

PATOLOGIA INTRARTICOLARE: OSSERVAZIONI CLINICHE E MAPPA DEL DOLORE ARTICOLARE.

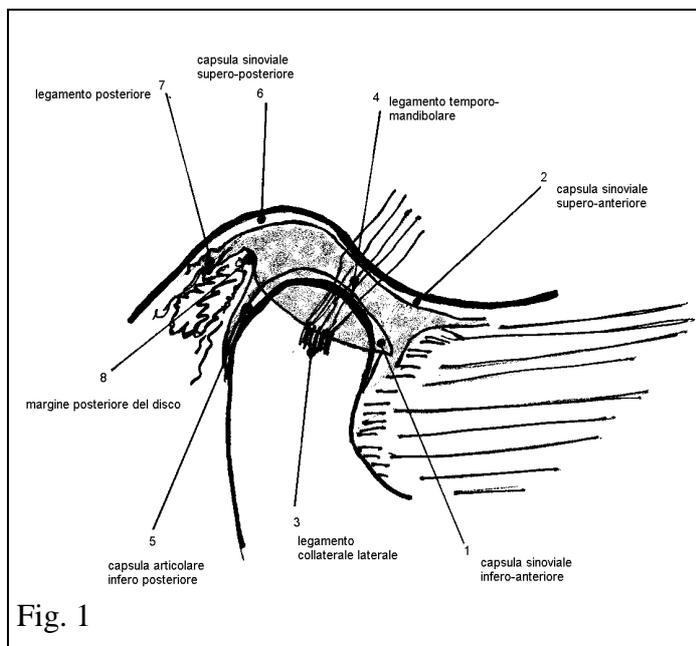
Dott. Sergio BERTOLDI

Dott. Luigi BURRUANO

Dott. Vittorio GAVEGLIA

Dott. Giampiero GIULIANI

L'articolazione temporo mandibolare (ATM) anatomicamente è una condiloartrosi (capi articolari elissoidali) mentre funzionalmente è una diartrosi ginglimo-artroideale composta da due compartimenti separati da un disco. Nel compartimento superiore (artrodiale) avviene il movimento di scivolamento o traslazione mentre in quello inferiore (ginglimo) il movimento di rotazione. Il disco occupa tutto lo spazio disponibile tra i due capi articolari e può essere considerato come un osso non ossificato indispensabile per rendere le superfici articolari (eminenza, condilo) compatibili tra loro. Ha una forma biconcava con una banda anteriore spessa, una zona intermedia sottile e una banda posteriore più spessa di quella anteriore. Il disco può uscire dal suo spazio solo se i due capi articolari si allontanano tra di loro o se le due bande si assottigliano. Nell'articolazione sana, quando questa non è sottoposta al carico funzionale, si ha una pressione intrarticolare stabile. La condizione fondamentale per mantenere questo equilibrio pressorio intrarticolare è



il riposo fisiologico articolare. In tali condizioni il tessuto periarticolare lavora il minimo indispensabile e le articolazioni sono sostenute dal tessuto connettivo e non dall'attività dei muscoli.

Si possono considerare fattori predisponenti della patologia articolare: l'iper mobilità articolare (lassità legamentosa), l'iperattività muscolare (bruxismo), il morso profondo, il morso aperto, la seconda e la terza classe.

Osservazione cliniche-

L'esame clinico condotto tramite l'ispezione, la palpazione e l'ascultazione ha lo scopo di accertare la presenza di eventuali alterazioni della normale anatomia e fisiologia dell'apparato stomatognatico. Per valutare clinicamente le condizioni dell'ATM dobbiamo considerare:

- 1) ENTITA' DEL RUMORE
- 2) ENTITA' DELLA DEFLESSIONE O DELLA DEVIAZIONE
- 3) TIMING DEL RUMORE
- 4) LOCALIZZAZIONE DEL DOLORE EVOCATO DALLA PALPAZIONE

Il rumore di click articolare è generato dal passaggio del condilo sul bordo posteriore del disco quando questo viene ricatturato durante la fase di apertura della bocca e/o viene perso durante la fase di chiusura. Di conseguenza, il rumore è tanto più intenso quanto più è spessa la zona posteriore del disco e la prognosi sarà più favorevole perché l'eventuale danno del disco con molta probabilità è ancora reversibile. Per deviazione intendiamo qualsiasi scostamento dal piano sagittale mediano che compare inizialmente per poi scomparire con il progredire dell'apertura della bocca.

Parliamo di deflessione quando vi è uno spostamento laterale che aumenta con l'apertura mantenendosi anche a quella massima. In caso di blocco mono-laterale (closed lock) si osserverà una deflessione laterale in apertura verso il lato affetto con apertura massima limitata (fig.2).



Fig. 2

Se è presente un blocco bilaterale, muscolare o articolare (valutabile con l'end-feel e con il movimento di protrusione) si avrà limitazione dell'apertura massima senza alcuna deviazione o deflessione (fig. 3).



