



Un problema discendente di origine occlusale: un caso clinico affrontato con una placca anteriore

Collaborazione tra odontoiatra ed osteopata

Il caso clinico che viene presentato mette in evidenza come sia positivo, per il bene di un paziente, il fatto che esista una collaborazione tra gli "operatori della salute" che si occupano di una persona che soffre. Questo lavoro ha preso spunto dal fatto che una giovane donna è stata inviata dall'osteopata all'odontoiatra, poiché soffriva a causa di una condizione configurantesi in un quadro di "cefalea, male di collo, muscoli delle spalle in tensione". Si è evidenziato un problema discendente di origine occlusale, grazie al test di Fukuda e di Messermann e all'ascolto della plasticità craniale con e senza interferenze dentali (1) L'odontoiatra, quindi l'autore di questo lavoro, dopo un'attenta anamnesi ed un'accurata visita, ha studiato i modelli in gesso delle arcate ed ha effettuato uno studio cefalometrico, per arrivare alla decisione di intervenire con un jig anteriore, o placca anteriore. La fase diagnostica, nonché la decisione terapeutica, hanno visto la stretta collaborazione tra osteopata ed odontoiatra. Non sono mancati i momenti di accesa discussione, ma, in definitiva, la collaborazione ha portato alla guarigione della paziente.

Presentazione del caso

La paziente protagonista di questa esposizione è una studentessa universitaria di 27 anni. Si è rivolta all'osteopata per problemi piuttosto diversificati, quali cefalee, dolori mandibolari, stipsi, e un dolore elettivo a livello dell'articolazione tibiotarsica sinistra, nonché all'avampiede sinistro, nel praticare la danza. La paziente è stata valutata in piedi, con un esame visivo, per cercare di cogliere qualche incongruenza posturale, o qualche possibilità di sovraccarico in ortostatismo. Ancora: un test di mobilità sull'osso ioide ha evidenziato una perdita di mobilità da un lato, il che non variava in posizione supina. Ricordo che l'osso ioide ha un ruolo di equilibratore di tensioni nel nostro corpo. Tutto ciò ha fatto pensare alla possibilità che esistesse un problema discendente. Con la paziente supina, eseguendo alcuni test di mobilità delle anche, si è evidenziata un'anca sinistra in rotazione esterna, cioè con una mobilità maggiore verso la rotazione esterna e riduzione della mobilità nel movimento di rotazione interna (2). Testando la capacità di abduzione dell'anca sinistra si è visto che era ridotta rispetto alla controlaterale. Nel corso degli esami effettuati dall'osteopata in collaborazione con il personale dello studio odontoiatrico è anche stata messa in evidenza una dismetria a livello degli arti inferiori. È stato eseguito un test di Messermann, inserendo due rulli di cotone a livello delle due emiarcate e annullando così gli appoggi dentali, mantenendo in piedi la paziente e facendola deglutire più volte; fatta poi sdraiare, e ripetendo i test precedenti, si è visto come la situazione variasse nei suoi parametri, con annullamento della dismetria e della rotazione esterna provocata dall'ipertono dei muscoli rotatori estemi dell'anca, piriforme e otturatore interno. Tutto ciò ha fatto supporre che il problema della paziente potesse avere all'origine una malocclusione. Una conferma si è ottenuta con il test posturale di Fukuda, che consiste nel fare una marcia sul posto, ad occhi chiusi con le mani avanti (Fig. 1). La paziente è stata fatta marciare per 50 volte, a denti stretti, a occhi chiusi: al termine della marcia si è trovata ruotata di circa 180 gradi. È molto interessante notare come, ripetendo il test con due rulli di cotone in bocca, questa rotazione si riduceva notevolmente, non superando i 30 gradi. Ecco una nuova conferma della diagnosi che si stava formulando: all'origine del problema una interferenza dentale



e una malocclusione. Tuttavia, il test indubbiamente più attendibile è il test osteopatico, di ascolto del meccanismo respiratorio primario (MRP): si tratta di un test che persegue lo scopo di ascoltare la plasticità craniale, nonché eventuali disfunzioni. La paziente mostrava nel test una importante rigidità del cranio, ed un meccanismo respiratorio primario impercettibile: questa situazione si annullava con i rotoli di cotone in bocca. Con i rulli di cotone tra le arcate, il cranio stesso mostrava maggiori capacità elastiche (3).

