

I quaderni della professione - n. 4

**FABRIZIO MONTAGNA
GIUSEPPE FERRONATO**

FORMULARIO DI TERAPIA FARMACOLOGICA PER L'ODONTOIATRIA

**Linee ragionate di terapia per
patologia odontostomatologica
e per emergenza**

**ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
DENTISTI
ITALIANI**

Edizioni Promoass



*Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experimentum periculosum,
judicium difficile.*

Ippocrate (469-335 a.C.).

*Medico è colui che introduce sostanze che non conosce in un organismo
che conosce ancora meno.*

Victor Hugo (1820-1859).

*Il desiderio di prendere medicinali è una delle caratteristiche
che distinguono l'uomo dagli animali.*

William Osler (1894).

Gli ammalati possono guarire nonostante i farmaci o in virtù dei farmaci.

J.H. Gaddum (1859).

Quasi tutti i medici hanno la loro malattia preferita.

Henry Fielding, Tom Jones (1749).

Ne deve aver ammazzata di gente per essere diventato così ricco.

Moliere, Il malato immaginario (1673).

AUTORI

Fabrizio Montagna

Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia
Diplome d'Université en Orthodontie - Université de Nantes
Professore a contratto nel Corso di Laurea in Odontoiatria
dell'Università degli Studi di Padova

Prof. G. Ferronato

Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia
Diploma di Specializzazione in Chirurgia Plastica
e Ricostruttiva
Diploma di Specializzazione in Chirurgia Maxillo Facciale
Cattedra e Unità Operativa di Chirurgia Maxillo Facciale
dell'Università degli Studi di Padova
Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia
Maxillo Facciale dell'Università degli Studi di Padova
Direttore della Scuola di Specializzazione in Ortognatodontia
dell'Università degli Studi di Padova

COLLABORATORI

Luigi Mario Daleffe

Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia

Pier Francesco Galzignato

Specializzando presso la Cattedra di Chirurgia
Maxillo Facciale dell'Università degli Studi di Padova

Aldo Nobili

Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia

Marco Lorenzo Scarpelli

Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compreso i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati.

Per informazioni, richieste e distribuzione del volume rivolgersi a:
EDIZIONI PROMOASS, via Savoia 78, 00198 Roma – Tel. 06 8411482

Pubblicazioni della stessa Casa Editrice:

- Il trattamento odontoiatrico del paziente con allergia, patologia renale e gastrointestinale, MONTAGNA F., SMACCHIA C., Promoass ed. 1999
- Il trattamento odontoiatrico del paziente in gravidanza, nei primi anni di vita e nel disabile, MONTAGNA F., FERRO R., Promoass ed. 1999
- Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologia cardiovascolare, MONTAGNA F., Promoass ed. 1998
- La responsabilità nella professione odontoiatrica, MONTAGNA F., DE LEO D., CARLI O., Promoass ed. 1997
- Prevenzione delle infezioni in odontoiatria: epatiti e Aids, MONTAGNA F., Promoass ed. 1996

La ricerca e l'esperienza clinica ampliano costantemente le nostre conoscenze in odontoiatria soprattutto in relazione alle modalità terapeutiche e ne conseguono la necessità di un continuo aggiornamento dei parametri diagnostici e terapeutici.

Le indicazioni e le dosi dei farmaci citati in questo manuale riportano le raccomandazioni accreditate nella letteratura internazionale; particolare cura è stata posta nel controllo dei dosaggi che, quando non diversamente specificato, si intendono espressi per un paziente adulto, normopeso, in assenza di controindicazioni e interazioni.

Poiché non è esclusa la possibilità di qualche errore; si consiglia al lettore di verificare attentamente se le indicazioni e i dosaggi riportati nel testo abbiano mantenuto la loro validità al momento di una futura consultazione; di prendere, inoltre, visione del foglietto illustrativo che accompagna ogni preparazione farmaceutica.

INDICE

PATOLOGIE ODONTOSTOMATOLOGICHE

1. ACTINOMICOSI
2. AFTA (Stomatite aftosa ricorrente)
3. ALVEOLITE POSTESTRATTIVA
4. CANDIDOSI
5. CEFALEA MUSCOLOTENSIVA
6. CEFALEA VASCOLARE
7. CHEILITE ANGOLARE
8. CHEILITE ATTINICA
9. CONDILOMA ACUMINATO
E VERRUCA VOLGARE
10. DERMATITE E STOMATITE ALLERGICA
11. DERMATITE PERIORALE E RAGADI LABIALI
12. DISGEUSIA
13. DOLORE FACCIALE ATIPICO
14. DOLORE ODONTOGENO
15. EMANGIOMI E VARICI
16. EMORRAGIA POSTOPERATORIA
17. ERITEMA MULTIFORME
18. GENGIVITE ULCERO NECROTICA ACUTA
(GUNA)
19. GENGIVOSTOMATITE ERPETICA
20. HERPES SIMPLEX LABIALE E INTRAORALE
21. HERPES ZOSTER
22. INFEZIONI ODONTOGENE
23. IPERPLASIA GENGIVALE
24. IPERSALIVAZIONE
25. LEUCOPLACHIA
26. LICHEN PLANUS
27. LINGUA A CARTA GEOGRAFICA
28. LINGUA VILLOSA
29. NEURALGIA ESSENZIALE DEL TRIGEMINO
30. PARALISI DEL NERVO FACCIALE (di BELL)
31. PARODONTOPATIE
32. PEMFIGO VOLGARE E PEMFIGOIDE BENIGNO
33. PREVENZIONE DELL'ENDOCARDITE
BATTERICA
34. PROFILASSI CORTICOSTEROIDEA
35. SARCOMA DI KAPOSÌ
36. SCIALOADENITE BATTERICA
37. SEDAZIONE
38. SINDROME ALGICO DISFUNZIONALE
39. SINUSITE MASCELLARE ODONTOGENA
E COMUNICAZIONE ORO-ANTRALE
40. STOMATITE DA NICOTINA E TABAGISMO
41. STOMATITE DA PROTESI MOBILE
42. STOMATODINIA
(SINDROME DELLA BOCCA URENTE)
43. TERAPIA NEL DECORSO POSTOPERATORIO
44. ULCERE ORALI ASPECIFICHE
45. XEROSTOMIA

EMERGENZE MEDICHE

1. ANAFILASSI
2. ANGINA PECTORIS
3. ARITMIA CARDIACA
4. ARRESTO CARDIACO E RESPIRATORIO
5. ATTACCO ASMATICO ACUTO
6. COMA IPOGLICEMICO
7. CRISI EPILETTICHE
8. CRISI IPERTENSIVA
9. ICTUS
10. INFARTO MIOCARDICO
11. IPOTENSIONE ACUTA
12. SOVRADOSAGGIO DA ANESTETICO

INTRODUZIONE

La discrezionalità terapeutica dell'odontoiatria nella prescrizione dei medicinali deve essere indirizzata entro i limiti definiti da itinerari terapeutici preferenziali; che derivano da sperimentazioni cliniche controllate a livello internazionale e che trovano riscontro nelle agenzie di registrazione.

Talvolta, comunque, alcuni farmaci indicati nella letteratura internazionale non sono disponibili nella farmacopea nazionale; mentre altre volte sono riportati nel repertorio farmaceutico con formulazioni e/o indicazioni diverse o sono semplicemente registrati sotto un diverso nome commerciale.

D'altra parte, poiché la maggior parte dei trattati di patologia orale enfatizza i complessi problemi della classificazione e della diagnosi senza approfondire la terapia, rimane al clinico, nella propria pratica quotidiana, il dubbio banale su quale farmaco prescrivere.

Nella veste di clinici, estensori di queste linee terapeutiche ci siamo posti il problema di fornire alcune indicazioni utili nella pratica quotidiana per noi stessi e per i colleghi che si trovino in difficoltà nello scegliere tra principi farmacologici equivalenti, farmaci dotati di diversa efficacia terapeutica, protocolli di terapia diversi, anche se scientificamente validati e modulati in base alla gravità della patologia.

Nell'ambito delle emergenze mediche, invece, si è cercato di individuare l'attrezzatura ed i farmaci che rappresentino la dotazione minima necessaria che deve essere a disposizione nello studio dentistico; per tale fine abbiamo utilizzato un approccio concreto e misurato sulle capacità operative di un odontoiatra medio.

