

Articolazione Temporo-Mandibolare ed agopuntura: approfondimenti diagnostico- terapeutici

F.Deodato*, C. Di Stanislao**

* Professore a contratto di Gnatologia Clinica (Ordinario : Prof. R. Giorgetti)
Università Degli Studi di Siena.
Centro ATM. Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia

** Aiuto della U.O. di Dermatologia, Centro Allergologico AUSL04, L'Aquila.
Presidente AMSA

"...in realtà esistono casi in cui non è stata fatta una diagnosi corretta, per cui il trattamento agopunturale è inutile o -quando va bene - solo momentaneo..."

Saudelli-Vecchi, 1999

Riassunto: Gli autori, profondamente convinti che esistano correlazioni profonde tra la medicina tradizionale convenzionale e la MTC, esaminano la patologia funzionale intraarticolare dell'ATM ed offrono spunti diagnostico-terapeutici meritevoli di approfondimento.

Parole chiave: ATM, articolazione temporo-mandibolare, malocclusione, MTC, agopunti

Summary: The authors analyze the TMJ pathology, with the purpose to give some diagnostic and therapeutic ideas that should be better investigated. They believe there are close correlations between the conventional medicine and TCM

Key words: TMJ, Temporo-mandibular joint, malocclusion, TCM, acupoints

Siamo profondamente convinti che, nella ricerca di correlazioni tra medicina tradizionale occidentale e MTC in ambito gnatologico, non si possa prescindere da una, pur breve, considerazione anatomo-fisiologica dell'articolazione ritenendo che uno dei rischi più frequenti in tale disciplina, riguardi la valutazione diagnostica e conseguentemente l'impostazione terapeutica. Rumori più o meno simili possono descrivere situazioni differenti, alterazioni non evidenziabili con facilità, nascondere problematiche in realtà presenti. Per formulare una diagnosi corretta è indispensabile sapere cosa andare a cercare e soprattutto come cercare.

Non è sicuramente sufficiente accomunare una cefalea tensiva ad una malocclusione ad uno spasmo della muscolatura elevatoria per poter fare diagnosi di patologia dell'articolazione temporo mandibolare. Capovolgendo la situazione, si potrebbe altrettanto facilmente affermare che un soggetto con iperfunzione muscolare masticatoria (ed il più delle volte generalizzata sistemica) può modificare il suo pattern di crescita oro-faciale (la funzione modifica l'organo) (9) e, ad esempio, sviluppare una malocclusione. In tale soggetto, l'iperfunzione muscolare e lo stato continuo di tensione, può generare prima o poi cefalea tensiva, dorsalgie, lombalgie, brachialgie ecc... Questa "parafunzione ad origine centrale" richiederebbe secondo la gnatologia classica un aiuto sistemico (il più delle volte neurologico, psichiatrico o psicologico-comportamentale) per innalzare il livello di soglia del paziente (2, 3).

Attraverso la valutazione offerta dalla MTC non è però strano che un soggetto con forti tensioni emotive, spasmi muscolari a manifestazione rapida, violenta, migrante, dolori classificati come "vento" dalla MTC manifesti questo tipo di disequilibrio anche all'ATM, così come è concepibile che lo spasmo muscolare da vento interno comporti un tale serramento delle arcate da creare mobilità dentaria con allargamento dello spazio parodontale a seguito del traumatismo; o ancora che problematiche tipo umidità con sintomatologia fissa, di lunga durata, a evoluzione costante e ingravescente, possano gradualmente portare a fenomeni degenerativi articolari (artrosi, ecc...). Pensiamo che integrando la valutazione che riporteremo di seguito (palpazione articolare con mappa del dolore secondo Rocabado) (1) ai criteri diagnostici della MTC si possa offrire allo specialista un aiuto in più per inquadrare il paziente e capire quando le problematiche insorgano per motivi o fattori puramente oclusali o quando la sollecitazione dell'ATM sia conseguente (esclusivamente o parzialmente) ad uno stato di disequilibrio generale che si sta manifestando in quella sede (frequentemente, non solo in quella sede).

Non esiste nessun test che **da solo** possa garantire l'unicità di causalità dell'occlusione nel determinismo della patologia: i test posturali, la MCP (manovra di Convergenza Podalica), i test kinesiologici eseguiti con rulli di cotone, stabilometrie, baropodometrie, elettrognatomiografie, ecc ; tutti possono però avere una rilevanza fondamentale nel permettere all'operatore di " cogliere" l'importanza di un comportamento o di una particolare reazione ad una sollecitazione indotta (8, 9, 10) (ricordiamo a tale proposito che, allo stato attuale, l'unico punto su cui gli gnatologi ed i terapisti del settore sono concordi riguarda la multifattorialità della patologia) .

