

Disciplina de protetică dentară (cond.: prof. dr. L. Ieremia,
doctor în medicină) a I.M.F. din Tîrgu-Mureş

NOI INTERPRETĂRI ASUPRA CEFALALGIILOR EXOCRANIENE DE ORIGINE MUSCULARĂ ÎN DISFUNCTIA OCLUZALĂ. CONTRIBUŢII LA ANALIZA „LIMBAJULUI“ DURERII

L. Ieremia, I. Maftai, P. Dragomán, Gh. Podoleanu

Una dintre preocupările de bază ale medicinei din toate timpurile căreia i s-a acordat întotdeauna o atenție deosebită a constituit-o fenomenul dureros. Cu toate că durerea reprezintă un simptom în cadrul patologiei generale a organismului uman, de cele mai multe ori ea este un important reflex de securitate împotriva agenților cauzali complecși și variați, avînd o mare semnificație biologică în contextul unei juste aprecieri și interpretări.

Algia informează individul asupra limitei lui de adaptabilitate, de apariție în mediul de viață a unor factori etiologici nocivi care compromit integritatea și capacitatea funcțională a lui, declanșînd odată cu senzația subiectivă neplăcută a durerii o serie de reflexe vegetative și somatice.

După *Laskin* (5) și *Arseni* (1), variabilitatea cantitativă și calitativă a durerii este în mare măsură influențată nu numai de terenul constituțional al subiectului, ci în special de complexul factorilor emoționali.

Cu toate progresele existente în știința medicală, atît în domeniul investigațiilor clinice, nu puține la număr, cit și în direcția teraputiciei, mai există situații cînd se pun diagnostice eronate. Ele în mare măsură se datoresc interpretării necorespunzătoare a așa-zisului „limbaj“ al durerii. În protetica dentară confuziile în această problemă sînt mai evidente la cazurile clinice ce prezintă o ocluzie traumatogenă pe fondul dezorganizării răpoartelor interarcade. Asemenea dizarmonie este respon-

sabilă de apariția traumatismului ocluzal (T.O.), ca urmare a suprasolicității anumitor unități odontoparodontale de către impactele de tipul contactelor premature și a interferențelor ocluzale, însoțite de algii ce se manifestă variat, ele fiind cauzate de către spasmele musculare prezente. Aceste tulburări ale complexului muscular uneori sînt dominate în cadrul tabloului clinic al disfuncției ocluzale.

După *Pinet* (autor citat de nr. 3), în situația unui travaliu fiziologic un mușchi sănătos este nedureros datorită existenței unui echilibru funcțional, asigurat prin intermediul sistemelor de relație chinestezică și senzitivă. Ambele categorii de receptori nu interferează, dar informațiile lor obligă intervenția centrilor nervoși regulatori asupra mușchiului respectiv.

Este cunoscut faptul că între parodontiu, mușchii masticatori și A.T.M. există o interdependență sub raportul satisfacerii arcului reflex masticator. Mișcările automatizate ale mandibulei sînt dirijate de către circuite neuronale complexe, reprezentate de către multipli receptori, ale căror fibre alcătuiesc calea aferentă, pînă la nivelul centrului reflex situat în trunchiul cerebral. În raport cu impulsurile periferice venite de la presoreceptorii parodontali, ai proprioceptorilor mușchilor mobilizatori ai mandibulei cu tendoanele lor, precum și a celor din formațiunile capulo-ligamentare ale A.T.M. (receptori care sînt sensibili față de dizarmoniile ocluzale), pe cale reflexă se poate amplifica sau frîna forța masticatorie. Acest mecanism acționează ca un sistem tampon, avînd astfel și un caracter de protejare, punînd la adăpost față de orice supraîncărcare atît unitățile odontoparodontale cît și A.T.M.

După *Rigolet* (6), la nivelul Ap.D.M. în condiții normale, mușchii masticatori, în timpul funcționalității lor acționează sinergic, în armonie, ei fiind supuși legii inhibiției reciproce în sensul că în momentul cînd unui se contractă, antagoniștii lor se relaxează. Astfel, de exemplu, dacă maseeterii sînt în tensiune pentru a ridica mandibula, aceștia vor antrena relaxarea mușchilor coborîtori printr-un fenomen de inhibiție, dezvoltînd forțe care controlează receptorii parodontali și articulari. În situația unei malocluzii dentare (chiar dacã este minimă), ea deține capacitatea de a determina prin intermediul unui reflex nociceptiv cu punct de plecare parodontal, un nou echilibru muscular, care va antrena o altă intercuspidare, așa-zisă de „convenientă“, evitînd contactul ocluzal defectuos și traumatic. Uneori A.T.M. se adaptează la această situație impusă, altelei însă nu, apărînd patologia articulară. Într-o conjunctură nefavorabilă de instabilitate ocluzală persistentă, rezultă o solicitare permanentă a complexului neuromuscular, care în ambianța unei atingeri parodontale silențioase, la început poate declanșa tulburări sub formă de jene dureroase sau oboseală a anumitor mușchi. Cu timpul starea de hipertonie musculară este prezentă atît în repaus cît și în activitate, apărînd crampe chinuitoare, ce se manifestă foarte variat în diferite teritorii ale extremității cefalice, alarmînd pacientul.

