

La gestione clinica delle Cefalee Primarie e di quelle Secondarie a problemi di bocca

Edoardo Bernkopf *Specialista in Odontostomatologia, Vicenza*

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

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

ROMA 00100 - Via Massaciucoli, 19 Tel. 06/86213428

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

Introduzione

Le cefalee pediatriche rappresentano un tema di notevole e crescente interesse per quanto riguarda sia la ricerca sia la gestione clinica. Un aspetto di particolare rilevanza riguarda il possibile ruolo che possono avere i problemi della bocca e dell'articolazione temporo-mandibolare (ATM).

La classificazione della cefalee, secondo l'International Headache Council (IHC) individua una basilare distinzione in due gruppi: **cefalee primarie**, cioè prive di una causa conosciuta, e **secondarie**, sintomo cioè di altre condizioni patologiche (Fig. 1).

Cefalee Primarie (da causa sconosciuta):

01 - Emicrania

02 - Cefalea di tipo tensivo

03 - Cefalea a grappolo ed emicrania cronica parossistica

04 - Cefalee varie non associate a lesioni strutturali

Cefalee Secondarie (dovute ad altre patologie che le sostengono)

05 - Cefalea associata a trauma cranico

06 - Cefalea associata a patologie vascolari

07 - Cefalea associata a patologia endocranica non vascolare

08 - Cefalea da assunzione o sospensione di sostanze esogene

09 - Cefalea associata ad infezioni extracraniche

10 - Cefalea associata a patologie metaboliche

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

12 - Nevralgie craniche, nevriti e dolori da deafferentazione

13 - Cefalee non classificabili

Figura 1

Ai punti dal 5 al 13 della classificazione internazionale sono dunque indicate le cefalee secondarie, quelle cioè sostenute da un'altra patologia: **fra queste, al punto 11 ci sono le cefalee secondarie che derivano dalla bocca**, accorpate peraltro con una certa confusione ad altri distretti anatomici che in particolari condizioni possono causare cefalea (cranio, collo, occhi, orecchie, naso e seni paranasali, altre strutture facciali o craniche). Da notare che in questo punto

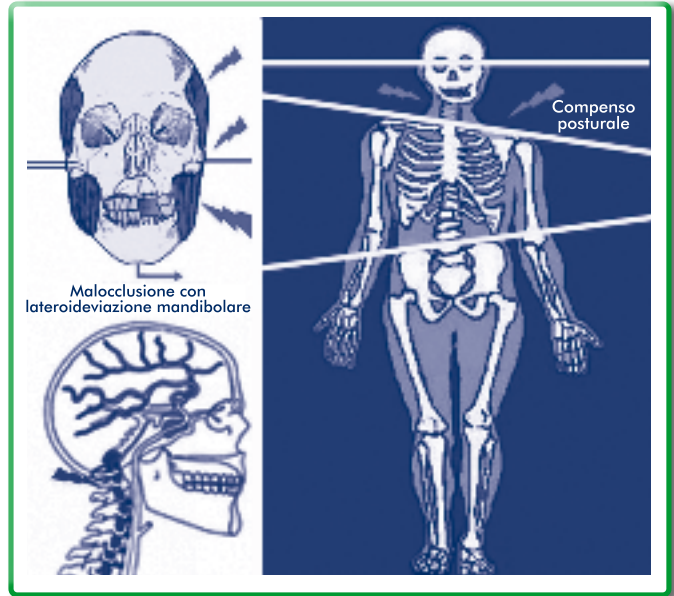


Figura 2 Insorgenza di cefalea per tensione muscolare sostenuta da malocclusione dentaria con laterodeviiazione mandibolare, disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare (ATM) e compenso posturale della colonna vertebrale.

classificatorio, quadri che appaiono diversi se considerati singolarmente, possono in realtà avere uno stretto rapporto con la malocclusione dentaria e con le disfunzioni dell'ATM. In particolare i problemi cervicali non costituiscono sempre una problematica isolata e fine a se stessa, ma sono inseriti nel generale contesto posturale dell'intera struttura corporea (Fig. 2).

