

Definizione dei difetti del portamento

Portamento riassato

Caratterizza generalmente gli individui longilinei, i bambini gracili, i ragazzi astenici. Più che un paramorfismo è un insieme di stadi pre-paramorfici che si manifestano con inclinazione del capo avanti, nuca biventre, accentuazione delle fosse sopra e sotto-clavicolari, dorso curvo con spalle anteriorizzate per prevalente deficit dei dorsali, tendenza all'aumento della lordosi lombare, lieve anteroversione del bacino, addome prominente, valgismi e varismi. E' l'habitus asthenicus di Balland e Grozeller, descritto dal Lapiere.

Collo di cigno

Si ha quando il capo è spostato in avanti e di conseguenza l'asse del collo assume una posizione obliqua, reclinata in senso anteriore. E' causato da ipotrofia dei muscoli cervicali, ma il più delle volte è legato a qualche altro difetto del tratto dorsale-alto.

Nuca biventre

Consiste nella «bipartitura longitudinale della regione posteriore del collo per mezzo di un solco mediano delimitato dai fasci dei due muscoli biventri cervicali, dovuta all'ipotrofia della porzione alta e centrale del cucullare e dei due biventri» (Sorrentino).

Spalle addotte anteriorizzate

E' un difetto che quasi sempre accompagna il dorso curvo, cui è strettamente legato. Il moncone della spalla, abbandonata la sua posizione normale (la distanza biacromiale misurata anteriormente dovrebbe essere inferiore a quella posteriore di circa 5 cm) si sposta in avanti, in adduzione rispetto al torace, concorrendo a volte alla formazione, come vedremo, di un dorso curvo, altre volte a determinare l'insorgenza di scapole alate.

Atteggiamento curvo e dorso curvo

E' uno tra i paramorfismi che è più facile rilevare tra i giovani. La corretta statica della colonna vertebrale è assicurata, nel tratto dorsale, dai muscoli lunghi del dorso. Quando la loro azione viene meno, poiché il tono muscolare di base non è sufficiente a mantenere una corretta postura, il soggetto prende una posizione di comodo ed il rachide si curva in avanti.

Contemporaneamente, le spalle assumono la posizione anteriorizzata già descritta, contribuendo a dare alla regione dorsale quella caratteristica rotondità che è la tipica espressione del dorso curvo.

Si tratta di un paramorfismo insidioso e pericoloso in quanto può dare luogo a malformazioni più gravi ed irreversibili con conseguenze dannose a carico della funzione respiratoria compromessa dal deficiente sviluppo della capacità toracica e per la ridotta elasticità del torace. Il dorso curvo, infine — per quanto la maggioranza degli autori non ricorra a questa distinzione — si differenzia dalla cifosi tipica la quale, come vedremo, è a rigor di termini circoscritta al segmento rachide.

Scapole alate

Come avviene nelle spalle addotte, il moncone della spalla si sposta in avanti, in posizione anteriorizzata rispetto alla norma. Contemporaneamente però il margine interno e l'angolo inferiore della scapola si scollano, si allontanano dalla cassa toracica creando un'inconfondibile fossa nella quale si possono infilare le falangette e a volte persino le falangine delle dita.

Atteggiamento cifotico e cifosi

E' l'aumento della cifosi fisiologica del rachide dorsale.

Quando il giovane assume una posizione comoda, la colonna vertebrale si curva in avanti, trattata solo dal tono muscolare. I muscoli della

regione posteriore tendono ad allungarsi mentre, con l'andar del tempo, si irrigidiscono ed accorciano muscolatura e legamenti anteriori. Ora, se agli inizi un semplice atto volontario poteva essere sufficiente a correggere il vizio posturale, con il tempo occorre uno sforzo sempre maggiore. Piano piano la colonna modifica la propria struttura, i legamenti del dorso si allentano, la vertebra accentua il proprio aspetto cuneiforme.

Un semplice iniziale vizio di atteggiamento ha determinata l'insorgenza di una vera e propria deformità, in buona parte irreversibile: la cifosi, associata non sempre, ma molto spesso, ad altri paramorfismi delle regioni toraciche anteriore e posteriore.

Rigidità delle spalle

Sono caratterizzate dal fatto che il ragazzo — normalmente in grado di elevare per avanti le braccia tese sino alla verticale — non riesce a portarle in linea con il busto con il quale formano invece un angolo più o meno aperto.

Spalle spioventi

Sono caratterizzate dall'aspetto a collo di bottiglia.

Spalle ad attaccapanni

E' il difetto opposto, le spalle assumono la classica linea ad attaccapanni, con tendenza dei due monconi a sollevarsi esternamente.