Aceste spasme dureroase ale mușchilor masticatori trebuie interpretate în cadrul sindromului general de adaptare descris de către *Selye* (7) ca semnale de alarmă în eforturile de apărare ale Ap.D.M. împotriva efectelor nocive ale dizarmoniilor intraarcale și interarcale, reprezentînd uneori un preludeu al eșecului de epuizare a capacităților fiziologice de adaptare față de impactele ocluzoarticulare. Pe plan psihologic acuzele

algice exacerbate pot modifica afectivitatea unor bolnavi ce au un grad ridicat de sensibilitate, influențind chiar atitudinea comportamentală a lor, devenind neliniștiți, anxioși, întretinând fenomene de labilitate pronunțată neurovegetativă. Pe fondul descris mai sus, se pot produce și alte spasme ale unor mușchi înrudiți filogenetic, declanșând astfel simptome complexe ale altor organe ce nu aparțin Ap.D.M., creind confuzii de diagnostic.

În numeroase situații cefalgia de contracție musculară coincide cu cea migrenoasă, după *Wolf* (9) durerile datorându-se constricției de lungă durată a arterelor nutritive ale mușchilor, aceștia intrând în stare de ischemie. Astfel de mialgii sînt adeseori unilaterale, rareori bilaterale, putînd interesa unul sau mai mulți mușchi (8).

Conform teoriei dentomusculare a cărei susținător este *Laskin* (5), interferențele oculuzale produc un feed-back proprioceptiv alterat, ducînd la neordonarea și spasmul dureros al unor mușchi masticatori, în cadrul cărora se evidențiază pterigoidianul extern. Înregistrînd alterările activității musculare asincronice și hipertone prin intermediul electromiografiei, se poate releva prezența subtilă a dizarmoniilor oculuzale care pot trece uneori nepercepute în timpul examenului clinic.

După *Dawson* (4) și *Barelle* (2) contracția sau întinderea prelungită a fibrelor musculare ce generează spasmul se reperițează și la mușchii faciali, ei devenind hipertonici, ca urmare a unei reacții în lanț. În astfel de condiții o stimulare minimă poate declanșa „ticuri dureroase“ în așa-zisele „trigger areas“, algia propagîndu-se în variate teritorii denumite „referred pain“.

Travel și *Shore* (citați de nr. 2) au stabilit diagrame ce permit indicarea schematică a arilor musculare de palpate dureroasă, obiectivînd astfel contracturile localizate cauzate de dizarmoniile oculuzale.

Pornind de la sublinierea făcută de către *Rigolet* (6) că: „fiecare bolnav ce prezintă disfuncție mandibulară dă medicului stomatolog numeroase probleme de diagnostic, ca urmare a faptului că nu există două simptomatologii identice“ și pe baza faptului că de multe ori între primele simptome subiective ale T.O. pe prim plan se situează durerea musculară, considerăm că se impune cunoașterea variatelor laturi ale ei, sub raportul „limbajului algic“. În vederea efectuării unei eficiente analize a acestui semnal „de alarmă“ pentru a se putea stabili un diagnostic corect, întotdeauna noi ținem cont de următoarele caracteristici:

I. *Forma manifestării durerii*: 1) constrictivă, 2) lancinantă (vie, ascuțită, pătrunzătoare), 3) pulsatilă, 4) arzătoare, 5) ciclică (cu caracter periodic, ritmic, orar), 6) aciclică (cu caracter neregulat), 7) însoțită de tulburări vasomotorii și vegetative, 8) neînsoțită de tulburări vasomotorii și vegetative, 9) fond dureros continuu, 10) intermitentă, 11) paroxistică periodică, 12) paroxistică în criză unică sau în crize izolate.

II. *Caracterul durerii*: 1) superficială, cu posibilitatea precizării, 2) profundă cu dificultatea precizării, 3) unilaterală (hemicranie) dreaptă sau stîngă, 4) bilaterală.

III. *Tipurile durerii*: 1) nevralgice, 2) mialgice.

IV. *Intensitatea durerii*: 1) foarte slabă, 2) slabă, 3) mijlocie fără analgie (poziție vicioasă a capului sau a gîtului), 4) mijlocie cu analgie, 5) puternică, 6) foarte puternică.