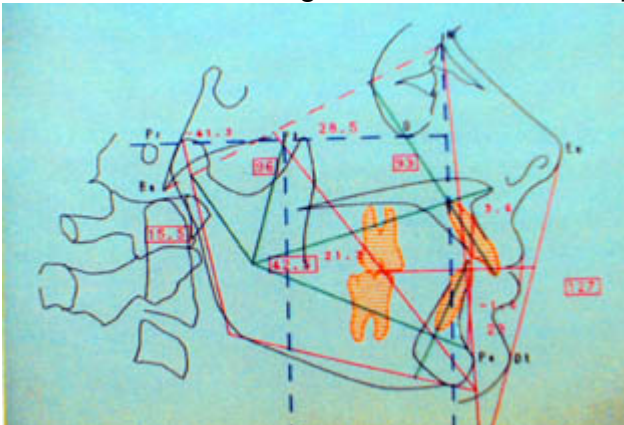


Costituendo un'alleanza tra odontoiatra ed osteopata si è potuto individuare questo problema di tipo discendente. Premetto che già due giorni dopo avere applicato il jig anteriore, di cui parlerò più avanti, testando con un ascolto craniale la paziente si è potuto stabilire che il meccanismo respiratorio primario (MRP) aveva acquistato ampiezza e frequenza, e questo è un risultato molto positivo (4). La paziente aveva comperato in precedenza

un plantare: le è stato consigliato di non usarlo, per non sovraccaricare tutto il sistema con informazioni sia ascendenti che discendenti (5-6). Ma veniamo ora alla descrizione della fase diagnostica, dello studio del caso, del trattamento più precisamente odontoiatrico. Naturalmente, sono stati studiati i modelli in gesso delle due arcate (Fig. 2). Si sono valutate con attenzione sia la radiografia panoramica



(Fig. 3) che la telecranio in proiezione latero/laterale (Fig. 4). Sono presenti tutti i germi dentali definitivi. L'ottavo inferiore di sinistra appare incluso e disposto orizzontalmente, con corona in senso mesiale. Ritengo che le informazioni più importanti siano state fornite dall'analisi



cefalometrica secondo Ricketts (Fig. 5). Non è il caso che io mi dilunghi (annoiano il lettore) facendo l'elenco di tutti i valori misurati, e rapportati ai riferimenti normali. E invece interessante riferire i dati più importanti. Il carattere facciale è Brachi accentuato, la parte anteriore della faccia è molto bassa, il rapporto antero-posteriore fra le basi mascellari mette in evidenza una moderata II classe scheletrica, dovuta alla pronunciata protrusione mascellare. La mandibola è protrusa. L'incisivo superiore è protruso. L'incisivo inferiore è retruso. L'overjet è molto superiore alla norma e il morso è

profondo. I sei valori importanti sono i seguenti: L'angolo interincisivo rientra nella norma. Analizzando il profilo si nota che le labbra sono in una corretta posizione, in senso anteroposteriore; il palato duro è orientato in modo che la spina nasale posteriore appare inclinata verso il basso. C'è una importante prognazia del mascellare, associata ad un progenismo anche della mandibola. Se osserviamo la posizione maxillo-mandibolare secondo Mc Namara vediamo

che il punto A è avanzato di 6 mm rispetto alla linea di Mc Namara e il punto Po è avanzato di 5 mm rispetto alla linea di Mc Namara. L'angolo della mandibola e il mento sono normali

	DOLICO	MESO	BRACHI
1 ANGOLO DELL'ASSE FACCIALE	96	*** **	**** ** >>>
3 PROFONDITA' FACCIALE	93	*** **	***
4 ALTEZZA FACCIALE ANTERIORE	42,5	** ** **	
8 ARCO MANDIBOLARE	34	** ** **	**
18 F.M.A.	15.5	** ** **	** ** ** <<<
angolo gonaico	117	*** **	***

