

ALGIE CRANIO-FACCIALI: COMPETENZE DELL'OTORINOLARINGOIATRA

AGOSTINO SERRA, SEBASTIANO NANÈ, SALVATORE FERLITO, AGOSTINO MESSINA, CATERINA GRILLO, SALVATORE COCUZZA, CALOGERO GRILLO
Università degli Studi di Catania - Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche - Clinica Otorinolaringoiatrica

[Craniofacial pains otorhinolaryngologist's skills]

RIASSUNTO

Il dolore è un fenomeno eminentemente soggettivo, percepito con intensità non proporzionale allo stimolo che lo ha provocato. Ogni paziente subisce il dolore in modo del tutto personale con notevoli differenze da caso a caso, a causa di diversi fattori: soggettivi, psichici, culturali, emotivi, caratteriali. Il dolore nei suoi vari aspetti è certamente uno dei sintomi che più frequentemente i pazienti lamentano nel corso di una visita otorinolaringoiatrica, specialmente se questa è eseguita in regime di urgenza.

Possiamo distinguere tre tipologie di dolore: nevralgico, muscolo-scheletrico e infiammatorio-infettivo.

Parole chiave: Dolore cranio-facciale; nevralgie facciali; nevralgie essenziali

SUMMARY

Pain is a mainly subjective phenomenon, which is perceived with an intensity not proportional to the stimulus that caused it. Each patient suffers pain in a totally subjective way with considerable differences from case to case, because of several factors: subjective, psychological, cultural, emotional and characterial ones. Pain, in its various aspects, is certainly one of symptoms that patients most frequently complain during a ENT visit, especially if the visit is urgently executed.

It is possible to classify three pain types: neuralgic, muscle-skeletal and inflammatory-infectious pain

Key words: Craniofacial pain; facial neuralgias; essential neuralgias

Introduzione

Il dolore facciale è strettamente collegato a quello di tipo cranico e assieme rappresentano un intricarsi di dati clinici provenienti da diverse specializzazioni mediche: neurologia, otorinolaringoiatria, odontostomatologia, medicina interna, psichiatria, neurochirurgia e chirurgia maxillo-facciale.

Il dolore nei suoi vari aspetti è certamente uno dei sintomi che più frequentemente i pazienti lamentano nel corso di una visita otorinolaringoiatrica, specialmente se questa è eseguita in regime di urgenza.

Il paziente affetto da dolore cranio-facciale può rappresentare una sfida diagnostica: l'algia può essere correlata a patologie localizzate della bocca e del viso, oppure può essere riferita da altre aree della testa e del collo.

Per facilitare la discussione di un argomento così ampio possiamo distinguere tre tipologie di

dolore in relazione al meccanismo sottostante: nevralgico, muscolo-scheletrico e infiammatorio-infettivo.

Dolore nevralgico

Con il termine di dolore neuropatico o neurogeno si intendono le algie provocate da lesioni delle strutture nervose. Il termine nevralgia tipica si riferisce ad una sindrome dolorosa circoscritta al territorio di distribuzione di uno specifico nervo (dermatomero), o di un suo ramo, che possiede fibre afferenti somatiche. Il dolore è di tipo urente, lancinante o trafittivo, unilaterale; esso si accentua con la pressione su trigger point o si scatena con manovre che allungano o stirano il nervo, o con la compressione sui punti di emergenza o sul decorso dei tronchi nervosi.

Nelle neuropatie (o nevralgie) atipiche il dolore non si limita al territorio di distribuzione di uno

specifico nervo cranico, ma è un dolore scarsamente localizzato, che può migrare o diffondersi anche bilateralmente; è sordo, continuo e non è innescato da stimoli scatenanti (non ci sono trigger point). Per ogni tipo di nevralgia si riconoscono forme primitive (idiopatiche o essenziali), quando non esistono cause evidenti, e forme secondarie ad eziologia nota.

La nevralgia trigeminale essenziale⁽¹⁾ si caratterizza per la presenza di un dolore lancinante, molto intenso, ad insorgenza improvvisa e di breve durata, di solito monolaterale, che interessa il territorio di distribuzione del V nervo cranico in assenza di disturbi motori e/o alterazioni della sensibilità. L'affezione è tipica delle donne adulte. La branca mascellare è la più frequentemente interessata, seguita dalla mandibolare. Più raramente (circa nel 5%) è coinvolta la branca oftalmica, talora con interessamento parziale di un ramo collaterale o terminale. È raro sia l'interessamento contemporaneo delle tre branche del V nervo cranico che il coinvolgimento bilaterale.

