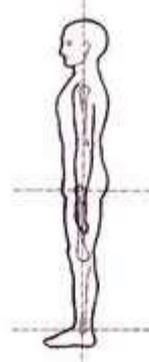


Rapporti occluso-posturali e la collaborazione tra ortodontista e osteopata

Ogni volta che si introduce genericamente il tema delle correlazioni tra bocca e postura, va innanzitutto definita bene cos'è la POSTURA. La enunciazione più appropriata sembra essere la seguente: **il miglior compromesso del corpo in QUESTO momento per mantenere la statura**



eretta e lo sguardo in avanti parallelo al pavimento.

Ciò implica che la postura è modificabile secondo i canoni di ergonomia ed economia: se il sistema riesce a “consumare” meno ossigeno per fare un certo movimento o per mantenere una determinata posizione in un modo piuttosto che in un altro, tenderà ad adottare la prima metodica, anche se non necessariamente la più corretta in assoluto.

Le correlazioni anatomiche e fisiologiche esistenti tra l'apparato masticatorio e la postura della persona sono state da molti anni al centro di aspri scontri tra opposte fazioni. Rimane storica la presa di posizione della *Consensus Conference* del 1997 a Milano che negò con decisione, sulla base delle conoscenze dell'epoca, qualsiasi interferenza ascendente o discendente tra i due sistemi. In realtà tale drastico atteggiamento fu dettato anche dalla prudenza, conseguente all'aumento vertiginoso di contenziosi medico-legali che in quegli anni ponevano il dentista come unico capro espiatorio di tutta una serie di ipotetici danni posturali derivanti dal suo operato. Già l'anno dopo, tuttavia, in un incontro venne affermato che: “E' impossibile rilevare una relazione centrica ripetibile se la colonna cervicale non è equilibrata e stabile”.

Nel 2008 tale posizione viene riesaminata alla luce di recenti acquisizioni e di diversi studi che si sono susseguiti negli anni: la correlazione tra occlusione e postura “sembra” esserci, non se ne conoscono le dinamiche e, comunque, prima di fare un trattamento esteso in bocca si raccomanda di nuovo di verificare lo stato della colonna cervicale. Il problema è che l'intera colonna vertebrale è stata solo didatticamente suddivisa in varie zone, cervicale, dorsale, lombare e sacrale, ma in realtà si evolve e funziona come se fosse un'unica spirale, aumentando o diminuendo le sue curve secondo necessità per sfuggire alla forza di gravità.

E' stato fatto uno studio molto interessante sulla resistenza della colonna vertebrale agli stress in compressione (quindi quelli derivanti dalla gravità, in primis) in relazione al numero di curve esistenti. Se una colonna perfettamente dritta ha una resistenza 1, con una curva arriviamo a 2, con due curve a 5 e con tre curve, come avviene in fisiologia, tale resistenza ha un valore 10. E' ovvio che essendo la colonna di lunghezza definita, se avremo una curva più accentuata a un livello, altre dovranno essere attenuate di conseguenza, a ulteriore, nonché ovvia, riprova delle connessioni tra le varie zone vertebrali. Ma già nel 1948 lo *schema di Brodie* metteva in relazione attraverso dei semplici elastici il cranio con la mandibola, l'osso ioide e la colonna cervicale, mostrando come fosse impossibile modificare uno dei componenti senza provocare un adattamento in tutti gli altri.

Nel 2009 viene infine redatta una revisione della letteratura sull'argomento e viene riconosciuta non solo la mole dei lavori esistenti a sostegno della tesi di correlazioni tra occlusione e postura, ma anche la loro significatività statistica, anche se rimangono incerti i canali attraverso cui questa correlazione si esplica. Viene inoltre stigmatizzata la garanzia di poter curare disgnazie trattando problemi posturali e viceversa, sempre e comunque.

