



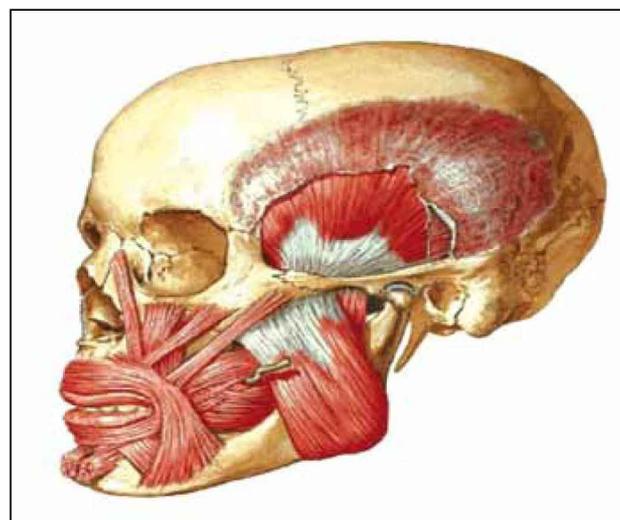
La protesì posturale

Giovanni Maver

Negli ultimi anni si è diffusa sempre più la tendenza sull'onda hollywoodiana, ad inseguire stereotipi estetici dettati da canoni di bellezza soggettivi legati alla moda. Tutto ciò comporta conseguenze sul piano della salute?

Introduzione

Le conoscenze apprese sulle correlazioni tra Apparato Stomatognatico e Postura, mi hanno portato con i medici con cui collaboro, a mettere a punto negli anni un metodo di lavoro che, mantenendo al centro estetica e funzione, non insegue uno stereotipo da applicare a tutti, ma ricerca un'armonia estetico - funzionale individuale (siamo tutti diversi). Concetto "olistico": il corpo è un insieme che interagisce. L'Apparato Stomatognatico non è un'unità a se stante, ma è parte integrante del viso e del corpo. Il corpo è collegato dalla testa ai piedi da cinque catene muscolo - fasciali che lavorano insieme. Di una di queste catene, la catena antero mediana (Figg. da 1a a 1c) fa parte l'osso ioide che, attraverso i muscoli sovraioidei, è collegato a testa e bocca ed attraverso i muscoli sottoioidei è collegato anche alle spalle. Possiamo perciò avere delle tensioni muscolari che dalla bocca, attraverso lo ioide, disturbano l'equilibrio del resto del corpo (e viceversa). Queste tensioni muscolari possono dare origine a: cefalee muscolo - tensive, mal di schiena, perdita di efficienza muscolare durante le prestazioni sportive ed altre patologie.



Figg. da 1a a 1c Interazione tra Apparato Stomatognatico e corpo

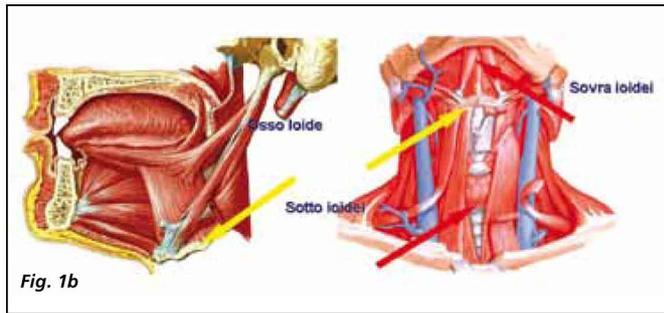


Fig. 1b

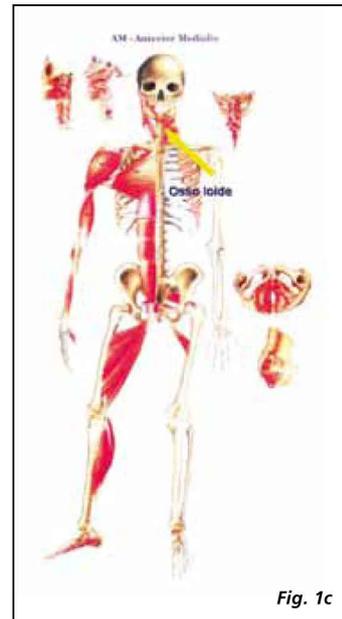


Fig. 1c

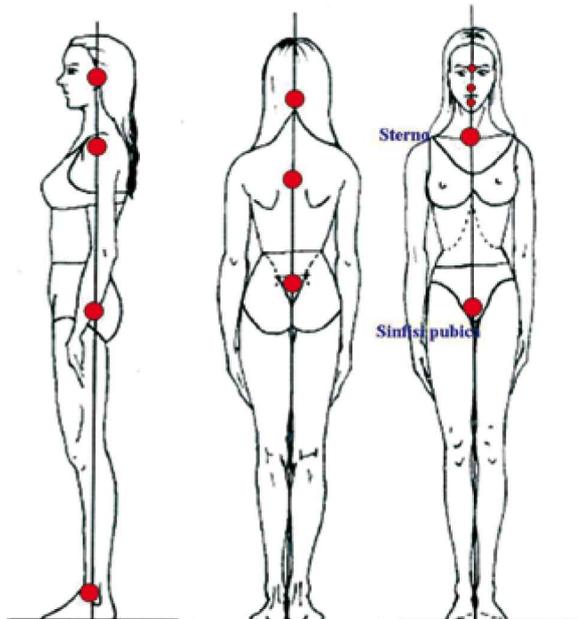


Fig. 2 Punti cardine corporei

Ampliamo i criteri di valutazione

Per ricercare l'armonia estetico - funzionale individuale, continuiamo ad applicare le conoscenze acquisite e presenti in letteratura, integrandole con le conoscenze che derivano dall'accettare l'interazione dell'apparato stomatognatico con il resto del corpo. Perciò è importante inserirsi nel contesto, ampliando i nostri criteri di valutazione e rispettando le regole estese a tutto il corpo che lo mantengono in fisiologia. La differenza tra fisiologia e patologia è nell'ordine delle priorità. In fisiologia un corpo ricerca il massimo dell'equilibrio con il minimo dispendio energetico e in assenza di dolore. In patologia, ipotizziamo un fastidio al ginocchio sinistro; il corpo ricerca innanzi tutto una posizione antalgica, perciò comincia a spostare il suo baricentro corporeo a destra. Questo comporta un affaticamento della muscolatura con aumento del dispendio energetico gestito attraverso continui cambiamenti di posizione a discapito dell'equilibrio. Si invertono quindi le priorità.

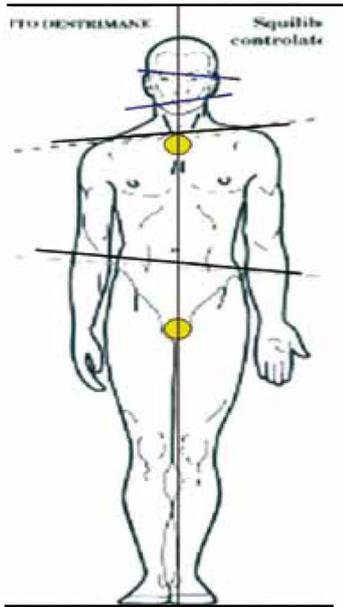
I criteri di valutazione

Il corpo ha una posizione di riposo (comunemente definita postura corporea), intesa come il rapporto di equilibrio che si instaura tra le sue parti, quando ad esempio siamo in piedi, rilassati con lo sguardo all'orizzonte. L'equilibrio, espressione della fisiologia corporea, è valutato avvalendosi dell'utilizzo di punti corporei definiti punti cardine (Fig. 2 punti rossi), attorno ai



Fig. 3 Punti cardine basi ossee

quali si organizza e stabilizza l'equilibrio. Tra questi punti, in situazione di equilibrio fisiologico, si instaura un rapporto di posizione che li porta ad essere allineati tra di loro lungo delle linee verticali al pavimento. Focalizziamo l'attenzione sui due punti cardine in proiezione frontale: lo sternum e la sinfisi pubica. Il corpo è in equilibrio in proiezione frontale quando questi due punti sono allineati lungo la verticale corporea. La stessa logica è applicabile all'Apparato Stomatognatico, i primi due punti cardine che incontriamo sono i frenuli labiali (Fig. 3), espressione della posizione di equilibrio delle basi ossee, dove per basi ossee intendiamo l'osso basale da cui partiranno a svilupparsi i processi alveolari e i denti. L'A. S. è in equilibrio in proiezione frontale quando questi due punti sono allineati lungo la verticale corporea. E' inoltre noto a tutti che colonna, spalle e bacino, nella loro normalità hanno curvature vertebrali con leggere inclinazioni opposte tra spalle e bacino che si andranno a compensare tra loro. Quindi l'obiettivo del corpo non è la ricerca della simmetria, ma dell'equilibrio corporeo, riscontrabile a livello dei punti cardine lungo le verticali al pavimento, nel rispetto delle asimmetrie compensatorie tra lato destro e sinistro (Fig. 4).



