

Occlusione e postura



■ del Dott. Fernando D'Emidio Odontoiatra Specialista in Ortognatodonzia

Numerosi autori hanno evidenziato l'esistenza di un collegamento tra l'articolato dentario e l'arco plantare, che passa attraverso il cranio, la colonna vertebrale, il bacino e gli arti inferiori, foto1. Questo collegamento può essere definito come una vera e propria catena cinetica funzionale⁽¹⁾.

Per postura si intendono i reciproci rapporti esistenti tra le singole parti del corpo. Questo insieme di rapporti rappresenta il nostro aspetto esteriore, la nostra fisionomia e contribuisce a determinare la nostra individualità, insieme ai tratti somatici del volto.

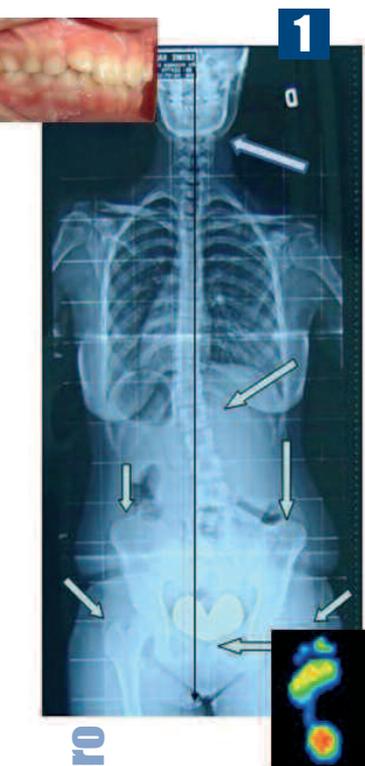
Una postura corretta è la posizione più idonea del nostro corpo nello spazio, per vincere la gravità con il minor dispendio energetico e in assenza di dolore: questo avviene sia in statica, cioè da fermi (in piedi o seduti), che in dinamica, quando eseguiamo dei movimenti, come camminare, lavorare o fare sport.

Il termine postura raccoglie quindi al suo interno una molteplicità di aspetti.

I fattori che la determinano sono soprattutto biomeccanici, ma anche neurofisiologici e psicologici, in quanto l'organismo adatta il proprio schema posturale e motorio ai diversi stimoli ambientali che riceve. L'analisi e la terapia delle anomalie posturali, di conseguenza, sono multidisciplinari. L'occlusione dentaria e l'appoggio plantare possono essere considerati i due estremi della postura.

Come specialista in ortognatodonzia, mi soffermerò principalmente sugli aspetti di mia competenza. Questo perché l'enorme mole delle conoscenze dell'attuale medicina rende praticamente impossibile che ci sia l'intervento di un singolo specialista nella terapia della postura. Ne consegue che il terapeuta deve necessariamente averne una visione "olistica" ed essere in grado di indirizzare di volta in volta il paziente dallo specialista più indicato a risolvere il suo problema.

Con il termine occlusione dentaria intendiamo i reciproci rapporti che intercorrono tra i denti dell'arcata superiore e quella



inferiore quando, chiudendo la bocca, le due arcate vengono a contatto. Un'occlusione dentaria corretta prevede l'esistenza di un certo numero di requisiti essenziali. Riassumendo brevemente possiamo menzionare i principali: la presenza di tutti i denti correttamente allineati, un'adeguata guida canina e incisiva che evitino le interferenze nei settori posteriori delle arcate durante i movimenti della mandibola oltre, ovviamente, all'assenza di parafunzioni quali il bruxismo.

E' stato anche dimostrato che a una determinata occlusione dentaria corrisponde, per esempio, un tipico atteggiamento somatico e un determinato appoggio plantare. Nei soggetti con occlusione di seconda classe (mandibola arretrata), troviamo una forte associazione con l'aumento della cifosi toracica, il bacino ruotato in avanti e piede cavo. Nei soggetti con una occlusione di terza classe, invece, (mandibola avanzata), troviamo di solito una verticalizzazione del tratto cervicale e toracico della colonna vertebrale, una post-rotazione del bacino e piede piatto⁽²⁾.

In una laterodeviazione funzionale della mandibola con morso crociato, inoltre, spesso troviamo un piede cavo monolaterale e controlaterale alla deviazione mandibolare.

Nel bambino la prima occlusione dentaria si realizza intorno ai tre anni, età che corrisponde al completamento della dentizione da latte.

Per contro, la postura normale delle gambe, delle ginocchia e dei piedi non si completa che intorno ai sei anni. Nella fascia d'età che va dal momento in cui inizia camminare, circa un anno, fino ai sei anni, è dunque normale che il bambino abbia il piede leggermente piatto, le ginocchia valghe e il tratto lombare della colonna vertebrale in iperlordosi. La fisiologica curvatura che la colonna vertebrale presenta in senso sagittale, nella stazione eretta, si completa dai sei anni in poi.

Intorno ai sette anni inizia la permuta dentaria, processo tumultuoso e complesso, che porterà alla sostituzione della dentatura da latte con quella permanente, e che terminerà approssimativamente intorno ai dodici anni. In fase di crescita, quindi, un problema di sviluppo a carico di un distretto corporeo potrà avere ripercussioni anche sugli altri. E' per questo che in letteratura si parla di correlazioni ascendenti e discendenti, definendo ascendenti quelle anomalie posturali che cominciano dal basso, per esempio dall'arco plantare, bacino, colonna vertebrale, e che si ripercuotono sull'articolato dentario, e definendo discendenti quelle che percorrono l'opposto cammino, cioè iniziano da una malocclusione.