Solo attraverso l'integrazione di dati correttamente rilevati è possibile conoscere lo stato funzionale dell'articolazione e , ad esempio, del sistema posturale. Esistono matrici funzionali comuni a più discipline, che forse aspettano solo di essere approfondite ed integrate secondo apposite chiavi di lettura.

Procediamo quindi ad una considerazione funzionale esclusivamente intrarticolare dell'ATM, non potendo, per ovvi motivi di spazio, trattare anche le problematiche morfo-strutturali , i disequilibri posturali (e le catene posturali, assimilabili ai meridiani Tendino-Muscolari e Curiosi) o altro.

Cenni di anatomo-fisiologia dell'ATM

L'ATM, o meglio, come Rocabado (1) la definisce, l'ASTMD (articolazione sinoviale temporo mandibolare discale), è una diartrosi sinoviale : una articolazione costituita da superfici ossee articolari (condilo mandibolare e fossa temporale), tra cui è interposto il disco articolare, struttura fibrocartilaginea deputata ad accompagnare il condilo nei suoi movimenti all'interno della fossa evitando i carichi compressivi e l'usura tra le superfici ossee. Il disco ha forma biconcava ed è mantenuto in sede antero-posteriore proprio in virtù della sua morfologia, delle sue concavità, che si articolano con le convessità del condilo e dell'eminenza articolare , ed in sede latero-mediale attraverso i legamenti collaterali (che lo legano ai poli mediale e laterale del condilo mandibolare) . Ricordiamo che, proprio per principi biomeccanici, non sarebbe possibile avere stabilità articolare senza il disco, considerato che articolerebbero tra loro 2 superfici convesse (condilo ed eminenza articolare). Il disco articolare divide l'ATM in due articolazioni: l'articolazione condilo-discale e l'articolazione disco-temporale, entrambe lubrificate da liquido sinoviale, raccolto nelle 4 sinoviali: 2 anteriori (superiore ed inferiore) e 2 posteriori (superiore ed inferiore). Posteriormente al disco articolare si trova la zona bilaminare, struttura riccamente innervata e vascolarizzata che si riempie di sangue durante l'apertura della bocca per modificazione del gradiente pressorio intraarticolare e si svuota durante la chiusura, nutrendo ed irrigando i vari compartimenti e le varie strutture articolari. Tutta l'ATM è avvolta a manicotto dalla capsula articolare (forse la prima struttura che dovrebbe essere considerata in tutte le

patologie articolari, risultando evidente che dal suo stato di contrattura o di lassità dipende molto la mobilità o l'instabilità articolare), troppo spesso ignorata! Il disco articolare si continua anteriormente con il legamento del capo superiore del muscolo pterigoideo laterale (il cui capo inferiore si inserisce sul collo del condilo), in cui passa l'arteria pterigoidea. La corretta posizione del condilo all'interno della fossa e la giusta pressione tra condilo ed eminenza temporale (pressione che, ricordiamo , è fondamentale per il mantenimento della stabilità biomeccanica antero-posteriore del disco) è mantenuta attraverso il legamento temporo-mandibolare che si porta dall'eminanza articolare al condilo, ed esercita la tensione stabilizzante antero-superiore sul condilo stesso. L'ATM si trova in riposo fisiologico quando è in relazione centrica temporo-mandibolare , in posizione pertanto di minor pressione interna articolare.

In questa posizione non esiste alcuna tensione sinoviale e ligamentosa e non esiste alcuna compressione strutturale. E' purtroppo consuetudine in ambito odontoiatrico eseguire la valutazione articolare attraverso la sola palpazione del polo laterale del condilo mandibolare e l'auscultazione di eventuali rumori . E' invece di fondamentale importanza palpare anche tutte le zone sopra descritte (ed in realtà ve ne sarebbero molte altre, omesse per ovvi motivi di brevità e di semplificazione). La dolenzia o la dolorabilità di ciascuna zona rivela un particolare stato patologico funzionale dell'articolazione.

