

# ATTUALI ORIENTAMENTI SUI DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI

**Daniele Manfredini**

## **EPIDEMIOLOGIA**

I disordini temporomandibolari (DTM) rappresentano un gruppo eterogeneo di patologie del sistema stomatognatico che si manifestano con quadri algici e/o disfunzionali a carico dell'articolazione temporomandibolare (ATM), dei muscoli masticatori e delle strutture ad essi correlate.

L'aumentata prevalenza di segni e sintomi di tali disordini, quali ad esempio le algie facciali ed i rumori articolari (click, scroscio, etc.), ha determinato un crescente interesse nei confronti di tali patologie, rendendole oggetto di numerose indagini epidemiologiche.

Secondo le più recenti revisioni della letteratura la prevalenza dei DTM nella popolazione generale riportata dai diversi autori varia addirittura tra il 12 ed il 60%, ed i dati dei diversi studi sono pertanto molto influenzati dalla metodologia di campionamento e dai criteri diagnostici adottati.

Nell'ambito di tale contesto molto confuso, è comunque possibile affermare che la prevalenza dei segni (alterazioni rilevate dal medico) oscilla tra il 33 e l'86% a seconda degli studi, e quella dei sintomi (fenomeni che accompagnano la malattia avvertiti dal paziente) tra il 16 ed il 59%. Inoltre, secondo i dati forniti dall'American Academy of Orofacial Pain (AAOP) il 75% della popolazione degli Stati Uniti presenta o ha presentato segni e/o sintomi di DTM.

La letteratura inerente l'epidemiologia dei DTM evidenzia inoltre una differente prevalenza di tali disordini in relazione al sesso, con una forte rappresentanza femminile (rapporto femmine:maschi circa 4:1), ed alla fascia d'età presa in considerazione, con una più frequente insorgenza della patologia nell'età compresa tra i 25 ed i 40 anni (fino a decrescere al 2-4% tra quelli in età senile).

Tali studi suggeriscono quindi che i DTM sono caratteristici dell'età giovane-adulta.

La maggior suscettibilità delle donne nei confronti dei DTM è stata associata a possibili fattori quali una maggiore sensibilità agli stress emotivi, una maggior cura del corpo e quindi maggior assiduità e richiesta di prestazioni e/o cure professionistiche. Tuttavia, l'evidenza di una prevalenza maggiore dei DTM nelle donne durante il periodo fertile ha condotto gli studiosi ad ipotizzare l'esistenza di un coinvolgimento ormonale, ed in particolare degli ormoni estrogeni.

Per quanto riguarda la diffusione di tali condizioni in Italia, un recente studio multicentrico italiano condotto presso le Università di Pisa e Pavia ha invece valutato la prevalenza delle varie forme di DTM all'interno di un campione di pazienti afferenti a cliniche specialistiche per la richiesta di trattamento. Tale studio ha concluso che il 50.2% dei pazienti soddisfa i criteri per l'appartenenza al Gruppo I dei RDC/TMD (un sistema classificativo standardizzato che verrà discusso in seguito), il 38.6% per il gruppo II e che il 11.2% rientra nel gruppo III. Tali risultati suggeriscono che il dolore muscolare ed i disordini di tipo infiammatorio-degenerativo rappresentano le più frequenti cause della richiesta di un consulto specialistico in Italia.

A fronte dei risultati descritti nei diversi studi epidemiologici bisogna considerare che la presenza di segni e sintomi non richiede necessariamente l'intervento terapeutico: secondo le opinioni più autorevoli, il 10% della popolazione richiede infatti il trattamento professionale, mentre solo il 5% ne necessita.

Tali osservazioni danno valore all'evidenza che i DTM siano generalmente autolimitanti e che la progressione verso forme croniche od invalidanti sia un'evenienza non comune.

## **EZIOPATOGENESI**

Nonostante i segni e sintomi di disfunzione masticatoria siano piuttosto comuni, la comprensione della loro eziologia presenta tuttavia numerose difficoltà.

La ricerca di un unico fattore eziologico risulta talvolta laboriosa e poco soddisfacente, anche a causa della complessità del sistema masticatorio, soggetto a numerose interferenze strutturali e funzionali.

Secondo una delle prime interpretazioni in merito, nella sequenza patogenetica dei disturbi del sistema masticatorio, è possibile identificare la presenza di un evento in grado di alterare la soglia della tolleranza fisiologica dell'individuo e di indurre la comparsa della sintomatologia. La "tolleranza fisiologica" rappresenta il limite di adattabilità individuale ad un certo grado di interferenza funzionale. Tale parametro non può essere tuttavia indagato scientificamente, dal momento che risulta estremamente modulabile da parte di disparati fattori. Tali eventi possono essere locali (ad esempio variazione degli input propriocettivi post trauma o da parafunzione ed effetto eccitatorio centrale del dolore profondo) oppure sistemici (rappresentati essenzialmente dallo stress).

