



Il Chiropratico & il Dentista

**Disturbi Temporomandibolare
Serramento
Sublussazione Menisco ATM
Dislocazione Condilo Mandibolare**

Sul Blog è possibile trovare articoli su :

[-La Chiropratica](#)
[-Manipolazioni Vertebrali Chiropratiche](#)
[-Sublussazione Vertebrale](#)

[-Ernia del disco vertebrale](#)
[-Colpo della frusta](#)
[-La Cervicale & La Sua Lordosi](#)
[-Vertigini](#)
[-L'Artrosi Rivisitata](#)
[-Infiammazione & Distorsioni articolari](#)
[-La Spalla: Problemi e Rimedi](#)

[-Il 'Mal Di Schiena' & Le Sue Certezze](#)
[-Il Colpo della Strega](#)
[-Spondilolistesi \(antero- e retro- Listesi\)](#)
[-Schiena Dritta](#)

[-Guarire dalla Cardiopatia Ischemica \(Guarire il Cuore\)](#)
[-China Study – il più grosso e irripetibile studio scientifico sulle connessioni tra nutrizione e salute](#)
[-Sclerosi Multipla](#)

Il Blog è anche su [FaceBook](#) cerca :Dr wannetiello, iscriviti per essere informato sulle iniziative.

In questa serie di articoli ho chiesto l'aiuto anche di un amico e collega dentista il dott. Gioacchino Pellegrino.

Collaboriamo spesso perché i disturbi del distretto oro facciale sono strettamente interconnessi con la colonna vertebrale in particolare quella cervicale.

Buona lettura.



Il lavoro del chiropratico si intreccia, a volte in modo molto fitto, con il lavoro del dentista. Questa associazione ha raggiunto un livello di diffusione nell'opinione generale che molto frequentemente mi viene fatta una domanda riguardo. Inoltre, molti chiropratici, me incluso, lavorano a stretto contatto con un odontoiatra. Andando con ordine, per prima cosa vediamo quali sono le basi fisiologiche di questa connessione. Useremo uno studio pubblicato oltre 20 aa fa, pensate quando io non ero ancora vegetariano.

Lo studio era semplice: furono collegati ad elettrodi, (fili elettrici), i muscoli masticatori (quelli che fanno chiudere la bocca), ed i muscoli retro-occipitali (quelli direttamente sotto la nuca). Precisiamo, questi non erano collegati tra loro, cioè i muscoli masticatori erano collegati ad alcuni elettrodi, che registravano la contrazione muscolare e potevano dare impulso per far contrarre i muscoli e quelli sotto-occipitali erano collegati ad altri elettrodi con le stesse caratteristiche.

Spero di essere stato chiaro.

La domanda a cui lo studio voleva dare una risposta era: cosa accade ai muscoli retro-occipitali quando quelli masticatori si contraggono? E viceversa cosa accade ai muscoli masticatori quando vengono contratti i muscoli sub-occipitali?

Possibile risposte:

1. si contraggono a loro volta
2. si rilassano (si inibiscono, secondo lo schema agonisti ed antagonisti)
3. sono indifferenti gli uni agli altri

La risposta che lo studio fornì fu la numero 1.

Quando si mandava l'impulso che contraeva i masticatori si registrava contrazione analoga sugli occipitali e viceversa.



Dai risultati emersi dallo studio raccontato nella parte 1 si può concludere che la colonna cervicale è influenzata dall'occlusione dentale e viceversa.

E dal momento che c'è una **coattivazione**, l'una aiuta l'altra nella propria attività. Per fare un esempio di influenza reciproca **senza aiuto** reciproco prendiamo il braccio e l'azione che esercitano bicipite e tricipite: quando il bicipite si contrae il tricipite si rilassa per non dargli fastidio nel compiere uno sforzo; ecco, nel nostro caso i muscoli sotto-occipitali si contraggono **per dare una mano** ai muscoli masticatori.

Un piccolo esperimento lo potete fare voi ora leggendo questo post: aprite e chiudete la bocca o meglio i denti, lentamente da dare attenzione come i denti si toccano, dove si toccano, se un lato tocca prima etc.