In molti casi, essi possono essere considerati un sistema di compenso di malposizioni che intervengono nei distretti inferiori (bacino, ginocchia, caviglie, piedi) solitamente chiamate "ascendenti", o superiori (malocclusione dentaria con malposizione mandibolare soprattutto), chiamate "discendenti": in particolare a queste ultime si associa spesso una particolare forma di cefalea denominata "cervicogenica" che, anche se riferita alla colonna cervicale, può avere nella malocclusione dentaria la sua vera origine.

Epidemiologia

L'incidenza delle problematiche orali nella patogenesi della cefalea non è mai stata chiarita: già le cefalee secondarie costituirebbero di per sé solo una piccola percentuale delle cefalee. Di queste, a maggior ragione, le cefalee del punto 11 costituirebbero parte ancora minore, e tra queste, quelle sostenute dalla bocca

avrebbero di conseguenza un'ipotetica incidenza epidemiologica quasi nulla. Questo è però reso discutibile dal fatto che la ricerca si dedica pressoché esclusivamente alle cefalee primarie, il che mantiene il dubbio che molte cefalee, nelle conclusioni epidemiologiche, oltre che nelle decisioni terapeutiche, siano attribuite alle primarie per errore, in quanto non indagate con le modalità che le farebbero classificare (e soprattutto anche curare) come secondarie alla malocclusione.

Il grande divario numerico che da sempre divide queste cefalee dalle primarie (emicrania e tensiva soprattutto, che sono di gran lunga le più diagnosticate) recentemente si è visto assottigliare: in particolare relativamente al sottogruppo delle cefalee punto 11 sostenute da disfunzioni dell'ATM, l'ultima classificazione IHC le definisce "frequenti".

Oltretutto, fra queste e le cefalee primarie è stata riscontrata una frequente relazione di comorbilità.

Tutto ciò rende necessaria una maggior considerazione delle cefalee legate alla malocclusione e ai problemi dell'ATM, che da un **lato possono associarsi alle primarie** in uno stesso paziente, dall'altro rendono necessaria un'attenta diagnosi differenziale nella considerazione del singolo caso clinico, al fine di rilevare l'eventuale **propria specifica esistenza**.

Diagnosi

La diagnosi differenziale fra cefalee primarie e secondarie è spesso tutt'altro che agevole, e questo individua una situazione critica, fonte di potenziali errori diagnostici.

L'esclusione dell'ipotesi che un paziente soffra di una cefalea secondaria ad altre patologie dovrebbe necessariamente precedere la formulazione di una diagnosi di cefalea primaria, ma nel caso delle cefalee secondarie che derivano dalla bocca si è di fronte ad una materia alquanto complessa e poco amata dagli stessi dentisti, che comprende non solo i delicati rapporti fra le arcate dentarie, ma anche le funzioni dell'ATM.

Un primo aspetto di criticità è costituito proprio dall'epidemiologia: emicrania e cefalea di tipo tensivo (classificate fra le "primarie", prive cioè di una causa nota alla quale poterle riferire), come già detto vi sono di gran lunga le più diagnosticate, e sono probabilmente anche per questo collocate ai punti 1 e 2 della classificazione che periodicamente viene aggiornata dai maggiori esperti mondiali del settore, riuniti nell'International Headache Society (IHS). È evidente che anche per il clinico sapere che le cefalee primarie sono di gran lunga le più diffuse non può non influenzare in questo senso le diagnosi cliniche nella propria quotidianità.

Le caratteristiche cliniche di una cefalea secondaria possono essere spesso molto simili a quelle di una primaria: ciò comporta che non sia facile porre diagnosi differenziale tra le due quando un paziente presenti sia cefalea che

malocclusione dentaria con disfunzione dell'ATM. Il problema che si pone non è piccolo: l'epidemiologia della malocclusione è dell'80% nella popolazione scolastica non selezionata. E tra gli adulti, bambini del dopoguerra, quando l'odontoiatria era di scarsissimo livello e l'ortodonzia sconosciuta, probabilmente è ancora superiore: ciò non significa, ovviamente, che ogni malocclusione comporti necessariamente cefalea, ma individua la necessità di escluderne il ruolo quando la cefalea sia presente in un paziente con malocclusione.