Figg. da 5a a 5c Status A. S. iniziale

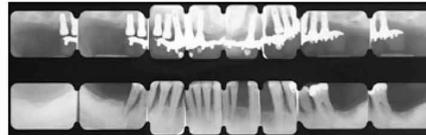


Fig. 6 Status radiografico iniziale

Fig. 4 Asimmetrie compensatorie

Logica comune anche alla bocca, infatti i due frenuli in posizione fisiologica saranno allineati, ma come a livello corporeo avremo inclinazioni del gruppo anteriore e curve di Spee e di Wilson diverse, tra la parte destra e la parte sinistra che si compensano tra loro. Anche qui, come nel resto del corpo, avremo equilibrio e stabilità, ma non simmetria. Preso atto che non è la simmetria, ma l'equilibrio e il normotono muscolare l'espressione della fisiologia corporea, vi sono vari strumenti da utilizzare per valutare la qualità dell'equilibrio corporeo e il tono muscolare quali: la verticale di Barrè, la pedana stabilometrica, il kinesiografo, l'elettromiografo ecc. Nel caso presentato in questo articolo viene utilizzata la verticale di Barrè combinata con il test di svincolo occlusale di Jean Pier Meerssman.

Cosa sono la verticale di Barrè e il test di svincolo occlusale?

La verticale di Barrè consiste in un filo a piombo attaccato al soffitto e perpendicolare al pavimento, da utilizzare come riferimento, per valutare il rapporto di equilibrio tra i punti cardine corporei (Fig. 2). Il test di svincolo occlusale consiste in due tamponi di cotone interposti tra i denti per circa 10/15 min., che togliendo il vincolo della massima intercuspazione, resettano le informazioni della posizione mandibolare. La verticale di Barrè unita al test di svincolo occlusale, servono per valutare l'eventuale interferenza della bocca con l'equilibrio del resto del corpo (caso clinico eseguito in collaborazione con il Dott. Vittorio Farina). Il paziente è portatore di protesi incongrua (Figg. da 5a a 5c) su impianti nell'arcata dentale superiore e denti naturali compromessi come stabilità (Fig. 6) e posizione nell'arcata dentale inferiore; lamenta inoltre cefalea muscolo-tensiva con dolori alle spalle e alla lordosi lombare. Viene eseguita un'accurata visita gnatologica/posturale, nella quale, utilizzando la verticale di Barrè,

- si valuta l'equilibrio del corpo in condizioni normali, posizione naturale e rilassata con lo sguardo proiettato verso l'orizzonte (Fig. 7a: evidente disequilibrio) e l'equilibrio dell'A. S. (Fig. 7b), poi con il test di svincolo occlusale (Fig. 7c: dal canino al settimo con minima influenza guance e labbra)



Fig. 7a Equilibrio inizio trattamento



Fig. 7b Equilibrio inizio trattamento

- si toglie il vincolo della massima intercuspazione che stabilizza l'equilibrio dell'Apparato Stomatognatico a bocca chiusa
- si rivaluta l'equilibrio del corpo con i tamponi in bocca e se la postura migliora (Fig. 7d), risulta evidente che c'è un problema che dall'A. S. crea disturbo all'equilibrio corporeo.



Fig. 7c Rulli

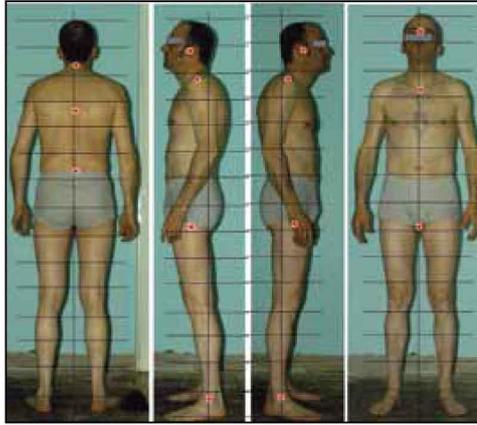
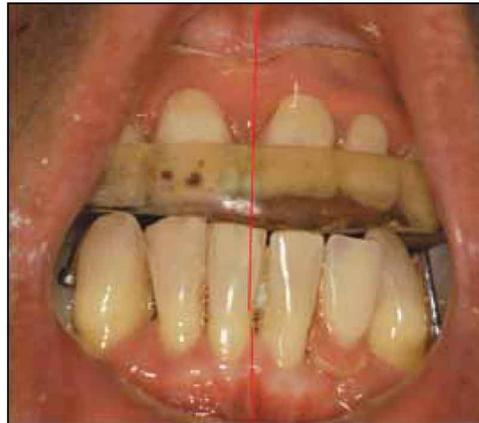
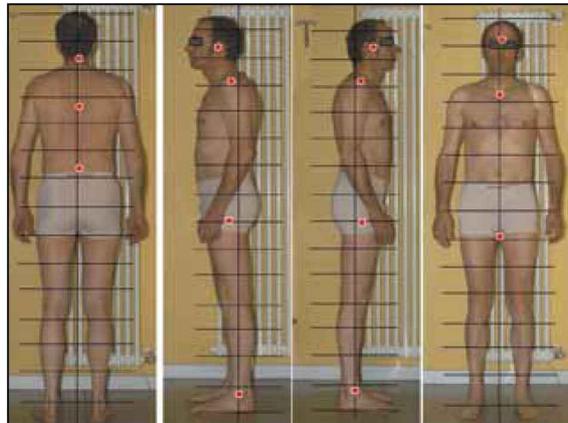
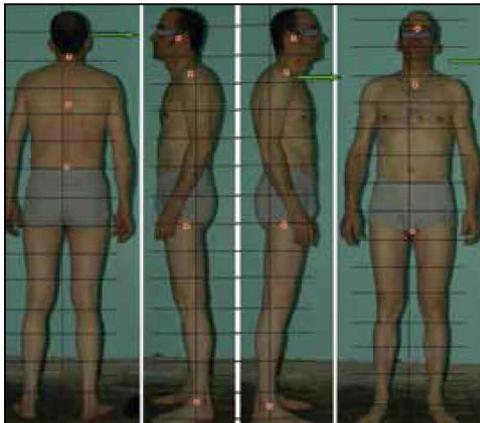


Fig. 7d Equilibrio con rulli



Figg. 8a e 8b Equilibrio inizio e con placca di deprogrammazione



Figg. 8c e 8d Equilibrio inizio e con placca di deprogrammazione

La placca di deprogrammazione

Per eliminare questo problema togliamo il vincolo che lo perpetua, la massima intercuspidação. Questo avviene per mezzo della placca di deprogrammazione, portata solo la notte e regolata, ogni tre settimane per 4/6 mesi, eseguita in questo caso sul superiore, costruita e funzionalizzata con una tecnica messa a punto negli anni in deglutizione e chiusura volontaria (miocentrica). La muscolatura può così rilassarsi e riportare in equilibrio tra loro mascella e mandibola (Figg. da 8a a 8d), mandibola che riequilibra la posizione dello ioide (vedi Fig.1), ioide che attraverso i sottoioidei (se il problema è solo nella bocca), riequilibra anche il resto del corpo (Fig. 8b). La placca di deprogrammazione non cambia la posizione dei denti, ma permette durante la notte un rilassamento dei muscoli e una riorganizzazione della corretta posizione di riposo, dell'A. S. e del corpo.

