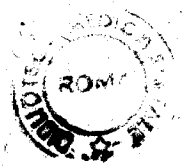


Mbhc B72/ 14

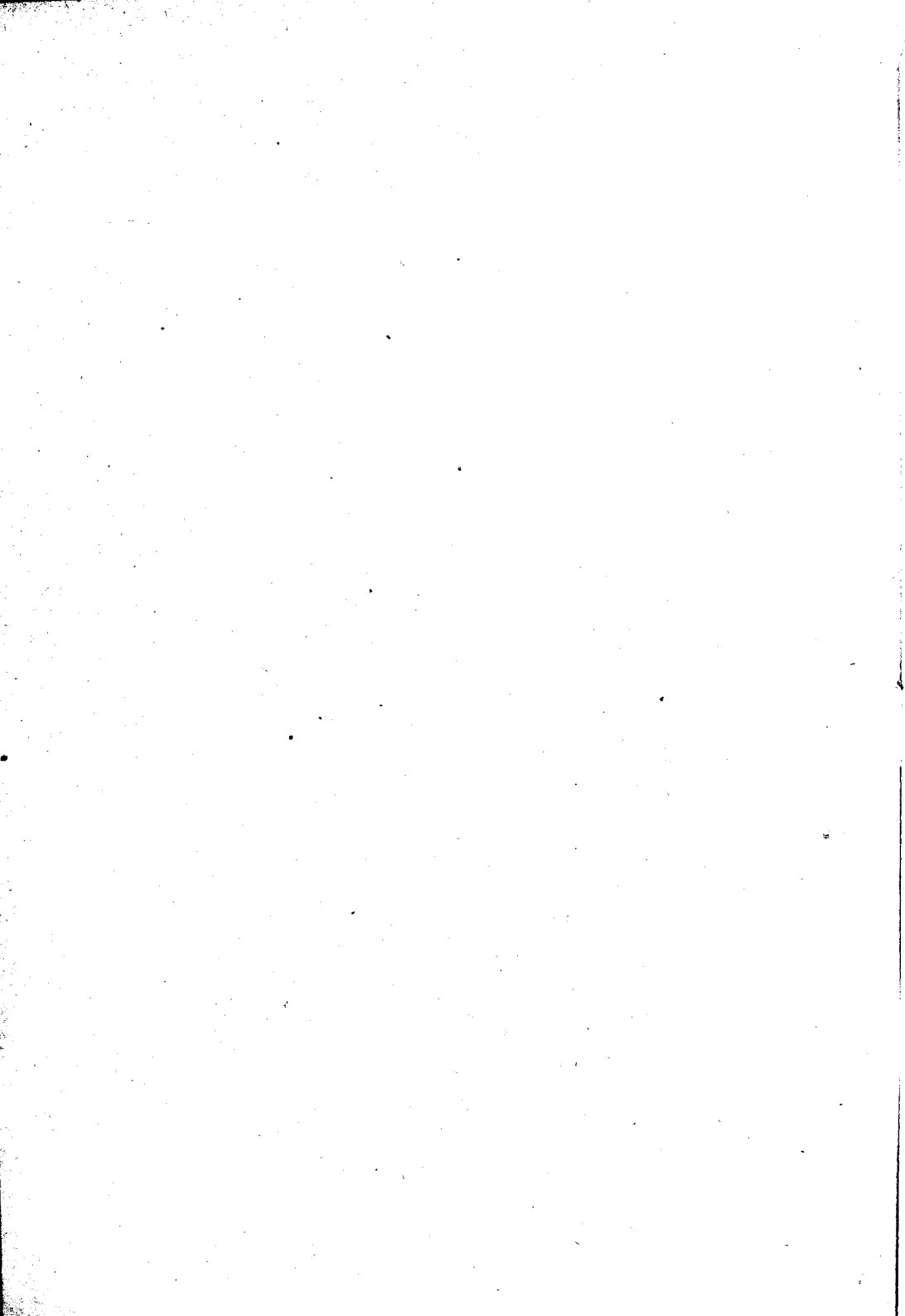
Prof. Dott. OSCAR HOFFER

Considerazioni sull'arco labiale dell'attivatore di Andresen

Estratto dalla Rivista, "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"
Anno IV - Fascicolo N. XI - Novembre 1942-XXI



1942-XXI
NUOVE GRAFICHE S.A. - ROMA
VIA ADDA 129-A



CONSIDERAZIONI SULL'ARCO LABIALE DELL'ATTIVATORE DI ANDRESEN

Autoriassunto dalla "Revista Romana de Stomatologia", Bucarest (1942)

PROF. DOTT. OSCAR HOFFER

Dirigente del reparto ortodontico

Nel fascicolo n. 2 del 1931 (1) la redazione di « Fortschritte der Orthodontik » presentava all'attenzione del mondo ortodontico un caso di deformazione dento-maxillo-facciale, invitando tutti i cultori di questa branca di inviare il proprio contributo diagnostico e terapeutico. Le proposte che da tutte le parti del mondo pervennero alla redazione furono riferite e magistralmente discusse da SALAMON (2) il quale dopo attenta critica si decise di associarsi alle vedute ed ai consigli terapeutici di DUMM e DE COSTER.

