

I quaderni della professione - n. 11

FABRIZIO MONTAGNA

IL DOLORE OROFACCIALE

**ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
DENTISTI
ITALIANI**

Edizioni Promoass



*Da giovane ho frequentato pieno d'ardore templi di saggezza
e su questo o quello io ho ascoltato grandi ragionamenti,
ma ogni volta mi sono allontanato
dalla stessa porta dalla quale ero entrato.*

Omar Khyyam

*Mi inaridì la delusione inferta dagli altri,
ma la reazione del silenzio punì solo me stesso.
Dopo l'inattività tornai a riscrivere
per lenire la solitudine d'un animo inquieto.
Stanco, invecchiato, mi consolò e mi rinvivò
l'emozione senza tempo di un'idea, di una poesia.*

Maurice Von Den Berg, 1956

*Invano ho lottato
per convincere il mio cuore a piegarsi;
invano gli ho detto:
"Ci sono poeti più grandi di te."
La sua risposta, come un vento, un suono di liuto,
un vago lamento nella notte
che non mi concede tregua, dice sempre:
"Un canto, un canto."...*

Ezra Pound, 1885-1972

*Se ti metterai in viaggio per Itaca
devi augurarti che la strada sia lunga
ricca di avventure e di esperienze...
...Sempre però devi pensare a Itaca
e tuttavia non affrettare il viaggio;
fa che duri a lungo per anni,
e che da vecchio tu approdi all'isola,
ricco di quanto hai accumulato per strada,
senza spettarti ricchezze da Itaca.
Itaca ti ha donato il bel viaggio,
senza di lei non saresti mai partito.
E se la trovi povera, Itaca non ti ha deluso.
Fatto saggio dal viaggio capirai
quello che Itaca vuol significare.*

Kostantinos Kavafis, 1863-1932

FABRIZIO MONTAGNA

IL DOLORE OROFACCIALE



**ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
DENTISTI
ITALIANI**

Edizioni Promoass

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compreso i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati.

L'editore potrà concedere a pagamento l'autorizzazione a riprodurre una porzione del presente volume: Le richieste di riproduzione e di distribuzione, per le pubblicazioni di seguito riportate, vanno inoltrate a: EDIZIONI PROMOASS, via Sicilia 43, 00187 Roma – Tel.0642011536.

Libri

- *Prevenzione delle infezioni in odontoiatria: epatiti e Aids*, MONTAGNA F, Promoass 1996
- *La responsabilità nella professione odontoiatrica*, MONTAGNA F, DE LEO D, CARLI O, Promoass 1997
- *Patologia orale orientata per problemi: diagnosi differenziale e terapia*, MONTAGNA F, FERRONATO G., MARTINELLI F, Promoass 2000

Monografie della collana i quaderni della professione

- *Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologia cardiovascolare*, MONTAGNA F, Promoass 1998
- *Il trattamento odontoiatrico del paziente in gravidanza, nei primi anni di vita e disabile*, MONTAGNA F, FERRO R., Promoass 1999
- *Il trattamento odontoiatrico del paziente con allergia, patologia renale e gastrointestinale*, MONTAGNA F, SMACCHIA C., Promoass 1999
- *Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologia broncopolmonare, neurologica e psichiatrica*, MONTAGNA F, FERRONATO G., MARTINELLI F, Promoass 2000
- *Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra. Linee ragionate di terapia per gruppo Anatomico Chimico Terapeutico (ATC)*, MONTAGNA F, FERRONATO G., Promoass 2000
- *Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra. Linee ragionate di terapia per patologia odontostomatologica ed emergenza*, MONTAGNA F, FERRONATO G., Promoass 2000
- *Effetti indesiderati e interazioni dei farmaci sistemici in odontoiatria. Prima parte*, MONTAGNA F, Promoass 2001
- *Effetti indesiderati e interazioni dei farmaci sistemici in odontoiatria. Seconda parte*, MONTAGNA F, FERRONATO G, Promoass 2001
- *Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologie sistemiche*, MONTAGNA F, Promoass 2001
- *Epatiti virali e AIDS in odontoiatria*, MONTAGNA F, Promoass 2002

La ricerca e l'esperienza clinica ampliano costantemente le nostre conoscenze in odontoiatria soprattutto in relazione alle modalità terapeutiche e ne consegue la necessità di un continuo aggiornamento dei parametri diagnostici e terapeutici. Le indicazioni e le dosi dei farmaci citati in questo manuale riportano le raccomandazioni riportate nella letteratura internazionale; particolare cura è stata posta nel controllo dei dosaggi che, quando non diversamente specificato, si intendono espressi per un paziente adulto, normopeso, in assenza di controindicazioni e interazioni. Poiché non è esclusa la possibilità di qualche errore; si consiglia al lettore di verificare attentamente se le indicazioni riportate nel testo abbiano mantenuto la loro validità al momento di una futura consultazione; di prendere, inoltre, visione del foglietto illustrativo che accompagna ogni preparazione farmaceutica.

INDICE

1. CLASSIFICAZIONE DELLE CEFALEE E DEL DOLORE OROFACCIALE	pag. 7
2. SEMEIOTICA CLINICA E STRUMENTALE	
2.1 Eziologia e Caratteristiche del dolore	pag. 12
2.2 Anamnesi	pag. 14
2.3 Esame obiettivo.....	pag. 15
2.4 Semeiotica strumentale	pag. 15
3. NOSOGRAFIA DEI QUADRI CLINICI PIÙ FREQUENTI DEL TERZO MEDIO E INFERIORE DELLA FACCIA.....	pag. 16
3.1 Odontalgia	pag. 17
3.1.1 Ipersensibilità dentinale.....	pag. 17
3.1.2 Frattura dentale.....	pag. 17
3.1.3 Pulpite.....	pag. 17
3.1.4 Ascesso odontogeno.....	pag. 18
3.1.5 Altre patologie odontostomatologiche	pag. 18
3.2 Artralgia dell'ATM	pag. 18
3.3 Mialgia dei muscoli masticatori.....	pag. 18
3.4 Nevralgie	pag. 19
3.4.1 Nevralgia del trigemino	pag. 19
3.4.2 Nevralgia del glossofaringeo.....	pag. 20
3.4.3 Dolore da deafferentazione	pag. 20
3.5 Dolore rinogeno.....	pag. 20
3.6 Otalgie	pag. 21
3.7 Dolore psicogeno.....	pag. 21
3.8 Dolore vascolare.....	pag. 22
3.8.1 Emicrania.....	pag. 22
3.8.2 Cefalea a grappolo	pag. 22

4. DIAGNOSI DIFFERENZIALE	pag. 23
4.1 Dolore mandibolare	pag. 24
4.1.1 Dolore mandibolare acuto e continuo.....	pag. 24
4.1.2 Dolore mandibolare acuto episodico.....	pag. 25
4.1.3 Dolore mandibolare cronico	pag. 26
4.2 Dolore mascellare	pag. 26
4.2.1 Dolore mascellare acuto e continuo	pag. 26
4.2.2 Dolore mascellare acuto episodico	pag. 27
4.2.3 Dolore mascellare cronico.....	pag. 28
4.3 Dolore in regione auricolare e preauricolare	pag. 28
4.3.1 Dolore acuto in regione auricolare e preauricolare	pag. 28
4.3.2 Dolore cronico in regione auricolare e preauricolare	pag. 29
4.4 Stomatopirosi e stomatodinia	pag. 30
6. BIBLIOGRAFIA	pag. 32

CLASSIFICAZIONI DELLE CEFALEE E DEL DOLORE ORO-FACCIALE

1

Il dolore facciale è strettamente embricato a quello di tipo cranico e assieme rappresentano un intricarsi di dati clinici provenienti da diverse specializzazioni mediche: neurologia, otorinolaringoiatria, odontostomatologia, medicina interna, psichiatria, neurochirurgia e chirurgia maxillo-facciale.

Per questo motivo, in anni recenti sono state elaborate diverse classificazioni del dolore cranio-facciale in base a criteri clinici e scientifici consolidati, ma che, spesso, presentano tra loro rilevanti differenze sia metodologiche che terminologiche.

Nel 1986 la International Association for the Study of Pain (IASP) ha stilato una classificazione del dolore cronico, successivamente aggiornata nel 1994 (tabella 1.1).

Nel 1988 è stata pubblicata dalla International Headache Society (IHS) la “Classificazione e criteri diagnostici dei disturbi cefalalgici delle nevralgie craniali e del dolore facciale” (tabella 1.2).

Questa classificazione separa le cefalee in base alle cause e alle strutture coinvolte ed ha avuto il merito di unificare i gruppi di studio internazionali nella direzione di una terminologia e dei criteri diagnostici omogenei.

I dolori orofacciali e le patologie dell’articolazione temporo-mandibolare sono trattate prevalentemente nella sezione “11. Cefalee o dolori facciali associati a patologie del cranio, collo, occhi, orecchi, naso e seni paranasali, denti, bocca o di altre strutture facciali o craniche”, con l’eccezione delle condizioni di dolore neuropatico classificato nel gruppo “12

Nevralgie craniche, dolori del tronco nervoso e dolori da deafferentazione”.

L’American Academy of Orofacial Pain nel 1990 ha suggerito un’integrazione alla classificazione dell’IHS che suggerisce di aggiungere il sottogruppo “11.8 Disordini dei muscoli masticatori”, dopo “11.7 Disordini dell’articolazione temporo-mandibolare” (tabella 1.3).

La classificazione dell’IHS ha, però secondo alcuni autori, il limite di considerare in modo marginale gli aspetti psicologici del dolore, di raggruppare in alcuni gruppi entità patologiche molto diverse e di basarsi sul presupposto di una conoscenza della patologia di base da parte del clinico.

Per questo motivo sono state stilate altre classificazioni, che insistono sull’identificazione delle strutture anatomiche da cui origina il dolore, il tipo di dolore e gli aspetti psicologici nel tentativo di organizzare un diagramma di flusso che indirizzi il clinico verso la diagnosi (tabella 1.4).

Le seguenti classificazioni sono state riportate per fornire una visione globale del problema diagnostico e favorire la formazione di una forma mentis e una terminologia comune tra medico e odontoiatra.

Il problema odontostomatologico è, comunque, relativamente semplice, dato che il ruolo dell’odontoiatra è limitato alla diagnosi differenziale delle patologie del terzo medio e inferiore del viso, spesso su richiesta di specialisti in medicina nell’ambito di un programma diagnostico e terapeutico complesso.

Tabella 1.1

CLASSIFICAZIONE DELLE SINDROMI DOLOROSE DELLA TESTA E DEL COLLO SECONDO IASP

II - NEURALGIE

1. Nevralgia trigeminale (Tic Douloureux)
2. Nevralgia secondaria (Trigeminale) da lesioni del sistema nervoso centrale (tumore, aneurisma),
Sindrome di Arnold-Chiari (congenita)
3. Nevralgia trigeminale secondaria a trauma facciale
4. Herpes zoster acuto (trigeminale)
5. Nevralgia post-erpetica (trigeminale)
6. Nevralgia del ganglio genicolato (VII nervo cranico):
sindrome di Ramsey Hunt
7. Nevralgia del nervo intermedio
8. Nevralgia glosso-faringea (IX nervo cranico)
9. Nevralgia del nervo laringeo superiore (nevralgia del nervo vago)
10. Nevralgia occipitale (successiva a trauma)
11. Nevralgia dell’ipoglosso

12. Dolore glossofaringeo da trauma
13. Dolore ipoglosso da trauma
14. Sindrome di Tolosa-Hunt (oftalmoplegia dolorosa)
15. SUNCT (Shortlasting, Unilateral, Neuralgiform Pain with
Conjunctival Injection and Tearing)
16. Sindrome paratrigeminale di Raeder
Tipo I (tumore, trauma, infiammatoria)
Tipo II (sconosciuta)

III - DOLORE CRANIO-FACCIALE DI ORIGINE MUSCOLO-SCHELETRICA

1. Cefalea tensiva acuta
2. Cefalea tensiva: forma cronica (cefalea da contrazione muscolare dello scalpo)

3. Sindrome algido disfunzionale dell'articolazione temporo-mandibolare
4. Osteoartrite dell'articolazione temporo-mandibolare
5. Artrite reumatoide dell'articolazione temporo-mandibolare
6. Distonie, discinesie facciali
7. Lesione da schiacciamento di faccia e capo

IV - LESIONE DELL'ORECCHIO, NASO E CAVO ORALE

1. Sinusiti mascellari
2. Odontalgia: dolore dentario 1. dovuto a difetti della dentina e/o smalto
3. Odontalgia: dolore dentario 2. pulpite
4. Odontalgia: dolore dentario 3. parodontite da ascesso periapicale
5. Odontalgia: dolore dentario 4. non associato a lesioni (odontalgia atipica)
6. Glossodinia e bruciore del cavo orale (sconosciuto come bruciore linguale o disestesia orale, conosciuto, alternativa)
7. Sindrome del dente fratturato
8. Dolore paradentale
9. Alterazioni infiammatorie delle gengive
10. Dolore dentario di origine sconosciuta
11. Alterazione dei mascellari, infiammazioni
12. Altri dolori non specificati dei mascellari
13. Dolore al viso da lesione da freddo

V - SINDROMI CEFALALGICHE PRIMARIE

1. Emicrania classica
2. Emicrania comune
3. Varianti emicraniche
4. Carotidodinia
5. Cefalea mista
6. Cefalea a grappolo
- 7.1 Cefalea cronica parossistica (forma o varietà persistente)

- 7.2 Cefalea cronica parossistica (forma o varietà remittente)
8. Cefalea a grappolo cronica
9. Sindrome grappolo-tic
10. Cefalea post-traumatica
11. Sindrome "jast and jolts"
12. Arterite temporale (arterite a cellule giganti)
13. Cefalea associata ad ipotensione linquorale
14. Cefalea da puntura lombare
15. Emicrania continua
16. Cefalea non altrimenti specificata

VI - DOLORE DI ORIGINE PSICOLOGICO DELLA TESTA E DEL VISO

1. Dolore delusionale o allucinatorio
2. Dolore isterico od ipocondriaco (testa, viso, collo)
3. Dolore associato a depressione (testa, viso, collo)

VII - DISORDINI MUSCOLO-SCHELETRICI SUBOCCIPITALI E CERVICALI

1. Sindrome del processo xiloideo – Sindrome di Eagle
2. Cefalea cervicogenica
3. Sindrome del solco polmonare superiore (tumore di pancoast)
4. "Outlet Sindrome" toracica
5. Costa cervicale o malformazione della prima costa toracica
6. Dolore da metastasi scheletrica nel collo, braccio o cingolo scapolare

VIII - DOLORE CERVICALE DI ORIGINE VISCERALE

1. Carcinoma tiroideo
2. Carcinoma laringeo
3. Tubercolosi laringea
4. Faringite cronica (di origine conosciuta, alternativa)
5. Carcinoma faringeo

Tabella 1.2

CLASSIFICAZIONE DELLE CEFALIE E DEI DOLORI CRANIO FACCIALI SECONDO L'IHS

1. EMICRANIA

1.1. Emicrania senz'aura

1.2. Emicrania con aura

- 1.2.1. Emicrania con aura tipica
- 1.2.2. Emicrania con aura protratta
- 1.2.3. Emicrania emiplegica familiare
- 1.2.4. Emicrania basilare
- 1.2.5. Aura emicranica senza cefalea
- 1.2.6. Emicrania con aura ad esordio acuto