Nel 1990 un articolo mise in correlazione la posizione antero-posteriore di mascellare e mandibola rispettivamente con la lordosi lombare e quella cervicale, mettendo fianco a fianco ortopedici e ortognatodontisti. Sorprendentemente a livello statistico risultò molto più significativa la prima correlazione che la seconda, come se ci fosse un legame molto forte tra base sacrale e impianto del mascellare. Ma già in anni precedenti *Delaire* aveva elaborato uno schema che metteva in relazione la crista galli dell'etmoide con il resto del cranio attraverso le varie suddivisioni della dura madre craniale, la quale, una volta uscita dal forame magno, si inserisce su C2-C3 e poi direttamente su S2, creando un collegamento molto resistente tra i due estremi, che, quindi, si adatteranno a vicenda. E' su questa base che si fondano molte delle correlazioni che studia e ricerca l'Osteopatia.

Cosa può fare praticamente l'ortodontista per esaminare la postura del paziente, verificare se esistono eventuali blocchi funzionali lungo la colonna e valutare se la azione terapeutica programmata può essere di aiuto o, al contrario, potrebbe peggiorare le cose?

I due concetti da tenere presenti nell'analizzare la postura dei nostri pazienti sono:

1. l'unità del nostro corpo
2. la capacità della mandibola di funzionare come il bilanciere del nostro equilibrio.

L'ATM è una doppia articolazione e questo la rende la più mobile del nostro corpo, ossia la più adattante, perché ci deve permettere di masticare e tritare il cibo in ogni posizione nello spazio. Se il corpo si sposta, la mandibola si muove di conseguenza in senso opposto, bilanciando, appunto: una postura avanzata avrà spesso una classe II, una classe III tenderà a stare indietro e così via. Nello studio della postura però le corrispondenze sono spesso biunivoche, ossia valgono in un senso e anche nell'altro: la mandibola compensa il corpo, ma spesso è il corpo a dover compensare la posizione della mandibola. Così può accadere che uno spostamento della mandibola provocato da un dispositivo potrà implicare un adattamento di compenso della colonna ed è questo che bisogna verificare, cosa succede se applichiamo quel apparecchio o quella modifica, se la postura cambia e di quanto, in che direzione, positiva o negativa, parametro fondamentale soprattutto in un paziente in crescita.

Per analizzare la postura, basta un filo a piombo sull'architrave della porta, o due fili, uno dietro l'altro, per evitare errori di parallasse ed essere sicuri di stare sempre nella stessa posizione per fotografare. Si verifica quindi nelle due proiezioni quale è la postura iniziale del paziente e come cambia, p.es., a bocca aperta e chiusa, aumentando la dimensione verticale con rulli di cotone (o con il bite, se è già in situ), avanzando la mandibola o arretrandola con un jig rigido di prova. Anche mettendo la punta della lingua sullo spot, o anestetizzando il frenulo linguale si creano spesso dei drastici cambiamenti posturali, perfino negli adulti. Ovviamente l'esame va effettuato a paziente fermo, a meno che non si prenda una "dima", ossia una forma precisa della sua posizione podalica.

Esiste in commercio uno strumento che si chiama scoliosometro che consente di avere anche un appoggio podalico standard in maniera da poter scattare foto sovrapponibili, anche con specchi angolati a 45° che permettono con un solo scatto di avere le due proiezioni insieme. Se durante i test non si verifica alcun adattamento, positivo o negativo, è ipotizzabile la presenza di blocchi

funzionali lungo la colonna. Questa è un'indicazione sufficiente per inviare il paziente, piccolo o adulto che sia, da chi si occupa di terapia posturale come un fisiatra, un osteopata, un chiropratico o un fisioterapista posturale, prima di iniziare il lavoro ortodontico. In questa maniera si eviterà di lavorare contro tensioni e/o contrazioni muscolari, che, anche se non relative direttamente ai muscoli masticatori, possono in ogni caso impedirne il giusto e fisiologico funzionamento. Lo studio delle correlazioni tra quello che accade in bocca e la postura è davvero affascinante, complesso e importante e dovrebbe essere, almeno nei suoi aspetti principali, nel bagaglio culturale di chiunque si occupi di riabilitazione oclusale, sia egli ortodontista, protesista o gnatologo. Continuare a negare l'evidenza dei rapporti occluso-posturali non ha senso; è invece necessario approfondire le ricerche e verificare, analizzare, confrontare caso per caso, arrivando a collaborare, ove necessario, con altre figure come l'optometrista, l'otorino e l'osteopata.

Dr. Stefano Colasanto - Odontoiatra Specialista in Ortognatodonzia – Diplomato in Osteopatia