

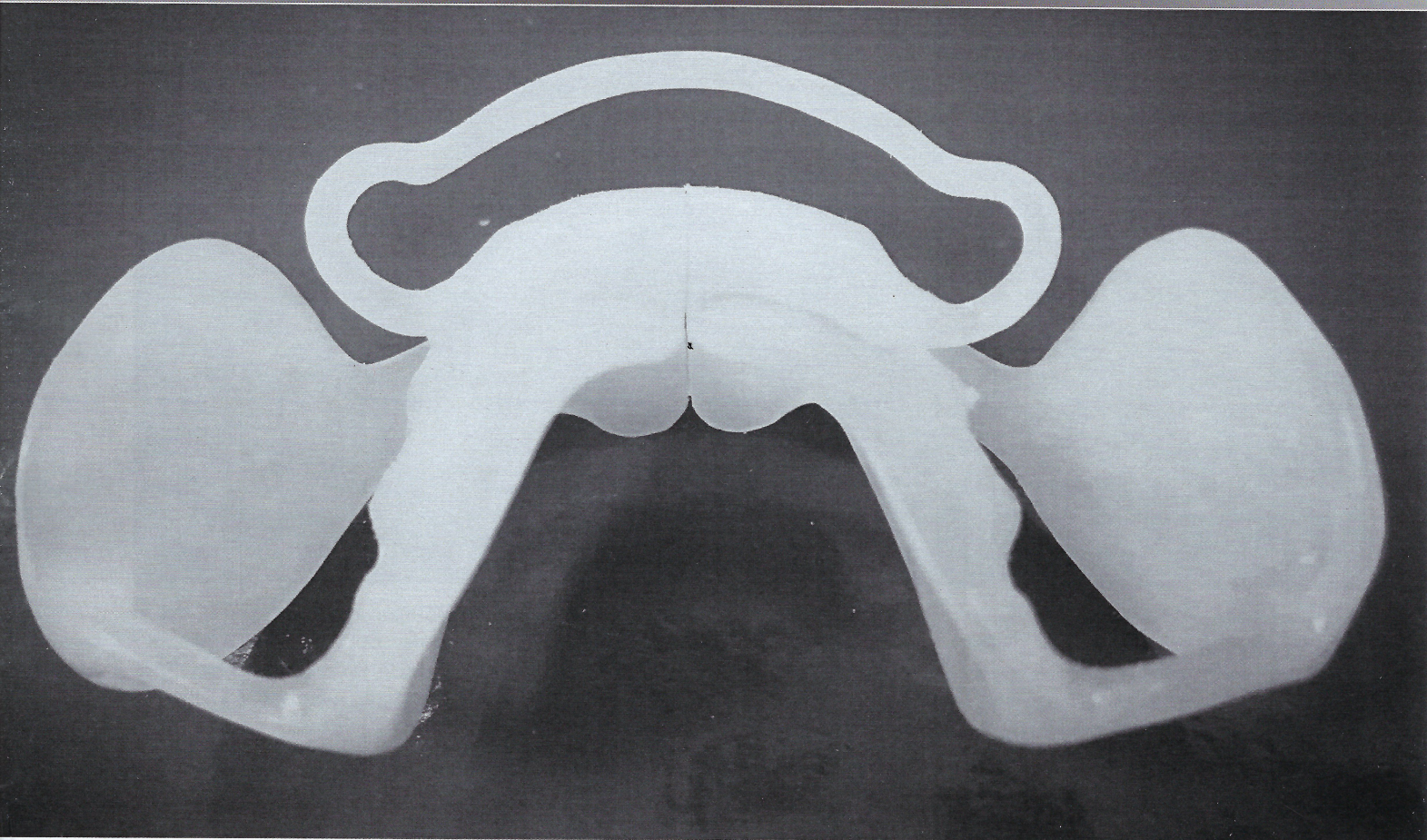
teamwork clinic

PROTESICA E TECNOLOGIE DIGITALI IN ODONTOIATRIA

Premium

www.teamwork-media.com | anno XXII

4/2020

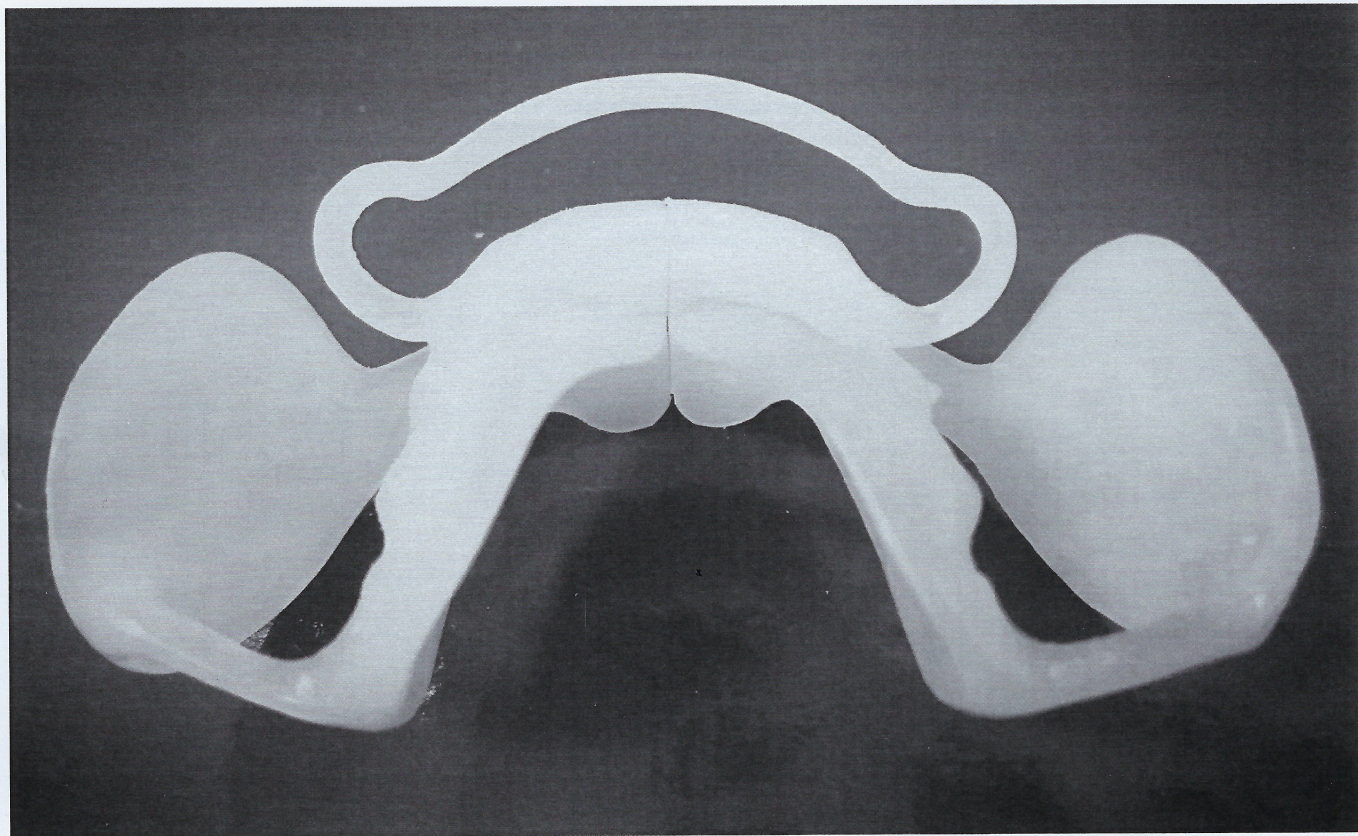


Equilibratore Multifunzionale Flessibile®

Dr. Francesco Paolo Cimmino, Odt. Damiano Frangelli

Equilibratore Multifunzionale Flessibile®

Dr. Francesco Paolo Cimmino, Odt. Damiano Frangelli



Dr. Francesco Paolo Cimmino

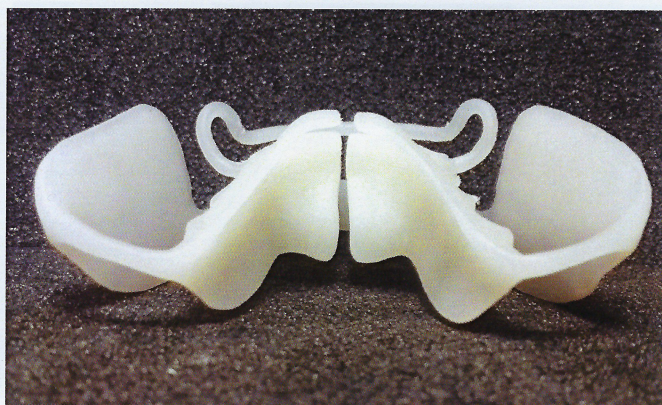
Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, Università di Roma la Sapienza, conseguita nel 1994 con lode. Specializzazione in Ortognatodonzia, Università di Roma La Sapienza, conseguita nel 1997 con lode. Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Roma. Si occupa principalmente di Ortodonzia e Gnatologia sia nel suo studio di Roma, di cui è titolare dal 1999, che, come consulente, in importanti studi di Roma. Da sempre interessato ai rapporti fra l'occlusione dentale, l'articolazione temporo mandibolare e gli altri distretti corporei, ha frequentato il Master in Posturologia all'Università La Sapienza nel 2003-2004. Ottimo conoscitore delle principali tecniche e filosofie ortodontiche, non ne segue dogmaticamente una in particolare ma applica i principi delle stesse per andare a risolvere ogni singolo caso, convinto che ogni malocclusione vada inquadrata e valutata nella storia e nello sviluppo generale, sia fisico che psichico, del paziente. Socio Sido dal 1995, ha partecipato a numerosi corsi e congressi, inerenti in particolare l'Ortodonzia, la terapia miofunzionale, le articolazioni temporomandibolari ed il sistema posturale. Ideatore del dispositivo "Equilibratore Multifunzionale Flessibile".

