

Ricerca

MEDICO E BAMBINO

ORTODONZIA E CEFALEE MIOTENSIVE NEL BAMBINO

DR. EDOARDO BERNKOPF

VICENZA 36100- Via Garofolino, 1 - Tel. e Fax 0444/545509

PARMA 43100 - Via Petrarca, 3 - Tel. e Fax 0521/236426

ROMA 00100 - Via Massaciucoli, 19 (P.zza Annibaliano)

Tel. 06/86382917

E-mail: edber@studiober.comSito internet: www.studiober.com

EDOARDO BERNKOPF ALBERTO MARAGGIA FABIO ANSELMINI
Specialisti in Odontoiatria e Protesi Dentale, Vicenza - Via Garofolino, 1

PAROLE CHIAVE

cefalea (e malocclusione),
cefalea miotensiva,
malocclusione

OBIETTIVI

Informare il pediatra sulle
possibili relazioni tra
malocclusioni e cefalea
muscolo-tensiva, e fornire i
risultati a distanza di una
casistica personale.

E' sempre piú frequente la considerazione da parte di neurologi e pediatri, medici di base e odontoiatri dei rapporti che intercorrono fra l'occlusione dentale e scheletrica e l'insorgenza della cefalea.

Molte volte però, a lato di un'impostazione diagnostica adeguata, risulta difficile avviare il piccolo paziente affetto da cefalea da malocclusione ad una adeguata terapia che possa oltretutto confermare l'esattezza della diagnosi.

A questo proposito sono stati presi in esame alcuni bambini cefalgici ai quali è stata effettuata una terapia oclusale.

Materiali e metodi

Sono giunti alla nostra osservazione 17 bambini (7 maschi e 10 femmine) affetti da cefalea. Essi giungevano allo studio dentistico per normali trattamenti odontoiatrici o perché i genitori erano preoccupati della sgradevole estetica dovuta alla malposizione dentaria. Solo in minima parte era stato richiesto il trattamento oclusale per cefalea, su consiglio di conoscenti che ne avevano tratto beneficio.

Poiché tutti presentavano quadri oclusali predisponenti la

cefalea muscolo-tensiva, si è predisposta un'adeguata terapia oclusale mediante dispositivi endo-oral.

Risultati a 2-3 e 5-6 anni

I risultati del trattamento a 2-3 anni sono stati i seguenti: per 16 bambini il quadro clinico si è risolto completamente. In 1 caso si è potuto parlare di successo parziale, intendendo con questo la remissione pressoché totale della cefalea, con piccole recidive in corrispondenza di malattie intercorrenti, quali influenze, rinosinuiti, malattie esantematiche. Sedici bambini hanno proseguito il trattamento anche con terapia ortodontica definitiva, 1 si è limitato a prolungare la fase iniziale in attesa di effettuare la terapia definitiva a un'età piú opportuna. In 2 casi la recessione si è avuta fin dal 1° controllo (15 gg), in 3 casi si è riscontrata in 45-60 giorni, negli altri in 30 giorni.

Poiché la terapia oclusale mira a raggiungere non già una remissione piú o meno lunga del sintomo, ma una guarigione completa, molta attenzione è stata posta al follow-up. Attualmente, a una distanza di tempo che, a seconda

dei casi, varia da 5 a 6 anni, i risultati conseguiti sono i seguenti:

► 13 casi: assenza di ricadute (fra questi casi può essere collocato il "successo parziale" a 3 anni, giacché il bambino ha mostrato una successiva completa guarigione);

► 2 casi: recidiva;

► 2 casi: perduti al follow-up.

Una delle due recidive, ad un riesame occlusale, presenta le caratteristiche di una recidiva ortodontica, in sé sufficiente a giustificare anche la recidiva cefalalgica. La seconda, strutturalmente non spiegabile, è stata avviata a un centro di terapia antalgica.

Interpretazione dei risultati

L'intero capitolo delle cefalee muscolo-tensive potrebbe subire un notevole contributo interpretativo se inquadrato nel più vasto contesto della "patologia cranio-mandibolare", la branca che studia il complesso sistema anatomo-funzionale che ha nell'articolazione temporo-mandibolare (ATM) il suo punto focale ma che estende indirettamente il suo interesse al sistema scheletrico e muscolare della testa, del collo e del tronco.