La nevralgia trigeminale può essere scatenata da movimenti fisiologici (masticazione, articolazione della parola, movimenti di mimica facciale) e da stimoli tattili o termici applicati in corrispondenza di specifiche zone cutanee (sovra-orbitaria, interna dell'orbita, sotto-orbitaria, mentoniera, esterna dell'orbita, labiale supero-esterna).

Tra le varie teorie patogenetiche proposte per spiegare la nevralgia trigeminale essenziale le più accreditate sembrano la compressione vascolare e la demielizzazione neuronale.

La nevralgia trigeminale, oltre che nella forma essenziale, può manifestarsi in un contesto morboso più complesso e associata quindi ad altri sintomi. In queste forme secondarie, il quadro clinico è caratterizzato da dolore sub-continuo, con crisi più prolungata nel tempo rispetto alla forma essenziale (con durata fino a qualche ora) con intensità algica minore, localizzazione meno precisa senza evidenti trigger point, con zone di ipo e iperestesia. La forma nevralgica secondaria compare a seguito di malattie sistemiche quali: sclerosi a placche, sirin gobulbia, tabe dorsale, tumori quali gliomi, meningiomi, neurinomi, aneurismi o malformazioni ossee, traumi cranici, lesioni flogistiche o neoplastiche del massiccio facciale⁽²⁾.

Il paziente affetto da nevralgia del glossofaringeo lamenta tipicamente un dolore improvviso, lancinante, di breve durata, generalmente unilaterale, che dal polo inferiore della tonsilla si irradia alla

parete posteriore e laterale della faringe, alla base della lingua e frequentemente anche all'orecchio omolaterale. L'episodio doloroso è scatenato dalle stimolazioni di aree trigger localizzate prevalentemente sulla parete laterale della faringe nel corso della deglutizione, fonazione, etc. Per la diagnosi, oltre all'anamnesi, è di ausilio osservare la posizione assunta dal paziente nel corso della deglutizione (tipicamente con la testa piegata verso il lato sano).

Nelle forme secondarie il dolore ha una distribuzione topografica più sfumata e imprecisa, con dolore meno acuto, sub-continuo, con durata più prolungata. Sono presenti parestesie e ipoestesia oltre a deficit motori del muscolo stilofaringeo con sollevamento asimmetrico e dislocazione controlaterale della parete posteriore faringea durante la fonazione, turbe del gusto e turbe secretorie salivari.

La sindrome stilo-carotide o di Eagle⁽³⁾ è provocata da una stimolazione del plesso simpatico pericarotideo da parte dell'apofisi stiloidea (eccessivamente lunga). Nel caso di interessamento dell'arteria carotide interna la sintomatologia algica è prevalentemente orbitaria, mentre nel coinvolgimento dell'arteria carotide esterna il dolore si localizza prevalentemente in sede temporale.

La nevralgia vagale si caratterizza per la presenza di un dolore lancinante, scatenato dalla deglutizione, di breve durata, localizzato in corrispondenza del condotto uditivo esterno e della regione laringea. Il dolore può proiettarsi, inoltre, sulle regioni laterali del collo ed eccezionalmente verso lo zigomo o inferiormente al torace o alla spalla. Sembra che esista una zona trigger nel seno piriforme in corrispondenza della plica mucosa provocata dal passaggio del nervo, infatti l'anestesia di questa zona impedisce lo scatenamento della crisi dolorosa.

La sintomatologia della sindrome di Charlin, da nevralgia del nervo nasale o naso-ciliare, è caratterizzata da dolore monolaterale violento con crisi spontanee, localizzato prevalentemente in zona peri e sovra-orbitaria e accompagnato da iperestesia corneale e congiuntivale, facilmente irradiato alla piramide nasale specialmente in prossimità dell'ala del naso. Spesso coesistono alterazioni trofiche da processi infiammatori del segmento anteriore dell'occhio, ulcere corneali, cheratiti, iriti. Il paziente può presentare rinite vasomotoria con idrorrea monolaterale e starnutazione talvolta molto intensa. La mucosa appare congesta ed edematosa.