Ogni giudizio e ogni scelta logica alla base di una futura riclassificazione può essere incompleto o rivedibile, ma riteniamo che questo sforzo possa rappresentare il punto comune di partenza per un dibattito utile alla migliore comprensione della terapia nell'interesse dei nostri pazienti.

Come indicazione generale è opportuno ribadire quanto sia importante per il dentista attenersi ad alcuni principi generali in modo da non esulare dal proprio ambito di competenza o sottoporre il paziente a inutili rischi:

- Eseguire una diagnosi preliminare corretta
- Evitare di ipermedicalizzare la patologia e distinguere i casi nei quali non sia necessario nessun intervento o sia sufficiente l'attuazione di una adeguata igiene orale o di abitudini di vita
- Prescrivere terapie con farmaci singoli, privi di tossicità, per cicli brevi in modo da minimizzare l'incidenza di effetti collaterali; in particolare evitare le associazioni farmacologiche in quanto dotate di maggior rischio di effetti collaterali
- Eseguire una prescrizione scritta e comprensibile al paziente riportando dosaggi, modalità di applicazione, durata della terapia, cadenza dei controlli necessari
- Preferire l'utilizzazione di farmaci topici che, in assenza di assorbimento sistemico, presentano infrequentemente effetti indesiderati e controindicazioni all'uso; somministrare farmaci sistemici nei casi necessari e dopo averne verificato le possibili controindicazioni
- Richiedere una consulenza medica in presenza di manifestazioni orali potenzialmente correlate a una patologia sistemica e in presenza di controindicazioni al trattamento farmacologico

Va infine ricordato che nella prescrizione del farmaco rivestono particolare importanza le controindicazioni ed il rapporto tra efficacia terapeutica e costo sociale: si devono preferire in prima battuta i farmaci di prima generazione (capostipiti) caratterizzati da basso costo, sicura efficacia e buona tollerabilità; il ricorso a farmaci di seconda generazione o formulazioni farmaceutiche particolari è gravato da maggiore costo e deve essere giustificato da indicazioni terapeutiche specifiche o dalla comparsa di effetti indesiderati o intolleranza.

*Fabrizio Montagna
Sommacampagna 1 Gennaio 2000*



PATOLOGIE ODONTOSTOMATOLOGICHE

1. ACTINOMICOSI

È un'infezione cronica causata da batteri anaerobi Gram-negativi, parte integrante della flora batterica saprofitica del cavo orale. Le specie più frequentemente isolate sono l'*Actinomyces Israelii*, l'*A. Odontoliticus* e l'*A. Viscosus* che colonizzano in particolare modo le tasche parodontali, le cavità sierose, le cripte tonsillari, nonché la placca batterica, il tartaro e i siti post-estrattivi.

L'actinomicosi si localizza preferenzialmente a livello dei tessuti molli cervico-facciali, generalmente a seguito di evento traumatico, estrazioni dentarie o chirurgia parodontale, oppure in pazienti con immunodepressione ed in presenza di osteoradionecrosi.

Si caratterizza per una tumefazione con sede preferenziale nella regione angolare della mandibola, o sottomandibolare, con progressiva evoluzione della lesione da una iniziale area di indurimento di consistenza fibrosa, verso una forma ascessualizzata con successiva frequente fistolizzazione cutanea esterna.

La diagnosi radiografica (ortopantomografia, tomografia assiale computerizzata) è poco specifica ma può evidenziare la presenza di sequestri ossei. La conferma diagnostica si basa: sull'esame microbiologico e colturale; sull'esame istologico di frammenti di tessuto, che permette di evidenziare i caratteristici granuli solfurei.

La diagnosi differenziale va posta con altre infezioni da batteri piogeni e da miceti, con la scrofolo tubercolare e con l'osteomielite.

La terapia è essenzialmente farmacologica per via orale nelle forme lievi; nelle forme estese con ascessualizzazione si procede all'intervento chirurgico di drenaggio con curettaggio osseo, chiusura del tragitto fistoloso e terapia con penicillina per via parenterale.

In presenza di effetti indesiderati gastroenterici conseguenti a terapie antibiotiche prolungate si può valutare l'opportunità di somministrare un trattamento di supporto con antiacidi, vitamine e fermenti lattici.

Tabella 1
TERAPIA DELL'ACTINOMICOSI

Pr: Amoxicillina cpr 1gr

S: 1 compressa quattro volte al giorno per 4 settimane

Pr: Benzil-penicillina f. ev, im

S: 10-20 milioni UI ev (im) al giorno per 4-6 settimane

2. AFTA (STOMATITE AFTOSA RICORRENTE)

Per la SAR sono stati proposti diversi tipi di trattamento che non si sono tuttavia dimostrati in grado di assicurare risultati completamente soddisfacenti; nella pratica clinica spesso è necessario sperimentare diversi tipi di terapia prima di trovare un trattamento efficace. La terapia medica delle afte è sintomatica, favorisce cioè la guarigione e riduce la durata dei sintomi senza eradicare la patologia; deve essere modulata in base alla gravità della sintomatologia e l'estensione delle manifestazioni cliniche. Come precauzione generale, i pazienti devono cercare di evitare, ove possibile, le situazioni identificate come scatenanti (particolari cibi, traumi, stress, allergeni, traumi locali). I casi correlati a patologie sistemiche possono beneficiare: di una specifica dieta (ad esempio priva di glutine); dell'integrazione con minerali, preparati polivitaminici e antianemici (ferro, vit B12 e acido folico).

La terapia sintomatica consiste nella prescrizione di steroidi topici che sono disponibili:

- In preparazioni specifiche ad uso stomatologico (collutori, gengivari).
- In pomate dermatologiche che possono essere adattate all'uso con la modalità di applicazione a "sandwich" miscelando con una pasta adesiva per protesi.
- In alcune formulazioni specifiche per le patologie rinofaringee (spray nasali, compresse orosolubili) utilizzabili come preparati stomatologici.

Nei casi con sintomatologia severa, persistente e resistente ai trattamenti topici risulta efficace la terapia sistemica con steroidi per os somministrati a dosaggio variabile a seconda la gravità delle manifestazioni (prednisone 40-75 mg/die o dosi equivalenti di altri steroidi).

L'approccio terapeutico è condizionato dalla gravità del quadro clinico:

- Le ulcere erpetiformi sono forme lievi spesso refrattarie alla terapia con steroidi; in questi casi sciacqui a base di idrocloridrato di clortetraciclina, somministrati alla comparsa dei sintomi prodromici, possono dimostrarsi efficaci nell'accorciare il tempo di guarigione e nel prolungare il periodo intermedio libero tra le recidive. Lo stesso schema è utilizzabile anche negli altri tipi di afte.

- Le ulcere aftose minor con periodo di remissione superiore a un mese e scarsa sintomatologia sono forme lievi che possono non richiedere nessuna terapia o beneficiare di un trattamento analgesico.
- Le ulcere aftose minor con periodo libero da recidive di 2-4 settimane, presenza di dolore, durata e numero di ulcere superiori al decorso normale, sono considerate forme di moderata gravità; è opportuno consigliare una procedura diagnostica accurata presso uno specialista per evidenziare

Tabella 2

PATOLOGIE ASSOCIATE ALLA STOMATITE AFTOSA RICORRENTE

Anemia sideropenica
Carenze vitaminiche (B1, B2, B6, B12)
Malattia infiammatoria cronica intestinale (M. di Crohn, Colite ulcerosa)
Morbo celiaco (Enteropatia da glutine)

Morbo di Bechet
Morbo di Reiter
Infezione da HIV, AIDS
Neutropenia

Tabella 3

TERAPIA DELLE AFTE**Trattamento sintomatico**

Pr: Analgesico-antinfiammatorio coll. (benzidamina, flurbiprofene, ketoprofene)

S: Sciacquare per 2-3 minuti secondo necessità (4-6 sciacqui /die); espettorare senza deglutire.

Pr: Gluconato di clorexidina coll. 0,20%

S: Sciacquare per 2-3 minuti 4 volte al giorno; espettorare senza deglutire.

Forme lievi

Pr: Triamcinolone acetone cpr. adesive

S: Applicare sulla lesione 2-3 volte al giorno

Pr: Corticosteroidi pom. derm. (betametasona, clobetasolo) + pasta adesiva per protesi

S: Asciugare la mucosa; applicare la crema/unguento con un dito inumidito o un tampone di cotone; coprire con pasta adesiva per protesi; lasciare idratare lo strato prima di rilasciare la mucosa a contatto con altre zone. Ripetere l'applicazione 3-4 volte al giorno (dopo ogni pasto e prima di coricarsi), evitando di ingerire cibo per un'ora. In caso di difficoltà è possibile miscelare la pomata dermatologica con la pasta adesiva applicandole in unico strato.

