solamente dalla spongiosa. L'aumento di velocità dello spostamento dentale veniva quindi giustificato con la minor resistenza offerta dall'osso midollare (Figg. 1a, 1b).

In seguito, la tecnica chirurgica si è evoluta secondo un approccio via via più conservativo.

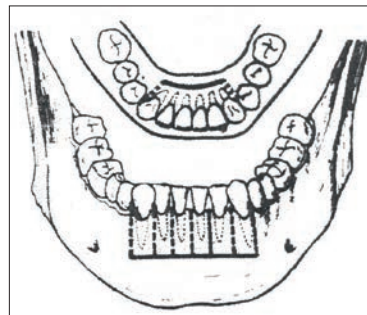
I fratelli Wilko⁵ hanno modificato la tecnica limitando l'approccio chirurgico solo allo spessore della corticale (corticotomia) e abbinandolo a un innesto di tessuto eterologo sul sito chirurgico per un aumento volumetrico del processo alveolare nella direzione dello spostamento dentale (Figg. 2a, 2b). Veniva così riformulata la teoria del processo biologico che sta alla base della velocizzazione del movimento ortodontico: con l'ausilio di TAC pre e post operatorie non è stato infatti possibile convalidare la teoria del blocco di osso-dente, ma sono stati osservati dei fenomeni localizzati di demineralizzazione e remineralizzazione localizzati.

L'aumento di velocità dello spostamento dei denti venne quindi spiegato attraverso la teoria di Frost del Regional Acceleratory Phenomenon o RAP^{6,7}. Secondo questa teoria, dopo un insulto chirurgico il tessuto osseo reagisce con una rapida e transitoria osteopenia in cui non si ha perdita di sostanza ossea ma di densità, con-



dizione che favorisce e accelera lo spostamento dentale.

Sullo stesso principio si basa la "Corticision" del prof. Park. Questa metodica si caratterizza per una minore invasività. Non sono necessari infatti scollamenti, lembi e suture, ma solamente delle profonde incisioni interradicolarari dell'osso alveolare trans-mucose effettuate con la lama di un bisturi a partire da 5 mm dal margine papillare e per 2/3 della lunghezza della radice (Figg. 3a, 3b). L'autore riporta un aumento di rapidità del



Figg. 1a, b

movimento dentale da 2 a 10 volte nei primi 2-6 mesi.

Non sono evidenti tuttavia concre-

ti vantaggi nei movimenti di traslazione. Così pure la "Piezocision", procedura minimamente invasiva che combina microincisioni mucose con bisturi e corticali con strumenti piezoelettrici e innesto osseo o di tessuto molle attraverso un approccio mediante tunnelizzazione (Figg. 4a, 4b).

Il prof. Vercellotti e il dott. Podestà hanno sviluppato una nuova tecnica ortodontico-chirurgica per aumentare la velocità di spostamento dei denti e conservare i tessuti parodontali, che aggiunge un concetto nuovo accanto al fenomeno RAP, e cioè un movimento dentale chirurgicamente guidato e agevolato.

La microchirurgia ortodontica prevede per la chirurgia ossea l'impiego di un apparecchio di chirurgia ossea ultrasonica con inserti specifici realizzati dalla Mectron. Una sovr modulazione di frequenza ha permesso la potenza necessaria per una massima efficienza di taglio sia dell'osso midollare che corticale, con un'azione di taglio selettiva per i tessuti duri,

confortevole per il paziente e seguita da una favorevole guarigione tissutale⁹. La tecnica chirurgica prevede lo scollamento di un unico lembo a tutto spessore, previa incisione intrasulculare, che lascia inalterata la papilla sul versante corrispondente al movimento desiderato, vestibolare o palatale. Con l'inserto OT7 special si esegue una corticotomia periradicolare sulla superficie ossea, che si trova nella direzione del movimento dentale programmato. Le incisioni verticali vengono fatte al centro dell'osso interprossimale, profonda 3,5 mm, mentre l'incisione orizzontale viene fatta 4-5 mm più apicalmente dell'apice radicolare. Le incisioni di scarico permettono di preservare l'osso interprossimale (Figg. 5a-5d).

La forza biomeccanica pesante, applicata a ciascun dente subito dopo la chirurgia, produce un nuovo movimento dentale:

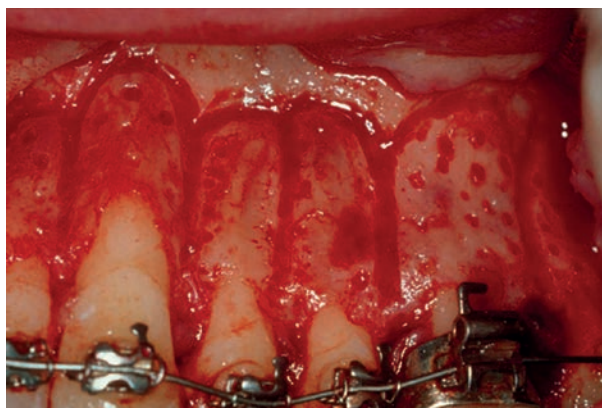
- 1) nella direzione del movimento, una dislocazione del dente insieme alla sua corticale (MDT);
- 2) nella direzione opposta al movimento una distrazione rapida del legamento seguita da osteogenesi (LD) (Fig. 6).

