

RUOLO DELLA DEGLUTIZIONE PATOLOGICA NELLE SINDROMI POSTURALI: PROPOSTA DI CLASSIFICAZIONE E PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO

* S. E. Salteri

* Socio fondatore del Capitolo Italiano del Collegio Internazionale di Studi della Statica (CIES-Italia)

Sommario: nel presente lavoro, dando per scontato il concetto di medicina olistica ed il fatto che il Sistema Tonic Posturale funziona come un sistema dinamico non lineare (Roll 1952), nel quale piccole disfunzioni possono indurre problematiche importanti, proporrò una personale, semplicissima classificazione (recente oggetto di una tesi di laurea in logopedia presso l'Università degli Studi di Padova), che mette in relazione la deglutizione patologica con diverse Sindromi Posturali, in modo da proporre una metodologia di lavoro coordinato tra il "professionista del sistema stomatognatico" (dentista, ortodontista, logopedista) ed il posturologo.

Parole Chiave: *deglutizione, piano sagittale, trattamento, posturologia, cervicalgia, dorsalgie, lombalgie, gonalgie, serramento, piede varo, piede valgo, piede piatto, piede doppia componente, classi di Angle.*

Summary: The postural tonic system works as a dynamic not linear system and then small problems can have important results. The author suggests a classification of sagittal plane troubles useful to the collaboration between dentist and postu-

rologo.

Key Words: *deglutition, sagittal plane, treatment, posturology, cervicalgia, low-back pain, dorsalgia, clanching, malocclusion, logopedics*

Classi di Angle e POSTUROLOGIA

Nella pratica quotidiana il posturologo cerca sempre, per quanto possibile, una logica che possa dare una interpretazione alla problematica, solitamente algica, che porta il Paziente a richiedere la visita: soprattutto guarda al dolore come una sirena d'allarme di un sistema che ha esaurito le proprie capacità compensatorie.

Nella gonalgia monolaterale non traumatica, per esempio, l'ortopedia 'classica', in genere, concentra la propria attenzione sul ginocchio 'incriminato': S. femoro-patellare? S. della Zampa d'oca? Meniscopatia?...ed il trattamento è indirizzato a risolvere la flogosi o le conseguenze degenerative in atto, ma...si domanda mai: "*Perché?*".

Spesso assolutamente no, mentre la 'novità' dell'approccio posturologico sta tutta qui! Il posturologo in questi casi, infatti, guarda il paziente in piedi sia sul piano frontale che sagittale, lo sottopone ad accertamenti clini-

ci e strumentali (pedana stabilometrica e Spinal Mouse, ma anche accertamenti radiografici, se è il caso) e cerca di individuare lo squilibrio che porta al sovraccarico delle strutture articolari e periarticolari di quel particolare ginocchio: spesso c'è una gamba corta vera o falsa, per blocco più o meno completo in torsione del bacino, ci può essere un piano scapolare anteriore, ma anche posteriore, c'è un difetto della visione stereoscopica,.... Una volta ipotizzato il nesso affronta le problematiche del Sistema Tónico Posturale a livello 'recettoriale' (occhio, piede, bocca, orecchio interno) e non (blocco della prima costa, cicatrici patologiche, microgalvanismi,...), stabilendo un "progetto di trattamento interdisciplinare" che coinvolge, in quanto tale, anche altri professionisti. Allo stato dei fatti sappiamo cosa trattare, ma quale criterio di priorità utilizzare?

Il carissimo Bernard Bricot (a Lui devo la mia passione per la posturologia) ci presenta sia una classificazione in relazione all'appoggio podalico (A: appoggio corretto; B: piede valgo; C: piede piatto; D: piede doppia componente; E: piede varo) che una in relazione alle Classi di Angle (Classe II testa avanti; Classe III testa indietro): entrambi però non tengono conto dei vari tipi di *deglutizione deviata* e non danno indicazioni sulla procedura da tenere nel trattamento.

ne, con attivazione significativamente maggiore nel giro cingolato, area supplementare motoria, giro paracentrale e postcentrale, corteccia premotoria, putamen e talamo (Martin ed Al, 2004): da questi dati possiamo supporre quanto sia importante, sul piano neurofisiologico, il movimento di elevazione della lingua per stimolare lo "SPOT LINGUALE" (in corrispondenza dell'uscita del N. Nasopalatino, ramo del Trigemino) e quanto le informazioni provenienti da questa zona possano influenzare i meccanismi di regolazione centrale della postura.