Pr: Tetraciclina cps. 250 mg

S: Sciogliere il contenuto di una capsula in un cucchiaino da minestra (15ml) di acqua tiepida e sciacquare per 2 minuti 4 volte al giorno per 4 giorni.

Forme moderate-severe

Pr: Betametasona cpr. efferv. orosol. 0,5mg

S: Sciogliere una compressa in un cucchiaino da tè (0,5mg/5ml); eseguire 4 sciacqui al giorno per 2-3 minuti; espettorare senza deglutire; evitare di ingerire cibo o bevande nell'ora successiva.

Pr: Beclometasona spray nas.

S: 1puff (100 mcg) sulla lesione 3-4 volte al giorno

Forme severe

Pr: Prednisone cpr. 5mg (o metilprednisolone cpr. 4 mg)

S: Prendere 10 compresse al giorno (40-60 mg) per 5 giorni; ridurre 5 mg al giorno nell'arco di 10 giorni sino a sospensione; controllare la risposta clinica e prolungare la terapia a 15 mg nei casi di sintomatologia persistente. Prendere il farmaco 30-60 min. dopo il risveglio al mattino in una unica somministrazione.

Pr: Azotioprina cpr. 50mg

S: 1-2 compresse al giorno insieme allo steroide.

Pr: Colchicina microgranuli

S: 500 mcg al giorno

Profilassi delle recidive

Pr: Betametasona cpr. efferv. orosol. 0,5mg+Nistatina sosp. orale

S: Sciogliere una compressa in un cucchiaino da tè (0,5mg/5ml); miscelare in parti uguali con la sospensione di antimicotico; eseguire un unico sciacquo per 2 minuti ed espettorare senza deglutire; ripetere da 1 a 3 volte al giorno o a giorni alterni in modo continuativo.

Pr: Prednisone cpr. 5 mg

S: 1-2 compresse al giorno o a giorni alterni.

eventuali patologie sistemiche associate (Tabella 2); la terapia utilizza steroidi topici.

- Le ulcere aftose minor con periodo libero da recidive inferiore a 2 settimane o continue e le ulcere aftose maior refrattarie alla terapia topica sono considerati quadri severi. Si utilizza la terapia steroidea sistemica ad elevato dosaggio (40-75mg/die di prednisone). Nelle forme resistenti può essere necessario associare farmaci immunosoppressori (colchicina, dapsone, azotiaprina, ciclofosfamide) per diminuire il dosaggio degli steroidi; tali terapie sono di pertinenza medica per i possibili effetti collaterali (ad esempio leucopenia) che richiedono controlli ematocimici frequenti.
- Per la terapia delle afte maior persistenti si può prendere in considerazione anche l'iniezione intralesionale di steroidi

(triamcinolone acetonide) che risultano efficaci ma raramente utilizzate in quanto di disagiata applicazione.

Nei casi con recidive frequenti può essere indicata una profilassi a lungo termine eseguita con sciacqui a base di steroidi; il dosaggio minimo necessario efficace va identificato in base alla risposta clinica di ogni singolo paziente (dose subterapeutica minima necessaria).

Si possono utilizzare schemi di profilassi topica o sistemica con dosaggi diversi, modulando la posologia di mantenimento in base alla frequenza e gravità delle recidive.

L'effetto collaterale più comune della terapia topica a lungo termine è la comparsa di candidosi orale che può essere prevenuta miscelando in parti uguali una sospensione di antimicotico polienico al collutorio di steroide in modo da eseguire un unico sciacquo.

3. ALVEOLITE POSTESTRATTIVA

L'efficacia della profilassi, basata sulla somministrazione di antifibrinolitici per os prima o subito dopo l'estrazione, è di dubbia efficacia; si basa sulla ipotesi di eziopatogenesi da iperfibrinolisi locale del coagulo.

Il trattamento locale rappresenta la terapia più efficace, in quanto crea un ambiente favorevole alla guarigione.

- Ridurre il trauma operatorio diminuisce il numero di complicazioni nel periodo postoperatorio.
- Eseguire una pulizia chirurgica dell'alveolo per eliminare sequestri ossei.

- Irrigare la cavità alveolare con una soluzione antisettica (iodiopovidone), antibiotica (rifamicina) o fisiologica.

- Zaffare con una garza iodofornica l'alveolo, nei periodi intermedi tra le irrigazioni, per impedire l'incuneamento di cibo.

- Eseguire sciacqui del cavo orale con collutori antisettici.

La terapia sistemica è parzialmente inefficace nel controllare la sintomatologia; si basa sulla somministrazione di analgesici e antibiotici; il metronidazolo rappresenta un antibiotico efficace per la frequente presenza di infezioni da batteri Gram negativi (cfr. DOLORE ODONTOGENO, INFEZIONI ODONTOGENE).

Tabella 4
TERAPIA DELLA ALVEOLITE

Trattamento topico

Pr: Rifamicina fl. o iodopovidone 10% sol.

S: Irrigare la ferita ogni 2-3 giorni sino a guarigione

Trattamento sistemico

Pr: Metronidazolo cpr. 250 mg

S: 2 compressa ogni 6-8 ore per 7 giorni

Profilassi

Pr: Ac. E-aminocaproico f. 2,4gr

S: 4 gr per os prima o immediatamente dopo l'estrazione; poi 1gr per os ogni 4 ore per 12 ore

4. CANDIDOSI

La eliminazione dei fattori predisponenti coadiuva la risoluzione dei quadri acuti ed è fondamentale per prevenire le frequenti recidive che si verificano dopo la sospensione della terapia.

- Motivare il paziente a una corretta igiene orale spazzolando denti e mucose, disinfettando le protesi mobili (cfr STOMATITE DA PROTESI MOBILI).
- Correggere o rieseguire le protesi mobili incongrue.
- Identificare potenziali fattori predisponenti locali o sistemici (xerostomia, somministrazione di steroidi o antibiotici, anemia, stati di immunodepressione).

Il trattamento topico con sciacqui a base di antimicotici (nistatina, amfotericina B) rappresenta la terapia di elezione; la guarigione avviene in 7-15 giorni; la terapia va prolungata per alcuni giorni (2-5 gg) dopo la scomparsa dei sintomi per evitare la ricaduta immediata dovuta alla mancata eradicazione del micete.

L'antimicotico, dopo lo sciacquo, va deglutita per esercitare un'azione sulle mucose del tubo digerente che possono essere infettate (esofagite da candida).

L'esecuzione di sciacqui con una soluzione debolmente alcalina

lina (bicarbonato o borato di sodio) è un trattamento coadiuvante in quanto riduce l'acidità orale che è un fattore facilitante la riproduzione dei miceti.

Il trattamento sistemico è indicato nei casi resistenti al trattamento topico e utilizza, quali farmaci di prima scelta, il ke-

toconazolo e il difluconazolo; quest'ultimo presenta minori effetti collaterali.

Il trattamento profilattico continuativo è indicato esclusivamente nei pazienti con immunodepressione (AIDS, leucemie, neoplasie).

Tabella 5
TERAPIA DELLE CANDIDOSI ORALI

Terapia aspecifica

Eliminare i fattori predisponenti locali e sistemici

Terapia topica

Pr: Nistatina o Amfotericina B sosp. orale

S: Sciacquare 4 volte al giorno con 5-15 ml (un cucchiaino da tè o da minestra) tenendo in bocca per 2 minuti e poi deglutire; protrarre il trattamento per 10-14 giorni e comunque per almeno 2 giorni dopo la risoluzione delle manifestazioni cliniche.

Pr: Miconazolo gel orale

S: 4 applicazioni al giorno sulle lesioni o sulla superficie interna delle protesi (dopo ogni pasto e prima di coricarsi). Non introdurre cibi o bevande nell'ora successiva. Il trattamento è prolungato per 1-2 settimane o almeno per 2 giorni dopo la risoluzione delle lesioni

Pr: Bicarbonato o borato di sodio sciolti in acqua

S: 4 sciacqui al giorno sino a guarigione

Terapia sistemica

Pr: Fluconazolo cps. 100 mg

S: 2 capsule il primo giorno in una unica somministrazione, in seguito 1 capsula al giorno per 7-14 giorni

Pr: Ketoconazolo cpr. 200 mg

S: 2 compresse al giorno per 7-14 giorni durante i pasti

Pr: Itraconazolo cps. 100 mg

S: 1-2 capsule al giorno per 7-14 giorni

Pr: Miconazolo cpr 250 mg

S: Sciogliere in bocca 1 compressa, 3 volte al giorno per 7-14 giorni

Profilassi delle recidive

Pr: Fluconazolo cps. 150 mg

S: 1 capsula 1 volta alla settimana.