Infatti appare evidente come la tensione muscolare responsabile della cefalea non possa riferirsi ai grossi fasci muscolari della masticazione (massetere, temporale, pterigoidei), mentre per riflesso posturale un diverso atteggiamento mandibolare crea molto facilmente una compensazione a livello dei muscoli del collo e del tronco: le localizzazioni più frequenti del dolore riferite dai pazienti sono infatti quella fronto-temporale e nucale.

L'ipotesi formulata sembrerebbe essere confermata dal fatto che, se da un lato la terapia medica riesce raramente a risolvere il

problema in maniera radicale, la terapia occlusale può riservare grandi soddisfazioni se impiegata correttamente.

Il suo scopo, anzitutto, è estremamente chiaro: riportare i muscoli interessati dalla tensione in uno stato di rilasciamento.

Un corpo rattrappito in una gabbia troverà certo maggior giovamento nell'essere disteso su un letto anziché nell'assunzione di miorilassanti e analgesici: così sarà necessario posizionare la mandibola nella postura corretta dalla quale, per qualunque motivo, si era discostata.

Ruolo della posizione mandibolare

Sia in funzioni normali (deglutizione, masticazione, pronuncia di alcuni fonemi) che patologiche (digrignamento, serramento) la mandibola, trascinata dai muscoli elevatori, ha la tendenza ad avvicinarsi alla mascella facendo perno sul condilo, fermandosi solo quando le arcate dentarie antagoniste entrano in contatto fra loro.

Ma se questo contatto avviene per qualunque ragione (scheletrica, dentale, iatrogena ecc.) in una posizione scorretta (morso profondo, deviato, retruso) ecco che, per un periodo di ore/giorno incredibilmente alto, indipendentemente dalla volontà e dallo stato di sonno o veglia, i muscoli masticatori risultano contratti, determinando o predisponendo fortemente l'insorgenza della cefalea muscolo-tensiva (Fig. 1).

Inoltre, il sinergismo che lega alcuni muscoli della masticazione con quelli del collo rende ragione del coinvolgimento doloroso del distretto cervicale, come anche (specie nel bambino) di alcuni atteggiamenti scoliotici, spesso trascurati o considerati frutto di banali scorrettezze posturali (Figg. 2, 3).

Su questo terreno predisposto o già compromesso giocano un ruolo importantissimo le condizioni psicofisiche del paziente: qualunque causa di stress, oltre ad abbassare la soglia del dolore, si risolve spesso in un aumento della contrazione dei muscoli elevatori della mandibola (basti pensare al bruxismo o al serramento della mandibola nei momenti di paura, di sforzo o di lotta) scatenando la crisi acuta nel paziente cronico o il grappolo in una situazione di apparente benessere.

L'occasione di stress, spesso accuratamente cercata nell'anamnesi, finisce così per portare talvolta fuori strada il medico, che consiglia al paziente di evitare taluni stimoli nocivi che spesso non sono evitabili a meno di non volergli rivoluzionare drasticamente la vita. È dunque spesso fuorviante la sinonimia usata da alcuni Autori "cefalea muscolo-tensiva o psicogena": lo stress psichico può essere causa scatenante la crisi, ma quasi mai sufficiente e soprattutto non necessaria. Per contro, uno stato di cefalea cronica può indurre a uno scadimento della salute psichica del paziente, instaurando un circolo vizioso destinato ad automantenersi.

Anche la raccolta di altri elementi clinici, potenzialmente cause di cefalee quali ipertensione, disturbi ormonali, assunzione di farmaci o alimenti particolari, possono a volte depistare dall'esatta diagnosi di cefalea su base muscolo-tensiva, giacché si può essere portati a confondere le concause scatenanti con la causa effettiva.

