

TABLOUL CLINIC ȘI DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL DURERILOR OROFACIALE

Rotaru Doina,
student anul V, Facultatea de Stomatologie
Mostovei Mihail,
asist. univ., Catedra de stomatologie ortopedică „Ilarion Postolachi”
Chele Nicolae,
dr.hab. șt. med., prof.univ., Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”
Mostovei Andrei,
dr.șt.med., conf.univ., Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”
Fachira Andrei,
asist., univ., Catedra de stomatologie ortopedică „Ilarion Postolachi”
<https://doi.org/10.53530/1857-1328.21.58.08>

Rezumat

Conform literaturii de specialitate cele mai des întâlnite dureri orofaciale care nu își au originea în structurile sistemului stomatognat, dar care sunt întâlnite în cabinetele medicilor stomatologi sunt durerea de tip tensional, nevralgia trigeminală și migrena. Prin urmare, sarcina noastră principală este să facem diferențierea între durerile faciale de origine stomatologică, care sunt în competența noastră de a le menaja și celelalte patologii dureroase orofaciale, care necesită solidarizarea mai multor specialiști. Durerea facială de origine stomatologică, fie ea musculară sau articulară, are calitățile unei dureri somatice profunde, apare întotdeauna în urma unui eveniment recent (traumă, fractură dentară, tratament stomatologic, schimbări ocluzale), este însoțită de perturbarea funcțiilor (masticăție, fonație) și adesea cauzează limitarea mișcărilor mandibulare. Prezența structurilor musculare, articulare, vasculare și neurologice într-un teritoriu anatomic restrâns îngreunează adesea stabilirea corectă a diagnosticului din care motiv abordarea interdisciplinară este inevitabilă și recomandată.

Cuvinte cheie: durere, disfuncție temporomandibulară, diagnostic

Introducere

Durerea este o problemă de sănătate publică și constituie primul motiv de a solicita o consultație medicală. Dacă durerile dentare sunt bine menajate de specialiștii din domeniul stomatologic, diagnosticul și tratamentul altor dureri orofaciale, atât acute, cât și cronice, rămâne a fi unul mult mai complex.

CLINICAL FEATURES AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OROFACIAL PAIN

Rotaru Doina,
5th year student, Faculty of Dentistry
Mostovei Mihail,
univ. assist., Department of Prosthetic Dentistry „Ilarion Postolachi”
Chele Nicolae,
dr.hab. of med. science, univ. prof., Department of oro-maxillo-facial surgery and oral implantology „Arsenie Guțan”
Mostovei Andrei,
Phd., assoc. prof., Department of oro-maxillo-facial surgery and oral implantology „Arsenie Guțan”
Fachira Andrei,
univ. assist., Department of Prosthetic Dentistry „Ilarion Postolachi”

Summary

According to the literature, the most common orofacial pains whose origin are not in the structures of the stomatognathic system, but which are encountered in the offices of dentists are tension pain, trigeminal neuralgia and migraine. Therefore, our main task is to differentiate between facial pain of dental origin, which are in our competence to manage them and other painful orofacial pathologies, which require the cooperation of several specialists. Facial pain, whether muscular or joint origin, has the qualities of a deep somatic pain, always occurs after a recent event (trauma, dental fracture, dental treatment, occlusal changes), is accompanied by disruption of functions (mastication, phonation) and it often causes limited mandibular movements. The presence of muscular, articular, vascular and neurological structures in a restricted anatomical territory often makes difficult to establish the correct diagnosis, that's why the interdisciplinary approach is inevitable and recommended.

Keywords: pain, temporomandibular dysfunction, diagnosis

Introduction

Pain is a public health problem and it is the first reason to seek medical advice. If dental pain is well managed by specialists in the field of dentistry, the diagnosis and treatment of other orofacial pain, both acute and chronic, remains much more complex. Epidemiological studies have shown that up to a quarter of the population has orofacial pain (dental pain is excluded) and up to 11% of it is chronic [18].

Studiile epidemiologice au demonstrat că până la un sfert de populație acuză durere orofacială (se exclude durerea dentară) și până la 11% din aceasta este cronică [18].