Sino a qualche tempo fa (4), e per molti professionisti ancora oggi, le patologie dell'ATM si classificavano in intraarticolari ed extraarticolari; le elenchiamo brevemente

Per patologie intraarticolari si intendevano :

- click articolare indice di incoordinazione condilo-discale riducibile
- lock (blocco articolare) indice di incoordinazione condilo-discale irriducibile
- crepito , segno di degenerazione , usura o irregolarità articolare

Per patologie extraarticolari si intendevano le " sindromi miofasciali"

- bruxismo e serramento
- algie muscolari

Attualmente l'attenzione posta sulle disfunzioni articolari ha permesso in ambito diagnostico, la differenziazione tra patologie di interesse posturale (in cui l'equilibrio di meccanismi integrati di tipo neuro-muscolare , che si instaurano attraverso catene posturali funzionali, può essere perturbato da fattori occlusali, visivi, podalici) che possono alterare anche l'equilibrio funzionale intraarticolare (attraverso le correlazioni anatomico- fisiologiche sopra descritte tra inserzioni muscolari e strutture intraarticolari), patologie sistemiche con coinvolgimento articolare (si pensi ad esempio alla lassità ligamentosa , fattore predisponente l'instabilità intra ed extraarticolare od a patologie degenerative più gravi quali artrite reumatoide, ecc.), patologie traumatiche, ecc., non scindendo in maniera categorica i coinvolgimenti intra ed extra articolari, e valutando in maniera molto più attenta e scrupolosa i tessuti molli nei disordini cranio-cervicali e temporo-mandibolari..

Una attenta considerazione dei tessuti molli può infatti permettere di intercettare in fasi iniziali disequilibri articolari e di capire in quale direzione la perturbazione vada sviluppandosi.

E' frequente nella pratica clinica, trovare situazioni di instabilità nei rapporti condilo-disco- temporali, accompagnati da dolore in sede anteriore articolare per sinoviti anteriori dovute ad ipermobilità articolare, o casi di posteriorizzazione condilare causate da alterazioni occlusali con dolore compressivo in zona bilaminare o sinoviale posteriore.

Risulta fondamentale per ciascun operatore conoscere le relazioni tra mappa topografica del dolore ed alterazione funzionale più probabilmente correlata.

Accenniamo di seguito ai più importanti e semplici punti di valutazione intraarticolare:

Palpazione in sede sinoviale anteriore superiore ed inferiore: si esegue ponendo il dito medio sul polo laterale del condilo e ruotandolo leggermente in direzione anteriore superiore o inferiore ed in sede posteriore superiore o inferiore. L'evocazione del dolore in questa sede a seguito di una leggera stimolazione pressoria indica una sollecitazione meccanica ripetuta sulle sinoviali anteriori o posteriori, legata ad iperfunzione, a parafunzione mandibolare o a precontatti dislocanti in protrusiva il condilo stesso.

In alcuni casi la compressione può essere dovuta da una dislocazione anteriore del disco articolare che preme sulla sinovia. La diagnosi differenziale si esegue con accorta valutazione anamnestica (annotando se il paziente ha avvertito o meno rumori di click pregressi) ed attraverso altre manovre cliniche (compressione articolare, esame obiettivo ecc.).

Palpazione sul polo laterale del condilo: E' la palpazione più frequentemente eseguita in ambito gnatologico, e spesso non considerata per quello che in realtà evidenzia. In tale sede si valuta il legamento collaterale laterale condilo-discale. Un dolore in questa sede indica una contrattura o uno stiramento di questo legamento, con conseguente probabilità di dislocazione latero-mediale del disco (in alcuni casi di infiammazione tendinea).

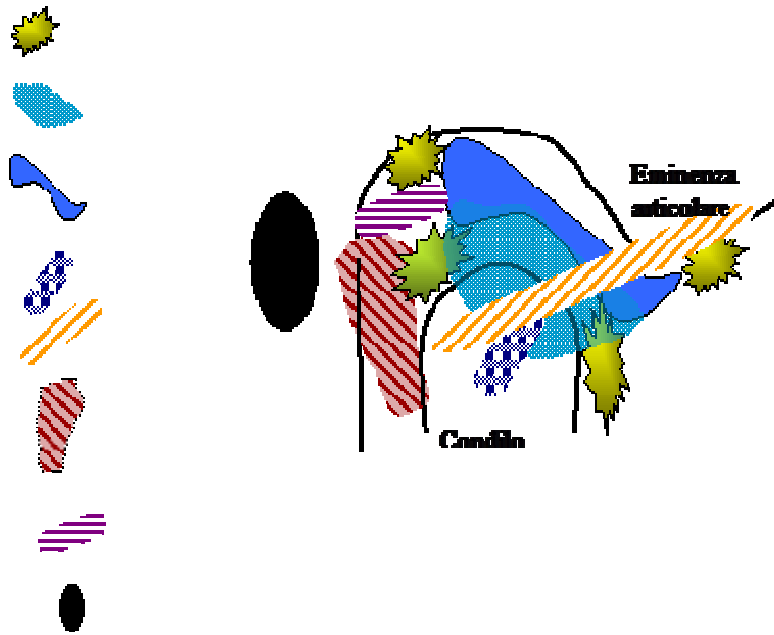
Palpazione sul legamento temporo-mandibolare: Palpando la zona che va dal condilo mandibolare all'eminanza articolare, è possibile sollecitare il legamento temporo-mandibolare: una dolorabilità di questo legamento può essere anch'essa dovuta a contrattura o stiramento: contrattura nell'eventualità ad esempio di perdita del disco articolare (che non mantiene più i corretti spazi e rapporti tra condilo e fossa) ed iperfunzione della muscolatura elevatoria che porta il condilo in avanti ed in alto; stiramento a seguito di contatti occlusali (es. protesi incongrue) o iperlassità ligamentosa, che allontanano il condilo dalla parete della cavità articolare e dalla sua fisiologica posizione di equilibrio. L'aumento dello spazio disco-condilare crea una diminuzione di pressione del condilo stesso sul disco (indispensabile per il mantenimento del disco in sede).