(per quanto concerne il mento mi riferisco ad una valutazione estetica). La posizione del molare superiore rispetto alla retta PTV indica che lo spazio a disposizione per una eventuale sua distalizzazione è maggiore della norma. Fino a qui, l'aspetto diagnostico, lo studio del caso. Osservando la paziente non mi stupisco del fatto che lamenti "male di collo, mal di testa, senso di tensione alle spalle". La giovane studentessa considera il bruxismo (il digrignamento), che sa essere un "movimento notturno dei denti", la causa dei suoi problemi. Chiede di "evitarle la tensione di notte". Aggiunge "i miei denti si stanno rovinando, qualche dente è sensibile". Racconta che, in occasione di un incidente nel quale è stata coinvolta 10 anni prima, "la mandibola è andata fuori posto", dopo di che, in altre occasioni, la mandibola è "andata nuovamente fuori posto". Io vedo che la testa "pesa in avanti", il collo è accorciato, si intuisce la presenza di un muscolo



trapezio in tensione. La ragazza ha un aspetto piacevole, ma mi ricorda una tartaruga pronta a ritirare la testa e il collo dentro la corazza. I denti sono comunque belli, il consumo non è eccessivo (Fig. 6). Decido di applicare un Bite. Posso definirlo un Bite superiore-anteriore, o placca anteriore, o JIG anteriore (Fig. 7). Perché? Vedo di spiegarmi. Lo scopo fondamentale del Bite è quello di eliminare le interferenze fra le due arcate, al fine di raggiungere un rilasciamento muscolare ottimale, e un conseguente posizionamento dell'osso mandibolare secondo una miocentrica buona. Sappiamo tutti che il concetto di "miocentrica" si riferisce alla posizione

occlusale assunta dalla mandibola in virtù dell'armonica e bilanciata contrazione di tutti i muscoli della chiusura. Si considera questa posizione coincidente con quella ottenuta attraverso la manipolazione bimanuale della mandibola secondo la tecnica di Dawson.

Le placche di svincolo possono essere divise, a grandi linee, in tre tipi, che hanno funzioni diverse:

- a) la placca con contatti anteriori;
- b) la placca con contatti totali, detta anche placca gnatologica;
- e) le placche utilizzate per curare i pazienti sofferenti a livello dell'A.T.M. (7).



Parliamo brevemente della placca anteriore, utilizzata nel trattamento del caso clinico di cui stiamo parlando.

Per ottenere, in poco tempo, un rilassamento ottimale dei muscoli masticatori si può ricorrere ad una piccola placca superiore, con esclusiva superficie di contatto ai denti anteriori, da canino a canino. Si può ottenere una sperimentale conferma circa la validità funzionale di questo semplice dispositivo ponendo tra gli incisivi di un paziente, che presenti una difficile manipolazione mandibolare, un oggetto discludente, che può essere un rotolo di cotone (Fig. 8) o un'oliva di resina (Fig. 9). Basteranno pochi minuti per avvertire un parziale decondizionamento muscolare, e la manipolazione mandibolare sarà più facile. Questo

dispositivo è una variante del jig di Lucia, che è una mascherina piatta in resina (Dura Lay) applicata agli incisivi centrali superiori, dotata di una leggerissima inclinazione verso l'alto, e di una inclinazione posteriore a livello dei centrali inferiori. Il jig che viene descritto non ha invece inclinazioni posteriori, per non dislocare indietro la mandibola. È poco ingombrante. Avendo, il paziente, solo sei denti a contatto (gli incisivi e i canini), il dentista più facilmente e velocemente potrà ottenere l'equilibratura. Il disegno che segue, tratto dal volume di Mario Molina "Concetti fondamentali di gnatologia moderna", mostra il jig anteriore: come si vede, i denti diatorici non occludono. Spesso, in questo tipo di bite, è necessario fare ricorso a ganci metallici di ritenzione.