Importanța temei este considerabil amplificată de evoluția rapidă a condițiilor de viață. Astăzi, întreaga societate suferă schimbări esențiale în cele mai diverse domenii, toate aceste transformări fiind însoțite de un stres pe care individul îl suportă nu doar la nivel psihic dar și fizic.

Durerea orofacială de origine stomatologică provine de la componentele sistemului masticator, atât cele intraorale (dinți, țesuturi moi), cât și cele extraorale (mușchi, articulație temporo-mandibulară). Este o durere somatică de tip superficial (**își are originea în țesuturile cutanate și mucogingivale**) sau de tip profund (durerea dentară, musculară și articulară) și poate căpăta, ca în oricare țesut, un aspect acut sau cronic [6, 7, 12].

După durerea odontogenă, disfuncțiile temporo-mandibulare sunt una dintre cele mai frecvente cauze de durere orofacială și au, de asemenea, potențialul de a produce dureri cronice. Conform mai multor studii, aproximativ 60-70% din populația generală prezintă cel puțin un semn de tulburare temporo-mandibulară, iar între 3,6 și 7% din populație au disfuncții temporo-mandibulare destul de semnificative pentru a fi tratate [1, 3]. Durerea musculară masticatorie este mult mai frecventă ca durerea articulară și este motivul principal al durerii cronice non-odontogene orofaciale în rândul populației. Aceasta a devenit o problemă socială considerabilă, care afectează aproximativ 12-14% din populația adultă și este de 1,5-2 ori mai frecventă la femei decât la bărbați. Durerea musculară este cauza unei cefalei la aproximativ 38% dintre adulți [16].

Pe lângă acestea, sunt descrise o varietate de patologii dureroase orofaciale care nu au origine stomatologică (neuropatice, vasculare și neurovasculare) dar care sunt frecvent întâlnite în cabinetele medicilor stomatologi și sunt, din punct de vedere clinic, cel mai des confundate cu durerile stomatologice. De exemplu, cefalea de tip tensional sau migrena sunt diagnosticate greșit ca sinuzită cronică sau disfuncție temporo-mandibulară, nevralgiile trigeminale sau cefalea în ciorchine sunt confundate cu patologia dentară [10, 13, 19]. Prin urmare, un diagnostic eronat va duce la stabilirea unui plan de tratament incorect, fapt care denotă o progresie a patologiei respective și apariția unor complicații care vor necesita ulterior o abordare mult mai complexă și de lungă durată [4, 17].

De-a lungul anilor, multiple asociații au propus clasificări și criterii de diagnosticare a durerilor faciale, care să faciliteze examinarea și gestionarea acestor pacienți. În prezent există 4 sisteme majore de bază: IASP (Asociația Internațională pentru studiul durerii), ICHD-3 (Clasificarea Internațională a durerilor de cap), AAOP (Academia Americană a durerilor orofaciale) și DC/TMD (Criterii de diagnostic

The importance of the theme is considerably amplified by the rapid evolution of living conditions. Today, the whole society undergoes essential changes in the most diverse fields, all these transformations being accompanied by a stress that the individual endures not only mentally but also physically.

Orofacial pain of dental origin comes from the components of the masticatory system, both intraoral (teeth, soft tissues) and extraoral (muscles, temporo-mandibular joint). It is a somatic pain of superficial type (that has its origin in the cutaneous and mucogingival tissues) or of deep type (dental, muscular and articular pain) and can acquire, as in any tissue, an acute or chronic aspect [6, 7, 12].

After odontogenic pain, temporo-mandibular dysfunctions are one of the most common causes of orofacial pain and also have the potential to cause chronicity. According to several studies, approximately 60-70% of the general population has at least one sign of temporo-mandibular disorder, and between 3.6 and 7% of the population have quite significant temporo-mandibular dysfunctions to be treated [1, 3]. Masticatory muscle pain is much more common than joint pain and is the main reason for chronic orofacial non-odontogenic pain in the population. It has become a considerable social problem, affecting about 12-14% of the adult population and it is 1.5-2 times more common in women than in men. Muscle pain is the cause of a headache in about 38% of adults [16].

