

**PATOLOGIA ARTICOLARE E DOLORE MIOGENO:
DIVERSO APPROCCIO TERAPEUTICO**



Università degli Studi di Firenze
Dipartimento di Odontostomatologia

Dott. A. Gizdulich; assegnista di ricerca.

I Disordini Cranio-Cervico-Mandibolari (DCCM) rappresentano un generico quadro di sofferenza muscolo scheletrica del territorio della testa e del collo. Nel corso degli anni molti autori si sono dedicati all'inquadramento nosografico di tale patologia ma classificare ed ordinare un insieme sintomatologico così variabile e difforme ha creato notevoli difficoltà e spesso ha solo aumentato la confusione.

Le moderne conoscenze in ambito di fisiologia e fisio-patologia del sistema neuro muscolare hanno permesso di identificare meccanismi patogenetici assai costanti^{2,4} che rendono ragione di manifestazioni cliniche eterogenee e così diversamente giudicate dalla sfera affettiva-emozionale propria di ciascuno.

L'esperienza acquisita nel corso di oltre 10 anni di attività ha permesso di valutare nell'ambito dell'apparato stomatognatico il coinvolgimento dei suoi principali costituenti che possono essere riassunte in una triade rappresentata dalle articolazioni, dal sistema neuromuscolare e dai denti. Ogni qual volta vi sia un insulto a tale apparato si assiste a fenomeni di adattamento di queste strutture soprattutto a carico del sistema neuromuscolare che registra e adatta continuamente la postura mandibolare al fine di garantire un combaciamento dentale stabile⁴. Solo in parte invece le articolazioni della mandibola possono compensare la malposizione mandibolare mentre pressoché nulla è la capacità adattativa dei denti che pertanto risultano essere determinanti nell'instaurare quei fenomeni di disordine che coinvolgono l'intero apparato stomatognatico e spesso anche i territori contigui.

L'esordio e l'evoluzione delle manifestazioni cliniche possono interessare sia le articolazioni della mandibola che il complesso sistema neuromuscolare. Si possono così realizzare segni esclusivi di disfunzione articolare che possono portare all'instaurarsi di un danno anatomico delle strutture articolari stesse e/o manifestazioni dolorose riferite per lo più al territorio della testa e del collo¹. Tali espressioni rappresentano una risposta individuale e territoriale intesa come perdita delle proprie capacità di adattamento all'insulto subito.

Secondo uno studio statistico condotto nel Servizio di Disordini Cranio-Cervico-Mandibolari del Dipartimento di Odontostomatologia dell'Università degli Studi di Firenze su un campione di oltre 700 pazienti i disturbi prevalentemente articolari associati o meno ad algie miogene rappresentano una porzione solo di poco inferiore rispetto ai pazienti che lamentano come sintomo prevalente quello doloroso di intensità tale da condizionare la qualità della vita⁷.

Proprio sull'importanza di questi aspetti e sull'influenza che determinano sul piano di trattamento è stata proposta una classificazione dalla nostra Scuola³. Si definisce Disordine di I grado la condizione priva di sintomatologia, ma ricca invece di segni obiettivi. Un Disordine di I grado è l'espressione di una condizione di precario equilibrio, senza sofferenza muscolo-scheletrica; è una situazione clinica assai diffusa, uno stato transitorio che può essere turbato da cause acute o dall'esaurirsi della capacità di accomodamento muscolare. In tal caso subentra la condizione di Disordine di II grado caratterizzata dalla presenza di sintomi che altro non sono che l'espressione, nel territorio della testa e del

collo, della Sindrome Dolorosa miofasciale. Nella classificazione³ viene infine elencato un Disordine di III grado nel caso della contemporanea presenza di danni articolari temporo-mandibolari che complicano maggiormente i quadri clinici.

