

Le Disfunzioni del Sistema Cranio-Cervico-Mandibolare

Umberto Montecorboli MD, DDS

Parte I (numero 2.3)	
CENNI DI ANATOMIA FUNZIONALE	
POSTURA ED ASIMMETRIA	
Parte II (numero 2.4)	Parte III (numero 3.1)
RAPPORTI FISIOPATOLOGICI TRA L'APPARATO STOMATOGNATICO ED IL RACHIDE	DISFUNZIONE DEL SISTEMA CRANIO-CERVICO-MANDIBOLARE
Parte IV (numero 3.2)	Parte V (numero 3.3)
CLASSIFICAZIONE DELLE DISFUNZIONI CRANIO-CERVICO-MANDIBOLARI	IL TRATTAMENTO DELLE DISFUNZIONI CRANIO-CERVICO-MANDIBOLARI

CLASSIFICAZIONE DELLE DISFUNZIONI

Nell'approccio col paziente restano basilari i canoni della semeiotica tradizionale, spesso più che sufficienti ad inquadrare il problema: attenta raccolta anamnestica, ispezione, palpazione, auscultazione, valutazione del movimento. La restrizione o, l'alterazione dei movimenti mandibolari, accompagnati eventualmente da rumore e dolore sono le principali e più significative caratteristiche delle Disfunzioni Cervico Mandibolari. Pertanto si deve porre continua attenzione circa la diagnosi differenziale con patologie di confine di pertinenza otorinolaringoiatrica, neurologica, oculistica, ortopedica. I sintomi soggettivi lamentati dal paziente possono essere classificati nel modo seguente:

- 1) **Artro-mialgici**: rappresentano il gruppo più cospicuo e significativo. Dall'algia spontanea ci interessa la sede, prevalentemente unilaterale a localizzazione ben precisa (ad es. articolazione, area temporale ant.) oppure irradiata a distanza (collo, spalla); il tipo: sordo, acuto, a fitte, pulsante; la frequenza e la cronologia con cui si presenta: continuo, saltuario, ad eccessi, di mattina o di sera; la possibilità di evocarlo coi movimenti: masticazione, sbadiglio, fonazione, starnuto. Le diagnosi differenziate più comuni sono nei confronti della nevralgia del trigemino o del glossofaringeo, delle algie "da ritenzione" (soprattutto sinusiti croniche), dell'artrosi cervicale, delle emicranie facciali basse, delle sindromi naso-sfeno-palatine.
- 2) **Dento-parodontali**: frequente è la perdita della consapevolezza occlusale e la presenza dei segni del trauma da occlusione (mobilità, migrazione, usura).
- 3) **Orali**: è lamentata frequentemente una glossodinia con bruciori a volte intollerabili alla radice della lingua, sensazione di gusto metallico o comunque alterazioni della sensibilità gustativa, interpretate un tempo come dovute a compressione della corda del timpano. Alterazioni della secrezione salivare con

scialorrea o eccessiva secchezza delle fauci. Inoltre parestesie della mucosa, cenestesia, spiacevole percezione d'organo. Negli anziani si sovrappongono spesso il dolore da eventuali decubiti, perchè questo genere di sintomi sono tipici nei portatori di protesi totali usurate, con perdita di altezza verticale.

- 4) **Otologici**: tipica è l'ipoacusia, accompagnata spesso da acufeni ed eventualmente vertigini, fino a simulare una sindrome menieriforme. Nei casi acuti, otodinia, probabilmente dovuta ad una capsulite posteriore o retrodiscite da dislocazione posteriore condilare.
- 5) **Cefalgici**: l'irradiazione a distanza e l'instaurarsi di cefalee sintomatiche è di abituale riscontro. L'intensità, la frequenza e la sede sono molto variabili.
- 6) **Posturali**: è nota l'influenza che uno squilibrio della postura mandibolare può avere sui settori muscolari sottostanti di collo e tronco e la loro interdipendenza. Si avrà una dolenzia di collo e nuca con rigidità cervicale, frequenti torcicollo, irradiazione alla spalla ed a volte al dorso.

Volendo effettuare una sorta di classificazione clinica, i disordini cranio-mandibolari possono essere distinti in:

- a) disordini **extra**-capsulari,
- b) disordini **intra**-capsulari.

Le alterazioni extra-capsulari, di comune osservazione, sono in genere dovute all'iperattività funzionale dei muscoli masticatori, che può riconoscere cause "centrali", come lo stress, o da vere nevrosi, o cause "periferiche" quali alterazioni occlusali, parafunzioni come bruxismo, squilibri posturali.