In addition, a variety of orofacial painful pathologies are described that do not have a dental origin (neuropathic, vascular and neurovascular) but are frequently found in dentist's offices and are, from a clinical point of view, most often confused with stomatologic pain. For example, tension-type headache or migraine are misdiagnosed as chronic sinusitis or temporo-mandibular dysfunction, trigeminal neuralgia or cluster headache are confused with dental pathology [10, 13, 19]. Therefore, a misdiagnosis will lead to the establishment of an incorrect treatment plan, which indicates a progression of that pathology and the emergence of complications that will subsequently require a much more complex and long-term approach [4, 17].

Over the years, multiple associations have proposed classifications and criteria for diagnosing facial pain, to facilitate the examination and management of these patients. There are currently 4 major basic systems: The International Association for the Study of Pain-IASP, The International Classification of Headache Disorders-ICHD-3, The American Academy of Orofacial Pain-AAOP and The Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders-DC / TMD [11].

The DC / TMD system has proven to be a predominant choice in the field of dentistry, as it supports a wide range of clinical examination and diagnostic procedures. The DC / TMD classification scheme includes 2 categories: pain-related tempo-

pentru disfuncțiile temporo-mandibulare)[11].

Sistemul DC/TMD s-a dovedit a fi unul de elecție în practica medicului stomatolog, întrucât susține o gamă largă de proceduri de examinare clinică și de diagnosticare. Schema de clasificare DC/TMD cuprinde 2 categorii: tulburări temporo-mandibulare legate de durere (mialgia, artralgia și durerile de cap asociate cu DTM) și disfuncțiile temporo-mandibulare intraarticulare. Mai mult ca atât, acesta este unicul sistem care evaluează impactul durerii asupra aspectului psihosocial și comportamental al pacientului [9].

Material și metode

În studiu au fost incluși 20 pacienții (16 femei și 4 bărbați), cu vârsta cuprinsă între 17-55 de ani, cu proveniență atât din mediu rural, cât și cel urban, a căror motiv al adresării la medic a fost prezența durerii orofaciale. Toți pacienții au fost supuși examenului clinic subiectiv (prin intermediul chestionarelor propuse de DC/TMD) și examenului clinic obiectiv, astfel evaluând atât starea fizică, cât și starea psihologică și comportamentală a acestora. În urma examinării, 10 pacienți (50%) au fost diagnosticați cu durere musculară locală (în limitele unui singur mușchi), 4 cu durere miofascială, 3 femei cu cefalee de tip tensional, 2 paciente cu artrită acută ATM și 1 cu distonie oromandibulară.

În cadrul examenului clinic, prin inspecție a fost examinată postura pacienților, a fost evaluat unghiul craniocervical (format din intersecția liniei orizontale care trece prin C7 și o linie care se extinde de la tragusul urechii la C7) (fig.1) și au fost palpați și evaluați din punct de vedere funcțional toți mușchii masticatori (fig.2).

O deschidere redusă a cavității bucale este considerată a fi orice distanță mai mică de 40 mm, cu unele particularități la persoanele în vârstă. Acest diapazon a fost măsurat cu ajutorul unui șubler plasat între incisivii superiori și cei inferiori în poziția maximal deschisă a cavității bucale (fig.3). S-a măsurat dimensiunea confortabilă de deschidere (până la apariția durerii) și dimensiunea maximă de deschidere (în prezența durerii). În cazul în care a fost prezentă restricționarea mișcării, s-a evaluat sensibilitatea acesteia care poate fi reprezentată din punct de vedere clinic prin 2 forme: *soft end feel* și *hard end feel*. Au fost plasați degetul mare și cel arătător între dinții superiori și inferiori ai pacientului și s-a aplicat o forță blândă, constantă, în încercarea de a crește pasiv distanța interincisivală (fig.4). În-



Fig. 1. Valoarea unghiului craniocervical de 46,7 denotă o ușoară postură a capului înainte [14]

Fig. 1. The value of the craniocervical angle of 46.7 indicates a slight forward head posture [14]

ro-mandibular disorders (myalgia, arthralgia and TMD-associated headaches) and intra-articular temporo-mandibular dysfunctions. Moreover, it is the only system that evaluates the impact of pain on the psychosocial and behavioral aspect of the patient [9].