In una diagnosi di cefalea primaria di tipo tensivo giocano un ruolo molto importante le condizioni psicofisiche del paziente, che però possono riguardare anche una situazione strutturale e oclusale predisposta o già compromessa. Qualunque causa di stress (non solo psichico, ma anche ormonale legato al ciclo, termico legato al clima, alimentare e così via), oltre ad abbassare la soglia del dolore, trova nella bocca un organo bersaglio particolarmente recettivo: nello stress si stringono le mascelle e si bruxa di più, per cui qualunque problematica che può trovare nella bocca una causa, viene enfatizzato dallo stress. A ciò si aggiunge il fatto che un paziente che non trova soluzione al suo problema finisce inevitabilmente per risentirne anche nella sfera psicologica (e ancora più frustrante risulterà l'esperienza di sentire che i curanti lo ritengono esclusivamente psicosomatico).

La possibilità di confondere le due tipologie di cefalea sembrerebbe non valere per l'emicrania classica, che si ritiene abbia un quadro tipico e inconfondibile, in particolare per le caratteristiche dell'aura. In realtà le disfunzioni dell'ATM possono avere un corredo sintomatologico (nausea, vomito, vertigini, "scintille" agli occhi) che a volte può simulare un'aura o assomigliarle, e generare così un errore diagnostico.

Anche la presenza di un'anamnesi familiare positiva per cefalea orienta verso una diagnosi di emicrania, e fa temere una prognosi sfavorevole. La medesima osservazione, invece, suscita motivo di fiducia (oltre a costituire elemento di conferma diagnostica) se i componenti dello stesso nucleo familiare, come spesso succede, sono accomunati dalla medesima conformazione anatomica cranio mandibolare che venga a configurare uno dei quadri predisponenti alla cefalea punto 11 da malocclusione. Infatti questi quadri clinici, pur per gran parte geneticamente determinati e caratterizzati da familiarità, sono modificabili con un adeguato trattamento oclusale, con potenziale successo anche sulla cefalea degli altri familiari affetti.

Lo specialista di riferimento

La figura specialistica direttamente competente nell'argomento cefalea è il Neurologo, ma la necessità di porre e sciogliere la diagnosi differenziale fra cefalee primarie e secondarie dovrebbe necessariamente coinvolgere anche altre figure specialistiche. In particolare la considerazione delle situazioni di malocclusione dentaria e di disfunzione dell'ATM, che possono sostenere una

cefalea secondaria (punto 11), dovrebbe essere recepita come indispensabile e routinaria, e coinvolgere necessariamente, nell'inquadramento di un caso, la figura e l'opera di uno gnatologo, cioè di un dentista specificamente esperto in queste problematiche.

Purtroppo ciò non accade quasi mai, non solo negli studi monospecialistici, ma anche nei più importanti Centri di eccellenza per la cura delle cefalee, dove la presenza di uno gnatologo solitamente non è prevista. È pur vero che nel sospetto di un ruolo della bocca nella patogenesi di una cefalea cronica il Neurologo potrebbe richiedere la consulenza gnatologica, ma la mancanza di un criterio di distinzione fra quando farlo e quando non farlo rendono questa opzione poco praticabile e sostanzialmente inadeguata alla soluzione del problema.

È possibile, dunque, che questo argomento sia sottostimato, anche perché la ricerca scientifica nel campo delle cefalee, pur recentemente rivolta anche alle problematiche dell'ATM, da sempre si dedica pressoché esclusivamente alle cefalee primarie. Tutto ciò lascia il dubbio che molti casi di cefalea siano diagnosticati come cefalee primarie (emicrania e tensiva in particolare) in quanto non indagati con i criteri che li farebbero classificare (e soprattutto curare) come secondari alla malocclusione.

Criticità

Il mancato inquadramento diagnostico di una cefalea dovuta a problemi di bocca è favorito anche da alcuni fattori apparentemente secondari.