Registrate queste sensazioni e girate la testa a destra, rifate gli stessi movimenti sentirete un modo diverso di toccarsi dei denti. Fate lo stesso girando la testa a sinistra guardando a terra ed in alto, dovrete sentire sempre modi diversi di contatto dei denti. Questo gioco/esperimento non è sufficiente a

dimostrare la coattivazione dello studio da cui siamo partiti ma vi dà il senso della relazione tra la muscolatura del collo e l'occlusione dentale. Cioè, muovendo il collo, quindi attivando dei muscoli, quelli che chiudono la mandibola lavorano e si attivano in modo diverso e la sensazione alla chiusura cambia all'istante.



Quando due cose (strutture, organi) si influenzano a vicenda in modo diretto, come abbiamo visto fare tra occlusione e colonna cervicale, possiamo avere due tipi di situazioni:

1. Possono aiutarsi ed essere alternativamente l'uno il supporto dell'altro.
2. L'uno può rendere la vita impossibile all'altro.

Per spiegare meglio questo concetto faccio il mio esempio preferito: considerate che ogni giorno dovete viaggiare in auto con una persona che vi innervosisce, quello che fa il vostro compagno di viaggio vi influenza.

Se questa esperienza si ripete in modo quotidiano, anche quando vi separate, anche se lo "stimolo" irritante è cessato è possibile che voi rimaniate nervosi per il resto dell'ora o della mattinata.

Il vostro nervosismo si è reso autonomo rispetto alla sua causa scatenante. Ovviamente al contrario se la compagnia è piacevole allora tutto procede normalmente, i compagni di viaggio nel nostro caso sono **l'occlusione dentale** e la **colonna cervicale**.



Trasferiamo ora l'esempio di prima alla relazione tra occlusione dentale e colonna cervicale.

Dal momento che non sono un dentista concedetemi qualche incertezza nel mio trattare l'occlusione dentale. I denti quando chiudono dovrebbero farlo in modo simmetrico, non dovrebbero esserci "pre-contatti". I denti anteriori-superiori a bocca chiusa dovrebbero coprire di 1/3 quelli inferiori.

Se mettete due dita sulle articolazioni temporo-mandibolari cioè davanti alle orecchie e aprite e chiudete la bocca dovrete sentire una simmetrica escursione dei **condili** mandibolari (guardate l'immagine).

Nelle loro varie forme, alterazioni di questi aspetti innescano contrazioni asimmetriche che sono poi trasferite alla colonna cervicale, non so se voi riuscite ad anticipare che tutto ciò può tradursi in una sublussazione vertebrale.

Serramento



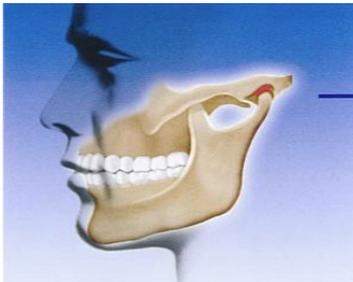
Quando non si sta masticando i denti non devono toccarsi; questa è la posizione neutra e di riposo della mandibola. È tuttavia comune abitudine per molte persone scaricare tensione e stress quotidiani stringendo i denti. Così come il modo di dire "stringere i denti", indica resistere ad uno sforzo o ad un momento difficile, alcuni soggetti che vivono la propria quotidianità con difficoltà vanno avanti e resistono

stringendo i denti; e lo fanno costantemente. Alcuni solo di notte (serramento notturno) altri anche di giorno.

Se non parlano o mangiano stringono i denti. Si svegliano con le mandibole stanche e dolenti e se lo fanno da anni hanno i denti consumati, quelli che non si risparmiano “digriano” anche (bruxismo) cioè sfregano i denti gli uni sugli altri e accelerano l’erosione delle cuspidi dentali.

Chi bruxa fa un rumore caratteristico che coniugi e compagni di sonno conoscono bene e a volte se il nostro è infaticabile e bruxa di giorno si sente anche di giorno, come si può verificare in una storica pizzeria di Nola, (Napoli).