Nella nevralgia del nervo di Jacobson il paziente riferisce un dolore acuto localizzato al

cavo del timpano, indotto da stimolazione del condotto uditivo esterno o della membrana timpanica.

Nella nevralgia del nervo grande occipitale di Arnold il paziente riferisce dolore monolaterale, con possibile estensione all'emifaccia, con crisi parossistiche intervallate da periodi di benessere completo, oppure con andamento continuo o subcontinuo. La zona interessata è quella retronucleare, estesa fino al vertice, con interessamento sporadico del padiglione auricolare per sovrapposizione di fibre periferiche⁽⁴⁾.

La nevralgia della corda del timpano, nella pratica clinica, è difficilmente differenziabile dalla nevralgia del nervo di Jacobson anche per la non costante disgeusia monolaterale. Il paziente riferisce un dolore violento sul fondo del condotto uditivo esterno.

Nella sindrome di Sluder, provocata da una sofferenza del ganglio sfenopalatino, sono presenti manifestazioni dolorose ad insorgenza improvvisa, unilaterali, localizzate in corrispondenza della radice del naso, irradiate alla regione orbitaria e al terzo posteriore della fossa nasale, associate ad idrorrea nasale, starnutazione, iperemia congiuntivale e lacrimazione. E' più frequente nel sesso femminile, talora secondaria a una sinusite dei compartimenti posteriori.

Affezioni muscolo-scheletriche causa di dolore

Algie muscolo-scheletriche a partenza dal complesso osteo-muscolare ioideo possono essere scatenate dalla deglutizione, dal movimento della laringe e dalla palpazione del corno dell'osso ioide.

Patologie sia osteo-articolari, a carico delle articolazioni unco-vertebrale e delle apofisi trasverse, sia delle strutture muscolari paravertebrali e del plesso simpatico cervicale sono fra le cause più frequenti di dolore occipito-nucleare con irradiazioni parietali, frontali, retrorbitarie e talora alle spalle e agli arti superiori.

Alterazioni morfo-funzionali e patologie dell'articolazione temporo-mandibolare (ATM)⁽⁵⁾ sono spesso causa di dolore locale che frequentemente si associa ad otalgia, cefalea, parestesie ed acufeni (sindrome di Costen). Lesioni degenerative possono riscontrarsi a carico delle strutture muscolari, ligamentose e del disco interarticolare⁽⁶⁾, come esito di traumatismi, artriti e sovraccarico meccanico (malocclusioni dentarie, eccessiva tensione muscolare). In particolare si segnala come alla base dei microtraumatismi vi siano errate abitudini quali il

bruxismo, il digrignamento e l'eccessivo uso dell'articolazione (legato all'abuso di gomme da masticare).

Dolore infiammatorio-infettivo causa di dolore

Patologie dentali e parodontali determinano algie mediate dalla II e III branca del trigemino, che costituiscono sicuramente la forma più comune di esperienza dolorosa. Pulpiti, periodontiti, ascessi dentali, etc., determinano l'insorgenza di dolore molto spesso non solo locale, ma irradiato alle zone cutanee della branca colpita o, addirittura, talvolta può estendersi alle altre due branche trigeminali, ponendo problemi di diagnostica differenziale.

Il dolore conseguente a processi infiammatori naso-sinusali è una delle principali cause per cui viene richiesta una visita otorinolaringoiatrica. Le zone algogene sono rappresentate dai turbinati e dagli osti sinusali (in particolare l'ostio del seno mascellare), mentre la mucosa dei seni paranasali è sostanzialmente insensibile⁽⁷⁾. In genere si tratta di un dolore persistente, torpido, non pulsante, che si accentua per variazioni pressorie (tosse, starnuti, cambiamenti di posizione della testa). E' frequentemente associato a post nasal drip ed alla presenza di un essudato purulento nelle cavità nasali (in particolare nel meato medio).

Oltre a processi infiammatori propri dell'orecchio esterno e dell'orecchio medio responsabili di otodinia, il dolore auricolare può essere di natura riflessa, indotto da patologie localizzate a distanza; tra queste meritano di essere ricordate le lesioni infiammatorie o ulcerative della lingua, dei denti, della regione tonsillare e di quella faringo-laringea.

