

Max B72 / 119 - 35

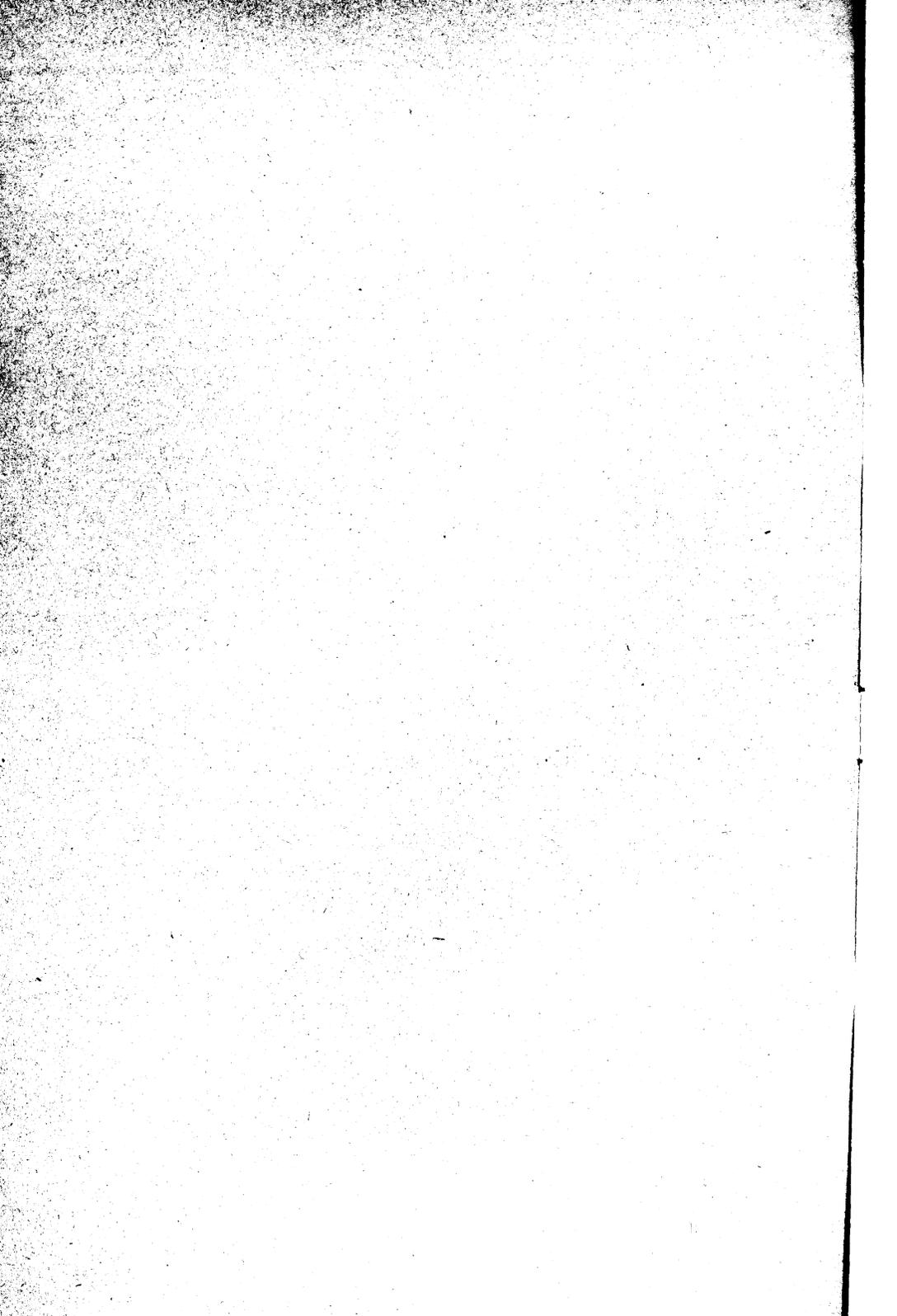
Dott. ANGELO CALARESE

# PERSONALE METODO DI ATTACCO NELLE PROTESI PARZIALI AMOVIBILI POSTERIORI

*Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA",*



1941-XX  
NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA  
VIA ADDA 129-A



## PERSONALE METODO DI ATTACCO NELLE PROTESI PARZIALI AMOVIBILI POSTERIORI

(Autoriduzione italiana - da " Zahnärztliche Rundschau, n. 16 - 1941, " ed ulteriore contributo al perfezionamento dell'attacco)

DOTT. ANGELO CALARESE

La storia del nostro tempo per ciò che concerne la protesi dentaria, è caratterizzata, e più all'estero che in Italia, da una corsa affannosa verso il raggiungimento di una sempre maggiore stabilità assicurata da appropriati congegni.