La presenza di un'anamnesi familiare positiva, che spesso orienta verso una prognosi sfavorevole, costituisce invece motivo di fiducia (oltre che di conferma diagnostica) se i componenti dello stesso ceppo familiare, come spesso succede, sono accomunati dalla medesima conformazione

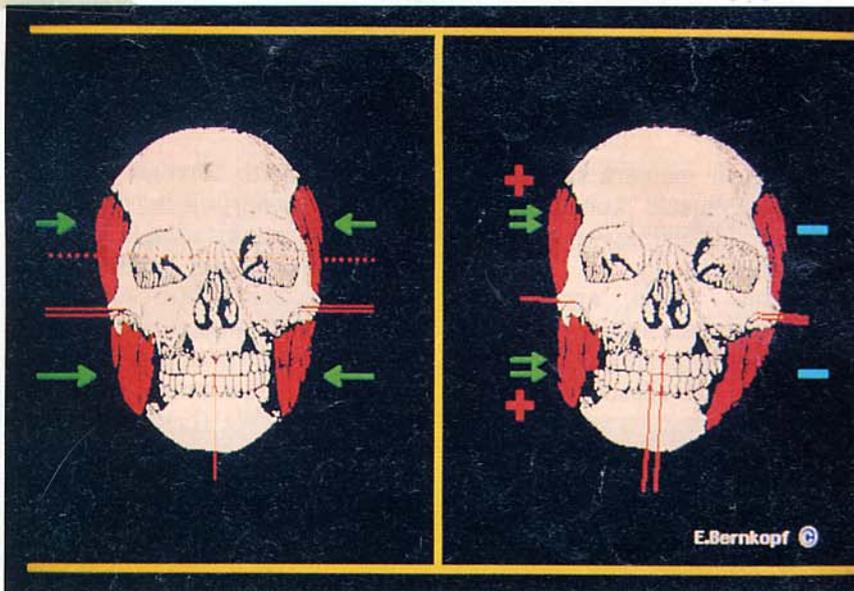
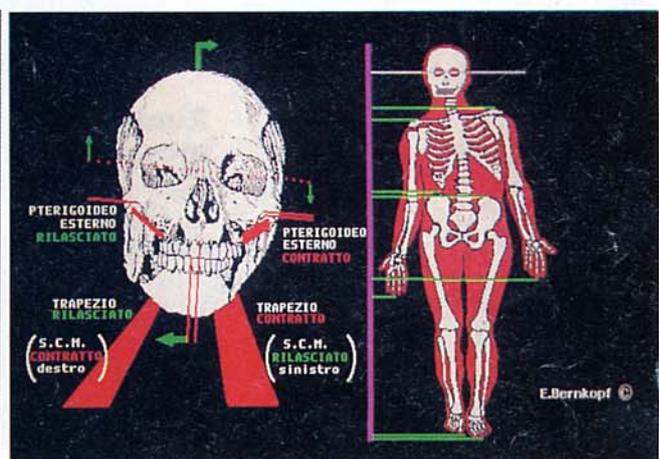
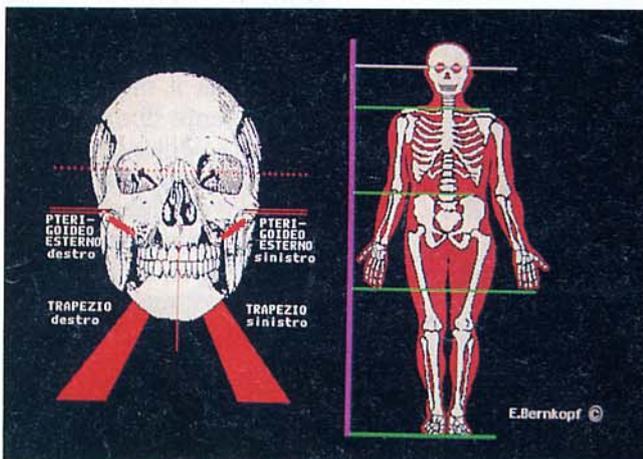


Figura 1. Squilibrio muscolare da malposizione mandibolare: a sinistra, occlusione corretta e muscolatura bilanciata; a destra, laterodeviazione mandibolare con conseguente sbilanciamento muscolare.

Figure 2 e 3. Difetti posturali da malposizione mandibolare: occlusione bilanciata, rachide in asse (a sinistra); laterodeviazione mandibolare, rachide a S italiana (a destra).



anatomica cranio-mandibolare che venga a configurare uno dei quadri predisponenti alla cefalea muscolo-tensiva da malocclusione.