Fra i relatori che in linea di massima propendevano per l'arco linguale con l'aggiunta dell'arco iuxtagentivale, v'erano anche di quelli che a detta di SALAMON portavano come contributo nuovissimo la placca a piano inclinato invertito per la correzione della distocclusione.

Nel rileggere questa interessante discussione noto che fra la schiera numerosa di eminenti relatori manca il contributo di VIGGO ANDRESEN il quale quantunque appena nel 1936 avesse fatto conoscere attraverso la monografia (3) in collaborazione con HÄUPL il suo sistema di Ortopedia Funzionale, già da tempo diffondeva in Norvegia i suoi principi.

Analizzando la larga messe di contributi terapeutici con apparecchiature a volte direi troppo complicate viene fatto di domandarsi non senza una certa curiosità quale sarebbe stato il tipo di apparecchio consigliato da ANDRESEN, e quale accoglienza avrebbe al-

lora avuto la sua proposta di correzione ortodontica con il suo Attivatore.

Fra le proposte allora inviate c'è pure un contributo di TISCHLER (4) che riportava un caso analogo a quello messo in lizza, da lui « curato » anni prima. TISCHLER proponeva allora il raddrizzamento con archi linguali e vestibolari, piano inclinato in argento previo periodo di riposo di alcuni mesi prima dell'applicazione di quest'ultimo.

I modelli pressochè dello stesso tipo di quelli sopra accennati (caso Tischler) presentano delle analogie quanto mai spiccate con un caso che ho avuto occasione di trattare nel mio reparto ortodontico. Il caso riesce interessante al raffronto con i due su ricordati specialmente per la semplicità del mezzo terapeutico impiegato per la correzione di un complesso ortodontico che con qualsiasi altro mezzo avrebbe dovuto sottostare ad un'apparecchiatura alquanto complessa.

Si tratta del caso n. 245: R. M. + anni 16: Endognazia con Prognazia del gruppo frontale superiore associata con distocclusione (2^a classe di Angle) Palatoversione dell'incisivo superiore sinistro.

L'esame dell'arcata superiore comporta una distanza intercanina di 30 mm., interpremolare (misurata nelle fossette distali) di 32,6 mm. e intermolare di 44,4 mm.

Distocclusione del grado della larghezza di un premolare.

La terapia dovrà mirare ad allargare sufficientemente le regioni interpremolare e in-

termolare del mascellare superiore riguardo a quella intercanina per dare spazio al gruppo frontale incisivo di potersi allargare onde creare lo spazio necessario per poter allineare l'incisivo centrale di sinistra (+1).

Lo spazio fra incisivo centrale di destra e incisivo laterale di sinistra comporta millimetri 0,65 mentre la massima distanza trasversale dell'incisivo di sinistra è di 0,89 millimetri.

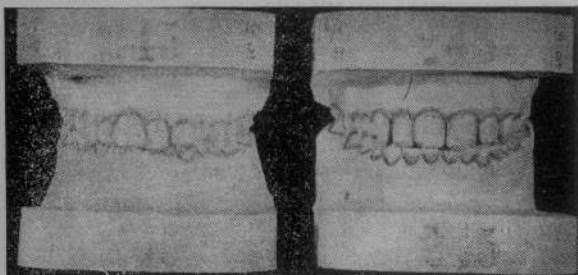


FIG. 1.

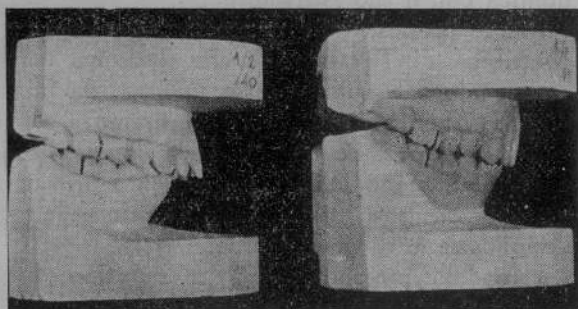


FIG. 2.

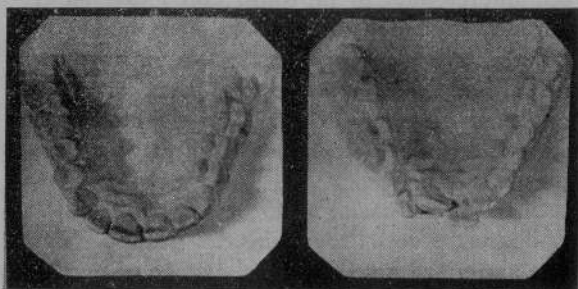


FIG. 3.

