

SINTOMATOLOGIA AURICOLARE E DCM: STUDIO RETROSPETTIVO

Dott. A. Gizdulich

Acufeni, vertigini e otalgie sono sintomi spesso associati a Disordini cranio-mandibolari (DCM). Già da alcuni anni sono state descritte le manifestazioni auricolari concomitanti a patologie delle articolazioni temporo-mandibolari (Wright WH, Decker CJ, Costen JB) introducendo così il concetto di *sindrome* oggi associato a DCM.

Diversi studi clinici dimostrano l'esistenza di un rapporto di correlazione significativo (Bevilacqua-Grossi D, Bernhardt O, Tuz HH) e sono numerosi tentativi per spiegare questa associazione (Ash CM, Casale M). Vi sono Autori che dimostrano la correlazione tra la severità del danno temporo-mandibolare con disturbi auricolari, in particolare con l'ipoacusia, suggerendo di prestare ulteriore attenzione ai rapporti di connessione con i fenomeni artritici innescati da flogosi (Ciancaglini R). L'ampia considerazione in letteratura riguardo ad una maggiore incidenza di sintomi auricolari in pazienti affetti da DCM non trova tuttavia un'altrettanto valida prova scientifica che dimostri il nesso patogenetico (Turp JC). In tal senso i principi più ampiamente riconosciuti sono quelli che prevedono la possibilità di 1) una trasmissione meccanica di forze attraverso il legamento disco-malleolare tra articolazione TM e cavità timpanica, sensibile alle deformazioni della capsula articolare (Rowicki T); 2) un coinvolgimento del nervo auricolo-temporale, irritato dalla retroposizione del condilo mandibolare conseguente alla malocclusione dentale (Johansson AS); 3) un coinvolgimento della muscolatura trigeminale conseguente al quadro di DCM con interessamento anche del muscolo tensore del timpano e tensore del velo palatino, anch'essi

innervati dal V nero cranico (Cooper BC). Il cattivo funzionamento della tuba di Eustachio, dovuto all'ipertono del muscolo tensore del velo palatino, provoca una minore aerazione dell'orecchio medio causando fenomeni di otocongestione e predisponendo il terreno a otiti medie (Jeon YD).

L'esistenza di un rapporto di connessione neuroriflesso oltre che anatomico è suggerito anche da studi epidemiologici (Kuttila S), eseguiti su soggetti con sintomatologia dolorosa miogena e cefalea tensiva, che identificano una correlazione significativa tra acufene e dolorabilità muscolare evocata alla palpazione di uno o più muscoli masticatori (Bernhardt O).

Le prove sulla reversibilità delle manifestazioni auricolari, derivanti da riabilitazioni o manovre odontoiatriche (Wright EF), sono tuttavia labili, anche se possono indicare un'influenza che l'occlusione dentale svolge sull'apparato oto-vestibolare.

Pertanto scopo del presente studio è quello di investigare, in via preliminare, sulla distribuzione dei sintomi auricolari in un gruppo di pazienti con DCM e valutare il decorso clinico durante la terapia ortopedica di recupero dell'occlusione dentale fisiologica.

È un dato di fatto che pazienti affetti da DCM presentano un'alta incidenza di sintomi dolorosi e disfunzionali all'apparato uditivo. Il sintomo auricolare più frequentemente associato a DCM è l'otalgia significativamente presente (48%) in entrambi i gruppi di osservazione considerati (MPS e JD). L'otalgia è riferita sia come irradiazione dolorosa, complicità di manifestazioni artritiche temporo-mandibolari nel gruppo JD, sia come vero e proprio dolore riferito miogeno nel gruppo MPD. In quest'ultimo caso appare più chiara l'interconnessione esistente dopo aver confermato la contemporanea presenza di ipertono muscolare con dolorabilità palpatoria dei muscoli competenti (Bergamini M, Pierleoni F). Dei sintomi disfunzionali il disturbo dell'equilibrio (28%), manifestato prevalentemente dai soggetti del gruppo MPD, è stato giudicato secondo l'interpretazione di Travell, indicativo di sofferenze della muscolatura del collo (Simons DG).

Dall'esame dell'evoluzione della sintomatologia a sede auricolare nei soggetti con DCM sottoposti a terapia ortopedica è risultato come dato più significativo l'alta percentuale di attenuazione dei sintomi uditivi (80%) con l'uso dei dispositivi intraorali di riposizionamento mandibolare.

In particolare è dimostrata la notevole remissione del dolore auricolare già dal primo trimestre di terapia ortopedica.

È opinabile invece un rapporto funzionale tra la sintomatologia disfunzionale auricolare e i DCM in quanto i rapporti eziopatogenetici sono più labili e incerte le conferme cliniche. Si deve notare, infatti, che gli acufeni spesso intermittenti o remittenti subiscono ulteriori caratterizzazioni di natura soggettiva e dunque difficilmente si riesce a documentarne il miglioramento clinico, comunque limitato ad una piccola percentuale di casi (6 soggetti). Questo dato in controtendenza rispetto alla letteratura (Edward F) dovrà essere rivalutato.

L'ipoacusia, più spesso monolaterale, si presume sia derivata dalla congestione dell'orecchio medio causata dallo spasmo dei muscoli palatini che restringono la tuba di Eustachio, e pertanto facilmente si associa a quadri clinici di DCM con deglutizione atipica. I risultati debolmente positivi ma significativi sono verosimilmente influenzati dal miglioramento della aerazione dell'orecchio medio oltre che dal riequilibrio del tono muscolare dei muscoli intraauricolari che ripristinano la corretta trasmissione sensoriale.