1.3. Emicrania oftalmoplogica

1.4. Emicrania retinica

1.5. Sindromi periodiche dell'infanzia possibili precursori dell'emicrania o che possono essere associate all'emicrania

1.5.1. Vertigine parossistica dell'infanzia

1.5.2. Emiplegia alternante dell'infanzia

1.6. Complicanza dell'emicrania

1.6.1. Stato emicranico

1.6.2. Infarto emicranico

1.7. Disordini emicranici che non soddisfano i criteri per le forme precedenti

2. CEFALEA DI TIPO TENSIVO

2.1. Cefalea di tipo tensivo episodica

2.1.1. Cefalea di tipo tensivo episodica con contrattura dei muscoli pericranici

2.1.2. Cefalea di tipo tensivo episodica non associata a

contrattura dei muscoli pericranici

2.2. Cefalea di tipo tensivo cronica

2.2.1. Cefalea di tipo tensivo cronica con contrattura dei muscoli pericranici

2.2.2. Cefalea di tipo tensivo cronica non associata a contrattura dei muscoli pericranici

2.3. Cefalea di tipo tensivo che non soddisfa i criteri per le forme precedenti

3. CEFALEA A GRAPPOLO ED EMICRANIA CRONICA PAROSSISTICA

3.1. Cefalea a grappolo

3.1.1. Cefalea a grappolo con periodicità non determinata

3.1.2. Cefalea a grappolo episodica

3.1.3. Cefalea a grappolo cronica

3.1.3.1. Cronica primitiva

3.1.3.2. Cronica secondaria

3.2. Emicrania cronica parossistica

3.3. Disordini simili alla cefalea a grappolo che non soddisfano i criteri per le forme precedenti

4. CEFALIE VARIE NON ASSOCIATE A LESIONI STRUTTURALI

4.1. Cefalea trafittiva acuta idiopatica

4.2. Cefalea da compressione esterna

4.3. Cefalea da freddo

4.3.1. Applicazione esterna di uno stimolo freddo

4.3.2. Ingestione di sostanze fredde

4.4. Cefalea benigna da tosse

4.5. Cefalea benigna da attività fisica

4.6. Cefalea associata ad attività sessuale

4.6.1. Cefalea con dolore sordo

4.6.2. Cefalea con dolore esplosivo

4.6.3. Cefalea posturale

5. CEFALEA ASSOCIATA A TRAUMA CRANICO

5.1. Cefalea post-traumatica acuta

5.1.1. Con trauma cranico grave e/o segni clinici

5.1.2. Con trauma cranico lieve e senza segni clinici

5.2. Cefalea post-traumatica cronica

5.2.1. Con trauma cranico grave e/o segni clinici

5.2.2. Con trauma cranico lieve e senza segni clinici

6. CEFALEA ASSOCIATA A PATOLOGIE VASCOLARI

6.1. Malattia cerebrovascolare ischemica acuta

6.1.1. Attacchi ischemici transitori

6.1.2. Ictus tromboembolico

6.2. Ematoma intracranico

6.2.1. Ematoma intracerebrale

6.2.2. Ematoma subdurale

6.2.3. Ematoma epidurale

6.3. Emorragia subaracnoidea

6.4. Malformazioni vascolari non sanguinanti

6.4.1. Malformazioni artero-venose

6.4.2. Aneurismi saccolari

6.5. Arteriti

6.5.1. Arterite a cellule giganti

6.5.2. Altre arteriti sistemiche

6.5.3. Arteriti primarie endocraniche

6.6. Dolori che originano dall'arteria carotide o vertebrale

6.6.1. Dissezione dell'arteria carotide o vertebrale

6.6.2. Carotidodinia (idiopatica)

6.6.3. Cefalea post-endoarterectomia

6.7. Trombosi venose

6.8. Ipertensione arteriosa

6.8.1. Risposta ipertensiva acuta ad agenti esogeni

6.8.2. Feocromocitoma

6.8.3. Ipertensione maligna (accelerata)

6.8.4. Pre-eclampsia ed eclampsia

6.9 Cefalea associata ad altre patologie vascolari

7. CEFALEA ASSOCIATA A PATOLOGIA ENDOCRANICA NON VASCOLARE

7.1. Aumento della pressione liquorale

7.1.1. Ipertensione endocranica benigna

7.1.2. Idrocefalo ipertensivo

7.2. Diminuzione della pressione liquorale

7.2.1. Cefalea da puntura lombare

7.2.2. Cefalea da fistola liquorale

7.3. Infezioni endocraniche

7.4. Sarcoidosi ed altre malattie infiammatorie endocraniche di tipo non infettivo

7.5. Cefalea da iniezione intratecale

7.5.1. Azione diretta

7.5.2. Meningite chimica

7.6. Neoplasie endocraniche

7.7. Cefalea associata ad altre patologie endocraniche

8. CEFALEA DA ASSUNZIONE O DA SOSPENSIONE DI SOSTANZE ESOGENE

8.1. Cefalea da assunzione o esposizione acuta a sostanze

8.1.1. Cefalea da nitrati/nitriti

8.1.2. Cefalea da assunzione di glutammato monopedico

8.1.3. Cefalea indotta da monossido di carbonio

8.1.4. Cefalea indotta da acool

8.1.5. Cefalea da assunzione di altre sostanze

8.2. Cefalea da assunzione o esposizione cronica a sostanze

8.2.1. Cefalea indotta da ergotamina

8.2.2. Cefalea da abuso di analgesici

8.2.3. Altre sostanze

8.3. Cefalea da sospensione di sostanze esogene (uso acuto)

8.3.1. Cefalea da sospensione di alcool

8.3.2. Altre sostanze

8.4. Cefalea da sospensione di sostanze esogene (uso cronico)

8.4.1. Cefalea da astinenza da ergotaminici

8.4.2. Cefalea da astinenza da caffeina

8.4.3. Cefalea da astinenza da oppiacei

8.4.4. Altre sostanze

8.5. Cefalea associata ad assunzione di sostanze, ma con meccanismo incerto

8.5.1. Anticoncezionali orali o estrogeni

8.5.2. Altre sostanze

9. CEFALEA ASSOCIATA AD INFEZIONI

9.1. Infezioni virali

- 9.1.1. Focali non cefaliche
- 9.1.2. Sistemiche

9.2. Infezioni batteriche

- 9.2.1. Focali non cefaliche
- 9.2.2. Sistemiche (setticemia)

9.3. Cefalea da altre infezioni

10. CEFALEA ASSOCIATA A PATOLOGIE METABOLICHE

10.1. Ipossia

- 10.1.1. Cefalea da altitudine
- 10.1.2. Cefalea ipossica
- 10.1.3. Cefalea da apnea nel sonno

10.2. Ipercapnia

10.3. Ipossia associata ad ipercapnia

10.4. Ipoglicemia

10.5. Dialisi

10.6. Cefalea associata ad altre patologie metaboliche

11. CEFALEE O DOLORI FACCIALI ASSOCIATI A DOLORI DEL CRANIO, COLLO, OCCHI, ORECCHI, NASO SENI PARANASALI, DENTI, BOCCA O DI ALTRE STRUTTURE FACIALI O CRANICHE

11.1. Ossa del cranio

11.2. Collo

- 11.2.1. Colonna cervicale
- 11.2.2. Tendinite retrofaringee

11.3. Occhi

- 11.3.1. Glaucoma acuto
- 11.3.2. Errori di rifrazione
- 11.3.3. Eteroforia ed eterotropia

11.4. Orecchi

11.5. Naso e seni paranasali

- 11.5.1. Cefalea da sinusite acuta

- 11.5.2. Altre malattie del naso o dei seni paranasali

11.6. Denti, mandibole ed altre strutture collegate

11.7. Alterazione dell'articolazione temporo-mandibolare

12. NEURALGIE CRANICHE, NEVRITI E DOLORI DA DEAFFERENTAZIONE

12.1. Dolore persistente ad origine da nervi cranici

- 12.1.1. Compressione o distorsione di nervi cranici e della seconda o terza radice cervicale
- 12.1.2. Demielinizzazione di nervi cranici
 - 12.1.2.1. Neuriti ottiche (neuriti retrobulbari)
- 12.1.3. Lesioni infartuati di nervi cranici
 - 12.1.3.1. Neurite diabetica
- 12.1.4. Infiammazione di nervi cranici
 - 12.1.4.1. Herpes zoster
- 12.1.5. Sindrome di Tolosa-Hunt
- 12.1.6. Sindrome "collo-lingua" (neck-tongue syndrome)
- 12.1.7. Altre cause di dolore persistente ad origine da nervi cranici

12.2. Neuralgia trigeminale

- 12.2.1. Neuralgia trigeminale idiomatica
- 12.2.2. Neuralgia trigeminale sintomatica
 - 12.2.2.1. Compressione delle radici o del ganglio trigeminale
 - 12.2.2.2. Lesioni centrali

12.3. Neuralgia del glossofaringeo

- 12.3.1. Neuralgia glossofaringea idiomatica
- 12.3.2. Neuralgia glossofaringea sintomatica

12.4. Neuralgia del nervo intermedio

12.5. Neuralgia del nervo laringeo superiore

12.6. Neuralgia occipitale

12.7. Altre cause centrali di cefalea o dolori facciali

- 12.7.1. Anestesia dolorosa
- 12.7.2. Dolore talamico

12.8 Dolori facciali che non rientrano nei gruppi 11 o 12

13. CEFALEE NON CLASSIFICABILI

Tabella 1.3

INTEGRAZIONI DELL'AAOP ALLA CLASSIFICAZIONE DELL'IHS

11.7. DISORDINI DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE

11.7.1. Cambiamento di forma

11.7.2. Dislocamento discale

- 11.7.2.1 Dislocamento discale con riduzione
- 11.7.2.2 Dislocamento discale senza riduzione

11.7.3. Dislocamento

11.7.4. Condizioni infiammatorie

- 11.7.4.1. Sinovite
- 11.7.4.2. Capsulite

11.7.5. Artriti

- 11.7.5.1. Osteoartrosi
- 11.7.5.2. Osteoartrite

11.7.5.3. Poliartriti

11.7.6. Anchilosi

- 11.7.6.1. Fibrosa
- 11.7.6.2. Ossea

11.8. DISORDINI DEI MUSCOLI MASTICATORI

11.8.1. Dolori miofasciali

11.8.2. Miosite

11.8.3. Spasmo

11.8.4. Splinting protettivo

11.8.5. Contrattura

11.8.6. Neoplasia

Tabella 1.4
CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE OROFACCIALE (Okeson J.P., 1995)

AXIS I PATOLOGIE ORGANICHE

I. DOLORE SOMATICO

A. Dolore somatico superficiale

1. Dolore cutaneo
2. Dolore mucogengivale

B. Dolore somatico profondo

1. Dolore muscolo-scheletrico
 - a. *Dolore muscolare*
 1. Co-contrazione protettiva
 2. Dolore muscolare a insorgenza tardiva
 3. Dolore miofasciale
 4. Miospasma
 5. Miosite
 - b. *Dolore dell'articolazione temporo-mandibolare*
 1. Dolore ligamentoso
 2. Dolore retrodiscale
 3. Dolore capsulare
 4. Dolore artrite
 - c. *Dolore osseo e periostale*
 - d. *Dolore del tessuto connettivo*
 - e. *Dolore dentale parodontale*

2. DOLORE VISCERALE

- a. *Dolore pulpale dentale*
- b. *Dolore vascolare*
 1. Arterite
 2. Carotidodinia
 - c. *Dolore neurovascolare*
 1. Eemicrania con aura
 2. Eemicrania senza aura
 3. Cefalea a grappolo
 4. Eemicrania parossistica
 5. Varianti neurovascolari
 - d. *Dolore viscerale mucoso*
 - e. *Dolore ghiandolare, oculare, e auricolare*

II. DOLORE NEUROPATICO

A. Dolore neuropatico episodico

1. Nevralgia parossistica
 - a. *Nevralgia del trigemino*

- b. *Nevralgia del glossofaringeo*
- c. *Nevralgia genicolata*
- d. *Nevralgia laringea superiore*
- e. *Nevralgia del nervo intermedio*

B. Dolore neuropatico continuo

1. *Neurite*
 - a. Neurite periferica
 - b. Herpes zoster
 - c. Nevralgia postherpetica
2. *Dolore da deafferentazione*
 - a. Neuroma
 - b. Odontalgia atipica
 - c. Dolore mantenuto dal simpatico

AXIS II PATOLOGIE PSICHICHE

I. DISTURBI DELL'UMORE

- A. Disturbi depressivi
- B. Disturbi bipolari
- C. Disturbi dell'umore dovuti a patologie sistemiche

II. DISTURBI D'ANSIA

- A. Disturbi generalizzati d'ansia
- B. Disturbi da stress post-traumatico
- C. Disturbi d'ansia dovuti a patologie sistemiche

III. DISTURBI SOMATOFORMI

- A. Disturbi somatoformi indifferenziati
- B. Disturbi di conversione
- C. Disturbi dolorosi
- D. Ipocondria

IV. ALTRE CONDIZIONI

- A. Simulazione
- B. Fattori psicologici sovrapposti a una patologia sistemica:
 1. Tratti della personalità
 2. Disadattamento
 3. Risposta fisiologica correlata allo stress
- C. Altri disturbi mentali non menzionati nella classificazione

2.1 EZIOPATOGENESI DEL DOLORE

L'impulso nervoso generato dalla stimolazione delle strutture orofacciali viene condotto lungo le vie afferenti dolorifiche dei nervi cranici: trigemino (V) con le sue tre branche oftalmica (V1), mascellare (V2) e mandibolare (V3); facciale (VII); glossofaringeo (IX); vago (X); inoltre dai nervi cervicali (C1, C2, C3).

La distribuzione è schematizzabile nei dermatomeri cutanei e mucosi, la cui conoscenza è utile l'individuazione di eventuali nervi interessati dalla lesione e per l'interpretazione di dolori riferiti a distanza dalla zona affetta da patologia (tabella 2.1).

In base alla eziopatogenesi il dolore può essere classificato con diversi meccanismi che riflettono differenze sostanziali anche per quanto riguarda la risposta terapeutica (tabella 2.2).

Il dolore nocicettivo è il più frequente ed è provocato da una lesione tissutale che agisce stimolando le terminazioni sensi-

bili al dolore sia direttamente (stimoli meccanici, termici, chimici), sia servendosi dei mediatori della flogosi. In questo ambito sono compresa la gran parte delle sindromi algiche di origine reumatica, post-traumatica, post-chirurgica, che rispondono alla terapia con farmaci antinfiammatori.

Il dolore neurogeno (o neuropatico) è generato da impulsi ectopici che si formano nel contesto delle fibre nocicettive dei nervi sensitivi; comprende le sindromi nevralgiche tipiche; risponde alla terapia con farmaci neurologici (anticonvulsivanti, antidepressivi, neurolettici), mentre risultano di parziale utilità i farmaci antinfiammatori.

Il dolore simpatico riflesso ha la caratteristica di automantenersi, attraverso un circolo vizioso che prevede la produzione di mediatori algogeni da parte del sistema nervoso simpatico, attivato dalle afferenze nocicettive che raggiungono il midollo spinale attraverso i nervi sensitivi somatici; ne è un esempio il dolore miofasciale, la causalgia, etc.