Per quanto concerne l'occlusione delle due arcate fra di loro riesce evidente l'esagerazione dei rapporti nei riguardi della cuspidè mesiale del primo molare superiore rispetto al solco intercuspidale del primo molare inferiore. Dovrà quindi la terapia riportare nel

giusto rapporto queste particolarità fino ad ottenere la normale occlusione.

La terapia è stata effettuata con un solo apparecchio che nello stesso tempo ha allargato l'arcata superiore dando modo all'incisivo centrale di sinistra di allinearsi nell'arco frontale ed ha riportato nella giusta occlusione le due arcate.

Si è ottenuto un allargamento nelle regioni premolare, molare e canina delle proporzioni seguenti:

	prima	dopo
Distanza intercanina (3+3)	30 mm.	34,5 mm.
Distanza interpremolare (4+4)	32,6 mm.	36,6 mm.
Distanza interpremolare (5+5)	31,5 mm.	38,9 mm.
Distanza intermolare (6+6)	44,4 mm.	45,5 mm.

Nello spazio fra incisivo centrale di destra e incisivo laterale di sinistra che prima misurava 0,65 mm. si è potuto allineare l'incisivo centrale di sinistra largo 0,89 mm.

La distocclusione del grado della larghezza di un premolare è stata riportata nei giusti rapporti di occlusione (la cuspidè mesiale del 1° molare sup. ingrana nel solco intercuspidale del 1° molare inferiore).

Il tempo di cura è stato di 12 mesi circa.

L'apparecchio (attivatore di Andresen) come risulta dalla fig. 4 è munito di una molla di COFFIN (passiva) che ha l'unico scopo di seguire gradatamente l'espansione dell'arcata o meglio di provvedere affinché le parti di vulcanite che azionano contro le superfici del palato e dei denti (palatalmente) in direzione eccentrica siano in continuo contatto fra di loro. I piani inclinati provvedono in questo caso all'allargamento mentre le superfici di guida per la correzione dei rapporti esagerati di occlusione (distocclusione) delle due arcate fra di loro, sono ideate secondo i dettami suggeriti da ANDRESEN per la correzione della distocclusione (2^a cl.) per i quali rimando direttamente il lettore alla monografia di ANDRESEN-HÄUPL (3).

Per quanto concerne l'arco o meglio il decorso suo, ho in questo caso variato il tipo di evoluzione delle anse.

Onde poter ottenere l'allargamento dello spazio interincisivo (1+2) per l'allineamento dell'incisivo centrale di sinistra era necessario fermare l'eventuale spostamento in avanti sia del 1+ che del +2 i quali pur sotto l'azione espansiva in senso trasversale venivano a subire l'azione in senso sagittale data dalla punta di legno di arancio che doveva spo-

stare in avanti l'incisivo centrale di sinistra (+1).

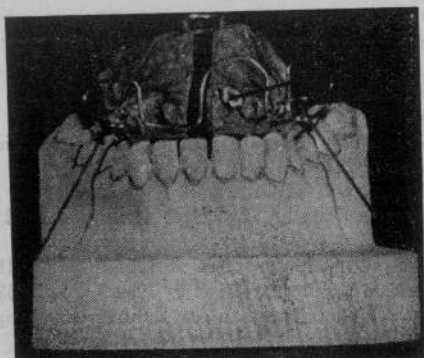


FIG. 4.

Per questa ragione anzichè mantenere orizzontale il decorso dell'arco sul gruppo incisivo per poi ripiegare con le solite anse verso l'alto al limite distale dei due incisivi laterali, ho eseguito due anse, una sui 21+ ed una sul +2 che hanno funzione di trattenere questi denti dalla spinta che l'avanzamento del +1 potrebbe esercitare sui margini mesiali di essi. Le due anse sono riunite da una più ampia, a decorso iuxtagengivale che dà in questo caso all'arco la possibilità di dilatarsi man mano procede l'espansione dell'arcata e il conseguente allargamento dello spazio necessario all'allineamento del +1 in palatoversione (vedi fig. 4).

Ho l'impressione che se avessi eseguito le evoluzioni dell'arco secondo i dettami per la seconda classe cioè senza evoluzione iuxtagengivale di compenso, e fermo per i denti 21+ e specialmente +2, non sarebbe stata possibile una distensione del gruppo incisivo appunto per il fatto che pur avvenendo l'espansione nel tratto premolare e molare, quella nella regione canina sarebbe stata trattenuta dall'arco a decorso diritto, senza contare che sia 1+ che +2 avrebbero potuto subire proversione indesiderata. Il caso che ho descritto, pur non appartenendo strettamente a quelli inquadrati da ANDRESEN nel capitolo degli « atipici » necessita pur tuttavia di accurati accorgimenti diagnostici e soprattutto terapeutici specialmente nei riguardi della conformazione dell'arco.