Nel caso descritto, sono stati posti sui sesti superiori. L'eliminazione delle interferenze è massima, perché i denti posteriori sono privati di ogni contatto, anche centrico. La placca anteriore va però usata solo in pazienti con A.T.M. sana, senza sintomi di derajement interno o di dislocazioni patologiche, ma che presentino solo una patologia muscolare contrattiva, perché l'A.T.M., privata dell'appoggio dei premolari e dei molari, finisce con il sopportare da sola tutto il carico dei muscoli masticatori. Se non si valuta attentamente la situazione il condilo può tendere a salire in alto nella fossa glenoide, peggiorando eventuali dislocazioni distali o superiori del condilo.

Per questi stessi motivi la placca anteriore deve essere mantenuta solo per il breve periodo sufficiente ad ottenere il rilasciamento muscolare, anche se l'A.T.M. è sana. Senza appoggi dentali posteriori, infatti, anche in questo caso il condilo ha la tendenza a salire nella fossa glenoide, e a dislocarsi in sede postero-superiore, soprattutto se il paziente ha una masticazione forte o è bruxista, oppure se il condilo è instabile sul bordo posteriore del disco. Se la placca anteriore viene tenuta a lungo può essere causa dell'estrusione dei premolari e dei molari, privi di appoggio occlusale, con aumento, di conseguenza, della dimensione verticale, e con il sopraggiungere di nuove interferenze, quando la placca venga rimossa.



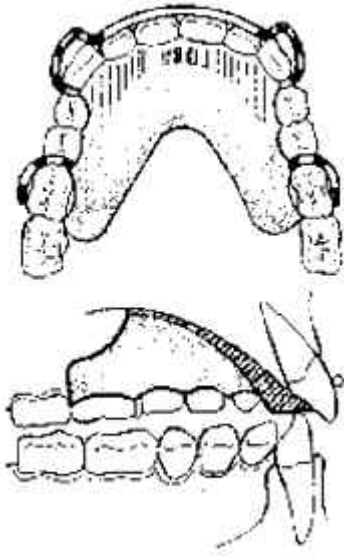
Comunque, nel caso descritto, si sono ottenuti ottimi risultati subito, già dai primissimi giorni, e tali risultati sono stati confermati nel corso dei controlli effettuati durante i successivi tre mesi. Scomparsa la sintomatologia, ho messo in atto un trattamento ortodontico fisso superiore e inferiore, per espandere e avanzare la mandibola, ma di questo non è il caso di parlare, perché si aprirebbe un nuovo argomento, mentre io desidero parlare dello studio della paziente (effettuato con la collaborazione dell'osteopata) e della placca anteriore (8-9)

Discussione

Posso affermare che i risultati da me ottenuti e quelli presenti in letteratura nel trattamento di casi analoghi sono sovrapponibili. Il bite anteriore deve essere usato solo per ottenere un rilasciamento muscolare in pazienti con A.T.M. sana, e comunque solo per brevi periodi. Una volta ottenuto il rilasciamento muscolare necessario, il bite anteriore va eliminato. Nel periodo in cui è portato si possono effettuare ritocchi occlusali o si può registrare una centrica con facilità, se è necessario. La paziente sta bene. I sintomi che accusava prima del trattamento sono scomparsi. La postura stessa è migliorata: il collo non è contratto, sembra più lungo. C'è soddisfazione per i risultati ottenuti, e la collaborazione con l'osteopata è stata rinnovata e si rinnova nell'approccio ad altri casi.

Bibliografia

- 1) Terapia cranio-sacrale. Teoria e metodo. John E. Upledger Jon D. Vrethevoogd, Red Edizioni
- 2) Manipolazione viscerale. Jean Pierre Barraï, Castello Editore.
- 3) L'organizzazione connettivale. Collana R.O.I. (Registro Osteopati Italiani). Iginio Furlan, Ezio Mossi.



- 4) M. Molina. Concetti fondamentali di gnatologia moderna.
- 5) M. Molina. Disturbi articolari tempore mandibolari (Ilic Editore).
- 6) Capurso & Garino. Ortodonzia funzione masticatoria (Masson Edit)
- 7) E. Federici. Basi della gnatologia neuromotoria (Uses Edit).
- 8) A. Sondhi. Terapia ortodontica in pazienti disfunzionali (Sillabo Sido n. 3/1992).
- 9) M. Bondi. Mioterapia orofacciale cranio cervicale (Masson Editore)