

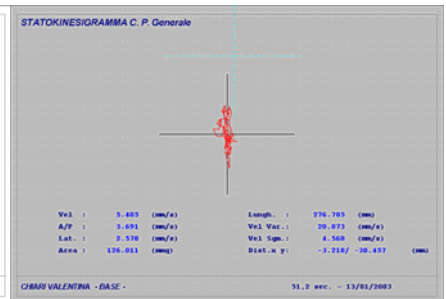
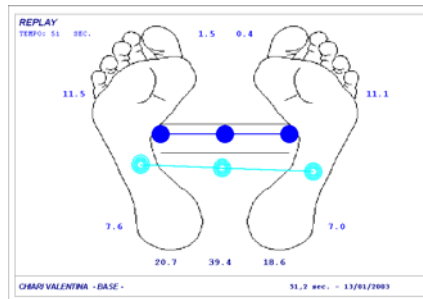
## Caso Clinico 1

Paziente di 12 anni i cui genitori si erano rivolti al mio studio fondamentalmente perché vedevano progressivamente peggiorare l'accavallamento degli incisivi superiori della figlia.

Un'anamnesi più approfondita rileva però che la ragazza accusa spesso dolori alla schiena e soprattutto alle ginocchia e, saltuariamente rumori articolari alle ATM bilateralmente.

Come di prassi sottopongo la ragazza alla visita posturale che rileva :

- sul piano frontale una postura globalmente lateroflessa verso sinistra con evidente asimmetria dei triangoli della taglia indicativi di anomala curvatura del rachide lombare;
- il profilo è caratterizzato da una riduzione della lordosi lombare con retroversione pelvica e posteriorizzazione delle scapole;
- piede cavo-valgo più marcatamente a sinistra.



L'esame su pedana posturo-stabilometrica conferma il dato di un carico podalico posteriore maggiore a sinistra, un accenno di rotazione compensatoria verso destra ed un baricentro generale complessivamente decentrato posteriormente e a sinistra.

I genitori mi riferiscono allora che la figlia è sotto osservazione per atteggiamento scoliotico, che ha portato per parecchio tempo delle ortesi plantari per piede piatto e che ultimamente invece porta solo un rialzo calcaneare sinistro prescrittogli per correggere la dismetria degli arti inferiori rilevata dall'esame radiografico del rachide.

Le radiografie del rachide vertebrale in toto in effetti evidenziano un'importante scoliosi sinistro-convessa lombare con accenno rotazionale dei corpi vertebrali.

Quelle del ginocchio mostrano invece una frammentazione del nucleo di ossificazione tibiale anteriore sinistro compatibile con Osteocondrite o morbo di Osgood-Schlatter (FIG.3)

Tale patologia è relativamente frequente nei ragazzi fra li 11 e i 14 anni e la sua eziologia si fa classicamente condurre a traumatismi ( tipica nei ragazzi che giocano a calcio ), mentre è praticamente misconosciuta come causa il disequilibrio posturale.



La presenza di un pattern torsionale “ascendente” controindica assolutamente l’inizio di un trattamento ortodontico ed esige che il Sistema venga prima resettato e poi riprogrammato fornendogli informazioni neurosensoriali adeguate.

Dopo la sospensione del rialzo calcaneare e un periodo di *reset* di 2 mesi, iniziò il trattamento di RPG comprendente sedute di rieducazione propriocettiva su pedana posturo-stabilometrica, esercizi posturali con cross-crawl domiciliari e l’applicazione di solette propriocettive quale ausilio alla riprogrammazione.

Dopo 8 mesi il controllo radiografico mostra un risultato soddisfacente con una netta riduzione della curvatura scoliotica e una *restitutio ad integrum* del nucleo di ossificazione tibiale anteriore sinistro



A questo punto ho deciso di tenere in osservazione la paziente in attesa del menarca e quindi del picco pubertario, periodo questo molto delicato per la possibile evoluzione peggiorativa dei distorsioni vertebrali.

La figura successiva mostra la postura della paziente all’età di 14 anni. Il quadro generale è sostanzialmente buono pur persistendo un modesto grado di torsione



**Adesso** è il momento di iniziare il trattamento ortodontico in quanto l'occlusione, non più condizionata dal pattern posturale, deve essere decompensata per permettere lo sblocco mandibolare e cervicale.

Le foto successive mostrano l'occlusione all'inizio della terapia ortodontica fissa multibrackets con metodo indiretto ( su set-up in laboratorio tramite utilizzo di un particolare parallelometro per l'applicazione degli attacchi ) e alla fine della stessa durata solo 6 mesi.