Senza dubbio, i più meritevoli di questo problema, e per gli effetti conseguiti, sono SIDNEY FOURNET e TULLER. Con un semplice e mirabile sistema applicativo, essi hanno risolto un punto rimasto morto dopo decenni di tentativi.

Nelle protesi parziali amovibili posteriori, superiori come inferiori unilaterali o bilaterali, il problema della stabilità è fra i meno facili a realizzarsi. Il perchè è caratterizzato dalla mancanza di ultimi denti che funzionino da pilastri di appoggio per questi tipi di protesi. Dove l'importanza e la necessità di salvaguardare, con cure tempestive ed appropriate, la esistenza in bocca di tali denti. In quei casi però, (e sono i più numerosi) in cui mancano i pilastri di appoggio posteriori ammenocchè non si voglia costruire una protesi con placca destinata a reggersi per virtù della sua adesione, la realizzazione della stabilità rappresenta una rilevante difficoltà da superare.

La protesi a placca ha, è vero, una buona stabilità, ma presenta altresì molteplici e gravi inconvenienti che io desidero numerare ed elencare:

1) fattore di intima presentabilità;

2) igiene. Questo tipo di protesi determina facilmente l'accumulo di residui alimentari e la formazione di patine. Si potrà obiettare che esse protesi dovranno essere rimosse e pulite più volte al giorno. Pertanto i portatori potrebbero essere paragonati a pazienti sofferenti di pollachiuria. E ciò sempre che essi abbiano la possibilità di compiere, ad ogni esigenza, questa pulizia. La quale, dovrebbe essere eseguita scrupolosamente e con materiali sgrassanti. Cosa che in pratica non avviene, poichè a noi è

dato di vedere giornalmente di quante patine tenaci, che cedono solo alla pomice, queste protesi sono coperte.

3) alito perverso. Si dirà che le placche potranno essere costruite con materiali resistenti agli acidi buccali. Ciò non toglie che la saliva fermenterà tra la placca e la mucosa e, senza la possibilità di un continuo lavaggio, determinerà l'inconveniente.

4) compressione delle mucose generalmente e localizzatamente infiammate.

5) trauma cuneiforme. Viene determinato dagli apici dei triangoli interdentali della placca, con compressione ed infiammazione dei ligamenti circolari e delle papille gengivali.

6) ingombro;

7) disturbo da fonazione;

8) perdita della sensibilità termica;

9) piaghe da decubito, specie nei periodi di minorata resistenza organica.

Per tutte queste ragioni e per il fatto che si sono dimostrate superflue le costruzioni di placche in quei casi in cui i denti da costruire si limitavano al numero di 1 o di 2, i vari sperimentatori si orientarono verso tipi di protesi scheletrate.

Questi tipi di protesi, preferibili di gran lunga ai primi, hanno per caratteristica, una o più barre, in sostituzione ed in limitazione degli inconvenienti della placca.

Di quale materiale ed in che guisa dovrà essere progettata ed eseguita una protesi scheletrata, è argomento che esula dal lavoro che mi sono imposto, per cui passo a trattare di quali mezzi anche questo tipo di protesi ha bisogno, per conservare la dovuta e necessaria stabilità, sotto le continue spinte che riceve per opera delle varie componenti.

Dai ganci, da quelli semplici in lamine di oro o di acciaio, che rappresentano più un simbolo che una benefica realtà, a quelli più complessi e razionali di autori e costruiti in

materiali elastici, alle capsule a telescopio, alle punte a molla, ai cavalieri di Gilmore ecc. abbiamo una vasta gamma di congegni per l'appoggio delle protesi.