fpcimmino@aol.it

Odt. Damiano Frangelli

Diploma e Abilitazione di Odontotecnico presso l'I.P.S.I.A. Ed. De Amicis di Roma conseguiti nel 2011. La sua passione per la Tecnica Ortodontica nasce e viene coltivata dal 2013, da quando è entrato in contatto con il Prof. Dr. Nerio Pantaleoni, grazie al quale ha avuto la possibilità di approfondire la sua conoscenza dell'Ortognatodonzia partendo dai suoi sviluppi storici in Italia. Specializzato presso la Scuola di Specializzazione in Tecnica Ortodontica diretta dal Dr. Daniele Francioli nella quale successivamente ha svolto il ruolo di Tutor. È tra gli autori di un articolo scientifico. Ideatore del dispositivo "S.S.T.O.D.", co-ideatore del dispositivo "Equilibratore Multifunzionale Flessibile" insieme al Dr. Francesco Paolo Cimmino, è socio attivo dell'associazione A.I.O.I Italia e dell'A.I.O.T., ha frequentato e frequenta diversi corsi di aggiornamento in ambito tecnico-ortodontico. È titolare del suo Laboratorio Odontotecnico specializzato in Ortodonzia con sede in Roma dal 2015.

d.frangelli@gmail.com



Figg. 1 e 2 Equilibratore Multifunzionale Flessibile®

Introduzione

La bocca rappresenta un sistema complesso in cui tessuti molli, strutture ossee, apparato neuromuscolare e denti svolgono funzioni integrate indispensabili per lo sviluppo e la sopravvivenza dell'individuo. Basti pensare a funzioni come la respirazione, la deglutizione e la nutrizione in