



Studio Dr. Pietro Verri

Odontoiatra e Protesista Dentale • Perfezionato in Parodontologia Clinica e Peri-Implantologia

Via Colonnello Elia 34/A, Borgagne (LE) • Via Clementina Palma 70, Maglie (LE) • Tel. 328 837 4617
info@studioverri.com • www.studioverri.com • Iscr. Albo Odontoiatri Lecce n. 545

DOCUMENTO INFORMATIVO SUL CONSENSO INFORMATO

Gnatologia

Diagnosi e trattamento dei Disturbi Temporomandibolari (DTM) • Bruxismo • Bite • Terapia oclusale

Questo documento ha carattere puramente informativo e descrive tutte le procedure che possono rientrare nella categoria indicata, i relativi rischi e le alternative terapeutiche. Non costituisce il consenso informato vero e proprio: quest'ultimo viene firmato in studio su un modulo personalizzato che riporta la specifica procedura proposta per il paziente.

1. PREMESSA

I disturbi temporomandibolari (DTM) comprendono un gruppo eterogeneo di condizioni che coinvolgono i muscoli masticatori, l'articolazione temporomandibolare (ATM) e le strutture associate. Rappresentano la causa più frequente di dolore oro-facciale cronico di origine non dentale. Secondo i criteri diagnostici DC/TMD (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders, Schiffman et al., 2014) vengono classificati in: disturbi muscolari (mialgia, cefalea attribuibile a DTM) e disturbi articolari (spostamento del disco, artrosi, artrite).

2. EZIOLOGIA E FATTORI DI RISCHIO

I DTM hanno eziologia multifattoriale. Fattori predisponenti, inizianti e perpetuanti includono:

- Fattori oclusali: interferenze oclusali, malocclusioni, perdita di sostegno posteriore
- Fattori muscolari: bruxismo (masticazione parafunzionale), trisma, postura cervicale alterata
- Fattori psicologici: stress, ansia, depressione, disturbi del sonno, somatizzazione
- Fattori sistemici: artrite reumatoide, LES, fibromialgia, ipermobilità articolare (Ehlers-Danlos)
- Fattori traumatici: trauma diretto all'ATM, colpo di frusta cervicale (whiplash), apertura prolungata

3. DIAGNOSI

La diagnosi viene effettuata mediante: anamnesi medica e odontoiatrica completa, valutazione dei muscoli masticatori alla palpazione (masseteri, temporali, pterigoidei, SCM, trapezio), valutazione dell'ATM (apertura massima, traiettoria di apertura, rumori articolari, palpazione pre-auricolare), registrazione oclusale (analisi dell'occlusione dentale in ICP, RC, protrusione e lateroprotrusione), eventuale OPT e/o CBCT per escludere patologie ossee, RM dell'ATM per la valutazione della posizione discale.

4. PROCEDURE TERAPEUTICHE

4.1 – Bite Oclusale (Splint di Stabilizzazione / Michigan Splint)

Dispositivo rimovibile in resina acrilica trasparente o PMMA, realizzato su misura sulle arcate del paziente. Il bite di stabilizzazione (Michigan splint) copre l'intera arcata superiore o inferiore, creando contatti oclusali uniformi su tutti i denti e guidando la mandibola nella relazione centrica muscolare. Obiettivi: ridurre l'attività muscolare parafunzionale, scaricare i carichi articolari, rieducare la postura mandibolare. Indossamento: principalmente notturno (durante il bruxismo) ma anche diurno nelle fasi acute. Non modifica permanentemente l'occlusione.

4.2 – Dispositivi oclusali specifici

- NTI-tss (Nociceptive Trigeminal Inhibition): coprente solo gli incisivi; riduce del 70% l'attività del massetere. Controverso per il rischio di modifica dell'eruzione dei denti posteriori con uso prolungato
- Bite di avanzamento mandibolare (MAD): mantiene la mandibola in posizione avanzata durante il sonno; indicato per il bruxismo correlato all'OSAS. Attenzione: può aggravare un'ATM compromessa
- Bite di riposizionamento anteriore: avanza la mandibola per ricapturare il disco articolare spostato anteriormente. Solo come fase diagnostica reversibile; non come trattamento definitivo

4.3 – Fisioterapia Cranio-Mandibolare

Trattamento di elezione per i DTM a prevalente componente muscolare, in collaborazione con fisioterapista specializzato. Include: terapia manuale (mobilizzazione passiva dell'ATM, manipolazione delle fasce cervicali), tecnica di terapia dei trigger point miofasciali, esercizi attivi di mobilizzazione mandibolare, TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), ultrasuoni terapeutici, stretching cervicale e posturale.

4.4 – Terapia Farmacologica

- FANS (ibuprofene 400–600 mg TID, diclofenac 50 mg BID): per la componente infiammatoria nelle fasi acute
- Miorilassanti (ciclobenzaprina 5 mg, clorzoxazone): per la componente muscolare
- Corticosteroidi per via sistemica o infiltrazione intra-articolare (betametasone, triamcinolone): per artralgie severe o sinoviti
- Acido ialuronico intra-articolare (viscointegrazione): lubrificazione e protezione della cartilagine articolare
- Antidepressivi triciclici a basso dosaggio (amitriptilina 10–25 mg a sera): per il dolore cronico con componente neuropsichiatrica

4.5 – Tossina Botulinica nei Masseteri e/o Temporal

Iniezioni di tossina botulinica di tipo A (onabotulinumtoxinA, Botox® 50–100 U per lato; abobotulinumtoxinA, Dysport® 150–300 U per lato) nei ventri muscolari dei masseteri e/o delle porzioni anteriori dei temporal ipertrofici. Determina riduzione temporanea dell'iperattività muscolare e del dolore per 4–6 mesi, con necessità di reintervento periodico. Indicata per: bruxismo severo refrattario alla terapia conservativa, ipertrofia dei masseteri, cefalea tensivo-muscolare cronica. L'effetto estetico (riduzione del volume del massetere ipertrofico) è un beneficio collaterale.

