

Disfunzione oclusale dentaria

Lesioni da parto

Diagnosi precoce con la semeiotica osteopatica

E qualcuno dei lettori penserà quale sia il nesso fra le tre definizioni sopracitate. Udite, udite! Più di cento anni fa, uno studente dell'American School of Osteopathy, in Kinksville, Missouri, fondata dal dott. Al Still, fu attratto e incuriosito dal delicato e intricato gioco di smussature presente a livello delle facce articolari delle grandi ali dello sfenoide e della porzione squamosa dell'osso temporale (ossa craniche). Il nome dello studente era W.G. Sutherland. Sutherland intuì che quel complicato gioco di smussature era asservito alla presenza di un movimento simile a quello delle branchie di un pesce, e, come queste, funzionale per un meccanismo respiratorio (cellulare). Per 40 anni continuò i suoi studi anatomici e fisiologici sul cranio e sul Sistema Nervoso Centrale, e gradualmente arrivò a capire il funzionamento inerente al S.N.C. e ai suoi elementi protettivi: il liquido cefalorachidiano, le meningi, le strutture ossee che funzionano come un rivestimento osseo mobile al quale si attaccano le meningi stesse. Sutherland denominò questa unità dinamica di funzionamento "Meccanismo Respiratorio Primario" (MRP). Pensando alla respirazione, automaticamente associamo questa funzione ai polmoni, al cuore, al diaframma; in realtà esiste anche una respirazione tissutale, e ogni cellula del corpo necessita di questa respirazione, di questo scambio continuo di ossigeno, anidride carbonica, metaboliti cataboliti, per assolvere alle sue funzioni.

Specialmente il cervello necessita di una efficace respirazione tissutale. Il tessuto nervoso presente nel pavimento del IV ventricolo deve essere efficacemente funzionante per la vita stessa di tutto l'organismo, in quanto i centri nervosi che regolano i processi vitali sono localizzati proprio in questa regione. Fra questi vi è il centro respiratorio. Per questo Sutherland chiamò il sistema da lui individuato M.R.P. (Meccanismo Respiratorio Primario).

MRP (Meccanismo Respiratorio Primario) è il meccanismo che così fu denominato da Sutherland.

Il termine meccanismo deriva da meccanico, da macchina, e implica il concetto di unità funzionante formata da un numero di parti integrate che "lavorano" sinergicamente, e il Meccanismo Respiratorio Primario include le seguenti strutture e movimenti :

1. La modalità inerente dell'encefalo e del midollo spinale;

2. La fluttuazione del liquido cefalorachidiano;
3. La mobilità delle membrane intracraniche e intraspinali;
4. La mobilità articolare delle ossa craniche;
5. La mobilità involontaria del sacro fra le iliache.

Sutherland ipotizzò che la piccola mobilità delle ossa craniche fosse indotta dai ritmici cambiamenti di forma del cervello, trasmessi dal liquido cerebro-spinale sotto forma di pressione idraulica. Questa pressione sarebbe contrapposta e bilanciata dalla Dura Madre (membrana intracranica e intraspinale) a livello delle suture e dei setti durali (falce tentorio). Il movimento presente cerebro-cranico si trasmette sincronicamente all'osso sacro, lo fa oscillare intorno a un asse trasversale definito asse respiratorio, con un movimento involontario, diverso da quello che si verifica durante la deambulazione, e palpabile nel "vivente". Le tecniche palpatorie messe a punto da Sutherland hanno permesso l'evidenziazione clinica del "meccanismo cranio sacrale" e il suo utilizzo ai fini diagnostici e terapeutici prima che la ricerca "ufficiale" confermasse la validità delle sue geniali e rivoluzionarie intuizioni. Bisognerà attendere infatti la metà degli anni '50 perché il lavoro di Pritchard, Scotte Girgis sulla struttura e sullo sviluppo delle suture craniche e facciali confermi la presenza di un lieve movimento delle ossa del cranio e che, se avviene, la sinostosi (saldatura), si manifesta non prima degli 85 anni. Nel '59 Pomerat dimostra in vitro filmandola la motilità intrinseca dell'oligodendrogliia (tessuto celebrale). Numerosi altri lavori hanno confermato l'esistenza della motilità del Sistema Nervoso. Nei primi anni '70 la dott.ssa Frymann registra nel vivente la presenza di un movimento cranico chiaramente distinguibile dalla respirazione polmonare e dalle pulsazioni cardiovascolari. Qual'è il ritorno clinico di questa rivoluzionaria scoperta?

Per entrare più "nel merito", come si può per mezzo della palpazione e manipolazione osteopatica diagnosticare e curare i disturbi da intrappolamento dei nervi cranici e/o migliorare la funzione del parenchima cerebrale danneggiato da qualsivoglia causa, ad esempio le lesioni da parto dovute a un lungo e laborioso travaglio, alla presenza di uno o più giri del cordone ombelicale intorno al collo, al forcipe, alla ventosa o all'uso dei farmaci che aumentano le contrazione uterine ecc.? Comunemente per neuropatia da intrappolamento si intende un processo degenerativo non infiammatorio che coinvolge uno o più nervi nei quali si verifica una modificazione strutturale a causa di una reale compressione lungo il decorso. Nel trattato sulle paralisi cerebrali scritto da Towbin, si afferma che in alcuni casi di paralisi cerebrali non sono evidenziate delle cause patologiche, supponendo che il

malfunzionamento sia dovuto a qualche causa sconosciuta. Sutherland, nella sua teoria, attribuisce tali disfunzioni ad alterazioni chimiche o bioelettriche nei tessuti metamericamente collegati (area corrispondente). La fisiopatologia del cranio è essenzialmente identica a quella dell'area vertebrale, in più bisogna ricordare le differenze anatomiche che esistono fra il cranio di un adulto e quello di un neonato. In particolare, sono da evidenziare due caratteristiche: la prima, la presenza di cartilagine di congiunzione all'interno dell'osso cranico che spiega i fenomeni di plagiocefalia (modificazione di forma del cranio); la seconda, l'assenza di forami completamente ossificati sulla base cranica, sostituiti da tessuto mesenchimale che i nervi cranici attraversano.

