



## GNATOLOGIA E MORFOPSI-COBIOTIPOLOGIA: CONSIDERAZIONI CLINICHE

F. Deodato\*, L. Paoluzzi\*\*, R. Giorgetti\*\*\*

\*Docente di Gnatologia clinica, Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria.

Università degli studi di Siena

\*\* Docente di Agopuntura e M.T.C., Istituto Superiore di Medicina Olistica.

Università degli Studi di Urbino.

\*\*\* Ordinario della Cattedra di Ortognatodonzia. Direttore della scuola di specializzazione in ortognatodonzia.

Università degli Studi di Siena

### RIASSUNTO

Gli autori esaminano la patologia della articolazione temporo-mandibolare e la propongono in una nuova chiave di lettura. La Morfopsicobiotipologia può permettere valutazioni profonde sui terreni predisponenti patologie precise e strettamente individuali. Questo nuovo approccio diagnostico (che non vuole sostituire, ma integrarsi alle metodiche usuali) necessita di una attenta osservazione del paziente e può rivestire un ruolo molto importante nella valutazione preventiva (verso cui ogni operatore in ambito sanitario dovrebbe tendere) e nel successo terapeutico.

**PAROLE CHIAVE:** ATM, Articolazione M.T.C., Biotipologia

### ABSTRACT

The authors re-examine TMJ dysfunction. They suggest a new way to evaluate this kind of problem: Morpho-psyco-bio-typology. This analysis makes possible important evaluations about factors and different situations, that can predispose to specific and individual diseases. This new diagnostic method

(it's not a substitute but an helping method to the previous one) is based on a careful patient's observation and it can be a very important approach for preventive evaluations and successful therapy.

**KEY WORKS:** TMJ, Joint, M.T.C., Bio-typology.

---

L'analisi e lo studio delle problematiche articolari è attualmente oggetto di grosso interesse. La partecipazione dell'ATM nell'equilibrio del distretto cranio-cervico-articolare e conseguentemente nel complesso posturale è in continuo approfondimento. In ambito gnatologico è riconosciuta una eziologia multifattoriale alle problematiche disfunzionali delle ATM, strettamente correlate a caratteristiche individuali: fattori quali stress, ansia, tensioni emotive (intese come compartecipanti non soltanto nel determinismo dell'iperattività masticatoria, ma anche causa di abbassamento della soglia di adattabilità del sistema(1)) lassità ligamentosa, parafunzioni quali bruxismo e serramento, malocclusioni dislocanti la mandibola in posizioni patologiche, oltre naturalmente ad eventi traumatici o a cause biomeccaniche. Per questi motivi le terapie proposte sono molteplici: interventi ortognatici atti ad eliminare i fattori biomeccanici causa di dislocazioni mandibolari patologiche nei tre piani dello spazio, riequilibri posturali per il ripristino di alterazioni ascendenti ( che originano dal piede) o discendenti ( con partenza dagli occhi o dalla bocca), terapie fisiche con rieducazioni propriocettive articolari o strutturali in senso lato e tanto altro ancora. (proposte secondo metodiche di ROCA BADO; BRICOT, Terapia con placche gnatologiche, ecc...) Tutto questo , pur supportato da esperienze scientifiche o cliniche, viene eseguito frequentemente in maniera indiscriminata, con il susseguirsi di insuccessi terapeutici o solo di successi parziali, che sicuramente incidono in maniera considerevole sull'economia dei pazienti e che spesso non soddisfano le loro aspettative.