Palpazione in sede sinoviale posteriore superiore ed inferiore: le sinovie posteriori si localizzano ponendo il dito medio sul polo laterale del condilo e ruotandolo leggermente in direzione posteriore superiore o in sede posteriore inferiore. Dolore in questa zona indica prevalentemente la presenza di una retro e/o supero posizione condilare causata da fattori occlusali dislocanti il condilo in posizione patologica.

Palpazione della zona bilaminare: Si esegue portando la mandibola in leggerissima compressione posteriore e palpando la zona in questione. Se si evoca dolore, possono esservi processi infiammatori causati da compressione articolare posteriore (dovuti a trauma, fattori occlusali, ecc.).

Palpazione della zona (o legamento) retrodiscale: può rilevare la presenza di retrodisciti per probabile sollecitazione meccanica del condilo sulla banda posteriore del disco e stiramento (o infiammazione) della porzione retrodiscale.

A scopo esemplificativo alleghiamo un semplice schema articolare (17):



Da queste , pur schematiche, correlazioni anatomico-funzionali, è facile comprendere quanto sia complessa la formulazione di una corretta diagnosi sullo stato articolare e di quanto possa essere semplicistico e limitante ricondurre tutta la patologia dell'ATM ad artrosi o blocchi articolari.

Esiste una serie di disequilibri dei tessuti molli che spesso precede i danni ossei (usure ,degenerazioni) o le incoordinazioni condilo-disco – temporali riducibili o irriducibili (click o locking articolari).

Generalmente comunque possiamo affermare che, quando non accompagnati da situazioni occlusali causa di scivolamento anteriore mandibolare in chiusura, i dolori in sede articolare anteriore possono far pensare ad alterazioni di tipo funzionale (es: ipermobilità, parafunzioni, abitudini viziate,ecc.), mentre quelli posteriori a cause di tipo occlusale (precontatti, protesi incongrue, alterazioni occlusali ecc..). Naturalmente la valutazione va eseguita per singola articolazione e va integrata all'esame obiettivo o diagnostico classico per ogni singolo individuo.

Volendo tracciare delle linee guida sull' approccio alle problematiche articolari dell'ATM, si potrebbe semplicemente eseguire una distinzione tra problemi causati da fattori occlusali e problemi non causati da fattori occlusali:

1. PROBLEMA ATM CAUSATO DA FATTORI OCCLUSALI:

Il problema articolare (intra o extra articolare) è causato da dislocazione patologica del condilo mandibolare e/o del disco articolare con perdita dei corretti rapporti intrarticolari e/o comparsa di disequilibri muscolari per compressione o stiramento dei legamenti che sul condilo si inseriscono, o per compressione o stiramento dei tessuti molli adiacenti. Può aversi, ad es. una compressione sulle sinovie posteriori o sulla zona bilaminare con strozzamento sinoviale e successive aderenze cicatriziali per assenza di lubrificazione , o stravasi sanguigni ed edema in zona bilaminare.

Queste condizioni possono creare una compressione biomeccanica sui meridiani energetici e dolorabilità palpatoria o spontanea degli agopunti limitrofi.

Attraverso queste vie potrebbe ad esempio crearsi una patologia sistemica con caratterizzazione tipica del meridiano ostruito o danneggiato, reversibile attraverso una terapia ortognatica o articolare, che elimini il fattore patologico scatenante, e solo parzialmente o temporaneamente modificabile attraverso

altre terapie (massaggi, terapie manuali, agopuntura ecc..) che creino equilibri momentanei non rimuovendo la noxa patogena (in tal caso occlusale).