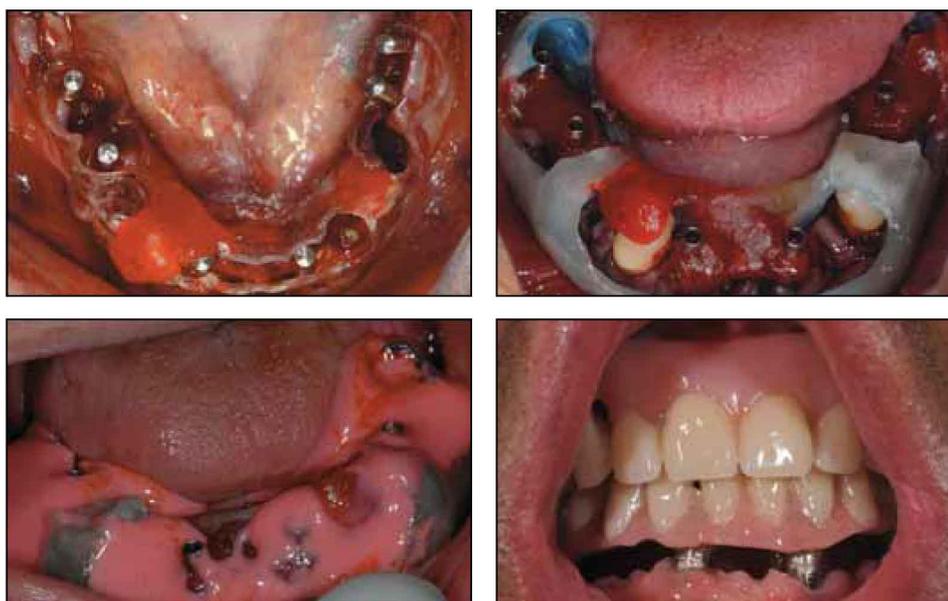
Cosa è successo?

Il corpo umano lavora come un insieme (concetto olistico), la posizione mandibolare patologica dettata dalla massima intercuspidação, determina l'adattamento attraverso lo iode della postura corporea patologica. Con il cambiamento del rapporto spaziale tra mascella e mandibola ottenuto con la placca, come si evince dal confronto tra la posizione mandibolare iniziale e quella dopo il trattamento con la placca (Figg. da 9a a 9i), determiniamo un adattamento fisiologico attraverso lo iode della postura corporea. L'adattamento viene mantenuto durante l'arco della giornata in posizione di riposo. Questo perché stiamo a bocca chiusa solo per 20 minuti al giorno, cioè quando deglutiamo inconsciamente fin dal terzo mese di vita intrauterina o alla fine dell'atto masticatorio per inghiottire il cibo. Poi, col passare delle ore, la massima intercuspidação tende

Figg. da 9a a 9i Confronto posizione mandibolare iniziale e dopo trattamento con placca



Figg. da 10a a 10d Fasi intervento e provvisorio terapeutico in sito



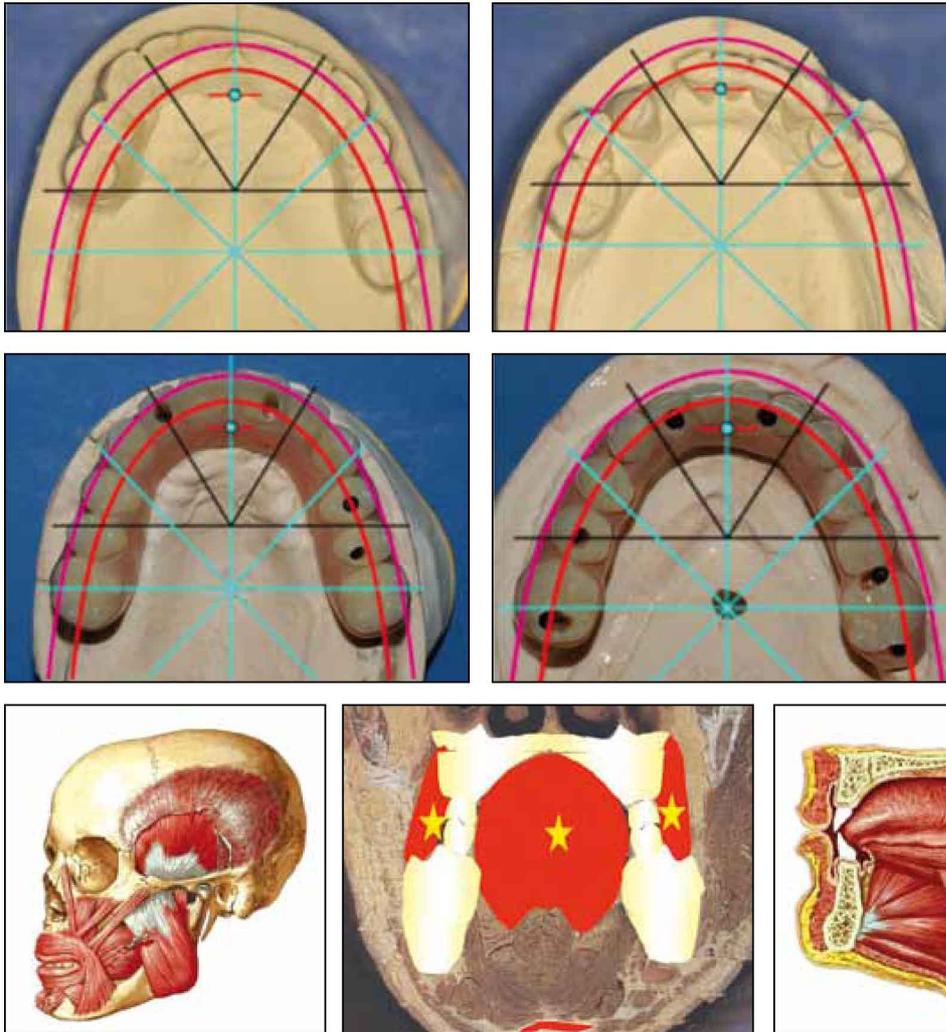
a riportare la mandibola e il tono muscolare nella situazione patologica, ma rimettendo la notte successiva il bite di deprogrammazione, continuiamo a rinforzare la posizione fisiologica di bocca e corpo, rendendola sempre più stabile nel tempo. Il paziente ha recuperato così un discreto equilibrio stomatognatico / posturale e continuando a portare il bite, instaura un circuito virtuoso che rende silente la sintomatologia, infatti non ha più dolore a testa, spalle e lombare.

Protesi terapeutiche

Per stabilizzare l'equilibrio dell'A. S., si procede alla riabilitazione protesica, con una nuova protesi superiore su impianti preesistenti e con l'estrazione dei denti inferiori, sostituiti da protesi su impianti a carico immediato. Dopo aver eseguito la ceratura diagnostica, la conseguente guida chirurgica e un cucchiaio individuale con stop per trasferire la relazione intermascellare, si procede con l'intervento implantare inferiore e la messa in sito dei provvisori terapeutici superiore e inferiore (Figg. da 10a a 10d).

Il corridoio muscolare

La funzione fisiologica è il risultato della sinergia tra i muscoli e le componenti scheletriche dell'Apparato Stomatognatico. Con l'applicazione delle protesi terapeutiche, il paziente subisce un cambiamento dei rapporti spaziali tra mascella e mandibola, come pure della forma e dei volumi delle arcate dentali (Figg. da 11a a 11d). Il corridoio muscolare, formato esternamente da guance e labbra ed internamente dalla lingua (Figg. da 12a a 12c), lavora in sinergia con l'intero A. S., subendo un radicale cambiamento nel suo modo di funzionare. L'idea di ricercare una relazione intermascellare stabile iniziale, pensando che indifferente da dove e come vengano posizionati i denti all'interno del corridoio muscolare, questa rimanga inalterata, penso sia riduttiva. Con la placca di deprogrammazione e le protesi terapeutiche, abbiamo trovato un buon punto di partenza per progettare e costruire delle protesi definitive che riportano il paziente verso la sua armonia estetico funzionale individuale (siamo tutti diversi).



