

TRATTAMENTO NON CHIRURGICO DELL'IPERTROFIA MASSETERO-PAROTIDEA

Attualità dentale – numero 12, 1997

EDOARDO BERNKOPF *

*** Specialista in odontoiatria e protesi - Vicenza**

Parole chiave: - Ipertrofia Massetro Parotidea
- Malocclusione dentaria
- Riposizionamento mandibolare

L'Ipertrofia Massetero -Parotidea è un quadro patologico di non vasta epidemiologia, caratterizzato dall'aumento più o meno marcato del tono del massetere, mono o bilaterale, associato a disturbi funzionali della o delle ghiandole parotidi.

Presenta solitamente un andamento benigno, ma purtroppo giungono periodicamente alla nostra osservazione alcuni casi che evolvono invece verso complicanze temibili e esitano in trattamenti chirurgici demolitivi. Ciò accade talvolta non per un'ineluttabile gravità della malattia stessa, ma perchè un tardivo inquadramento clinico e un approccio medico - chirurgico che escludono inopinatamente il contributo interpretativo e terapeutico che può fornire il dentista, possono indirizzare il caso verso reiterate cure mediche o verso soluzioni chirurgiche demolitive (che risolvono il problema non già rimuovendone le cause, ma eliminando la ghiandola e parte del muscolo interessato) senza che si sia considerata l'ipotesi patogenetica legata alla malocclusione dento-scheletrica.

Poichè la letteratura abbonda di lavori in cui vengono analizzati gli aspetti chirurgici del problema, scopo di questo lavoro è sottolineare invece l'importanza degli aspetti occlusali nell'interpretazione di molti casi clinici e nel loro corretto trattamento, aspetti che sono quasi sempre, anche in letteratura, trascurati.

QUADRO CLINICO

Il quadro clinico può essere abbastanza vario.

Il muscolo massetere risulta mono o bilateralmente ipertrofico, e causa una spiacevole estetica, già di per sè sufficiente in alcuni casi e spingere il paziente a ricorrere al medico.

Alcuni pazienti, solitamente con ipertrofia modesta e quindi negativi all'ispezione superficiale, riferiscono il repentino gonfiarsi della loggia parotidea, fino a raggiungere dimensioni eclatanti. La crisi è solitamente annunciata da una specie di aura, per cui il paziente è in grado di attenderne l'insorgenza un attimo dopo.

Il medico di base dovrebbe orientarsi verso una corretta diagnosi con il solo rilievo anamnestico, giacchè il paziente, quando gli si presenta, è quasi sempre di aspetto assolutamente normale. Spesso la sua storia risulta poco credibile, e nel migliore dei casi viene attuata una ricerca diagnostica su improbabili problemi del dente del giudizio o su eventuali calcoli salivari: a seguito della negatività degli esami diagnostici, il paziente viene congedato sostanzialmente non creduto o con ipotesi di un quadro psicosomatico e sine materia.

In realtà poichè la costrizione del dotto di Stenone è spesso non serrata ma subliminale, accade che l'ostruzione si verifichi solo occasionalmente, quando

coincidano un temporaneo serramento del massetere e una ipersecrezione salivare (ad esempio in prossimità o all'inizio di un pasto). Ciò renderebbe possibile, in alcuni casi, il successo di un test di scatenamento : si può invitare il paziente a serrare fortemente la bocca somministrandogli quindi un cucchiaino di limone. In questo modo può essere scatenato il rigonfiamento ghiandolare.

Il fatto che il quadro clinico non venga immediatamente riconosciuto può causare alcune complicanze anche gravi, legate alla progressiva organizzazione anatomica di un quadro inizialmente solo disfunzionale.

Con il tempo l'ipertrofia del massetere tende infatti ad aumentare, con il coinvolgimento delle zone ossee di inserzione, in particolare a livello mandibolare. Ciò è talvolta di per sè sufficiente , come già detto, a spingere alcuni pazienti, preoccupati della spiacevole estetica, al trattamento chirurgico.