Senonchè, un aggancio rigido, tra sella e pilastri, provocherebbe su questi ultimi, momenti di rovesciamento per azione delle su accennate componenti e quindi vacillio degli stessi. Pertanto, la unione tra sella e pilastri deve essere articolata.

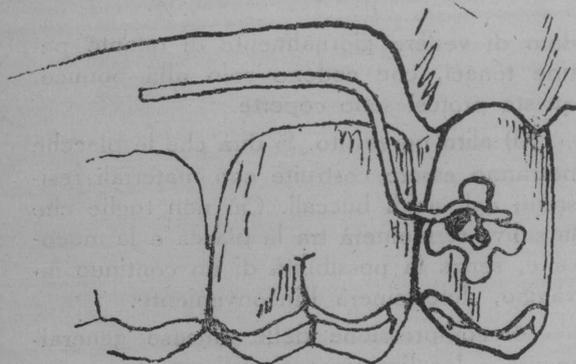


FIG. 1.

I congegni articolati, atti alla bisogna, vengono detti riduttori di pressione.

I congegni poi, atti ad agganciare la estremità di una protesi ad un dente pilastro, vengono detti attacchi.

Questi ultimi possono essere interni od esterni, verticali ed orizzontali.

Non vogliamo raggiungere uno spinto virtuosismo richiedendo agli S. U. A. come consigliano specialisti europei, alcuni tipi di attacchi, poichè, in pratica, ho potuto ottenere sfere perfette da un tornio di precisione e realizzare ad esempio, attacchi di New Supplee che sono tra i più difficoltosi. Desidero però dire che gli attacchi di autori, per il loro allestimento e per la loro applicazione, richiedono tecnica perfezionata, esperienza, mezzi, tempo, ed un laboratorio attiguo alla stanza di lavoro. Per di più, essendo costruiti in oro platinato, hanno in pratica un alto costo.

Fremessa quindi, la finalità di raggiungere un idoneo risultato nei confronti dei su accennati mezzi con altri meno costosi e di tecnica più semplificata, ho applicato un incastro a bottone in sostituzione di un attacco forbito di autore ed un filo di Wipla V2A, duro elastico, ad esso incastrato poggiante e partente dalla protesi, in sostituzione di un complesso riduttore di pressione.

Ho sperimentato, in diversi casi, tale tipo di attacco, con risultati buoni al controllo ob-

biettivo ed a quello subbiettivo dei portatori.

La fig. 1 mostra l'attacco con l'innesto del riduttore di pressione, partente a sbalzo dallo spalto della protesi.

Come si nota, l'attacco è formato da un incastro, che può essere fuso in metallo o in resina ed applicato al dente pilastro, sulla superficie vestibolare (fig. 1) o linguale (fig. 3)

L'incastro deve essere a croce. I lati di esso rappresenteranno 4 bracci equilibranti al sistema delle forze che la protesi ad esso poggiante sul perno a bottone e tramite il riduttore di pressione, determinerà sul dente che lo contiene. Dal centro dell'incastro parte un corto perno a bottone, per l'attacco del riduttore di pressione.

La fig. 2 mostra una protesi amovibile inferiore per i — 6, 7 appoggiata al — 5 provvisto di un attacco a bottone ed al 6 — con attacco Jackson, collegati da due barre di accoppiamento.

L'attacco a bottone, è, come si vede, un attacco esterno; pertanto, essendo passibile di azioni da parte di forze verticali ed orizzontali ed essendo fornito di un corpo avanzato (il piccolo perno a bottone) subisce mo-

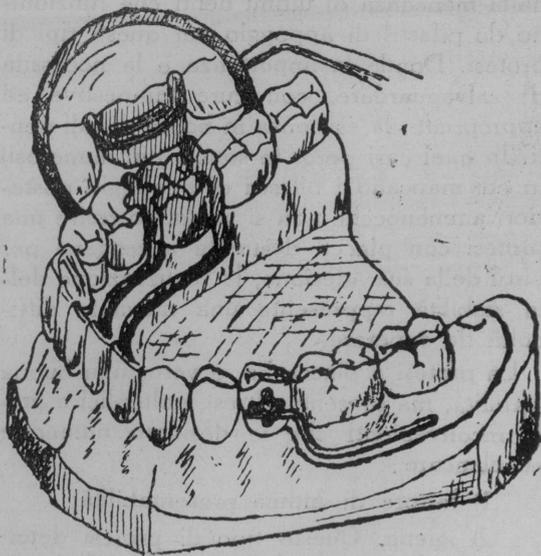


FIG. 2.

vimenti di rotazione, secondo la teoria della leva, maggiori che un attacco interno. E' necessario quindi che sia ben stabile su dente anche esso stabile. Ma anche questo non è sufficiente. Il momento di rovesciamento, quando non lo strappa dalla sede d'impianto, provocherà l'allentamento del pilastro.