Dorso piatto

Vi sono dei casi in cui il processo naturale grazie al quale si formano nel bambino le cifosi e la lordosi fisiologica, subisce degli arresti o comunque modifiche: le curve non si delineano o si delineano appena. Si ha allora il tipico dorso piatto totale (il più frequente), toracico, o dorsale basso.

Alterazioni toraciche

Le alterazioni del torace sono sempre, a nostro avviso, dai veri e propri dimorfismi, anche per la loro patogenesi, di carattere per lo più congenito. Sono malformazioni che non lasciano molte speranze per un'effettiva correzione.

Torace carenato

E' abbastanza frequente e consiste in uno schiacciamento della cassa toracica sul due lati, mentre lo sterno viene a sporgere assumendo la forma caratteristica del petto di pollo. Per lo più lo si rileva però in forma non molto accentuata.

Torace a botte

Si avvicina per qualche aspetto al torace carenato, con la sostanziale differenza che la cassa toracica assume una forma tondeggiante, da cui la denominazione «a botte».

Torace astenico

Caratteristico dei soggetti gracili, si presenta abbastanza normale per quanto riguarda conformazione, ma poco sviluppato, poco muscoloso, con tendenza all'appiattimento ed all'abbassamento.

Torace piatto

E' caratterizzato dall'appiattimento della cassa toracica.

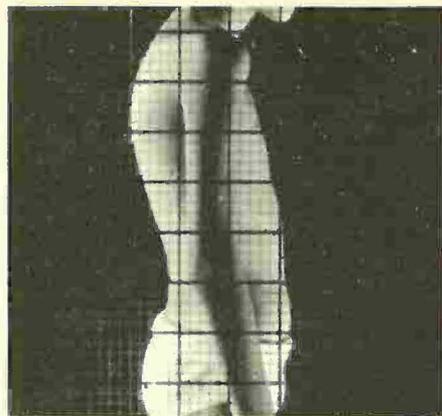
Torace infossato, a imbuto

Si presenta con una depressione condro-sternale, centrale o asimmetrica, a volte talmente profonda da riuscire a contenere un pugno. Ne deriva spostamento degli organi interni nella cavità toracica, con tutti gli inconvenienti che questo comporta.

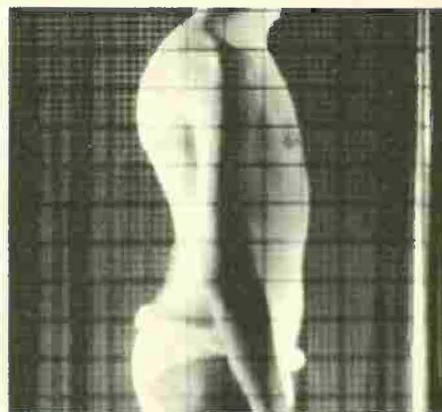
Torace asimmetrico

Le asimmetrie toraciche sono legate solitamente al quadro patologico della scoliosi o delle deformità toraciche vere e proprie.

Nel primo caso vengono studiate e classificate assieme alle scoliosi, e presentano asimmetrie dovute alla torsione ed alla conseguente deformazione delle coste con comparsa di gibbi anteriori da un lato e posteriori da quello opposto. Nel secondo caso si rilevano tutte le irregolarità di sviluppo già descritte, ma limitate a un emitorace (emitorace carenato, a botte, piatto, infossato) o presenti in grado diverso nelle due metà laterali, o nella porzione alta rispetto a quella immediatamente sottostante.