Il dolore da deafferentazione è presente in assenza di stimolo nocicettivo, poiché è generato da una ipereccitabilità autonoma dei neuroni sensitivi centrali, in rapporto alla perdita del-

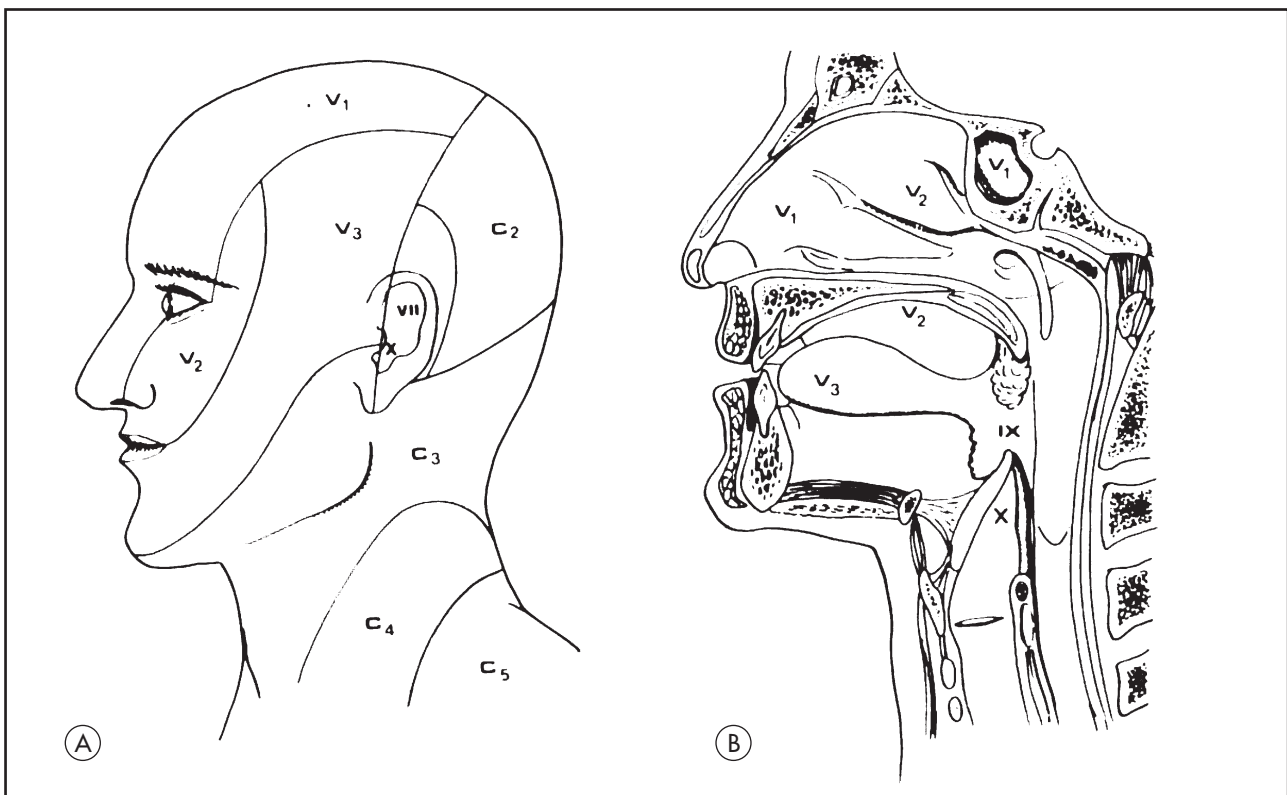


Figura 2.1 - Rappresentazione schematica dell'innervazione sensitiva delle regioni cutanee (A) e mucose (B) della testa e del collo

le afferenze periferiche per una lesione del tronco nervoso; è il dolore dell'anestesia dolorosa, ma anche di origine neoplastica.

Il dolore psicogeno non richiede sintomi nocicettivi, in quanto riconosce una genesi psicologica (ipocondria, isteria, depressione etc) che richiede l'uso di psicofarmaci (benzodiazepine, antidepressivi); ne sono esempio il dolore atipico facciale e la disestesia orale.

In base alle caratteristiche cliniche di comportamento possiamo distinguere quattro categorie di dolore: somatico superficiale, somatico profondo, neurogeno, psicogeno.

Il dolore di tipo somatico superficiale deriva dal tessuto cutaneo e mucogengivale e, come la sensibilità esterocettiva, è ben localizzato e individuato in un precisa zona anatomica.

Il dolore somatico profondo, invece, in analogia alla sensibilità propriocettiva ed enterocettiva, è meno localizzato del

precedente; provoca, inoltre, la formazione di fenomeni secondari (effetti eccitatori centrali):

- il dolore riferito, in cui l'algia viene accusata in strutture periferiche innervate dallo stesso nervo, ma prive di segni patologici
- l'iperalgia secondaria (a sua volta superficiale o profonda) che spesso si presenta nelle stesse zone del dolore riferito e riconosce gli stessi meccanismi patogenetici (convergenza neuronale)
- gli effetti autonomi, trasportati dal parasimpatico cervicale (vago), che consistono in iniezione congiuntivale, lacrimazione, congestione nasale, etc
- gli effetti muscoloscheletrici, rappresentati da ipertonìa e spasmo muscolare, formazione di trigger point

Il dolore somatico profondo può essere suddiviso in base alle strutture anatomiche di origine in:

PATOGENESI DEL DOLORE	FORME ORGANICHE	FORME NON ORGANICHE
Nocicettivo Neurogeno Simpatico riflesso Da deafferentazione Psicogeno	Malformativa Traumatica Flogistica Tossica Lesioni espansive non neoplastiche Neoplastica Vascolare Patologia d'organo Iatrogena	Nevralgie essenziali Dolore psicogeno Dolore di origine centrale

I. CARATTERISTICHE PRINCIPALI	
<p>A. Localizzazione del dolore</p> <p>B. Insorgenza del dolore</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Associato con altri fattori</i> 2. <i>Progressione</i> <p>C. Caratteristiche del dolore</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qualità del dolore 2. Comportamento del dolore <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Temporale</i> b. <i>Frequenza</i> c. <i>Durata</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Intensità 4. Sintomi concomitanti <p>D. Fattori aggravanti o allevianti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modalità fisiche 2. Funzioni e parafunzioni 3. Disturbi del sonno 4. Medicazioni e farmaci 5. Stress emotivi <p>E. Consuliti e/o trattamenti precedenti</p> <p>F. Correlazione con altri motivi</p>
II. ANAMNESI MEDICA	
III. CONDIZIONI PSICOLOGICHE	

- muscolo-scheletrico che deriva dalla stimolazione nocicettiva di ossa, muscoli, articolazioni, legamenti, in cui la risposta dolorifica è proporzionata all'entità dello stimolo algogeno
- viscerale che deriva dai denti, dalla mucosa del seno, dalle ghiandole salivari, dagli occhi, dall'orecchio e dai vasi; dipende da recettori con soglia elevata e il dolore compare solo dopo il superamento del valore limite.

2.2 ANAMNESI

L'anamnesi permette di identificare le caratteristiche cliniche

delle varie forme di dolore orofacciale e rappresenta un momento cruciale del processo diagnostico; deve essere minuziosa e completa, per precisare i vari caratteri semeiologici del dolore (tabella 2.3).

Il filo logico da seguire può essere rappresentato da diversi criteri (tabella 2.4): il criterio qualitativo, basato sulle caratteristiche soggettive del dolore; il criterio cronologico, che valuta le modalità di comparsa e di evoluzione temporale della sindrome algica; il criterio topografico, nel quale è prevalente la definizione delle aree e delle strutture dove il dolore è localizzato e irradiato; infine dal criterio eziologico, già segnalato, finalizzato alla rilevazione delle cause algogene come principale elemento determinativo (tabella 2.2).

Tabella 2.4
CARATTERISTICHE DEL DOLORE

CRITERIO QUALITATIVO

<i>Tipo di dolore</i>	Rapido (improvviso, pungente, lacerante, elettrico, acuto, tagliente, lacerante, pulsante, etc) Lento (sordo, gravativo, persistente, terebrante, etc)
<i>Cause scatenanti</i>	Spontaneo, da stimolazione di zone riflessogene o punti trigger
<i>Capacità di localizzazione</i>	Elevata nel dolore somatico superficiale, minore nel dolore profondo
<i>Intensità</i>	Lieve, moderato, severo, inabilitante
<i>Segni associati</i> (di accompagnamento)	Neurovegetativi (lacrimazione, iniezione congiuntivale, rinorrea, edema facciale, vomito, etc) Neurologici (ipoestesia, anestesia, paresi, etc)
<i>Componente psichica</i>	Paura, ansia, angoscia, destrutturazione della personalità

CRITERIO CRONOLOGICO

<i>Acuta</i>	Evento isolati in assenza di analoghi anamnestici
<i>Acuta ricorrente</i>	Periodica, episodica, intervallate da fasi asintomatiche
<i>Cronica progressiva</i>	Aumento di intensità e frequenza nel giro di qualche mese; spesso accompagnata da sintomi e segni neurologici di allarme
<i>Cronica non progressiva</i>	Si presenta periodicamente senza variazioni o sintomi neurologici
<i>Tipo misto</i>	Raccoglie più caratteri precedenti

CRITERIO TOPOGRAFICO

<i>Algie ad origine da tessuti somatici</i>	Cutanea, muscolo-scheletrica, oculare, auricolare, naso-paranasale, odontostomatologica, faringea, cervicale
<i>Neuralgie cranio-facciali tipiche</i>	Distribuzione dermatomerica nel territorio di innervazione di uno specifico nervo cranico Primitive o idiopatiche in assenza di una patologia obiettivabile Secondarie a patologie note
<i>Neuralgie cranio-facciali atipiche</i>	In assenza di patologia obiettivabile e con distribuzione non correlata al dermatomero di uno specifico nervo cranico

2.3 ESAME OBIETTIVO

L'esame obiettivo odontostomatologico deve essere approfondito e sistematico; in presenza di un riscontro negativo o in caso di mancata risposta terapeutica ad una patologia odontogena (in prima battuta ritenuta come la causa più probabile), deve estendersi a un sommario esame generale, neurologico e otorinolaringoiatrico (tabella 2.5).

In presenza di un paziente che lamenta una crisi algica orofacciale, infatti non infrequentemente, l'odontoiatra è chiamato a discriminare tra patologie odontostomatogene e di altri organi cefalici o sistemici.

2.4 SEMEIOTICA STRUMENTALE

La semeiotica strumentale in ambito odontostomatologico è generalmente limitata ad alcuni tipi di accertamento, che sono di seguito elencati in ordine di semplicità di attuazione e di facilità di realizzazione (tabella 2.6).

L'ortopantomografia è l'indagine di primo livello nella diagnosi delle patologie odontogene; permette di visualizzare anche i seni mascellari (opacità) e le articolazioni temporo-mandibolari, patologie per cui non è, comunque, una tecnica di imaging affidabile, data la distorsione del 20%.

L'ecografia è utilizzata nella diagnosi delle patologie dei tessuti molli orofacciali e delle ghiandole salivari maggiori; mentre a livello delle articolazioni temporo-mandibolari non fornisce immagini accettabili a causa del disturbo causato dalle ossa limitrofe. Le indagini di primo e secondo livello per la diagnosi delle patologie sinusali sono rappresentate dalla radiografia diretta e dalla stratigrafia. La Tomografia Assiale Computerizzata ha, comunque, allargato le possibilità diagnostiche nelle altera-

zioni dei seni paranasali ed è frequentemente prescritta in sostituzione degli esami radiologici classici di primo livello.

La diagnostica per immagini dell'articolazione temporo-mandibolare di primo e secondo livello si fonda sulla stratigrafia e sulla radiografia trancraniale obliqua (TLO), eseguite a bocca aperta e chiusa; il limite di questi esami è dato dal fatto che forniscono solo immagini delle strutture ossee e non sui tessuti molli articolari, la cui situazione può essere solo indirettamente ipotizzata.

La risonanza magnetica nucleare (RMN) è in grado di fornire dati di elevata qualità per quanto riguarda i tessuti molli, permettendo di visualizzare il menisco e i legamenti dell'articolazione temporo-mandibolare. Inoltre è possibile elaborare le singole immagini, con un programma computerizzato, in modo da ottenere una sequenza dinamica che mostra il funzionamento dell'articolazione.

La tomografia assiale computerizzata (TAC), nel distretto maxillo-faciale, è in grado di fornire dati di elevata qualità per quanto riguarda i tessuti duri (osso), ma non è di aiuto nell'analisi dei tessuti molli orofacciali. L'esame è ampiamente utilizzato per la diagnostica per imaging del seno mascellare, per determinare le dimensioni delle alterazioni patologiche, per programmare l'approccio chirurgico e la quantità di tessuto osseo disponibile per l'implantologia.

L'elettromiografia (e la kinesiografia) consente di valutare lo stato dei muscoli masticatori; comunque l'utilità e l'attendibilità di questo esame, per la diagnosi e la valutazione della evoluzione dei disordini cranio-mandibolari, è a tutt'oggi controversa, a causa delle irregolarità e variabilità dei tracciati riportati da diversi autori. I potenziali evocati somatosensitivi (SEP) sono utilizzati, in odontostomatologia per valutare la sede e l'estensione delle lesioni nervose della branca mandibolare del trigemino, prevalentemente a fini medico-legali.

Tabella 2.5

ESAME OBIETTIVO PER IL DOLORE FACCIALE

I. ESAME GENERALE

- A. Segni vitali
 - *pressione arteriosa*
 - *frequenza cardiaca*
 - *frequenza respiratoria*
 - *temperatura*
- B. Valutazione dei nervi cranici
- C. Valutazione dell'occhio
- D. Valutazione dell'orecchio
- E. Valutazione cervicale
- F. Postura e coordinazione

II. ESAME DEI MUSCOLI

- A. Palpazione
 - *Dolore e tensione*
 - *Trigger point e dolore riferito*

III. VALUTAZIONE MASTICATORIA

- A. Estensione delle escursioni mandibolari
 - *Misurazioni*
 - *Dolore*
- B. Valutazione della ATM
 - *Dolore*
 - *Disfunzione*
- C. Strutture orali
 - *Mucosa e gengiva*
 - *Denti*
 - *Parodonto*
 - *Occlusione*

IV. ALTRI TEST DIAGNOSTICI

- A. Accertamenti radiologici
- B. Test di laboratorio
- C. Test psicologici

Tabella 2.6

ESAMI STRUMENTALI PIÙ FREQUENTEMENTE PRESCRITTI IN ODONTOSTOMATOLOGIA**DENTI E OSSA MASCELLARI**

Radiografia endolare
Ortopantomografia
Tomografia assiale computerizzata

ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE

Stratigrafia
Radiografia transcraniale obliqua
Risonanza magnetica nucleare statica
Risonanza magnetica nucleare dinamica

MUSCOLI MASTICATORI

Elettromiografia
Kinesiografia

MUCOSE ORALI

Esame istopatologico
Esame in immunofluorescenza indiretta
Esame citologico

SENO MASCELLARE

Radiografia diretta
Stratigrafia
Tomografia assiale computerizzata

GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI E TESSUTI MOLLI

Ecografia
Agoaspirato con esame istopatologico o citologico

NERVI CRANICI

Potenziali evocati somatosensitivi

NOSOGRAFIA DEI QUADRI CLINICI PIÙ FREQUENTI DEL TERZO MEDIO E INFERIORE DELLA FACCIA

3

Tra gli scopi di un corretto inquadramento nosologico, il più importante è quello di fornire al clinico uno strumento di conoscenza, da cui partire per un inquadramento diagnostico della patologia alla base del sintomo. Una trattazione completa, estesa a tutte le cause di dolore orofacciale esula i limiti di questa trattazione, che intende rivestire solo un carattere orientativo sui principi di base della diagnosi per l'odontoiatra. La scelta è stata limitata alle patologie, che più comunemente entrano in diagnosi differenziale nella pratica clinica quotidiana, e che solitamente vengono classificate in base alla struttura anatomica interessata, utilizzando termini generici come: odontalgie, nevralgie, otalgie, dolore rinogeno, artralgie, mialgie, patologie psicogene. La tabella 3.1, riporta una classificazione di "lavoro" delle cause più frequenti di dolore orofacciale che possono essere evidenziate o sospettate nel corso di una visita odontoiatrica e che sono riportate nella diagnosi differenziale per regione anatomica nel prossimo capitolo.

Nella classificazione dell'IHS i dolori orofacciali e le patologie dell'articolazione temporomandibolare sono trattate prevalentemente nella sezione "11. Cefalee o dolori facciali associati a patologie del cranio, collo, occhi, orecchi, naso e seni paranasali, denti, bocca o di altre strutture facciali o craniche", con l'eccezione delle condizioni di dolore neuropatico classificato nel gruppo "12 Nevralgie craniche, dolori del tronco nervoso e dolori da deafferentazione".