In realtà la comunità scientifica concorda attualmente nel ricondurre lo sviluppo dei DTM ad una eziopatogenesi multifattoriale, alla quale concorrono diversi fattori, tra i quali i principali sono i

seguenti: psichico, occlusale, parafunzionale, traumatico, ormonale, posturale, neuromuscolare.

Tali fattori nell'eziopatogenesi dei DTM possono inoltre assumere un ruolo di:

- Fattori predisponenti: favoriscono il rischio d'insorgenza del disordine;
- Fattori scatenanti: rappresentano la causa della manifestazione del disturbo;
- Fattori perpetuanti: determinano il protrarsi nel tempo dei DTM fino al raggiungimento di una condizione stabile (cronicizzazione) o di una accentuazione dei sintomi, con o senza intervalli di remissione;
- Fattori contribuenti: agiscono come concause ed aumentano il rischio di DTM in associazione ad altre condizioni.

## **CLASSIFICAZIONE**

### **RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA for TMD (RDC/TMD)**

I criteri di ricerca per la diagnosi dei DTM sono un sistema classificativo basato su due differenti assi: l'asse I classifica le varie forme di DTM, mentre l'asse II valuta e classifica l'esperienza di dolore nelle sue caratteristiche di severità, di condizionamento dello stato psicologico del soggetto e di potenziale invalidante. In questo capitolo prenderemo in considerazione esclusivamente l'asse I.

Il sistema classificativo RDC/TMD prevede la possibilità di formulare diagnosi multiple.

---

#### **RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR TMD – Axis I**

---

##### **I. Disordini muscolari**

- a. Dolore miofasciale
- b. Dolore miofasciale con limitazione in apertura

##### **II. Dislocazioni del disco**

- a. Dislocazione del disco con riduzione
- b. Dislocazione del disco senza riduzione, con limitazione in apertura
- c. Dislocazione del disco senza riduzione, senza limitazione in apertura

##### **III. Artralgia, Artrite, Artrosi**

- a. Artralgia
  - b. Osteoartrite dell'ATM
  - c. Osteoartrosi dell'ATM
- 

Le diagnosi all'interno di ciascun gruppo articolare e/o muscolare sono mutualmente esclusive ed è possibile, quindi, assegnare ad un soggetto da zero a cinque diagnosi (una diagnosi muscolare più una diagnosi articolare di Gruppo II ed una di Gruppo III per ciascuna articolazione).

Il processo diagnostico, in accordo ai RDC, prevede la compilazione di un questionario anamnestico e l'espletamento di un accurato esame clinico, attraverso i quali il curante deve poter interpretare e riconoscere i segni ed i sintomi delle condizioni di seguito proposte.

## **CLASSIFICAZIONE DELL'AMERICAN ACADEMY OF OROFACIAL PAIN**

Nel 1996 la classificazione diagnostica dell'AAOP è stata ampliata ed integrata con quella dell'IHS, al fine di includere tutte le condizioni inerenti testa, faccia e collo che possono essere associate a dolore oro-facciale. Questa classificazione, come la classificazione "madre" dell'IHS, è un lavoro aperto, in fieri, suscettibile di ulteriori aggiornamenti. Le evenienze cliniche di interesse odontostomatologico comprendono: (a) dolore intraorale, (b) dolore muscoloscheletrico che interessa l'ATM (disordini temporomandibolari), (c) condizioni che si accompagnano a dolore riferito alla regione orofacciale o che mimano il dolore orofacciale.

I disordini caratterizzati da dolore intraorale comprendono alterazioni a carico dei tessuti molli e duri (denti e osso di sostegno), dolore mucogengivale, linguale e dolore alle ghiandole salivari.

Il dolore muscoloscheletrico all'ATM comprende i TMD e le manifestazioni cliniche cervicali ad essi associate.

Le altre condizioni che possono essere associate o confuse col dolore cranio-facciale includono: disordini intracraniali non vascolari, dolore neurovascolare (cefalea primaria), cefalea secondaria, dolore neurogenico (neuropatico), altre manifestazioni algiche extracraniali (orecchi, seno, naso, gola) e dolore legato a patologie maggiori quali neoplasie ed AIDS.

La classificazione dei disordini temporomandibolari include un gruppo eterogeneo di condizioni articolari e non articolari che spesso si accompagnano a segni e sintomi simili.

Questa classificazione è mutuata primariamente dall'osservazione clinica; include alcune diagnosi specifiche di patologie ad eziologia nota ma la maggior parte dei disordini articolari e non articolari classificati non è riconducibile ad un momento eziologico determinato. E' da notare inoltre l'assenza di significative entità cliniche quali ipertrofia e co-contrazione protettiva.

