

Introduzione alla Patologia Orale

Corso ASO ANDI

Dott. Marco Roghi

Patologia Orale

- Branca della medicina che si occupa della diagnosi e della terapia delle malattie che colpiscono la mucosa orale
- La Medicina Orale è la branca che si occupa invece delle ripercussioni di malattie sistemiche a livello del cavo orale

Zone anatomiche di interesse in Patologia Orale



(c) 2006, Michael A. Kahn, D.D.S.

Patologie o condizioni di più frequente riscontro in Patologia Orale:

- **Condizioni di varia natura** (BMS -sindrome della bocca che brucia-, xerostomia, disgeusia, glossite migrante, ecc)
- **Malattie infiammatorie croniche su base immunitaria** (lichen planus orale, pemfigoide mucoso, ecc)
- **Malattie infettive** (candida, HPV, HSV)
- **Tumori benigni di varia natura** (fibromi, ecc)
- **Condizioni precancerose** (leuco ed eritroplachie)
- **Osteite dei mascellari da bifosfonati**

BMS (burning mouth syndrome)

- **Sindrome della bocca che brucia:** probabilmente la condizione più frequente per la quale una paziente giunge all'osservazione del patologo orale



BMS: epidemiologia



Burning Mouth Syndrome

- Definizione: sensazione di **bruciore cronico** della lingua e altre mucose del cavo orale, apparentemente senza cause locali o sistemiche.
- Tale condizione può associarsi a sensazione di **bocca secca** (xerostomia) e **alterazione del gusto** (disgeusia).

BMS **idiopatica**

- La “vera” BMS: quella in cui non si riesce a risalire a nessuna causa (diagnosi per esclusione)
- Presenza di un fattore scatenante “odontoiatrico”
- Spesso la BMS si accompagna ad altre cause di stomatopirosi (bruciore bocca)

BMS idiopatica: **Criteri diagnostici** (Scala et al. 2003)

Bruciore orale bilaterale e diffuso che è:

1. Avvertito *profondamente* nella mucosa
2. Presente da almeno 4-6 mesi
3. Peggiora nell'arco della giornata
4. Non interferisce col sonno
5. Non peggiora, bensì migliora, mangiando e bevendo

Sedi (%n=154, van der Ploeg)

1. Punta della lingua (71)
2. Labbra (50)
3. Margini della lingua (46)
4. Dorso della lingua (46)
5. Palato (46)
6. Mucosa geniena (21)
7. Altre sedi (7-25)

BMS e xerostomia (sensazione di bocca secca)

- Presente nel 46-67% dei pazienti BMS
- Secondaria alla **depressione**
- Secondaria alla **terapia antidepressiva**
- Secondaria ad altre **terapie farmacologiche**
- Alterazioni salivari qualitative
- Alterazioni salivari quantitative

Usuali presidi terapeutici nella BMS...

- Antidepressivi (no: spesso sono concausa!)
- Ansiolitici (no: spesso sono concausa!)
- Acido alfa-lipoico (acido tioctico): *Tiobec* 200-400 mg/die (poco efficace)
- Terapie comportamentali e di supporto (??)



Ma cosa funziona *realmente* nella BMS?

- **Capsaicina** (BMS rara in India e Pakistan dove la dieta è ricca di *peperoncino*)
- **Approccio medico** *tranquillizzante*
- **Idratazione** > 2l/die



Peperoncino: ma come si usa?

Va usato in infusione!

- Infusione per 5' di peperoncino secco macinato



Sindrome aftosa recidivante



Sindrome aftosa recidivante: qualche consiglio

- Anamnesi familiare (!) e patologica remota
- Es. ematochimici: Fe, B12 e folati
- Terapia causale (se individuata)
- Non trattare (se intervalli ampi)
- **Clorexidina** (azione di prevenzione; effetti collat.)
- **Corticosteroidi topici** (az preventiva, effetti collat.)
- **Laser** (neodimio, diodi) nelle afte major anche posteriori
- **Oralmedic** (su afte minor anteriori, anche multiple)



Lichen planus orale

- La più frequente malattia infiammatoria cronica autoimmunitaria del cavo orale
- Mucose orali e genitali, cute
- Andamento imprevedibile, fattore scatenante: stress
- Eziologia indefinita (HCV, farmaci, amalgama)
- Deve essere simmetrica (altrimenti è reaz lichenoid)

Lichen planus orale: come si presenta



Lichen planus orale: come si presenta



Evoluzione LPO

- Andamento imprevedibile, lo stress è un fattore scatenante
- **periodi di remissione** anche molto lunghi
- Il LPO può **cancerizzare** (ma principalmente nelle forme erosive di vecchia data)