Le protesi parziali amovibili posteriori hanno per questa ultima ragione ulteriore bisogno di una o due barre che giungano ai molari della parte opposta dell'arcata dentale (fig. 2) e di un riduttore di pressione.

Per i concetti già espressi della economia e della diminuita difficoltà di tecnica, il riduttore di pressione sarà rappresentato da un filo duro elastico di acciaio inossidabile, dello spessore di 0,8 mm. fissato con solide code di ancoraggio al tassello di plastica portante gli elementi mancanti e libero a bandiera per una lunghezza di 2 cm.

### ULTERIORE PERFEZIONAMENTO DELL'ATTACCO

Il bisogno della modifica è nato dall'uso dell'attacco presso i pazienti. Sono essi che ci spingono ogni giorno a riflettere, per ridurre a sistemi di semplicità, quelli che rap-

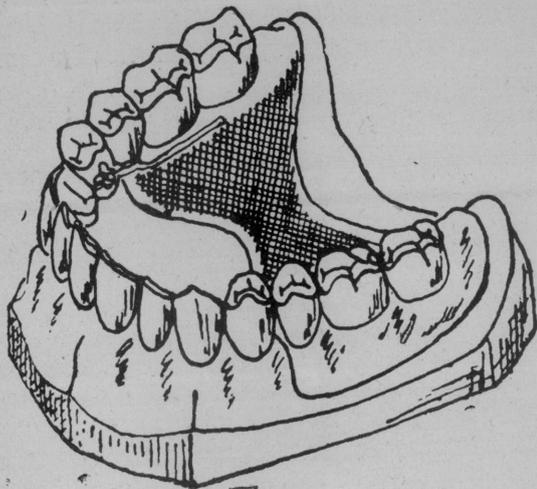


FIG. 3.

presentano difficoltosi metodi applicativi.

In pratica, l'attacco a bottone è stato ridotto ad un mezzo bottone (fig. 4).

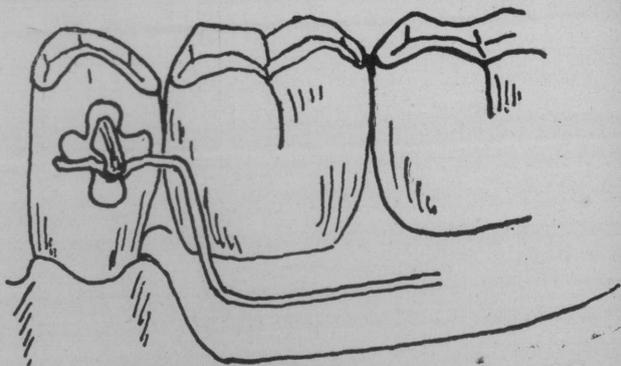


FIG. 4.

Le metà creata in più nel primo tempo, determinava in pazienti poco sensibili, spesso volte, nell'atto di applicare la protesi, il collocamento del riduttore di pressione in quella piccola gola che veniva a formare la metà soppressa dell'attacco. Niente altro che questo. Anzi dirò, che tale inconveniente lamentato, fu un ottimo collaudo per giudicare della buona resistenza delle alette a croce dell'attacco stesso che, malgrado tutta la pressione esercitata dal riduttore fuori posto e dalla protesi meno stabilizzata in tali circostanze, non andava staccato dal dente.

Il nuovo perno a bottone, a forma nasale, semplifica la messa a posto del riduttore che non incontrando alcun ostacolo, scivola su di esso per andarsi a collocare, automaticamente con la protesi, ed a scatto, nella piccola gola inferiore al nasello.

34496