Il dolore, che è il sintomo principe di tali disordini, coinvolge la muscolatura scheletrica, le sue fasce ed aponeurosi, si instaura preferibilmente nei muscoli a maggior impegno posturale, sia per cause che agiscono cronicamente (come l'impegno ad un adattamento posturale forzato), sia per cause traumatiche acute (come, ad esempio il "colpo di frusta")⁵. La sede più tipica delle manifestazioni dolorose è riferita a livello della testa e del collo con espressioni ed acuità diverse che rappresentano le varie espressioni delle cefalee e cervicalgie tensive⁸. Secondo il protocollo elaborato nel corso degli anni nel Servizio di Diagnosi e Terapia dei Disordini Cranio-Mandibolari dell'Università degli Studi di Firenze la corretta diagnosi di patologia miofasciale e l'indirizzo terapeutico conseguente devono essere raggiunti partendo da un'attenta anamnesi e da un esame clinico che valuti il grado di compromissione articolare e la sofferenza muscolare.

Se da un lato la palpazione dei muscoli masticatori e cervicali può indicare la presenza di punti trigger miofasciali responsabili di quelle manifestazioni dolorose e vegetative tipiche per ciascun ventre muscolare, la contemporanea presenza di una componente patologica a carico delle articolazioni può essere messa in evidenza dalla presenza di vibrazioni di varia intensità e frequenza a

sede temporo-mandibolare e/o da importanti limitazioni nei movimenti mandibolari.

Momento fondamentale della prima visita è l'individuazione di eventuali click articolari percepibili al tatto, che si presentano in una determinata fase dell'apertura orale o di rumori sordi di sfregamento dei capi ossei in contatto che si realizzano per graduale usura del disco articolare stesso. Tali evenienze possono essere analizzate mediante esame elettrosonografico in grado di misurarne sia l'entità e l'esatto momento in cui si registrano che la qualità delle frequenze di cui sono composti.

L'incoordinazione disco-condilare con ricattura precoce infatti rappresenta una condizione disfunzionale, assai facilmente recuperabile, con un danno anatomico dei tessuti spesso modesto e privo di sintomatologia dolorosa diretta delle articolazioni tanto da rendere questo evento, soprattutto se unico, esordio di un disordine completamente ignorato o comunque sottovalutato⁶.

Ogni qual volta si ravvedano segni di sofferenza muscolo-scheletrica con lievi alterazioni della funzione articolare l'indirizzo terapeutico seguito deve essere dunque rivolto al recupero della posizione fisiologica di occlusione e alla ricerca dell'equilibrio muscolare perso. La terapia ortopedica di riposizionamento mandibolare viene determinata dall'esito di esami elettromiografici e kinesiografici che associati alla stimolazione elettrica di superficie (TENS) permettono di ritrovare la posizione definita di miocentrica e di mantenerla con

un dispositivo provvisorio chiamato ortotico in attesa di stabilizzare la nuova posizione di occlusione a sintomatologia regredita.

Nella nostra esperienza diverso è il caso della lussazione interna con ricattura tardiva del disco da parte del condilo o addirittura la completa perdita dei rapporti anatomici condilo-discali che può ulteriormente aggravarsi con l'usura delle superfici ossee o con la sovrapposizione di fenomeni infiammatori acuti. In tutti questi casi la grave alterazione articolare determina un importante ostacolo ai normali movimenti mandibolari e dunque rende del tutto vana e inefficace la ricerca della posizione fisiologica di occlusione: al riequilibrio muscolare non segue un miglioramento determinante della funzione articolare.