Sublussazione Menisco ATM & Dislocazione Del Condilo



La bocca si apre e si chiude per il funzionamento dell’Articolazione Temporo-Mandibolare “ATM”.

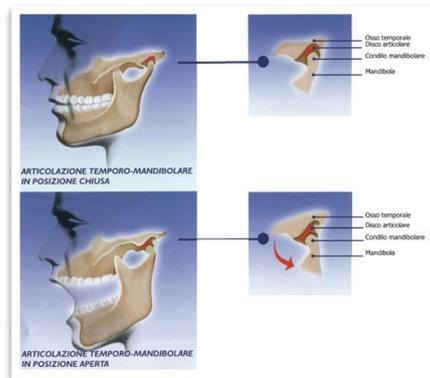
Il nome stesso dice che è l’articolazione tra l’osso temporale del cranio e la mandibola, l’osso temporale partecipa con una cavità nella quale viene alloggiato il **condilo** della mandibola.

Tra il condilo e la cavità c’è un menisco cioè una specie di cuscinetto. Il movimento dell’ATM è particolare: quando si apre la bocca il condilo ruota e trasla in avanti, in pratica si disloca un po’, esce dalla cavità in cui è alloggiato. Il menisco, di cui sopra, quando la bocca viene chiusa, accompagna questo movimento ed anche il suo ritorno in sede. In questa dinamica non va sottovalutato che quando si apre e chiude la bocca ci sono due ATM che

contemporaneamente recitano questa parte. Escludendo le situazioni poco comuni (almeno nella mia esperienza) di modifiche artrosiche (LINK) dei capi articolari, l’ATM è soggetta a dei blocchi (locking) per due motivi:

1. dislocazione del condilo (non vuole tornare al suo posto).
2. Sequestro del menisco (non vuole accompagnare il condilo al suo posto).

Spesso le situazioni che si presentano sono una combinazione delle due.



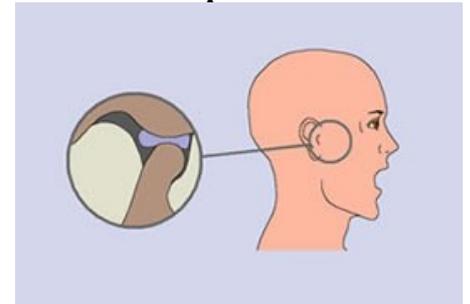
Serramento, bruxismo, locking dell’ATM (disclocazione e/o sequestro del menisco) sono tutte condizioni che rendono “impossibile” per l’ATM di starsene in posizione neutra e a riposo.

Anche quando ci sono occlusioni complicate con ad esempio strutture asimmetriche, quindi con contatti anomali, si può avere un sostanziale equilibrio ma se poi una persona in questa situazione comincia a serrare si va a imprigionare in un circolo vizioso di tutto rispetto.

Tutte queste condizioni generano contrazioni ostinate ed asimmetriche nella colonna cervicale fino a dare sublussazioni che possono e spesso lo fanno diventare autonome (tolta la causa rimane l’effetto divenuto a sua volta causa).

Queste sublussazioni sono corrette dal chiropratico con le manipolazioni il resto va aiutato da un dentista che si occupi di questi aspetti con attenzione.

Disturbi Temporo-Mandibolari



Ho chiesto al dott. Gioacchino Pellegrino, odontoiatra, di integrare questa serie di articoli sulle connessioni tra colonna vertebrale e occlusione dentale, articolazione temporo mandibolare ecc.