cui sin dalla nascita (per la deglutizione dalla vita intrauterina, a partire dalla tredicesima settimana di sviluppo) il sistema bocca-lingua-faringe regola la possibilità di sopravvivere ed alimentarsi e, proseguendo con lo sviluppo, alla funzione della fonazione in cui con la collaborazione delle corde vocali e del diaframma il sistema bocca-lingua-faringe permette all'individuo di comunicare ed interagire con l'ambiente. Considerando che si deglutisce in media 1500-2000 al giorno e che la posizione della lingua ed il corretto sigillo delle labbra sono fattori determinanti per evitare che questa indispensabile funzione non si trasformi in sorgente di input negativi, nel corso degli anni sono stati proposti ed ideati vari apparecchi ortodontici con l'intento di rieducare la lingua allo spot e di sviluppare la muscolatura periorale, sovente ipotonica nella deglutizione scorretta: Frankel, elevatore linguale di Bonnet, elevatore di Balercia, Bionator di Balters, attivatore di Bimler. In una deglutizione corretta la lingua dovrebbe essere posizionata al punto F (spot palatino) e, attraverso il sigillo labiale si dovrebbe creare la pressione negativa che insieme

all'attivazione muscolare della lingua è in grado di sospingere il bolo posteriormente. Nella deglutizione scorretta, se la lingua non è correttamente posizionata o le labbra sono ipotoniche avviene l'attivazione dei muscoli buccinatori che insieme alla spinta linguale perturbante entrano in azione in ogni deglutizione determinando deformazione del palato e malposizionamento dentale.