5. CEFALEA MUSCOLOTENSIVA

Le cefalea miogena può avere diversa origine: per reazione psichica (ansia, stress, depressione); per posture errate; per esiti di traumi (post-traumatiche); per cause non identificabili.

La terapia è di competenze del medico curante, l'odontoiatra può, comunque, identificare i fattori scatenanti la cui correzione da sola può fornire al paziente la possibilità di controllare la sintomatologia.

L'uso di analgesici (FANS) deve essere preceduto dall'eliminazione della tensione muscolare, per evitare il rischio di un eccessivo consumo di analgesici e la comparsa di cefalee da effetto rimbalzo una volta terminato il trattamento.

I diversi approcci terapeutici possono essere diversamente associati in base al momento eziologico:

- Vita igienica ed eliminare le posture errate.
- Associare fisioterapia ed attività fisica (massaggi, stiramenti, esercizi attivi).
- FANS come terapia aspecifica per il controllo del dolore.
- Controllare lo stress con training di rilassamento e/o farmaci ansiolitici (benzodiazepine).
- Trattare la depressione con psicoterapia o antidepressivi nei casi di origine psichica.

Si confronti anche DOLORE FACCIALE ATIPICO e SINDROME ALGICO DISFUNZIONALE.

6. CEFALEA VASCOLARE

La cefalea vascolare comprende le emicranie e le cefalee a grappolo (cluster headache). La terapia è di pertinenza medica ma può interessare occasionalmente l'odontoiatra nella diagnosi differenziale delle cefalee.

Per la profilassi degli attacchi si deve consigliare di evitare,

per quanto possibile, i fattori identificati come scatenanti (stress, depressione, ira, alimentazione e sonno irregolari, fumo, luci intense, cibi e farmaci individuati come responsabili, difetti di rifrazione oculare); possono, inoltre, risultare utili tecniche di biofeedback.

La profilassi farmacologica è indicata se il numero di attacchi è superiore a 2 al mese e non risponde adeguatamente ai farmaci; va sospesa dopo un periodo di 3-6 mesi libero da attacchi; eseguendo cicli di 3-4 mesi intervallati da un mese di riposo.

I calcioantagonisti sono efficaci in 1-2 mesi e, come la metisergide, richiedono una sospensione graduale in 1-2 mesi per evitare effetti collaterali.

Per l'attacco acuto si possono utilizzare: una terapia aspecifica con FANS nei casi lievi e moderati, i derivati dell'ergota-

mina o antiserotoninergici nei casi gravi.

Il sumatriptan risulta efficace in 15 minuti nel 70% dei casi ma non si devono superare le 3 cpr o le 2 fl al giorno; per l'ergotamina non si devono superare i 4 mg/die o i 12 mg/settimana).

La terapia corticosteroidica trova indicazione in caso di attacchi prolungati o resistenza ad altre terapie; richiede una sospensione graduale in 3 giorni dimezzando la dose per evitare effetti collaterali.

Tabella 6
TERAPIA DELLE CEFALEE VASCOLARI

Profilassi

Pr: Diltiazem o verapamil cpr.

S: 240 mg/die

Pr: Metisergide conf. 1mg

S: 2-6 confetti al giorno per 6 mesi

Pr: Prednisone cpr. 25 mg

S: 1 mg/kg/die per 3-4 settimane

Terapia dell'attacco acuto

Pr: Sumatriptan cpr. 100mg, f. 6mg sc

S: 1 compressa o 1 fiala sottocute nella coscia o nel deltoide, ripetibile dopo 1 ora

Pr: Ergotamina 1mg + caffeina 100 mg conf.

S: 2-4 compresse al giorno

Pr: Desametasone f. 8 mg

S: 2 fiale intramuscolo al giorno

7. CHEILITE ANGOLARE

La eliminazione dei fattori predisponenti (cfr CANDIDO-SI) coadiuva la risoluzione dei quadri acuti ed è fondamentale per prevenire le frequenti recidive. In particolare sono importanti la correzione delle protesi con dimensione verticale diminuita ed evitare l'abitudine di umettarsi ripetutamente le labbra.

La cheilite angolare richiede un trattamento prolungato di almeno di 4 settimane con antimicotici topici poiché l'angolo della bocca rappresenta una area intertriginosa particolarmente resistente alla terapia.

Il miconazolo è provvisto anche di una efficace azione antibatterica; comunque nelle forme resistenti alla terapia, dopo un mese, si deve passare a una terapia con antibiotici topici per la possibile coinfezione batterica da stafilococco.

Le associazioni con corticosteroidi non sono in linea generale indicate; possono essere utilizzate solo per pochi giorni, all'inizio della terapia, per ridurre una cospicua componente infiammatoria eventualmente presente; si passa quindi alla terapia con soli antimicotici.

Tabella 7
TERAPIA DELLE CHEILITI ANGOLARI

Pr: Miconazolo gel orale

S: Applicare sugli angoli della bocca 4 volte al giorno per un periodo di 4-6 settimane; quindi 1-2 volte al giorno per 1-2 mesi

Pr: Pom. derm. antibiotica (acido fusidico, mupirocina, gentamicina)

S: Applicare sugli angoli della bocca 4 volte al giorno, per 2-3 settimane.

Pr: Associazioni di antibiotici, antimicotici e steroidi (Triamcinolone+Neomicina+Gramicidina+Nistatina crema, ung. derm.)

S: Applicare sugli angoli della bocca 4 volte al giorno per 4-5 giorni

8. CHEILITE ATTINICA

La prevenzione consiste nell'applicare creme protettive per le labbra (filtri solari) con elevato fattore di protezione prima di esporsi ai raggi solari.

La cheilite attinica è una precancerosa e, nelle forme ipercheratosiche o ulcerose, l'escissione chirurgica (chirurgia, laser,

crioterapia) rappresenta la terapia di elezione.

La terapia medica con una pomata a base di fluoruracile è comunemente utilizzata nei quadri iniziali; le lesioni vanno comunque sottoposte a controllo clinico periodico ed eventuale escissione chirurgica in caso di persistenza.

Tabella 8

TERAPIA DELLA CHEILITE ATTINICA

Pr: Crema solare derm. con fattore di protezione 15 o total block
S: Applicare sul labbro 1 ora prima della esposizione e ogni ora successiva

Pr: Fluoruracile pom. derm.
S: 2 applicazioni al giorno per 4 settimane

9. CONDILOMA ACUMINATO, VERRUCA VOLGARE

L'asportazione chirurgica (diatermocoagulazione con bisturi elettrico o l'asportazione con bisturi chirurgico) rappresentano il trattamento di elezione per lesioni di dimensioni ridotte; mentre la crioterapia con azoto liquido combinata con l'applicazione topica di podofillina, rappresenta la metodica indicata per lesioni estese (placche, ammassi papillomatosi).

La terapia farmacologica topica da sola riconosce, invece, una ridotta applicazione in stomatologia e si avvale prevalen-

temente di caustici o cheratinolitici (podofillina 10-25%, fluoruracile 5%, acido tricloroacetico).

L'utilizzazione di immunomodulatori per applicazioni topiche (interferone pomata, iniezioni intralesionali) rappresenta un approccio marginale in supporto alle altre terapie; è caratterizzato da uno sfavorevole rapporto costo-beneficio.

L'infezione da Papilloma Virus Umano (HPV) tende a recidivare ed è necessario il controllo clinico a distanza per evidenziare la necessità di reinterventi.

Tabella 9

TERAPIA DEI CONDILOMI ACUMINATI E DELLE VERRUCHE VOLGARI

Pr: Podofillina 0,5% sol., crema derm.
S: Applicare sulla lesione 2 volte al giorno per 3 giorni consecutivi alla settimana per un periodo massimo di 5 settimane consecutive. Proteggere la cute o la mucosa sana circostante con crema neutra e lasciare asciugare il farmaco senza toccare per 30-60 secondi.