Material and methods

The study included 20 patients (16 women and 4 men), aged 17-55 years, from both rural and urban areas, whose reason for going to the doctor was the presence of orofacial pain. All patients underwent subjective and objective clinical examination, thus assessing both their physical condition and their psychological and behavioral condition. Following the examination, 10 patients (50%) were diagnosed with local muscle pain (within a single muscle), 4 with myofascial pain, 3 women with tension-type headache, 2 patients with acute ATM arthritis and 1 with oromandibular dystonia.

During the clinical examination, the posture of the patients was examined by inspection, the craniocervical angle (formed by the intersection of the horizontal line passing through C7 and a line extending from the tragus of the ear to C7) was evaluated (fig.1) and all masticatory muscles were palpated. and functionally evaluated (fig.2)

A small opening of the oral cavity is considered to be any distance less than 40 mm, with some peculiarities in the elderly. This range was measured using a caliper placed between the upper and lower incisors in the maximum open position of the oral cavity (fig.3). The comfortable opening size (until the onset of pain) and the maximum opening size (in the presence of pain) were measured. If movement restriction was present, its sensitivity was assessed which can be clinically represented by 2 forms: soft end feel and hard end feel. The thumb and forefinger were placed between the patient's upper and lower teeth and a gentle, constant force was applied in an attempt to passively increase the interincisive distance (fig.4). As these limitations are frequently accompanied by deflection, it was important to also examine the trip of the chin in opening and closing the oral cavity. Subsequently, the left and right lateral movements, the protrusion of the mandible were evaluated and the functional loading tests of the ATM by Dawson and the muscular loading test for the lateral pterygoid muscles were performed (fig. 5). These methods will help us in highlighting an intracapsular dysfunction, the presence of edema in

trucât aceste limitări sunt însoțite frecvent de deflecție, s-a examinat, la fel, și excursia mentonului la deschiderea și închiderea cavității bucale. Ulterior s-au evaluat mișcările de lateralitate stângă și dreaptă, protruzia mandibulei și s-au realizat testele de încărcare funcțională a ATM după Dawson și testul de încărcare musculară pentru mușchii pterigoidieni laterali (fig.5). Aceste metode ne vor ajuta în evidențierea unei disfuncții intracapsulare, prezența edemului în țesuturile retrodiscale sau o patologie locală a mușchiului pterigoidian lateral [2].

Pacienții, care au fost diagnosticați prezumtiv cu disfuncție temporo-mandibulară, li s-a efectuat tomografia computerizată cu fascicol conic (CBCT) pentru a evalua schimbările morfologice ale structurilor osoase din cadrul ATM, folosind ca metodă de apreciere și de măsurare a spațiilor articulare cea a lui Kazumi Ikeda [5, 8]. Persoanele cu cefalee de tip tensional și paciența cu distonie, au fost supuși examenului electromiografic de suprafață pentru a înregistra activitatea musculară și a determina anumite schimbări în electroactivitatea mușchilor în dependență de distribuția și intensitatea contactelor ocluzale.

Rezultate și discuții

Pacienții diagnosticați cu cefalea de tip tensional au prezentat o durere episodică, bilaterală, constrictivă la nivelul regiunii temporale. La examenul clinic s-a determinat hipertrofia mușchilor temporali și maseteri. Rezultatele electromiografiei nu au demonstrat o creștere a duratei și intensității în activitatea bioelectrică pentru mușchii temporali. La o pacientă a fost prezentă tumefacția în regiunea temporală și am luat în considerare arterita temporală ca diagnostic diferențial, unde durerea are caracter pulsatil, este



Fig. 2. Palparea mușchiului sternocleidomastoidian din dreapta

Fig. 2. Palpation of the right sternocleidomastoid muscle



Fig. 3. Evaluarea amplitudinii maxime de deschidere a cavității bucale

Fig. 3. Evaluation of the maximum amplitude opening of the oral cavity



Fig. 4. Verificarea sensibilității de deschidere maximală. S-a aplicat o presiune slabă, constantă timp de aproximativ 5-10 secunde.

Fig. 4. Checking the "End Feel." Gentle but steady pressure is placed on the lower incisors for approximately 5 to 10 seconds.

the retrodiscal tissues or a local pathology of the lateral pterygoid muscle [2].