Management LPO

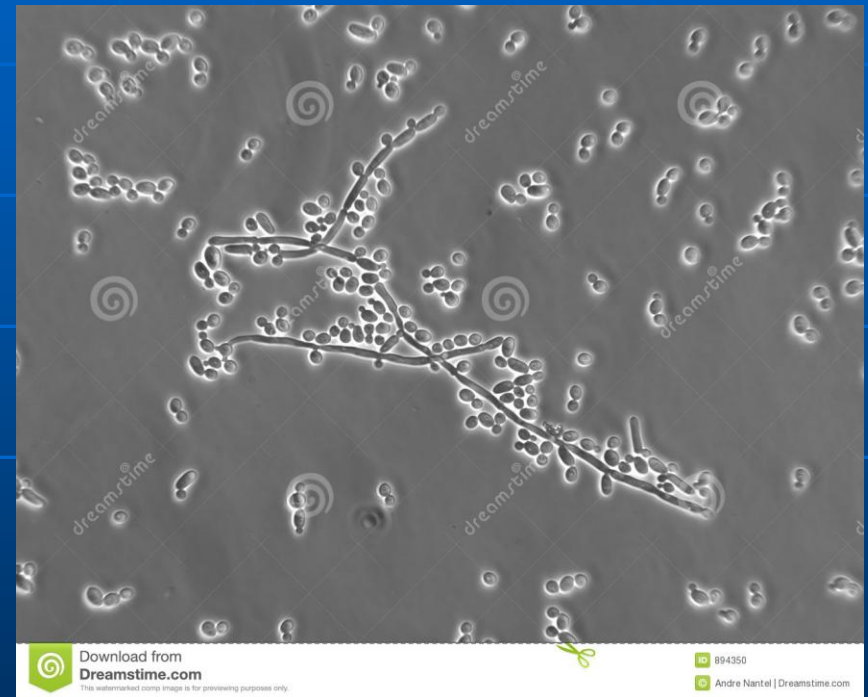
- *Prevedere una biopsia (spec nelle forme rosse ed ulcerative)*
- *No terapia* in assenza di sintomi
- *Terapia* (Triamcinolone, inibitori topici della Calcineurina, o Ciclosporina) solo nelle forme sintomatiche o in quelle ulcerative
- Follow-up (vedi tabella)

Follow-up LPO

- Ogni 2-3 mesi nelle forme ulcerative
- Ogni 6 mesi nelle forme a placca
- Ogni 8-12 mesi nelle forme reticolari
- A lungo andare le forme erosive possono cancerizzare

Candidosi

- L'infezione micotica più frequente
- *Candida albicans*
- **Saprofita** (presente nel 20-50% delle persone sane)
- **Fattori predisponenti** (disordini o patologie del sistema immunitario, steroidi, protesi mobili, alterazioni flora da atb)



Clinica candidosi: solo in pochissimi casi la candida è diagnosticabile con il solo esame clinico



La diagnosi della candidosi si basa su un esame di laboratorio che è il Tampone linguale

- **Tampone linguale**
(chiedendo sempre l'eventuale antibiogramma/antimicogramma)



Terapia della candidosi e prevenzione delle recidive

- *Su antimicogramma!*

Antimicotici x os (Fluconazolo 100 mg x 10 gg)

Prevenzione delle recidive:

Utilizzo di nistatina come collutorio

immersione quotidiana delle protesi mobili in una soluzione di **Amuchina 2%**, per 20', ovvero 20ml di prodotto per litro H₂O, poi sciacquare abbondantemente!