Una discussione a parte invece deve essere fatta per la manifestazione vertiginosa più propriamente descritta come una sensazione di sbandamento o incertezza posturale (Simons DG), accentuata dai movimenti, piuttosto che di crisi dell'equilibrio intese come turbe sensoriali. Tali eventi sono, infatti, facilmente riconducibili allo stato di ipertono dei muscoli cervicali laterali primariamente coinvolti nella regolazione posturale della testa e pertanto poco avrebbero in comune con le altre manifestazioni auricolari. Questo sintomo, difatti, domina i casi di spiccata sofferenza miofasciale (MPS) ed è quasi completamente assente nel gruppo JD.

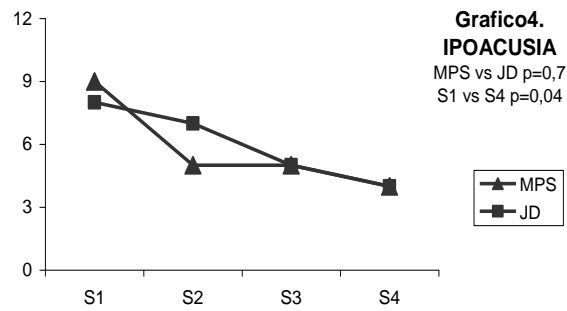
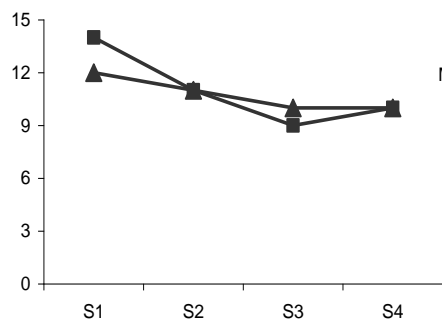
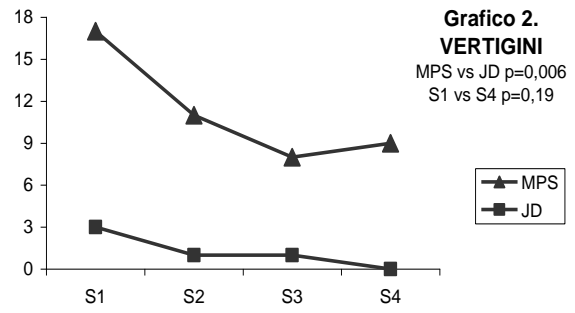
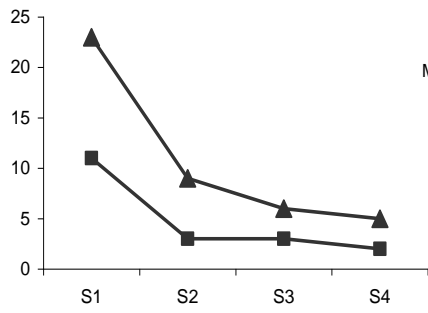
La terapia condotta con dispositivi intraorali di riposizionamento mandibolare si è dimostrata efficace già nel primo trimestre dove si sono raccolti i risultati più evidenti, a conferma che il sistema neuromuscolare turbato possiede ricche e pronte capacità di recupero.

Ad oggi la certezza diagnostica, in tema di disturbi auricolari, deriva dalla constatazione della scomparsa del sintomo dopo aver intrapreso la migliore terapia odontoiatrica possibile. La terapia ortopedica di riequilibrio mandibolare condotta con dispositivi removibili è risultata essere efficace e capace di mantenere stabili i risultati nel periodo breve-medio di osservazione.

La presenza di otalgia o di sintomatologia disfunzionale in completa assenza di patologia auricolare dovrebbe pertanto sempre essere interpretata come un possibile sintomo di DCM e deve essere indagata nella valutazione clinica del paziente odontoiatrico (Cooper BC). Le implicazioni nella vita di relazione, che derivano da tali affezioni, dovrebbero spingere a considerare le terapie odontoiatriche dei DCM come cure per il recupero della qualità della vita (Segu M).

Tabella 1.

<i>Gruppo</i>	<i>Otalgia</i>	<i>Vertigini</i>	<i>Acufeni</i>	<i>Ipoacusia</i>
MPS (n = 39)	23 (59%)	17 (43%)	12 (31%)	9 (23%)
JD (n = 31)	11 (35%)	3 (1%)	14 (45%)	8 (25%)



LEGENDA

Tabella 1. Sintomi auricolari: distribuzione di pazienti con DCM – S1.

Grafico 1. Andamento dell'otalgia dalla prima visita (S1) al controllo dopo 3 mesi (S2), dopo 6 mesi (S3) e dopo 12 mesi (S4) di terapia ortopedica.

Grafico 2. Andamento della sintomatologia vertiginosa dalla prima visita (S1) al controllo dopo 3 mesi (S2), dopo 6 mesi (S3) e dopo 12 mesi (S4) di terapia ortopedica.

Grafico 3. Andamento degli acufeni dalla prima visita (S1) al controllo dopo 3 mesi (S2), dopo 6 mesi (S3) e dopo 12 mesi (S4) di terapia ortopedica.

Grafico 4. Andamento dell'ipoacusia dalla prima visita (S1) al controllo dopo 3 mesi (S2), dopo 6 mesi (S3) e dopo 12 mesi (S4) di terapia ortopedica.