La deglutizione scorretta, per l'incompetenza labiale, la postura linguale bassa ed il ristagno di secrezioni a livello della tuba di Eustachio, si accompagna molto spesso a respirazione orale, ad ipertrofia adenoidica e tonsillare e a otiti ricorrenti.

Negli ultimi anni l'attenzione di vari studiosi (Ferrante, Stefanelli, Scoppa...) si è focalizzata sull'importanza della corretta postura linguale e della deglutizione non soltanto sullo sviluppo delle malocclusioni ma anche sulla postura della colonna e dell'organismo e sulla possibile relazione con varie patologie sistemiche.

In particolare attraverso l'osso ioide e i muscoli sopraioidei e sottoioidei c'è un collegamento fra lingua, mandibola e sterno, inoltre il muscolo costrittore medio faringeo collega la terza vertebra cervicale con l'osso ioide e la sinfisi mandibolare. A livello dello spot palatino c'è inoltre la fuoriuscita del nervo naso palatino, ramo della seconda branca del trigemino: lo stimolo di questa zona ad ogni atto deglutitorio corretto determina una sorta di

benefico reset neurologico muscolo posturale.

Partendo dal presupposto che le malocclusioni dento scheletriche sono determinate sia da fattori genetici ereditari (sui quali non è possibile intervenire) che da fattori ambientali legati al non corretto funzionamento delle principali funzioni tipiche del sistema e all'equilibrio fra i muscoli periorali e la dinamica linguale, gli autori propongono un nuovo tipo di apparecchio miofunzionale denominato "Equilibratore Multifunzionale Flessibile®" (Figg. 1 e 2).

Caratteristiche del dispositivo

Il concetto portante l'ideazione e lo sviluppo del dispositivo e la filosofia su cui si basa il suo utilizzo è che se nel cavo orale le forze centrifughe (rappresentate dalla lingua) e quelle centripete (guance, labbra) sono in equilibrio fra loro, si crea uno spazio neutro in cui le arcate dentarie e di conseguenza le basi mascellari, possono svilupparsi in maniera armonica senza perturbazioni. Affinché tale condizione sia effettuata sono da realizzarsi due fattori contemporaneamente: ci deve essere competenza labiale a riposo e la lingua deve essere correttamente posizionata sul palato.

Il dispositivo può essere utilizzato in tutte le malocclusioni in cui la discrepanza sagittale o verticale fra le arcate è accompagnata ad una disfunzione del sistema oro faringeo quale deglutizione scorretta, respi-

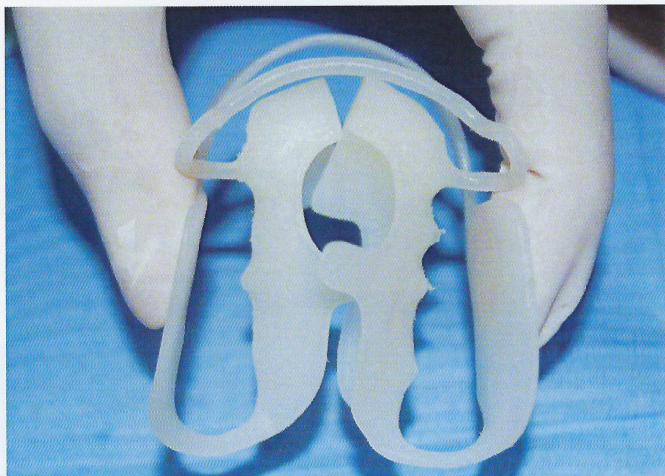


Fig. 3 Elasticità del dispositivo



Fig. 4 Elasticità del dispositivo

razione orale, incompetenza labiale, sindromi da apnee notturne (osas). Tali situazioni, infatti, accompagnano e sostengono le malocclusioni in un circolo vizioso che si auto incrementa, ovvero il peggioramento della funzione si accompagna sempre al peggioramento dello sviluppo dento facciale e dell'occlusione. Con l'utilizzo dell'equilibratore, ancora meglio se associato a terapia miofunzionale e a logopedia, noi andiamo ad interrompere tale circolo vizioso e lo trasformiamo in un circuito virtuoso in cui il paziente sta meglio perché deglutisce meglio, si alimenta meglio, respira e dorme meglio e parallelamente i suoi denti si allineano e le arcate mascellare e mandibolare vanno a svilupparsi e a combaciare in maniera corretta ed armonica.