Pr: Interferone pom. derm., gel
S: Applicare localmente 4-6 volte al giorno per 7 giorni

Pr: Interferone f. iniett. 1.000.000 UI
S: Iniezioni intra e perilesionali con 0,1-1 milione UI per 3 volte alla settimana per tre settimane o a giudizio del medico

10. DERMATITE E STOMATITE ALLERGICA

L'identificazione e l'eliminazione del contatto con l'allergene costituisce la terapia eziologica che risulta intervento risolutore nelle forme lievi.

Le preparazioni dermatologiche a base di antistaminici o corticosteroidi sono indicate per le forme localizzate; mentre la prescrizione di farmaci antistaminici e steroidi per via sistemica trova indicazione nella terapia delle manifestazioni allergiche estese.

Nella stomatite vescicolare erosive si possono utilizzare sciacqui con collutori antisettici per evitare la sovrainfezione delle lesioni, sintomatici topici per il controllo del dolore (analgesici, anestetici) o antiallergici (antistaminici, steroidi).

La somministrazione contemporanea di un farmaco antistaminico e un antiulceroso esercita un efficace effetto anestetico unendo l'azione antiallergia del primo con l'effetto protettivo (coprente) del secondo.

Tabella 10

TERAPIA DELLA DERMATITE E DELLA STOMATITE ALLERGICA**Terapia locale**

Pr: Difenidramina (o prometazina) scir.+ sucralfato (o idrossido di alluminio e magnesio) sosp.

S: Miscelare in parti uguali per eseguire un unico sciacquo. Sciacquare per due minuti secondo necessità (4-6 sciacqui /die) utilizzando la quantità corrispondente a un cucchiaino da tè (5ml) o da minestra (15ml); espettorare senza deglutire.

Pr: Beclometasone spray o corticosteroide geng., coll. (flumetasone, desametasone, diflucortolone)

S: Applicare sulla mucosa 3-4 volte al giorno sino a risoluzione della sintomatologia

Pr: Antistaminico (prometazina, desclorfeniramina, difenidramina) o corticosteroide (flucinonide, betametasone, clobetasono) pom., ung.

S: Applicare 2-3 volte al giorno sulle aree cutanee pruriginose

Terapia sistemica

Pr: Prometazina cpr 25 mg. o ciproptadina cpr. 4 mg o desclorfeniramina conf. 6 mg

S: 1-3 compresse al giorno distribuite nell'arco della giornata

Pr: Loratadina cpr. 10 mg o ketotifene cpr. 2mg

S: 1 compressa al giorno

Pr: Prednisone, cpr. 5, 25 mg

S: 40-60 mg al giorno in unica somministrazione al mattino per 3-4 giorni; quindi ridurre a 10 mg protraendo la terapia per 7-14 giorni in relazione alla sintomatologia.

11. DERMATITE PERIOREALE E RAGADI LABIALI

Si devono individuare ed eliminare fattori predisponenti come ad esempio l'abitudine di umettarsi le labbra, l'applicazione protratta di steroidi, l'utilizzazione di sostanze allergizzanti.

Le creme emollienti rappresentano una terapia aspecifica che

facilita la guarigione evitando la rottura di ragadi e croste.

Nelle forme di dermatite periorale intensamente sintomatiche si possono prescrivere per brevi periodi preparazioni antiprurito (ad esempio benzocaina); in tempi lunghi risultano efficaci le terapie antibiotiche topiche e sistemiche.

Tabella 11

TERAPIA DELLA DERMATITE PERIOREALE E DELLE RAGADI LABIALI

Pr: Crema derm. emolliente (vaselina, burrocacao)

S: Applicare sulle labbra 3-4 volte al giorno (dopo ogni pasto e prima di coricarsi)

Pr: Anestetico pom., geng. (procaina, tetracaina, amilocaina, lidocaina)

S: Applicare 2-3 volte al giorno sull'area pruriginosa sino a miglioramento della sintomatologia

Pr: Metronidazolo gel derm. 1%

S: Applicare sulle labbra 1-2 volte al giorno per 30 giorni

Pr: Doxiciclina cps 100 mg o minociclina cps. 50,100 mg

S: 1 compressa al giorno per 20-30 giorni

12. DISGEUSIA

Le alterazioni del gusto possono derivare da diverse eziologie; tra i fattori sistemici ricordiamo le lesioni neurologiche (paralisi, traumi, neoplasie), i disturbi metabolici (insufficienza renale, epatica, surrenale), gli effetti indesiderati di terapie farmacologiche, le infezioni respiratorie, le malattie gastroenteriche (reflusso gastroesofageo) e le malattie psichiatriche (anoressia, bulimia, depressione).

Tra i fattori locali ricordiamo la xerostomia (che concentrando gli elettroliti può causare un sapore salato), le infezioni locali (parodontopatie, micosi) e le malattie vescicolo-erosive. In alcuni casi la sintomatologia è associata a carenza di zinco o deficienze vitaminiche; in questi casi può essere efficace una terapia a base di zinco, utilizzabile in associazione a preparati polivitaminici.

Tabella 12
TERAPIA DELLA DISGEUSIA

Pr: Zinco solfato cpr. 200 mg

S: 1 compressa a stomaco pieno (dopo pranzo o con del latte) 3 volte al giorno per 1 mese

13. DOLORE FACCIALE ATIPICO

La diagnosi presuppone una sintomatologia dolorosa priva di cause organiche, non classificabile in altre sindromi che affligge prevalentemente pazienti di sesso femminile nella quarta-quinta decade di vita.

In alcuni casi si riscontra una eziologia psicogena consistente in una sindrome ansiosa o depressiva.

Il dolore è di tipo continuo, profondo, di intensità variabile senza parossismi; bilaterale o localizzato secondo una localizzazione imprecisa non correlabile alla distribuzione anatomica di uno specifico nervo; generalmente non disturba l'alimentazione e il sonno. Non sono dimostrabili segni oggettivi e le indagini diagnostiche sono nella norma (esame neurologico, otorinolaringoiatrico, odontoiatrico; radiografia dei seni mascellari, del cranio e TAC).

Si tratta essenzialmente di una diagnosi di esclusione che di-

mostra l'assenza di cause organiche.

La diagnosi differenziale deve considerare le cefalee vascolari (emicrania, cefalea grappolo, arterite temporale), le nevralgie (del trigemino, del glossofaringeo), le cefalee muscolotensive e la sindrome algico disfunzionale.

Il trattamento, di pertinenza medica, è difficoltoso e si basa sulla prescrizione di medicinali diversi in base all'eziologia prevalente riscontrata.

- Analgesici (cfr DOLORE ODONTOGENO).
- Benzodiazepine, antidepressivi triciclici o inibitori della ricaptazione della serotonina nei casi psicogeni (cfr STOMATODINIA).
- Benzodiazepine e miorilassanti nei casi di cefalea muscolotensiva e sindrome algico-disfunzionale (cfr SINDROME ALGICO DISFUNZIONALE).

Tabella 13
TERAPIA DEL DOLORE ODONTOGENO

Dolore lieve

Pr: Acido acetilsalicilico cpr. 300 mg

S: 2 compresse ogni 6-8 ore

Pr: Paracetamolo cpr. 500 mg

S: 1 compressa ogni 6-8 ore in base alla sintomatologia

Pr: Oppiacei deboli

(codeina cpr. 30,60 mg; destropropossifene conf. 30mg)

S: 1 compressa ogni 6-8 ore in base alla sintomatologia

Pr: Ibuprofene cpr. 600 mg

S: 1 compressa ogni 4-6 ore

Pr: Piroxicam cpr. 20 mg

S: 1 compressa al giorno in una unica somministrazione

Pr: Metamizolo (noramidopirina) cpr. 300 mg

S: 1 compressa 2-3 volte al giorno in base alla sintomatologia

Dolore moderato

Pr: Paracetamolo + codeina cpr.

