

L'effetto di alterazioni dell'apparato stomatognatico sulla respirazione craniosacrale e il ruolo dei bite osteopatici

Giovedì 14 Aprile 2011 pubblicato da: Domenico Caradonna

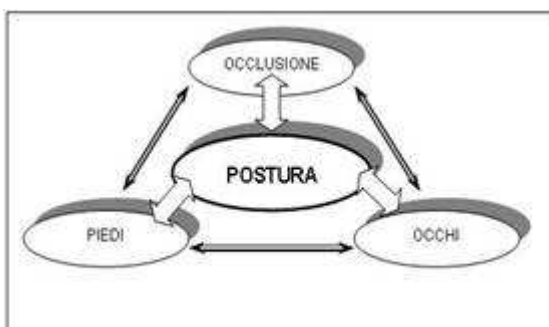
Le alterazioni dell'apparato stomatognatico possono ripercuotersi sulla normofunzionalità della respirazione cranio-sacrale o, di contro, rappresentare esse stesse l'effetto di una alterazione del meccanismo respiratorio primario.

Tale stretta interdipendenza è dovuta alle connessioni di ordine muscolare ed osseo, esistenti tra il distretto stomatognatico e le strutture coinvolte nel meccanismo cranio sacrale.

Come è facilmente deducibile, qualsiasi alterazione dell'apparato stomatognatico quale ad esempio **malocclusione, protesi incongrue, otturazioni inadeguate**, portano ad ogni atto deglutitorio a squilibri tensionali sui muscoli e, da qui, sullo sfenoide.

Come è noto, lo **sfenoide** è un osso cui sono collegate tutte le altre ossa craniche e, cui fanno capo ben dodici muscoli, da quelli oculari a quelli faringei, inoltre la sincondrosi sfeno occipitale è il fulcro dei meccanismi respiratori di flessione-estensione, pertanto **sono state osservate correlazioni tra l'alterazione della sincondrosi sfeno-basilare e postura**, con instabilità del cingolo scapolo omerale e pelvico, della colonna lombo-sacrale, cefalee, alterazioni dei muscoli tensivi oculari, dislessie e persino turbe psichiche.

Traumi cranici, cervicali, pelvici, disturbi della deambulazione e delle posture, possono di contro ripercuotersi negativamente sull'apparato stomatognatico, maggiormente a livello dell'articolazione temporo mandibolare. Ad esempio, durante la deambulazione, lo sternocleidomastoideo ed il trapezio, sono alternativamente inibiti e facilitati per cui, alterazioni nella esecuzione della stessa, si ripercuotono a livello dell'occipite e del processo mastoideo e dunque, sul meccanismo respiratorio cranio sacrale.



Da un **punto di vista odontostomatologico**, possiamo riequilibrare la dinamica respiratoria cranio sacrale, costruendo dei **bite osteopatici** secondo dei canoni kinesiologici ed inserendoli solo dopo averne verificato l'effettiva "terapeuticità". Lo spessore del bite viene determinato mediante tecnica kinesiologica, che valuta il range di tolleranza massima nei confronti della dimensione verticale, ponendo degli spessori via via crescenti nella zona premolare-molare. Se il range di tolleranza viene superato, cambierà immediatamente la risposta del muscolo indicatore testato, che da forte diventerà debole. Si effettua poi una ulteriore verifica attuando una T.L. sul muscolo temporale

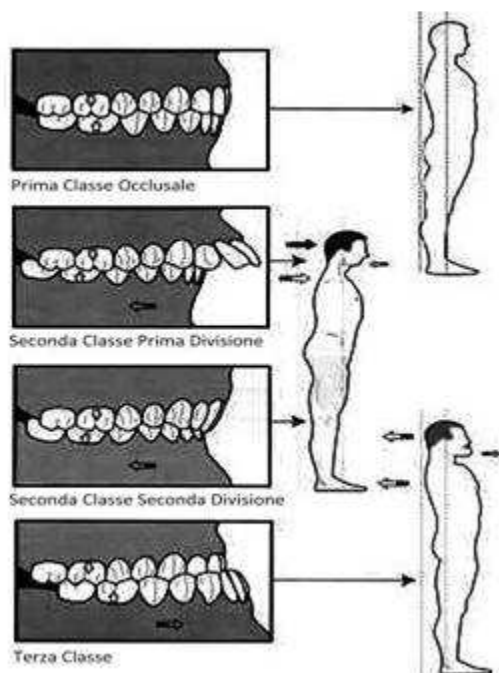
medio. Anche in questo caso si otterrà una variazione di forza del muscolo indicatore, se la dimensione verticale ha superato il range di tolleranza.

Stabilita la dimensione verticale con il morso, si inviano al tecnico le impronte, il morso in cera con l'arco di trasferimento di un articolatore a valori medi. Il tecnico adopererà per la costruzione dell'ortotico di un disco termoplastico a doppia componente, poliuretano internamente e poliestere esternamente. Il poliuretano essendo un materiale elastico e morbido non blocca il movimento respiratorio primario della mandibola e del mascellare, mentre il poliestere esternamente consente all'odontotecnico di aggiungere la resina per la realizzazione del manufatto.

Realizzata la placca secondo l'ottimale altezza, bisogna valutare infine che essa non interferisca con i movimenti di respirazione craniale e che anzi se alterata, la riequilibri. A tal fine, i movimenti tipici dell'occipitale, dei temporali, dei parietali, del frontale e del mascellare superiore, devono risultare normali.

Nella normofunzionalità, i due temporali lavorano all'unisono, attuando una rotazione esterna durante la flessione e una rotazione interna durante l'estensione sfenobasilare.

In caso di patologie o di danni iatrogeni, **viene a mancare tale sincronismo**, sicché mentre un temporale si trova in rotazione esterna, l'altro ruota verso l'interno. In questo caso è fondamentale scartare la placca dal lato corrispondente al temporale alterato sino a quando il ritmo di tale osso non riprenderà concordemente a quello controlaterale.



Per valutare la porzione anteriore della placca e precisamente la sua ottimale funzione in protrusiva, bisogna testare il mascellare superiore, mentre per valutare un'ottimale funzione del bite in lateralità bisogna testare l'osso frontale a livello della sutura metopica. Entrambi i settori devono poter liberamente espandersi durante la fase di flessione respiratoria e contrarsi durante quella di estensione.