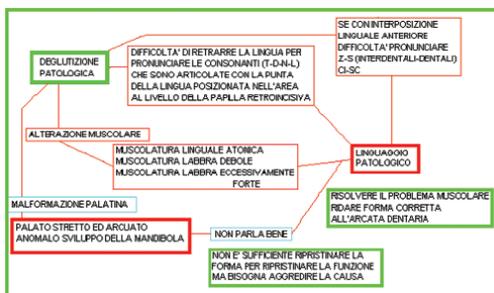


Fig. 2: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

In estrema sintesi, quando la lingua, in deglutizione, puntando lo spot linguale (effetto di raddrizzamento) 'si spalma' sul palato in senso antero-posteriore, mentre i denti vanno in occlusione (sempre nella deglutizione dei solidi, non necessariamente per i liquidi) ed i muscoli periorali sono passivi, permette:

- la normale conformazione del palato stesso ('la lingua è l'organo conformatore di tutto il massiccio facciale', Garliner)
- lo 'stiramento' del setto nasale
- la creazione di una pressione negativa a livello del rinofaringe: importante anche

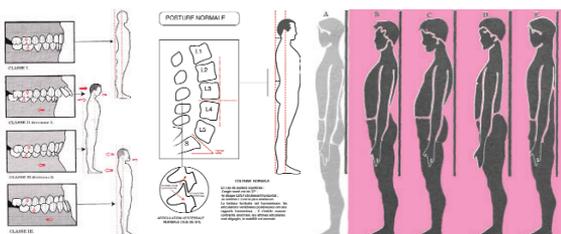


Fig. 1: Da 'Riprogrammazione Posturale Globale' B.Bricot, Statipro 1998

Come sostiene A. Ferrante l'elevazione della lingua attiva un volume totale maggiore di corteccia vertebrale rispetto alla deglutizione-52

Secondo gruppo: con retrospulsione del capo



Fig. 6: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

SECONDO TIPO
(piano scapolare posteriore)

Primo gruppo: con anteropulsione del capo
Secondo gruppo con retrospulsione del capo
(raro ma possibile)

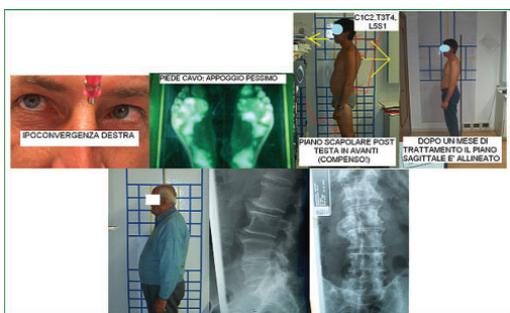


Fig. 7: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

TERZO TIPO
(piano scapolare allineato non fisiologico)



Fig. 8: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx



Fig. 9: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

In base agli studi di Garliner e di Moss si può giungere alla motivata conclusione che

le Classi di Angle descrivono un epifenomeno di una spinta linguale patologica (è la lingua che deforma l'arcata), in quanto nella II Classe div 1 c'è quasi sempre una spinta linguale anteriore superiore, mentre nella III classe la spinta linguale è anteriore inferiore, spesso con respirazione orale, così come si presenta anche con un'occlusione testa-testa o una Classe II div 2 (in quest'ultima la posizione è molto bassa e l'arcata superiore arresta e contribuisce a deformare quella inferiore). Questo 'epifenomeno' crea malocclusione, la quale, attraverso stimolazioni trigeminali anomale, condiziona negativamente soprattutto il recettore oculare (ricordiamoci la relazione tra visione binoculare corretta e apprendimento!) e quindi anche l'intero Sistema Tonico Posturale.

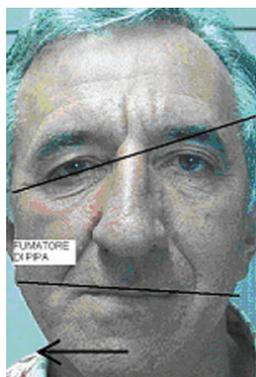


Fig. 10:
"La funzione modella la forma" (Moss)

Procedura di trattamento

PRIMO TIPO
(piano scapolare anteriore)

Primo gruppo. In questo caso il disturbo stomatognatico non ha alcuna funzione compensatoria, anzi aggrava le conseguenze della patologia podalica: quindi il trattamento di questa coinciderà con l'inizio dei trattamenti recettoriali e dei blocchi vertebroarticolari (sempre presente T3T4, ma anche almeno L4L5).

Secondo gruppo. E' un caso molto raro, ma vale il ragionamento dei casi del primo gruppo.

