

***Dott. Massimo Corigliano DDS,PHD
ODONTOIATRA***

AUTORI : Corigliano Massimo *, Puzzilli Daniele **, Pagliai Federico **.

*Libero professionista Monterotondo. Via Kennedy 98 c 00015 Monterotondo Roma
e mail maxymaria @ libero. it

** Libero professionista Roma.

TITOLO: Disturbi Cervico Cranio Mandibolari (DCCM): una proposta terapeutica

Introduzione

I disturbi Cervico Cranio Mandibolari (DCCM) sono una patologia molto frequente che affligge una elevata percentuale di popolazione. Lo studio, la diagnosi e la terapia dei DCCM è legato e coinvolge molte discipline che vanno dalla gnatologia, alle tecniche di riabilitazione posturale, alla protesi, all'ortodonzia, alla Kinesiologia, alla fisioterapia ed anche alla psicologia. Questo indica la complessità della patologia e soprattutto l'impossibilità di un approccio terapeutico invoco; è chiaro quindi che per dedicarsi a questo tipo di disciplina occorre avere una conoscenza abbastanza completa di tutte le discipline menzionate. Normalmente, tali pazienti, vengono curati con tecniche di riequilibrio oclusale (1-10), con manipolazioni strutturali (11), ma soprattutto con dei dispositivi intraorali denominate placche oclusali o bites. Si conoscono molti tipi di placche ed in letteratura ne sono riportati sia i tipi che i tempi di applicazione (1,2, 3,4,5,7,8,9,10,) (fig 1- 4). Le placche normalmente sono realizzate in materiale plastico, rigido, adattabile e ritoccabile per favorirne la programmazione e la rettifica durante la terapia. La registrazione del tavolo oclusale, mediante molatura o apposizione di materiale, permette di riequilibrare progressivamente l'occlusione con l'obiettivo di restituire al paziente una posizione confortevole e che lo allevi dai disturbi derivanti dall'incoordinazione delle componenti anatomiche. Spesso riposizionando correttamente la mandibola e gli elementi dentari si riescono ad annullare le patologie, di origine strutturale, considerabili "discendenti" e che quindi danno al paziente sofferenze in distretti anche lontani dal cavo orale e che si osservano soprattutto con esami posturali (12,13, 14,15).

La registrazione delle placche, si effettua dopo che è stato realizzato il rilassamento del paziente mediante differenti dispositivi (stretching, TENS, rulli di cotone ecc) (11,16,17,18). Per poter registrare le placche si utilizzano degli spaziatori che, controllando l'occlusione con delle carte di articolazione molto sottili, ne rilevano i contratti.

Con la tecnica della molatura selettiva, dove ce ne sia l'indicazione, si può quindi ritoccare l'occlusione o sulla placca oppure dopo averne attentamente valutato la possibilità sull'elemento dentale stesso (fig.5-6).

Quando, a fine registrazione, si è abbassata la placca, fino ad arrivare ad identificare i contatti dentari prematuri e la posizione mandibolare più corretta possibile per equilibrare il paziente, si può passare alla terapia definitiva.

Molte volte però, ad inizio terapia disfunzionale, una placca rigida può dare difficoltà nel resettare completamente il paziente perché, essendo rigida, viene identificata comunque, dal cervello, come un tavolo occlusale che finché non è perfettamente registrato non fa altro che continuare a disturbare il paziente. Ciò porta spesso ad un rallentamento della risoluzione terapeutica e qualche volta anche ad una sorta di depistaggio dell'operatore perché l'interposizione di un tavolo rigido tra le arcate non riesce ad annullare l'effetto della ricerca di una posizione stabile da parte del cervello; soprattutto se il paziente è sottoposto a stress muscolotensivo d'origine psicogena.

Quello che quindi occorre in questa fase terapeutica è una placca morbida, di dimensioni discrete e che permetta al paziente di posizionarsi occlusalmente dove necessita, senza incontrare interferenze occlusali devianti o resistenze al tentativo di serramento.

Da circa cinque anni gli autori, per i pazienti disfunzionali, stanno proponendo ai pazienti un tipo di bite prefabbricato morbido (MIOSET, ARTEMA, Italy) (19,20) da utilizzare come primo rimedio o come placca terapeutica vera e propria (fig. 7-9).