Tutte le patologie locali di questo capitolo devono soddisfare i seguenti criteri diagnostici (criteri più specifici sono elencati nelle suddivisioni):

- evidenza clinica o di laboratorio di patologie locali
- dolore localizzato alla struttura cranica o facciale interessata con irradiazione alle strutture circostanti; che può, comunque, essere riferito anche ad aree più distanti
- scomparsa del dolore entro 1 mese dalla remissione spontanea o dopo trattamento efficace della patologia sottostante.

Tabella 3.1

CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE OROFACCIALE IN BASE ALLE STRUTTURE DI ORIGINE**ODONTALGIA***Denti*

Ipersensibilità dentinale
Frattura dentale
Pulpite
Parodontite periapicale acuta

Parodonto e mucose

Gengivite ulcero-necrotica
Pericoronarite
Parodontite laterale acuta
Stomatiti ulcerative e vescicolo-bollose

DOLORE DELLE OSSA MASCELLARI

Traumi
Alveolite
Osteomielite
Neoplasie

ARTRALGIA DELL'ATM

Traumi
Capsuliti e sinoviti
Osteoartriti
Osteoartrosi
Incoordinazione condilo-meniscale

MIALGIA DEI MUSCOLI MASTICATORI

Traumi
Infezioni
Malattie infiammatorie
Disordini dei muscoli masticatori
Neoplasie

DOLORE OTORINOLOGICO*Seno mascellare*

Sinusite
Neoplasie

Orecchio

Otite (esterna, media)
Neoplasie

Naso e orofaringe

Angine
Tonsilliti
Neoplasie

DOLORE DELLE GHIANDOLE SALIVARI

Sialoadenite
Sialolitiasi
Neoplasie

DOLORE NEUROGENO*Nevralgia*

Nevralgia del trigemino
Nevralgia del glossofaringeo
Nevralgia posterpetica
Dolore da deafferentazione

Dolore centrale

Patologie vascolari e neoplastiche intracraniche ed extracraniche

DOLORE VASCOLARE

Emicrania
Cefalea a grappolo

DOLORE RIFERITO

Patologie del rachide cervicale
Cardiopatia ischemica
Neoplasie del collo e del torace

DOLORE PSICOGENO

Dolore facciale atipico
Odontalgia atipica
Disestesia orale

3.1 ODONTALGIA

Le patologie dentarie sono la causa più frequente di algia facciale acuto veicolato dalla branca mandibolare e mascellare del nervo trigemino. Il dolore risulta di tipo somatico profondo, ben localizzato e individuabile.

3.1.1 Ipersensibilità dentinale

L'ipersensibilità dentinale è un dolore proviene dalla dentina esposta a seguito dell'abrasione dello smalto o del cemento (quest'ultimo dopo retrazione gengivale), spesso determinati dalle manovre di spazzolamento per l'igiene orale.

Stimoli di natura termica (caldo o freddo), tattile (contatto con spazzolino o cibi), osmotica (cibi zuccherati o salati) o la disidratazione (soffiando aria) causano il movimento del fluido nei tubuli dentinali; che stimola i recettori pulpari provocando un dolore acuto e istantaneo che cessa subito dopo l'applicazione dello stimolo.

La prevalenze nella popolazione adulta è di 1:7, con un picco nei giovani adulti e una successiva riduzione con l'età. La diagnosi si basa sulla possibilità di provocare i sintomi nel corso della visita e l'esclusione di altre cause.

Il trattamento prevede l'eliminazione dei fattori eziologici (istruzione all'igiene orale con una corretta tecnica di spazzolamento) e la riduzione della permeabilità dei tubuli dentina-

li con dentifrici desensibilizzanti (cloruro di stronzio, fluoro), con vernici sigillanti o con restauri conservativi.

3.1.2 La frattura dentale

La frattura dentale può essere microscopicamente evidente o di difficile individuazione determina per le sue dimensioni ridotte, in questo caso si parla di sindrome del dente incrinato. La sintomatologia è costituita dalla comparsa di dolore acuto e di breve durata durante la masticazione. Generalmente il dente è otturato e la rimozione del restauro evidenzia la linea di frattura; l'incrinatura può, però, non essere rilevabile; in questi casi la diagnosi si basa sulla positività dei test di vitalità pulpare e la duplicazione della sintomatologia facendo mordere un rullino di cotone con il dente sensibile. Il trattamento si basa sul restauro conservativo con composito o, più spesso, su un intarsio con copertura oclusale o una corona protesica.

3.1.3 Pulpite

La pulpite è la più frequente causa di dolore trigeminale secondario a causa organica.

La pulpite, per quanto riguarda l'aspetto clinico-diagnostico, può essere suddivisa in due forme: reversibile e irreversibile. I sintomi della pulpite reversibile (o iperemia pulpare) sono rappresentati da un dolore fugace e di difficile localizzazione,

scatenato dal caldo, dal freddo e dal dolce, che cessa subito dopo l'eliminazione dello stimolo. L'esame obiettivo evidenzia un dente con una carie o un restauro, con ipersensibilità pulpare, dimostrata dalla risposta esagerata ai test di vitalità. La terapia è conservativa; ma si deve tenere presente che il giudizio di reversibilità è, comunque, di tipo probabilistico, in quanto è impossibile ottenere una prognosi affidabile, della reversibilità o meno della patologia, in base ai dati clinici. I sintomi della pulpite irreversibile sono costituiti da dolore spontaneo che può durare diverse ore, spesso con carattere pulsante, e tende ad aumentare in posizione sdraiata. Nelle fasi iniziali il dolore può essere scatenato sia dal caldo che dal freddo, ma nelle fasi successive il caldo esacerba la sintomatologia, mentre il freddo la allevia. La localizzazione è inizialmente difficile, ma con l'estensione ai tessuti periapicali, il dente diviene dolente alla pressione. I segni sono dati dall'esacerbazione del dolore all'applicazione del caldo (ad esempio guttaperca calda), una diminuita o assente risposta ai test di vitalità pulpare e il dolore alla pressione. Il trattamento consiste nella terapia endodontica.

3.1.4 Ascesso odontogeno

L'ascesso odontogeno ad origine periapicale (parodontite apicale acuta) o parodontale (parodontite laterale acuta) è una frequente causa di dolore orofacciale.

I sintomi dell'ascesso periapicale sono costituiti da dolore intenso che disturba il sonno, un dente mobile e sensibile alla percussione, tumefazione localizzata o diffusa (cellulite), talvolta con piressia e linfadenopatia. I segni sono i test di vitalità negativi ed la presenza radiotrasparenza periapicale. Il trattamento consiste nel drenaggio, terapia antibiotica ed eventualmente antinfiammatoria e terapia endodontica differita dopo la risoluzione dell'infezione acuta. I sintomi dell'ascesso parodontale sono simili all'ascesso periapicale con dolore acuto, sensibilità alla percussione del dente e spesso cattivo sapore. I segni sono rappresentati dalla mobilità dentale, dolore alla percussione ed tumefazione diffusa al parodonto adiacente; il sondaggio evidenzia un tasca parodontale con drenaggio di pus; i test di vitalità sono positivi (a meno che non si tratti di una lesione endo-parodontale). La radiografie evidenziano una perdita ossea di tipo orizzontale o verticale. Il trattamento consiste nel drenaggio, terapia antibiotica e terapia parodontale.

3.1.5 Altre patologie odontogene

L'alveolite è un'osteite che colpisce l'alveolo dentario dopo un'estrazione: generalmente il dolore intenso e continuo si manifesta dopo 2-4 giorno dall'avulsione di un molare mandibolare. Il trattamento consiste nella terapia antibiotica e antinfiammatoria, talvolta la toelette chirurgica. La pericoronarite è l'infezione dell'opercolo di un dente parzialmente erotto, più frequentemente un dente del giudizio inferiore che deve essere estratto. I denti inclusi o distopici, frammenti radicolari o corpi estranei, zone ossee sclerotiche sono altre cause che possono provocare neuralgie sintomatiche.

3.2 ARTRALGIA DELL'ATM

Nella classificazione dell'IHS questi disturbi sono riportati in "11.7 Alterazione articolare temporo-mandibolare", sottogruppo al quale l'American Academy of Orofacial Pain ha suggerito un'integrazione (tabella 1.3). Il sottogruppo viene a comprendere le patologie di diversa origine:

- le patologie malformative per alterazioni della crescita
- la sinovite e la capsulite conseguenti a un trauma estrinseco, a movimenti condilari forzati da tensioni eccessive, a estensione per contiguità di infezioni da tessuti vicini
- la retrodiscite, infiammazione del tessuto retrodiscale conseguente a un trauma o a una incoordinazione condilo meniscale
- le osteoartriti traumatiche, infiammatorie, infettive e le artropatie degenerative (osteoartrosi)
- la fibrosi e l'anchilosi; quest'ultima più frequentemente esiti di un emartro a cui sia conseguita una cicatrizzazione con aderenze fibrose all'interno della capsula.

Particolare interesse rivestono i disturbi articolari o patologie intracapsulari che originano dal sistema cranio-mandibolare.

Il termine dislocamento discale è sinonimo di incoordinazione condilo-meniscale, che ben esprime l'alterazione dei rapporti tra condilo-menisco e cavità glenoide all'interno dell'articolazione. La terminologia precedentemente usata era: sindrome dolorosa da disfunzione miofacciale, sindrome dolorosa da disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare, sindrome di Costen, disfunzione o disordine cranio-mandibolare, internal derangement, patologia intracapsulare.

I criteri proposti dall'IHS per la diagnosi di disordine dell'ATM, sono i seguenti:

- almeno due dei seguenti: dolore della mandibola scatenato da movimenti e/o dalla masticazione, diminuzione della escursione articolare, scrosci durante i movimenti articolari, dolorabilità della capsula articolare
- esami radiografici e/o isotopici positivi
- dolore lieve-moderato localizzato e/o irradiato all'articolazione temporo-mandibolare

Il dislocamento discale può esprimersi in diversi quadri patologici che possono rappresentare evoluzioni di progressiva gravità di uno stesso quadro iniziale:

- capsulite-retrodiscite (dolore da compressione della testa del condilo sul legamento posteriore del menisco anteriorizzato)
- incoordinazione condilomeniscale (click in apertura, in chiusura, reciproco)
- locking acuto o cronico (blocco articolare mono o bilaterale di tipo muscolare o osseo)
- Artrosi temporo-mandibolare con dolore e rumori articolari tipo crepitio o scroscio.

3.3 MIALGIA DEI MUSCOLI MASTICATORI

Le cause di interesse odontoiatrico, possono essere situazioni di stress psichico, malocclusioni, interventi odontoiatrici, un

uso patologico dei muscoli (parafunzioni), infezioni contigue (ad esempio trisma da disodontiasi del dente del giudizio o altre patologie orodentali). Particolare interesse rivestono i disturbi muscolari (o extracapsulari) che originano dal sistema cranio-mandibolare.

Questi disturbi nella classificazione IHS erano raggruppati nel gruppo 2 “Disfunzione oromandibolare”, collocata, quindi tra le cefalee muscolo-tensive.

Sinonimi erano i termini precedentemente usati: sindrome dolorosa da disfunzione miofaciale, sindrome dolorosa da disfunzione dell’articolazione temporo-mandibolare, sindrome di Costen, disfunzione o disordine cranio-mandibolare, sindrome miofasciale e myofascial pain dysfunction syndrome (MPD).

L’eziopatogenesi consiste in una iperattività muscolare da: parafunzioni (bruxismo, serramento, abitudini viziate) o psicogena, accompagnata cioè da una disposizione personale a scaricare le tensioni sui muscoli masticatori.

I criteri diagnostici, indicati dall’IHS, sono i seguenti:

- aumentata dolorabilità dei muscoli pericraniali dimostrabile alla palpazione e con algometro a pressione
- livelli elettromiografici aumentati di attività dei muscoli pericraniali a riposo o durante test funzionali
- presenza di 3 o più dei seguenti segni: scrosci al livello dell’articolazione temporo-mandibolare nei movimenti della mandibola; movimenti della mandibola limitati o alterati; attività mandibolare dolorosa; chiusura a scatto della mandibola in fase di apertura; bruxismo; altri disturbi del cavo orale (morsicatura o trafittura della lingua e delle labbra o delle guance)

Attualmente i disturbi muscolari sono stati riclassificati nel sottogruppo “11.8 Disordini dei muscoli masticatori” proposto dall’American Academy of Orofacial Pain ad integrazione della classificazione dell’IHS; dove ritroviamo alcuni termini:

- splinting muscolare o un ipertono muscolare indotto involontariamente dal SNC per limitare l’uso del muscolo (riflesso propriocettivo antalgico)
- spasmo muscolare, contrazione tonica indotta involontariamente dal SNC; in caso di persistenza può causare ipertrofia muscolare e situazioni autopertuantesi di dolore-spasmodolore

- miosite con i sintomi classici dell’inflammatione, dolore persistente e rodente, esacerbato dalla funzione; nel tempo può evolvere in fibrosi determinando un blocco muscolare cronico dell’apertura della bocca.

3.4 NEURALGIE

Con il termine di dolore neuropatico o neurogeno si intendono le algie provocate da lesioni delle strutture nervose. Il termine neuralgia tipica si riferisce ad una sindrome dolorosa circoscritta al territorio di distribuzione di uno specifico nervo (dermatomero), o di un suo ramo, che possieda fibre afferenti somatiche. Il dolore è caratterizzato da un tipo di dolore urente, lancinante o trafittivo, unilaterale; che si accentua con la pressione su trigger point o si scatena con manovre che allungano o stirano il nervo, o con la compressione sui punti di emergenza o sul decorso dei tronchi nervosi (tabella 3.2).

Nelle neuropatie (o neuralgie) atipiche il dolore non si limita al territorio di distribuzione di uno specifico nervo cranico, ma è un dolore scarsamente localizzato, che può migrare o diffondersi anche bilateralmente; è sordo, continuo e non è innescato da stimoli scatenanti (non ci sono trigger point).

Per ogni tipo di neuralgia si riconoscono forme primitive (idiopatiche o essenziali) quando non esistono cause evidenti e forme secondarie ad eziologia nota.

3.4.1 Neuralgia del trigemino

La neuralgia idiopatica del trigemino è un disturbo faciale algico unilaterale nella maggior parte dei casi (bilaterale 3-5% dei casi), lancinante, di breve durata, che può provocare spasmi riflessi della muscolatura faciale (tic doloroux). Nella maggior parte dei casi colpisce la seconda e la terza branca, raramente la prima (5%). L’esplorazione della fossa cranica posteriore ha dimostrato, in molti casi, la compressione della radice trigeminale da parte di vasi aberranti o tortuosi (conflitto neuro-vascolare).

Tabella 3.2
PRINCIPALI ASPETTI DELLE NEURALGIE

CARATTERISTICHE	NEURALGIA TIPICA	NEURALGIA ATIPICA
<i>Tipo di dolore</i>	Folgorante, trafittivo, tipo corrente elettrica	Bruciante, fastidioso, tipo pressione dolorosa
<i>Frequenza</i>	Intermittente parossistico	Continuo, con esacerbazioni
<i>Durata</i>	Minuti	Settimane, anni
<i>Distribuzione</i>	Circoscritto a un dermatomero Unilaterale Descrizione precisa	Scarsamente localizzato, diffuso senza una topografia fissa Estensione variabile Descrizione vaga
<i>Zone trigger</i>	Tipicamente presenti	Eccezionalmente presenti

I criteri diagnostici, proposti dall'IHS, sono i seguenti:

- a. Attacchi parossistici di dolore facciale o frontale della durata di pochi secondi sino a 2 minuti
- b. Il dolore presenta almeno quattro delle seguenti caratteristiche:
 - distribuzione lungo una o più branche del trigemino (dermatomeri)
 - Improvviso, intenso, superficiale, urente
 - Intensità severa
 - Precipitato dalla stimolazione di trigger zones o da alcune attività quotidiane quali il mangiare, il parlare, il lavarsi la faccia o i denti
 - Paziente del tutto asintomatico nei periodi intermedi
- c. Assenza di deficit neurologici
- d. Gli attacchi sono tipicamente stereotipati nel singolo paziente
- e. Esclusione mediante anamnesi, esame fisico ed indagini strumentali specifiche di altre cause di dolore facciale.