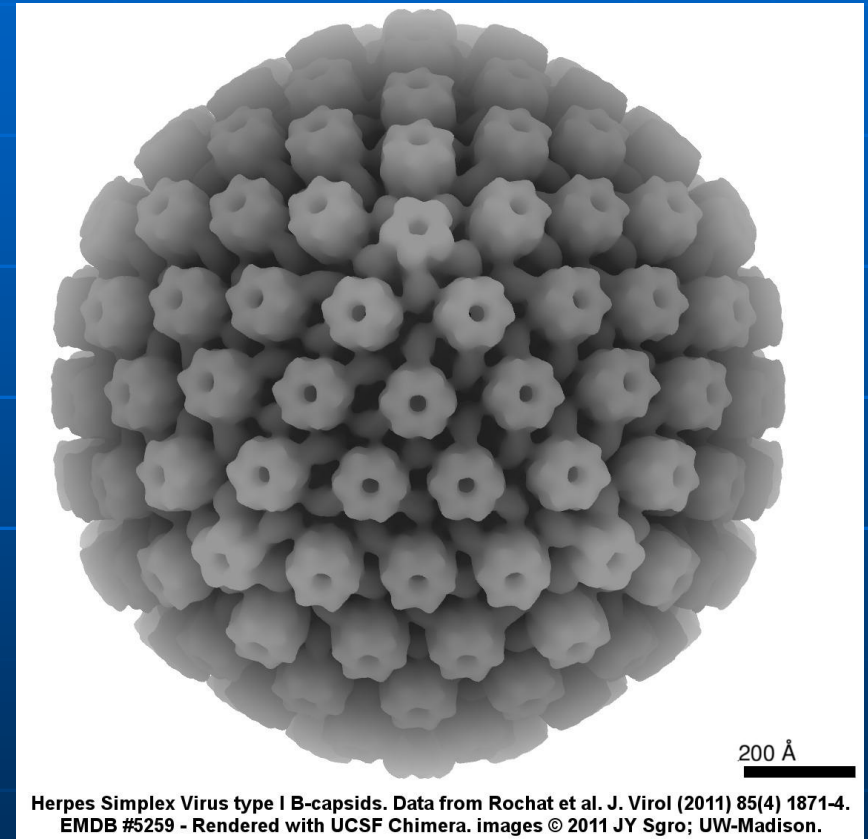
Herpes simplex



- Forme primarie e secondarie
- Clinica: febbre, dolore in bocca, mucosa arrossata con vescicole; dopo 24h queste si ulcerano. Adenopatia bilaterale. Guarigione in 10-14 gg

Herpes simplex

- Agente: **HSV 1** (si annida nei gangli del trigemino), talora **HSV 2**



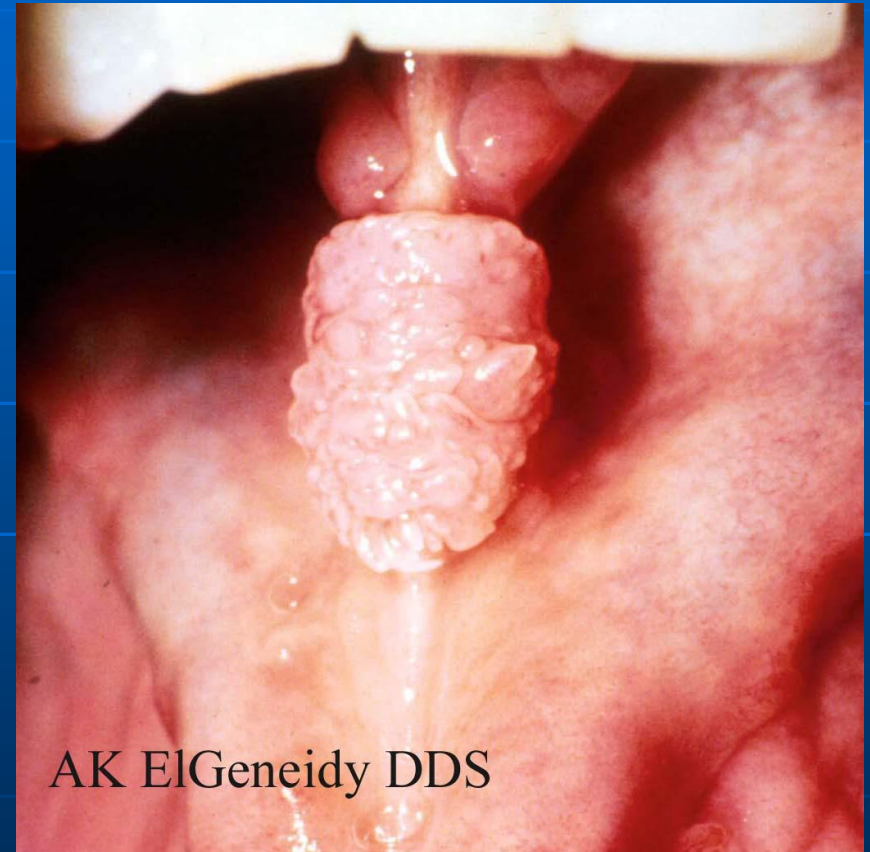
Herpes simplex, qualche consiglio:

- **Prevenzione:** per il labialis, **schermo labiale protettivo totale >**
- Prevenzione farmacologica con aciclovir
- Terapia con **aciclovir** (compresse meglio di crema) quanto prima possibile (800mgx5x5)



