

Le Disfunzioni del Sistema Cranio-Cervico-Mandibolare

Umberto Montecorboli MD, DDS

Parte I (numero 2.3)	
CENNI DI ANATOMIA FUNZIONALE	
POSTURA ED ASIMMETRIA	
Parte II (numero 2.4)	Parte III (numero 3.1)
RAPPORTI FISIOPATOLOGICI TRA L'APPARATO STOMATOGNATICO ED IL RACHIDE	DISFUNZIONE DEL SISTEMA CRANIO-CERVICO-MANDIBOLARE
Parte IV (numero 3.2)	Parte V (numero 3.3)
CLASSIFICAZIONE DELLE DISFUNZIONI CRANIO-CERVICO-MANDIBOLARI	IL TRATTAMENTO DELLE DISFUNZIONI CRANIO-CERVICO-MANDIBOLARI

DISFUNZIONE DEL SISTEMA CRANIO-CERVICO-MANDIBOLARE

L'aspetto fondamentale delle disfunzioni dell'apparato stomatognatico su base strutturale è rappresentato da una progressiva modificazione posturale della mandibola, inizialmente asintomatica e quindi, superate le capacità di adattamento peculiari del singolo, sfociante in una patologia articolare clinicamente evidente. La situazione di massima intercuspidação, cioè il contatto interdentario nella massima stabilità, che viene utilizzata nelle principali funzioni dell'apparato masticatorio, gradualmente non si accompagna più ad una situazione di equilibrio e di relazione armonica fra le componenti dell'apparato e cioè articolazione temporo-mandibolare bilateralmente intesa, muscoli masticatori, paramasticatori e complesso dento-parodontale. Viene cioè a delinearsi una situazione di discrepanza fra posizione strutturale e posizione funzionale, che rappresenta la vera essenza della malattia.

Occorre considerare che nella fisiologia degli organismi viventi, vi è sempre una priorità delle funzioni basilari di ogni apparato sulla posizione spaziale e sulla morfologia delle sue strutture specifiche, che si vanno adattando per assicurare comunque la funzione.

In particolare la funzione orale integrata, nelle sue manifestazioni più importanti che si estrinsecano o che hanno come riferimento l'occlusione abituale (masticazione, deglutizione, postura, fonazione) comporta, per la sua realizzazione, una compromissione compensatoria a livello del distretto articolare (sofferenza capsulo-legamentosa, meniscale, cartilaginea), del distretto muscolare (alterazioni del tono di elevatori, abbassatori, muscolatura paramasticatoria e, per successivi interessamenti, muscolatura posturale dell'intero apparato locomotore), del distretto dento-parodontale (usure abnormi, sofferenza di origine traumatica del supporto parodontale).

Si configura pertanto un quadro di disfunzione primaria allorché viene attraversata la zona grigia dell'adattamento individuale, facilitata dal perpetuarsi di carichi non fisiologici

e prolungati e dall'instaurarsi di un ipertono basale ed una iperattività muscolare generalizzata.

A questo contribuisce, in modo determinante, una serie di fattori concorrenti che possono essere schematicamente riassunti in:

- a) fattori occlusali (locali);
- b) fattori emozionali o psico-comportamentali;
- c) fattori somatici (sistemici).

Più raramente, si ha invece un quadro di disfunzione che definiamo secondaria, in quanto successiva ad evento acuto (trauma diretto ed indiretto) o ad una malattia articolare che può essere specifica o manifestazione di una forma sistemica.

La disfunzione del Sistema Cranio-Cervico-Mandibolare può essere dovuta a cause:

- 1) scheletriche;
- 2) funzionali, di origine dentale o muscolare.

4.1) Cause scheletriche

Nel cranio del soggetto in età evolutiva si possono individuare tre vettori di crescita che debbono essere analizzati in associazione alle relazioni occlusali: crescita neutra, crescita con rotazione anteriore, in senso antiorario, che si accompagna ad una tipologia brachi-facciale ed una crescita a rotazione posteriore, in senso orario che si accompagna a tipologia dolico-facciale.

Considerando, la crescita sia dal punto di vista della sua direzione che da quello delle varie velocità di sviluppo a livello di vari centri, si possono individuare diverse possibili cause di dislocazione mandibolare. Nell'ambito delle forme scheletriche, occorre poi evidenziare quelle che riconoscono una origine strettamente articolare da malattia sistemica (ad esempio l'artrite reumatoide) da quelle più frequenti che sono invece legate al tipo scheletrico. Queste forme da lesione diretta non riconosce una sequenza meccanica nella genesi della disfunzione, ma sono la conseguenza di alterazioni morfologiche che si instaurano in modo non prevedibile in soggetti che altrimenti avrebbero una direzione di crescita nei limiti di norma, la quale viene progressivamente influenzata dal procedere della malattia. Pertanto una superficiale somiglianza fra due casi può nascondere una ben differente patogenesi e richiedere un approccio terapeutico ed una gestione operativa altrettanto differenti. E ancora, valutando gli esiti a distanza, spesso queste forme "morfologiche", guarite con un rimodellamento (un accorciamento), provocano nelle forme prevalentemente unilaterali come l'artrosi degenerativa o l'osteochondrite giovanile, un effetto paradossale di alterazione artrocinematica, questa volta squisitamente disfunzionale, dell'articolazione controlaterale non interessata.

4.2) cause funzionali

- a) origine dentale:

Sono dovute a presenza di precontatti dislocanti la mandibola, in genere in direzione distale o trasversale. Tali contatti, nel primo caso, sono localizzati sul versante palatino dei frontali superiori o su versanti cuspidali distali superiori e mesiali inferiori nel caso di premolari e molari; nel secondo caso, sui versanti lavoranti o bilanciati dei denti posteriori o sul versante interno di un canino superiore. A livello teorico, quando la dislocazione mandibolare è dovuta a contatti anteriori, lo spostamento condilare sarà in alto ed indietro; mentre in presenza di contatti a livello molare, la dislocazione condilare sarà prevalentemente in basso ed indietro con più o meno marcata componente laterale.

b) origine muscolare:

Dipendono essenzialmente dal complesso equilibrio di quella che abbiamo definito unità biomeccanica funzionale Cranio-Cervico-Mandibolare cui partecipano i muscoli masticatori, i soprajoidei, i sottojoidei ed i muscoli del collo e della nuca. Nella situazione più frequente, la risultante di uno squilibrio muscolare è una postura distalizzata della mandibola che dipende da una posizione avanzata del capo accompagnata da un accorciamento dei muscoli cervicali posteriori, un'aumentata tensione con allungamento dei muscoli soprajoidei ed sottojoidei ed una iperattività dei muscoli elevatori della mandibola. In casi particolari, soprattutto per motivi psico-emozionali, si ha un'iperattività dei muscoli retrusori, quali il temporale posteriore ed il digastrico e, analogamente, una simile tendenza alla retrusione è presente in caso di un overbite estremamente pronunciato.

[Bibliografia](#)

Virtual Journal of Orthodontics
Copyright © 1996-99
All rights reserved.

[HOME VJO 3.1](#)

[HOME VJO](#)