Le alterazioni intra-capsulari consistono nel dislocamento del menisco, solitamente in posizione antero-mediale, associato eventualmente a distrazione e/o rimodellamento del condilo mandibolare: si avrà il caratteristico rumore di schiocco articolare e, in casi acuti, un vero e proprio blocco articolare con impotenza funzionale (locking). L'esito della problematica meniscale, superate le capacità adattive rimodellanti dei tessuti duri e molli dell'articolazione, in particolare della fibrocartilagine, è rappresentato da una lesione regressiva di tipo degenerativo artrosico secondario, dovuta a modifica della capacità di supportare il carico masticatorio e posturale da parte dell'articolazione stessa.

L'A.T.M., oltre alla patologia disfunzionale ed artrosico degenerativa a cui si è accennato, può essere coinvolta, come ogni altra articolazione dell'apparato locomotore, dagli esiti di traumatismi regionali, diretti ed indiretti, e da malattie infiammatorie specifiche, quali le artriti reumatiche, e tra queste particolare interesse riveste l'artrite reumatoide, in quanto rappresenta una tra le più frequenti connettiviti sistemiche.

Ultime per frequenza sono le alterazioni legate a problemi di sviluppo (micromandibolia, ipo o iper-plasia condilare, ipertrofia del processo coronoide, eccetera), a cui si sovrappongono le abitudini problematiche intracapsulari.

Ai fini terapeutici, possiamo distinguere, in ordine di incidenza decrescente, le seguenti patologie:

- a) patologie muscolari;
- b) patologie meniscali;
- c) patologie degenerative;
- d) patologie infiammatorie;

- e) patologie traumatiche;
- f) patologie da disordine di crescita;

L'interesse maggiore è naturalmente focalizzato sulla patologia disfunzionale (meniscale e muscolare).

a) Patologia muscolare: forme algo-mio-fasciali;

- dolore spontaneo unilaterale;
- dolorabilità muscolare "trigger points";
- rumori dolci, saltuari, incostanti;
- limitazione funzionale notevole ma variabile;
- facile affaticabilità e dolenzia masticatoria;
- influenza psico-comportamentale e climatica;

b) Patologia meniscale: forme da interferenza del disco;

1. Incoordinazione condilo-meniscale (clicking):

- schiocco netto in apertura;
- passa in posizione protrusa;
- mobilità normale o aumentata;
- palpazione endoauricolare positiva;

2. Blocco condilo-meniscale (locking):

- laterodeflessione omolaterale;
- apertura ridotta (26 mm);
- lateralità controlaterale ridotta (5 mm);
- dolore eventuale sotto o dentro l'orecchio omolaterale;

c) Patologia infiammatoria: capsulite, sinovite, retrodiscite.

1. Artrite reumatoide (sinovite):

- dolore prevalentemente bilaterale e simmetrico;
- interessamento di altre articolazioni;
- importante limitazione funzionale con rigidità mattutina;
- evoluzione in anchilosi e morso aperto;

2. Osteocondrite giovanile o necrosi condilare idiopatica:

- sesso femminile;
- cause predisponenti (soprattutto emoglobinopatia);
- dolore omolaterale violento;
- edema articolare dolente palpabile;
- deviazione controlaterale a riposo;
- deflessione omolaterale in apertura;
- impotenza funzionale notevolissima;
- esito in accorciamento condilare omolaterale ed asimmetria.

d) Patologia da disordine di crescita:

Ipertrofia del coronoide:

- sesso prevalentemente maschile;
- esordio con la pubertà;
- tendenzialmente bilaterale (salvo forme post-traumatiche);

- assenza di dolore;
- movimenti limitati in tutte le direzioni.

Riassumendo quindi, la problematica temporo-mandibolare necessita di una razionale diagnosi differenziale in prima istanza estrinseca, per escludere una patologia regionale di pertinenza non stomatologica, e quindi intrinseca, per evidenziare nell'ambito del sistema l'aspetto eziopatogenetico più rilevante, che potrà essere vuoi artrogeno vuoi miogeno vuoi infine psicogeno, con una prevalenza, di caso in caso, di fattori occlusali locali, traumatici regionali, sistemici generali o psico-comportamentali.

Queste distinzioni successive non sono solo accademiche ma rappresentano il primo elemento guida per individuare la gerarchia di priorità con cui affrontare il processo morboso, con l'approccio terapeutico più adatto.

Bibliografia

**Virtual Journal of Orthodontics
Copyright © 1996-2000
All rights reserved.**

[HOME VJO 3.2](#)

[HOME VJO](#)