Tra le vasculiti responsabili di dolore infiammatorio si ricordano la carotidodinia e l'arterite temporale⁽⁸⁾. La prima si riscontra sia in adolescenti sia in adulti, con uguale frequenza nei due sessi; si caratterizza per la presenza di dolore in regione latero-cervicale, in corrispondenza della biforcazione dell'arteria carotide, che si irradia all'emifaccia e talora alla fronte. Alla palpazione l'asse carotideo si presenta spesso tumefatto. L'arterite temporale (arterite di Horton) colpisce tipicamente le donne sopra i 55 anni di età. Si caratterizza, da un punto di vista clinico, per la presenza di dolore monolaterale in sede temporo-parietale, associato a tumefazione locale e a disturbi masticatori. Se non trattata può complicarsi con disturbi visivi fino alla cecità.

Processi infiammatori delle ghiandole salivari sono spesso causa di algia locale. In particolare la

parotite epidemica (ad etiologia virale) si distingue rispetto alle scialoadeniti batteriche, oltre che per il frequente interessamento contemporaneo di entrambe le parotidi, per la presenza di una sensazione di tensione dolorosa che non si accentua alla palpazione.

Dolori irradiati di origine bulbare sono rari; molto più frequente è il caso di algie oculari distrettuali dovute a glaucoma, erosioni corneali, iridoclititi, patologia retro-bulbare, etc. Frequenti sono le cefalee di origine oculare dovute a errori di rifrazione e turbe della muscolatura.

Considerazioni conclusive

Il ruolo dell'otorinolaringoiatra nelle algie cranio-facciali non può essere limitato alla diagnostica delle sole etiologie riconducibili alla nostra specialità. Spesso interpellato, l'otorinolaringoiatra deve essere in grado di riconoscere un'affezione delle strutture limitrofe, ma anche di formulare la diagnosi di emicrania o di algia di origine vascolare. Egli deve anche saper consigliare il paziente e guidarlo, addirittura affidarlo a un medico di una specialità affine, quali il neurologo o il neurochirurgo. E' nella stessa ottica di collaborazione che deve inquadrarsi il trattamento delle algie cranio-facciali.

Bibliografia

- 1) Prasad S, Galetta S. *Trigeminal neuralgia: historical notes and current concepts*. Neurologist, 2009 Mar; 15(2): 87-94. Review.
- 2) Zakrzewska JM. *Facial pain: an update*. Curr Opin Support Palliat Care, 2009 Jun; 3(2): 125-30. Review.
- 3) Raina D, Gothi R, Rajan S. *Eagle syndrome*. Indian J Radiol Imaging, 2009 Apr-Jun; 19(2): 107-8.
- 4) Caminero AB, Mateos V. *A clinical approach to cranial neuralgias*. Rev Neurol, 2009 Apr 1-15; 48(7): 365-73. Review.
- 5) Bakke M. *Temporomandibular dysfunction causes orofacial pain*. Ugeskr Laeger. 2010 Nov 1; 172(44): 3037-9.
- 6) Shintaku W, Enciso R, Broussard J, Clark GT. *Diagnostic imaging for chronic orofacial pain, maxillo-facial osseous and soft tissue pathology and temporomandibular disorders*. J Calif Dent Assoc. 2006 Aug; 34(8): 633-44.
- 7) Serra A, Cocuzza S, Messina A, Maiolino L, Ferlito S, Grillo C, Nanè S, Grillo C. *Ruolo dei radicali liberi nella patogenesi del dolore cranio-facciale nella rinosinusite cronica riacutizzata*. Acta Medica Mediterranea, 2010; 26: 51.
- 8) Blot M, Guépet H, Aubriot-Lorton MH, Pfitzenmeyer P, Manckoundia P. *An atypical case of giant cell arteritis (Horton's disease) associated with facial swelling, confusion, and pericarditis in an elderly woman*. J Am Geriatric Soc. 2010 Oct; 58(10): 2040-1.

Request reprints from:

Prof. CALOGERO GRILLO

Via Delle Rose, 18

95030 sant'Agata li Battiati (CT)

(Italy)