Le possibili interferenze tra l'occlusione e la postura, però, non si esauriscono con il termine della crescita, poiché l'occlusione si modifica continuamente nel corso della vita. La perdita dei denti e le parafunzioni come il bruxismo sono le cause principali dei disordini posturali di natura discendente a partenza occlusale. I principali sintomi delle alterazioni posturali sono il dolore e la limitazione funzionale nei movimenti.

Per valutare l'influenza dell'occlusione sulla postura, i primi esami da eseguire, data la loro non invasività, sono una elettromiografia di superficie e un'analisi stabilometrica su pedana, prima e dopo aver interposto tra le arcate dentarie dei rulli di cotone bagnati (Test di Messerman) foto 2.

Con l'elettromiografia possiamo studiare la simmetria e il valore del tono muscolare, dei muscoli masticatori, di quelli paravertebrali delle spalle, e degli addominali⁽³⁾.

Con la pedana baropodometrica, foto 3, possiamo valutare come il carico del peso corporeo si ripartisce tra avampiede, medio e retro piede, e dove si colloca la proiezione del baricentro corporeo rispetto all'appoggio plantare.



3

Inoltre con la pedana possiamo anche studiare il sistema dell'equilibrio, inteso come capacità del corpo di vincere la gravità e consentire al corpo stesso di spostarsi nello spazio circostante.

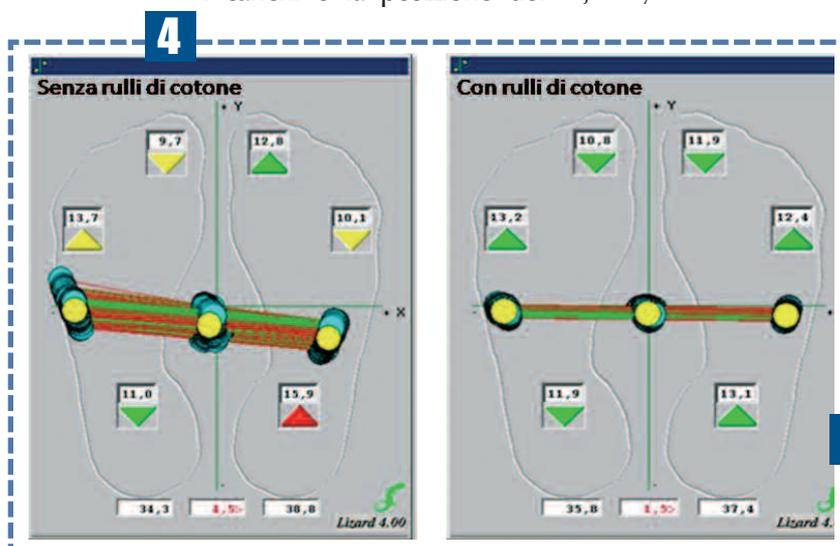
L'equilibrio, infatti, è anch'esso uno dei primi sistemi a essere perturbato quando si hanno delle anomalie posturali, e il corpo è costretto a compiere delle oscillazioni molto più ampie per mantenere la stazione eretta.

Nelle foto 4, 5, 6 possiamo vedere come si normalizzano i carichi e la posizione del

⁽¹⁾D'Emidio F., Festa F. et al.: *Modificazioni dei rapporti occlusali dopo terapia posturale*. Ortognatodonzia Italiana Vol.5, 5-1996.

⁽²⁾Colangelo G., Festa F., Colasanto S.: *Valutazione clinico-radiografica dei rapporti tra dorso curvo e malocclusione*. Mondo ortodontico Vol. XV,4/90.

⁽³⁾Gole D. R.: *A clinical observation: a relationship of occlusal contacts to distal musculature*. The journal of craniomandibular practice vol. 11, no. 1, January 1993 55-62.

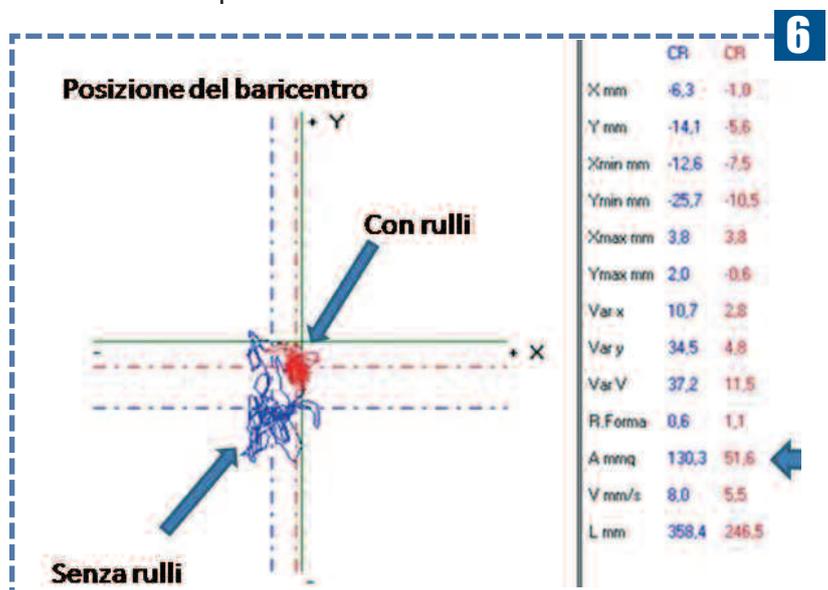


4

5

baricentro dopo l'interposizione dei rulli di cotone tra le arcate dentarie, in un paziente con disturbi posturali discendenti.

Se l'origine dei disturbi posturali è occlusale, la terapia sarà ortodontia; viceversa il paziente verrà rinviato al fisiatra per le sue valutazioni di competenza.



6