



Patologia della mucosa orale



Stomatite aftosa semplice e ricorrente (SAR)

- Lesioni ulcerative recidivanti di forma ovoidale o rotonda, con fondo necrotico ricoperto da pseudomembrane giallo-grigie
- Lesioni minori o giganti
- Eziologia ignota, origine immunitaria
- Infiltrato perivasale
- In prevalenza sesso femminile, età giovane
- Possibili forme sistemiche (m. di Behçet)

Stomatite aftosa

- Ulcere di dimensione tra 1-10mm, circondate da eritema, con erosione centrale ricoperto da induito giallo-grigiastro
- Bruciore localizzato che può precedere di 24-48 ore la comparsa dell'ulcera, poi molto dolente
- Dolore nel parlare, nel mangiare particolari cibi, particolarmente intenso nei primi 3-4 giorni
- Singole o a gruppi
- Durata 10 -15 giorni, ma possibile recidiva
- Spesso susseguenti a traumi, possibile fase premestruale, uso di contraccettivi, stress, cibi (cioccolato, formaggi ecc.), farmaci.

Stomatite aftosa

- Le afte colpiscono il 25% della popolazione
- Si manifestano già nell'infanzia
- Le manifestazioni diminuiscono con l'età
- Una manifestazione più tardiva è indice di malattia più complessa (es. Malattia di Behçet - complicazione oculari, altre mucose, articolazioni, sistema nervoso)

Stomatite aftosa ricorrente (SAR)

- Tre forme cliniche (tutte con linfadenopatia ed estremo dolore)
 - ◆ Ulcera minor (4-5 mm) in numero inferiore a 5 per ogni manifestazione, non lascia cicatrici
 - ◆ Ulcera major (> 10 mm) bordi sollevati, ulcerazione profonda, lascia cicatrici
 - ◆ Ulcere erpetiformi (1-3 mm) in numero superiore a 10, tendono a confluire, guariscono senza cicatrice

Stomatite aftosa

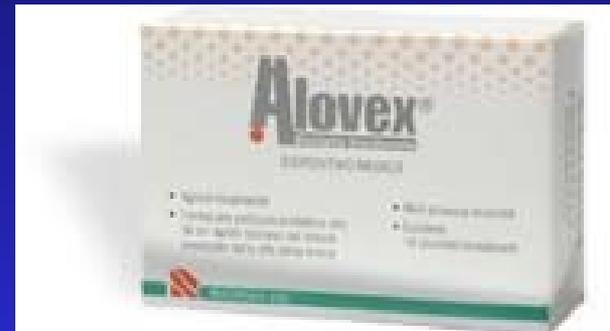
- Diagnosi in base all'esame obiettivo e storia clinica.
- Importante la diagnosi differenziale tra la malattia pura e altre forme sistemiche come ad es. morbo di Crohn, morbo celiaco, m. di Behçet, neutropenia, HIV, carenze vitaminiche e di minerali. Importante screening ematologico per differenziare per evidenziare carenze o disordini ematologici.

Stomatite aftosa

- Terapia sintomatica per ridurre i sintomi
- Uso di riepitelizzanti (Alovex, violetto di genziana, verde metile, blu di metilene) e di cerottini orali
- Ricerca di fattori scatenanti o favorenti
- Uso di Cortifluoral (DIFLUCORTOLONE VALERATO / JOSAMICINA PROPIONATO) è sconsigliato perché diminuisce il dolore, ma aumenta i tempi di guarigione
- Diverso atteggiamento in caso di forme semplici o ricorrenti severe (uso di steroidi e immunosoppressori)

Alovex

- Collutorio
- Gel (con un erogatore va applicato 3-4 volte la giorno sulla lesione)
- Dischetti bioaderenti (sempre di gel liofilizzato, forma una pellicola protettiva che dà rapido sollievo del dolore)



Riepitelizzante con coloranti vitali

- Ricetta galenica
- In 100 ml di alcool al 70%
 - ◆ 1,25 gr. Violetto di genziana
 - ◆ 1,25 gr. Blu di metilene
 - ◆ 1,25 gr. Verde metile
- Applicato con un cotton fioc® sulla lesione
- Aumenta la velocità di guarigione

Micosi del cavo orale

- Spesso susseguenti ad una terapia antibiotica protratta a largo spettro o a cicli di chemioterapia antineoplastica
- Indice di depressione immunitaria
- Persone anziane e portatrici di protesi mobile totale o parziale
- Talora accompagnata da cheilite angolare

Micosi del cavo orale

- Placche bianche facilmente rimovibili con una spatola
- Al di sotto aree di mucosa erosa e congesta
- Aspetto a stampo che segue i bordi della protesi nei portatori di protesi totale