Figg. da 11a a 11d Forma e volumi delle arcate dentali

Figg. da 12a 12c Corridoio muscolare

Siamo tutti diversi

La ricerca dell'armonia estetico funzionale individuale, parte dal dato oggettivo che vi sono delle differenze tra le persone:

- in relazione ai biotipi (Endoblasta/Mesoblasta/Cordoblasta/ECToblasta), condizionanti le forme ed i volumi, di corpi (Fig. 13a), visi (Fig. 13b), arcate dentali (Fig. 13c) e denti (Fig. 13d);
- in relazione alle asimmetrie più o meno accentuate, condizionanti forme e volumi, di corpo, visi, arcate dentali e lingua (Figg. da 14a a 14c);
- in relazione ai tessuti periorali, espressione della dominanza e posizione denti del gruppo frontale (Figg. da 15a a 15d) e allineamento degli incisivi (Fig. 16).

Concetto "volumetrico"

Quando deglutiamo, diventiamo un volume chiuso. Il modo migliore per comprendere le regole che governano i volumi, è immaginare un palloncino gonfio (Fig. 17). L'aria all'interno del palloncino occupa un volume che indifferentemente da come viene schiacciato, non varia, ma si ridistribuisce. Un corpo, un viso, sono paragonabili al palloncino che, schiacciato dalle proprie asimmetrie e dai biotipi di appartenenza, distribuisce il volume in modo unico e individuale.

I denti occupano una piccola parte di questo volume, abituiamoci a pensare al nostro corpo come a un puzzle (Fig. 18), però tridimensionale, in cui ogni tassello ha una precisa posizione e forma in armonia e in funzione dell'intero puzzle. Quando noi deglutiamo non abbiamo spazi vuoti, i denti arrivano a contatto tra loro, la lingua si appoggia contro il palato e le pareti linguali dei denti, le guance e le labbra aderiscono contro le pareti vestibolari dei denti, l'osso ioide collegato dai sottoioidei al resto del corpo, sale e scende, interagendo con tutto il resto della muscolatura corporea. Ogni dente è un tassello del puzzle corporeo, con forma e posizione che interagiscono con l'intero volume del viso e del corpo. Ecco perché è importante per salute del paziente, progettare e costruire protesi dentali che si armonizzino al meglio con la sua fisiologia e il suo volume individuale e non inseguire uno stereotipo estetico da applicare a tutti.

Armoniaestetica funzionale individuale

L'armoniaestetica funzionale individuale è la coerenza d'insieme tra le componenti che costituiscono un corpo, un volto, un sorriso, unita all'equilibrio tra le componenti muscolari che determinano una corretta e sana funzione della deglutizione, masticazione e fonazione. Il corpo e l'A. S. in quanto parte di esso, in fisiologia ricercano l'equilibrio tra le componenti, equilibrio che valutiamo tramite il rapporto che si instaura tra i punti car-

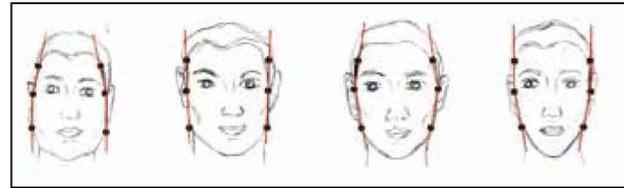
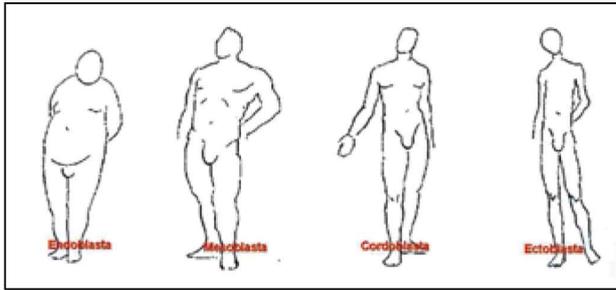


Fig. 13a Forme e volumi differenti nel corpo
Fig. 13b Forme e volumi differenti nel viso

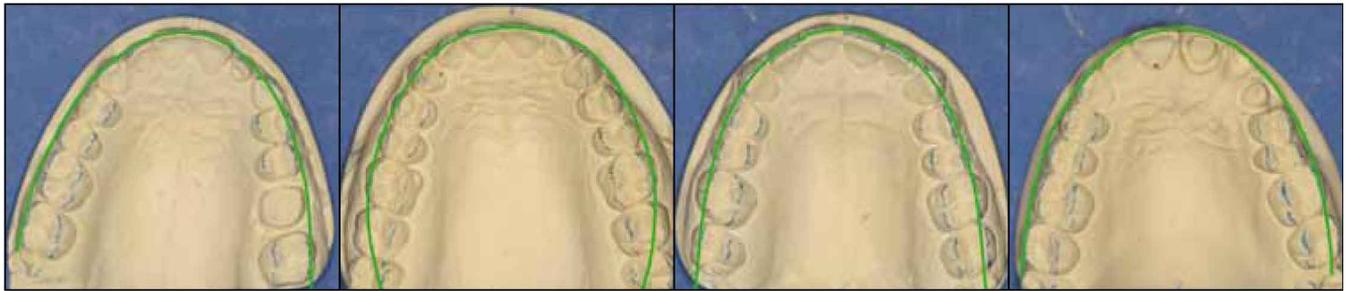
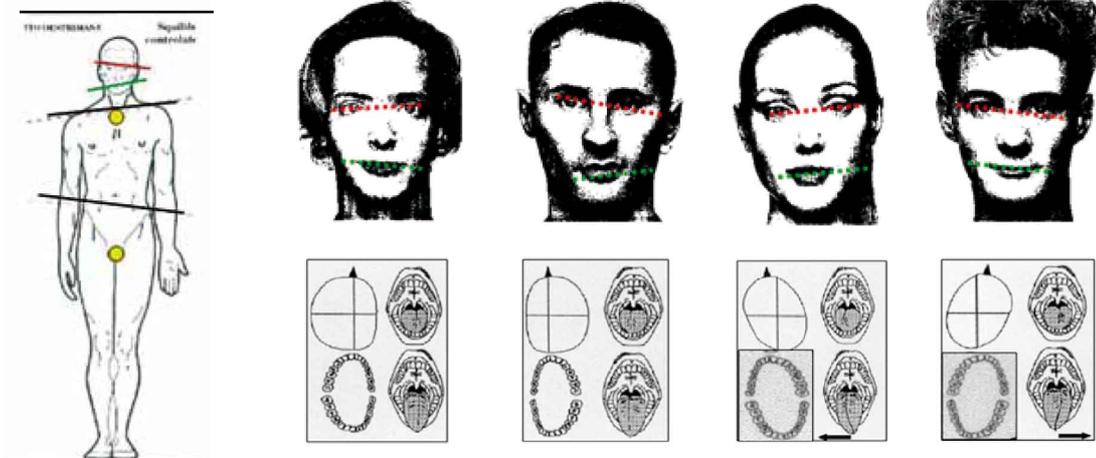
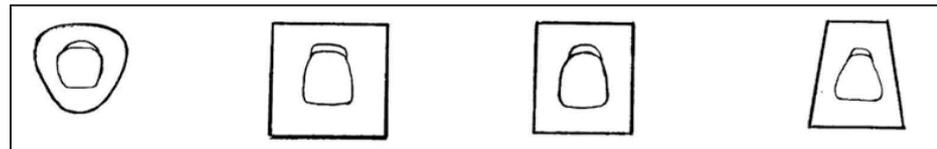


Fig. 13c Forme e volumi differenti nelle arcate dentali

Fig. 13d Forme e volumi differenti nei denti



Figg. da 14a a 14c Forme e volumi differenti nei corpi, volti, arcate dentali e lingua