La funzione del Mioset è identificabile sia nell'approccio sintomatico che funzionale in quanto è capace, negli stati d'algia acuta, di funzionare come da interruttore del ciclo doloroso permettendo al paziente di mettere a riposo sia la muscolatura che le terminazioni nervose stressate.

Le figure 10-13 mostrano come, con la semplice applicazione del Mioset, i pazienti abbiano in 15 giorni di terapia automaticamente assunto la posizione mandibolare corretta indicando al terapeuta il reale stato di malocclusione ed il gap occlusale da ripristinare.

MATERIALI E METODI

Sono stati studiati 150 pazienti disfunzionali con patologie differenziate ma sempre dell'ambito dei DCCM. I pazienti avevano un'età compresa tra 18 e 65 anni.

I sintomi presi in considerazione sono stati:

- linea mediana deviata
- click articolare
- dolore articolare
- dolore muscolare
- dolori cervicali
- cefalea
- limitata apertura della bocca
- acufeni
- ipoacusia
- vertigini

Per la fase diagnostica sono stati realizzati esami clinici, strumentali e Kinesiologici. Per tutti i pazienti si è programmata una fase di riordino sia occlusale che neuromuscolare e, dove era necessario, è stato anche previsto un supporto psicologico. La fase terapeutica ha previsto per tutti i pazienti l'applicazione del Mioset con 2 cicli giornalieri di 2 ore ed uno notturno completo. Dove è stato necessario, per stabilizzare l'occlusione, è stato applicato un ortotico inferiore realizzato in resina acrilica o in resina acetilica (Acetal Dental Pressing, RSM) a seconda dei casi. Dopo aver risolto per tutti i pazienti la problematica riguardante i DCCM, li abbiamo indirizzati verso la terapia definitiva più idonea e quindi: alcuni hanno solamente subito un aggiustaggio occlusale, altri sono stati sottoposti a terapia ortodontica ed altri a terapia protesica.

Vediamo di seguito alcune fasi terapeutiche applicate ad alcuni casi emblematici:

F. P. sesso f, anni 39

La paz. si è presentata alla nostra osservazione con forti dolori alla testa, collo e con vertigini ricorrenti (fig. 14).

All'esame obiettivo, la paz. presentava un edentulia totale superiore curata con una protesi completa inadeguata (fig. 15) ed inferiormente presentava un'edentulia parziale. E' stata sottoposta immediatamente a terapia rilassante mediante Mioset. La placca è stata portata tutto il giorno per 35 gg con remissione della sintomatologia.

A questo punto la paz. è stata registrata con l'ausilio del Miomonitor (Myo-Tronics, inc USA) ed a livello dentale sia con un dispositivo intraorale capace di rilevare l'escursione mandibolare utilizzando il sistema dell'arco gotico (Functiograf Ivoclar) che con il sistema axiografico SAM (fig. 16-20). Successivamente è stata modificata l'occlusione della protesi superiore della paziente con due tavolati occlusali nuovi in resina acrilica ed inferiormente con due ponti provvisori in resina acetilica, su impianti, che stabilizzassero l'occlusione nella posizione di equilibrio della paziente (fig. 21-22).

La terapia è stata ultimata con il confezionamento di due ponti in lega preziosa- ceramica inferiori e di una protesi superiore completa con occlusione metallica (fig. 23-26).

L. F. sesso F. anni 42, durante la seduta di anamnesi riferiva cefalea, dolenzia cervicale, acufeni e vertigini.

All'esame clinico si osservava una malocclusione di origine iatrogena ed una leggera laterodeviante mandibolare DX (fig. 27)

La paz. è stata sottoposta agli esami strumentali tradizionali ed ad una visita posturale generale (fig. 28-29). Dall'anamnesi, associata alla malocclusione, risultava evidente anche una compromissione della sfera psicologia.

Odontoiatricamente abbiamo applicato il Mioset per 30 gg con remissione di quasi tutti i sintomi ed un netto miglioramento della situazione posturale (fig. 30-31). A questo punto è stato applicato un ortotico che è stato successivamente selezionato ogni settimana per 6 settimane e poi una volta al mese per sei mesi fino a quando non si è ristabilito un buon equilibrio occlusale e la centratura della linea mediana (fig. 32-34).