Le nevralgie trigeminali sintomatiche sono secondarie ad patologie strutturali dimostrabili, che determinano una sofferenza diretta del nervo nel suo decorso intracranico (fossa cranica posteriore) o extracranico, come ad esempio: angiomi, aneurismi, neurinomi dell'acustico, colesteatomi, osteomi, aderenze, sclerosi multipla, infarti del tronco cerebrale, altri tumori.

In confronto alla nevralgia primitiva il dolore nevralgico trigeminale sintomatico è topograficamente meno preciso e delimitato; può essere accompagnato da deficit neurologici sensitivi. La crisi algica è subcontinua, con episodi di accentuazione di varia durata (da 15 minuti ad alcune ore) e, più raramente, accessi iperalgici di breve durata.

3.4.2 Nevralgia del glossofaringeo

Si tratta di una nevralgia rara con caratteristiche di insorgenza e durata del dolore identiche alla nevralgia trigeminale, ma localizzate al terzo posteriore della lingua, ai pilastri tonsillari, a tutta la faringe, alla tuba di Eustachio, all'orecchio medio e dietro l'angolo della mandibola. La deglutizione e il tossire rappresentano l'attività che più frequentemente scatena l'attacco. Si distingue una forma idiopatica ed una sintomatica in cui il dolore permane nei periodi intercritici e può accompagnarsi a deficit sensitivi.

3.4.3 Dolore da deafferentazione

Un altro gruppo di nevralgie craniche, particolarmente importante è rappresentato dal dolore del tronco nervoso e dolore da deafferentazione. I sintomi di una lesione, parziale o totale, di un nervo afferente sensitivo consistono in un deficit (ipoestesia, anestesia), che, per le patologie riunite in questo sottogruppo, è associato a fastidiose parestesie e disestesie, inquadabili come nevralgie sintomatiche da deafferentazione. Talvolta le stesse lesioni possono provocare i quadri più gravi dell'anestesia dolorosa e causalgia, sindromi da deafferentazione che saranno discussi in seguito.

Una serie di lesioni riguardanti il nervo trigemino (con maggior frequenza a carico del nervo alveolare inferiore) possono essere ascritte a questo sottogruppo: invasione del tronco nervoso da parte di processi flogistici e infettivi (osteomielite, herpes zoster) o neoplastici; compressione o distorsione da parte patologie intracraniche o extracraniche (tumori, aneurismi, vasi); traumi (danno iatrogeno per sezione o iniezione intraneurale, fratture mandibolari).

I criteri diagnostici, proposti dall'IHS, sono i seguenti:

- il dolore è persistente nel territorio di distribuzione di uno o più nervi cranici
- dimostrazione di una lesione congrua
- inizio del dolore in rapporto temporale con la lesione del nervo cranico
- il dolore migliora o scompare dopo remissione spontanea o dopo trattamento efficace della lesione.

L'herpes zoster interessa il ganglio trigeminale nel 10-15 % dei pazienti, manifestandosi nell'80% dei casi a livello del ramo oftalmico; l'infezione acuta causa una nevralgia erpetica, che può essere seguita da una nevralgia posterpetica cronica.

I criteri diagnostici per il dolore facciale da infezione acuta sono: la comparsa entro 1 settimana dalla eruzione erpetica e la scomparsa entro sei mesi da herpes zoster.

Nel 50% dei pazienti con età superiore ai 60 anni il dolore persiste per più di sei mesi determinandosi una nevralgia cronica posterpetica, che va inquadrata come un dolore da deafferentazione causata dalla degenerazione delle fibre nervose.

L'anestesia e la disestesia dolorosa sono sindromi che riconoscono una causa centrale; sono spesso in rapporto a un trauma chirurgico del ganglio trigeminale (rizotomia, termocoagulazione per nevralgia idiopatica), ma possono derivare da un trauma della struttura trigeminale e raramente da lesioni vascolari delle vie trigeminali centrali. Il dolore e l'anestesia sono limitate al territorio di distribuzione del trigemino, con sensibilità tattile ridotta nell'area colpita.

La causalgia è una sindrome da deafferentazione che si ritiene consista in una sindrome neurodistrofica da inibizione parziale di un nervo periferico leso.

La patologia è rara ma si presenta con un quadro clinico grave: nel territorio di innervazione del nervo danneggiato, si manifesta un dolore urente, insopportabile e persistente, scatenato anche da minimi contatti (seccarsi della pelle, vento). Alcuni sintomi vegetativi associati completano il quadro con sudorazione, eritema, alterazioni cutanee distrofiche. Sono state descritte forme secondarie ad estrazione dentaria senza evidenza di un danno del tronco nervoso. La terapia è limitata e la forma risponde alla del ramo nervoso del sistema nervoso autonomo della zona interessata.

3.5 DOLORE RINOGENO

Le algie rinogene sono secondarie a patologie obiettivabili a carico delle cavità nasali e/o paranasali.

La deviazione del setto nasale può indurre in particolari casi (ad esempio in associazione con rinopatie vasomotorie e

“contatto” tra i turbinati ipertrofici) uno stimolo algogeno del ganglio sfenopalatino o determinare una sinusite.

Le sinusiti mascellari acute sono caratterizzate da dolore violento, gravativo, proiettato in regione zigomatica, con esacerbazione algica in diverse posizioni per effetto della gravità (ad esempio quando si inclina la testa al di sotto delle ginocchia).

I criteri diagnostici, proposti dall'IHS, sono i seguenti:

- la presenza di secrezione purulenta dal naso, spontanea o dopo suzione
- il riscontro patologico in uno o più esami (esame radiologico diretto, TAC o RMI, transilluminazione)
- l'esordio contemporaneo di cefalea e sinusite e la sua risoluzione dopo il trattamento
- la localizzazione del dolore nella regione zigomatica e infraorbitale, esacerbato dalla pressione sul forame infraorbitario; il dolore può irradiarsi ai denti posteriori dell'arcata dentaria superiore che risultano dolenti alla percussione

La sinusite cronica può causare un dolore sordo a barra, ma non è una causa validata di dolore facciale, a meno che non vada incontro a riacutizzazione.

Altre cause di dolore rinogeno possono consistere: nelle neoplasie del seno; nel dolore cronico postoperatorio che può residuare a seguito di interventi sul seno mascellare, anche in assenza di una causa organica dimostrabile (cfr. dolore facciale atipico).

3.6 OTALGIE

Le affezioni sintomatiche dell'orecchio esterno, medio e interno presentano per lo più carattere gravativo, pulsante, localizzato e circoscritto in zona auricolare.

L'otalgia può essere correlato ad un problema locale associato all'orecchio stesso o si può trattare di un dolore riferito tramite i nervi cranici.

I seguenti sintomi e segni, diversamente associati, sono indicativi di otite acuta (esterna, media) e impongono l'invio all'otorinolaringoiatra per le terapie specialistiche:

- intensa otalgia che può essere peggiorata con la masticazione, in quanto il movimento dell'articolazione temporo-mandibolare distorce il condotto uditivo
- otorrea, edema ed eritema del canale uditivo esterno
- dolore alla pressione sul trago o alla trazione del padiglione auricolare
- ipoacusia (nelle otiti medie).

Nei pazienti in cui l'obiettività e l'otoscopia sono negative si devono riconsiderare le cause non otologiche, tra cui ricordiamo: le disfunzioni dell'articolazione temporo-mandibolare; le infezioni odontogene; la tonsillite; l'osteoartrosi del rachide e le neoplasie dell'orofaringe (tabella 3.3).

L'otalgia riflessa odontogena è caratterizzata da dolore riferito alla regione auricolare e preauricolare, con irradiazioni verso le zone parietali; dipende dalle anastomosi tra i rami auricolari del n. auricolotemporale (del trigemino), del nervo di Jacobson (ramo del IX) e il ganglio sfenopalatino e otico del trigemino.

3.7 DOLORE PSICOGENO

Il dolore orofacciale può essere secondario a diversi disturbi del comportamento e patologie psichiatriche.

Nelle algie orofacciali atipiche non è possibile trovare una distribuzione topografica che segua gli schemi dell'innervazione sensitiva cranio-facciale, ne tantomeno un'eziologia adeguata. Si parla di dolore idiopatico orofacciale (idiopathic orofacial pain IOP) che può essere differenziato in più quadri clinici: dolore orofacciale atipico; artromialgia facciale; odontalgia facciale; disestesia orale.

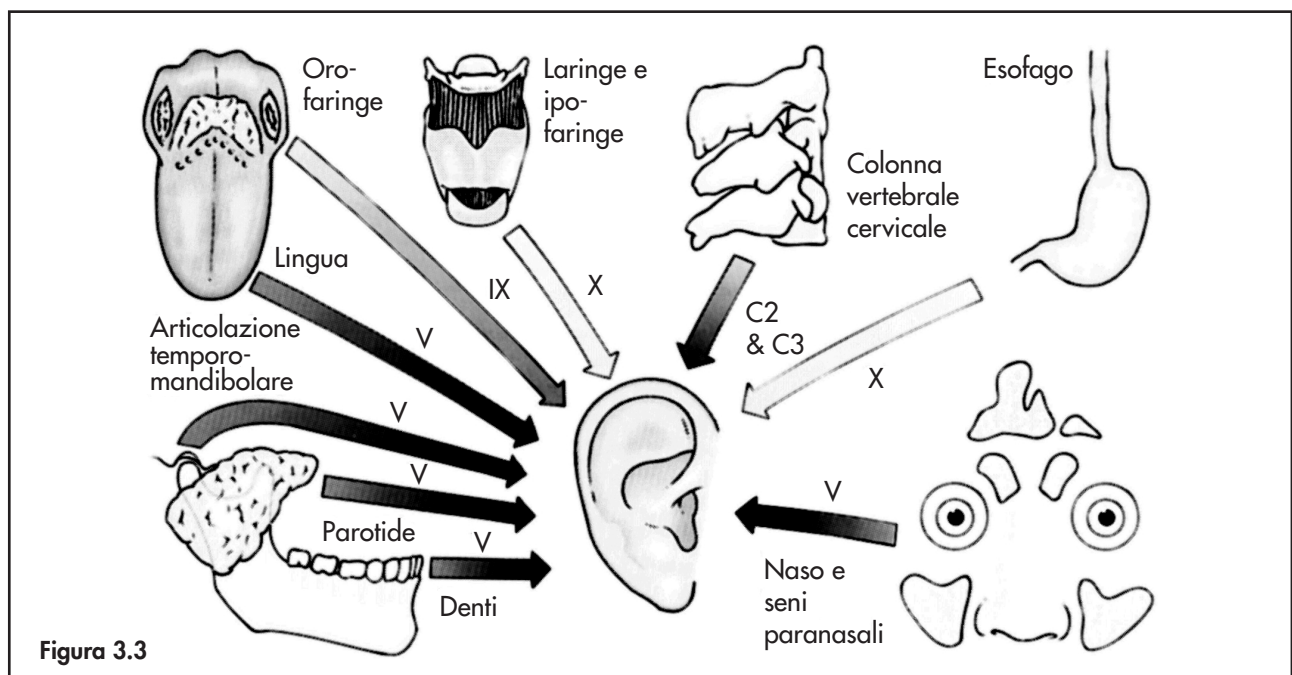


Figura 3.3

Il dolore facciale atipico è una nevralgia atipica, caratterizzata da dolore persistente, che non possiede le caratteristiche delle nevralgie craniche e non è associato con segni obiettivi o con una causa organica obiettivabile. Può manifestarsi in occasione di interventi chirurgici o traumi, ma persiste senza cause organiche locali dimostrabili. I criteri diagnostici, proposti dall'IHS, sono i seguenti:

- è presente quotidianamente e persiste per tutta la giornata
- è un dolore scarsamente localizzato; inizialmente è limitato ad una regione facciale e può successivamente estendersi ad aree più ampie della faccia e del collo
- non è associato ad altri deficit sensitivi o altri segni obiettivi
- indagini strumentali specifiche (rx del massiccio facciale, etc) non rilevano anomalie significative.

L'odontalgia atipica o sindrome del dente fantasma è caratterizzata da dolore continuo o pulsante, variabile nel tempo, in uno o più denti, che sono ipersensibili al caldo e al freddo, sempre in assenza di patologia obiettivabile.

Nell'artromialgia facciale (facial artromialgia FAM), il dolore è unilaterale, avvertito a livelli dell'articolazione temporomandibolare e zone vicine, associato a rumori articolari, senso di ovattamento auricolare ed acufeni.

Nella disestesia orale (burning mouth syndrome o sindrome delle bocca che brucia) sono compresi sintomi di stomatodinia diffusa o glossodinia, riferiti dai pazienti come lingua bruciante, saliva sabbiosa, bocca secca e disturbi gustativi di vario tipo; che compaiono nel contesto di un cavo orale apparentemente normale.

3.8 DOLORE VASCOLARE

In questo paragrafo sono state incluse le cefalee comunemente intese come "cefalee vascolari" da causa meccanica, che però attualmente tendono a essere considerate come malattie costituzionali legate a un difetto genetico metabolico delle monoamine.

3.8.1 Emicrania

L'emicrania è un disordine idiopatico, caratterizzato da attacchi ricorrenti di cefalea unilaterale, pulsante della durata variabile da poche ore a 3 giorni.

Il meccanismo patogenetico dell'attacco emicranico è tutt'ora poco conosciuto; il flusso ematico regionale, nella zona cerebrale clinicamente interessata, subisce una iniziale riduzione seguita da una iperemia, probabilmente per fenomeni di vasospasmo arteriolare corticale.

L'emicrania può essere associata a sintomi premonitori si manifestano da qualche ora a 1-2 giorni prima dell'attacco emicranico ed sono rappresentati da: ipo-iperattività motoria (irrequietezza o inibizione), depressione del tono dell'umore, desi-

derio di cibi particolari, sbadigli ripetuti e altri sintomi atipici. Con il termine aura si definisce quel complesso di sintomi neurologici focali, con una durata generalmente non superiore ai 60 minuti, che precedono o accompagnano l'attacco emicranico e possono consistere in diversi disturbi che spesso compaiono in successione: disturbi emianoptici (figure scintillanti, scotomi); disturbi parestesici (trafitture, punture di spillo) che interessano unilateralmente un'area del viso o del corpo; disturbi anestesici; disturbi del linguaggio e astenia muscolare. La maggior parte dei pazienti hanno esclusivamente attacchi senza aura, mentre altri soffrono di forme accompagnate da aura.

I criteri diagnostici, proposti dall'IHS, consistono nei caratteri tipici delle sindrome emicranica:

- cefalea ricorrente
- durata compresa tra le 4 e le 72 ore, in assenza di trattamento
- unilateralità
- intensità media o severa
- pulsatilità
- aggravamento con la normale attività fisica
- presenza di nausea, foto e fonofobia.

3.8.2 Cefalea a grappolo

La cefalea a grappolo (cluster headache) è caratterizzata da attacchi: severi e unilaterali che si presentano con regolarità; raggruppati in periodi che durano settimane o mesi (i cosiddetti periodi di grappolo); separati da periodi di remissione che durano mesi o anni nella maggior parte dei pazienti, mentre solo il 10% dei pazienti presenta sintomatologia cronica. Gli attacchi possono essere scatenati da assunzione di alcol, con istamina, con nitroglicerina.

La patogenesi delle cefalee a grappolo primitive, ha le sue basi soprattutto nella vasodilatazione arteriosa con incremento del flusso ematico intracranico; comunque i meccanismi patogenetici del dolore sono noti solo in parte, anche se sono stati evidenziati numerose alterazioni autonome.

Peraltro forme secondarie simili alla cefalea a grappolo sono occasionalmente riportate in pazienti che presentano patologia organica di tipo vascolare o neoplastica localizzata al capo (intra o extracranica).