Il problema potrebbe derivare da una considerazione dell'ATM troppo "specialistica", del visualizzare una manifestazione locale sotto una lente d'ingrandimento, proponendone aspetti sempre più settoriali e particolari, ma perdendo di vista la globalità del sistema. Il momento fondamentale di ogni atto

medico è incentrato sulla diagnosi: l'acquisizione di dati anamnestici, clinici ed eventualmente strumentali, la loro lettura, interpretazione ed integrazione (decodifica) e la formulazione di una ipotesi diagnostica. Solo successivamente si potrà procedere ad una corretta impostazione terapeutica. Una possibile causa di errore (o quantomeno di parziale valutazione di manifestazioni patologiche) può derivare dall'attuale tendenza ad inquadrare ogni patologia in maniera sempre più tecnica, sempre più specialistica, ponendo l'attenzione su aspetti sempre più particolari, come accennato in precedenza. Si tende per conseguenza ad esaminare il particolare di un particolare, e di avere bisogno di più terapie per far guarire il "complessivo": il paziente. Inoltre la standardizzazione terapeutica che richiediamo alla medicina, essere integrata ad una più profonda analisi "costituzionale" del terreno su cui si interviene.

La patologia può infatti manifestarsi per persistenza di uno stimolo patogeno ma anche per abbassamento delle capacità adattative del singolo, pertanto una stessa perturbazione può risultare determinante in un particolare momento o su un determinato soggetto, per diminuzione della sua capacità adattativa in quel frangente. È fondamentale conoscere il range di tolleranza di un sistema, la sua reattività, per poter stabilire l'approccio più adeguato per "quel" particolare individuo in "quel" particolare momento. Sottolineo che non si tratta di cercare la terapia per la patologia, ma per il soggetto.

Indagando più profondamente, potremo esaminare con diverse chiavi di lettura problematiche locali apparentemente uguali, diversificandone l'approccio terapeutico, personalizzandolo. Lo studio biotipologico permette di individuare le caratteristiche salienti fisiche e comportamentali di ogni assistito e può aiutarci attraverso questa decodifica individuale, di comprendere come mai occlusioni perfette possano accompagnare problematiche delle ATM o viceversa occlusioni disequilibrate ed estremamente compromesse no. Allo stesso modo potremmo capire perché alcuni pazienti riferiscono aggravamenti sintomatologici in particolari momenti dell'anno, in particolari condizioni climatiche o a seguito di particolari emozioni o sentimenti.

Naturalmente (tengo a precisarlo) in assenza di cause scatenanti precise (traumi ecc...).

L'individuazione delle predisposizioni biotipologiche di ciascuno può aiutare a preservare meglio l'equilibrio individuale in caso di patologie non conclamate o di migliorare le capacità reattive in caso di manifestazione patologica.

## **VALUTAZIONE E CLASSIFICAZIONE CEFALOMETRICA ORTOGNATODONTICA**

L'analisi cefalometrica ortognatica suddivide i pazienti in tipologie Normofacciali, Brachifacciali, Dolicofacciali ( rif. biblio). In maniera esemplificativa consideriamo brachifacciale un soggetto con il terzo inferiore del viso corto, con crescita in anterorotazione mandibolare, con un buon tono della muscolatura elevatoria mandibolare. All'analisi cefalometrica il prolungamento del piano mandibolare risulterà esterno al bordo inferiore della squama occipitale ( fig.2) .Il volto è generalmente quadrato con mandibola grossa e forte.



Caratteristiche del soggetto Dolicofacciale



Caratteristiche del soggetto Brachifacciale

L'arcata dentaria sarà generalmente ampia e la sinfisi mentoniera pronunciata. L'ipertono della sua muscolatura elevatoria, oltre ad una predisposizione tipologica e costituzionale, deriva dall'iperfunzione di questa ( a volte utilizzata per scaricare tensioni emotive interiori) e condiziona la crescita oraria della mandibola stessa. Fisicamente può presentare arti corti con ossatura forte e muscolatura tonica. Caratterialmente è generalmente un estroverso. Le patologie del distretto cranio-cervico-articolare che possono più facilmente o frequentemente interessarlo saranno le algie muscolo-tendinee considerata l'iperattività della sua muscolatura . A seguito di questa iperattività muscolare possono instaurarsi problematiche intraarticolari per alterazione dei rapporti tra condilo, disco e fossa articolare.