Parlare delle situazioni cliniche che attraverso il sintomo dolore o attraverso le alterazioni del movimento della mandibola coinvolgono in maniera acuta o cronica il viso e la bocca non è di certo semplice. Vediamo di iniziare a definire quest’ambito usando degli estratti del settimo volume della Collana “*Quaderni del Ministero della Salute*”, una recente pubblicazione del febbraio 2011 intitolata : “*Odontoiatria di comunità: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale*”, da cui si evince che “*I disturbi temporo-mandibolari (DTM) sono una serie di condizioni cliniche caratterizzate da segni e sintomi che coinvolgono i muscoli masticatori, l’articolazione temporo-mandibolare (ATM) e le strutture associate.*” ; già questa definizione evidenzia come sono coinvolti i muscoli oltre che l’articolazione temporo-mandibolare (ATM) e le strutture ad essi associate cioè quanto ha rapporti di continuità e di coordinamento funzionale. Ma leggiamo anche che i DTM “*Rappresentano la condizione clinica di dolore muscoloscheletrico più frequente dopo il mal di schiena e sono la principale causa del dolore di origine non dentaria nella regione orofacciale compresi la testa, il viso e le strutture collegate; a volte, possono essere disturbi associati a trattamenti odontoiatrici non eseguiti “a regola d’arte”. La maggior parte dei pazienti lamenta un’alterazione dello stato*

funzionale e una riduzione della qualità di vita. “ ci troviamo quindi di fronte ad una problematica molto diffusa, molto fastidiosa e della quale negli ultimi anni si parla sempre più spesso.

Cause



“L’eziologia e la fisiopatologia dei DTM è poco conosciuta. È generalmente accettato che sia multifattoriale, con il coinvolgimento di un gran numero di fattori predisponenti e scatenanti, diretti e indiretti con ruoli differenti nei diversi sintomi disfunzionali. Attualmente, i principali fattori che possono essere chiamati in causa sono micro- e macrotraumi, stress/fattori psicologici, meccanismi centrali, parafunzioni e condizione occlusale.” *

Continuando a leggere il nostro riferimento ministeriale vediamo come il dato più interessante è rappresentato dalla unanime accettazione della comunità internazionale che via sia una causa multifattoriale e cioè che molti elementi possono concorrere a determinare la situazione clinica di cui stiamo parlando e ciascuno di essi può avere un peso specifico differente nei singoli pazienti. Nell’ambito delle macrocategorie riportate come principali fattori causali vi sono i traumi che aprono un fronte molto interessante anche a tutto il discorso relativo alle problematiche del rapporto bocca/distretto cervicale.

*Odontoiatria di comunità 2011

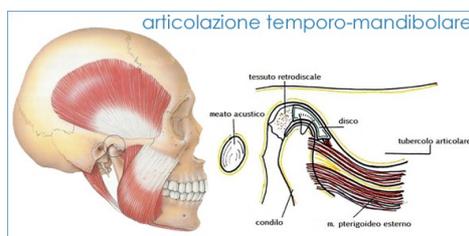


Ancora dal Dott. **Gioacchino Pellegrino.**

La comparsa di un click (= rumore articolare) all’ ATM crea spesso una grossa preoccupazione nelle persone che scoprono di soffrirne.

E’ importante sapere che questo tipo di rumore è dovuto ad un’alterazione nel funzionamento dell’articolazione temporomandibolare che non deve essere necessariamente trattato. Si tratta, quindi, di un sintomo con il quale, in assenza di altri segni clinici, si può tranquillamente convivere.

Questa sintomatologia, non colpisce soltanto l’ATM ma anche altre articolazioni, può essere transitoria ed ha un andamento oscillante nel corso del tempo; in altre parole ci sono dei momenti in cui il rumore sarà più intenso e frequente e altri momenti in cui diventerà meno intenso e più raro.



La comparsa di un click (= rumore articolare) all’ ATM crea spesso una grossa preoccupazione nelle persone che scoprono di soffrirne.

E’ importante sapere che questo tipo di rumore è dovuto ad un’alterazione nel

funzionamento dell’articolazione temporomandibolare che non deve essere necessariamente trattato. Si tratta,quindi, di un sintomo con il quale, in assenza di altri segni clinici, si può tranquillamente convivere.

Questa sintomatologia, non colpisce soltanto l’ATM ma anche altre articolazioni, può essere transitoria ed ha un andamento oscillante nel corso del tempo; in altre parole ci sono dei momenti in cui il rumore sarà più intenso e frequente e altri momenti in cui diventerà meno intenso e più raro.