Per fare ancora degli esempi, si potrebbe pensare al punto GB2 , posizionato anatomicamente *tra sinovia posteriore inferiore e zona bilaminare* che , in caso di posteriorizzazione del condilo per precontatti postero-dislocanti la mandibola, potrebbe essere compresso , ostruire il meridiano e generare la produzione di Vento Interno.

Nei periodi di maggior espressione del meridiano o se si associa uno stato emozionale che interessi il meridiano si sommeranno carichi biomeccanici a carichi energetici e potranno evidenziarsi maggiormente deficit e disequilibrio .

Il riequilibrio secondo agopuntura e/ o MTC può migliorare la patologia o risolverla, ma permanendo la compressione e la stasi , la sintomatologia può ripresentarsi sino a quando continua a persistere la noxa patogena . Occorrerà risolvere il problema anche localmente.

In tal caso un bite ben ottimizzato, o una terapia occlusale congrua, può creare una decompressione posteriore, permettere il normale scorrimento energetico e, paradossalmente, migliorare lo stato emotivo del paziente (da stasi energetica) oltre alla sintomatologia articolare o muscolare correlata.

2. PROBLEMA ATM CAUSATO DA FATTORI NON OCCLUSALI:

In questo caso il paziente si rivolge a visita gnatologica e, se opportunamente interrogato, riferisce numerosi altri disequilibri in distretti energeticamente correlati all' ATM. Per questo motivo è estremamente importante in ambito gnatologico, approfondire l'interrogatorio , estendendolo anche per distretti apparentemente non correlati anatomicamente o funzionalmente secondo la medicina tradizionale, all'ATM : questo tipo di paziente frequentemente è già in cura per altre problematiche presso altri specialisti.

L'azione biomeccanica (attraverso terapie ortognatodontiche , posturali o fisioterapiche), può :

1. MIGLIORARE LA SITUAZIONE se esiste un co-fattore perturbante in quella sede (in tal caso però il miglioramento può risultare parziale o instabile)(19)
2. NON MODIFICARE AFFATTO LA SITUAZIONE se le cause del disequilibrio non hanno alcun rapporto con le struttura trattata localmente: ad esempio, può essere che un dolore in sede GB2 possa derivare dalla liberazione di Vento Interno (Nei Feng) di Fegato per stasi di Qi del Fegato o da liberazione di Calore –Vuoto di Fegato per deficit della radice Yin del Rene; lo spasmo muscolare e i sintomi da Vento, insieme a quelli psichici, possono anche suggerire un concomitante deficit di Sangue (Xue)(6, 11). Ancora può essere che un dolore al TB 21 per risalita dello Yang di fegato, possa essere ricondotto ad un dolore sinoviale posteriore e retrodiscale (ed altrettanto che uno stiramento del retrodisco o una sinovite posteriore superiore possano creare problemi al TB). In questi casi la problematica articolare risulta essere solo una manifestazione del problema.
3. MODIFICARE NEGATIVAMENTE LA SITUAZIONE se la sollecitazione indotta non è idonea e crea un sovraccarico a livello dei punti e dei meridiani in disequilibrio o, in alcuni casi, addirittura un disequilibrio biomeccanico. Riportiamo un esempio per ogni eventualità :
 - a) Applicare un bite ad un paziente con labbra incompetenti (quale ad es. un respiratore orale):

con il bite (che aumenta la dimensione verticale) il soggetto avrà le labbra ancora più incompetenti e metterà in funzione l'orbicolare per portarle a contatto, generando per riflesso un grosso aumento di tono dei muscoli elevatori.. Praticamente, se non opportunamente istruito, il soggetto, che prima non teneva

i denti a contatto in posizione di riposo, può diventare un serratore e sviluppare cervicalgie per rotazione posteriore del cranio (con compressione di tutti gli agopunti ed i meridiani che si collocano nella parte occipito- cervicale).

- b) Un bite applicato ad un paziente con sinovite anteriore (causata magari da iperlaxità ed ipermobilità articolare, con il condilo che traumaticamente comprime ed infiamma la sinovia anteriore durante i movimenti di apertura della bocca), può portare il condilo in posizione anteriore anche in fase di riposo, impedendo il completo ritorno condilare nella cavità, e stressare ulteriormente la sinovia interessata (ed eventualmente il punto ST 7 , topograficamente molto vicino a questa, creando un disequilibrio energetico nel meridiano in questione), impedendo una guarigione che altrimenti si otterrebbe solo attraverso il riposo funzionale articolare (1,7)

E' estremamente interessante notare come alterazioni funzionali articolari possano essere correlabili a condizioni di disequilibrio energetico e viceversa:

Potrebbe ad esempio succedere che:

- per invasione di vento-calore (e secchezza) del legno nella terra (per deficit di yin o sangue), la sinovia (legata all'elemento terra- acqua) , e quindi il liquido sinoviale, si seccano, non lubrificano i compartimenti articolari, e causano aderenze del disco sulla fossa o limitazioni funzionali per immobilizzazione del disco
- un aumento dell'umidità (deficit della terra) in sede sinoviale crea una diminuzione della fluidità , un aumento della viscosità del liquido sinoviale che predisponga a fenomeni di tipo infiammatorio (sinoviti) , e conseguentemente per diminuzione della mobilità articolare (spesso a fini antalgici), a fenomeni artrosici.
- un aumento dei liquidi provoca edemi e stravasi articolari con gonfiore e dolore in zona articolare

Per permettere un'associazione tra alterazione anatomo-funzionale e coinvolgimento meridiano-energetico , ricordiamo alcuni punti e la loro azione, tracciando una possibile correlazione con le strutture sopra citate,:

SI 19 : davanti al trago, nella depressione che si forma dietro l'osso mandibolare, aprendo la bocca. Punto di unione tra meridiano del TB e della GB. Azione: giova nei disturbi uditivi di qualsiasi tipo , anche gli acufeni. Elimina le ostruzioni dal meridiano.

Indicazioni: ipoacusia, sordità, acufeni, dolore alle orecchie, otite, nevralgia trigeminale, mal di denti, paresi facciali, patologie cefaliche da Vento interno di Fegato (Nei Feng).

Anatomicamente potrebbe essere collocato tra la zona bilaminare, la sinovia posteriore inferiore ed il legamento retrodiscale

GB 2 : Di fronte all'incisura intertragica, sotto TB 21 e Si 19, nella parte inferiore della depressione che si forma aprendo la bocca

Azione: espelle il vento, stimola il libero fluire del Qi, giova alle orecchie.

Indicazioni: Acufeni, ipoacusia , otorrea purulenta, otite, spasmi dei muscoli masticatori, lussazione della ATM, mal di denti, crampi, spasmi, paralisi facciali, nevralgia trigeminale, parotite

2GB porta lo Yang dall'orecchio e dall'articolazione verso l'occhio, in caso di suo disfunzionamento si trova un pieno di Energia in occhio e naso e vuoto in sede articolare.

Anatomicamente potrebbe essere collocato tra la sinovia posteriore inferiore e la zona bilaminare

TB 21: fra l'elice ed il trago, nella parte superiore della depressione che si forma aprendo la bocca, superiormente al processo condiloideo.

Azione : Giova alle orecchie, purifica il calore

Indicazioni: acufeni (ronzii di insetti), infiammazioni ed ulcerazioni dell'orecchio, otorrea purulenta, ipoacusia, gengivite ulcerativa, otite media.

Agopunto ad azione locale per patologie da risalita dello Yang del fegato

21 TB Muove lo Yang assieme a 4GB e 6ST, in caso di disfunzionamento patologia dolorosa migliorata dal massaggio o articolare migliorata dalla masticazione.

Anatomicamente potrebbe essere collocato tra la sinovia posteriore superiore ed il legamento retrodiscale

ST 7 : Sotto il bordo inferiore dell'arcata zigomatica, nella fossetta tra processo coronoideo e condilo mandibolare (in posizione leggermente anteriore rispetto al condilo mandibolare)

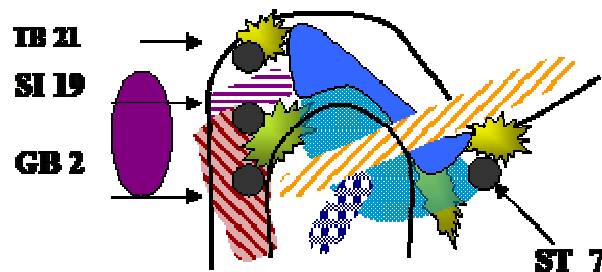
Caratteristiche: punto di riunione con il meridiano della vescica biliare.

Azione: tonifica e rinforza la ,milza , il polmone ed il rene. Espelle il Calore – umidità, rimuove le ostruzioni dal meridiano

Indicazioni: Lussazione della mandibola, otorrea, gengiviti, mal di denti, dolori alle orecchie, ipoacusia, acufeni, paralisi facciale, spasmi del muscolo massetere, nevralgia trigeminale. Problemi nell'apertura e chiusura della bocca.

7ST porta lo Yang dall'alto in basso, in caso di disfunzionamento pienezza alle tempie (cefalea) con vuoto articolare Indicato per le disfunzioni cranio-facciali (precedentemente denominate Sindrome di Costen), per le algie facciali atipiche.