Parallelamente la paz. è stata sottoposta anche ad una terapia psicologica di supporto.

La stabilizzazione con la placca e la molatura selettiva ha definitivamente guarito la paziente dai sintomi e quindi è stata indirizzata rapidamente verso la terapia protesica definitiva soprattutto perchè la paziente, estremamente confortata dalla placca, ne era diventata dipendente

V.d.V. sesso f. anni 19. La paz. riferiva cefalea, dolori cervicali, astenia, depressione e stanchezza alla regione orofacciale (fig. 35). La paziente per i suddetti disturbi era stata precedentemente curata da diversi colleghi (ortodontisti e psicologi) anche con psicofarmaci senza però ottenere risultati definitivi.

All'esame clinico non si apprezzavano particolari difetti o problematiche dell'occlusione; erano evidenti la dolenzia degli pterigoidei laterali e dei temporali medi e posteriori ed una ricorrente cefalea e cervicgia e la frattura dell'elemento 41.

E' stato applicato il Mioset per 15 gg. con due cicli di tre ore al giorno e per tutta la notte.

La paziente, dopo questa fase terapeutica, si è presentata al controllo completamente ristabilita. Nel cercare la possibile causa dei disturbi, abbiamo osservato che, con la nostra semplice terapia, la paziente aveva cambiato la sua postura mandibolare e corporea e come segno evidente si apprezzava un allineamento della linea mediana ed una continua tendenza alla protrusiva (fig. 36) che però era ostacolata dall'elemento 31 (fig. 37).

Da un'accurata analisi, abbiamo potuto valutare come unica causa della malattia l'errata posizione mandibolare (troppo retrusa) che veniva compensata, per accomodare la postura mandibolare, protrudendo la mandibola e quindi generando il precontatto

dell'elemento 31 con gli incisivi antagonisti. Questa situazione di continua instabilità ha determinato nella paziente una forte sindrome algica dovuta alla continua contrazione dei muscoli oro-facciali e cervicali nel tentativo di accomodare la postura in posizione più corretta e soprattutto nel cercare di fratturare anche il bordo incisivo del 31 che non le permetteva di poter ottenere una situazione di equilibrio oclusale.

Come terapia definitiva è stata inviata da un'ortodontista per riposizionare correttamente gli elementi dentari maloccludenti.

D.P. sesso F anni 54, si è presentata alla nostra osservazione con forte cefalea e limitata apertura della bocca (fig. 38-39). All'esame obiettivo si apprezzava la mancanza degli elementi posteriori inferiori un collasso della DVO posteriore ed un insufficiente overbite incisivo (fig. 40).

Per poter applicare un Mioset sono stati realizzati degli apparecchi in resina acrilica con tavolato oclusale posteriore liscio (fig. 41-42). Questo ha consentito alla paziente di poter contare su un sufficiente supporto posteriore per poter liberare la mandibola e di riposizionarla nella posizione più corretta; inoltre ha ci permesso di farle portare il MIOSET per 30 giorni con sufficiente disinvoltura (fig. 44-45). Dopo tale periodo di riabilitazione la paziente aveva recuperato l'apertura corretta, aveva la mediana centrata e non lamentava più i DCCM iniziali (fig. 46-47). La terapia definitiva consigliata alla paziente è stata di tipo protesico fisso su impianti.

RISULTATI

Come abbiamo potuto osservare, tutti i pazienti, per quanto differenti tra loro, sia come situazione fisica che come età e soprattutto come tipo di patologia, hanno risposto in maniera estremamente positiva all'uso del MIOSET. Addirittura, nella maggioranza dei casi, abbiamo potuto accedere alla terapia successiva a quella sintomatica iniziale, spesso senza utilizzare la placca rigida di stabilizzazione e comunque accorciando notevolmente i tempi di stabilizzazione dell'ortotico (quando utilizzato) a massimo sei mesi.

