

CONCETTI CHIAVE:

I disordini temporomandibolari (DTM) rappresentano un disturbo del sistema muscoloscheletrico masticatorio; in quanto tali, essi possono interessare le **articolazioni temporomandibolari (ATM), i muscoli masticatori o entrambe le strutture.**

Sono classificati secondo i Criteri Diagnostici e di Ricerca per i Disordini Temporomandibolari (CDR/DTM), i quali sono distinti in **due Assi:**

- l'Asse I, relativo ai disturbi muscolari e articolari, e
- l'Asse II, relativo al dolore cronico, alla depressione e ai sintomi fisici non specifici. Da ciò si può comprendere come i DTM presentino un quadro clinico complesso che, come specificano le linee guida dell'American Association of Dental Research (AADR): "...Nelle forme croniche possono portare ad assenza dal lavoro o peggioramento delle interazioni sociali con una riduzione complessiva della qualità della vita..."

I fattori eziologici dei DTM sono principalmente i traumi, acuti o cronici. Fra questi ultimi soprattutto le parafunzioni, quali il **bruxismo** diurno e notturno. La terapia deve essere prima di tutto causale, mirata a eliminare i fattori scatenanti e perpetuanti; poi volta a controllare l'infiammazione, il dolore e le limitazioni funzionali.

L'educazione del paziente rappresenta l'azione terapeutica meno invasiva e più efficace di cui disponiamo. Interventi incongrui e irreversibili, ad alto costo biologico, sono da considerarsi privi di fondamento scientifico e possono esporre il clinico a conseguenze di tipo medico-legale, in quanto distanti dalle più recenti linee guida internazionali. Infine minimizzare l'esperienza emozionale del dolore o sottovalutarne il quadro psicologico generale può complicare significativamente il percorso terapeutico (spesso occorre anche un supporto psicoterapeutico).

La diagnosi dei disordini temporomandibolari (DTM) può essere difficoltosa a causa della eziologia multifattoriale e della eterogeneità dei sintomi. Questo a volte spinge il clinico a utilizzare strumenti come elettromiografia, kinesiografia, sonografia che, teoricamente, dovrebbero distinguere i soggetti sani da quelli "malati". In realtà numerosissimi studi hanno evidenziato che tali strumenti non possono essere usati per la diagnosi a causa di molte limitazioni e della bassa

sensibilità e specificità. A oggi il gold-standard per la diagnosi dei DTM resta l'anamnesi, l'esame clinico e, quando necessario, risonanza magnetica, CBCT ecc. Negli ultimi anni l'odontoiatra è sempre più coinvolto nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi respiratori del sonno, come russamento e apnea ostruttiva. L'approccio a questi pazienti è multidisciplinare e la diagnosi deve essere fatta da uno specialista del sonno. La gestione odontoiatrica prevede l'utilizzo di apparecchi di avanzamento mandibolare (MAD). Un altro disturbo del sonno che riguarda l'odontoiatra è sicuramente il bruxismo. Negli ultimi anni molti studi hanno dimostrato che **il bruxismo è un disturbo soprattutto di origine centrale e non causato da problemi occlusali. La gestione di questo disturbo prevede un approccio multifattoriale e conservativo volto soprattutto alla riduzione dei danni a livello dentale.**

Dispositivo bite: apparecchio mobile che si interpone tra le arcate dentarie per evitare il digrignamento dei denti, per correggere la malocclusione o problemi di postura mandibolare.

In base a queste indicazioni di non invasività, senza dubbio il bite consigliato nel trattamento dei disordini temporomandibolari, è la placca di stabilizzazione, chiamata anche placca di Michigan o bite plane.

Il bite plane va portato di notte con lo scopo di controllare il bruxismo notturno, evitare carichi funzionali eccessivi a livello delle articolazioni temporomandibolari e dei muscoli masticatori e proteggere i denti dalle usure.

Esistono poi le placche di riposizionamento che sono state utilizzate, per il trattamento dei disordini temporomandibolari, in modo massiccio negli anni Ottanta; poi il loro utilizzo è andato diminuendo e ultimamente, in base ai dati della letteratura scientifica, esse hanno perso importanza clinica

Mediante queste placche la mandibola veniva spostata in avanti quel minimo indispensabile per ripristinare i corretti rapporti condilo-discalari.