Il concetto è evitare all'inizio forze leggere che inducono un rimodellamento dell'alveolo dentale attraverso il riassorbimento frontale dell'alveolo stesso, ma utilizzare forze pesanti che attivino il riassorbimento sottominante per rimuovere la lamina dura adiacente al PDL, processo che necessita di 3-4 settimane, arco di tempo in cui avviene la dislocazione dentale monocorticale (MDT). La terapia poi si conclude con l'applicazione convenzionale delle forze per il movimento ortodontico.

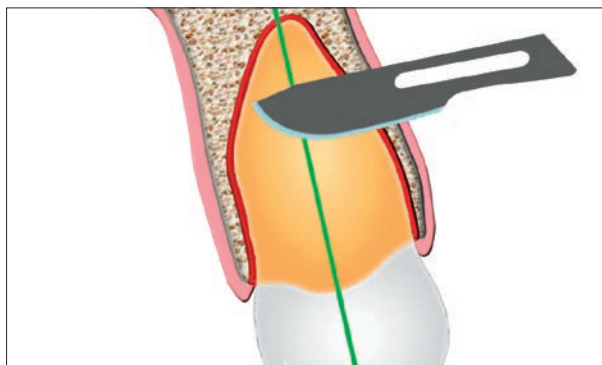
Ne consegue un movimento ortodontico rapido con minori rischi per il tessuto parodontale (recessioni gengivali, fenestrazioni e deiscenze) e di riassorbimenti radicolari. Questa metodica è particolarmente indicata in soggetti con biotipo gengivale sottile.

Movimenti elettivi

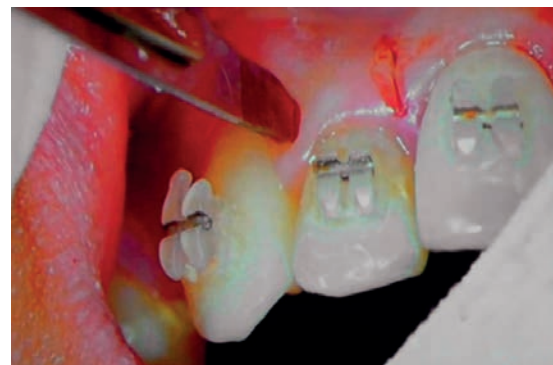
I movimenti elettivi della microchirurgia ortodontica sono l'espansione trasversale, l'allineamento e l'intrusione. Per l'espansione trasversale si utilizzano forze espansive che derivano da archi vestibolari e palatali. Si utilizzano apparecchi multi attacco preferibilmente autoleganti con slot 0.22 inch. La sequenza degli archi vestibolari è la seguente: 0.14 NiTi, 0.16 x 0.16 NiTi, 0.14 x 0.25 NiTi, 0.16 x 0.25 NiTi, 0.17 x 0.25 NiTi, 0.17 x 0.25 TMA.