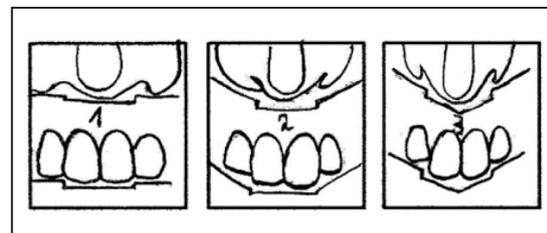
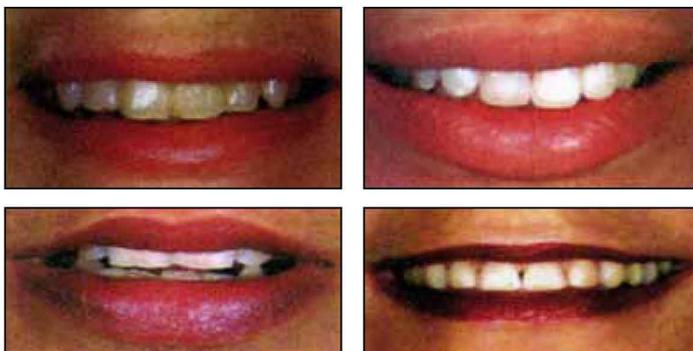


Fig. 16 Allineamento denti differenti in relazione al naso

Figg. da 15a a 15d Volumi e posizione denti differenti in relazione alle labbra

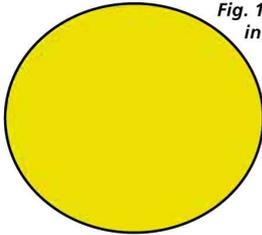
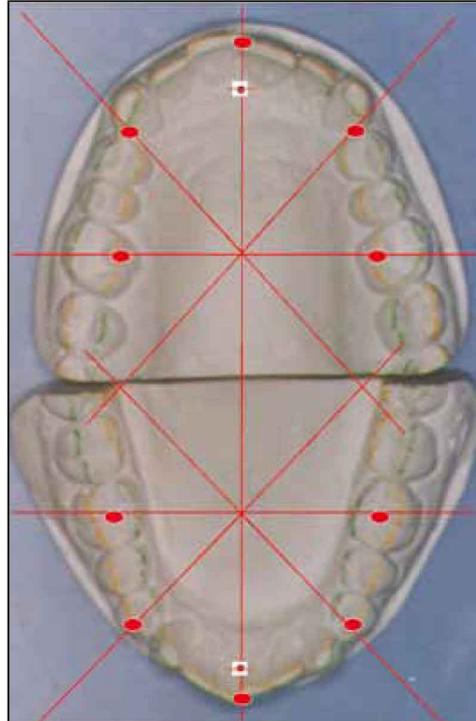
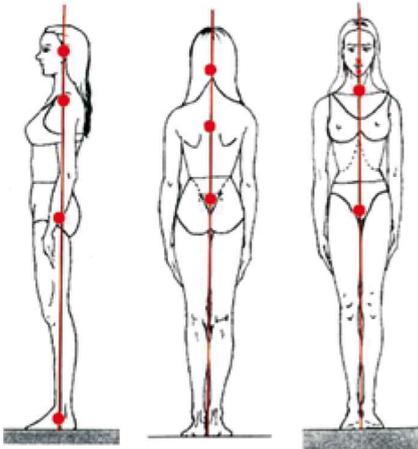


Fig. 17 Volume invariato



Fig. 18 Puzzle



Figg. da 19a a 19c Punti cardine attorno ai quali si organizza l'equilibrio di corpo e bocca

dine. Abbiamo visto quelli corporei e delle basi ossee dentali; ora identifichiamo quelli delle arcate dentali (Figg. da 19a a 19c). In una bocca fisiologica di 1° classe i punti cardine dentali (punti in rosso), instaurano un rapporto di posizione che li porta ad essere allineati lungo le proiezioni di crescita (linee in rosso). Potremo avere delle arcate dentali con forme diverse in base ai biotipi e dimensioni dei denti maggiori o minori, perciò i punti cardine dentali si avvicineranno o allontaneranno dal centro della bocca, ma sempre lungo le proiezioni di crescita.

Progettazione e costruzione protesi definitive

Dopo aver montato in articolatore con l'arco facciale, utilizziamo le informazioni sulla sua armonia estetica e le dime biovolumetriche™ (brevettate in collaborazione con Angelo Magni), per progettare e costruire le protesi definitive. Le informazioni sull'armonia estetica le otteniamo studiando il viso (Fig. 20a). Perciò, in relazione al biotipo ectoblasta, definiamo la forma delle arcate e dei denti (Fig. 20b) in relazione alle asimmetrie e forma labbra / naso (Fig. 20c); definiamo l'inclinazione del gruppo anteriore, le curve di Spee e Wilson, le dominanze, posizioni e allineamento dei denti frontali. Con le dime biovolumetriche™, tarate in base alle dimensioni dei denti naturali

inferiori, utilizzate come riferimento piano per il superiore e a calotta nell'inferiore (Figg. 21a e 21b), impostiamo il rapporto di equilibrio tra i punti cardine dentali e la forma/grandezza delle arcate.

Concetto interazione forma funzione

Avere come obiettivo l'armonia estetico - funzionale individuale del paziente significa dare pieno significato al concetto indissolubile che forma e funzione siano interdipendenti tra loro. Per forma intendiamo la componente muscolo-scheletrica e per funzione invece il risultato della funzione muscolare, cioè il movimento che viene generato. Perciò le arcate dentali che andiamo a reintegrare, in sinergia con il corridoio muscolare (forma), condizionano il movimento (funzione), cioè la traiettoria che va dalla posizione di riposo alla massima intercuspidazione. Quindi inizialmente, partendo dalla miglior relazione intermascellare con la placca di deprogrammazione ottenuta in quel contesto, si progetta e costruisce una protesi terapeutica con forma e di conseguenza funzione differente (Figg. da 22a a 22d) che contribuisce a migliorare l'equilibrio dell'Apparato Stomatognatico, ma che non sarà quello definitivo. Questo è il motivo per cui è riduttivo pensare che sia possibile determi-