Patients, who were presumably diagnosed with temporomandibular dysfunction, underwent conical beam computed tomography (CBCT) to assess morphological changes in bone structures within the TMJ, using the method of Kazumi Ikeda for assessing and measuring joint spaces [5, 8]. People with tension-type headaches and patients with dystonia were subjected to a surface electromyographic examination to record muscle activity and determine certain changes in muscle electroactivity depending on the distribution and intensity of occlusal contacts.

Results and discussions

Patients diagnosed with tension-type headache presented with episodic, bilateral, constrictive pain in the temporal region. At the clinical examination, the hypertrophy of the temporalis and masseter muscles was determined. Electromyography results did not show an increase in the duration and intensity of bioelectrical activity for the temporal muscles. In one patient, swelling was present in the temporal region and we considered temporal arteritis as a differential diagnosis, where the pain is pulsating, usually unilateral and has no effect on

the biomechanical functions.

The diagnosis of oromandibular dystonia was confirmed by EMG, which reveals multiple muscle contractions at rest (fig.6). The patient with oromandibular dystonia and those with tension-type headaches for which no dental cause was determined were referred to be examined by a neurologist, where they received general drug treatment, following which they showed a slight improvement in symptoms.

de regulă unilaterală și este irelevantă funcțiilor biomecanice.

Diagnosticul de distonie oromandibulară a fost confirmat prin EMG, care relevă multiple contracții musculare în repaus (fig.6). Pacienta cu distonie oromandibulară și cei cu cefalee de tip tensional cărora nu li s-a determinat vre-o cauză stomatologică au fost îndrumați să se examineze la medicul neurolog, unde au primit tratament medicamentos general, în urma căruia au prezentat o ușoară ameliorarea a simptomatologiei.

În cazul pacienților cărora li s-a identificat durere miofascială, 3 dintre aceștia au avut ca acuză principală o durere în zona pretragiană (fig.7), sursa acesteia fiind mușchiul trapez în 2 cazuri și maseter într-un caz. Aceștia nu au prezentat nici o problemă dentară sau ocluzală și li s-a recomandat o consultație la kinetoterapeut. O pacientă, care a prezentat durere în zona unghiului mandibulei, sursa fiind mușchiul sternocleidomastoidian și malocluzie acută asociată cu probleme dentare, a fost informată de necesitatea unui tratament ortodontic. În cazul durerii miofasciale cu sursa în mușchiul maseter, s-a confirmat prezența parafuncțiilor diurne și nocturne. Pacienta prezenta și durere la palparea mușchilor temporali și pterigoidinei mediali cu predilecție pe partea dreaptă însă durerea rămânea în limitele mușchiului palpat. S-a confecționat gutieră plată de miorelaxare și s-au dat indicații de urmărire a episoadelor de parafuncții diurne. S-a recomandat evitarea alimentelor dure, deschiderea largă a cavității bucale și s-au indicat analgetice pe o perioadă de 3-4 zile (Ibuprofen 200mg/2 pe zi).



Fig. 5. Pacientul efectuează protruzia mandibulei împotriva rezistenței oferite de examiner

Fig. 5. The patient performs the protrusion of the mandible against the resistance offered by the examiner

In the case of patients with myofascial pain, 3 of them had pain in the pre-auricular area as the main complaint (fig.7), its source being the trapezius muscle in 2 cases and masseter in one case. They did not have any dental or occlusal problems and were referred to see a physiotherapist. One patient, who presented with pain in the angle of the mandible, the source being the sternocleidomastoid muscle and acute malocclusion associated with dental problems, was informed of the need for orthodontic treatment. In the case of myofascial pain with the source in the masseter muscle, the presence of diurnal and nocturnal parafunctions were confirmed. The patient also presented pain on palpation of the temporalis muscles and medial pterygoid with predilection on the right side, but the pain remained

within the limits of the palpated muscle. A flat patch for myorelaxation was made and indications were given to follow the episodes of diurnal parafunctions. It was recommended to avoid hard foods and wide opening of the oral cavity. Analgesics were indicated for a period of 3-4 days (Ibuprofen 200mg / 2 per day).