Al di là dell'estetica, però, il ristagno crescente di saliva all'interno della ghiandola può favorire l'insorgenza di calcoli e di complicanze infettive, e può anche causare l'ispessimento del parenchima ghiandolare, che può raggiungere anche dimensioni e consistenza notevoli e far ipotizzare un quadro neoplastico, il che contribuisce ad allarmare il paziente e ad orientare il curante verso un'ipotesi terapeutica di tipo chirurgico. Anche dopo l'esclusione di questa diagnosi sfavorevole, peraltro, il continuo ripetersi di episodi spiacevoli di tumefazione, dolore, superinfezione , espulsioni di piccoli calcoli seguite da successive riformazioni, in assenza di corretto inquadramento e di ipotesi di trattamento risolutivo, finiscono per portare alla decisione di intervenire chirurgicamente.

Il trattamento chirurgico, dapprima di tipo esplorativo, spesso evolve in esiti demolitivi, con il rischio aggiuntivo di danni iatrogeni legati soprattutto alla lesione accidentale del nervo facciale.

Inoltre, anche in assenza di grossi danni iatrogeni, successivamente all'intervento il paziente presenterà molto spesso un'attività del tutto irregolare dei muscoli della masticazione, che lo renderà difficilmente trattabile secondo i comuni dettami della gantologia: in pratica il trattamento chirurgico, oltre a non risolvere il problema di fondo, può rendere impraticabile o comunque più difficile una successiva strada conservativo - occlusale.

EZIOPATOGENESI

Dal punto di vista etiopatogenetico si riconoscono varie cause: congenite su base genetica , di origine psicologica, legate a problemi occlusali (Bibl. 2-12-20)

I problemi occlusali peraltro sono assai spesso citati in letteratura, ma solitamente relegati in posizione decisamente marginale, tanto da farli ritenere, nella comune accezione del problema, del tutto irrilevanti. In particolare ciò accade anche perchè raramente in letteratura viene dedicato spazio ai criteri diagnostico-differenziali che possono stabilire con certezza il ruolo patogenetico della malocclusione nell'ipertrofia massetero parotidea e alle relative tecniche di trattamento.

Al contrario un'attenzione proporzionalmente ben maggiore viene dedicata all'approccio medico e soprattutto a quello chirurgico, quasi che quest'ultimo fosse comunque l'unica strada risolutiva.

E' nostra precisa convinzione, invece, che la malocclusione dento-scheletrica può fornire un'interpretazione assai efficace di un gran numero di casi clinici, anche in virtù del fatto che anch'essa può essere congenita e, almeno in parte, geneticamente

determinata, e quindi per questa via può inglobare, per dir così, un'ipertrofia del massetere, congenita anch'essa ma secondaria alla malocclusione e di conseguenza correggibile attraverso la modificazione terapeutica dell'occlusione stessa.

Il problema può anche a volte risiedere in un trauma da parto, i cui effetti sulla struttura craniomandibolare, quasi sempre reversibili se correttamente affrontati, possono essere confusi con un problema genetico.

Anche sulle cause psicogene è bene sottolineare il ruolo che la mandibola gioca nell'interpretazione dei vari stati d'animo del paziente: qualunque causa di stress 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 maggior coinvolgimento psicofisico, di sforzo o di lotta), ma ciò può accadere in un situazione occlusale già negativamente predisposta, che amplifica e rende clinicamente evidenti stress psicofisici altrimenti sopportabili.

Se ciò è accettato per molti altri sintomi che possono riconoscere una concatenazione psico-strutturale (cefalea, vertigini, cervicaglia) lo dovrebbe essere a maggior ragione in una patologia come l'Ipertrofia Massetero-Parotidea, che appunto è sostenuta essenzialmente dall'ipertono di un muscolo elevatore della mandibola.

PATOGENESI OCCLUSALE

In questi casi l'ipertrofia del massetere non è quasi mai soltanto 'essenziale' (non ci è mai, per lo meno, capitato di riscontrarlo) ma è assai spesso legata ad un morso profondo e/o ad una malposizione mandibolare con latero deviazione, che porta come inevitabile effetto all'ipertono del massetere omolaterale alla deviazione stessa.

Ovviamente ogni occasione di stress che porti ad un più intenso e frequente serramento mandibolare o addirittura al bruxismo, come già accennato, avrà valore di concausa comunque non trascurabile.

Tale ipertono evolve in ipertrofia non solo per il suo protrarsi nel tempo, ma anche per lo stimolo funzionale legato al fatto che il paziente trova più energico ed efficace masticare sempre dal lato della deviazione.