Il soggetto dolico presenta il terzo inferiore del viso allungato rispetto al terzo superiore e medio. Ne consegue un volto lungo, con crescita della mandibola in posterorotazione, frequentemente causata o aggravata da problemi di postura linguale bassa e respirazione orale . Ne scaturirà un palato ogivale, profondo per la mancata funzione espansiva della lingua, posizionata sul pavimento della bocca, e spesso affollamento dentario. La sinfisi mentoniera è piccola ed il mento generalmente sfuggente. Questo soggetto, frequentemente introverso, può presentare problemi respiratori ( facies adenoidea), allergici, colorito pallido, astenia (a volte irrequietezza), lassità dei legamenti, arti lunghi con ossatura sottile. All'esame teleradiografico il bordo inferiore della mandibola risulta secante la squama occipitale( Fig 1). A causa della sua lassità ligamentosa può presentare quadri di instabilità intraarticolare nei rapporti condilo-disco-fossa, riferendo episodi di lussazione o sublussazione articolare o ancora incoordinazioni disco condilari o disco-temporali.

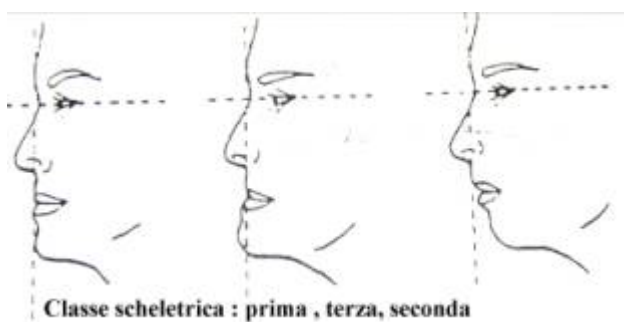


Fig.1 : soggetto dolicofacciale

Fig.2: soggetto brachifacciale

Il soggetto normofacciale ha il terzo inferiore del viso in equilibrio con il medio e superiore; il volto risulta armonico con il piano mandibolare tangente alla squama occipitale: Fisicamente il soggetto sarà armonico e ben proporzionato.

Ciascuno dei soggetti sopra descritti può presentare equilibrio o meno nello sviluppo osseo del mascellare superiore ed inferiore (mandibola). Nel caso di equilibrio si parlerà di prima classe scheletrica, nel caso di discrepanza favorevole al mascellare superiore di seconda classe scheletrica e di terza classe scheletrica se le dimensioni della mandibola prevarranno su quelle del mascellare superiore.



## **CLASSIFICAZIONE BIOTIPOLOGICA SECONDO M.T.C.**

All'interno delle cinque logge energetiche la M.T.C. individua i soggetti legno, fuoco, terra, metallo ed acqua (naturalmente distinguendo tipologia Yin e Yang per ciascuna loggia). Brevemente esaminiamo ciascuna di queste:

Biotipo legno: Viso quadrangolare, colorito verde, fronte alta, capelli radi, ispidi, duri, forti, mento ben disegnato, naso proporzionato, occhi giustamente distanti, spalle larghe, mani e piedi piccoli. Astenico al mattino, instabile caratterialmente, incostante, talentuoso, ha poca forza fisica. Può essere ansioso, collerico, facilmente preoccupato, aggressivo, allergico (allergie alimentari, punture di insetti, polline, medicinali). Può soffrire di cefalee provocate dal vento. Denti forti e regolari soprattutto incisivi e canini, meno i molari.

Biotipo fuoco: Fronte grande, viso triangolare e mento appuntito, naso lungo e sottile con narici non grandi oppure gobbito ed aquilino. Bocca spesso molto stretta, zigomi sporgenti e ben coloriti. Denti lunghi e sporgenti. Colorito rosso, testa piccola, spalle, dorso, anche e ventre ben sviluppate. Mani e piedi piccoli. Spirito vivo, va facilmente in collera, molto preoccupato, impaziente, sopporta bene primavera ed estate, non sopporta autunno ed inverno. Muore spesso per morti improvvise.