Anatomicamente potrebbe essere collocato nella sinovia anteriore superiore .



Da quanto sopra esposto, non risulta strano che in sede sinoviale siano presenti agopunti deputati a disperdere Vento-Calore ed a tonificare (o quantomeno

equilibrare)Milza-Rene,e in zona retroarticolare (zona più vascolarizzata ed innervata) punti che possano mantenere i corretti rapporti tra le logge acqua-terra e le logge legno-fuoco, particolarmente attraverso la purificazione di Vento-Calore che in questa sede potrebbe più facilmente accumularsi e nella regolazione dell'umidità e dell'acqua (edema).

Sempre concorde a questi criteri risulta l'utilizzo del **6LI** (punto Luo), attivo tanto nelle sindromi depressive , quanto nell'edema da Vento/Umidità (11). Essendo questo un punto Luo è particolarmente indicato in due circostanze cliniche (12):

- turbe di natura relazionale e psicosomatica
- disturbi locali del trofismo per deficit della *Yingqi*.

Affascinati da queste correlazioni e dalla complessità della macchina umana, consigliamo come ulteriore ausilio diagnostico, l'utilizzo dell' esame della lingua, che potrebbe evidenziare meglio patologie o disarmonie esistenti al momento della visita, ed aiutare nella così tanto importante diagnosi differenziale. In effetti l'esame della lingua è molto più semplice, per noi occidentali, dell'altro grande sistema diagnostico cinese legato al polso (13). In effetti biotipologia intesa come esame fisico generale, del viso e delle mani ed esame della lingua permettono di inquadrare un individuo in un contesto diatesico e di precisare, al momento dell'osservazione, la turba energetica presente (Vento di Fegato, Vuoto di Sangue, difetto di Yang di Milza, ecc.) (14). Le costituzioni più coinvolte, in base a quanto detto sopra, saranno quella, Legno, Fuoco e Terra. Rivediamone le caratteristiche generali (15,18) e le più frequenti patologie dell'ATM:

Legno (Mu) 木

Alto, imponente, ovvero di altezza media ma simmetrico ed armonioso. Spalle larghe, vito ossuto, colorito olivastro. Mano asciutta, striata sul palmo. Movimenti ampi, a scatti, irregolari, nervosi. Sguardo fiero, brulicante. Preferisce vestirsi di verde e marrone. E' fantasioso, istintivo, tendente all'ira. Sviluppa soprattutto patologie dei muscoli masticatori e dei legamenti. E' affetto, molto spesso, da bruxismo. Soprattutto il Legno Yang (Shao Yang)^[1] è interessato e può avere turbe da Calore Umidità. Utili i punti 2GB e 19SI. Come punti generali 34GB e, per Calore-Umidità, 6TB. La lingua (16) può essere arrossata sui bordi (Stasi di Qi), ovvero tremolante (liberazione di Vento), con induido giallo o grigio e adeso (Calore ed Umidità).

Fuoco (Huo) 火

Corporatura massiccia, testa relativamente piccola, occhi luminosi e magnetici. Mano lunga, fine, agile. Cammina con armonia, quasi sulla punta dei piedi. Entusiasta, altruista, emotivo. Sviluppa patologie logiche con essudati ed edemi locali. E' soprattutto il tipo Shao Yin^[2] ad essere più colpito. La lingua, molto spesso, è arrossata in punta (16) o presenta un rafe mediano (16) molto inciso, profondo o evidente. Punto locali attivi sono il 21TB ed il 7ST (riducono l'eccesso di Yang e quindi di Fuoco e Calore). Punto attivo a distanza 3H.

Terra (Tu) 土

Tarchiato, di media taglia, con mani forte e spatolose. Colorito giallastro, cute seborroica. Naso con punta prominente. Intelligente, razionale, vendicativo. Sviluppa patologie dei menischi, della sinovia e dei legamenti. E' soprattutto il tipo Tai Yin^[3] ad essere più facilmente colpito. La lingua è gonfia, con impronte laterali (Vuoto di Yang). Come punto locale è utile il 19SI e, per l'azione generale, utile la coppia 12CV e 20 BL (meglio se in moxa).