From the patients diagnosed with local myalgia, in 5 patients the loading test for the lateral pterygoid muscle was positive and soft end opening sensitivity was detected. The deprogrammer (Lucia Jig) was applied for 20 minutes after which the dental contacts were examined. Flat hard splints were made at night and self-monitoring of daytime parafunctions were recommended. Patients were re-examined after

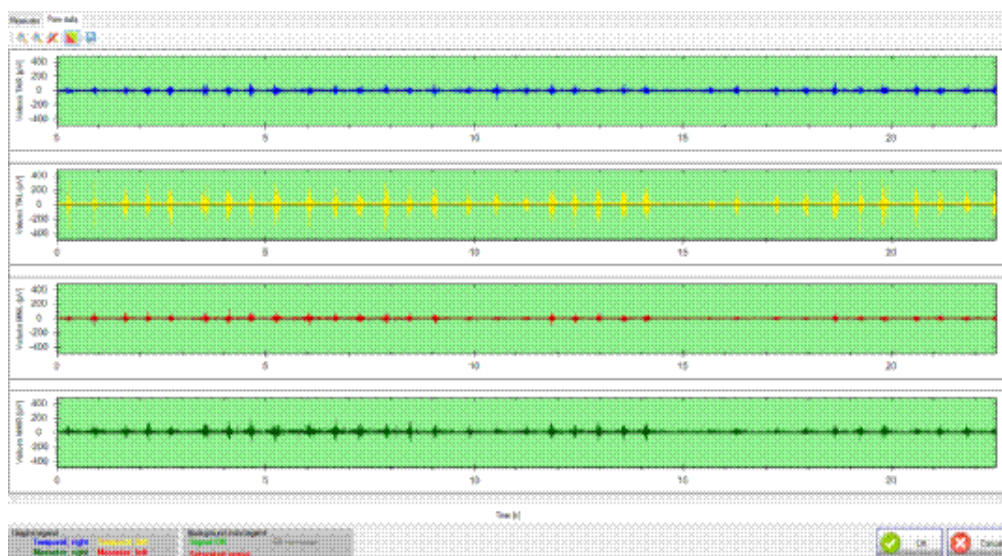


Fig. 6. Con tracție involuntară a mușchilor masticatori în distonie oro-mandibulară.

Fig. 6. Involuntary contraction of the masticatory muscles in oro-mandibular dystonia.



Fig. 7. Durere referită. A. Palparea mușchiului trapez cauzează durere în zona pretragiană B. Palparea mușchiului sternocleidomastoidian cauzează durere în unghiul mandibulei

Fig. 7. Referred pain. A. Palpation of the trapezius muscle causes pain in the pretragian area B. Palpation of the sternocleidomastoid muscle causes pain in the angle of the mandible



Fig. 8. Artrită acută a articulației temporo-mandibulare. A) Imposibilitatea intercuspidării maxime din cauza edemului retrodiscal. B) lipsa spațiului intraarticular cu procese degenerative la nivelul articulației.

Fig.8. Acute arthritis of the temporomandibular joint. A) Impossibility of maximum intercuspidation due to retrodiscal edema. B) lack of intra-articular space with degenerative processes in the joint.

Pentru persoanele diagnosticate cu mialgie locală, la 5 pacienți testul de încărcare pentru mușchiul pterigoidian lateral a fost pozitiv și s-a depistat sensibilitate de deschidere de tip *soft end*. S-a aplicat deprogramatorul (Lucia Jig) pe 20 min după care s-au examinat contactele dentare. S-au confecționat gutiere dure plate pe timp de noapte și s-a recomandat autocontrolul parafunțiilor diurne. Pacienții au fost reexaminați peste 2 săptămâni unde s-a observat o ameliorare a simptomelor.

Pacienta cu artrită acută s-a prezentat cu dureri pronunțate, localizate pretragian, devierea mandibulei din contul edemului și tumefacției locale (fig. 9a), limitarea deschiderii cavității bucale. S-a realizat diagnosticul diferențial cu limfadenita și parotidita acută. Datorită edemului retrodiscal, pacienta nu putea închide cavitatea bucală în intercuspidare maximă. Pe radiografia panoramică se atestă mărirea spațiului retrodiscal pe stânga. S-a indicat medicație antimicrobiană și antiinflamatorie. Peste 7 zile s-a atestat simptomatikă ușoară, cavitatea bucală se închide în intercuspidare maximă iar tomografia computerizată a articulației temporo-mandibulare relevă lipsa

2 weeks, where an improvement in symptoms was observed.