Fig. 20a Viso paziente

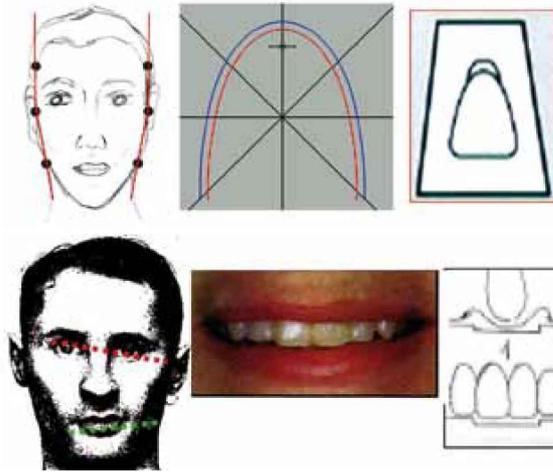
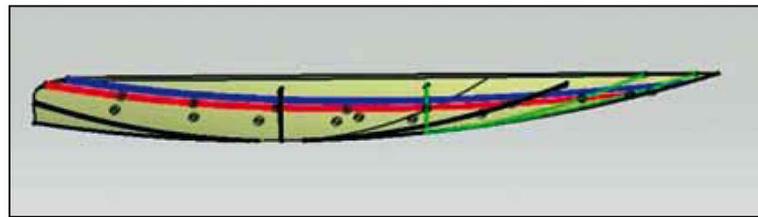
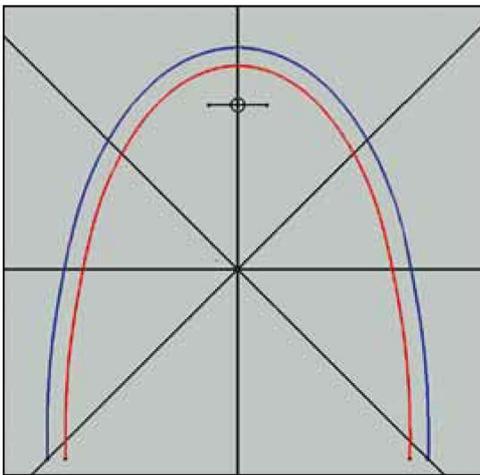
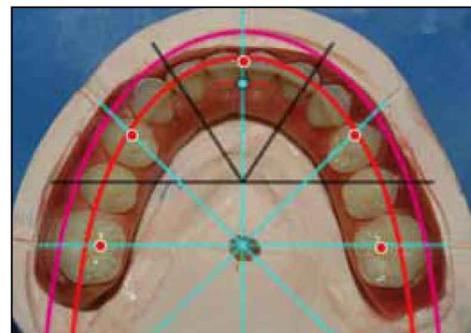
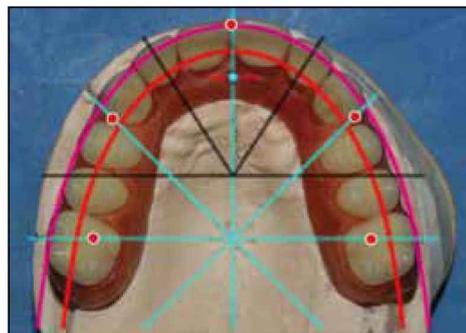
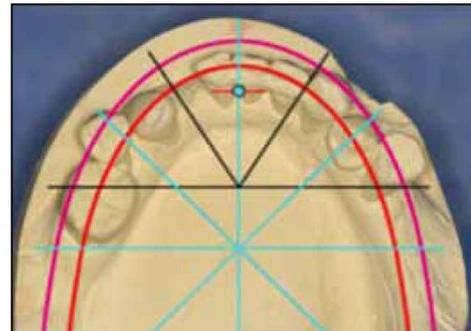
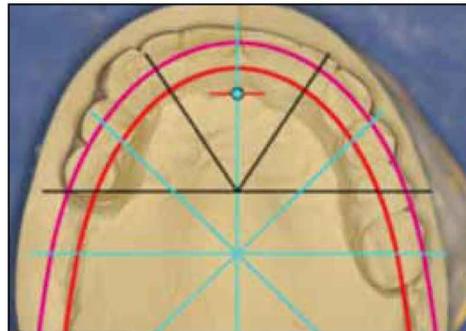


Fig. 20b Forma viso, arcate e denti

Fig. 20c Asimmetrie, labbra e naso



Figg. 21a e 21b Dima biovolumetrica ectoblasta superiore e inferiore



Figg. da 22a a 22d Confronto inizio trattamento e protesi terapeutica

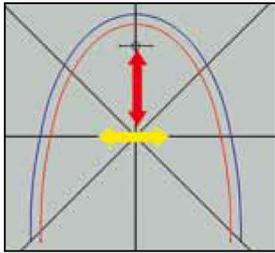


Fig. 23 Dima bidimensionale



Fig. 24a a 24b Terza dimensione rilevata in deglutizione



Fig. 25 Volume inalterato ma diverso

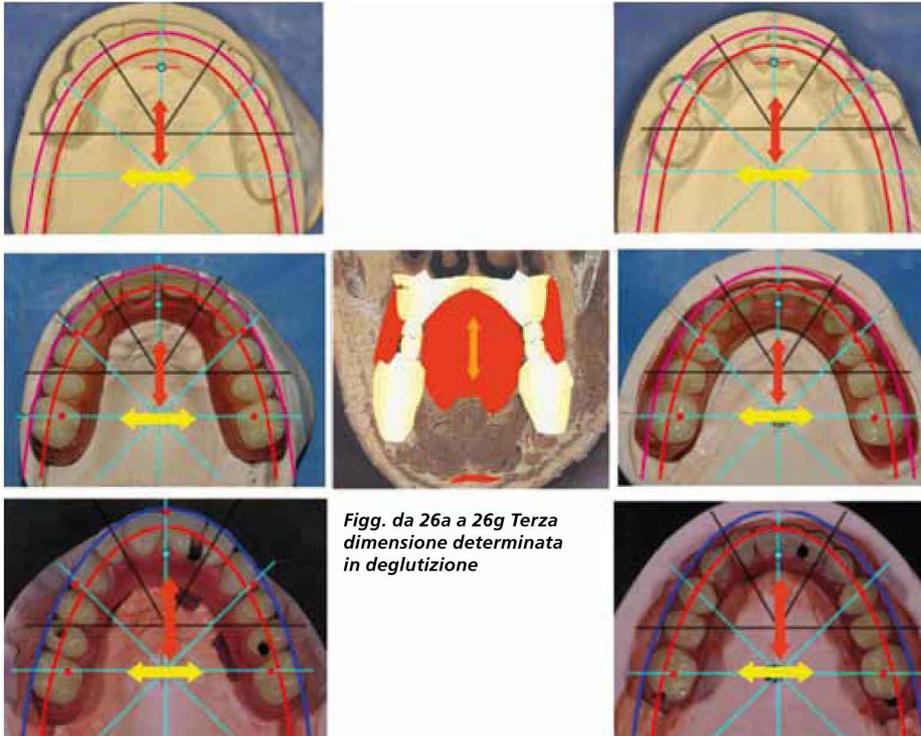


Fig. da 26a a 26g Terza dimensione determinata in deglutizione

nare una relazione intermascellare iniziale pur corretta in quel contesto e indifferentemente da come modifichiamo il corridoio muscolare mantenerla inalterata. La situazione di fisiologia deve essere presente sia in condizione di riposo che in massima intercuspidação. Questo si verifica quando in posizione di riposo, i condili sono in relazione centrica (punto neutro articolare) e da questa posizione, i muscoli in equilibrio, con un minimo di attivazione muscolare, attraverso il movimento della deglutizione o della miocentrica, portano i denti a contatto senza avere variazioni significative nelle A.T.M..

Solo con questi presupposti si ha la possibilità di avere la coincidenza tra la relazione centrica, l'occlusione centrica e la massima intercuspidação; se non avessimo una posizione di partenza in armonia ed equilibrio con la posizione di chiusura, l'obiettivo sarebbe solo auspicabile. Penso che la stabilità del rapporto tra i due mascellari, come la ripetitività della traiettoria di chiusura, vadano costruiti e stabilizzati attraverso dei passaggi che ci avvicinino progressivamente ad una corretta interazione tra forma e funzione. Il corridoio muscolare, in posizione di riposo e in massima intercuspidação, interagisce con la nuova forma delle arcate in modo diverso da prima. Questa è una situazione che va verso la fisiologia ma in mutamento; è cambiata la forma, quindi la funzione, di conseguenza anche la traiettoria di chiusura. Al paziente abbiamo progettato e costruito una protesi terapeutica che funziona meglio della

precedente, ma che non rispecchia la sua individualità. Ci siamo comportati come un sarto, che in base al cliente imposta inizialmente la taglia standard 48, poi però esegue varie prove dell'abito sul cliente e lo personalizza, come si usa dire glielo cucce addosso.

Noi dobbiamo fare lo stesso, la protesi terapeutica è la taglia 48, ora dobbiamo "cucirgli addosso" una protesi che si integri appieno nel suo rapporto forma/funzione.

Come integrarsi nel rapporto forma/funzione del paziente

Il nostro corpo quando deglutiamo diventa un volume chiuso (puzzle tridimensionale), la dima serve per impostare bidimensionalmente la forma delle arcate (Fig. 23). La terza dimensione deve darcela il paziente durante le prove, quando viene presa la relazione intermascellare in deglutizione (Fig. 24a e 24b). Questo perché la deglutizione fisiologica è il momento in cui il paziente, senza modulare la forza o la direzione, porta a contatto le arcate dentali alla fine dell'atto masticatorio, quando deglutisce per ingerire il cibo (prima vi è interposizione del bolo). Immaginiamo ora una brocca piena di acqua, la quantità di acqua resta volumetricamente inalterata, ma a seconda della forma del bicchiere in cui la versiamo, i rapporti tridimensionali cambiano (Fig. 25).