V. *Frecvența și durata durerii*: 1) permanentă, 2) cu durată variată, repetată și neregulată (minute, ore, zile), 3) deseori, 4) rareori, 5) este influențată de stresuri psihice și fizice.

VI. *Momentul apariției durerii*: 1) dimineața, 2) în cursul zilei, 3) seara, 4) noaptea, 5) în timpul masticației; 6) în afara masticației, 7) la deschiderea cavității bucale și în timpul căscatului, 8) provocată de agenți fizici reci, umezi, calzi, 9) cauzată de alimente și lichide ingerate reci și calde, 10) spontan, 11) debut brusc (critic) cu atingerea rapidă a unei intensități maxime, 12) debut insidios.

VII. *Seșul durerii*: 1) frontal, 2) A.T.M., 3) paraauricular, 4) temporal, 5) arcada zigomatică maxilară, 6) supraorbital, 7) suborbital, 8) retroorbital, 9) la nivelul unghiului mandibular, 10) submandibular, 11) în limbă, cu jenă sau fără jenă la deglutiție, 12) în vertex, 13) occipital, 14) latero-cervical.

VIII. *Semnificația durerii*: 1) semn clinic patognomonic asociat sindromului disfuncției mandibulare, 2) semn dominant asociat în cadrul unor diverse contexte morbide, 3) semn secundar asociat altor afecțiuni.

În concluzie, considerăm că analiza manifestării durerii în cadrul sindromului disfuncției Ap.D.M. reprezintă un element important în formularea diagnosticului pozitiv pe fondul intricat al semnelor clinice obiective depistate atunci când ele sînt evidente. Valoarea cunoașterii „limbajului durerii” este mare în etapa incipientă a T.O., cînd încă nu se pot decela distrucții la nivelul desmodontului. În asemenea situații durerea reprezintă simptomul de alarmă în cadrul capacității de adaptare și apărare a organismului. În contextul menționat atitudinea medicului stomatolog față de algia musculară exocraniană se impune a fi deosebit de exigentă, în sensul că ea nu va trebui să fie înlăturată imediat, decît numai dacă s-a precizat natura provenienței, pe baza unei temeinice analize clinice efectuate, încumbînd necesitatea de a fi mai circumspecți în examenul obiectiv al arcadelor dentare. De obicei vor putea fi decelate impacte ocluzoarticulare de tipul contactelor premature și a interferențelor ocluzale care reprezintă sursa adevărată responsabilă de apariția sindromului mio-algo-disfuncțional în cadrul Ap.D.M., impunîndu-se înlăturarea lor prin intermediul ajustării (a șlefuirii selective).

Bibliografie

1. Arseni C., Oprescu I.: Durerea. Fiziopatologie clinică și terapeutică. Ed. Academiei R.S.R., București, 1967;
2. Barrelle J. J.: Dynamique des occlusions. Ed. J. Prêlat, Paris, 1974;
3. Chrestian J., Dejôu J.: Cah. de Prothèse (1981), 33, 123;
4. Dawson P.: Les problèmes de l'occlusion. Evaluation, diagnostic et traitement. Ed. J. Prêlat, Paris, 1977;
5. Laskin D. M.: J.A.D.A. (1969), 79, 147;
6. Rigolet D. A.: Actual. Odonto-Stomat. (1976), 114, 253;
7. Selye H.: J. clin. Endocr. (1946), 6, 117;
8. Shore N. A.: Temporomandibular joint dysfunction and occlusal equilibration. Ed. J. P. Lippincot Co., Philadelphia-Toronto, 1976, Ed. II;
9. Wolf H. G., Tunis M. N.: Amer. J. Med. Sci. (1952), 224, 565.

Sosit la redacție: 5 octombrie 1983

L. Ieremia, I. Maftei, P. Dragomán, Gh. Podoleanu

NEW INTERPRETATIONS OF EXOCRANIAL CEPHALALGIA OF MUSCULAR ORIGIN IN OCCLUSAL DYSFUNCTION. CONTRIBUTIONS TO THE ANALYSIS OF THE "LANGUAGE OF PAIN"

Having previously reviewed the current interpretations regarding the aetio-pathogenesis of exocranial cephalalgia of muscular origin in occlusal dysfunction, the authors underline the necessity of knowing the "language of pain". In order to ensure an efficient analysis of this "alarm signal", and to be able to establish a correct diagnosis, they suggest to use certain parameters regarding various aspects of algesia conditioned by muscular spasms. They are generated by occluso-articular obstacles of premature contacts and occlusal interferences which have to be annihilated through selective grinding.