4.6 – Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT)

Indicata per i DTM cronici con significativa componente psicologica (ansia, stress, catastrofismo del dolore). In collaborazione con psicologo clinico. Include: gestione dello stress, biofeedback EMG, tecniche di rilassamento progressivo di Jacobson, mindfulness. Ha la più alta evidenza scientifica per i DTM cronici secondo le linee guida EFP e ADA.

4.7 – Terapia Occlusale Definitiva (IRREVERSIBILE)

Comprende: equilibratura occlusale (levigatura selettiva dei denti per eliminare interferenze occlusali), riabilitazione protesica occlusale (ricostruzione dell'intera occlusione), trattamento ortodontico, chirurgia ortognatica. **ATTENZIONE:** queste procedure sono irreversibili. Devono essere prese in considerazione SOLO dopo il successo documentato del trattamento reversibile (bite + fisioterapia) e dopo la stabilizzazione dei sintomi. Non è dimostrato che la terapia occlusale definitiva sia più efficace della terapia reversibile nella maggioranza dei DTM.

5. BENEFICI ATTESI

- Riduzione del dolore muscolare e/o articolare · Miglioramento dell'apertura boccale
- Riduzione dei rumori articolari · Prevenzione dell'usura dentale da bruxismo
- Miglioramento della qualità del sonno e della qualità di vita

6. RISCHI E COMPLICANZE

Bite occlusale

- Fastidio e salivazione aumentata nelle prime notti · Modifica transitoria dell'occlusione in portatori cronici

Tossina botulinica

- Ematoma nel sito d'iniezione · Debolezza transitoria del massetere (difficoltà masticatoria temporanea)
- Asimmetria facciale da diffusione alla muscolatura mimica: transitoria (3–4 mesi)
- Assottigliamento progressivo del massetere con uso ripetuto (effetto estetico desiderato in alcuni pazienti)

Terapia occlusale definitiva

- Procedura irreversibile · Rischio di aggravamento se eseguita su base diagnostica errata · Non indicata come trattamento di prima linea

7. ASPETTATIVE REALISTICHE

I DTM sono condizioni spesso croniche con andamento remittente-recidivante. L'obiettivo del trattamento è il controllo dei sintomi, il miglioramento funzionale e della qualità di vita, non necessariamente la remissione completa. L'approccio multidisciplinare (odontoiatra, fisioterapista, psicologo) è associato ai migliori outcome. I trattamenti irreversibili (occlusali, chirurgici) non sono superiori a quelli reversibili nella maggioranza dei casi (Koh & Robinson, Cochrane Review, 2003; AHRQ Evidence Report, 2010).

8. ALTERNATIVE TERAPEUTICHE

- Auto-cura: applicazione di calore/freddo locale, dieta morbida, tecniche di rilassamento, riduzione dei fattori di stress
- Solo monitoraggio per DTM lievi e asintomatici
- Trattamento farmacologico senza bite (per fasi acute)

9. CONDIZIONI DA COMUNICARE

- Allergie al silicone/acrilico/PMMA · Fibromialgia · Artrite reumatoide o altre connettiviti · OSAS (apnee notturne: il bite può peggiorarle; preferire bite di avanzamento mandibolare)
- Terapia psicofarmacologica: gli SSRI/SNRI aumentano il bruxismo; i benzodiazepine riducono il tono muscolare
- Gravidanza: evitare tossina botulinica e la maggior parte dei farmaci; il bite in resina è sicuro

10. ISTRUZIONI PER IL PAZIENTE

- Bite: indossare ogni notte e quando indicato durante il giorno · Lavarlo ogni mattina con spazzolino morbido e acqua fredda
- Portarlo a ogni controllo per la verifica e la lucidatura professionale
- Posizione di riposo mandibolare: labbra a contatto, denti separati (1–2 mm), lingua sul palato ('N position') — non serrare mai i denti durante il giorno
- Ridurre caffè, alcool, fumo, energy drink (aumentano il bruxismo e l'iperattività muscolare)
- Applicare calore umido (impacco caldo) sui masseteri per 10–15 min per ridurre il dolore muscolare
- Evitare di mordere oggetti duri, masticare chewing gum, mordere le unghie
- Segnalare se il bite si rompe, si allenta o causa dolore acuto all'ATM

NOTA LEGALE E INFORMATIVA PRIVACY

Il presente documento è redatto ai sensi della Legge 22 dicembre 2017 n. 219 ("Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento") e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Le informazioni contenute sono di carattere generale e non sostituiscono la comunicazione personalizzata tra clinico e paziente, che avviene in sede di visita. Il medico rimane disponibile a chiarire qualsiasi dubbio prima della firma del consenso personalizzato.

Trattamento dei dati personali (art. 13 GDPR): i dati raccolti in studio sono trattati dal Titolare (Studio Odontoiatrico Studio Dr. Pietro Verri) esclusivamente per finalità di cura. Informativa completa disponibile presso lo studio e sul sito web.