

STUDIO APERTO ORIZZONTALE PER LA VALUTAZIONE DEL RUOLO DELLA DEGLUTIZIONE PATOLOGICA NELLE PATOLOGIE POSTURALI

presentato nel corso del Congresso Internazionale *Up-To-Date on Posturology*. Collegio Internazionale di Studi della Statica- Sez. Italiana, Padova 2-3 dicembre 2006.

Dott Sergio Ettore Salteri , medico-chirurgo, Belluno
Collegio Internazionale di Studi della Statica, Padova.
Associazione Medicine Non Convenzionali in Odontoiatria, Roma.

PAROLE CHIAVE

Piano scapolare, deglutizione viziata, spinta linguale anteriore, spinta linguale anteriore superiore, spinta linguale anteriore inferiore, blocchi vertebro-articolari, Spinal Mouse, disturbi appoggio podalico

PAZIENTI

Sono stati presi gli ultimi 100 Pazienti (50 uomini di età compresa tra 17 e 67 anni e 50 donne di età compresa tra 28 e 80 anni) afferiti al mio studio per diverse problematiche correlabili a squilibri del Sistema Tónico Posturale.

Le problematiche che hanno portato i Pazienti oggetto dello studio a richiedere la *visita posturologica* sono state: lombalgia e lombosciatalgia(23,78%), cervicalgia (11,27%), vertigini (7,98%), acufeni (5,63%), dorsalgie(5,16%), diplopie e disturbi visivi (4%), gonalgia bilaterale (3,76%), dolore ai polpacci, cefalea, patologie discali diagnosticate, dolori al fianco, colpo della strega, colpo di frusta, lichen erosivo, fascite plantare, dolori al volto, emicrania, dislessia, tallonite, sensazione di nodo alla gola, dolori interscapolari, dolori alle caviglie.

PARAMETRI DI VALUTAZIONE

Nell'ambito della visita posturologica prevista dalla Riprogrammazione Posturale Globale® del Prof. Bernard Bricot sono stati valutati i seguenti parametri sul piano sagittale:

1. posizione del capo rispetto al piano scapolare
2. piano scapolare
3. appoggio podalico patologico

In accordo con l'approccio Miofunzionale di Garliner è stata valutata la deglutizione viziata (spinta linguale anteriore superiore, anteriore e anteriore inferiore).

Mediante Spinal Mouse è stata valutata la funzionalità della colonna dorso-lombo-sacrale ed in particolare sono stati ricercati eventuali blocchi articolari.

E' stato calcolato il Body Mass Index .

PRINCIPALI RISULTATI

1. Quale relazione tra i disturbi della colonna ed il Body Mass Index?

I Pazienti in sovrappeso sono rispettivamente l'63% degli uomini ed il 68% delle donne: colpisce però il dato che l'obesità è presente esclusivamente nell'8% dei casi nell'uomo e nel 6% nella donna

2. Qual'è la frequenza dei tre piani scapolari? Esiste una differenza tra i due sessi?

Tra le donne prevale il piano scapolare anteriore (58%) rispetto a quello posteriore e a quello allineato, mentre nell'uomo non sembra prevalere un piano scapolare rispetto all'altro.

3. Come si posiziona il capo rispetto al piano scapolare?

Nella maggior parte dei casi (circa 80% sia nell'uomo che nella donna), indipendentemente dal piano scapolare, il capo si posiziona in avanti .

4. Quali tipi di deglutizione ritroviamo nei tre piani scapolari?

Dall'analisi dei dati emerge che la deglutizione fisiologica, in Pazienti con problemi posturali, è presente con bassissima frequenza (circa il 10% dei casi) mentre nella quasi totalità dei casi abbiamo una deglutizione viziata.

Per deglutizione viziata si intende che la spinta linguale invece che essere in senso antero-posteriore, a partenza dallo Spot Palatino retroincisivo, si proietta contro l'arcata superiore, o contro le due arcate o contro l'arcata inferiore. Secondo Garliner, e questo trova conferma nella clinica, c'è una relazione tra le varie malocclusioni e la deglutizione viziata.

5. Come si posiziona il capo nelle tre deglutizioni viziate?

La deglutizione fisiologica si effettua con la parte anterosuperiore della lingua che si appoggia sullo spot palatino e con un movimento di 'spalmamento' anteroposteriore sul palato: in tal modo il palato viene normalmente conformato (ed anche il setto nasale, che altrimenti rimane deviato), viene creata una pressione negativa in faringe che aspira il catarro dall'orecchio medio e dalle cavità nasali (in caso contrario c'è il rischio di sinusiti, otiti, ...), impedisce l'ingresso di aria nello stomaco (altrimenti è presente una aerofagia disturbante per il Paziente che ha sempre la sensazione di 'pancia gonfia') ed infine imprime una spinta di 'raddrizzamento' all'asse collo-testa-dorso (in caso contrario tale spinta è in avanti).

In presenza di Spinta Linguale Anteriore e Spinta Linguale Anteriore Superiore il capo è avanti (90,44%) rispetto al piano scapolare, indipendentemente dall'appoggio.

In presenza di Spinta Linguale Anteriore Inferiore il capo è allineato (80%) con contratture del tratto cervicale, ad eccezione che in presenza di serramento e/o riduzione della dimensione verticale, quando è anteriore.