Non è possibile salvo per determinati complessi ortodontici, stabilire un tipo di arco « standard », particolare sul quale ho già insistito in miei precedenti lavori (5, 6) come del resto non sono neppure del parere di

affidare la costruzione di apparecchi attivatori a chi non è particolarmente familiarizzato con l'ortodonzia e soprattutto con quella funzionale.

Il caso credo faccia fede sufficientemente a questa mia convinzione che considero convalidata da una ormai troppo numerosa casistica che ho avuto occasione di trattare nel mio reparto di Ortodonzia.

Il presente caso è stato licenziato circa 8 mesi fa ed è stato poi sottoposto a successivi controlli allo scopo di accertarmi sulla possibilità di recidiva che nella terapia della distocclusione è tutt'altro che rara, specialmente se il caso è abbandonato a sé senza la usuale contenzione sul tipo comunemente usato da HAWLEY. Chi ha avuto occasione di intrattenersi praticamente su questo argomento ne sa qualche cosa.

Anche per questo caso come del resto per tutti quanti gli altri che fin dall'inizio della mia conversione alla Ortopedia Funzionale (7) ho sottoposto al trattamento con gli attivatori non vi è stata necessità di ricorrere a contenzione di nessun genere.

E' questo un particolare che senza dubbio conferma le teorie di HÄUPL e convalida i suoi punti di vista esposti nella monografia (8) sulla trasformazione tissulare e spostamenti dentari nella Ortopedia Funzionale.

Il lavoro di SALAMON che al principio di questo mio articolo ho citato riesce oggi maggiormente interessante per il fatto che nel suo epilogo l'A. accenna al fatto che tutti gli Ortodontisti allora relatori del caso in questione proponevano un congruo periodo di ritenzione dopo il raddrizzamento con apparecchi attivi. A questo proposito faccio seguire le parole dello stesso SALAMON il quale allora si schierò contro questa necessità e preconizzava: ... metà della moderna Ortodonzia deve divenire la ricerca di quei metodi di raddrizzamento che rendono superflua ogni ritenzione, solamente allora inizierà veramente l'era « biologica » per l'Ortodonzia.

RIASSUNTO

L'A. descrive un caso di malocclusione appartenente alla seconda classe di Angle con palatoversione dell'incisivo superiore di sinistra, curato con l'Attivatore di Andresen, nel quale per ottenere la correzione simultanea dello spostamento di occlusione, compressione mascellare e malposizione dell'incisivo, ha modificato a suo giudizio il decorso normale dell'arco vestibolare. Le anse aggiunte avrebbero l'ufficio di fungere da molle di compenso durante l'espansione dell'arcata in senso trasversale. Insiste sull'im-

possibilità di standardizzare gli apparecchi come pure sulla assoluta necessità di impostare personalmente la costruzione degli apparecchi e la loro rifinitura per quanto riguarda i piani inclinati e il decorso dell'arco.

ZUSAMMENFASSUNG

V. beschreibt einen Fall 2^o Klasse nach Angle mit Gaumenverdrängung des ersten oberen linken Schneidezahnes. Die Behandlung ist mit einem Aktivator nach Andresen vollzogen worden welcher aber, um gleichzeitig die Verschiebung der Okklusion Kompression und Verdrängung des Zahnes erzielen zu können den Labialbogen so modifiziert hat dass die ergänzten Schlingen das Vorrücken des Schneidezahnes während der Gaumenexpansion erlaubt. V. betont gleichzeitig die Ummöglichkeit der Standardisierung der Apparate und wiederholt gleich seiner vorigen Artikel

die Notwendigkeit dass sowie die Einstellung als die Ausarbeitung der Apparate bzgl. der schiefen Ebenen und Verlauf des Labialbogens persönlich vom Orthodonten ausgeführt werden soll.

BIBLIOGRAFIA

- 1) « Fortschr. d. Orthod. », 1931-2, pag. 314.
- 2) SALAMON: « F. d. O. », 1932-4, pag. 483.
- 3) ANDRESEN-HÄUPL: « Funktions-Kieferorthopädie », Meussler, 1936.
- 4) TISCHLER: « F. d. O. », 1932-1, pag. 109.
- 5) HOFFER: « Zeitschr. f. Zahn. Orthopäd. », 1941-3, pag. 34.
- 6) HOFFER: « La Stomat. Ital. », 1941-4, pag. 281.
- 7) HOFFER: « La Stomat. Ital. », 1939-9, pag. 865.
- 8) HÄUPL: « Gewebsumbau u. Zahnverdrängungen », Barth, 1938.

317078