Riprendendo il concetto delle differenze che esistono tra il cranio di un adulto e quello di un bambino è opportuno ricordare che l'occipite alla nascita è composto da 4 parti : la porzione basilare, le due parti condilari e la squama che è formata dall'unione, durante il terzo mese di vita fetale, dell'occipite interparietale, a sviluppo membranoso, e del sovra occipite, a sviluppo cartilagineo. Insieme queste strutture formano i margini anteriori, laterali e posteriori del forame magno che può distorcersi in presenza di alterazioni dei rapporti di reciprocità fra queste parti con ripercussioni sulla funzionalità delle vie piramidali ed extrapiramidali che fuoriescono. Nel mesenchima compreso fra la parte basilare e le parti condilari avviene il passaggio del nervo ipoglosso ed antero lateralmente a questo, in quello che poi diventerà il foro giugulare, il passaggio dei nervi glossofaringeo, vago ed accessorio spinale. L'aumento degli idrogenioni altera il gradiente elettrochimico creando le premesse per una continua depolarizzazione del nervo e quindi la comparsa conseguente di continui treni di spike. Questo ad esempio spiega il fenomeno del cosiddetto piloro-spasmo con vomito e getto del lattante. E poi, la continua irritazione del nervo vago a livello della zona mesenchimale da cui fuoriesce, crea in periferia una condizione di iperperistaltismo, origine dei fenomeni antidromici alla base dell'insorgenza del vomito a getto. Ed in ultimo per esempio, e questo riguarda molto noi ortodontisti, o qualsivoglia gnatologo, sofferenza del nervo ipoglosso all'emergenza mesenchimale, interferisce con la normale funzione della suzione e della deglutizione, in seguito sarà causa della postura bassa della lingua con deglutizione scorretta, responsabile di buona parte dei problemi di mal occlusione, e di buona parte degli esiti non soddisfacenti di trattamenti ortodontici, o di recidive che sembrano inspiegabili se non si conoscono i suddetti meccanismi. Ecco in sintesi come l'apparato stomatognatico viene coinvolto da queste importanti disfunzioni ed ecco perché non si può curare la bocca senza tutto quello che sta "a monte". Ma gli stessi meccanismi sono anche responsabili delle disfunzioni posturali per usare un termine ormai abusato.

Se consideriamo che circa due milioni di italiani soffrono di roncopia (russamento) e di OSAS (apnee notturne), ci rendiamo conto per esempio di che risvolto pratico può avere l'intervento dell'Osteopata. Se poi consideriamo che le OSAS sono la causa di decadimento cerebrale precoce, di alterazioni dell'attività cardiaca, pressoria e respiratoria ci rendiamo conto dell'importanza di una seria valutazione di tale disfunzione può avere per la nostra salute. E qualcuno si chiederà: "che centrano le apnee notturne ed il russamento" con quanto detto in precedenza? Un corretto trattamento ortopedico dell'apparato maxillo-facciale, e non solo un maquillage ortodontico specialmente se praticato in precoce età (9-10 anni), può prevenire e risolvere una roncopia che in quel soggetto da adulto sarà causa di importanti danni alla salute. Non ci si può limitare ad un corretto allineamento dentale senza tener conto delle basi ossee su cui i denti si impiantano. Un corretto trattamento ortopedico-ortodontico può ritenersi un trattamento mirato a risolvere la causa di una disfunzione; un trattamento solo ortodontico è destinato a risolvere più il sintomo della disfunzione (da cui le recidive, i casi non risolti etc.). E tutto questo va coordinato insieme ad un buon contributo osteopatico mirato a risolvere i blocchi funzionali della mobilità craniosacrale. Ed il Talamo (parte importante del nostro cervello) cosa misteriosa anche per un odontoiatra, cosa c'entra col sistema stomatognatico (masticatorio) e perché un odontoiatra se ne dovrebbe interessare? Perché in questa sede c'è l'integrazione tra stimolo sensoriale specifico, caricamento emotivo ed affettivo sullo stimolo afferente, modulazione tra strutture sottocorticali (sotto la corteccia cerebrale) e corticale (corteccia cerebrale) nel trasferimento dell'informazione in un comportamento di risposta che è operata in modo complesso dipendendo da una relazione circolare tra le varie componenti attrici. Ecco cosa c'entra il Talamo con l'apparato masticatorio (stomatognatico) (scusate la sintesi dettata dallo spazio a disposizione) e perché un odontoiatra se ne dovrebbe occupare. Per concludere c'è bisogno che l'odontoiatra esca fuori dall'impasse denti e bocca. Ma consideri che di fronte all'operatore vi è un essere vivente con tutta la sua complessità, e non una bocca con dei denti. Che inoltre ci si ricordi che operando su questo distretto si può essere causa di importanti sequele per la salute dei pazienti (danni iatrogeni) e nello stesso tempo, mezzo per la risoluzione o miglioramento di importanti patologie degli stessi pazienti che vanno ben oltre il, mi si consenta, "banale" allineamento degli "incisivi o "sbiancamento", da noi praticato da bravi artigiani della calce che hanno reso famose le nostre case di campagna ed i nostri centri urbani.

Dott. Giuseppe Pantaleo