I caratteri degli attacchi, proposti dall'IHS, sono i seguenti:

- dolore di intensità severa, unilaterale; in sede orbitaria, sovraorbitaria, e/o temporale; della durata da 15 a 180 minuti senza trattamento
- la cefalea è associata ad almeno uno dei seguenti segni autonomici di accompagnamento: iniezione congiuntivale, lacrimazione, ostruzione nasale, rinorrea, sudorazione facciale, miosi, ptosi palpebrale, edema palpebrale
- la frequenza degli attacchi è compresa tra un attacco ogni 2 giorni ed 8 attacchi al giorno.

Il paziente affetto da dolore orofacciale può rappresentare una sfida diagnostica: l'algia può essere correlata a patologie localizzate della bocca e del viso, oppure può essere riferita da altre aree della testa e del collo; in alcuni casi non vi rilevano patologie identificabili. In ambito odontoiatrico la diagnosi è comunque semplificata poiché si tratta prevalentemente di dolore somatico (superficiale e profondo) ben localizzato e identificabile; che risulta peraltro ristretto a tre regioni anatomiche del terzo medio e inferiore del viso: la mandibola, il mascellare e la zona preauricolare e auricolare. In tal modo la diagnosi risulta semplificata, poiché vengono a essere escluse la maggior parte delle cefalee e tutti i dolori orofacciali del ter-

zo superiore del viso. Per identificare la causa la prima cosa da fare da parte dell'odontoiatra è quella di eseguire un'anamnesi dettagliata sulle caratteristiche del dolore (la localizzazione, l'intensità, le cause scatenanti) ed eseguire quindi l'esame obiettivo endorale, che nella maggior parte dei casi permette di identificare la patologia locale. Nel caso non si riconosca alcuna causa locale odontostomatologica, è necessario prendere in esame le altre parti della testa e del collo, è infatti limitativo accontentarsi di una diagnosi di esclusione ed è opportuno formulare un sospetto diagnostico o una diagnosi provvisoria, in modo da inviare il paziente a consulto dal medico curante o dallo specialista più adatto (tabella 4.1, 4.2).

Tabella 4.1
DOLORE FACCIALE ACUTO

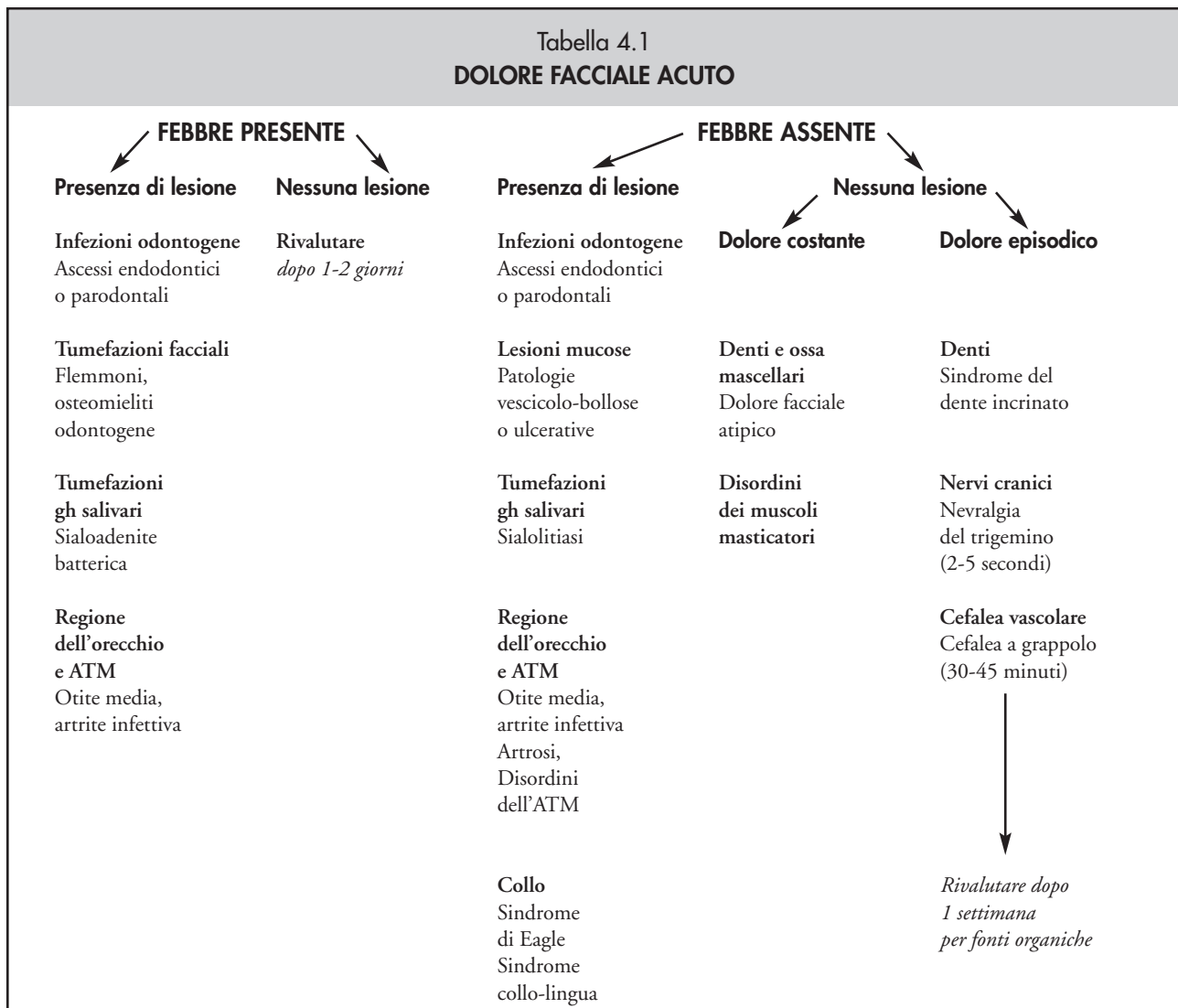


Tabella 4.2
DOLORE FACCIALE CRONICO

LESIONE PRESENTE			LESIONE ASSENTE		
Dolore sordo	Dolore episodico	Pirosi	Dolore costante	Dolore episodico	Pirosi
<i>Denti e ossa mascellari</i> Parodontite apicale cronica Osteomielite cronica o sclerosante Neoplasia	<i>Denti</i> Frattura dentale	<i>Mucose</i> Patologie vescicolo-bollose ulcerative	<i>Denti e ossa Mascellari</i> Disordini dei muscoli masticatori Dolore facciale atipico Odontalgia atipica	<i>Denti e ossa Mascellari</i> Disordini dei muscoli masticatori Dolore facciale atipico Dolore cardiologico Cefalee vascolari	<i>Ossa mascellari</i> Causalgia Dolore da lesioni intra-extracraniche
<i>Gh salivari</i> Sialolitiasi	<i>Gh salivari</i> Sialolitiasi		<i>ATM</i> Disordini dei muscoli masticatori	<i>ATM</i> Disordini dei muscoli masticatori	<i>Mucosa</i> Disestesia orale
<i>ATM</i> Artrite	<i>ATM</i> Artrite Disordini dell'ATM		↓		<i>Epidermide</i> Nevralgia postterpetica
↓					
<i>Rivalutare dopo 1-2 settimane per patologia organica</i>					

4.1 DOLORE MANDIBOLARE

4.1.1 Dolore mandibolare acuto e continuo

4.1.1.1. Cause più frequenti

1. Pulpite acuta
2. Ascesso (periapicale o parodontale), flemmone
3. Alveolite
4. Pericoronarite del dente del giudizio
5. Sialoadenite acuta delle gh sottomandibolari
6. Osteomielite (acuta o subacuta)
7. Herpes zoster.

4.1.1.2 Sintomi e segni di rilievo

1. La sensibilità termica che cessa alla rimozione dello stimolo depone per una pulpite reversibile o una ipersensibilità



bilità dentinale; la permanenza del dolore per una pulpite irreversibile.

2. Il dolore alla palpazione e percussione di un dente non vitale, è indice di infezione ossea (ascesso periapicale, parodontale).
3. La presenza di dolore acuto e pulsante, che disturba il sonno, associato ai sintomi tipici di flogosi locale (rubor, dolor, calor, tumor, functio laesa) e sistemici di infezione (linfadenopatia, febbre) sono tipici di un ascesso; si riducono dopo il drenaggio o con la fistolizzazione spontanea (parulidi, fistole).
4. L'herpes zoster è caratterizzato da dolore urente, continuo che accompagna (talora può precedere di alcune ore) una eruzione vescicolare lungo il dermatomero (V3).

4.1.1.3 Procedure diagnostiche

1. I test di vitalità pulpale alterati o negativi, il dolore alla palpazione e alla percussione (per la parodontite periapicale) sono indici di infezioni odontogene.
2. Il riscontro radiografico di radiotrasparenze periapicali, in denti non vitali, è indicativa di infezioni odontogene.

3. All'ortopantomografia l'osteomielite acuta si presenta con una lieve radiopacizzazione; l'osteomielite sclerosante cronica con radiopacità singole o multiple con margini maldefiniti (aspetto cotonoso); l'osteomielite cronica con radiotrasparenze a margini sfumati e addensamento incoostante, sequestri ossei.
4. Le sialoadeniti acute sono indagate con ecografia e la radiografia diretta per evidenziare fattori predisponenti (litiasi, sialoadeniti croniche).

4.1.1.4 Trattamento

1. Le infezioni odontogene localizzate sono trattate con gli antibiotici, l'estrazione o la terapia endodontica. Una raccolta ascessuale (tumefazione fluttuante) può richiedere l'incisione e il drenaggio.
2. Le infezioni odontogene con tendenza alla diffusione (flemmone) e, comunque, tutte le infezioni resistenti alla terapia antibiotica a largo spettro, richiedono il prelievo per l'esame colturale e l'antibiogramma, in modo da istituire una terapia antibiotica mirata.
3. L'osteomielite richiede una terapia antibiotica protratta. Nei casi severi è necessario: l'incisione, il drenaggio e la toilette chirurgica del focolaio; la coltura con antibiogramma, includendo la ricerca per i germi anaerobi.
4. La pericoronarite del dente del giudizio può essere trattata con opercolizzazione, ma nella maggior parte dei casi richiede l'estrazione.
5. L'alveolite viene trattata con terapia antibiotica e analgesica, eventualmente associata a toilette chirurgica dell'alveolo.
6. Le sialoadeniti acute infettive vengono trattate con terapia antibiotica e analgesica; in presenza di episodi recidivanti il paziente va inviato al chirurgo maxillo-facciale per valutare l'asportazione chirurgica.
7. La terapia dell'herpes zoster prevede l'uso di aciclovir ed è affidata al medico curante per seguirne l'evoluzione e le complicanze.

4.1.2 Dolore mandibolare acuto episodico

4.1.2.1 Cause più frequenti

1. Ipersensibilità dentinale
2. Pulpite acuta
3. Ascesso (periapicale o parodontale riacutizzati)
4. Frattura dentale (sindrome del dente incrinato)
8. Sialoadenite delle ghiandole sottomandibolari
5. Nevralgia del trigemino (V3)
6. Nevralgia del glossofaringeo
7. Sindrome di Eagle
8. Sindrome collo-lingua
9. Cardiopatia ischemica.

4.1.2.2 Sintomi e segni di rilievo

1. Un dolore ricorrente e localizzato a un dente, che compare durante la masticazione, pone il sospetto diagnostico di infezione odontogena, o frattura dentale.
2. Si devono indagare i fattori scatenanti del dolore: la sen-

sibilità termica depone per una patologia pulpale; la comparsa di dolore alla mandibola durante uno sforzo fisico, soprattutto se accompagnata da dolore toracico, suggerisce il sospetto di cardiopatia ischemica; la presenza di trigger point è tipica della nevralgia trigeminale.

3. La comparsa di dolore nella regione retromandibolare, nel movimento di torsione della testa e del collo, suggerisce una sindrome di Eagle (calcificazione del legamento stiloioideo).
4. La comparsa di dolore alla lingua e al collo, nei movimenti di torsione del capo suggerisce una sindrome collo-lingua dovuta a patologia del rachide cervicale (sublussazione vertebrale con compressione di C2).
5. Un dolore lancinante e parossistico (del tipo scossa elettrica della durata di pochi secondi), localizzato sul dermatomero di un nervo, caratterizza la nevralgia tipica. Il quadro più frequente è rappresentato dalla nevralgia del trigemino essenziale.

4.1.2.3 Procedure diagnostiche

1. Le infezioni odontogene sono evidenziate con test di vitalità, percussione degli elementi dentari e radiografie endorali.
2. Nella sindrome del dente incrinato è possibile duplicare la sintomatologia facendo mordere uno spessore (ad esempio un rullino di cotone) o premendo lateralmente sulla cuspid dentaria.
3. Un'ortopantomografia evidenzia il legamento stiloideo calcificato nei pazienti con sindrome di Eagle; nei quali il dolore compare girando la testa dal lato affetto.
4. Un'anamnesi positiva per comparsa ricorrente di tumefazione indolente sottomandibolare, a comparsa rapida e risoluzione spontanea depone per una sialolitiasi e/o sialoadenite cronica.
5. Le nevralgie craniche devono essere inviate al neurologo per la diagnosi di forma essenziale o secondaria (da cause intra ed extra craniche).

4.1.2.4 Trattamento

1. Le infezioni odontogene localizzate sono curate con antibiotici ed antinfiammatori, l'estrazione o la terapia endodontica.
2. Un dente incrinato può essere trattato con la terapia canalare e la protesizzazione o con l'estrazione in base al tipo di frattura.
3. La nevralgia del trigemino è di pertinenza medica e neurologica per impostare un trattamento farmacologico (carbamazepina) o neurochirurgico (rizolisi termica o chirurgica).
1. La sindrome di Eagle deve essere valutata da un chirurgo maxillo-facciale per la rimozione chirurgica del legamento calcificato e fratturato.
2. Il sospetto diagnostico di cardiopatia ischemica impone l'invio urgente al medico curante o al pronto soccorso per la diagnosi definitiva.
3. I pazienti con dolore cronico o episodico ricorrente, nei

quali non sia stata posta una diagnosi (o si verifichi la mancata riscuota alla terapia della patologia individuata come probabile eziologia) devono essere inviati al medico curante o al neurologo per formulare una diagnosi definitiva.

4.1.3 Dolore mandibolare cronico

4.1.3.1 Cause più frequenti

1. Parodontite apicale cronica
2. Osteomielite cronica
3. Disturbi dei muscoli masticatori (massetere, pterigoideo interno)
4. Nevralgia postperpetica
5. Neuropatiche da deafferentazione (V3)
6. Dolore facciale atipico
7. Neoplasia.

4.1.3.2 Sintomi e segni di rilievo

1. Il dolore odontogeno è facilmente individuabile, in quanto localizzato ad un dente specifico ed esacerbato dagli stimoli termici o dalla masticazione; il dolore muscolo-scheletrico (mialgia, dolore osseo da osteomielite) è di tipo somatico profondo, diffuso ad aree più ampie, meno localizzato e costante.
2. I sintomi classici dell'infezione sono tumor, rubor, calor, dolor, functio laesa, che sono evidenziati dal dolore alla percussione e alla palpazione, dalla tumefazione, dall'eritema, dall'aumento della temperatura locale e/o sistemica.
3. I trigger points muscolari sono tipici delle mialgie e si presentano alla palpazione come noduli o bande di contrattura più dolente rispetto all'area contigua; la loro palpazione può provocare risposta contrattile locale e un dolore riferito in zone distanti caratteristiche; vanno distinti dalle zone circoscritte di dolorabilità (tender points) rilevabili alla palpazione.
4. I pazienti con dolore facciale atipico, non presentano nessun riscontro positivo sia all'esame obiettivo che strumentale.