La deviazione mandibolare si estrinseca quasi sempre a livello dentale con un quadro più o meno grave (in quanto più o meno compensato dalla migrazione dei denti) di morso inverso monolaterale. Anche se si può avere un'utile conferma radiologica della laterodeviazione mandibolare con una teleradiografia del cranio in proiezione antero - posteriore, la diagnosi rimane comunque principalmente clinica e il paziente sarà inquadrato nel suo globale contesto posturale, che molto spesso evidenzia altri sintomi collegati alla disfunzione cranio - mandibolo vertebrale (cefalea, otalgia, acufeni, vertigini, cervicaglia, lombosciatalgia): quasi sempre l'ipertrofia massetero parotidea va infatti più propriamente inquadrata come complicanza distrettuale di una disfunzione cranio - mandibolo vertebrale caratterizzata da una preponderante componente malocclusale. (6-7-8-11)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Di fronte alla presenza di quadri clinici riferibili a disfunzioni cranio-mandibolo-vertebrali e a problemi disortodontici, il curante dovrebbe sempre porsi, preliminarmente ad ogni ipotesi chirurgica e contestualmente ad ogni terapia medica, un problema di diagnosi differenziale, e chiedersi in che misura la malocclusione possa essere la causa o la concausa del problema. In particolare sospetto dovrebbe indurre la presenza di una deviazione mandibolare omolaterale al problema massetero-parotideo.

Purtroppo, mentre l'Ipertrofia Massetero Parotidea è approcciata quasi sempre in ambiente chirurgico (ORL o Maxillo facciale), la diagnosi differenziale è di invece stretta pertinenza odontoiatrica: si dovrebbe sempre richiedere in questi casi la consulenza di un dentista esperto in disfunzioni cranio-mandibolo-vertebrali.

CONFERMA DIAGNOSTICA E TERAPIA

La conferma diagnostica si ha solitamente con il rapidissimo miglioramento del quadro clinico (fino alla completa risoluzione in pochi giorni) che segue un corretto approccio terapeutico alla malocclusione dento - scheletrica di cui il paziente è portatore. (Bibl.11) Al paziente viene infatti applicata una placca di riposizionamento mandibolare che, eliminando con adeguati spessori interocclusali i contatti fra i denti antagonisti ed essendo dotata di valli di riposizionamento mandibolare opportunamente allestiti, potrà risolvere il morso profondo e la laterodeviazione mandibolare, e costringerà il paziente ad occupare, nel chiudere la bocca, la posizione terapeutica corretta individuata dal dentista.

Ovviamente questa placca dovrà essere portata dal paziente 24 ore al giorno, rischiandosi altrimenti la ricaduta più o meno immediata.

Non rientra nello scopo di questo lavoro una dettagliata descrizione delle tecniche di ricerca della posizione terapeutica, argomento di per sé molto vasto e oltretutto oggetto di ampie controversie.

Personalmente ci avvaliamo di un approccio totalmente clinico, che prescinde dall'uso di apparecchiature sofisticate (Kinesiografo, pantografo, assiografo ecc.) e che prevede il controllo dell'impostazione occlusale terapeutica con tests di kinesiologia applicata.

Il riposizionamento mandibolare, oltre a correggere in gran parte lo spiacevole aspetto estetico legato alla deviazione, permetterà il rilasciamento del massetere prima contratto, e potrà così facilmente risolvere anche la costrizione del dotto di Stenone.

Sia dal punto di vista estetico che funzionale un'ulteriore quota di problema verrà risolta naturalmente in tempi un po' più lunghi con la progressiva diminuzione dell'ipertrofia del massetere.

Da notare che, anche se l'attenzione di medico e paziente è in questi casi concentrata sul problema massetero-parotideo, poichè il caso viene di fatto affrontato con visione globale si assisterà spesso anche alla soluzione degli altri sintomi della disfunzione cranio - mandibolare da cui il paziente fosse eventualmente afflitto (cefalea, otalgia, acufeni, vertigini, cervicalgia, lombosciatalgia), anche se al momento ridotti di importanza (solitamente non vengono nemmeno ricercati nell'anamnesi) di fronte al più coinvolgente quadro ghiandolare. (5-7-8)

Solitamente il paziente riferisce un immediato beneficio, con la scomparsa della sintomatologia fin dai primi giorni di terapia. A volte riferisce di sentire di tanto in tanto l' "aura" che precedeva le crisi, ma senza il loro effettivo scatenamento.