---

## **CLASSIFICAZIONE SECONDO L'AAOP**

---

### **Disordini dei muscoli masticatori**

- Dolore miofasciale
- Miosite
- Miospasma
- Mialgia localizzata - non classificabile
- Contrattura
- Neoplasia

### **Disordini articolari**

- Disordini congeniti o dell'accrescimento
  - Disordini discali
  - Disordini infiammatori
  - Osteoartrosi
  - Anchilosi
  - Frattura
- 

## **DIAGNOSI**

Attualmente la diagnosi delle patologie dell'ATM viene posta in base ad un'approfondita indagine anamnestica e ad un accurato esame clinico le cui specifiche e manovre standardizzate fanno riferimento ai criteri RDC/TMD. La valutazione clinica così ottenuta può essere integrata da alcune manovre di diagnostica differenziale e corredata da eventuali approfondimenti o conferme condotte mediante tecniche di diagnostica per immagini, mentre poco significato clinico hanno esami strumentali un tempo ritenuti utili quali la chinesigrafia e l'esame stabilometrico. Considerando le modeste implicazioni che un approfondimento diagnostico mediante tecniche di imaging riveste in termini terapeutici è possibile affermare che solamente una ridotta percentuale di pazienti può trarre reale beneficio dall'impiego di metodiche strumentali che pertanto assumono spesso un esclusivo valore documentativo.

In base a tali premesse e considerata l'elevata prevalenza di disordini intracapsulari dell'ATM, è indispensabile un'attenta selezione dei pazienti da sottoporre ad approfondimento radiologico. Questa non costituisce un procedimento routinario, ma va riservato a casi specifici in cui vi sia una delle seguenti necessità: la conferma diagnostica di un sospetto clinico; lo screening di patologie non frequenti; la necessità di identificare lo stadio di malattia di una patologia nota (grading); la valutazione degli effetti di un determinato trattamento; la pianificazione della procedura operatoria in caso di interventi chirurgici; la documentazione medico-legale. Non esiste, ad oggi, una tecnica di imaging ideale per la valutazione dell'ATM, e la scelta dell'esame di approfondimento dipende pertanto dai tessuti e strutture che necessitano di essere meglio visualizzati sulla base dall'ipotesi diagnostica. Negli ultimi due decenni si è assistito ad una progressiva riduzione del numero di tecniche radiologiche utilizzate per l'articolazione temporo-mandibolare. La recente introduzione di

www.tmdinfo.com

metodiche computerizzate quali la Tomografia Computerizzata (TC) e la Risonanza Magnetica (RM) ha infatti rivoluzionato ruolo e modalità dello studio radiologico dell'ATM. La TC nonostante la notevole invasività biologica, si è imposta sulle tecniche di radiologia convenzionale (es: la proiezione transcraniale obliqua, submentovertice, tomografia convenzionale etc.) in virtù della sua accuratezza nella rappresentazione del dettaglio anatomico delle strutture scheletriche. Parallelamente la RM si è diffusa ampiamente per lo studio dei tessuti molli, divenendo la metodica d'elezione per l'analisi di forma, struttura e posizione del disco articolare e determinando il drastico ridimensionamento delle indicazioni di altre tecniche quali ad esempio quella artrografica.

Inoltre, il recente sviluppo di sonde ecografiche ad alta frequenza e di piccole dimensioni ha rivoluzionato il ruolo di tale metodica nell'approccio radiologico ai disordini dell'ATM. Alcuni studi hanno evidenziato, dal confronto con la risonanza magnetica, una buona accuratezza dell'ecografia nel valutare la posizione del disco articolare. Altre ricerche hanno sottolineato l'utilità di tale metodica nel valutare il range di mobilità condilare e nell'evidenziare la presenza di versamento intrarticolare. L'esiguo numero di lavori condotti necessita del supporto di ulteriori ricerche. Tuttavia, allo stato attuale, è possibile ipotizzare che l'ecografia in futuro potrà rappresentare un interessante esame di primo livello nella conferma/approfondimento diagnostico dei disordini intracapsulari dell'ATM.

## **MANAGEMENT**

La gestione clinica dei pazienti affetti da disordini temporomandibolari è ostacolata, oltre che dai fattori psicosociali associati a molte di tali condizioni, dalla natura multifattoriale delle stesse. Conseguentemente, esistono differenti orientamenti terapeutici più o meno invasivi, per i quali sono riportate in letteratura percentuali di successo a lungo termine simili e pari al 70-80%, anche se con un differente rapporto costo-beneficio. L'esperienza clinica, suffragata dai dati della letteratura disponibili (pochi, per la verità !), ha indotto molti operatori a scegliere protocolli terapeutici più conservativi come trattamento elettivo dei DTM.

Tra questi, esistono indicazioni importanti per la fisioterapia, la terapia con placche oclusali, l'approccio farmacologico, le tecniche cognitivo-comportamentali, e tecniche di chirurgia mininvasiva, quali le infiltrazioni ed i lavaggi articolari.