Figg. 2a, b



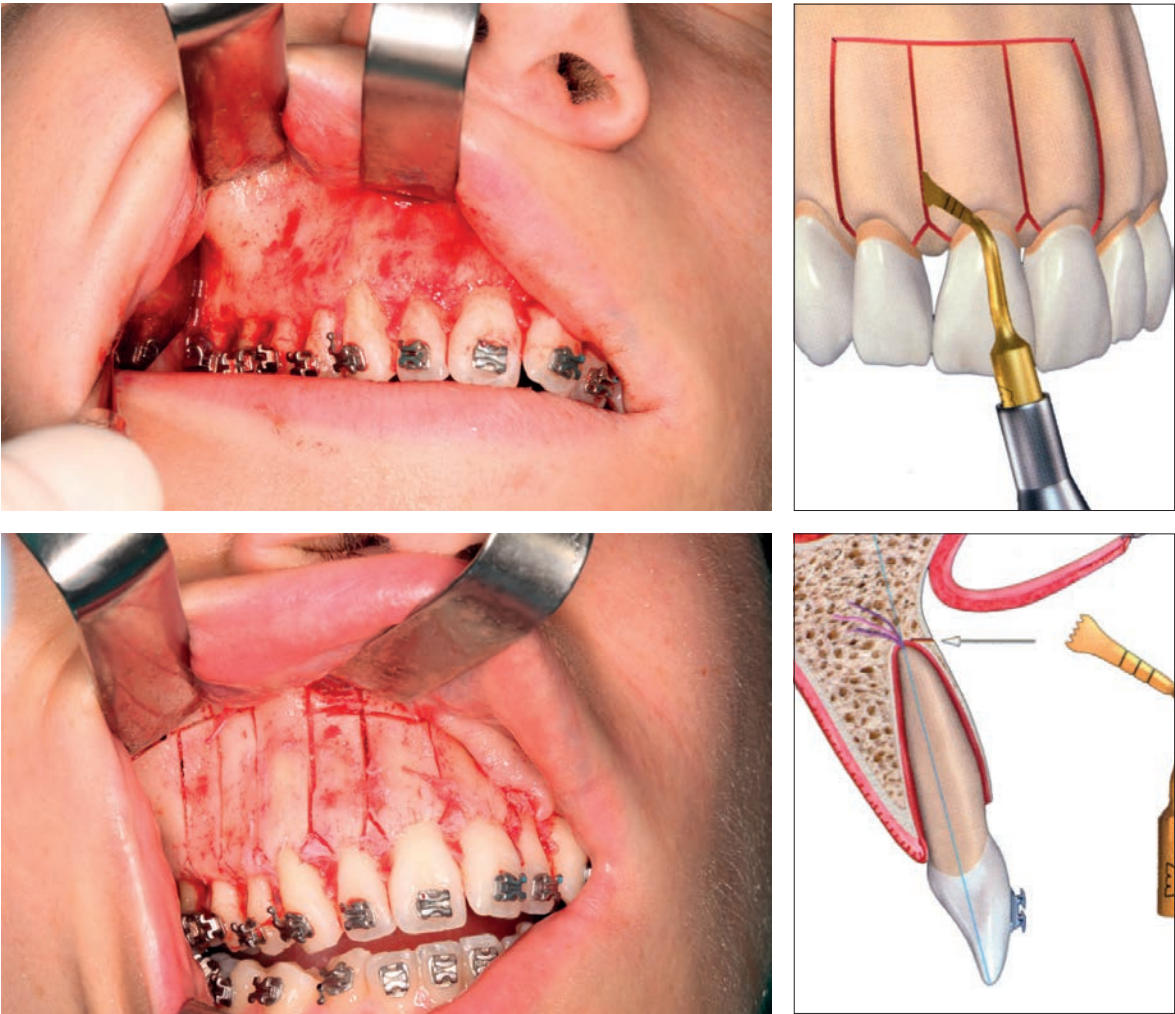
Figg. 3a, b



Figg. 4a, b



> pagina 5



Figg. 5a-d

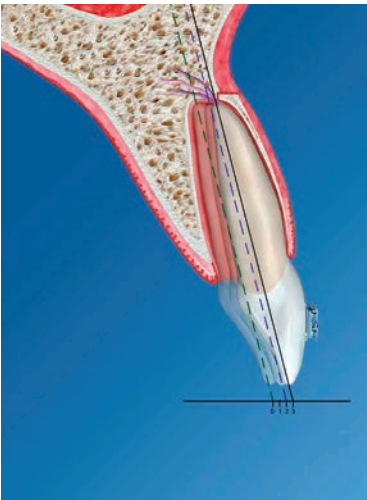
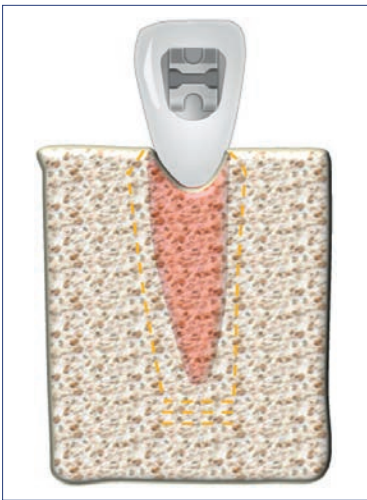


Fig. 6



Figg. 7a, b

< pagina 4

Palatalmente si utilizzano fili rettangolari TMA 0.32 x 0.32 e acciaio 0.32 x 0.32 con attacchi con slot 0.32 (SDS Ormco). L'applicazione del primo arco vestibolare e dell'arco palatino avviene da 1 a 7 giorni dopo la chirurgia ossea. Il passaggio agli archi vestibolari successivi avviene nel primo mese a intervalli di 10 giorni o appena è possibile ingaggiarli. Per l'allineamento e l'intrusione si utilizza la stessa serie di archi vestibolari con la medesima procedura. L'intrusione viene facilitata dalla rimozione di un tassello di corticale di dimensione corrispondente alla quantità di intrusione desiderata (Figg. 7a, 7b, 8). La microchirurgia ortodontica con la dislocazione del dente insieme alla sua corticale rappresenta un nuovo movimento dentale per il paziente adulto che riduce a 1/2-1/3 il tempo medio di trattamento ortodontico ed evita l'insorgere di lesioni ai tessuti parodontali. Anche se con le tecniche low friction¹⁰ è possibile ottenere espan-