*Figg. da 27a
a 27c Protesi
coerenti con i
volumi del viso*



Fig. 28a Asimmetrie del viso



Fig. 28b Sorriso in armonia

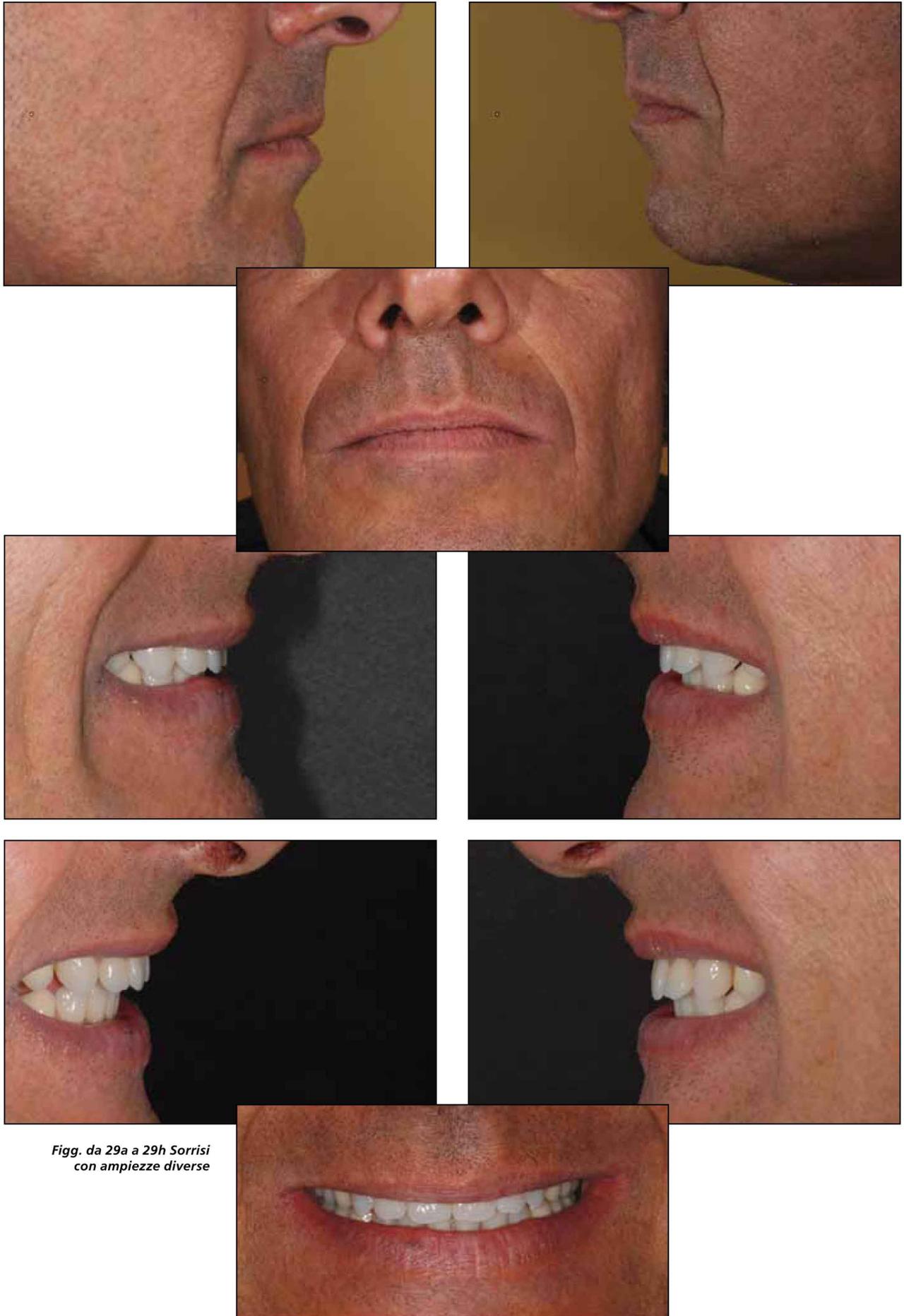


Fig. 28c Armonia tra labbra e denti

Con le arcate dentali, abbiamo la stessa situazione, utilizziamo la dima per impostare bidimensionalmente le arcate, è poi il paziente che, interagendo in deglutizione con questa forma, ci darà la terza dimensione (Figg. da 26a a 26g), cioè l'altezza che gli serve per avere la funzione fisiologica in deglutizione. Questo perché la deglutizione fisiologica, coerentemente come il resto del corpo, ricerca nel momento in cui le arcate giungono in massima intercuspidação con contatto simultaneo, massimo equilibrio con minimo impegno muscolare in assenza di dolore. Le dime sono dei riferimenti per dare un certo equilibrio generale alla posizione dei punti cardine dentali e alla forma delle arcate, ma dato che a livello del corpo la simmetria non esiste, con le informazioni raccolte posizioniamo i denti integrandoci nella sua asimmetria - armonia estetica (Figg. da 27a a 27c).

Risultato finale

Il risultato è un'estetica dove, pur in un contesto fortemente asimmetrico (Fig. 28a), il sorriso appare armonico dando un'impressione simmetrica (Fig. 28b). Ad un esame ravvicinato però (Fig. 28c), possiamo osservare come i denti anteriori a sinistra siano più alti che a destra (linea blu), l'altezza tra centrali laterali e canini sia differente (linee rosse), i denti posteriori abbiano posizioni e curve di compenso diverse tra destra e sinistra (linee gialle), ma il tutto è in armonia con l'andamento delle labbra. Quello che confonde è identificare ciò che risulta armonico con la simmetria, ma tutti noi con valenze diverse siamo asimmetrici. Situazione di armonia che viene mantenuta, anche con sorrisi di ampiezze diverse è visibile nelle figure da 29a a 29h.



*Figg. da 29a a 29h Sorrisi
con ampiezze diverse*



Fig. 30a e 30b Estetica iniziale e finale



Fig. 31 Prova di masticazione con banana



Fig. 32 Equilibrio in dinamica e statica

Come ci eravamo prefissati, abbiamo ricercato l'equilibrio non la simmetria, obiettivo primario del corpo in fisiologia (equilibrio/economia-comfort). L'equilibrio estetico lo possiamo apprezzare facendo il confronto tra la situazione iniziale e quella finale (Figg. 30a e 30b), osservando come, grazie alla corretta interazione delle protesi con il corridoio muscolare esterno (guance e labbra), i volumi delle arcate dentali siano ripartiti in modo equilibrato tra l'esposizione dei denti superiori e inferiori. L'equilibrio funzionale dell'apparato stomatognatico, viene invece verificato attraverso il controllo con le cartine di masticazione dei punti di contatto occlusali che devono dare stabilità in centrica e libertà in dinamica, secondo la logica della bussola occlusale. Si possono utilizzare inoltre le moderne tecnologie, come il T Scan, il Kinesiografo, l'elettromiografo od altri strumenti simili che oggettivano con un referto, la qualità della relazione intermascellare. Oppure in modo meno tecnologico, testare la situazione quando il paziente mangia. Utilizzando le cerette occlusali della Kerr e facendo mangiare al paziente un pezzo di banana (Fig. 31), possiamo valutare la qualità dei contatti occlusali contemporaneamente in dinamica e statica. La banana è un cibo morbido, perciò non rovina le cerette; possiamo così apprezzare come durante la masticazione con interposizione del bolo, le cerette non vengano forate e come alla fine dell'atto masticatorio quando il paziente deglutisce per ingerire il cibo (Fig. 32), vada in massima intercuspidação con contatto simultaneo (equilibrio), senza forare le cerette (minimo dispendio energetico) e ovviamente in assenza di dolore. L'equilibrio posturale è la cartina tornasole del nostro operato. Osservando ora l'intero puzzle corporeo, possiamo apprezzare come il recupero dell'equilibrio dell'Apparato Stomatognatico (Figg. da 33a a 33d), attraverso lo iode interagisca con l'equilibrio del resto del corpo e permetta, a fine trattamento, il riequilibrio dell'intero corpo (Figg. 34a e 34b), eliminando le tensioni muscolari che provocavano la cefalea muscolo-tensiva con dolori a spalle e lordosi lombare.