S: 1 compressa ogni 6-8 ore in base alla sintomatologia

Pr: Naprossene cpr. 550 mg

S: 1 compressa 2 volte al giorno

Pr: Nimesulide cpr., bust. 100mg

S: 1-2 compresse (bustine) 2 volte al giorno

Pr: Ketoprofene cps. 50 mg

S: 3-6 capsule al giorno ripartite ai pasti

Pr: Diclofenac cpr. 50 mg

S: 1-3 compresse al giorno

Pr: Tramadolo cpr. 100 mg

S: 1 compressa ogni 6-8 ore

Dolore severo

Pr: Ketorolac cpr. 10 mg

S: 1 compressa ogni 6-8 ore

Pr: Pentazocina cpr. 50 mg

S: 1 compressa ogni 3-4 ore

Pr: Buprenorfina cpr. 0,2 mg

S: 1 compressa ogni 6-8 ore

14. DOLORE ODONTOGENO

Il dolore odontogeno e post-operatorio è di tipo somatico acuto o subacuto; un breve ciclo di terapia sintomatica (3-6 giorni) è generalmente sufficiente; i farmaci dovrebbero essere scelti in scala sequenziale in base all'entità della sintomatologia dolorosa.

Per dolori di lieve entità sono generalmente utilizzati gli analgesici non antinfiammatori (paracetamolo, metamizolo), i derivati dell'acido salicilico, i FANS dotati di discreta effi-

cazia (ibuprofene, piroxicam) e gli oppiacei deboli (codeina fosfato, destropopossifene, tramadolo).

Per dolori moderati si può ricorrere al paracetamolo associato alla codeina o ai FANS dotati di maggiore efficacia come ad esempio la nimesulide e il diclofenac.

Per i dolori di elevata intensità si possono prescrivere gli oppiacei forti (pentazocina, buprenorfina) o i FANS con elevato potere analgesico (ketorolac).

15. EMANGIOMI E VARICI

Le lesioni di piccole dimensioni sono generalmente trattate ambulatorialmente mediante escissione chirurgica con bisturi; la terapia farmacologica è scarsamente utilizzata e si basa sulla utilizzazione di farmaci sclerosanti.

Il farmaco è iniettato, mediante una siringa da insulina o tuberculina, in sede subepidermica o sottomucosa; distribuito in localizzazioni multiple nel centro e alla periferia della lesione; praticando dei pomfi della grandezza di una lenticchia a distanza di circa 1 cm uno dall'altro; il dosaggio complessivo dipende dalle dimensioni della lesione.

Successivamente si esercita una compressione localizzata, ma

energica per alcuni minuti sino alla scomparsa della macula. Possono essere necessari 2-3 trattamenti per la risoluzione del quadro clinico a distanza di 1-2 settimane.

In relazione alla posizione e dimensione delle lesioni si devono considerare diverse metodiche: la radioterapia è indicata per angiomi superficiali ed estesi; la crioterapia e la chirurgia con laser risultano particolarmente efficaci per le lesioni delle labbra dove è richiesto un risultato estetico; l'embolizzazione superselettiva mediante angiografia è utilizzata in presenza di angiomi di grandi dimensioni o profondi.

Tabella 14

TERAPIA DEGLI EMANGIOMI E DELLE VARICI

Pr: Sodio tetradecile solfato f:1-3%

S: Iniezioni peri e intralesionali con 0,1-0,2 ml/cm² (non superare la dose di 1-2 ml); se necessario ripetere l'applicazione a distanza di 1-2 settimane.

Pr: Polidocanolo f: 0,5, 1,2,3 %

S: Iniezioni intralesionali utilizzando la concentrazione allo 0,5-1% nelle piccole varici

16. EMORRAGIA POSTOPERATORIA

Nel paziente privo di patologie dell'emostasi l'utilizzazione di emostatici rappresenta un trattamento coadiuvante alle misure di emostasi primarie (compressione, sutura, ghiaccio).

I medicinali più frequentemente utilizzati sono rappresentati dagli antiemorragici (acido tranexamico), dai coadiuvanti meccanici (spugne di gelatina assorbibili e fibrina, cellulosa ossidata rigenerata) e dai liquidi emostatici (cloruro ferrico).

La trombina non deve essere utilizzato in associazione alla cellulosa ossidata poiché il ph acido ne annulla l'attività.

Il ricorso alla terapia sistemica con la Vitamina K è indicato nelle sindromi emorragiche da ipoprotrombinemia per reale deficit di vit K: anticoagulanti orali; sindromi di malassorbimento (ittero ostruttivo, malattia infiammatoria intestinale, morbo celiaco, ecc.).

Lo scopo consiste nel raggiungere un valore di 1,5-2 INR

(PT 30-50%) a seconda del trauma chirurgico e conseguente rischio emorragico postoperatorio; la risposta terapeutica si verifica dopo 4-24 ore a seguito di somministrazione per via ev. e dopo 24-48 ore per via orale.

La terapia è inefficace nelle epatopatie con grave danno cellulare e nelle ipoprotrombinemie ereditarie nelle quali è molto ridotta la sintesi epatica di fattori della coagulazione; in questi casi sussiste indicazione all'utilizzazione di sangue intero o emoderivati. Nei pazienti con emofilia per preparazione a interventi chirurgici si somministra il fattore VIII (emofilia A) e IX (emofilia B) in quantità sufficiente a raggiungere livelli ematici di fattore antiemofilico del 70-100%; la somministrazione va ripetuta i giorni successivi l'intervento chirurgico, sino a quando sussiste il rischio di emorragia, per non scendere al di sotto del valore soglia del 50%.

Per il dosaggio si deve considerare che 1 UI di fattore VIII

aumenta la percentuale del 2% mentre 1 UI di fattore IX aumenta la percentuale dell'1%.
La desmopressina, analogo dell'ormone antidiuretico può es-

sere associata e somministrata per via endovenosa o endonasale nei casi lievi di emofilia B e di morbo di von Willebrand in quanto facilita il rilascio di fattore VIII.

Tabella 15
TERAPIA DELLE EMORRAGIE POSTOPERATORIE

Trattamento aspecifico

Pr: Acido tranexamico f.

S: Irrigare l'alveolo con la soluzione. Inumidire una garza e comprimere a lungo il sito chirurgico emorragico. Eseguire sciacqui 4 volte al giorno.

Pr: Acido tranexamico cps., f. 500 mg

S: 1-2 gr per os ogni 6-8 ore

Pr: Acido aminocaprico f. 2-4 gr

S: 4 gr ogni 6-8 ore per os

Pr: Trombina top., polvere 2500 unih

S: Sciogliere in soluzione fisiologica e disporre con siringa sul fondo dell'alveolo emorragico in combinazione con una spugna di gelatina emostatica riassorbibile.

Pr: Coadiuvanti meccanici (spugne di fibrina, spugne di gelatina assorbibili, cellulosa ossidata e rigenerata, cera da osso)

S: Applicare il materiale nel sito emorragico e comprimere con garza.

Ipprotrombinemia (deficit vitamina K)

Pr: Fitomenadione conf. 10 mg, gtt. 2,5ml al 2%, f. im 1ml/10mg

S: 2-25 mg sc, ev ogni 6-8 ore o in alternativa 5-20 mg per os ogni 8-12 ore.

Emofilia A

Pr: Fattore VIII o fattore IX f. ev

S: Somministrare 30 UI fattore VIII nell'emofilia A (40-50 di fattore IX nell'emofilia B) in somministrazione unica endovenosa prima dell'anestesia; quindi 10-12 UI ogni 12 ore i giorni successivi.

Pr: Desmopressina spray nas., f. ev

S: 1-2 spruzzi per ciascuna narice 1-2 volte al giorno (o 1 fiala endovena)

17. ERITEMA MULTIFORME

La terapia eziologica consiste nell'identificare ed eliminare il farmaco o la sostanza causa della reazione allergica.

Le forme lievi regrediscono nell'arco di 2-3 giorni e rispondono a un trattamento sintomatico aspecifico costituito da: dieta semiliquida; sciacqui con collutorio a base di clorexidina per prevenire la sovrainfezione secondaria delle lesioni; sciacqui con analgesici o steroidi (confronta LICHEN).

Nei casi medio-gravi si utilizzano gli steroidi per via sistemica a dosaggio medio (30-60mg di prednisone/die o dosi equivalenti di altri corticosteroidi) per un breve periodo di tempo; la risoluzione della sintomatologia avviene in media

entro 7-14 giorni; la sospensione è graduale diminuendo progressivamente il dosaggio con dimezzamenti giornalieri della posologia (in 2-3 giorni).

Nei casi gravi è necessario il ricovero ospedaliero per somministrare terapie d'urto di corticosteroidi a dosaggi elevati (prednisone 1mg/kg/die raddoppiabili nei casi severi); generalmente la patologia è autolimitante e tende a guarigione spontanea in 2-3 settimane.