S. E. Salteri: *Ruolo della deglutizione patologica nelle sindromi posturali: proposta di classificazione e protocollo di trattamento*

SECONDO TIPO

(piano scapolare posteriore)

Primo gruppo. In questo caso, per rimanere in posizione eretta, per bilanciare la retro-pulsione delle spalle che si è creata per alterazione podalica, si è creato un equilibrio dalla duplice componente: contrattura soprattutto dei quadricipiti femorali, antero-pulsione del capo (attraverso serramento e/o spinta linguale patologica) e blocchi vertebro articolari multipli (sempre presente il blocco T3T4, ma anche almeno L5S1). Se ignoriamo tutto questo e agiamo sulla deglutizione/occlusione, es con un bite, lasceremo il compenso come esclusiva pertinenza dei quadricipiti e si pregiudicherebbero le condizioni delle ginocchia, già spesso coinvolte. Bisognerà quindi trattare in un primo momento la patologia oculare, quella podalica, rimuovere i blocchi vertebro articolari (colonna e bacino) che ostacolerebbero il trattamento e solo quando il piano scapolare si allineerà si dovrà affrontare la problematica stomatognatica. Nell'esempio fotografico, che non è certo l'unico, si dimostra la mia ipotesi. E' quindi molto importante un lavoro coordinato interdisciplinare, che d'altra parte costituisce la caratteristica essenziale dell'approccio posturologico.

Secondo Gruppo. Si deve assolutamente trattare la patologia podalica che condiziona il piano scapolare.

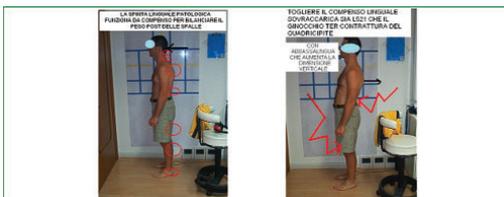


Fig. 11: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

TERZO TIPO

(piano scapolare allineato non fisiologico)

E' questo un caso che potrebbe ingannare il

posturologo inesperto, in quanto non si rilevano alterazioni del piano sagittale ma sono presenti soprattutto importanti cervicalgie: in realtà questo risultato è il compromesso di molteplici contratture che vedono al centro il sistema stomatognatico (l'anteropulsione della mandibola spinge indietro il capo mentre la lingua la spinge avanti).

In questo caso, per poter avere informazioni sull'entità dell'alterazione del piano sagittale e chiarire qual è la effettiva posizione del piano scapolare (anteriore? posteriore?) si deve trattare per prima soprattutto la deglutizione/occlusione, avendo cura però di monitorare la problematica nel corso della riprogrammazione del sistema posturale del Paziente.

E' evidente che, in tutte le casistiche riportate, il trattamento non potrà che essere interdisciplinare e coinvolgere a rotazione i diversi professionisti che si occupano dei singoli sottosistemi (oculare, podalico, vestibolare,...).

Conclusioni

Attraverso questo lavoro ho cercato di spiegare come deglutizione, occlusione e postura possano essere intimamente legate tra loro e come non si possa prescindere da una valutazione complessiva del nostro Paziente.

La Classificazione proposta non vuol essere assolutamente esaustiva, ma costituire uno spunto di riflessione, e spero di discussione, per i 'professionisti della salute' che a vario modo intervengono nel trattamento dei propri Pazienti.

Solo un approccio integrato, sinergico, multidisciplinare e coordinato può valorizzare il nostro lavoro nell'intento comune della ricerca della salute e quindi del benessere del Paziente, che deve essere adeguatamente informato e sensibilizzato sulla particola-

rità di questo tipo di approccio per ottenere massima collaborazione e diligenza, essenziali per il successo del trattamento.

Coloro che si dedicano alla pratica senza la Scienza sono come marinai che vanno in alto mare senza timone né bussola e che non sono mai sicuri della destinazione. La pratica deve sempre basarsi su una profonda conoscenza della teoria'
Leonardo Da Vinci

BIBLIOGRAFIA

FANTOZZI F.: "Ortodonzia linguale: il ruolo fondamentale del tecnico ortodontista"
Ortho n°3 2004

1. BRICOT B.: *La Riprogrammazione Posturale Globale.*
Statipro 1998

2. A.FERRANTE: *Terapia Miofunzionale: dalla Deglutizione Viziata ai Problemi Posturali.*
Procedure Diagnostiche e Terapeutiche. Futura ED 1997

3. D. GARLINER: *Importanza di una Corretta Deglutizione.* Futura Ed 1996

4. RICCIARDI PM, CIGNETTI: *Posturologia Olistica.*
Marrapese Ed, 1997

5. RICCIARDI PM: *Sport e Postura: aspetti neurofunzionali ed applicativi in atleti di livello agonistico nazionale ed internazionale*