Anche il quadro ispettivo e palpatorio migliorerà progressivamente in misura e

rapidità proporzionali al grado di organizzazione anatomica che la disfunzione aveva raggiunto.

Si noti che questo approccio diagnostico e terapeutico, oltre ad essere di semplicissima attuazione, è totalmente privo di prezzo biologico: non si può non sottolineare la responsabilità che comporta invece un'opzione chirurgica messa in atto senza un tentativo di diagnosi differenziale e di intercettazione conservativa per via occlusale.

Una volta ottenuta con questo trattamento intercettivo iniziale la conferma diagnostica e la pressoché totale risoluzione del quadro clinico, si passerà ad una seconda fase di trattamento che, a seconda del quadro occlusale del paziente, sarà di tipo ortodontico, protesico o misto, e che sarà volta a confermare a livello di occlusione dentale la posizione mandibolare corretta individuata nella prima fase.

Non sarà inutile sottolineare che questa seconda fase terapeutica, la cui configurazione ed il relativo costo economico variano da caso a caso a seconda delle condizioni occlusali e dell'età del paziente, e che può spaziare in tutto l'ambito odontoiatrico (essendo a volte indicato un trattamento ortodontico, altre volte il rifacimento di una protesi totale, altre ancora un trattamento protesico di tipo fisso o implantare), trae le sue indicazioni non solo dal problema massetero parotideo ma anche dalle esigenze puramente odontoiatriche che il paziente rivela.

Per contro, in assenza di una diagnosi globale, tali esigenze rischierebbero di trovare una soluzione solo dentale, ugualmente invasiva e costosa, ma che non varrebbe a risolvere globalmente i problemi del paziente.

In pratica, in assenza di una diagnosi globale e di un piano di trattamento odontoiatrico che guardi anche al di là dei denti, il paziente potrebbe subire (e di fatto spessissimo subisce) una demolizione chirurgica da un lato e una riabilitazione ortodontica o protesica dall'altro, entrambe costose biologicamente ed economicamente (per lui o per la collettività), senza di fatto aver risolto che qualche secondario problema locale: il suo reale livello di salute ne potrebbe risultare addirittura diminuito.

CASO CLINICO 1

Paziente R.T., giovane donna di anni 21

La paziente si era rivolta al suo medico di base riferendo il periodico e repentino rigonfiarsi della loggia parotidea, che raggiungeva dimensioni notevoli, per poi sgonfiarsi altrettanto rapidamente. Il Collega, poichè all'obiettività non risultava nulla, aveva disposto la scialografia e l'ortopantografia, che però avevano dato esito negativo.

Il caso era stato oggetto di un casuale colloquio, per cui la paziente era giunta alla nostra osservazione.

L'obiettività generale era assolutamente nulla: nemmeno noi, come del resto il precedente curante, abbiamo mai potuto assistere ad una crisi, per cui la diagnosi di ipertrofia massetero- parotidea veniva posta solo su base anamnestica e occlusale. La paziente presentava, infatti, una lieve laterodeviante mandibolare dallo stesso lato del riferito problema parotideo (FIG.1 - 2).

La correzione ortodontica risolveva la malocclusione dentale, la laterodeviante mandibolare e l'ipertrofia massetero parotidea, con la definitiva scomparsa delle periodiche crisi.(FIG. 3-4).

Il follow-up è di oltre 5 anni, senza ricadute.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

CASO CLINICO 2.

Paziente A.G., giovane uomo di anni 34

Il paziente era stato in precedenza ricoverato in un reparto di otorinolaringoiatria per la "tumefazione duro-elastica sottomandibolare sinistra". che presentava tra l'angolo della mandibola ed il collo.

Dopo 2 settimane di Day Ospital prima e di ricovero poi, la massa non regrediva mentre la TAC riferiva " neoformazione bilobata del diametro di 3 cm che sembra continuarsi caudalmente con altra porzione ovalare più densa.L'ipotesi diagnostica era " Due lesioni linfonodali di cui una colliquata ". In mancanza dunque di diagnosi precise, veniva deciso di procedere ad un intervento chirurgico esplorativo per "drenaggio della cavità ed esame istologico", che però il paziente rifiutava, chiedendo di essere dimesso, nonostante il parere contrario dei sanitari.