Biotipo terra: Colorito giallo, testa grande e viso rotondo. Spalle e dorso ben fatti, ventre grosso cosce e gambe ben sviluppate, mani e piedi piccoli e carnosi. Naso spesso, con la punta larga, guance spesse e paffute, labbra carnose, denti quadrati. Fedele e sincero, altruista calmo e tranquillo, non sopporta primavera ed estate, sopporta autunno ed inverno.

Biotipo metallo: Integerrimo, impaziente, controllato ma che esplode e può diventare violento, sopporta bene autunno ed inverno, non sopporta primavera ed estate. Colorito bianco, testa piccola e viso oblungo (che è possibile inscrivere in un rettangolo). Arcata dentaria contratta (particolarmente la superiore). Spalle, dorso, ventre, mani e piedi piccoli. Ossuto con corpo leggero. Denti lunghi e rettangolari, naso diritto, forte e lungo. Lingua sottile, secca o umida. Può soffrire, o aver sofferto di problematiche respiratorie.

Biotipo acqua: Colorito nero, testa grande e viso in rilievo, mento largo, spalle piccole, ventre grosso, mani e piedi piccoli. Longilineo con dorso lungo. Sopporta bene autunno ed inverno, non sopporta primavera ed estate. Denti morfologicamente molto belli, forti, solidi, bianchi, tipici delle razze scure.



Riportiamo esempio di 4 diverse morfologie dentarie :

in alto a sx : terra, a dx . acqua; centrale a sx : metallo, a dx : legno; in basso: fuoco

Le logge energetiche all'interno dell'ATM ( fig.3) saranno rappresentate:

Legno: muscoli e tendini, Fuoco: vasi sanguigni,Terra: connettivo, Metallo: cute, Acqua: tessuto osseo-cartilagineo , Terra : connettivo

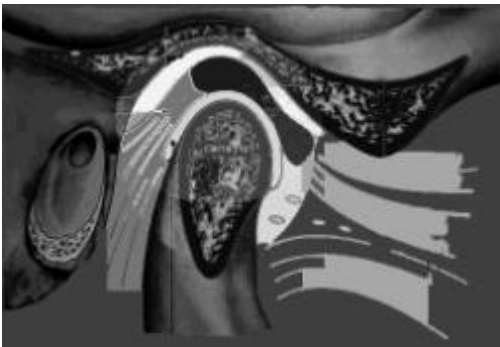


Fig 3

Le patologie correlabili alle logge energetiche potrebbero essere:

- Elemento Legno : Muscoli e tendini ( Algie muscolo – tendinee , lassità, parafunzioni,ecc...)
- Elemento Fuoco: Vasi sanguigni (Patologie della zona bilaminare, retrodisciti, infiammazioni, stravasi...)
- Elemento Terra: Connettivo ( Patologie della Capsula Articolare, connettiviti, borsiti,..)
- Elemento Metallo: Cute (parestesie,iperestesia cutanee, lassità,..)
- Elemento Acqua: Tessuto osseo-cartilagineo( artrosi,artriti,degenerazioni del disco, ecc)

Volendo creare delle correlazioni tra i modelli esposti potremmo paragonare il soggetto metallo al dolicofacciale astenico, pallido con problemi respiratori e

lassità ligamentosa, ed il soggetto legno al brachifacciale con muscolatura tonica; il normofacciale potrebbe essere un soggetto milza.

Questa analisi che, sottolineo, deve essere integrata alla tradizionale visita gnatologica, permetterebbe ad esempio di inquadrare le parafunzioni e la lassità ligamentosa ( considerati fattori predisponenti le patologie delle ATM) non come fattori da valutare ed esaminare singolarmente ma caratteristiche individuali dell'asse biotipologico legno-metallo più predisposto a questo genere di patologia. In questi casi sarebbe sicuramente opportuno integrare terapie localizzate sull'ATM a riequilibri delle logge energetiche in questione. Descriviamo il caso clinico di un paziente presentatosi a visita per forti dolori in zona articolare ( ATM) dx e sx non accompagnati da alcuna alterazione funzionale articolare : i caratteri del viso, la sintomatologia, la morfologia dei denti ( foto) e la loro usura diffusa hanno permesso un inquadramento biotipologico nella loggia legno-fuoco