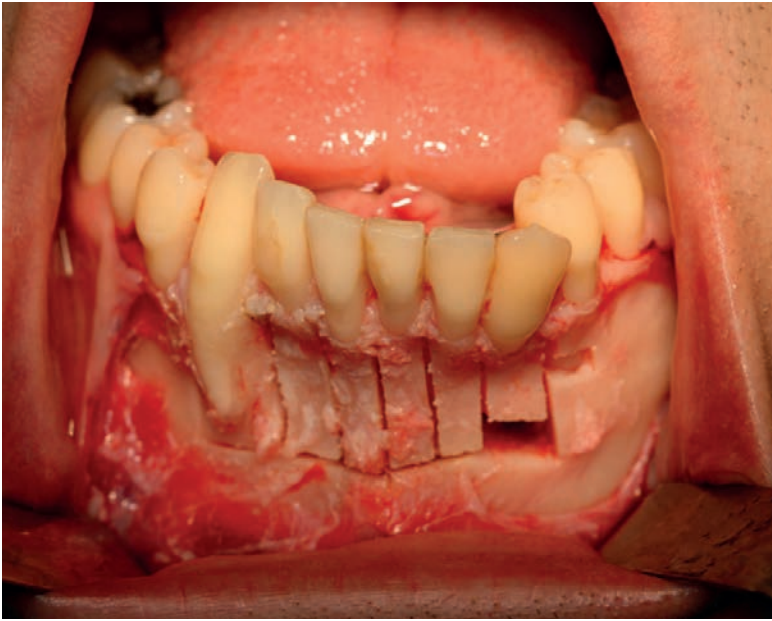
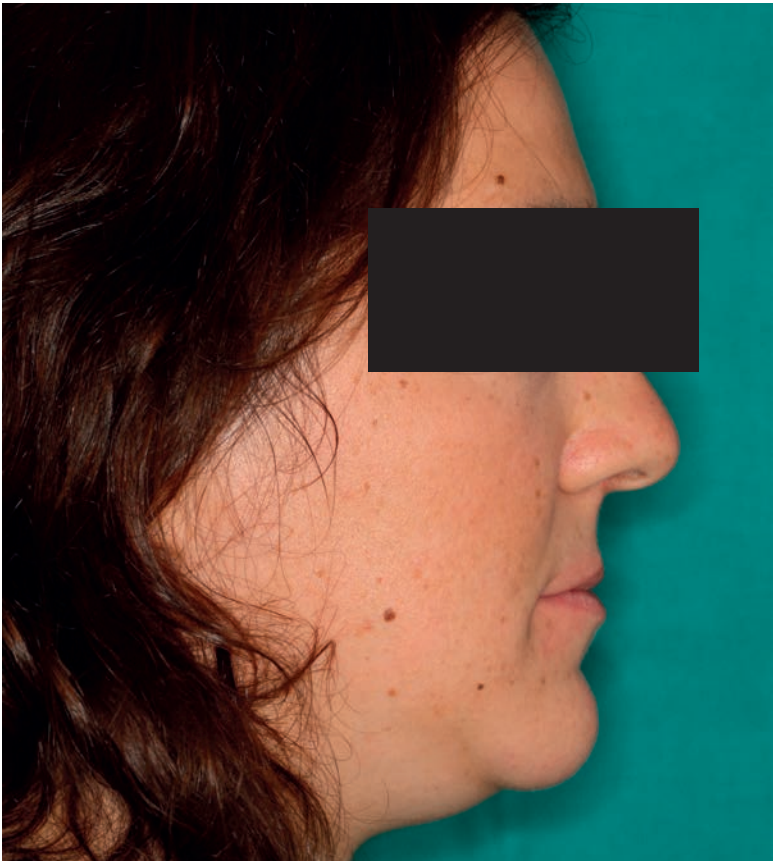


Fig. 8

sioni aumentando le basi alveolari e mantenendo la salute parodontale perché il dente non si sposta nell'osso ma con l'osso¹¹, questo non è possibile se il tessuto osseo è assai scarso in partenza. La microchirurgia ortodontica, evitando il riassorbimento dell'alveolo dentale mediante riassorbimento frontale dell'alveolo stesso, risulta non solo una metodica per

accorciare i tempi di trattamento ortodontico, ma diviene particolarmente indicata per evitare danni parodontali in tutti i casi con biotipo gengivale sottile. **Primo caso: espansione** Le figure da 9 a 22 descrivono il caso.