L'approccio di tutti questi casi deve quindi essere mirato al più importante recupero della funzione articolare garantito dall'accoppiamento del complesso condilo-discale. La nostra Scuola a riguardo propone di utilizzare un dispositivo intraorale di riposizionamento mandibolare in ipercorrezione. Il compito del riposizionatore mandibolare è quello di consentire un movimento di apertura e chiusura in una condizione di protrusione mandibolare tale da assicurare il recupero del disco prima dell'inizio del movimento di apertura stessa. Questa condizione si realizza quasi sempre determinando un contatto diretto dei denti anteriori con rapporto "testa-testa". In tali condizioni il riposizionatore colma il vuoto occlusale che si viene a determinare a carico dei denti latero-posteriori. Un tale dispositivo se impiegato perennemente quindi anche durante i pasti permette di ritrovare fin dalle prime settimane il miglioramento roto-traslatorio

del condilo e nei mesi successivi di favorire quei processi di adattamento dei tessuti molli e di rimodellamento dei capi ossei. Si tratta di fenomeni che anche in casi limite di completa usura del disco possono portare alla formazione di un cuscinetto fibroso interposto tra i capi ossei in grado di svolgere esaurientemente le funzioni del disco scomparso.

L'avvenuto recupero del danno anatomico articolare viene messo facilmente in evidenza con la documentabile riduzione dei rumori prima misurati e dalla semplice constatazione del rimodellamento dei tessuti duri all'immagine radiografica e con evidente miglioramento di tutti i parametri dei movimenti mandibolari sia abituali che "border-line".

Solo dopo la guarigione clinica delle problematiche articolari si potrà procedere alla realizzazione di un ortotico individuale.

Per concludere si può affermare che il nostro atteggiamento diversificato nella terapia dei DCM puri o associati a sofferenze articolari è il frutto di una esperienza accumulata nel corso di molti anni a spese talvolta di taluni insuccessi. Infatti l'impostazione di pensiero della nostra Scuola è decisamente neuromuscolare nel senso che le problematiche occlusali riconoscono negli squilibri e nelle sofferenze muscolari la loro genesi. Tuttavia nel corso del tempo abbiamo dovuto constatare che quando le conseguenze del maladattamento occlusale recano danni anatomici alle strutture articolari la ricerca dell'occlusione neuromuscolare con i procedimenti, le tecniche e le apparecchiature abitualmente impiegate risultano del tutto vane. In altri termini

se non vi è libertà di movimento articolare per una grave incoordinazione discodilare o addirittura per un locking il primo obiettivo clinico che ci dobbiamo porre è proprio la risoluzione di questo impedimento.

La validità di questa linea di condotta ci è stata comprovata in pressoché tutti i casi affrontati ed è con soddisfazione che abbiamo notato che un periodo di tempo non necessariamente prolungato (3-5 mesi) è spesso sufficiente a favorire la realizzazione di due fenomeni significativi: la scomparsa dell'incoordinazione e dei sintomi correlati anche senza la presenza in bocca del dispositivo ortopedico ed inoltre la perdita dei rapporti occlusali primitivi, segno indubbio (verificabile con esami radiologici) di una rimodellazione e riadattamento di tutti i tessuti articolari. Motivi di prudenza ci inducono a mantenere il riposizionatore, che oltretutto risulta gradito al paziente, per un tempo più prolungato e ciò per evitare il pericolo di recidive. Alla fine del periodo di terapia ortopedica il divario occlusale latero posteriore che ora si presenta dà chiaramente le indicazioni per le modifiche ortodontiche e/o protesiche che si dovranno porre in atto per stabilizzare la nuova occlusione "terapeutica".

Summary

Craniomandibular disorders may affect both of the temporo-mandibular joints and the neuromuscular system. Myofacial pain is the most frequent symptom that can be found in to the head and neck area. Otherwise patients may have only signs and symptoms of temporo-mandibular joint disease. According to a classification proposed by our School, three degree disorders are described to planned the correct therapy.

Clinical inspection allows to identify muscle's sufferance and articular sounds which are expression of articular injury that can alter the mandibular movements. In this way we can recognize when from the very beginning the improvement of temporo-mandibular joint function is needed.

Our experience suggest to treat patients affected by tensive headaches with orthopaedics therapy. These kind of symptoms must be investigated with electromyography and kinesiography instruments so to quantify muscle's injury and the pathological dental occlusion in order to correct it with an intraoral device: the orthosys.