Fig. 3

Nella dislocazione del disco con ricattura dello stesso si osserverà una deviazione che sarà tanto più tardiva quanto più è grave il danno articolare (fig 4).

Tanto più forte è il click articolare associato ad una deviazione tanto più sarà spessa la zona posteriore del disco che dovrà essere scavalcata e tanto più precoce sarà il rumore articolare. Mano a mano che la dislocazione cronicizza il rumore si affievolisce e la deviazione diventa più tardiva e meno evidente. Da questo punto in poi è probabile che si formi un "pseudo-disco" con la trasformazione istologica del legamento posteriore che funzionalmente sostituirà il disco ormai definitivamente deteriorato.

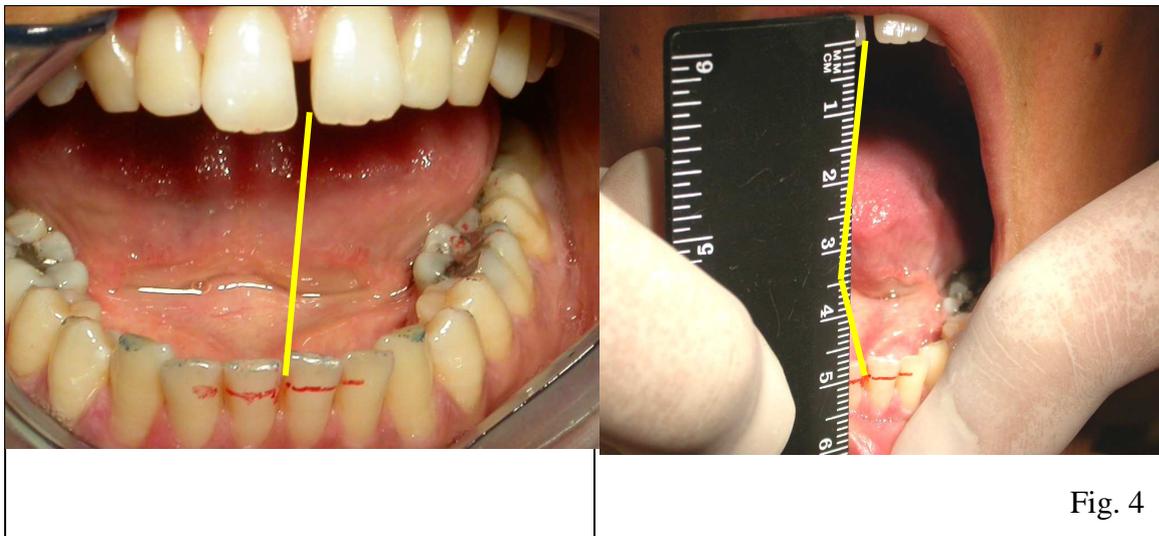


Fig. 4

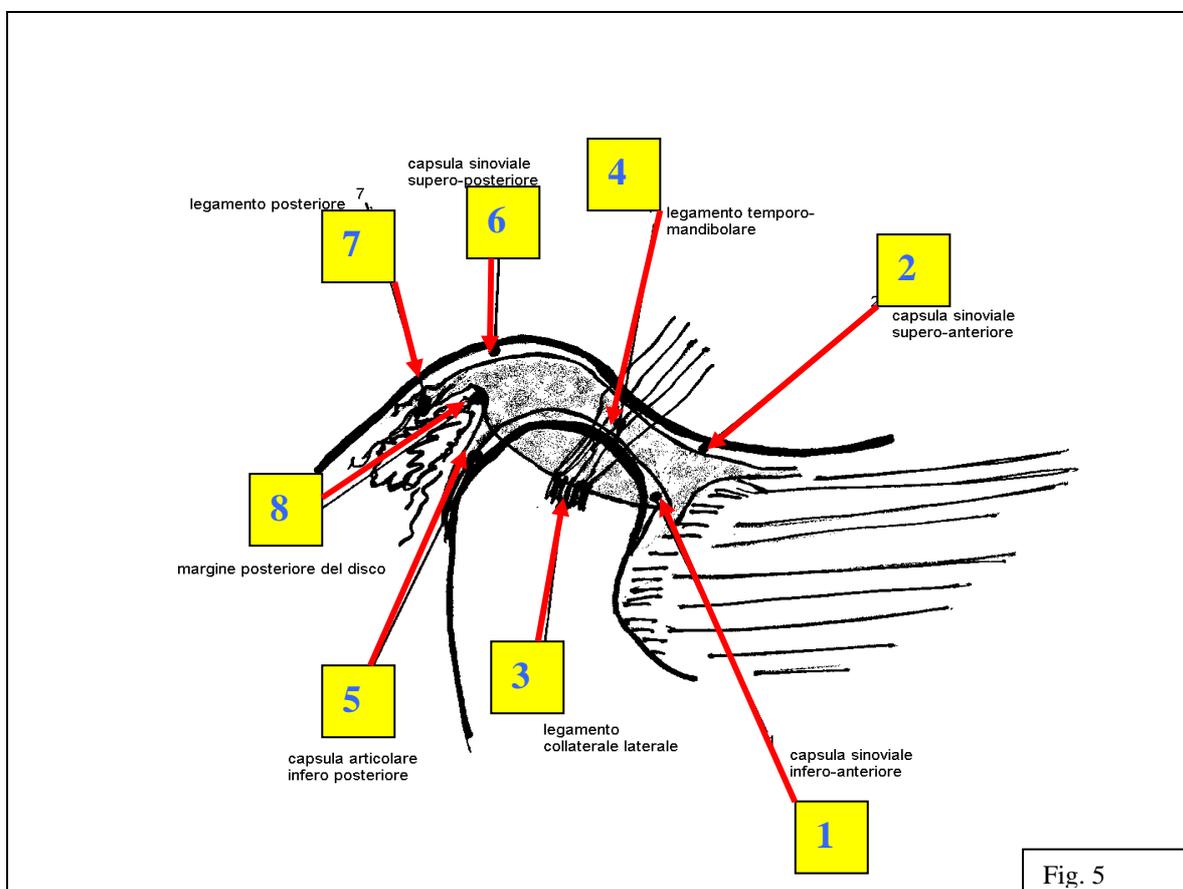
Dopo l'osservazione e l'ascoltazione si passa alla palpazione delle ATM del paziente per la localizzazione del dolore articolare secondo Rocabado.