C'è anche da chiedersi se la cosiddetta "cefalea astenopica" sia davvero effetto dell'affaticamento "primitivo" degli occhi o se, al contrario, la continua contrazione dei muscoli del viso generata dalla malocclusione non "trascini", per così dire, l'attività dei muscoli oculari, provocando insieme affaticamento oculare e cefalea. Questa visione delle cose sembrerebbe confermata dal fatto che un'adeguata terapia oclusale rimuove spesso contemporaneamente sia la cefalea che "l'affaticamento degli occhi".

Infine, il rapporto della cefalea con le affezioni otoiatiche sa-

rebbe spiegabile non più con un criterio di dipendenza ma di concomitanza: la retrusione e la deviazione mandibolare infatti possono provocare, oltre che cefalea su base muscolo-tensiva, anche un traumatismo cronico sull'orecchio da parte del condilo, ed influire sulla corretta funzione tubarica che predispone alla superinfezione e all'instaurazione delle otiti ricorrenti e croniche.

Sempre con il traumatismo sull'orecchio da parte del condilo retruso è spiegabile anche la concomitanza sintomatologica fra cefalea e fenomeni vertiginosi.

C'è infine da notare che le "guarigioni" spontanee che a volte risolvono alcune cefalee infantili, nell'ottica della tensione muscolare da malocclusione possono

essere spiegate con lo sviluppo della dentizione permanente: l'eruzione dei denti più distali può influire positivamente sull'apertura del morso risolvendo, se non il quadro oclusale, pur sempre di competenza dell'ortodontista, l'eccessiva tensione dei muscoli della masticazione responsabile della cefalea.

Semeiologia

Quando si sospetta la cefalea muscolo-tensiva oltre a rilevare la frequenza e le caratteristiche della crisi che, per i motivi già esposti, possono essere le più varie senza necessitare per questo di inquadramenti nosologici e terapeutici diversi, sarà necessario procede-

re ad un accurato esame del paziente. L'ispezione del viso di fronte può evidenziare i casi di deviazione mandibolare (la cefalea è in questi casi riferita principalmente alla fronte e alla tempia omolaterali alla deviazione).

Nei casi di morso profondo l'accartocciamento dei tessuti molli per l'eccessiva "chiusura" dello scheletro provoca la formazione di una caratteristica piega mento-labiale profonda che, se nell'adulto e nell'anziano può passare inosservata, appare eclatante e inspiegabile nel bambino.

Nell'esame del profilo si possono rilevare le retrusioni mandibolari (profilo ad uccello) e l'accentuata lordosi cervicale compensatoria, responsabile con meccanismo miotensivo non solo delle cefalee in proiezione nucale, ma anche dei dolori cervicali altrettanto fastidiosi, in particolare nell'adulto.

Particolarmente importante è l'ispezione dell'apparato masticatorio dove, anche con una preparazione ortognatodontica superficiale, è possibile riconoscere la 2^a classe di Angle, il morso profondo, il morso incrociato monolaterale, tutti quadri occlusali che predispongono ad un'alterazione del tono dei muscoli masticatori.

È da notare che anche gli effetti spesso devastanti della carie dentaria, la perdita precoce dei denti decidui con la conseguente migrazione di quelli permanenti, l'edentulismo, unitamente all'intervento non sempre felice del dentista, possono creare assai spesso quadri occlusali atipici non facilmente classificabili ma ugualmente predisponenti alla tensione muscolare e quindi alla cefalea, in quanto possono alterare la "dimensione verticale" a bocca chiusa per perdita degli stops posteriori o addirittura deviare la mandibola per il verificarsi di piani inclinati deflettenti.

La palpazione dei fasci muscolari interessati dallo spasmo sui rispettivi punti di reperi può dare una conferma diagnostica assieme ad utilissime indicazioni sull'impostazione della terapia occlusale.

Anche la palpazione endo-auricolare è spesso in grado di evidenziare una eccessiva retrusione del condillo mono o bilaterale.