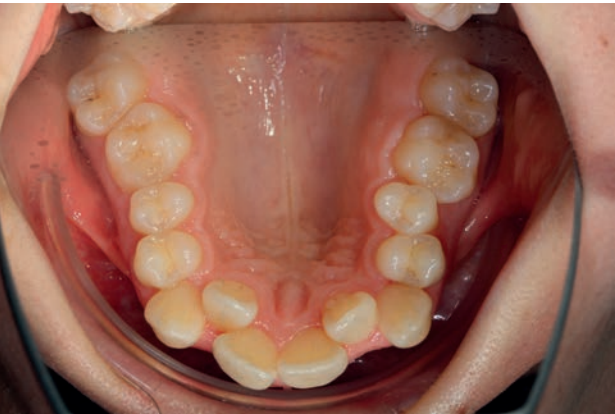
> pagina 7



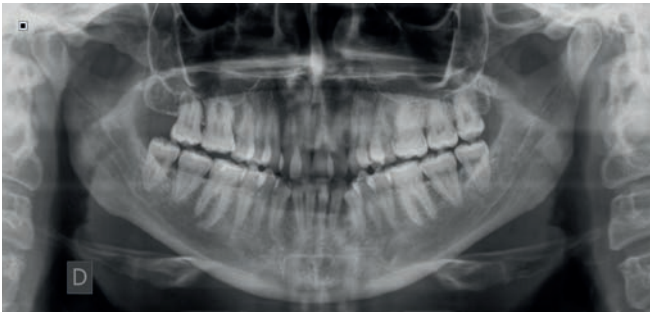
Figg. 9a-c - Paziente di 38 anni con profilo diritto con il terzo inferiore lievemente prognato che fa pensare a una terza classe scheletrica da iposviluppo del mascellare superiore.



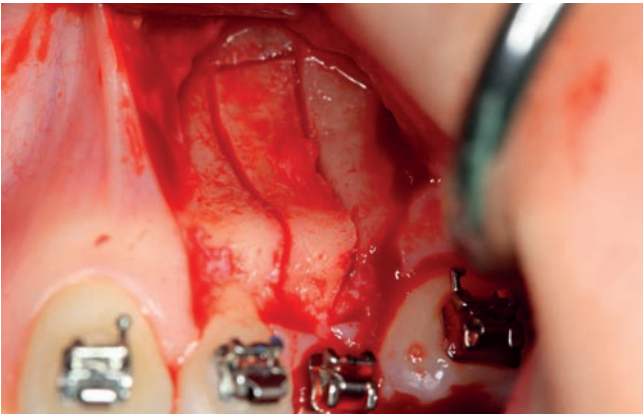
Figg. 10a-c - Modesta terza classe con DDM e morso crociato bilaterale del 1.6, 1.5 e 2.5.



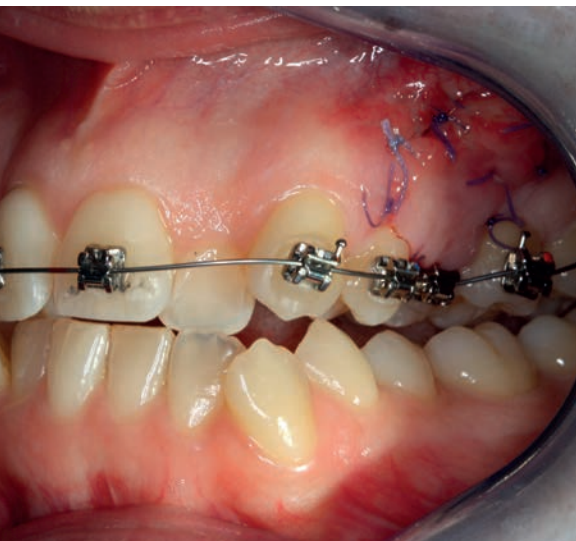
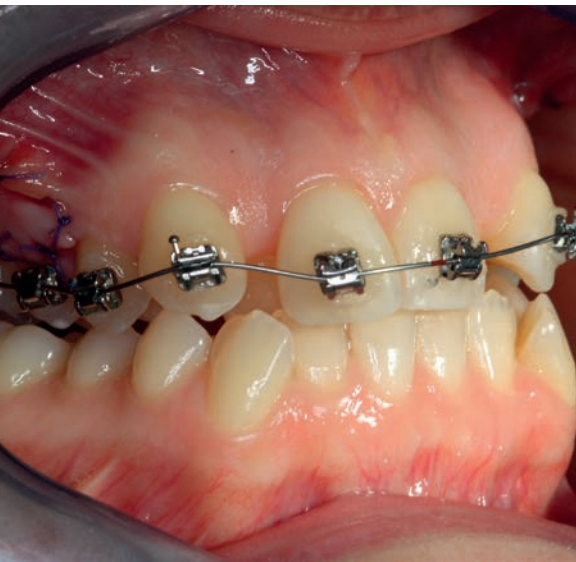
Figg. 11a, 11b - Contrazione notevole del mascellare superiore fino ai sesti.