Lesioni orali da HPV (human papilloma virus)

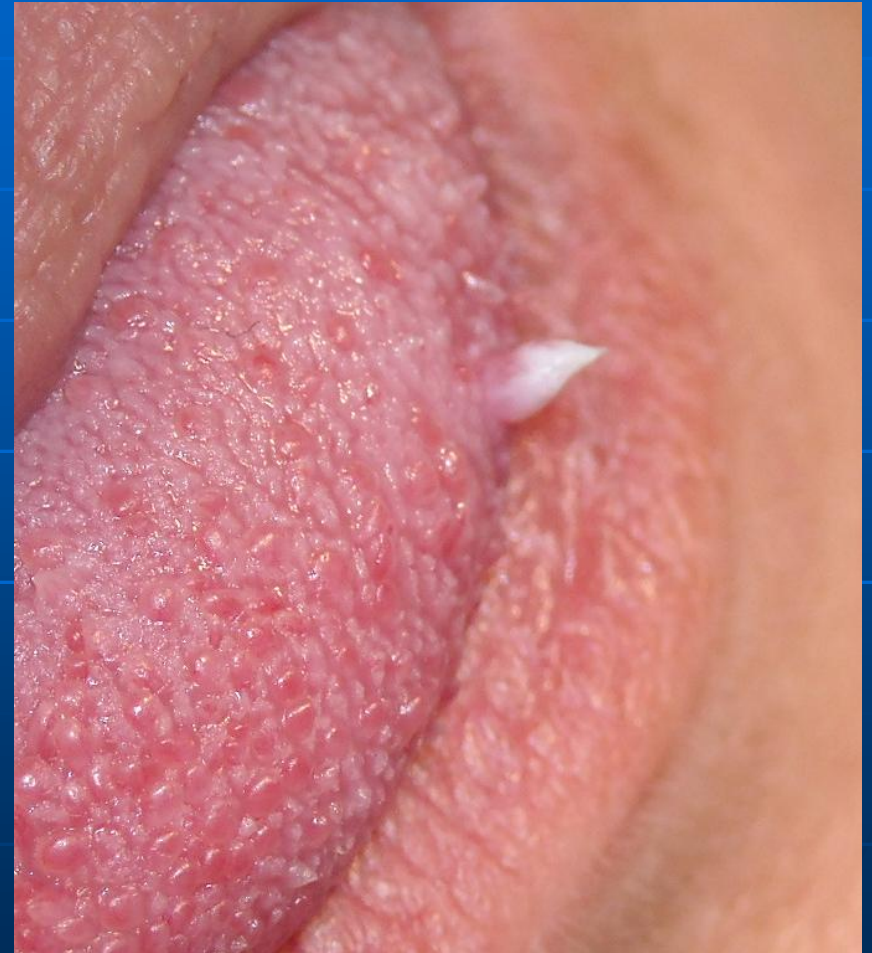
- L'**HPV** è un virus molto comune, con un 100io di varianti; 3 persone su 4 entrano in contatto con esso almeno una volta nella vita (bimbi compresi).
- In 3 casi su 4 non provoca lesioni, ed il virus finisce con l'essere "autolimitante".
- Per infettarsi occorre un contatto diretto (sessuale, mucoso o cutaneo).



AK ElGeneidy DDS

Lesioni orali da HPV (human papilloma virus)

- L'HPV diventa un fattore di rischio solo quando persiste nel tempo e le difese naturali del corpo non sono più in grado di eliminarlo.
- **HPV-16** e **HPV-18**, ruolo indubbio nella genesi del CA della cervice uterina, da valutare in quello del cavo orale.
- Ruolo protettivo indubbio del vaccino.



Lesioni **benigne** più frequenti in bocca

- Fibromi
- Epulidi
- Angiomi
- Cisti mucose
- Nevi

Fibromi

- La neoformazione più comune in bocca
- Origina dal tessuto connettivo
- Patogenesi traumatica

Fibromi: caso clinico 1



Fibromi: caso clinico 2



Cisti mucosa del labbro

- Altra condizione clinica estremamente frequente
- Originano da traumi (morsicature) sul labbro inferiore, ricco di ghiandole salivari
- Mucocele e “vere” cisti mucose salivari

Cisti mucosa del labbro (caso 1)



Cisti mucosa del labbro (caso 2)