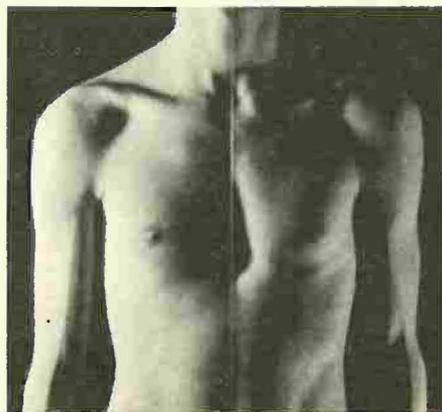
Dorso curvo con spalle anteriorizzate



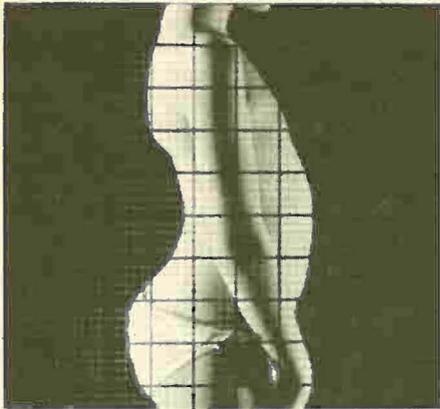
Cifosi dorsale



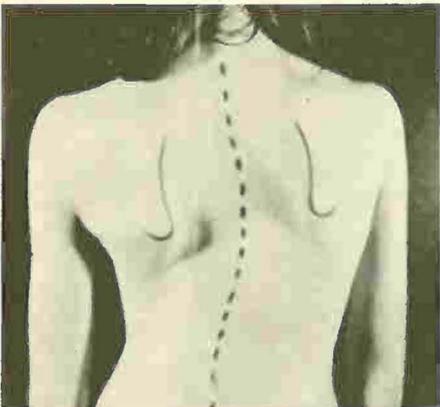
Torace carenato



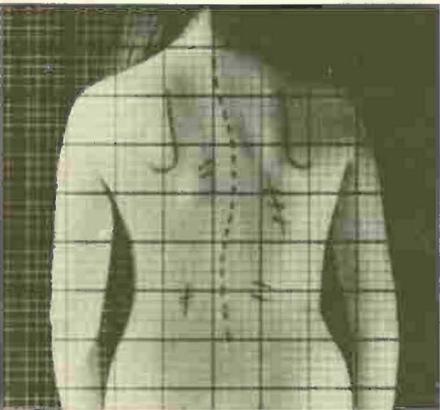
Torace infossato a imbuto



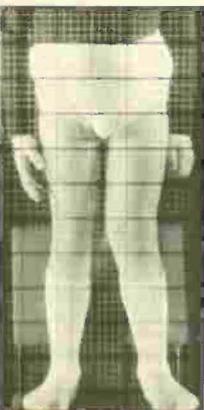
Lordosi con addome prominente



Dislivello spalle e scapole in una scoliosi dorsale destra



Scoliosi a doppia curva (dorsale destra e lombare sinistra)



Valgismo delle ginocchia



Valgismo dei piedi

Lordosi

E' l'accentuazione della lordosi fisiologica, sul piano antero-posteriore, con concavità posteriore a livello della regione lombare. Il bacino tende a ruotare in avanti sul suo asse trasversale, cioè a spostare in senso anteriore il catino (anteroversione) facendo perno sulle articolazioni coxo-femorali. Generalmente la lordosi è circoscritta al tratto lombare del rachide. Si hanno, però raramente, anche casi di lordosi totale, con completa inversione della cifosi dorsale. Se non è eccessiva, almeno nella donna, un certo grado di lordosi è fisiologica.

Addome prominente

E' dovuto generalmente a modesta ipotrofia degli addominali; è spesso associato a lordosi, ma è quasi sempre accompagnato da caratteri di adiposità attribuibili a turbe ormonali nel quadro delle distrofie di tipo adiposo-genitale.

Addome batracico

Si dice dell'addome quando è espanso sulle sue parti laterali.

Addome ptosico

Come sua prima origine, ne è causa la ipotrofia degli addominali. Essa provoca un «ictus» in avanti del seno viscerale il quale, spostando il centro di gravità, provoca una rotazione dell'asse trasversale del bacino determinando una curvatura lordotica nel tratto lombare della colonna ed un abbassamento del ventre rispetto alla sua sede normale.

Rigidità lombo-sacrale

Può dipendere da una scoliosi, come da una cifosi lombare. A volte è conseguente alla sacralizzazione della 5ª lombare o comunque ad una diminuzione flessoria delle ultime lombari, il che è causa di una limitazione articolare le cui ripercussioni vanno a carico di tutto il rachide. Può essere anche causata dalla retrazione dei muscoli posteriori della coscia.

Scoliosi

E' una deviazione della colonna nel senso della lateralità. Può essere ad una, due curve, più curve. Si rileva grossolanamente dalla evidenza lineare esterna delle apofisi spinose. Si riconosce con sicurezza mediante l'esame schermografico e radiologico. E' accompagnata molto spesso da concomitanti malformazioni associate:

- asimmetria o dislivello delle spalle;
- asimmetria o dislivello delle scapole;
- asimmetria o dislivello dei fianchi;
- asimmetria o dislivello del bacino;
- asimmetria del triangolo della taglia.

Se si tratta solo di un atteggiamento scoliotico (prescoliosi secondo Pais), la colonna è generalmente piuttosto mobile e facendo flettere il busto in avanti, la linea delle apofisi si rettifica. Se si tratta invece di vera e propria scoliosi, nella flessione del busto la linea delle apofisi mantiene e quasi sempre pone in maggior risalto la curva. Nei casi più pronunciati si notano inoltre quasi sempre dei rigonfiamenti: è l'inizio della torsione, che è collegata alla rotazione del corpo vertebrale verso la convessità, cioè verso l'esterno e delle apofisi verso la concavità, cioè verso l'interno, con formazione e lungo andare di gibbi, sporgenze dovute a malformazioni delle coste. Il gibbo dorsale si trova ovviamente dal lato della convessità delle curve.