Figg. 12a, 12b - Ortopantomografia che non evidenzia segni di riassorbimenti radicolari e teleradiografia in laterolaterale che conferma la terza classe scheletrica.



Figg. 13a, 13b - Le corticotomie interradicolari e soprapicali con attacchi autoleganti già applicati.



Figg. 14a-d - Tre giorni dopo le corticotomie viene applicato un filo 0.14 NiTi e un arco palatale 0.32 x 0.32 in acciaio, con attivazioni di 200 g per lato sui denti da espandere.



Figg. 15a-c - 30 giorni dopo la chirurgia i cross bite laterali risultano risolti per dislocazione dentale monocorticale (MDT).



Figg. 16a-e - 100 giorni dopo le corticotomie la terapia prosegue con l'applicazione convenzionale delle forze per il movimento ortodontico.

Figg. 17a-e - 180 giorni dopo l'inizio della terapia recupero in arcata degli elementi 1.2 e 2.2. e correzione della terza classe.

Figg. 18a-e - 390 giorni dopo l'inizio della terapia con archi in TMA 0.19 x 0.25.



Figg. 19a-d - 400 giorni dopo l'inizio della terapia il caso è completato.

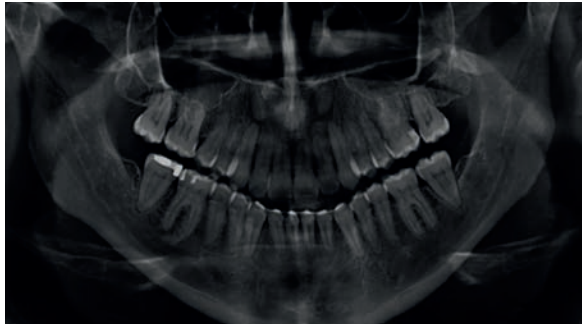
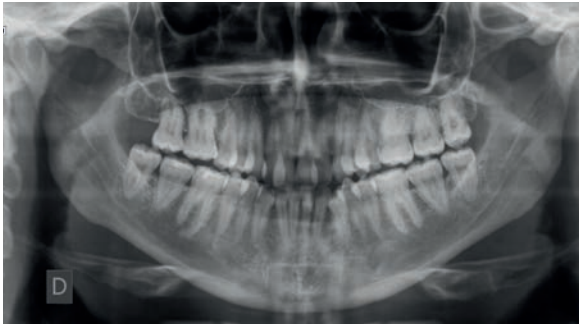
< [pagina 5](#)

La microchirurgia ortodontica, come gli altri approcci chirurgici similari per accelerare il movimento ortodontico, deve essere utilizzata per diminuire la durata dei trattamenti e non per raggiungere un'occlusione a scapito degli altri obiettivi del trattamento. Un'eccellente occlusione è insoddisfacente se ottenuta a scapito delle proporzioni facciali. Solo in un programma ortodontico che rispetti tutti gli obiettivi del trattamento, cioè estetica del viso, funzione, armonia occlusale e stabilità, la velocizzazione del movimento dentale trova la sua giusta collocazione. L'aumento di velocità degli spostamenti dei denti, inoltre, deve essere

> [pagina 8](#)



Figg. 21a, 21b - Aumento trasversale del mascellare superiore da 37 mm a 45 mm misurato a livello dei sesti superiori.



Figg. 22a, 22b - Confronto tra la radiografia panoramica prima e dopo del trattamento: non vi sono riassorbimenti radicolari sui denti che hanno subito l'MDT, bensì sui centrali e laterali superiori dove è stata effettuata la sola terapia ortodontica convenzionale.