The patient with acute arthritis presented with pronounced pain, located in the pre-auricular region, deviation of the mandible due to local edema and swelling (fig.8a), limiting the opening of the oral cavity. The differential diagnosis was made with lymphadenitis and acute mumps. Due to the retrodiscal edema, the patient could not close the oral cavity in maximum intercuspidation. The panoramic radiograph shows the enlargement of the retrodiscal space on the left. Antimicrobial and anti-inflammatory medication has been indicated. After 7 days there were mild symptoms, the oral cavity closes in maximum intercuspidation and the computed tomography of the temporo-mandibular joint reveals the lack of intraarticular space with degenerative phenomenon at the left TMJ (fig.8b).

Despite the fact that facial pain is a condition that affects the social life and psycho-emotional state of the patient, the dental field remains quite narrow, as both the tools and technologies used and the capabilities of the dentist are quite limited. Therefore,

spațiului intraarticular cu fenomene degenerative la nivelul ATM pe stânga (fig. 8b).

În pofida faptului că durerea facială este o stare ce afectează viața socială și starea psiho-emoțională a pacienului, domeniul stomatologic rămâne a fi unul destul de îngust, în măsura în care atât instrumentele și tehnologiile utilizate cât și capacitățile medicului stomatolog sunt destul de limitate. Prin urmare, sarcina noastră principală este să facem diferențierea între durerile faciale de origine stomatologică, care sunt în competența noastră de a le menaja și celelalte patologii dureroase orofaciale, care necesită conlucrarea mai multor specialiști.

Concluzie

Teritoriul anatomic limitat cu prezența structurilor multiple face dificil diagnosticul diferențial al durerilor regiunii OMF. Acestea pot fi atât de origine stomatologică precum și neurologică, vasculară, etc. Astfel stabilirea diagnosticului și planului de tratament necesită colaborarea mai multor specialiști precum medici ORL, neurologi, stomatologi. Durerea facială de origine stomatologică, fie ea musculară sau articulară, are calitățile unei dureri somatice profunde, apare întotdeauna în urma unui eveniment recent (traumă, fractură dentară, tratament stomatologic, schimbări ocluzale), este însoțită de perturbarea funcțiilor (masticatie, fonație) și adesea cauzează limitarea mișcărilor mandibulare, spre deosebire de durerile neuropatice, neurovasculare și vasculare, unde durerea se manifestă foarte variat atât în calitate, cât și în severitate (începând de la o ușoară senzație de ardere, până la o durere insuportabilă și chinuitoare pentru pacient), adesea nu-și schimbă intensitatea în timpul dinamicii mandibulare și nu se depistează nici o modificare patologică la nivelul componentelor sistemului stomatognat. Particularitățile de bază care ne sugerează o durere de ordin muscular sunt calitatea deprimantă și localizarea variabilă a durerii, precum și prezența restricției musculare (soft end feel) în contrast cu durerea articulară care prezintă o localizare exactă, **este însoțită frecvent de edem sau/și tumefacție în regiunea pretragiană și restricție intracapsulară, cauzată de rezistența structurilor intraarticulare (hard end feel).**

Bibliografie / Bibliography

1. Carlsson GE. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 1999;13(4):232-237.
2. Dawson, Peter E. *Functional Occlusion: From TMJ to Smile Design.* Edinburgh: Elsevier Mosby, 2006.
3. Dimitroulis G. Temporomandibular disorders: a clinical update. *BMJ.* 1998;317(7152):190-194. doi:10.1136/bmj.317.7152.190
4. Heo MS, An BM, Lee SS, Choi SC. Use of advanced imaging modalities for the differential diagnosis of pathoses mimicking temporomandibular disorders.

- Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003 Nov;96(5):630-8. doi: 10.1016/s1079-2104(03)00373-1. PMID: 14600701.
5. Ikeda, Kazumi. (2019). Occlusal Diagnosis and Treatment of TMD. 10.1007/978-3-319-99912-8_4.
 6. Jeffrey P. Okeson 7th ed "Bell's Oral and Facial Pain" USA, 2014, 897 p.
 7. Jeffrey P. Okeson: Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, Eighth Edition, Lexington, Kentucky, 2020, 479 p.
 8. Kazumi Ikeda; Akira Kawamura; Rennie Ikeda (2011). Assessment of Optimal Condylar Position in the Coronal and Axial Planes with Limited

our main task is to differentiate between facial pain of dental origin, which are in our competence to manage them and other painful orofacial pathologies, which require the cooperation of several specialists.

Conclusion

The anatomical territory limited by the presence of multiple structures makes the differential diagnosis of pain in the OMF region more difficult. They can be of dental as well as neurological, vascular, etc. origin. Thus, establishing the diagnosis and treatment plan requires the collaboration of several specialists such as ENT doctors, neurologists and dentists. Facial pain, whether muscular or joint origin, has the qualities of a deep somatic pain, always occurs after a recent event (trauma, dental fracture, dental treatment, occlusal changes), is accompanied by disruption of functions (mastication, phonation) and it often causes limited mandibular movements, as opposed to neuropathic, neurovascular, and vascular pain, where the pain manifests itself in a wide variety of qualities and severities (ranging from a slight burning sensation to unbearable and excruciating pain for the patient), often does not change its intensity during mandibular dynamics and no pathological changes are detected in the components of the stomatognathic system. The basic features that suggest a muscular pain are depressing quality and variable location of pain, as well as the presence of muscle restriction (soft end feel) in contrast to joint pain that has an exact location, is often accompanied by edema and / or swelling in the pre-auricular region and intracapsular restriction, caused by the strength of intra-articular structures (hard end feel).

- Cone-Beam Computed Tomography. , 20(6), 432-438. doi:10.1111/j.1532-849x.2011.00730.x
9. Klasser, Gary & Goulet, Jean-Paul & Laat, Antoon & Manfredini, Daniele. (2016). Classification of Orofacial Pain. 10.1007/978-3-319-28100-1_29-1.
 10. Matwychuk, Michael. (2004). Diagnostic challenges of neuropathic tooth pain. *Journal (Canadian Dental Association).* 70. 542-6.
 11. Renton T, Durham J, Aggarwal VR. The classification and differential diagnosis of orofacial pain. *Expert Rev Neurother.* 2012 May;12(5):569-76. doi: 10.1586/ern.12.40. PMID: 22550985.
 12. Reny de Leeuw (Author, Editor), Gary

- D. Klasser Orofacial Pain Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management, 6th Edition, USA, 2018, 327 p.
13. Schoenen, Jean. (2001). Differential diagnosis of facial pain. *Acta neurologica Belgica*. 101. 6-9.
 14. Shaghayegh Fard B, Ahmadi A, Maroufi N, Sarrafzadeh J. Evaluation of forward head posture in sitting and standing positions. *Eur Spine J*. 2016 Nov;25(11):3577-3582. doi: 10.1007/s00586-015-4254-x. Epub 2015 Oct 17. PMID: 26476717
 15. Vázquez-Delgado E, Cascos-Romero J, Gay-Escoda C. Myofascial pain syndrome associated with trigger points: a literature review. (I): Epidemiology, clinical treatment and etiopathogeny. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14(10):e494-e498. Published 2009 Oct 1. doi:10.4317/medoral.14.e494
 16. Wieckiewicz M, Zietek M, Smardz J, Zenczak-Wieckiewicz D, Grychowska N. Mental Status as a Common Factor for Masticatory Muscle Pain: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2017;8:646. Published 2017 May 9. doi:10.3389/fpsyg.2017.00646
 17. Xiao D, Feng X, Huang H and Quan H: Severe septic arthritis of the temporomandibular joint with pyogenic orofacial infections: A case report and review of the literature. *Exp Ther Med* 14: 141-146, 2017
 18. Y, Haviv, et al. "The impact of chronic orofacial pain on daily life: the vulnerable patient and disruptive pain". *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* (1).123 (2016): 58-66.
 19. Yoshinobu, S. (2018). Migraine masquerading as temporomandibular disorders: A case report / Yoshinobu Shoji and Harold V Cohen. *Universiti Teknologi MARA Cawangan Selangor*