Spalle asimmetriche

L'asimmetria può verificarsi sia sul piano frontale che su quello sagittale. Nel primo caso si nota una spalla più alta dell'altra, quasi sempre come conseguenza di un atteggiamento scoliotico o di scoliosi; solitamente è più bassa la spalla corrispondente alla concavità. Nel secondo caso si ha l'adduzione di uno solo dei due monconi, o anche di entrambi, ma in grado diverso.

Scapole asimmetriche

Per le scapole, strettamente collegate con le spalle, si ripete quanto detto sopra. Ricordiamo i tre casi già citati e cioè:

- dislivello delle scapole sul piano longitudinale, normalmente alla colonna (cioè con scapola abbassata dalla parte della concavità);

- scapole a dislivello invertito, cioè in senso contrario alla norma, paradossico;
- scapole addotte ed anteriorizzate in grado diverso solidalmente con il moncone della rispettiva spalla.

Oltre a queste possiamo notare però altre particolarità e cioè:

- 1) scapole aiutate di diverso grado con ineguale rotazione sul piano trasversale;
- 2) scapole ruotate in modo asimmetrico sul piano dorsale;
- 3) scapole di forma anatomica diversa.

Valgismo delle ginocchia

Si tratta di un dimorfismo, più che un paramorfismo, abbastanza comune nei soggetti longilinei e particolarmente negli adolescenti e di evidente e facile riconoscimento. La coscia converge oltre la norma sulle ginocchia, tibia e perone divergono verso i piedi. Di qui la caratteristica figurazione ad X, tipica del ginocchio valgo.

Varismo delle ginocchia

E' la deformazione esattamente opposta al valgismo. Le ginocchia tendono ad allontanarsi e gli arti inferiori assumono il tipico aspetto delle «gambe arcuate o da cavallerizzo».

Valgismo del piede

Il calcagno ruota sul suo asse antero-posteriore ed il piede viene inclinato in dentro. Viste posteriormente, presenta il malleolo tibiale più sporgente di quello peroneale. E' accompagnato talvolta da valgismo delle ginocchia. In pratica, l'avampiede è rivolto all'esterno ed il piede è ruotato verso l'interno.

Varismo del piede

L'asse del piede, invece di divergere appena verso l'esterno, converge internamente. In altre parole, l'avampiede è rivolto verso l'interno ed il piede tende nel suo complesso a ruotare in fuori. E' associato spesso a ginocchio valgo, cioè ad X.

Piede piatto

Quando il valgismo del piede oltrepassa certi limiti, il centro di gravità dell'arto inferiore viene a cadere all'interno del triangolo formato dal calcagno con la testa del primo e del quarto metatarso, premendo sull'arco del piede. I legamenti cedono, la volta del piede si appiattisce. Si considerano, normalmente, tre ordini di piattismo:

- piede piatto di 1° grado quando circa metà della volta plantare è a contatto col suolo;
- piede piatto di 2° grado quando pressoché l'intera volta plantare tocca il terreno;
- piede piatto di 3° grado quando l'impronta occupa più dell'intera pianta del piede poiché questo è anche ruotato nettamente in valgismo.

Piede cavo

E' esattamente l'opposto del piattismo. Si tratta di un dimorfismo di natura patologica.

Adiposità paramorfiche

Le principali disendocrinie di origine funzionale, nell'età scolastica, si raggruppano secondo Tattersall in quattro classi:

- con prevalente deficienza di statura;
- con prevalente deficienza di peso;
- con prevalente eccedenza di statura;
- con prevalente eccedenza di peso.

Forme miste

Sono molto più frequenti di quanto le classificazioni dei vari studiosi possano far pensare. Il più tipico esempio di paramorfismi misti è il portamento rilassato, talmente caratteristico che ormai si usa descriverlo comunemente come una forma a sé.

Delle rimanenti, le più comuni sono:

Citolordosi. Cifosi più lordosi, molto diffusa e per taluni aspetti simile al portamento rilassato dal quale si differenzia soprattutto perché generalmente si tratta già di paramorfismo di grado piuttosto avanzato, quando non addirittura di un dimorfismo.

Cifoscoliosi. Anche in questo caso non c'è mai un confine netto e preciso che possa indicare dove finisce il vizio di portamento e dove ha inizio la deformità. Cifosi e scoliosi si combinano spesso insieme in un quadro, purtroppo, tra i più difficili da risolvere.