La vecchia denominazione "cefalea muscolo-tensiva" ha visto eliminare il prefisso "muscolo" già nella riformulazione della classificazione IHC avvenuta nel '98, che ha fissato la nuova definizione di "cefalea di tipo tensivo". Collocandola fra le cefalee primarie ed eliminando il prefisso "muscolo", si è rimossa la potenziale competenza su questa cefalea da parte di tutte le figure professionali in grado di agire sui muscoli, e si sono esclusi quindi anche i dentisti, competenti sui grossi fasci muscolari della testa che partecipano alla masticazione (masseteri, temporali, pterigoidei), rendendo quindi la cefalea di tipo tensivo, in quanto "primaria", inequivocabilmente di stretta competenza neurologica. Il fatto che dopo decenni molti operatori, anche neurologi, continuano ad usare il termine "muscolotensiva" significa che era semanticamente efficace, e sostanzialmente adeguata. In realtà creava necessariamente l'incongruenza concettuale di individuare una possibile secondarietà in una patologia definita primaria.

Un altro elemento critico nel rapporto fra cefalee primarie e cefalea punto 11 di derivazione occlusale è dato dalla possibile evoluzione della patologia a seguito di trattamento.

Se uno gnatologo ipotizza una cefalea punto 11 e la tratta, in caso di successo terapeutico ottiene contestualmente anche la sostanziale conferma dell'ipotesi diagnostica, ma se il caso non riferisce chiari miglioramenti, deve riconoscere

l'insuccesso: ciò costituirà anche diagnosi di esclusione, e il paziente cercherà una seconda opinione e un altro percorso diagnostico-terapeutico presso altri specialisti. Nel caso di diagnosi di emicrania o cefalea tensiva, invece, il permanere della sintomatologia non comporta automaticamente il dubbio sulla diagnosi formulata, che riguarda una malattia di cui non si conosce la causa e di cui non è prevista una vera guarigione. Il Neurologo ricercherà altri farmaci più adatti a contenere e a prevenire le crisi, ma non avrà immediato motivo di riconsiderare la correttezza della sua diagnosi. A maggior ragione nei casi in cui il trattamento farmacologico risulti efficace, la diagnosi di cefalea primaria può anche per questo risultare confermata. Anche in questo caso, però, potrebbe essere in gioco un ruolo misconosciuto dell'occlusione dentaria e dell'ATM, e la conseguente cefalea, pur trattata efficacemente con il farmaco, potrebbe essere trattata con approccio strutturale, di qualità biologica superiore a quello farmacologico.

Per questo il paziente rischia di mantenere la convinzione di soffrire di una patologia primaria, senza che si sia ipotizzato il possibile ruolo patogenetico della sua bocca. È frequente che uno gnatologo riscontri e tratti con successo cefalee ritenute primarie e trattate come tali anche per decenni.

Conclusione

Alla luce di quanto sopraillustrato è opportuno sottolineare che, anche se in presenza di cefalea lo specialista di primo riferimento è storicamente il Neurologo, al giorno d'oggi, se il problema della diagnosi differenziale fra cefalea primaria e cefalea punto 11 sostenuta dalla bocca non viene adeguatamente posto in questo ambito specialistico, è bene che il paziente si preoccupi anche di una contestuale considerazione del suo problema in ambito gnatologico.

Bibliografia essenziale

- Bernkopf E. Cefalea, otalgia e dolore vertebrale da malposizione cranio-mandibolare. *Rivista Italiana di Stomatologia* N. 10 Anno LIX - Ottobre 1990; 61-4.
- Di Paolo C, D'Urso A, Papi P, Di Sabato F, Rosella D, Pompa G, Polimeni A. Temporomandibular Disorders and Headache: A Retrospective Analysis of 1198 Patients. *Pain Res Manag* 2017; 2017: 3203027. Epub 2017 Mar 21. doi: 10.1155/2017/3203027.
- Gonçalves DA, Camparis CM, Franco AL, Fernandes G, Speciali JG, Bigal ME. How to investigate and treat: migraine in patients with temporomandibular disorders. *Curr Pain Headache Rep* 2012 Aug; 16 (4): 359-64. doi: 10.1007/s11916-012-0268-9.
- Speciali JG, Dach F. Temporomandibular Dysfunction and Headache Disorder. *Headache* 2015 Feb 3. doi: 10.1111/head.12515.