Il pemfigo

- Malattia vescicolo-bollosa di natura autoimmune
- Presenza di anticorpi contro la sostanza intercellulare degli epitelii il cui titolo è proporzionale alla gravità della malattia
- Si ha perdita della coesione cellulare con formazione della bolla intraepiteliale che si forma per scollamento degli strati superficiali dell'epitelio mucoso
- Scomparsa sostanza intercellulare e desmosomi

Il pemfigo

- La mucosa della bocca è interessata in circa il 90% dei casi
- Il più delle volte le lesioni orali precedono di settimane o di mesi la comparsa di quelle cutanee o di altre mucose
- È la più precoce manifestazione clinica della malattia

Il pemfigo

- Età tra i 40 e 70 anni
- Bolle dalle dimensioni di pochi millimetri a tre centimetri
- Tendono a confluire e a ricomparire a gittate
- Presenti sulle labbra, sulle guance, sul palato sulle gengive fino al laringe e faringe

Il pemfigo

- Spesso si manifesta con erosioni di sovente ricoperte da pseudomembrane o da induriti biancastri
- Il reperto di bolle integre è eccezionale data la facilità con cui la bolla va incontro a rottura per traumi masticatori

Il pemfigo

- Dolorabilità delle zone ulcerate, esacerbata dai cibi caldi o piccanti e dalla masticazione
- Odore estremamente sgradevole
- Scialorrea

Il pemfigoide

- Manifestazioni simili, ma il cavo orale è interessato in meno del 10% dei casi
- L'istotopografia è sottoepidermica
- Gli anticorpi sono contro la membrana basale dell'epidermide e sono riconoscibili nel tessuto lesa nel liquido delle bolle

Eritema multiforme

- Vasculite di tipo autoimmunitario
- Esantema cutaneo e mucoso
- Forma eritemato-papulare e vescicolo-bollosa (aspetto a “coccarda” con chiazza centrale depressa e bordo rilevato eritematoso)
- Colpite labbra e guance, I-IIIa decade, maschi

Forme allergiche

- Forme primitive o secondarie a lesioni generalizzate
- Aspetto lichenoides, eritematoso, bolloso, pustoloso, a gittate purpuriche, eczematoso, misto
- Manifestazioni secondarie a sostanze odontoiatriche (resine, etc.)

Leucoplachia

- Cheratinizzazione localizzata della mucosa
- Colore bianco, consistenza dura-elastica, superficie ruvida
- Localizzazione più spesso retrocommisurale o vestibolare
- Spesso susseguente a fenomeni irritativi (chimici, fisici, meccanici)

Leucoplachia

- Sesso maschile, IV-Va decade
- Nelle forme avanzate: ipercheratosi, paracheratosi, acantosi, ma senza atipie cellulari
- Possibile cancerizzazione (comparsa di ulcerazioni o accrescimento verrucoso)
- Cancerizzazione intorno al 10%

Lesioni da morsicatura

- Abitudine viziata piuttosto frequente
- Lesioni sull'interno delle guance retrocommissurali o sul labbro inferiore
- Aspetto leucoplasico ed erosivo
- Facilmente identificabili anamnesticamente

Lichen Ruber Planus

- Lesione bianca di tipo reticolare alternata a zone di eritema
- Origine autoimmune
- Aspetto microscopico caratteristico con infiltrato linfocitario a banda
- Macroscopicamente: a placca, reticolare, vesicolare-bollosa, anulare

Lichen Ruber Planus

- Localizzazione più spesso nella guancia posteriormente
- Le lesioni non sono costanti, ma possono spostarsi evolvere o regredire, ma non scompaiono mai dal cavo orale
- Con terapia cortisonica le lesioni cutanee possono guarire

Lichen Ruber Planus

- Soggetti adulti, III-Va decade, più frequente nel sesso femminile
- Soggetti ansiosi
- Non cancerizza mai
- Non guarisce mai
- Non esiste una terapia certa

Stomatite da herpes simplex

- Affezione acuta e dolorosa recidivante
- Inizialmente caratterizzata da vescicole di 1-3 mm, rotondeggianti a grappolo ripiene di essudato torbido poi segue alla loro rottura una fase eritematosa
- La fase eritematosa è difficilmente distinguibile da altre lesioni mucose

Stomatiti di origine tossica

- Legata a lavorazioni industriali (fumi di saldatura, fusione metalli, vernici etc.)
- Assunzione di farmaci
- Mercurio, piombo, arsenico, bismuto
- Gengiviti e cheiliti, flogosi diffuse ed ulcere
- Eventualmente colorazione bluastra o nerastra