Il prednisone rappresenta il medicinale più utilizzato ed è disponibile in cpr 5-25 mg; 1 compressa da 25 mg di prednisone corrisponde alla dose equivalente di 1 cpr. di metilprednisolone da 16 mg e di 4 cpr. di betametasona da 1mg.

Tabella 16
TERAPIA DELL'ERITEMA MULTIFORME

Pr: Prednisone cpr. 25 mg

S: 2-3 compresse per 3-4 giorni; poi 1 cpr. al giorno sino a risoluzione della sintomatologia (in media per 8-10 giorni); quindi diminuire progressivamente il dosaggio dimezzando la posologia (in 2-3 giorni) sino a sospenderla

Pr: Betametasona cpr. 1mg

S: 4-8 compresse al giorno sino a risoluzione della sintomatologia (in media per 8-10 giorni); quindi diminuire progressivamente il dosaggio dimezzando la posologia (in 2-3 giorni) sino a sospensione.

18. GENGIVITE ULCERO NECROTICA ACUTA (GUNA)

La terapia locale richiede appuntamenti ravvicinati e consiste: nella detartrasi, nella levigatura delle radici, nel curettaggio gengivale e nei lavaggi intrasulculari per rimuovere gli agenti eziologici, i tessuti necrotici e i sequestri ossei; nella istruzione del paziente ad eseguire una accurata igiene orale domiciliare e sciacqui con collutorio a base di antiseptici.

La terapia antibiotica sistemica è diretta verso i batteri Gram-

negativi il metronidazolo rappresenta il farmaco di prima scelta; sono comunque efficaci anche i betalattamici.

Dopo la guarigione si devono eliminare i fattori predisponenti le recidive: individuare condizioni sistemiche causa di immunodepressione; eseguire una bonifica mediante interventi di chirurgia parodontale ed estrazioni; motivare il paziente ad un'igiene orale domiciliare corretta e ai richiami periodici per l'igiene professionale.

Tabella 17

TERAPIA DELLA GENGIVITE ULCERO-NECROTICA

Pr: Iodopovidone sol. 10%

S: Lavaggi intrasulculari dopo curettaggio gengivale; ripetere a distanza di 7-10 giorni sino a guarigione.

Pr: Clorexidina gluconato 0,20% o Iodopovidone 1% coll.

S: 4 sciacqui al giorno sino a risoluzione dei sintomi

Pr: Metronidazolo cpr. 250 mg

S: 1 compressa ogni 8 ore per 5 giorni

19. GENGIVOSTOMATITE ERPETICA

La patologia è autolimitante tendendo a guarigione spontanea in 7-10 giorni e, per questo motivo, è generalmente sufficiente un trattamento sintomatico.

Per alleviare la sintomatologia generale (febbre, malessere) si consiglia riposo e la somministrazione di farmaci analgesici e antipiretici sistemici ad azione lieve o moderata (paracetamolo, acido acetilsalicilico o altri farmaci antinfiammatori non steroidei).

Non è, invece, indicata la prescrizione di antibiotici in quanto inutili nelle infezioni virali.

La sintomatologia orale dolorosa, causata dalle vescicole e dalle erosioni, può essere trattata attraverso la somministra-

zione di analgesici topici (antistaminici; analgesici; anestetici; citoprotettori o antiacidi).

I citoprotettori e gli antiacidi esercitano effetto antalgico depositando un film che ricopre l'erosione mucosa, proteggendola da stimoli in grado di scatenare una sensazione dolorosa; gli antistaminici esercitano un effetto antalgico diretto.

La sintomatologia dolorosa nei bambini può generare un rifiuto del cibo per cui può essere necessario supportare l'introito calorico e liquido: consigliando una dieta liquida o semiliquida ipercalorica; evitando cibi consistenti che possano scatenare dolore da contatto; somministrando integratori alimentari (liquidi, proteine, vitamine, minerali).

Tabella 18

TERAPIA DELLA GENGIVOSTOMATITE ERPETICA

Pr: Difendramina scir. (o Prometazina)+ Sucralfato (o Idrossido di magnesio e alluminio) sosp.

S: Miscelare in parti uguali le due sospensioni in un'unica soluzione. Sciacquare per due minuti ogni due ore e prima di ogni pasto utilizzando la quantità corrispondente a un cucchiaino da tè (5ml) o un cucchiaino da minestra (10ml); espettorare senza deglutire

Pr: Analgesico coll. (flurbiprofene, ketoprofene, benzidamina)

S: 3-4 sciacqui al giorno in base alla sintomatologia. Espettorare senza deglutire

Pr: Integratori alimentari ipercalorici

S: Preparare come indicato nelle istruzioni; somministrare 3-5 dosi al giorno, servendo freddo.

20. HERPES SIMPLEX LABIALE E INTRAORALE

I pazienti devono essere avvertiti di non toccare con le mani le lesioni per il rischio autoinoculare l'infezione estendendola localmente o in altre zone (pateruccio erpetico; cherato-congiuntivite erpetica; infezioni genitali).

La maggior parte dei casi presenta sintomatologia modesta e tende a guarigione spontanea in 14-21 giorni e non richiede, pertanto, nessuna terapia.

Nel caso si decida di prescrivere una terapia, questa deve essere iniziata nella fase prodromica (tensione, eritema e bruciore nelle prime 24-48 ore) per sortire l'effetto di ridurre l'entità dei sintomi e la durata della malattia (10-14 giorni). Alcuni trattamenti specifici dimostrano una certa efficacia terapeutica:

- Le pomate emollienti neutre presentano un basso costo e un favorevole effetto terapeutico nell'herpes labialis: nella fase acuta coprono la lesione e riducono la possibilità di autoinoculazione locale e a distanza dell'infezione; nel periodo di guarigione sono utili nel prevenire la rottura delle croste sulle labbra con conseguente ritardo di guarigione o formazione di ragadi labiali.
- L'applicazione locale e intermittente di impacchi di ghiaccio o alcol sulla zona eritematosa e dolente può abortire lo sviluppo delle lesioni; devono essere applicati nella fase prodromica cioè nelle prime 24-48 ore.

La terapia specifica con farmaci antivirali si basa sulla somministrazione di aciclovir:

- L'aciclovir topico riconosce una scarsa efficacia terapeutica e un rapporto sfavorevole tra costo economico-beneficio poiché esercita, nella maggior parte dei casi, un effetto non superiore alle pomate emollienti.
- L'indicazione alla prescrizione di aciclovir sistemico è rappresentata dai pazienti con immunodepressione per il rischio di diffusione dell'infezione; nel soggetto immunocompetente l'indicazione è relativa, da valutare nel singolo caso in presenza di quadri severi.

La terapia con pomata topica antibiotica ad uso dermatologico è indicata nei casi con sovrainfezione delle lesioni labiali (impetiginizzazione).

Un trattamento profilattico con aciclovir trova indicazione nei pazienti affetti da recidive frequenti che possono essere scatenate a seguito di esposizione solare e da trauma conseguente a seduta odontoiatrica:

- L'utilizzazione profilattica di creme solari per le labbra previene le recidive di herpes labialis causate da esposizione solare.
- La somministrazione sistemica di aciclovir per brevi cicli trova indicazione nella prevenzione di recidive nei pazienti che riferiscono frequenti recidive conseguenti al trauma locale causato da terapie odontoiatriche.

Tabella 19

TERAPIA DELL'HERPES SIMPLEX LABIALE E INTRAORALE

Terapia aspecifica

Pr: Impacchi di ghiaccio

S: 3-4 cicli di 5 minuti intervallati da 15 minuti eseguiti una sola volta alla comparsa dei primi sintomi (senso di tensione e di bruciore).

Pr: Sol. al 50% di etere e alcol

S: 3-4 impacchi al giorno sulla zona interessata alla comparsa dei primi sintomi.

Pr: Pom. derm. emolliente (vaselina, burro cacao, ecc.)

S: Applicare sulle labbra 4-6 volte al giorno cominciando all'inizio dei sintomi e protraendo sino a guarigione avvenuta.

Terapia topica

Pr: Aciclovir 5% o idossuridina crema derm.

S: Applicare sul labbro 4 volte al giorno cominciando all'inizio dei sintomi e protraendo sino a guarigione avvenuta.