Mapa del dolore articolare-

Il prof. Rocabado ha elaborato una mappa articolare individuando otto zone anatomiche ove è possibile evocare il dolore in specifiche situazioni patologiche (fig. 5).

Tale mappa del dolore, sebbene molto sofisticata e complessa, è estremamente utile nella pratica clinica permettendo d'individuare la sede della lesione articolare e di formulare una precisa prognosi della patologia in atto. Ovviamente per raggiungere tali obiettivi è necessaria una buona esperienza clinica acquisita con l'applicazione pratica quotidiana. La palpazione si esegue bilateralmente facendo scorrere contemporaneamente le dita sulle due articolazioni individuando i diversi punti anatomici. Il paziente deve collaborare indicando se e dove viene evocato il dolore quantificandone l'intensità secondo una scala crescente da 0 a 3 ..

Le zone 1 e 2 le ritroviamo rispettivamente a livello della parte anteriore-inferiore ed antero-superiore della capsula sinoviale, la zona 3 a livello del legamento collaterale laterale. Quando il dolore è evocato esclusivamente dalla palpazione di queste tre zone non sono presenti alterazioni anatomiche dell'articolazione (con la stratigrafia individualizzata dell'ATM i capi ossei appaiono perfettamente normali) e la patologia è ancora facilmente risolvibile.



La zona 4 corrisponde al legamento temporo-mandibolare. Il dolore evocato dalla palpazione di questa zona indica la presenza di uno stress funzionale di questo legamento. Questa situazione è tipicamente presente quando per aprire la bocca si è costretti a fare un movimento posteriore prima della roto-traslazione anteriore della mandibola (ad esempio per la presenza di un “muro anteriore”).

Il dolore evocato dalla palpazione delle zone 5 e 6 origina rispettivamente dai compartimenti postero-inferiore e postero-superiore della capsula sinoviale ed è indice della presenza di una patologia condilo-discale in fase iniziale.

Quando è presente la dolorabilità nella zona 7 siamo in presenza di un danno nel legamento posteriore (retrodiscite). Il disco comincia a scivolare sul temporale ed il condilo si sposta indietro ed in alto provocando un click precoce in apertura ed un click tardivo in chiusura.

Il dolore nella zona 8 è localizzato nel cercine posteriore del disco a livello dell'attacco del legamento posteriore. La sua presenza indica una patologia del disco articolare con appiattimento della sua banda posteriore.

Conclusioni-

Quando il dolore è evocato dalla palpazione delle zone 1, 2, e 3 (zona anteriore dell'ATM) la patologia articolare è in fase iniziale e con molta probabilità ancora completamente reversibile con un'adeguata terapia preventiva. Se sono coinvolte le zone 4, 5, 6 e 7 (zona centro-posteriore dell'ATM) è presente una condizione d'instabilità discale e si deve procedere con la terapia per evitare che la situazione si aggravi ulteriormente. La dolorabilità della zona 8 indica un danno anatomico del disco articolare ormai irreversibile. In questo caso l'obiettivo della terapia è di favorire un adattamento funzionale delle strutture articolari senza pensare di recuperare il click che con molta probabilità recidiverebbe nel tempo mancando i presupposti anatomici per una stabilità dei rapporti condilo discali.