CONCLUSIONI

In ogni caso, prima di sottoporre il paziente a terapia con una placca rigida è conveniente, per accorciare i tempi di reset dell'apparato neuromuscolare del distretto cervico-oro-facciale, ma anche corporeo in generale, utilizzare come dispositivo rilassante il MIOSET. Nei casi in cui la causa dei sintomi era di natura non solamente odontoiatrica il MIOSET ha comunque accelerato i tempi di terapia fungendo da dispersore di stress e da reset immediato per le indagini posturali.

La stabilizzazione successiva con placca rigida di riposizionamento deve protrarsi nel minor tempo possibile perché i pazienti, estremamente confortati da tali dispositivi, ne possono diventare dipendenti. Questo è, secondo noi, un aspetto negativo da evitare perché non riteniamo corretto che il paziente possa identificare in un manufatto provvisorio la terapia definitiva. Occorre quindi indirizzare al più presto il paziente riabilitato dal protesista o dall' ortodonzista per stabilizzare definitivamente i risultati ottenuti con la nostra terapia riabilitativa.

BIBLIOGRAFIA

1. Celenza F., Nasedkin J.: "Occlusione, suo status attuale". Scienza e Tecnica Dentistica edizioni Internazionali s.n.c./ Milano 1980
2. Botteger H., Kolndorffer K., Marxkors R., Pftuz E., Riethe P., Stutten U.: "Occlusione funzionale. Diagnosi e terapia in rapporto alla giuda di scorrimento" Scienza e Tecnica Dentistica edizioni Internazionali s.n.c./ Milano 1982
3. Mongini F: " L'apparato stomatognatico. Funzione disfunzione e riabilitazione". Scienza e Tecnica Dentistica edizioni Internazionali s.n.c./ Milano 1984
4. Woda A. : "Fisiologia del sistema Stomatognatico" MASSON, 1984
5. Solberg W., Clark G.: "Problemi dell'Articolazione Temporomandibolare diagnosi biologica e trattamento". Ed. Scienza e tecnica dentistica Ed. Internazionali s.n.c./Milano 1985
6. Martignoni M., Schonenberger A.: "Precisione e contorno nella ricostruzione protesica". Ed.Quintessenz Verlags-GmbH 1987
7. Molina M. " Concetti fondamentali di gnatologia moderna". Riccardo Ilic Editrice s.r.l. , Milano 1988
8. Pini P.: " Schemi introduttivi alla gnatologia clinica" Editrice Odonto Stomatologiche Internazionale Saccardin Bologna 1989
9. Lotzmann U.: "Guide occlusali ed altri ausili di masticazione". Resh editrice s.r.l. Verona 1989
10. Mongini F.: "ATM e muscolatura Cranio-Cervoco-Facciale, fisiopatologia e terapia". Ed UTET corso Raffaello 28 10125 Torino; 1996
11. Capurso U.,Marini I., Bonetti A.: " I disordini Cranio-mandibolari; fisioterapia speciale stomatognatica". Ed. Martina Bologna 1996
12. Dujanj R.: "Kinesiologia Applicata". Ed Tecniche nuove
13. ESPOSITO GM : "una nuova teoria in Kinesiologia odontoiatrica" Il Dentista Moderno – 5 / 1989.
14. Espesito G.M. : La "centrica " Mandibolo-Posurale: approccio Kinesilogio. Ptero n° 0;1999: 19-27.
15. Espesito G.M. : La "centrica " Mandibolo-Posurale: un caso clinico. Ptero n° 1;1999:
16. Jankelson B. : "Physiological aspects of masticatory muscle simulation: the Myo Monitor". Quiint. Int. 3 (12), 57, 1972
17. Jankelson R: Manual for " Introduction to neuromuscola occlusion". MYO-TRNICS,INC
18. Bazzotti – Boschiero : "Principi di occlusione neuromuscolare" Ed. GRASSO, 1990
19. SCENNA S.,ROVERE G.,CORIGLIANO M.,PIATTELLI A.: Clinical evaluation of new functional prothesis for TMJ pain. 3rd CED/NOF Joint Meeting, September 12-15, 1996, Berlin
20. PUZZILLI D, CORIGLIANO M.: Relazione tra baricentro posturale e precontatti occlusali. 1998, Ptero n°0,47-49CED