

# Occlusione e postura: il muro anteriore



■ del Dr. Fernando D'Emidio, odontoiatra, specialista in ortognatodonzia

**L**e alterazioni posturali provocate dai disordini occlusali, vale a dire da una scorretta posizione dei denti, sono spesso causa di dolori e limitazioni funzionali nei movimenti della testa e del collo.

L'occlusione dentale e l'appoggio plantare possono essere considerati come la prima e l'ultima delle articolazioni del corpo umano e di conseguenza come gli estremi della postura corporea. Col termine postura, intendiamo i reciproci rapporti spaziali tra le singole parti del corpo. La postura è influenzata da molteplici variabili, sia di natura endogena che esogena, e la condizione di benessere si realizza quando esiste simmetria tra le singole parti del corpo e vi è una condizione di equilibrio muscolare.

Le alterazioni posturali che partono dalla bocca vengono in genere definite discendenti, ovvero tendono a influenzare le parti più basse del corpo e sono causate da alterazioni funzionali e strutturali dell'apparato masticatorio.

Tra le alterazioni funzionali, insieme al bruxismo nelle sue due varianti del digrignamento e del serramento dei denti, abbiamo la deglutizione atipica, vale a dire ingoiare la saliva con la lingua tra i denti.

Nelle alterazioni strutturali, possiamo classificare tutte le condizioni di disallineamento dentale che conducono alla perdita di una corretta guida incisiva e canina e al dislocamento mandibolare, cioè quelle alterazioni che costringono la mandibola a deviare il suo normale tragitto di apertura e chiusura, guidato dalle articolazioni tra il cranio e la mandibola stessa (ATM Articolazione temporo-mandibolare). Tra queste ultime, la più pericolosa è il muro anteriore.

Con il termine muro anteriore gli odontoiatri identificano quella condizione in cui gli incisivi superiori non sono allineati lungo l'arcata dentaria, ma occupano una posizione arretrata rispetto alla stessa, risultando così posizionati verso l'interno della bocca (vedi immagini).

È sufficiente che ci sia anche uno solo degli incisivi in posizione arretrata, per dare origine al muro anteriore. Questa posizione anomala, in cui possono erompere gli incisivi permanenti in

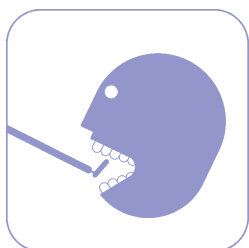


genere tra i sei e i sette anni di età, se non viene corretta precocemente, costringerà la mandibola in crescita a mantenere una posizione arretrata e a limitare la sua possibilità di movimento. Si formerà così un particolare tipo di malocclusione dentale, denominata "seconda classe divisione 2".

La mandibola rappresenta la parte mobile dell'apparato masticatorio e si articola con il cranio attraverso le articolazioni temporo-mandibolari. Queste articolazioni sono molto delicate e, per consentire un adeguato movimento alla mandibola, contengono al loro interno un particolare cuscinetto di cartilagine, detto disco articolare.

Il nutrimento di questo disco arriva attraverso un legamento situato nella parte posteriore dell'articolazione stessa, chiamato zona bilaminare posteriore. Nella malocclusione di "seconda classe divisione 2", quando chiudiamo la bocca, la mandibola viene tirata indietro dai muscoli che ne governano il movimento, per non far urtare gli incisivi inferiori contro gli incisivi superiori che si trovano arretrati. Questo spostamento all'indietro, detto distalizzazione mandibolare, provoca però una compressione della zona bilaminare posteriore, causando sofferenza, dolore e ipertonìa muscolare.

Si ipotizza inoltre che l'ipertonìa dei muscoli masseteri, muscoli masticatori elevatori della mandibola, sia responsabile di una inclinazione in avanti della testa. Questo provoca uno stira-



mento passivo della muscolatura cervicale posteriore e comporta che il piano della visione non sia più parallelo al terreno. Di conseguenza, un meccanismo di compenso fa contrarre i muscoli posteriori del collo, per correggere la posizione del capo e il piano della visione.

In genere la comparsa dei disturbi, definiti oggi come "disordini cranio-cervico-mandibolari", si ha intorno ai venti anni, con un rapporto di 3 a 1 tra femmine e maschi, il che significa che la patologia è più diffusa nel sesso femminile.

Il dolore è quello tipico della cefalea o emicrania, cervicalgia o cervico-brachialgia, con difficoltà nei movimenti della testa e del collo.

Questa condizione risulta fortemente invalidante per le persone che ne soffrono, in quanto, anche se alternata a periodi di relativo benessere, ha una cadenza pressoché settimanale, provocando un decadimento della capacità di concentrazione, riduzione del sonno, affaticamento cronico, e costringendo il paziente all'assunzione ripetuta di farmaci analgesici e miorellassanti.

La terapia si basa sostanzialmente nella correzione ortodontica della posizione degli incisivi, tale da permettere alla mandibola una maggiore mobilità e, soprattutto, tale da realizzare la deglutizione in posizione avanzata, eliminando la compressione delle articolazioni e l'ipertonìa muscolare. Quando è possibile intervenire nel soggetto in crescita, la correzione ortodontica conduce anche alla risoluzione della malocclusione di seconda classe dentale, ossia viene ripristinato il corretto ingranaggio dei denti.

Nell'adulto, invece, è più difficile ottenere il corretto ripristino occlusale e il trattamento è finalizzato a ottenere quell'allineamento dentale necessario a eliminare la condizione di muro anteriore, che produrrà a sua volta la remissione della sintomatologia. ■