Si presentava al nostro studio 2 giorni dopo. Dal punto di vista ispettivo, la massa non aveva subito sostanziali cambiamenti a seguito delle terapie. Il paziente presentava però all'esame occlusale un morso inverso monolaterale dallo stesso lato della tumefazione (Fig. 5-6-7)

Veniva pertanto immediatamente sottoposto a trattamento occlusale con placca di riposizionamento mandibolare, eseguita urgentemente in poche ore.

Al primo controllo a una settimana (Fig.8-9-10), il paziente riferiva un netto miglioramento dei sintomi soggettivi, e la notevole riduzione della tumefazione.

Ad un mese dall'inizio del trattamento, il paziente risultava totalmente asintomatico, e all'esame clinico residuava solo un piccolo addensamento rilevabile solo con la palpazione profonda all'interno dell'angolo della mandibola (Fig.11-12)

Considerando il caso praticamente risolto, si è proceduto al trattamento ortodontico con dispositivi fissi, per risolvere definitivamente la malocclusione (Fig. 13).

Il follow-up è attualmente di circa 18 mesi senza ricadute. E' interessante notare che in alcuni periodi della terapia ortodontica, quando l'applicazione di alcune trazioni elastiche necessarie al trattamento potevano simulare una parziale ricaduta del morso inverso, il paziente avvertiva del "fastidio" nella regione della parotide. Tali episodi, comunque secondari, sono cessati completamente quando l'occlusione ha assunto stabilità e equilibrio.



Fig. 5



Fig. 6

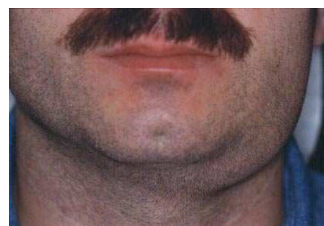


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9

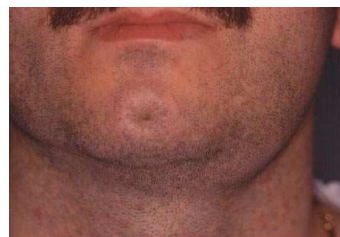


Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12

CASO CLINICO 3

Paziente A.M., uomo di 56 anni.

Il paziente è giunto alla nostra osservazione dopo 6 anni di disturbi alla ghiandola parotide di sinistra, con ripetute tumefazioni dolorose, infezioni, espulsioni di calcoli, tanto che, consigliato dai Curanti, aveva ormai deciso di sottoporsi a intervento chirurgico di parotidectomia. Ad un giorno dall'intervento, però, spaventato dalle possibili complicanze che il Chirurgo gli aveva prospettato, decideva di sopassedere ancora.

Giunto alla nostra osservazione, oltre alla tumefazione latero cervicale, l'esame clinico rivelava un forte abbassamento della dimensione verticale del morso, dovuto alle numerose estrazioni subite e alla forte abrasione dei denti residui. Anche nella guancia sinistra era visibile e palpabile una lieve tumefazione (Fig.14-15-16).

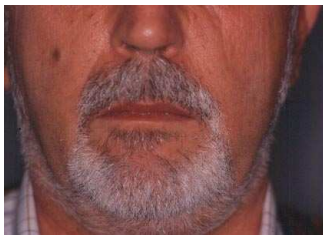


Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15

Al paziente veniva applicato un dispositivo intraorale appositamente conformato, che, oltre a fungere da placca di riposizionamento mandibolare, surrogava la grave abrasione dei denti frontali superiori. (Fig.17-18-19)



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18

Il paziente riferiva fin dal primo controllo a una settimana dall'applicazione del dispositivo intraorale la totale scomparsa dei sintomi soggettivi, e a un mese si poteva parlare di totale guarigione.

Come ultima particolarità, residuava la piccola tumefazione sulla guancia sinistra, che era stata più volte considerata nelle varie fasi diagnostiche e coinvolta, pur sempre senza precisa diagnosi, nell'ipotesi chirurgica, ma che si rivelava essere una ghiandola sebacea infettata, forse per il continuo automassaggio che il paziente era solito praticarsi, e veniva pertanto incisa e drenata nel nostro stesso studio dentistico, con totale risoluzione del caso (Fig. 20-21).