4.1.3.3 Procedure diagnostiche

1. I test di vitalità rappresentano l'esame specifico per individuare le patologie infettive odontogene.
2. Infezioni odontogene, cisti, osteomieliti e neoplasie si presentano come aree di radiotrasparenza o radiopacità all'ortopantomografia.
3. L'infiltrazione di un anestetico locale, per operare un blocco nervoso selettivo, rappresenta una procedura diagnostica-terapeutica che risulta utile per determinare la precisa localizzazione del dolore.
4. La diagnosi di dolore facciale atipico è una diagnosi per esclusione, dopo avere esplorato le differenti diagnosi differenziali, in assenza di qualunque riscontro positivo; la consulenza psichiatrica può evidenziare una eziologia psicogena (disturbi dell'umore, ansia, etc).

4.1.3.4 Trattamento

1. Le infezioni odontogene localizzate sono trattate con antibiotici ed antinfiammatori, l'estrazione o la terapia endodontica.
2. In presenza di mialgia dei muscoli masticatori, trova indicazione la prescrizione di terapie farmacologiche con ansiolitici, miolitici, analgesici, fisioterapia, placche occlusali, biofeedback, controllo dello stress.
3. Il dolore facciale atipico non risponde alla maggior parte delle terapie; trovano indicazione i farmaci antidepressivi ai quali la maggior parte dei pazienti risponde in 4-5 settimane.
4. Lesioni ossee di ndd, non diagnosticabili con certezza mediante accertamenti radiologici, possono necessitare di esplorazione chirurgica e di esame istopatologico del pezzo biotico.
5. I pazienti con dolore cronico o episodico ricorrente, nei quali non sia stata posta una diagnosi (o si verifichi la mancata riscuota alla terapia della patologia individuata come probabile eziologia) devono essere inviati al medico curante o al neurologo per escludere patologie organiche intra o extracraniche.

4.2 DOLORE MASCELLARE

4.2.1 Dolore mascellare acuto e continuo

4.2.1.1 Cause più frequenti

1. Pulpite acuta
2. Ascesso (periapicale, parodontale)
3. Alveolite
4. Sinusite acuta del seno mascellare
5. Herpes zoster.

4.2.1.2 Segni e sintomi di rilievo

1. La presenza di dolore acuto e pulsante, che disturba il sonno, associato ai sintomi tipici di flogosi locale (rubor, dolor, calor, tumor, functio laesa) e sistemici di infezione (linfadenopatia, febbre) sono tipici di un'infezione acuta
2. L'ipersensibilità al caldo e al freddo localizzata ad un dente è tipica di una pulpite; il dolore alla pressione in un dente non vitale indica una parodontite apicale con infiammazione dell'osso periapicale.
3. La sinusite mascellare è caratterizzata dal seguente corteo di sintomatologico: dolore all'arcata zigomatica, secrezione nasale, esacerbazione gravitazionale del dolore (con i movimenti di flessione in avanti del capo al di sotto del livello delle ginocchia); dolore alla pressione in corrispondenza del forame infraorbitario; dolore riferito ai molari e premolari mascellari ed esacerbato dalla loro percussione, in assenza di patologie dentarie.



4. L'herpes zoster è caratterizzato da dolore urente, continuo che accompagna (talora può precedere di alcune ore) una eruzione vescicolare lungo il dermatomero (V2).

4.2.1.3 Procedure diagnostiche

1. La ipersensibilità ai test di vitalità (freddo, caldo) è tipica di una pulpite in un dente vivo; il dolore alla percussione, con test di vitalità negativi, indica una parodontite apicale in un dente devitale.
2. L'evidenziazione al sondaggio di una secrezione purulenta da una tasca va diagnosticata: in un dente vitale come ascesso parodontale; in un dente non vitale come di patologia endo-parodontale.
3. Le radiografie endorali e l'ortopantomografia possono evidenziare: carie profonde in presenza di pulpite; radi trasparenze periapicali in presenza di patologie endodontiche; riassorbimento osseo orizzontale o verticale in presenza di parodontopatie.
4. Nelle sinusiti mascellari, l'ortopantomografia, le radiografie standard dei seni mascellari e la TAC rilevano opacità del seno mascellare e livelli idroarei.

4.2.1.4 Trattamento

1. La pulpite e l'ascesso parodontale vanno trattate con terapia endodontica o estrazione; talvolta è necessaria una terapia sistemica con antibiotici e antinfiammatori.
2. La terapia locale dell'ascesso parodontale si basa su incisione, drenaggio, levigatura radicolare e curettaggio. La presenza di sintomatologia sistemica richiede la terapia antibiotica e antinfiammatoria.
3. Una sinusite richiede l'invio ad un otorinolaringoiatra per istituire un trattamento antibiotico, antinfiammatorio e talvolta un lavaggio del seno; la patologia deve essere trattata tempestivamente per evitare il rischio di cronicizzazione.
4. La terapia dell'herpes zoster prevede l'uso di aciclovir ed è affidata al medico curante per seguirne l'evoluzione e le complicanze.

4.2.2 Dolore mascellare acuto episodico

4.2.2.1 Cause più frequenti

1. Ipersensibilità dentinale
2. Pulpite acuta
3. Ascesso (periapicale o parodontale riaccutizzate)
4. Frattura dentale (sindrome del dente incrinato)
5. Cefalee vascolari (emicrania, cefalea a grappolo, cefalea parossistica)
6. Nevralgia idiopatica o secondaria del trigemino (V2).

4.2.2.2 Sintomi e segni di rilievo

1. Il dolore episodico è contraddistinto da algie ricorrenti, intervallate da periodi di remissione.
2. Un'anamnesi di episodi di dolore acuto da stimolo (cibi caldi, freddi o dolci), è indice di una pulpite reversibile o

ipersensibilità dentinale; mentre il dolore spontaneo, che cessa con l'applicazione di ghiaccio è indice di una pulpite irreversibile.

3. Una frattura dentale si manifesta come un dolore acuto durante la masticazione su uno specifico dente.
4. Le cefalee vascolari (emicrania, cefalea a grappolo) si manifestano generalmente come: episodi acuti di cefalea pulsante; di durata compresa da pochi minuti a qualche ora; ricorrenti e spesso stagionali (ad esempio in un periodo specifico dell'anno per 1-2 mesi); con sintomi tipici di accompagnamenti di tipo vegetativo, come l'arrossamento congiuntivale ipsilaterale e la rinorrea.
5. La nevralgia trigeminale si manifesta con un dolore severo di tipo scossa elettrica, di pochi secondi con zone trigger sulla pelle del viso o sulle mucose orali.

4.2.2.3 Procedure diagnostiche

1. Le infezioni odontogene possono essere diagnosticate con l'esame obiettivo, i test di vitalità pulpale (sensibilità al caldo e al freddo, agli stimoli elettrici, di cavità) e le radiografie.
2. In presenza di frattura dentale, non evidenziabile con l'esame obiettivo, risulta utile alla diagnosi la duplicazione della sintomatologia dolorosa facendo masticare uno spessore (ad esempio un rullino di cotone) o esercitando una pressione laterale sulle cuspidi. La frattura può essere evidenziata anche con la transilluminazione, con sistemi di ingrandimento o rimuovendo una precedente otturazione.
3. In presenza di rilievi clinici e radiologici negativi per patologie dentali, si devono sospettare patologie neurologiche. Le cefalee vascolari e le nevralgia trigeminale si manifestano con sintomatologia tipica. Poiché tali patologie possono essere sia primitive (idiomatiche o essenziali) che secondaria a patologie organiche (intra o extracraniche), il paziente deve essere inviato dal medico curante o dal neurologo per la diagnosi definitiva.
4. La somministrazione di ossigeno all'inizio di una cefalea vascolare, può abortire l'attacco cefalalgico e tale riscontro riveste importanza diagnostica.

4.2.2.4 Trattamento

1. Le infezioni odontogene sono curate con antibiotici ed antinfiammatori, l'estrazione o la terapia endodontica.
2. Un dente incrinato può essere trattato con la terapia canalare e la protesizzazione o con l'estrazione.
3. La terapia delle cefalee vascolari è di pertinenza del neurologo o del medico curante (ergotamina, calcio-agonisti, etc.).
4. I pazienti con nevralgia trigeminale essenziale spesso richiedono terapie odontoiatriche nel tentativo di risoluzione del dolore; si devono evitare le terapie endodontiche e le estrazioni immotivate. Il trattamento farmacologico con carbamazepina è efficace, ma va affidato al medico, in quanto richiede il controllo periodico della formula leucocitaria per il rischio di leucopenia da tossicità midollare. La nucleolisi (termica, chimica, chirurgica) del

ganglio trigeminale è efficace nei pazienti che non rispondono alla terapia medica; può presentare la complicità dell'anestesia dolorosa.

4.2.3 Dolore mascellare cronico

4.2.3.1 Cause più frequenti

1. Parodontite apicale cronica
2. Sinusite cronica
3. Mialgia dei muscoli masticatori (massetere, temporale)
4. Nevralgia postherpetica
5. Neuropatie da deafferentazione (V2)
6. Dolore facciale atipico
7. Neoplasia.

4.3.1.2 Sintomi e segni di rilievo

1. La localizzazione del dolore con la palpazione permette di identificare la zona d'origine delle patologie organiche croniche; l'algia è riferita: sui processi alveolari nelle infezioni odontogene; in regione zigomatica nelle sinusiti; in regione masseterina e temporale nelle mialgie.
2. Un dolore facciale atipico si presenta privo di segni e con riscontro alla palpazione assente; possono essere associati rilievi anamnestici di disturbi del comportamento (depressione, ansia, personalità con disturbi compulsivi o ossessivi, etc).
3. Nelle mialgie, il riscontro di faccette di usura dentali e ipertrofia e dolore muscolare alla palpazione confermano l'iperattività muscolare e l'attività parafunzionale.
4. La diagnosi di sinusite è suggerita da un esordio stagionale (primavera o autunno), dolore all'arcata zigomatica, secrezione nasale, esacerbazione del dolore con i movimenti di flessione in avanti del capo; dolore alla pressione in corrispondenza del forame infraorbitario; dolore riferito ai molari e premolari mascellari ed esacerbato dalla loro percussione, in assenza di patologie dentarie.

4.3.1.3 Procedure diagnostiche

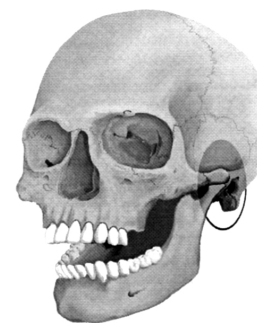
1. Le infezioni odontogene sono diagnosticate con l'esame obiettivo e radiologico (ortopantomografia, radiografie endorali).
2. Nel dolore mialgico, la dolenzia alla palpazione è riferita alle inserzioni muscolari del massetere sull'arcata zigomatica e del temporale sull'osso temporale
3. La risposta dopo iniezione di anestetico, nella zona in cui è percepito il dolore, ha validità diagnostica; l'iniezione nei trigger point muscolari risolve o attenua il dolore da mialgia; mentre la stessa manovra è inefficace nelle algie psicogene.
4. Nelle sinusiti la palpazione evidenzia dolore in regione zigomatica e la percussione dei denti dei sestanti posteriori mascellari evoca dolenzia in assenza di riscontri patologici; la transilluminazione evidenzia l'opacamento del seno, che viene confermato con le radiografie standard, la TAC

5. La personalità del paziente ed eventuali sintomi psicologici o psichiatrici devono essere considerati, nel caso si sospetti un dolore facciale o un'odontalgia atipica. Nel dolore facciale atipico non vi sono evidenze strumentali (radiografiche) o cliniche all'esame obiettivo.

4.3.1.4 Trattamento

1. Le infezioni odontogene e parodontali sono trattate con la terapia endodontica, estrazioni o levigatura e curettaggio secondo protocolli.
2. I pazienti con sinusite cronica vanno inviati all'otorinolaringoiatra per la terapia specialistica (terapia medica con antistaminici, antibiotici, lavaggi sinusali; terapia chirurgica nei casi non responsivi alla terapia medica).
3. Il dolore facciale e l'odontalgia atipica sono di difficile trattamento e molti pazienti insistono sull'esistenza di patologie organiche, nonostante l'obiettività negativa. Si raccomanda l'invio a uno psicologo o uno psichiatra per istituire la terapia specialistica (psicoterapia, antidepressivi).
4. La mialgia dovuta a disordini dei muscoli masticatori può essere trattata con strategie diverse come: le placche gnatologiche; la psicoterapia e/o il biofeedback per il controllo dello stress; le iniezioni di anestetico (bupivacaina) nei trigger point e nelle tender zone.
5. I pazienti con dolore cronico o episodico ricorrente, nei quali non sia stata posta una diagnosi (o si verifichi la mancata riscuota alla terapia della patologia individuata come probabile eziologia) devono essere inviati al medico curante o allo specialista in neurologia per indagare possibili patologie organiche intra o extracraniche.

4.3 DOLORE NELLA REGIONE PREAURICOLARE E AURICOLARE



4.3.1 Dolore acuto nella regione preauricolare e auricolare

4.3.1.1 Cause più frequenti

1. Infezione odontogena dei molari
2. Capsulite, sinovite da micro o macrotrauma
3. Artrite acuta (traumatica, infiammatoria, infettiva)
4. Mialgia per disordini dei muscoli masticatori (iperattività del temporale, massetere, pterigoidei)
5. Disordini dell'ATM da incordinazione condilo-menisciale
6. Otite acuta (esterna, media)
7. Parotite batterica acuta
8. Angina e tonsillite acuta.

4.3.1.2 Sintomi e segni di rilievo

1. Un dolore localizzato riferito in regione preauricolare è tipico di un'artropatia; mentre un dolore localizzato in regione auricolare è con maggior probabilità da riferirsi a un'otite. Nelle mialgie il dolore è più diffuso (somatico profondo) e generalizzato alle regioni masseterina e temporale.
2. Il reperto anamnestico nei disordini cranio-mandibolari deve considerare: un macrotrauma (ad esempio un incidente), un microtrauma (malocclusione, parafunzioni) o una cefalea muscolotensiva di origine psicogena.
3. Nei processi infettivi acuti dell'articolazione o dell'orecchio medio si associano i sintomi tipici locali (rubor, dolor, calor, tumor, functio laesa) e sistemici (linfadenopatia, febbre).
4. Le artropatie possono accompagnarsi a dolore alla masticazione, rumore articolare, limitazione o deviazione laterale dell'apertura della bocca di vario grado sino al blocco (locking acuto).
5. Le otiti si accompagnano a sintomi tipici otologici (ipoacusia o sordità unilaterale, otorrea, acufeni, tinniti, vertigini); il dolore alla masticazione è causato dalla distorsione del condotto uditivo, prodotta dal movimento condilare.
6. I trigger points muscolari sono tipici delle mialgie e si presentano come noduli o bande di contrattura più dolenti alla palpazione rispetto all'area contigua; la palpazione può provocare risposta contrattile locale e un dolore riferito in zone distanti caratteristiche (regione masseterina e temporale); vanno distinti dalle zone dolorose (tender points) che sono zone circoscritte che rilevano alla palpazione una marcata dolorabilità.
7. I disordini muscolari (cefalea muscolo-tensiva da iperattività muscolare) presentano mialgia associata a sintomi psichici (ansia) e parafunzioni (serramento, bruxismo, abitudini viziate) dei muscoli masticatori.
8. L'angina e la tonsillite sono caratterizzate da dolore somatico superficiale ben localizzato accompagnato da odinofagia, disfagia alta, eritema dell'orofaringe. Le faringotonsilliti batteriche sono generalmente caratterizzate da eritema e febbre non elevata; la comparsa di febbre alta ed essudato è tipico delle forme batteriche acute.
9. Una tumefazione, eritema e dolore in zona retromolare, associata a trisma è tipica della pericoronarite di un dente del giudizio parzialmente incluso.