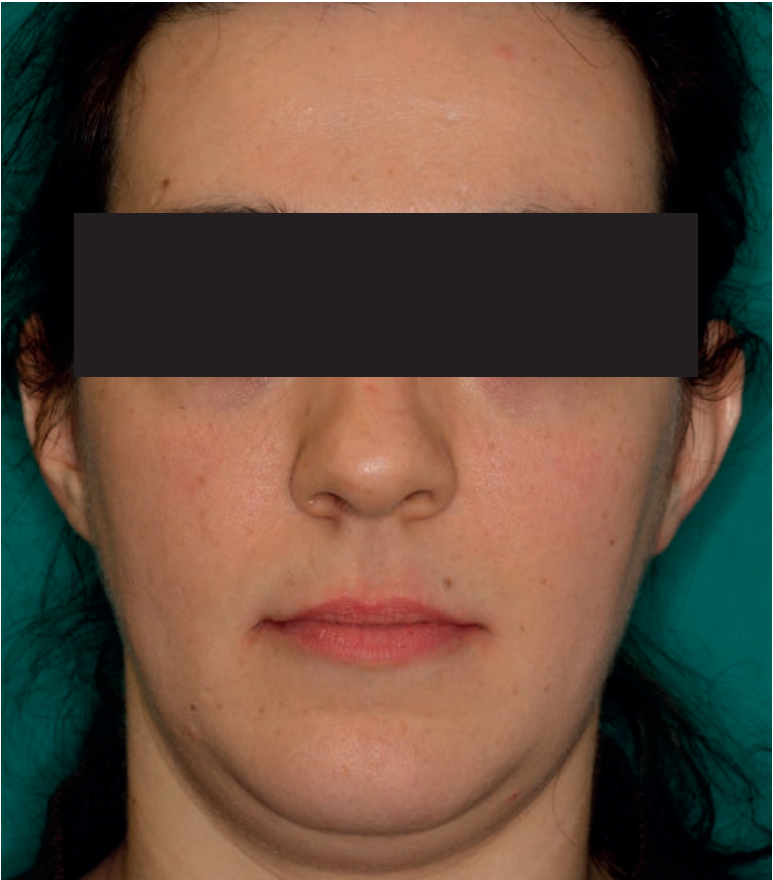
< pagina 7

accompagnato, affinché sia efficace, da un aumento della nostra precisione nell'ottenere gli spostamenti desiderati, e questo richiede che gli

attacchi siano posizionati in modo corretto, specialmente con attacchi informati o individualizzati per ogni singolo paziente. Un corretto posizionamento permette di ottenere un allineamento e un livel-

lamento perfetti, ma anche valori adeguati di angolazione e inclinazione delle corone per un'occlusione armonica, funzionale e stabile.

La bibliografia è disponibile presso l'Editore.



Figg. 20a-c - Miglioramento delle proporzioni facciali.

COME ORDINARE

TUEOR SERVIZI Srl • Corso Sebastopoli, 225 • 10137 Torino
Tel. 011 0463350 • Fax 011 0463304 • loredana.gatto@tueor.it
www.tueorservizi.it

ORTODONZIA INVISIBILE:
L'UTILIZZO DEGLI ALLINEATORI DENTALI
NELLA PRATICA ORTODONTICA

INDICE

1. Introduzione: il concetto di estetica in ortodonzia ed il suo cambiamento nel corso degli anni
2. Storia degli allineatori
3. Merceologia delle tipologie di allineatori esistenti
4. Nuove applicazioni degli allineatori brackets S.A.R.
5. Meccanismo di azione degli allineatori
6. Indicazioni all'utilizzo degli allineatori
7. Confronto tra allineatori ed altre metodiche ortodontiche
8. Gestione clinica delle impronte
9. Scansione 3D e creazione del set up digitale
10. Gestione clinica degli allineatori ortodontici
11. Revisione sistematica della letteratura
12. Prototipazione: dal set-up digitale ai modelli fisici per la realizzazione degli allineatori
13. Modifiche nell'utilizzo degli allineatori
- 14-18. Casi Clinici
19. Utilizzo degli allineatori trasparenti nei soggetti adolescenti

D. FRANCIOLI - G. ANGORI

PAGINE: 105
IMMAGINI: A COLORI
FORMATO: 21,5 x 30,5 cm

90,00 EURO

Aesthetics and function: orthodontic-surgical collaboration as a key to success

Martin Jaroch, Friedrich Bunz, *Aesthetic and Function, Dr Bunz-Dr Jaroch & Partner, Professional Practice of Orthodontics, Teggingerstr 5 - 78315 Radolfzell, Germany*

ARTICOLO
IN LINGUA
ORIGINALE

Oral surgery is an important cornerstone in orthodontic treatment of malocclusions. Tooth movement is only possible to a limited extent and always depends on the misalignment of the maxilla and mandible in relation to each other, as well as on deformities of the jaw in relation to the other facial bones.

Abnormalities may be congenital or acquired and may affect patients in childhood already. If so, the focus of orthodontic treatment is not primarily in the aesthetic correction, but is guided by functional and prophylactic concerns.

Efficient occlusion and restoration of masticatory function are decisive factors for tooth preservation and prevention of secondary disorders (Figs. 1a-c). Without a doubt, aesthetic improvement, as well as the associated self-consciousness, is the main con-

cern of most patients, which can be pursued through surgical correction.

Causes of malocclusion

Generally, patients visit an orthodontic practice only after symptoms or significant abnormalities have already presented. Clinically, this results in late mixed dentition or permanent dentition, which can complicate an accurate mapping of the reasons for this malocclusion.