Cisti mucosa del labbro

- Se non si risolvono spontaneamente tendono a cronicizzare
- Il trattamento chirurgico col laser a diodi permette anche in qs caso (zona ampiamente vascolarizzata) enormi vantaggi: no anestesia, no sutura, miglior guarigione

Lesione traumatica del labbro inferiore asportata con laser a diodi



le precancerosi del cavo orale

*“Si intendono per precancerosi alcune alterazioni morfologiche della mucosa, dovute a fattori cronici locali ovvero riferibili ad espressione locale di malattie generalizzate, che presentano una **probabilità di degenerazione in carcinoma superiore a quella della mucosa circostante**”*

WHO, 1978

Leucoplachia ventre linguale

(paziente 40enne, fumatore 15/die + potus)



Le lesioni precancerose del cavo orale si possono presentare clinicamente come lesioni superficiali non infiltranti, non ulcerate, di colore bianco (leucoplachie) o meno frequentemente rosso (**eritroplachie**)



Prognosi delle leucoplachie

- **La leucoplachia è il principale fattore specifico di rischio per il Ca orale**
- La sua presenza aumenta di 5 volte la possibilità di ammalare di Ca orale
- Il 10-15% di leucoplachie degenera in Ca squamocellulare

Evolutività delle altre precancerosi in Ca

- Eritroplachie: fino all' 80%
- Leucoplachie: fino al 15%
- Lichen Planus Orale (LPO): fino al 5%
- Lesioni Lichenoidi (LL): fino al 2-3%

Prognosi in rapporto alla sede

- Il **ventre linguale** ed il **pavimento** (tipico dei forti bevitori e fumatori) sono più a rischio
- Altre sedi a rischio: **commissura** (fumatori) e **retrocommissura**



Prognosi in rapporto alla sede

- Il **ventre linguale** ed il **pavimento** (tipico dei forti bevitori e fumatori) sono più a rischio
- Altre sedi a rischio: **commissura** (fumatori) e **retrocommissura**



Fattori favorenti la trasformazione in Ca:

1. Storia clinica
2. Persistenza dei fattori di rischio
3. Sedi a rischio (pavimento, commissure)
4. Disomogeneità
5. Grado di displasia

Centralità dei “richiami”:
quando il follow-up è tutto, o quasi!
(carcinoma insorto su pregressa leucoplachia)





Metalli e lesioni del cavo orale

E' frequente osservare, sui grandi numeri che noi patologi Orali vediamo in ISI, lesioni bianche di vario tipo relazionate alla presenza di metalli, senza che sia evidente un fattore traumatico, come in questo caso (gancio liscio, bocca e paziente prive di altri fattori di rischio). Questa è una lesione con aspetti già displastici.

L'asportazione bioptica (incisionale o escissionale) sistematica e l'esame istologico di qualunque lesione leucoplasica od eritroplasica della bocca assume il significato di una efficace prevenzione secondaria del Ca orale!

Bronj

(osteonecrosi dei mascellare associata ai bifosfonati)

- **L'osteonecrosi mascellare associata ai bisfosfonati (BRONJ: Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw) è un'area di osso esposto nel distretto oro-maxillo-facciale che non tende alla guarigione dopo otto settimane di osservazione e di terapia convenzionale, in un paziente in cura o che è stato esposto in passato alla terapia con bisfosfonati (BPs) senza storia di radioterapia nel distretto testa-collo**

Terapia della osteonecrosi mascellare associata ai bisfosfonati. Revisione critica della letteratura

Vescovi P.¹, Nammour S.²

Minerva Stomatologica 2010 Aprile;59(4):181-213

Bronj

(osteonecrosi dei mascellare associata ai bifosfonati)

- Un basso grado di rischio è connesso con l'assunzione orale di BPs per la terapia dell'osteoporosi o la malattia di Paget (dallo 0,01% allo 0,04%) mentre si riscontra un grado elevato di rischio per i pazienti in terapia endovenosa per motivi oncologici (mieloma multiplo e metastasi ossee osteolitiche)
- La terapia delle BRONJ è attualmente ancora un dilemma. Non sono stati riportati in letteratura trattamenti inequivocalmente efficaci e la sospensione della terapia con il bisfosfonato (BPT) non pare comportare la guarigione della malattia.
- Gli aminobifosfonati sono molecole più a rischio di altre

Bronj

(osteonecrosi dei mascellare associata ai bifosfonati)

- Aumento dei rischi in chirurgia orale ed implantare
- Problematiche medico-legali
- Ruolo della ASO: anamnesi! Data la enorme diffusione di pazienti in terapia con questi farmaci, è indispensabile fare domande dirette