Le caratteristiche salienti sono nel tipo di materiale utilizzato e nella particolare forma del dispositivo. L'apparecchio è completamente realizzato in tecnopolimero elastico F.J.P. Pressing Dental senza parti metalliche. Il materiale conferisce al dispositivo la flessibilità e la elasticità e, rispetto alle resine tradizionalmente utilizzate in ortodonzia rimovibile, ha il vantaggio di inibire notevolmente l'accumulo di placca batterica sull'apparecchio.

La forma è stata progettata per ottenere un equilibrio dinamico fra muscoli periorali ed intraorali e favorire in maniera spontanea e passiva il posizionamento della lingua allo spot palatino.

In particolare l'equilibratore prevede un invito linguale con postura della punta della lingua allo spot palatino, scudi buccali laterali che convergono in zona anteriore in un piccolo scudo labiale (tipo lip bumper) per eliminare l'influenza dei muscoli buccinatori e favorire la competenza labiale. Gli scudi vestibolari sono collegati alla parte linguale tramite dei passanti a cavaliere distalmente agli ultimi denti presenti in arcata. Lo scudo labiale con effetto lip bumper, fondamentale per favorire la competenza labiale e rieducare l'orbicolare, sarà posizionato nel fornice dell'arcata inferiore nelle I e II classi, mentre sarà posizionato nell'arcata superiore nelle III classi. È presente un arco vestibolare, da canino a canino sempre costituito in F.J.P., che ha la funzione di aiutare il paziente a stabilizzare il dispositivo in bocca e di favorire o mantenere l'allineamento del gruppo frontale; tale arco è posizionato nell'arcata superiore nelle I e II classi e nell'arcata inferiore nelle III classi. Caratteristica tipica è la sezione del dispositivo in corrispondenza della linea mediana, che, abbinato alle caratteristiche proprie del materiale costruttivo consente un'estrema flessibilità dell'apparecchio (Figg. 3 e 4).

Così, oltre ad essere particolarmente confortevole per il paziente, si ha una continua stimolazione dinamica propriocettiva intraorale e cranio mandibolare. Infatti ad ogni atto deglutitorio la lingua, correttamente indirizzata, determina un movi-

mento in espansione della parte palatale dell'apparecchio; si va così ad amplificare il fisiologico stimolo positivo dato dalla lingua allo sviluppo del mascellare superiore. Questo stimolo, determinato dalla parte linguale dell'apparecchio si accompagna alla rimodulazione dei muscoli buccinatori, orbicolare e quadrato del mento provocata dagli scudi vestibolari e dallo scudo labiale. Ribadiamo infatti che il principio dell'apparecchio è di creare e favorire un equilibrio fra muscoli intraorali e muscoli periorali, se non c'è competenza labiale tale condizione non è raggiungibile (Figg. da 5 a 10).

Consegna e istruzioni di applicazione

Affinché l'equilibratore sfrutti al massimo le sue potenzialità riabilitative e terapeutiche è fondamentale che venga seguito dal paziente un rigoroso protocollo di applicazione. In particolare l'apparecchio andrà portato tutta la notte e 2-4 h diurne per un totale di applicazione di 12-15 h nell'arco della giornata di 24 h. È molto importante che l'applicazione notturna sia incominciata dopo un adeguato allenamento diurno e quindi cosciente dei muscoli periorali e della lingua, altrimenti il paziente si troverà a dormire con la bocca aperta perdendo il concetto di omeostasi fra forze centrifughe e centripete che è la base sostanziale dell'efficacia del dispositivo. A tal proposito il nostro consiglio è di applicare l'apparecchio nelle pri-