Every time we can see an important articular damages the orthopedics treatment can not be sufficient to treat the temporo-mandibular joint function so an intraoral appliance is needed to mantein a mandibular protrusion. The

“ipercorrection” of this kind of disease allows to determine a very best improvement in opening and closing the mouth with no articular sounds.

When temporo-mandibular tissues are adjusted as well as possible the physiological dental occlusion can be reached and manteined with the orthosys in order to correct the muscular unbalance.

Riassunto

I Disordini cranio-cervico-mandibolari possono coinvolgere tanto le articolazioni temporo-mandibolari che il sistema neuromuscolare. Il dolore di origine muscolare è il sintomo più frequente e interessa per lo più il territorio della testa e del collo. Tuttavia ci sono pazienti che hanno come unica espressione la presenza di alterazioni dell'articolazione temporo-mandibolare. A tale proposito la nostra Scuola ha proposto una classificazione di tali disordini in modo da pianificare la corretta terapia.

L'esame clinico e la palpazione dei muscoli e delle regioni articolari possono mettere in evidenza la presenza di una sofferenza muscolare e di rumori articolari con alterazione dei normali movimenti mandibolari. In quest'ultimo caso sarà necessario in primo luogo recuperare la funzione articolare.

Secondo la nostra esperienza pazienti con cefalee tensive dovrebbero essere analizzati con esami elettromiografici e kinesiografici per valutare il grado di compromissione muscolare e l'alterata occlusione dentale che verrà corretta con un dispositivo ortopedico: l'ortotico.

Ogni volta che si evidenziano danni articolari avanzati però la terapia ortopedica può non essere sufficiente a migliorare la funzione articolare per cui si deve provvedere alla costruzione di un dispositivo intraorale di riposizionamento mandibolare che mantenga una posizione di protrusione. "L'ipercorrezione"

determina un miglioramento dei movimenti di apertura e chiusura con scomparsa dei rumori prima presenti.

Quando i tessuti articolari avranno dato segno di guarigione si potrà procedere alla costruzione dell'ortotico per recuperare la posizione fisiologica di occlusione che corregga lo squilibrio muscolare.

Bibliografia

1. Bergamini M Cefalee e Disordini Muscolo-schletrici dell'apparato stomatognatico. Atti Corso Aggiornamento 2000 " Nuove prospettive nella terapia delle cefalee" S.I.S.C., Spoleto 9, 2000
2. Bergamini M., Prayer Galletti S., Systematic Manifestations of Musculo-Skeletal Disorders related to Masticatory Dysfunction, Anthology of Cranio-Mandibular Orthopedics, Vol 2: 89-102, 1992 Coy RE Ed.
3. Bergamini M., Prayer-Galletti S., Tonelli P., A classification of musculoskeletal disorders of the stomatognathic apparatus, Front Oral Physiol. Basel, Karger, 7, 1990.
4. Bergamini M: Recenti acquisizioni sulla patogenesi delle sofferenze muscolo-scheletriche. Atti I Meeting Europeo International College of Cranio Mandibular Orthopedics, Vicenza 11, 2000
5. Jankelson R. R., Neuromuscular dental diagnosis and treatment, Ishiyaku Euroamerica, St. Louis 1989.
6. Krestan C, Lomoschitz F, Puig S, Robinson S: Internal derangement of the temporomandibular joint. Radiologie 41 (9): 741-7, 2001.
7. Pierleoni F, Gizdulich A: 10 anni di attività di un Servizio pubblico di terapia delle Disfunzioni Cranio-mandibolari. Luci ed ombre. Atti I Meeting Europeo International College of Cranio Mandibular Orthopedics, Vicenza 11, 2000

8. Simons DG, Travell JC, Simons LS, Travell & Simons Myofascial Pain and Dysfunction. Second Edition, Williams & Wilkins, Baltimore 1999.