L'auscultazione della zona articolare temporo-mandibolare può evidenziare rumori di scroscio, che sono sintomatici di una coincidente patologia articolare.

Utili raggugli possono essere ottenuti anche con esami radiografici (radiografia dei condili in proiezione transcraniale obliqua, teleradiografia latero-laterale del cranio, tomografia dell'ATM, TAC), indicati solo in casi particolarmente ostici.

È di estrema importanza raccogliere anche gli altri sintomi della patologia cranio-mandibolare: dolore, tappamento e prurito all'orecchio, vertigini, acufeni, dolori cervicali, senso di tensione agli occhi: tutto ciò non solo per confermare la diagnosi di cefalea muscolo-tensiva su base occlusale, ma anche per seguire l'andamento clinico dell'intero corredo sintomatologico che, oltre a confermare la diagnosi, sarà assai utile a delineare l'indirizzo terapeutico e a correggerlo in maniera mirata nel corso della terapia.

Piano di trattamento terapeutico

La terapia è rivolta a ricercare, sulla base dei reperti anamnestici, clinici e strumentali, la "posizione terapeutica", cioè la posizione della mandibola in cui il sistema muscolare, prima contratto, possa rilassarsi. Viene dunque allestito un dispositivo intra-orale in resina acrilica che, grazie alla presenza di "valli di riposizionamento mandibolare"

opportuna-mente creati, costringe la mandibola a chiudere nella posizione prescelta, lasciandola libera di effettuare tutti i movimenti necessari ad una vita normale, ma non quelli considerati patologici.

Dalla "posizione terapeutica iniziale" si passa poi a una "posizione terapeutica definitiva" sulla base dell'andamento sintomatologico e della "guarigione" dei tessuti articolari eventualmente stirati.

Nella posizione terapeutica definitiva è necessario predisporre un piano di trattamento ortodontico che, una volta giunto a compimento, consenta alle arcate dentarie di occludere rispettando la posizione terapeutica della mandibola e di conseguenza il completo rilasciamento dei muscoli della masticazione.

La terapia occlusale nel bambino, a differenza di quella dell'adulto, gode del vantaggio di essere quasi sempre ben tollerata.

In genere, la cefalea ha una risoluzione pressoché verticale, e si assiste anzi spesso alla significativa ricomparsa dei sintomi in occasione di sospensione della terapia per rottura dei dispositivi endo-orali o loro smarrimento, sintomi che nuovamente scompaiono al ripristino delle condizioni terapeutiche ideali.

Non sarà inutile, infine, sottolineare l'assoluta mancanza di controindicazioni della terapia occlusale: essa è priva degli effetti collaterali di quella farmacologica, non necessita di indagini strumentali sofisticate ed è inoltre assai poco costosa: in caso di insuccesso il medico può aver comunque la tranquillità di non aver in alcun modo nuociuto al piccolo paziente.

Conclusione

Ovviamente l'epidemiologia rilevabile in uno studio odontoi-

trico risente della selettività intrinseca dell'ambiente specialistico.

Riteniamo però che il futuro estenderà di molto l'incidenza statistica della cefalea muscolo-tensiva su base occlusale fino a comprendere un gran numero di casi oggi diversamente classificati e di conseguenza purtroppo curati senza successo.

DELLO STESSO AUTORE, INVIABILI A RICHIESTA:

- RAPPORTI TRA MALOCCLUSIONE E ATTEGGIAMENTI SCORRETTI DEL RACHIDE
- ORTODONZIA E PATOLOGIA RESPIRATORIA OSTRUTTIVA
- APPROCCIO GNATOLOGICO ALL'IPERTROFIA MASSETERO PAROTIDEA
- PATOLOGIA DELL'ORECCHIO DA DISFUNZIONI DELL'ARTICOLAZIONE
- TEMPORO-MANDIBOLARE
- LA VERTIGINE DI PERTINENZA ODONTOIATRICA
- IL LAVAGGIO DELLA MUCOSA RINOSINUSALE CON SOLUZIONE
- IDROSALINA CALDA
- CEFALEA, OTALGIA E DOLORE VERTEBRALE DA MALPOSIZIONE
- CRANIO-MANDIBOLARE