Fig. 5 Vista frontale extra-orale senza apparecchio

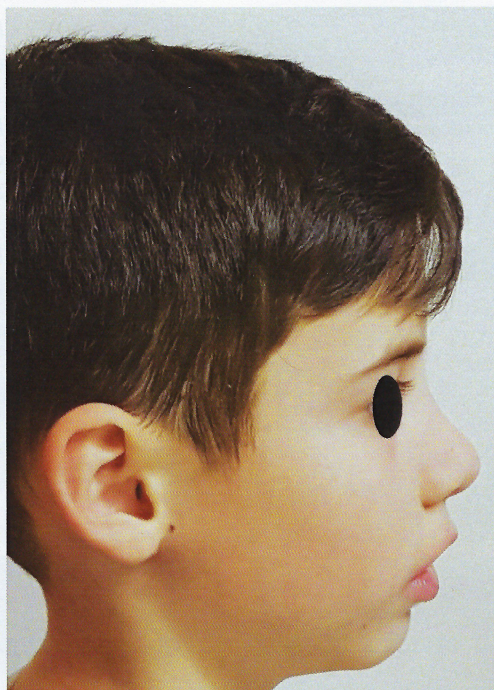


Fig. 6 Vista laterale extra-orale senza apparecchio

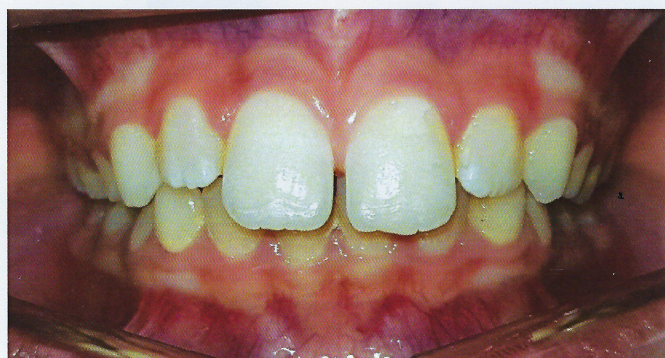


Fig. 7 Vista intraorale frontale senza apparecchio

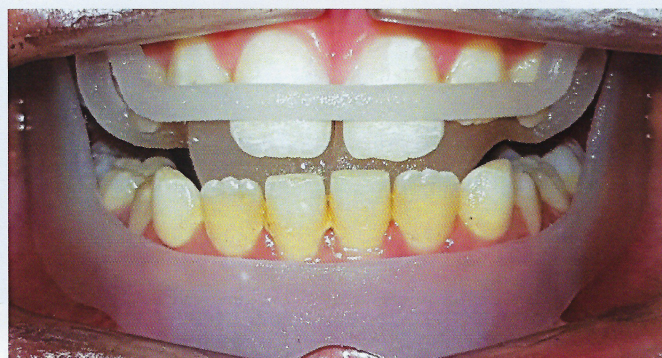


Fig. 8 Vista intraorale frontale con apparecchio in situ

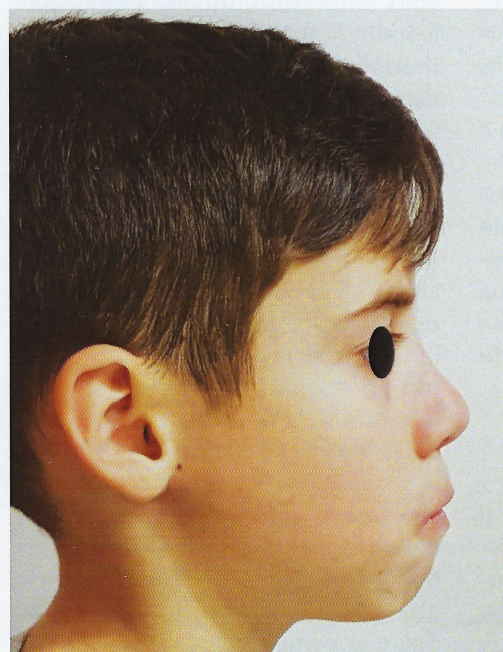


Fig. 9 Vista extraorale laterale con apparecchio in situ



Fig. 10 Vista frontale extraorale con apparecchio in situ



Fig. 11 Paziente senza dispositivo

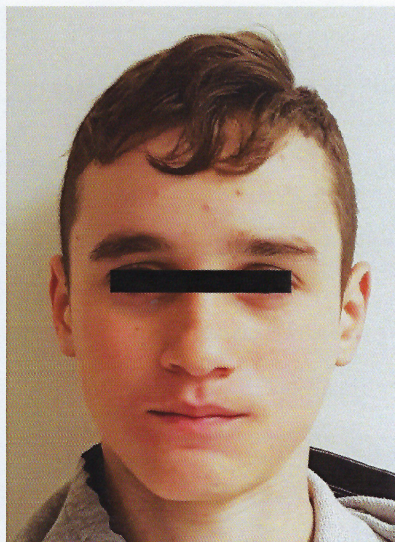


Fig. 12 Paziente con dispositivo pronto per applicazione notturna

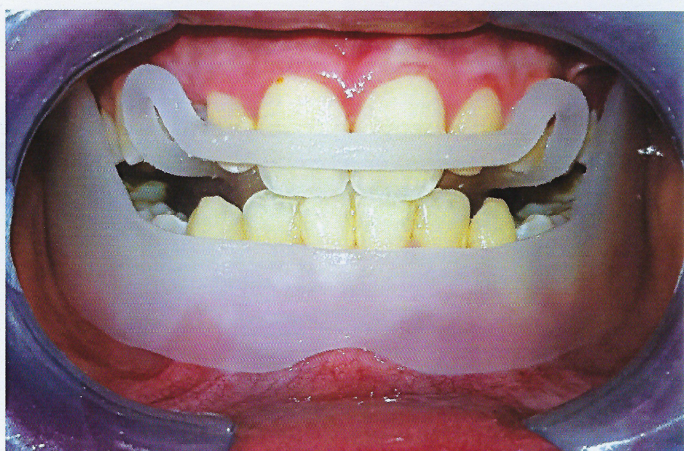


Fig. 13 Visione intraorale

me 2-3 settimane solo per 2-3 h di giorno avendo cura che il paziente quando è con l'apparecchio stia a labbra chiuse; per questo motivo vengono adeguatamente istruiti i genitori. Trascorso tale periodo di "allenamento" si comincia l'applicazione notturna, chiedendo ai genitori di verificare e di appuntare su tavola di controllo se il paziente dorme con le labbra aperte o chiuse, se russa o meno e se è presente saliva al mattino sul