Fig. : usura dentaria diffusa



Fig.: posizionamento condilare antero-inferiore

La localizzazione del dolore palpatorio depone per una patologia a carico della zona bilaminare (con edema retroarticolare) e spasmo muscolo-tendineo di molti muscoli masticatori e cranio-cervicali e dei legamenti collaterali- laterali di entrambe le articolazioni temporo-mandibolari. L'esame radiografico richiesto conferma una antero-inferiorizzazione condilare bilaterale, in tal caso non dovuta ad occlusioni dislocanti ma all'edema retroarticolare della zona bilaminare. La terapia proposta ha previsto un riequilibrio generale secondo la biotipologia costituzionale e successivamente una rivalutazione della sintomatologia locale. Dopo 1 mese di attento controllo alimentare e di fitoterapia, la sintomatologia articolare è regredita, non rendendo indispensabile alcuna manovra terapeutica locale.

## **CONCLUSIONI**

Integrare conoscenze sperimentate e migliorare l'interrogatorio del paziente nonché la sua osservazione clinica può aiutarci a valutare quanto le problematiche possano dipendere da disequilibri generali o semplicemente locali. Abituarsi a non focalizzare l'attenzione solo su un distretto, ma ricercare connessioni tra problematiche anche apparentemente lontane e differenti, può permettere a medici ed operatori sanitari anche non profondamente a conoscenza di specifiche patologie "locali" di istruire ogni assistito su come preservare al meglio la propria salute (funzione preventiva) ed a quali "allarmi" prestare maggiormente attenzione, oltre che a ripristinare l'equilibrio costituzionale dei terreni su cui intervenire terapeutamente. In ambito ortodontico, l'inquadramento proposto potrebbe essere utile anche nelle previsioni di crescita craniale e nello stabilire quali modificazioni, in ambito ortodontico-ortopedico, possano garantire più e limitare i casi di recidiva stabilità nel tempo.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. MICHELOTTI, A. TEDESCO, M. FARELLA, R. CIMINO, R. MARTINA.: Dolorabilità dei muscoli masticatori e stress: studio longitudinale: Ortognatodonzia Italiana Vol. 9,2-2000; 221-230
2. L. PAOLUZZI: Fitoterapia ed Energetica Ed. MeNaBi
3. C. DI STANISLAO, L.PAOLUZZI: Phytos Ed. MeNaBi Terni, 1990
4. NANNELLI, TRUSENDI, DEODATO, MALPASSI ed al.: Approccio multidisciplinare nell'esame dei rapporti tra disfunzioni delle articolazioni temporo-mandibolari e problematiche posturali; Ortognatodonzia Italiana Vol. 8, 4/ 1999; 511-517
5. MICHEL LANGLADE: Diagnosi Ortodontica. Scienza e tecnica dentistica. Ed. Internazionali . Milano 1986
6. MICHEL LANGLADE: Cefalometria Ortodontica. Scienza e tecnica dentistica. Ed. Internazionali . Milano 1986
7. P.FALCONI- D. CAPRIOGLIO-B. GENONE- F. MAGNI- F.V. TENTI: Ortognatodonzia . Uses- Ed. Scientifiche Firenze 1987

8. BRICOT B: La reprogrammation posturale globale. Sauramps Medical editore,1996
9. ESPOSITO GM, MEERSSEMAN JP :Valutazione della relazione esistente tra l'occlusione e la postura. Dentista moderno 1988;5
10. GAGEY PM, WEBER B: Posturologie: regulation et dereglements de la station debout. Masson editore,1995
11. KENDALL E, KENDALL FP, PROVANCE PG: I muscoli. funzioni e test. Quarta Edizione con postura e dolore. Verducci editore,1995
12. VELTRI N, ROMANO F, GIAMMATTEI S, MAIOLANI F: Correlazioni tra bruxismo ed anomalie statico-posturali. Odontostomatologia & Implantoprotesi 2,1990