6. Nel piano scapolare in asse quale relazione tra l'appoggio podalico e la deglutizione?

Secondo la Riprogrammazione Posturale Globale nel piano scapolare posteriore abbiamo un piede piatto, mentre in presenza di piano scapolare anteriore il piede è quello descritto come doppia componente. Vediamo cosa succede invece in presenza di piano scapolare allineato.

Nell'uomo troviamo anche un piede piatto, che solitamente provoca un piano scapolare posteriore: in questo caso però abbiamo una deglutizione con spinta linguale anteriore, che sappiamo spingere in avanti il capo, nella maggior parte dei casi. La spinta della deglutizione quindi trascina dietro se il piano scapolare. Di questo concetto bisognerà tener necessariamente conto al momento della scelta del trattamento del recettore podalico mediante solette propriocettive.

Nel piede cavo valgo, che provoca iperlordosi lombare e piano scapolare allineato, abbiamo una equivalenza tra la spinta linguale anteriore superiore e inferiore: probabilmente in questo caso la posizione della testa non influenza il piano scapolare.

Nella donna, in presenza di piede piatto e piano scapolare allineato, abbiamo, nella maggior parte dei casi, una spinta linguale anteriore. Si conferma il dato che avevamo visto nell'uomo a proposito del piede valgo.

In entrambi i sessi si conferma il dato che in presenza di piede doppia componente (36% dei casi nell'uomo e 58% nella donna) il piano scapolare non è mai allineato.

7. Quali conclusioni possiamo trarre?

Dall'analisi dei dati emersi dal presente studio si rileva, in entrambi i sessi, quanto segue:

- a. indipendentemente dalla posizione del piano scapolare quando il capo è anteriorizzato prevale la spinta linguale anteriore e anterosuperiore.
- b. indipendentemente dalla posizione del piano scapolare quando il capo è allineato prevale la spinta linguale anteriore inferiore

Quindi:

1. la posizione del capo è indipendente dal piano scapolare ma dipende dal tipo di spinta linguale
2. la spinta linguale anteriore e anterosuperiore avanzano il capo
3. la spinta linguale anteriore inferiore lo allinea (ricordiamo però che è un 'allineato patologico' in quanto genera contratture risultanti da due spinte contrapposte: una, indietro, dovuta al movimento in avanti della mandibola e l'altra, in avanti, dovuta alla spinta linguale stessa).

8. Analizzando i dati tratti dalla valutazione della colonna dorso-lombo-sacrale mediante Spinal Mouse è possibile ipotizzare una correlazione tra blocchi vertebrali, piano scapolare, posizione del capo e deglutizione?

Lo studio dei risultati ottenuti ci porta ad una conclusione certamente *inattesa* al momento dell'inizio del lavoro e cioè sembrerebbe che *la distribuzione dei blocchi vertebrali non sia legata al tipo di piano scapolare, bensì alla posizione del capo*. Abbiamo visto che la posizione del capo è notevolmente condizionata dal tipo di spinta linguale patologica.

In conclusione, possiamo affermare, non senza una certa 'sorpresa', il ruolo preminente della spinta linguale patologica nella distribuzione dei blocchi vertebro-articolari: questo concetto non potrà più essere sottovalutato né tanto meno ignorato nella stesura del piano terapeutico per il trattamento dei disturbi legati allo squilibrio del Sistema Tonico Posturale.

Particolare attenzione, a mio avviso, andrebbe posta nei confronti del Paziente con Piano Scapolare Posteriore, in quanto la deglutizione viziata, assieme alla contrattura della muscolatura anteriore della coscia (soprattutto quadricipite femorale), potrebbe assumere un ruolo di compenso alla retropulsione.

Non tener conto di questo e, per esempio, aumentare la dimensione verticale con un bite (arretra il capo) o trattare la deglutizione viziata (che spingeva il capo in avanti), porrebbe il Paziente di fronte al rischio concreto di aggravare le problematiche delle ginocchia (S. femoro-patellare, problemi meniscali,...), spesso già interessate in questi casi.

L'indicazione da dare è quindi di trattare prima il recettore podalico, dal quale dipende il piano scapolare e solo in un secondo momento il recettore stomatognatico. Quando il piede piatto si associa a piano scapolare allineato o in presenza di piano scapolare anteriore invece il trattamento deve iniziare contemporaneamente.

Rimango a disposizione dei Colleghi che desiderassero approfondimenti: s.salteri@posturology.info.

BIBLIOGRAFIA

- 1) B.Bricot: 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) "Il Ruolo del Logopedista nel Trattamento dei Disturbi delle Funzioni Legati alle Alterazioni del Sistema Tonico Posturale" Tesi di Laurea. Pres. Prof.ssa AnnaMaria Laverda, Relatore prof.ssa Carmen Schiavon, Correlatore dott Sergio E. Salteri, Laureanda Logopedista Cristina Zatta – Università degli Studi di Padova – Corso di Laurea in Logopedia . Anno Accademico 2005-2006
- 4) Salteri S.E. *Ruolo della deglutizione patologica nelle Sindromi Posturali: proposta di classificazione e protocollo di trattamento* Il Corriere Ortodontico Vol II, marzo-aprile 2006 Ed. Orthomed
- 5) Salteri S.E. *Ruolo della Deglutizione Patologica nelle Patologie Postural* Il Corriere Ortodontico Vol I gennaio-febbraio 2007
- 6) Carlucci L et AA Spinal Mouse for assessment of spinal mobility J MINIM INVASIVE SPINAL TECH B, VolII Inaugural 2001