cuscino. Se dovesse presentarsi con frequenza questi riscontri è opportuno prolungare l'applicazione diurna. Un segno importante che il paziente è pronto per l'applicazione notturna efficace (a labbra chiuse) è il passaggio da una condizione di fatica a stare a labbra chiuse manifestata dalla comparsa sul mento dell'aspetto "a pallina da golf" per la contrazione del muscolo quadrato, ad una condizione di postura a labbra chiuse mantenuta in modo naturale senza contrazioni forzose della muscolatura periorale (Figg. da 11 a 13).

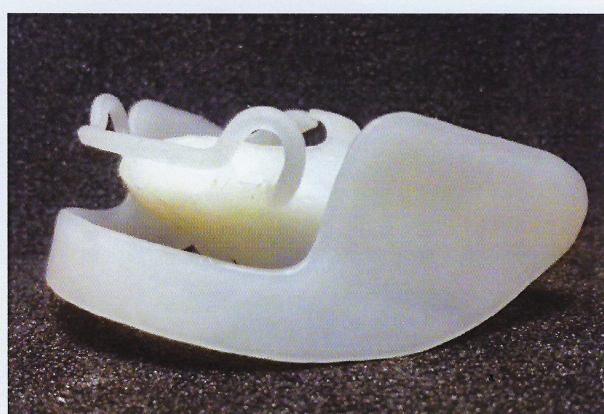
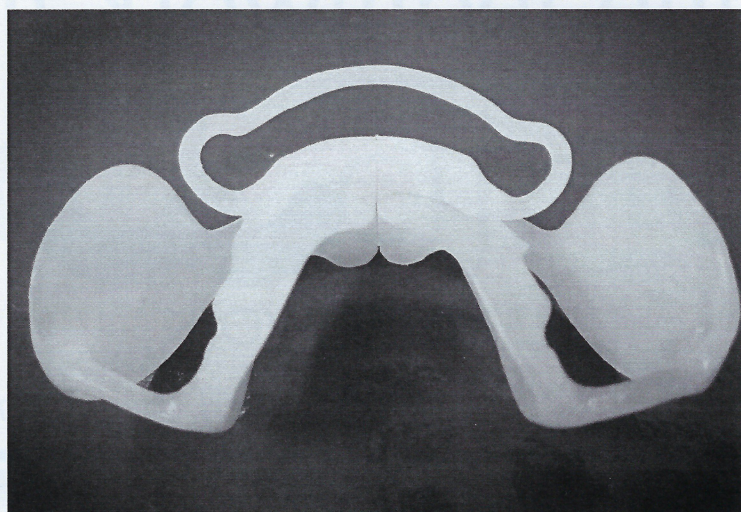
Come già sottolineato, uno degli obiettivi principali dell'equilibratore è il mantenimento della lingua allo spot palatino; affinché tale risultato sia raggiunto anche durante la deglutizione del cibo, consigliamo ai nostri pazienti di indossare il dispositivo a ridosso dei pasti principali e di bere un bicchiere d'acqua a piccoli sorsi con l'apparecchio indossato. Così la lingua correttamente indirizzata e guidata dall'apparecchio nella deglutizione dell'acqua manterrà la posizione desiderata anche senza l'apparecchio durante il successivo pasto.