Conclusione

Accettato che l'Apparato Stomatognatico è parte integrante di viso e corpo e non un'unità a sé stante, è necessario per poter progettare e costruire in modo individuale l'intervento protesico, integrare il protocollo di lavoro ampliando i criteri di valutazione.

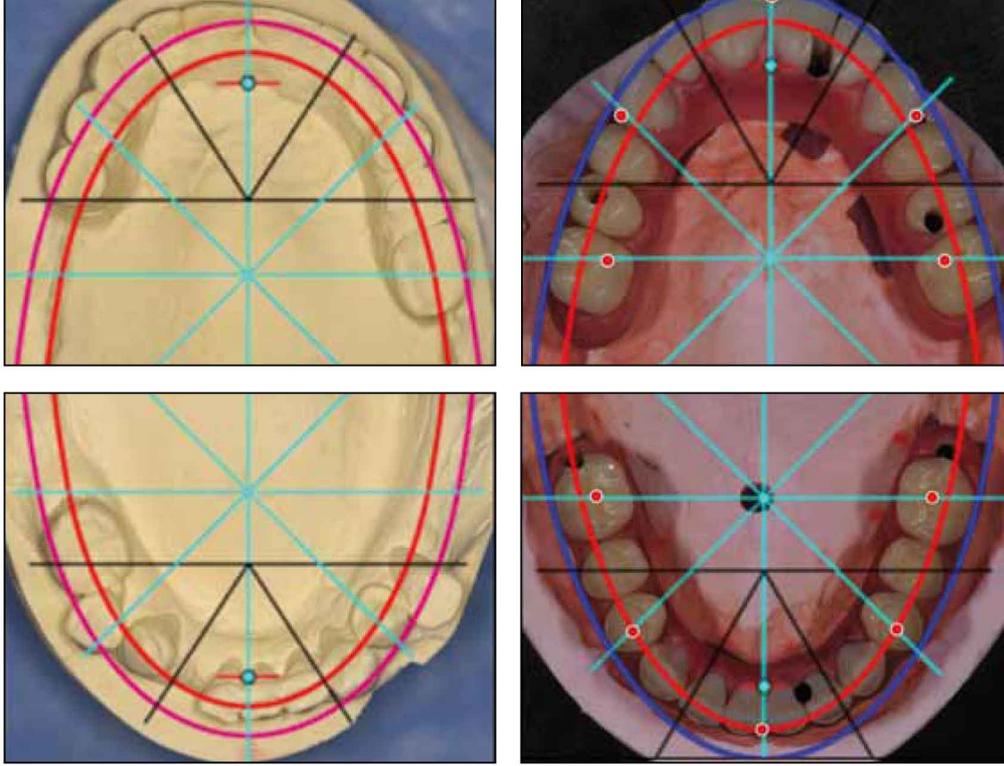
Principali fasi operative:

- Valutazione dell'efficienza dell'equilibrio
- Test di svincolo occlusale
- Placca di deprogrammazione
- Protesi provvisorie terapeutiche
- Raccolta di informazioni con identificazione biotipo/asimmetrie/tessuti periorali
- Progettazione e costruzione di protesi definitive con ottimizzazione del rapporto forma-funzione
- Verifica dell'armonia estetica
- Verifica dell'equilibrio funzionale
- Verifica dell'equilibrio posturale.

Stare bene in salute è fondamentale, ognuno di noi è unico e diverso dagli altri. Mettere al centro la salute del paziente vuol dire anche rispettare questa unicità.

Ringraziamenti

Ringrazio il Dott. Vittorio Sirio Leone Farina per la collaborazione nel caso clinico presentato.



Figg. da 33a a 33d
Equilibrio iniziale e
finale punti cardine
corporei



Figg. 34a e 34b **Equilibrio iniziale e finale punti cardine corporei**



Giovanni Maver nato a Bergamo, consegue il diploma di odontotecnico nel 1982.

Titolare di laboratorio dal 1985, si occupa di protesi fissa, protesi combinata e correlazioni tra Postura e Apparato Stomatognatico. Socio fondatore A.I.F.O. R&S, socio A.K.I.C.E.M. - S.I.K.O.N. - G.I.G. Partecipa a diversi corsi di formazione, in Italia e all'estero inerenti ceramica, gnatologia, implantologia e protesi totale. Ha poi approfondito in particolare le tematiche riguardanti l'approccio globale nei confronti del corpo umano, frequentando corsi di osteopatia, kinesiologia e kinesiografia. Tiene conferenze e corsi, sulle correlazioni tra Postura e Apparato Stomatognatico.

Laboratorio Odontotecnico Giovanni Maver • Via Kennedy 15/H • 24066 Pedrengo (BG)
Tel./Fax +39 035 657913 • labmav@alice.it • www.giovanmaver.it

Bibliografia

- 1) Bernard Bricot "La riprogrammazione posturale globale" Ed. Marrapese 1999
- 2) Claude R. Rufenacht "Principi di estetica" Ed. Internazionali Scienza e tecnica dentistica Aprile 1992
- 3) Camillo Baldi "Il linguaggio segreto del volto" Ed. De Vecchi 1987
- 4) Enlow "Crescita Cranio Facciale" Ed. Internazionali Cides Odonto 1986
- 5) Edmondo Muzj "Indirizzo antropometrico in ortopedia facciale" Ed. La Garangola 1989
- 6) Enzo Lazzari "La postura i fondamenti" Ed. Marina 2006
- 7) Frank H. Netter "Interactive atlas of human anatomy" cd rom (9780914168836)
- 8) Leopold Busquet "Osteopatia craniale" Ed. Marrapese 1998
- 9) Le mappe delle catene muscolari Ed. Red giugno 1996
- 10) L. Venanzi - L. Spallone - E. Ferrarelli "Il bite Placca di ricordinamento del movimento articolare" Ed. Resch 2000
- 11) Laura Attinà - Michele D'Attilio "La norma Kinesiografica" Ed. Biotronic 1998
- 12) Gabriella Guaglio "Ortodonzia dinamica e ripristino delle funzioni" Euroedizioni s.r.l.
- 13) Giovanni Maver "La bocca può limitare la prestazione sportiva" dental dialogue 2012
- 14) Giovanni Maver "La posizione posturale mandibolare" dental dialogue 2009
- 15) Gunther Seubert "Conoscenze della tecnica di ceratura gnatologica naturale secondo Dieter Schulz" Ed. M.E.A. srl 1996
- 16) Oskar Schindler "Manuale operativo di fisiopatologia della deglutizione" Ed. Omega 1990
- 17) Paolo Sardi "Visione sistemica dei rapporti occlusali" Appunti corso Paolo Sardi 1995
- 18) Peter E. Dawson "Valutazione, diagnosi e trattamento dei problemi occlusali" Ed. Stardust 1992
- 19) Paolo Zavarella / Caterina Asmone / Maurizio Zanardi "Le asimmetrie Occluso-Posturali" Ed. Marrapese Vol. 1/2/3 Roma 2002
- 20) Pedro Planas "Riabilitazione Neuro-Occlusale" Ed. Científicas y Técnicas, S.A. 1994
- 21) Pietro Ranaudo "Riflessioni sulla lingua" Ed. Marrapese 1997
- 22) Salvatore Dettori / Angelo Confaloni "R.N.O. Evoluzione del rapporto dinamico funzionale tra occlusione e A.T.M." Ed. Mercurio s.a.s. 2001
- 23) Ralf Suckert "I concetti dell'occlusione" Ed. M.E.A. srl 1993
- 24) Ulrich Lotzman "Guide occlusali ed altri ausili di masticazione" Ed. Resch 1989