Bibliografia

1. M. Rocabado: *Valutazione e terapia dell'articolazione temporo-mandibolare*. Castiglione della Pescaia (GR) Corso Teorico – Pratico . I e II livello : 12-16 maggio 2000; III livello: 14-16 maggio 2001
2. J. Lejoyeux : *Aspect comportemental morphopsychologique et typologique du syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur*. Rev Orthop. Dento Faciale 21/ 1987
3. E. Federici: *Gli effetti dell'ansia sulle strutture della masticazione*. Il Dentista Moderno 6/ 1984: 795 – 801
4. R. Ciancaglini: *La patologia disfunzionale dell'articolazione Temporo-mandibolare*. Dental Cadmos 17/ 1985
5. G. Saudelli, P. Vecchi: *Malocclusione dentaria: Risentimento della articolazione temporo-mandibolare e canali energetici coinvolti. Alcune considerazioni cliniche e diagnostiche* La mandorla on line 1999 (www.agopuntura.org)
6. De Berardinis D. e coll.: *Organi e Visceri in Medicina Cinese*, Ed. Bimar/Sanli, Roma, 1992
7. Kespì J.M.: *Acupuncture*, Ed. Maisonneuve Moulin-les-Metz, 1982.
8. F. Deodato, C. Malpassi, R. Trusendi, R. Giorgetti : "*Osservazioni sull'utilizzo di uno spessore occlusale calibrato e di rulli di cotone nella valutazione posturale di possibili interrelazioni tra occlusione e deficit di convergenza oculare. Caso clinico*". Atti XVI Convegno Nazionale SIDO. Firenze, 1 - 4 novembre 2000
9. F. Deodato, C. Di Stanislao, B. Patanè, L. Paoluzzi, B. Venditti : *Correlazioni tra Occlusione, Respirazione e Postura: letteratura, considerazioni e proposte*. (In visione presso : Rivista della Società Italiana di Agopuntura)
10. F. Deodato, C. Cattaneo, M. Cattaneo, R. Giorgetti, C. Malpassi : *Proposta di cartella clinica per l'analisi posturale nel paziente ortodontico. Un caso clinico*. Ortognatodonzia Italiana 2001 (in pubblicazione).
11. Di Stanislao, Corradin e coll.: *Considerazione sui punti e meridiani Luo, La Mandorla*, (www.agopuntura.org), 2001, 15
12. Low R.: *Secondary vessels*, Ed. Thorton, London, 1983.
13. Bossy J., Laffont J.L., Maurel J.Cl. : *Semeiotica Agopunturistica*, Ed. Marrapese, Roma, 1981.
14. G. De L'Homme: *L'examen du malade en Médecine Chinoise*, polycopie, Ed. AFA, Paris, 1983.
15. C. Di Stanislao, D. De Berardinis: *La diagnosi biotipologia in MTC*, www.sia-mtc.it [Contributo](#) a Congressi Biomedici, 2003.
16. B. Kirschbaum: *Atlas of Chinese Tongue Diagnosis*, Ed. Eastland Presse, Seattle, 1998.

- 17.F. Deodato, R. Trusendi, P. Nannelli Et al.: " *Confronto diagnostico tra palpazione secondo la mappa del dolore di Rocabado, RMN ed EGMG nei pazienti con incoordinazione condilo-discale con riduzione*" *Ortognatodonzia Italiana* 10, 4-2001; 445- 452
- 18.F. Deodato, L. Paoluzzi, R. Giorgetti, B.Venditti: " *Gnatologia E Morfopsicobiotipologia: Considerazioni Cliniche*" *Italian Journal of Traditional Chinese Medicine* N°101/ 8- 2001; 38 – 43
- 19.F. Deodato, C. Di Stanislao, B. Patanè, B. Venditti: " *Correlazione tra occlusione, respirazione e postura*" *Rivista Italiana di Agopuntura* n° 102 /12 - 2001 ; 27-42

Bibliografia sulla indicazione dei punti di agopuntura

- Deadman P, Al-kafaji M., Becker S.: *Manuale di Agopuntura*, Ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000.
- Guillaume G., Chieu M.: *Dictionaire des Points d'Acupuncture*, Voll I-II, Ed. Guy Trèdaniel, Paris, 1995.
- Gori G.: *Il ruolo energetico dei punti di agopuntura*, Ed. S. Marco Libri, Venezia, 1989.
- Hemen C.H.: *Atlante di Agopuntura* Ed. Ulrico Hoepli, Milano1999.

Indirizzo per chiarimenti:

Francesco Deodato

Via Tripoli 61 – 58100 Grosseto

Tel e fax 0564 417719 E – mail : francescodeo@tiscalinet.it

^[1] Nel camminare muove ampiamente le braccia, è pretenzioso.

^[2] E' invidioso, cammina a testa bassa, si rallegra delle disgrazie altrui. Di media statura non ha muscoli molto potenti.

^[3] I muscoli sono flaccidi, la cute è spessa, il volto è cupo. E' estremamente educato e si sottomette a tutti.