4.3.1.3 Procedure diagnostiche

1. Un dolore alla palpazione in regione preauricolare, esacerbato dal movimento, è tipico di un'artropatia (sinovite, capsulite, artrite); mentre un dolore localizzato in regione auricolare è da riferirsi a un'otite, soprattutto quando la manipolazione dell'orecchio (pressione sul trago, trazione del padiglione auricolare) scatena dolore.
2. I pazienti con otite vanno inviati all'otorinolaringoiatra per l'esame otoscopico; che, nelle otiti medie, può evi-

denziare una membrana timpanica rigonfia, perforata, purulenta ed eritematosa.

3. In presenza di dolore riferito in zona auricolare e preauricolare (in assenza di segni locali articolari o otologici) si devono considerare i test di vitalità pulpale dei denti posteriori; in quanto il dolore causato da un secondo o terzo molare può essere riferito all'articolazione.
4. Le capsuliti, le sinoviti e le artriti acute (da trauma, infezione, infiammazione) si presentano come tumefazioni dolenti di consistenza pastosa. Gli esami radiologici di primo livello sono l'ortopantomografia e la radiografia dell'articolazione temporo-mandibolare; la RMN rappresenta un'indagine di secondo livello da riservare agli specialisti in patologia cranio-mandibolare.

4.3.1.4 Trattamento

1. Le infezioni odontogene e parodontali sono trattate con la terapia endodontica, estrazioni, levigatura radicolare e curettaggio della tasca.
2. La mialgia acuta, dovuta a disordini dei muscoli masticatori (iperattività muscolare), va trattata con strategie diverse come con FANS, miolitici, terapia fisica. Le iniezioni di anestetico locale, a prolungata azione (bupivacaina) nei trigger point, rappresentano una valida manovra terapeutica e diagnostica.
3. Nel locking articolare acuto con dislocazione anteriore del menisco, talvolta è possibile sbloccare la mandibola con una manovra di pressione in basso e indietro (simile a quella utilizzata per la lussazione acuta dell'ATM).
4. L'otite è di pertinenza dell'otorinolaringoiatra per la terapia antibiotica e antinfiammatoria, la miringotomia per drenaggio.
5. Le patologie articolari di origine non odontogena vanno inviate al medico curante la terapia analgesica, o allo specialista in chirurgia maxillo-faciale nel caso siano necessarie manovre terapeutiche (ago-aspirazione, incisione, drenaggio). In presenza di infezione l'essudato aspirato va sottoposto a coltura e antibiogramma.
6. La presenza di angine e tonsilliti di origine virale, va trattata con sintomatici, in primo luogo con antinfiammatori, riservando l'uso di antibiotici per le eziologie batteriche.

4.3.2 Dolore cronico nella regione preauricolare e auricolare

4.3.2.1 Cause più frequenti

1. Capsulite e sinovite cronica da micro o macrotrauma
2. Disordini dell'ATM da incoordinazione condilo-meniscale
3. Osteoartrosi
4. Disordini dei muscoli masticatori (iperattività del temporale, massetere, pterigoidei)
5. Otite cronica (esterna, media)
6. Angina e tonsillite cronica
7. Neoplasia.

4.3.2.2 Segni e sintomi di rilievo

1. Un dolore cronico localizzato riferito in regione preauricolare è tipico di un'artropatia degenerativa; mentre un dolore localizzato in regione auricolare è con maggior probabilità da riferirsi a un'otite. Nelle mialgie il dolore è più diffuso e generalizzato alle regioni masseterina e temporale.
2. Una tumefazione cronica di consistenza dura alla palpazione, in corrispondenza della zona preauricolare pone il sospetto diagnostico di una neoplasia; mentre una tumefazione di consistenza pastosa e dolente suggerisce un'artrite o una sinovite cronica.
3. La presenza di uno schiocco articolare (in apertura, in chiusura, reciproco) è indicativo di una incoordinazione condilo-meniscale; mentre un crepitio è compatibile con erosioni ossee ed osteofiti secondari ad una artropatia degenerativa.
4. Il blocco (articolare o muscolare) può variare da una lieve diminuzione dell'apertura sino all'anchilosi con apertura dolente inferiore a 30 mm. Una limitazione dell'apertura della bocca indica una patologia bilaterale; mentre una deviazione si verifica nelle patologie unilaterali (la mandibola devia verso il lato affetto).
5. La mialgia cronica da disordini dei muscoli masticatori (in quanto cefalea muscolo-tensiva da iperattività muscolare) si accompagna spesso a sintomi psichici (ansia) e parafunzioni (serramento, bruxismo, abitudini viziate).

4.3.2.3 Procedure diagnostiche

1. L'auscultazione dell'ATM con fonodiscopio permette di apprezzare i diversi tipi di rumore articolare: schiocco da ricattura del menisco nella incoordinazione condilo-meniscale; crepitio, scroscio nelle artropatie degenerative.
2. L'artroscopia è un esame invasivo, utilizzato solo eccezionalmente, per evidenziare le alterazioni anatomiche dell'articolazione (erosioni, dislocazione meniscale, aderenze).
3. Le tecniche di imaging dell'ATM utilizzate sono: le stratiografie per le alterazioni ossee nelle artriti (osteofiti, erosioni, rimodellamento) come primo livello; la risonanza magnetica nucleare statica e dinamica (RMN) per evidenziare la dislocazione del menisco come secondo livello da riservarsi agli specialisti in patologia cranio-mandibolare. La tomografia assiale computerizzata (TAC) è utilizzata per le neoplasie con distruzione del tessuto osseo.
4. Nei casi di locking (blocco dell'apertura a 30-35 mm) la manipolazione della mandibola permette di forzare il blocco muscolare, ma non il blocco articolare. La sedazione endovenosa con diazepam (per effetto miorilassante delle benzodiazepine) è una manovra diagnostica e terapeutica, che permette di forzare il blocco nei disordini muscolari.

4.3.2.4 Trattamento

1. L'incoordinazione condilo-meniscale è trattata con FANS, placche gnatologiche, e terapia fisica. Eccezional-

mente la sintomatologia è talmente severa e non responsiva ai trattamenti non invasivi, da costituire indicazione a interventi di chirurgia articolare (meniscectomia, riposizionamento del menisco).

2. La mialgia cronica (cefalea muscolo-tensiva da iperattività) risponde al trattamento combinato con FANS, miolitici, terapia fisica, terapia psicologica per la riduzione dello stress e biofeedback. Nei quadri di fibrosi muscolare il recupero è parziale.
3. Le artropatie infiammatorie e degenerative sono trattate con FANS per via sistemica, iniezioni articolari di corticosteroidi, terapia fisica; nei casi di anchilosi va considerata la chirurgia.
4. Le neoplasie e le proliferazioni reattive dell'ATM e dei tessuti associati sono infrequenti e includono lesioni benigne come la sinovite nodulare, l'ostecondroma, il tumore a cellule giganti; sono trattate con resezioni localizzate. I tumori maligni includono il sarcoma sinoviale, l'adenocarcinoma delle ghiandole salivari contigue, che richiedono interventi di resezione radicale del condilo e dell'osso temporale.
5. I pazienti con dolore cronico o episodico ricorrente, nei quali non sia stata posta una diagnosi (o si verifichi la mancata riscuota alla terapia della patologia individuata come probabile eziologia) devono essere inviati al medico curante o al neurologo per una diagnosi definitiva.

4.4 STOMATOPIROSI E STOMATODINIA

4.4.1 Cause più frequenti

1. Candidosi
2. Stomatiti vescicolo-bollose e ulcerative
3. Disestesia orale (Sindrome della bocca che brucia)
4. Sindrome di Sjogren
5. Mucosite da radiazioni
6. Iposcialia e xerostomia da farmaci.

4.4.2 Segni e sintomi di rilievo

1. L'assenza di segni, clinici e/o strumentali di una patologia organica, in concomitanza con la presenza di sintomi psichici (disturbi del sonno, alterazioni dell'affettività, ansia, etc) sono indicativi della eziologia psicogena (disestesia orale).
2. Le malattie delle mucose sono caratterizzate da diversi tipi di lesione (eritemi, desquamazioni, ulcerazioni, vescicole e bolle), tali da suggerire una diagnosi clinica provvisoria (lichen, pemfigo, pemfigoide, aftosi).
3. Diverse entità nosologiche, riconducibili a patologie organiche, possono causare un eritema diffuso del cavo ora-

le e stomatodinia: la mucosite e la xerostomia secondaria a radioterapia per le neoplasie della testa e del collo; la sindrome di Sjogren primitiva o associata con altre collagenopatie autoimmuni; la candidosi favorita da fattori locali (protesi rimovibili) o sistemici (diabete, HIV).

4.4.3 Procedure diagnostiche

1. Nei pazienti con disestesia orale l'esame psicologico o psichiatrico e la risposta al trattamento con farmaci antidepressivi, confermano la diagnosi.
2. Nella candidosi orale la diagnosi è prevalentemente clinica, in base al riscontro obiettivo e la risposta alla terapia con antimicotici. Nei casi dubbi o resistenti alla terapia si può eseguire il prelievo per l'identificazione delle ife fungine e l'antibiogramma.
3. La biopsia, per l'esame istopatologico e la immunofluorescenza indiretta, è indicata nelle patologie delle mucose (recidivanti, progressive, persistenti o potenzialmente maligne) in modo da confermare la diagnosi clinica provvisoria con la diagnosi definitiva di laboratorio.
4. Il sospetto diagnostico di sindrome secca (iposcialia, xerostomia, xerofthalmia) impone l'invio al medico internista o allo specialista in reumatologia per la diagnosi delle patologie autoimmunitarie (poliartropatie reumatiche, sindrome di Sjogren). Lo specialista utilizza test specifici: per

determinare la salivazione (flusso salivare), la lacrimazione (Schirmer test); la colorazione con Rosa-Bengala per la diagnosi di cheratocongiuntivite secca.

5. Gli esami ematochimici utili nella stomatodinia sono: il test per l'HIV; la glicemia per il diabete; la VES, il fattore reumatoide e gli auto-anticorpi anti-DNA nella sindrome di Sjogren e nelle patologie autoimmuni.

4.4.4 Trattamento

1. In pazienti, privi di alterazioni organiche della mucosa, che lamentano stomatodinia, il trattamento con antidepressivi, rappresenta un valido trial terapeutico; la maggior parte dei pazienti, con patologia psicogena, risponde alla terapia in 4-5 settimane. È opportuno verificare la terapia con il medico curante o lo specialista in psichiatria.
2. Nei pazienti con iposcialia si utilizzano i sialagoghi (pilocarpina, gomme da masticare senza zucchero con fluoro) mentre nei casi di xerostomia (sindrome di Sjogren, mucosite da radioterapia), si utilizzano i sostituti salivari.
3. La terapia delle micosi orali si basa sul controllo dei fattori predisponenti locali e sistemici e sulla terapia antimicotica.
4. La presenza di una candidosi orale in persone giovani (come la mancata risposta alla terapia antimicotica o la recidiva) pone il sospetto diagnostico di fattori favorenti sistemici e impone la verifica con esami ematochimici (diabete, HIV).

1. Commissione per la Classificazione delle Cefalee, Società Internazionale delle Cefalee, Classificazione e criteri diagnostici delle Cefalee, delle nevralgie craniche e dei dolori faciali, Glaxo Spa 1991.
2. Eversole LR, Oral medicine A Pocket Guide, WB Saunders Company, 1996.
3. Cocchini F, Algie facciali tipiche e atipiche, Giornate Italiane di Otoneurologia 1989, Comitato simposi scientifici Formenti Spa, Milano.
4. D. Girolamo A., Le algie cranio faciali, Giornate Italiane di Otoneurologia 1998, Comitato Simposi Scientifici Formenti S.p.a., Milano.
5. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D, Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in United States, J Am Dent Ass 1993; 124:115-121.
6. Milford C, Rowlands A, Assistenza medica condivisa in campo ORL, ISIS Medical Media, Oxford, 1999.
7. Molina M, Disturbi del sistema muscolo-scheletrico masticatorio, Ilic Ed, MI, 1999.
8. Molina M, Disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare, Ilic Ed, MI, 1994.
9. Mongini F, Le cefalee e il dolore faciale, UTET, TO, 1998.
10. Montagna F, Ferronato G., Martinelli F, Patologia orale orientata per problemi: diagnosi differenziale e terapia, Promoass Ed 2000.
11. Montagna F, Ferronato G., Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra. Linee ragionate di terapia per patologia odontostomatologica ed emergenza, Promoass Ed 2000.
12. Okeson J P, Bell's Orofacial Pains, Fifth Edition, Quintessence publishing Co, 1995.
13. Sternbach RA, Survey of pain in the United States: the Nuprin report. Clin J Pain 1986; 2:49-53.

Il dolore facciale è un sintomo frequente nella popolazione generale anche se è difficile darne un'adeguata quantificazione. Vari studi epidemiologici hanno dimostrato che una percentuale altissima della popolazione, dal 50 al 90%, presenta almeno un episodio di algia cranio-facciale o cefalea all'anno. Si stima, inoltre, che il dolore odontogeno rappresenti l'algia facciale più diffusa: in alcune indagini il 12% della popolazione riferiva di avere sofferto di mal di denti negli ultimi 6 mesi e il 20% dei pazienti con "mal di testa" aveva richiesto una visita odontoiatrica.

L'odontoiatra si trova così, non di rado, chiamato ad affrontare il problema del dolore orofacciale, non solo in quanto parte integrante della propria specializzazione terapeutica, ma anche come diagnosi differenziale tra patologie di diversa origine, spesso su richiesta medica.

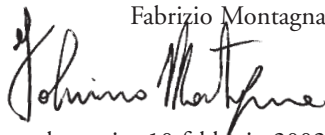
In questi casi, il suo ruolo consiste nel discriminare le forme secondarie a patologie odontostomatologiche, dalle forme primitive o secondarie a cause locali o sistemiche; che vanno indirizzate al medico generico, o allo specialista più adatto, nell'ambito di un'assistenza medica condivisa.

Nasce, quindi, la necessità di comunicare con un linguaggio comune tra medico e odontoiatra: per richiedere un primo consulto, per chiarire le rispettive possibilità terapeutiche, per valutare i pazienti in cui un trattamento si sia rivelato inefficace. Il concetto di assistenza medica condivisa si basa sul trattamento congiunto da parte dell'odontoiatra, del medico di base e di altri specialisti, perseguito in modo da offrire il miglior servizio al paziente, inteso come accesso più rapido alla diagnosi e alla terapia, nonché il migliore impiego dei servizi specialistici, per promuovere un ottimale sfruttamento delle risorse umane ed economiche. Ciò permette una maggior soddisfazione professionale che deriva: sia dalla riduzione del tempo dedicato a consulti inutili e del relativo dispendio economico; che dalla maggior disponibilità di tempo, per dedicarsi ai pazienti in cui un intervento specifico possa esercitare un'influenza sulla loro qualità di vita.

Il miglioramento dell'assistenza condivisa passa attraverso legami più stretti tra medici e odontoiatri, migliorando le conoscenze delle reciproche possibilità terapeutiche. Lo scopo, di questo e dei prossimi quaderni, è quello di discutere i problemi medici che si presentano all'odontoiatra e quelli odontoiatrici che si presentano al medico. Abbiamo, quindi, adottato un approccio del tipo "problem solving" e, per ciascun problema, si è cercato di definire, nel rispetto delle reciproche competenze, il comportamento clinico più adatto alle situazioni che si presentano nella pratica clinica.

E' questo un punto fondamentale nell'aggiornamento professionale e un impegno etico, che fin dal 1997, viene percorso attraverso la collaborazione tra ANDI e ROCHE per mezzo di appuntamenti editoriali periodici.

Fabrizio Montagna



Sommacampagna, domenica 10 febbraio 2002

*Il più bello dei mari
è quello che non abbiamo navigato.
Il più bello dei nostri figli
ancora non è cresciuto,
I più belli dei nostri giorni
ancora non li abbiamo vissuti.
E quello
che di più bello vorrei dirti
ancora non te l'ho detto.*

Nazim Hikmet, 1902-1963.

Cod. 24004415

Questa opera della collana editoriale ANDI
è stata realizzata con il contributo della



dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani
quale servizio ai propri soci