Parte tecnica

Per la costruzione del dispositivo, il tecnico deve disporre di un macchinario per iniezione di resine termoplastiche e nel nostro caso, visto che il materiale di costruzione è l'F.J.P. della Pressing Dental, per lavorarlo senza problemi abbiamo bisogno di un macchinario della gamma Pressing Dental S.r.l. come ad esempio

la J100 Evolution (Fig. 14). Rilevate le impronte ed il morso di costruzione, il clinico spedisce il tutto in laboratorio. Si effettua la colatura e squadratura dei modelli da lavoro e dei duplicati e si procede alla messa in articolatore. Si scaricano con della cera calibrata da 4,0 mm tutte le zone vestibolari che andranno impegnate dallo scudo e le zone di sottosquadro interne dell'arcata inferiore creando la base dello scioglimento anteriore linguale. Dopo aver isolato il modello inferiore, viene modellato il dispositivo in cera cercando di essere il più accurati possibile in modo da evitare dopo di dovere sgrossare troppo materiale e quindi eliminando il pericolo di surriscaldare il materiale e deformare il dispositivo. Modellato il dispositivo, sfiliamo il modello superiore, dove rimarrà ancorato il modellato in cera, dall'articolatore e prepariamo il gesso per il controstampo della muffola. Una volta inserito il modello nel controstampo e indurito il gesso e impernato il dispositivo, isoliamo il controstampo e avviamo lo stampo e quindi procediamo alla colatura del gesso stando attenti di copiare tutte le superfici del dispositivo. Una volta indurito lo stampo, si immerge la muffola in acqua bollente per circa 15 minuti dopo di che procediamo alla apertura e alla sgrassatura della cera.

Fig. 14 J100
Evolution by
Pressing Dental



Figg. da 15 a 17 Il dispositivo è pronto per essere inviato al clinico

Fatto questo si isola il negativo del dispositivo con un isolante resistente alle alte temperature e si richiude la muffola. Ora bisogna preparare la cartuccia con l'F.J.P. da iniettare, la quantità varia in base alla grandezza del dispositivo e alla grandezza e lunghezza dei perni di iniezione; si consiglia comunque di eccedere sempre per garantire la giusta spin-

ta e di copiare completamente il negativo del dispositivo. Si inserisce la cartuccia e la muffola nella macchina e si imposta il programma di iniezione secondo le caratteristiche riportate dalla casa costruttrice del materiale. Finito il ciclo di iniezione, si fa raffreddare almeno 3 ore a temperatura ambiente per evitare spiacevoli contrazioni, fatto questo

si procede con cautela allo smuffolamento e alla rifinitura e lucidatura del dispositivo. Si effettua il taglio centrale del corpo e si controlla che il dispositivo sia preciso e che abbia un grande grado di elasticità senza subire deformazioni plastiche. Il dispositivo è pronto per essere inviato al clinico (Figg. da 15 a 17).

Bibliografia

- Francesco Paolo Cimmino, Damiano Frangelli - "Proposal for a new device completely made in nylon : Flexible Multifunctional balancer", poster n°97, SIDO 49th International congress 2018, 11-13 October, Florence
- Giuseppe Stefanelli - Il sistema stomatognatico nel contesto posturale, Edi. Ermes 2003
- Giuseppe Stefanelli Ortognatodonzia sistemica, Edi. Ermes 2006
- Nerio Pantaleoni - Antropometria, ortognatodonzia, ortodontotecnica nell'epoca della dentatura mista, ed. Martina, 2008
- Scoppa F, Ferrante A, De Cicco V, Ferrante A, Ciaravolo P. - Why the patient sucks the thumb? Could sucking habit influence Neuromuscular functions and posture? Acta Paediatrica, 8, 230-231, 2009
- Scoppa F, Ferrante A, - Correlations between tongue position and postural control. Proceedings of the XIX Conference of International Society for Posture & Gait Research, Bologna, 2009
- R. Fraenkel, C. Fraenkel - Ortopedia orofacciale con il regolatore di funzione - Elsevier, 1991
- G. Guaglio - Ortodonzia dinamica e ripristino delle funzioni. Euroedizioni Venaria Reale, 1998
- A. Ferrante - Manuale di terapia miofunzionale. DEMI 2016
- P. Planas - Riabilitazione neuro occlusale. Edi Ital 1994