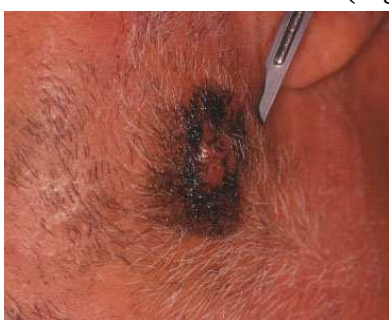


Fig. 19



Fig. 20

Il caso è stato infine concluso con la riabilitazione protesica (Fig. 22)

Il follow up è attualmente di 18 mesi senza disturbo alcuno e senza assunzione di farmaci.

EPIDEMIOLOGIA DELLA PATOGENESI OCCLUSALE

Non ci sentiamo in grado di proporre una percentuale statistica della patogenesi occlusale dell'Ipertrofia Massetero Paroidea. Negli ultimi 6 anni abbiamo potuto osservare solo 5 casi, di cui 4 completamente risolti e 1 classificabile come successo parziale (la paziente, pur non avendo più episodi eclatanti, riferisce talvolta qualche soggettivo disturbo, privo comunque di riscontri oggettivi e strumentali).

L'alta percentuale che si ricaverebbe dal sostanziale successo terapeutico per via occlusale, non deve essere, a nostro avviso, riferita alla selettività in senso occlusale intrinseca nell'ambiente specialistico odontoiatrico in cui operiamo, giacchè solo un caso (e paradossalmente il successo parziale) è stato diagnosticato contestualmente alla cura odontoiatrica per cui la paziente era ricorsa al dentista. Tutti gli altri erano stati presi in cura solo in quanto affetti da Ipertrofia Massetero Parotidea e solo secondariamente e di conseguenza, trattati dal punto di vista occlusale.

Non si può quindi non ricavare dalla nostra esperienza la sensazione che tale patogenesi sia abbondantemente sottostimata: una sua precisa quantificazione statistica necessiterebbe di maggior collaborazione fra O.R.L. e dentisti che si occupano di disfunzioni cranio mandibolo vertebrali, oggi piuttosto scarsa anche in altre problematiche comuni (cefalea, vertigini, acufeni, otiti ricorrenti).



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24

CONCLUSIONI

In presenza di malocclusioni dento-scheletriche, all'apparenza talvolta anche non particolarmente significative, l'incercettazione per via occlusale dell'Ipertrofia Massetero-Parotidea, oltre ad essere di per sè una semplicissima e chiara conferma diagnostica, permette con tecnica assolutamente conservativa, con costi limitati e senza necessità di ausili diagnostici sofisticati, di risolvere un gran numero di casi clinici, evitando così inutili interventi chirurgici demolitivi.

RIASSUNTO: L'autore sottolinea l'importanza degli aspetti disortodontici nella patogenesi dell'Ipertrofia Massetero Parotidea, solitamente poco considerati. In mancanza di una adeguata diagnosi differenziale e di un'intercettazione di questa componente si rischiano cure mediche reiterate e interventi chirurgici più o meno demolitivi sostanzialmente privi di reali e comprovate indicazioni. Invece un corretto approccio occlusale, con l'applicazione di placche di riposizionamento mandibolare, può essere spesso in grado di risolvere definitivamente, con scarsa invasività e inesistente prezzo biologico anche casi particolarmente gravi.

Recapiti dell'Autore

DR. EDOARDO BERNKOPF

VICENZA 36100- Via Garofolino, 1 - Tel. 0444/545509 Fax 0444/543104

PARMA 43100-c/o Studio Dr.ssa V. Broia - Via Petrarca, 3 - Tel. e Fax 0521/236426

ROMA 00100- Via Massaciuccoli, 19 (P.zza Annibaliano) Tel. 06/86213428

Sito: www.studiober.com e-mail: edber@studiober.com

BIBLIOGRAFIA:

- 1) - Capra F: "Il punto di svolta" Feltrinelli (1984).
- 2) - Abram J.: Hypertrophy of the masseter muscle. Clinical aspects-etiology-therapy . Laryngo - Rhino - Otologie. 68(7):383-7, 1989 Jul.
- 3) - Addante RR. "Masseter muscle hypertrophy: report of case and literature review" Journal of Oral & Maxillofacial Surgery. 52(11):1199-202, 1994 Nov.
- 4) - Alajmo E. , Poli G., De Meester W.: "Total parotidectomy. A routine treatment for parotid gland swelling? " J.Laringol. Otol., 103, 181-186, (1989).
- 5) - Ales G., Christenson U., Esposito G.M., Meersseman J.P.: " Meno farmaci più salute". Ernesto Carpinteri Editore, 107-127 (1992).
- 6) - Barbato D., Capobianco S., Chessa G., Lugliè P.F. ":Disturbi otologici in pazienti con patologia dell'A.T.M. " Attualità Dentale N° 15/16, Anno 3 - 13 maggio 1996
- 7) - Bernkopf E.: " Malocclusione nelle otiti recidivanti e croniche ", Medico e Bambino N.° 7, 51-54, (1987).
- 8) - Bernkopf E. - Maraggia A. - Anselmi E.: " Ortodonzia e cefalee miotensive nel bambino" - Medico e Bambino N.° 8, Anno IX (1990)
- 9) - Bosatra A.: " Le masse della regione parotidea. Semeiologia e clinica". Acta Otorhinol. Ital.,4.317-374, 1984.
- 10) - Clauzade M.A.- Darraillans S.B.: " L'homme, le crane, les dents" 124-127, Editrice S.E.O.O.(1992) Perpignan.
- 11)- Farrar W.B., Mc Carty W.L.:"A clinical outline of temporomandibular joint, diagnosis and treatment" pag.48-49. Normandie study group for T.M.J. dysfunction, Montgomery, Alabama, (1983).
- 12) - Gelb G.:"La posizione ottimale del condilo temporo - mandibolare nella pratica clinica" Newport Harbor Academy of Dentistry, riportato da Rivista Internazionale di Parodontologia e odontoiatria ricostruttiva, 50-59, (1984).
- 13) - Libertucci M.:" Il range propriocettivo tridimensionale occlusale". Il Dentista Moderno N. 9/ (1994).
- 14) - Mandel L. Kaynar A.: " Masseteric hypertrophy ". New York State Dental Journal. 60(7):44-7, 1994 Aug-Sep.
- 15) - Markowitz-Spence L. Brodsky L. Seidell G. Stanievich JF.: "Self-induced pneumoparotidis in an adolescent. Report of a case and review of the literature."

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 14(2-3):113-21. 1987 Dec.

16) - Meersseman J.P., Esposito G.M.: " Valutazione della relazione esistente tra l'occlusione e la postura". Dentista Moderno. N.5, (1988).

17) - Mongini F.:" Influence of function on temporo - mandibular joint remodeling and degenerative disease". Dent.Clin. North Am.27:479-494, (1983).

18) - Pia F., Briccarello G., Luciano S.: " Complicanze della parotidectomia". Il Valsava, 62, 95-102, (1986).

TRATTAMENTO NON CHIRURGICO DELL'IPERTROFIA MASSETERO-PAROTIDEA 10

19) - Roger BA. Whear NM.:''Medical management of masseteric hypertrophy ''. Journal of Oral & Maxillofacial Surgery. 53(4):492, 1985 Apr.

20) - Roncevic R.:'' Masseter muscle hypertrophy. Aetiology and therapy ''. Journal of Maxillofacial Surgery. 14(6):344-8 1986 Dec.

21) - Tadahiko Iizuka: " Excessive Transverse Facial Width: surgical correction of masseter muscle hypertrophy" . Modern practice in orthognathic and reconstructive surgery. Edit by William H. Bell (1992).

22) - Viva E., Stefani S., Viva E., '' Crescita oro-rino.maxillo-facciale e adenotonsillectomia''(per motivi meccanici) Edizioni Milella 1993.

23) - Zucchi E. Cazzaniga A., Misitano F. Seru P. : " Kinesiologia applicata: la localizzazione diagnostica", Attualità Dentale. Anno IV n.2 (1990)

24) - Walthers D.S.:" Applied Kinesiology-Synopsis" cap. 9, System DC, Pueblo Colorado, (1983).