In the literature, the causes of malocclusion and the aetiological structure of the symptoms of malocclusion in orthodontic patients are controversial issues. No explicit information on the percentage of patients with acquired or congenital malocclusions can be found in a study by Schopf (1981) on the exogenous factors that are involved in the development of malocclusion. However,

from the assessment of individual patients' symptoms, all symptoms of malocclusion could be associated with exogenous aetiological factors only in 48% of patients. Brodmann and Saekel (2001) concluded from Schopf's report that only 20% of the anomalies were hereditary and thus could not be affected by prophylactic interventions. Accordingly, 80% of malocclusions could be resolved through prevention and better oral hygiene. This idea is contrary to the results of the German Oral Health Study. In this study, a decrease in childhood caries was observed. However, clinically these results were not associated with a lower rate of and need for orthodontic treatment. The study at the University of Greifswald, Germany, found that 20.3% of the symptoms were genetically determined, 44.3% were exogenous

and 35.3% were not precisely defined. Based on these results, the assumption that 80% of malocclusions can be resolved by prevention and better oral hygiene is very questionable (Hensel, DGKFO opinion, 2001).

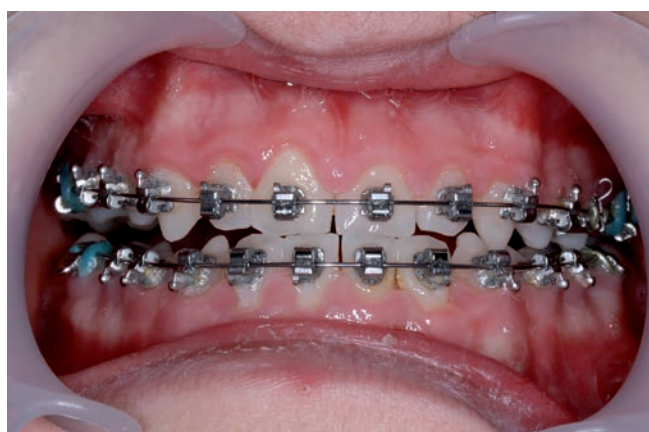
The varying findings and remarks illustrate the difficulty of clear classification of malocclusion. Nonetheless, the demands of the patient have priority and he expects a symptom-based therapy with stable treatment results. This means that in malocclusion cases that cannot be resolved by functional orthodontics solely, orthodontic-surgical planning can be done before any treatment is attempted by pure dentoalveolar compensatory intervention. Compensatory dentoalveolar procedures could prevent a surgical operation. At the same time, patients may run the risk of protracted treatment without

any long-lasting benefit. The decision for or against orthopaedic surgery requires interdisciplinary agreement and reliable treatment goals must be defined in advance (Figs. 2a-b).

Target group for orthopaedic surgery

Nowadays, adults make up the majority of patients in the orthodontic practice. They are generally motivated by high socio-cultural demands and the desire for perfect teeth. In adults who have an obvious discrepancy between their maxilla and mandible, it must be clarified whether the deformities are dentoalveolar or skeletal.

Owing to the limitations of conventional orthodontic treatment, skeletal discrepancies can rarely be entirely resolved. In those cases, combined orthodontic-surgical treatment is



Figs. 1a-c: Deep bite, prognathism and latero-gnathia: according to clinical evaluation, they can be resolved only through interdisciplinary treatment.



Fig. 3a: Side view of a 19-year-old patient: latero-gnathia is visible in the lower lip area.



Fig. 3b: Frontal view: latero-gnathia to the right and the resulting deviation is clearly visible.

Figs. 2a-b: Significant changes between the initial assessment of latero-gnathia in 2007 (a) and the beginning of combined orthodontic-surgical treatment in 2011 (b; 19-year-old patient).



Figs. 4a-c: Orthodontic, prepared pre-op diagnostic radiology (orthopantomograph, cephalometric radiograph and antero-posterior projection) of the now 20-year-old patient.

necessary. During growth, it is most possible to treat malocclusions successfully without surgery by purely orthodontic treatment using removable appliances or brackets. Children and young people for whom functional orthodontic treatment has not led to the desired result are treated surgically after the growth period. Early surgery always carries the risk of unexpected growth pattern or unilateral abnormal hyperplasia and can affect the results of the operation.

Selection of patients

Combined orthodontic-surgical treatment requires not only strong and focused interdisciplinary collaboration, but also absolute acceptance of the treatment plan by patients and parents.

The treatment is time-consuming and post-operative corrections cannot be excluded.

A detailed medical preoperative discussion should inform patients about the risks of combined treatment and the consequences of untreated malocclusions. Malocclusions can cause numerous side-effects, such as back pain and chronic headaches (Figs. 3a, b).