Pr: Pom. derm. antibiotica (tetraciclina, gentamicina, acido fusidico)

S: Applicare sul labbro 4 volte al giorno sino a risoluzione della lesione infettata da batteri

Terapia sistemica

Pr: Aciclovir cpr 200mg

S: 1 compressa 5 volte al giorno (1gr/die), ogni 5 ore omettendo la dose notturna, per 5 giorni prolungabili sino a risoluzione delle lesioni (in alternativa 2 compresse 3 volte al giorno)

Pr: Aciclovir scir. 8%

S: Sciacquare 4-6 volte al giorno con 2,5 ml di sospensione e deglutire; evitare cibo e bevande nell'ora successiva; prolungare la terapia sino a guarigione

Profilassi

Pr: Crema solare derm. con elevato fattore di protezione 15 o total block

S: Applicare sul labbro 1 ora prima della esposizione e ogni ora successiva

Pr: Aciclovir cpr 800 mg

S: 1cp due volte al dì il giorno precedente l'appuntamento dal dentista; poi 1 cp/die per i 7 giorni successivi

Pr: Aciclovir cpr da 800 mg

S: 1 compressa al giorno in modo continuativo (nei pazienti immunodepressi)

21. HERPES ZOSTER

La terapia eziologica consiste nella somministrazione sistemica di alte dosi di aciclovir per via orale o parenterale.

Il dolore richiede una terapia di supporto con antidolorifici sistemici per dolore moderato-severo (cfr DOLORE ODONTOGENO).

La terapia ad alto dosaggio e breve durata con corticosteriodi (60-80 mg/die di prednisone o 20-30 mg prednisolone/die) riduce l'incidenza della nevralgia postherpetica che rappresenta una complicanza frequente nei pazienti con età oltre i 60 anni. In presenza di interessamento della branca oftamica è necessaria la consulenza oculistica urgente per il rischio di lesioni permanenti.

Le pomate antibiotiche ad uso dermatologico sono utili per

prevenire o curare l'impetiginizzazione delle lesioni cutanee. Il trattamento delle lesioni cutanee con immunomodulatori topici sembra ridurre la durata della malattia ma non risulta di frequente utilizzazione a causa dello sfavorevole rapporto costo economico-beneficio terapeutico.

Nei pazienti immunodepressi i quadri clinici hanno la caratteristica comune di potersi presentare in forme recidivanti, con tendenza all'estensione (multidermatomeriche) e persistenti; in questi casi si deve considerare l'opportunità di istituire una profilassi a lungo termine.

Il foscarnet trova indicazione in presenza di resistenza all'aciclovir in pazienti immunodepressi.

Tabella 20
TERAPIA DELL'HERPES ZOSTER

Terapia acuta

Pr: Aciclovir cpr. 800 mg (aciclovir scir. 8%)

S: 1 compressa (10 ml di sciroppo) 5 volte al giorno per 7-10 giorni

Pr: Aciclovir fev

S: 10-12 mg/kg ev ogni 8 ore per 7-10 giorni

Pr: Foscarnet f.

S: 40 mg/kg/die per via parenterale per 7-10 giorni salvo necessità di prolungamento

Profilassi delle recidive

Pr: Aciclovir cpr. 800 mg

S: 1 compressa al giorno in modo continuativo per la profilassi delle recidive in pazienti immunodepressi

Profilassi della nevralgia postherpetica

Pr: Prednisone cpr. 25 mg

S: 3 compresse 3 volte al giorno per 3 giorni; metà dose per tre giorni; metà dose per altri 3 giorni, infine sospendere

Pr: Prednisone cpr. 25 mg

S: 3 compresse al giorno per 2 settimane

22. INFEZIONI ODONTOGENE

Il trattamento consiste nella rimozione della fonte di infezione, incisione e drenaggio (se raccolta fluttuante), applicazione di calore umido, prescrizione di antibiotici e di analgesici-antinfiammatori.

Nelle infezioni di grado lieve e moderato, la terapia antibiotica empirica è normalmente indirizzata verso gli agenti causali più probabili delle infezioni orodentali (terapia ragionata). Nei casi con tendenza alla diffusione (flemmone) o cronicizzazione (osteomielite) è indicata l'esecuzione di prelievi microbiologici prima di iniziare la terapia antibiotica per identificare il microorganismo ed eseguire l'antibiogramma necessario ad istituire una terapia mirata.

Le infezioni severe richiedono il ricovero ospedaliero per eseguire un costante monitoraggio e applicare misure complesse in relazione alla gravità del caso: terapia antibiotica aggressiva per via parenterale; esplorazione chirurgica per drenaggio; controllo della pervietà delle vie respiratorie (nell'angina di Ludwig); reidratazione e alimentazione assistita.

Nella pratica ambulatoriale si utilizza di norma la sommini-

strazione orale, riservando l'indicazione alla via parenterale limitatamente a casi specifici:

- Interventi in anestesia generale
- Accelerato transito intestinale con scarso assorbimento enterico (diarrea, gastroenterite da antibiotici per via orale)
- Incapacità a deglutire il farmaco per trisma e odinofagia
- Necessità di farmaci non assorbibili per via enterica per infezioni resistenti ai più comuni antibiotici
- Infezioni batteriche gravi in pazienti immunocompetenti
- Infezioni batteriche in pazienti defedati o immunocompromessi

Le penicilline rappresentano gli antibiotici di prima scelta in quanto attive sugli agenti batterici causali più frequenti delle infezioni orodentali e provviste di un ampio spettro di azione. In questo gruppo l'amoxicillina rappresenta il farmaco di prima scelta per l'elevato assorbimento enterico (90%), gli scarsi effetti indesiderati gastroenterici e l'ampio spettro di azione; il farmaco è inattivato dalle betalattamasi dei Gram - e penicillinasi stafilococciche.

L'associazione amoxicillina e acido clavulanico presenta uno spettro di attività esteso ai ceppi produttori di betalattamasi. L'ampicillina è attualmente meno utilizzata poiché è inattivata dalle betalattamasi dei Gram - e penicillinasi stafilocociche; presenta un assorbimento per os ridotto (75%) e lievi effetti indesiderati gastroenterici. Le bacampicilline sono analoghi privi di vantaggi

Le cefalosporine di prima generazione (cefalessina, cefaxodril) non presentano sostanziali vantaggi nei confronti delle penicilline poiché causano ipersensibilità crociata con le altre betalattamine e sono inattivate dalle betalattamasi.

Le cefalosporine di seconda (cefaclor, cefuroxima) e terza generazione (ceftazidima, ceftriaxone) sono farmaci potenti che vanno utilizzati in presenza di infezioni batteriche gravi di accertata o presunta origine da parte di Gram-negativi dif-

ficili o flora mista resistente ai più comuni antibiotici.

In presenza di allergia alle betalattamine si utilizzano i macrolidi (eritromicina) e la clindamicina. Le lincosamidi (lincomicina, clindamicina) sono attualmente preferite per la capacità di concentrarsi nell'osso; sono controindicati in gravidanza, epatopatie e nefropatie e l'uso prolungato può causare colite pseudomembranosa.

Il metronidazolo trova indicazione trattamento della gengivite ulcero-necrotica e dell'alveolite, infezioni sostenute da germi Gram- e anaerobi; il farmaco è controindicato in gravidanza e si deve evitare l'assunzione contemporanea di alcolici (reazione tipo disulfiram)

Le tetracicline trovano indicazione nel trattamento della parodontopatia giovanile e refrattaria dell'adulto; sono controindicata in gravidanza e in età pediatrica.

Tabella 21
TERAPIA ANTIBIOTICA

TERAPIA PER VIA ORALE

Penicilline

Pr: Amoxicillina cpr. 1gr, cps. 500mg
S: 1 capsula ogni 6-8 ore (o 3 compresse al giorno) per 7 giorni

Pr: Ampicillina, cpr. 500 mg
S: 250-500 mg ogni 6 ore

Pr: Amoxicillina+ acido clavulanico cpr. 1gr
S: 1 compressa ogni 8-12 ore per 7 giorni

Cefalosporine

Pr: Cefalessina cpr. 1 gr
S: 1 compressa ogni 6-8 ore per 7 giorni

Pr: Cefaclor cpr. 750 gr, sosp. 5% os
S: 2-4 gr/die in 3-4 somministrazioni

Pr: Cefadroxil cps. 500
S: 1gr 2-4 gr in 2-3 somministrazioni

Altri

Pr: Eritromicina cpr. 600 mg
S: 1 compressa ogni 6 ore per 7 giorni

Pr: Clindamicina cps. 150 mg
S: 1-2 capsula ogni 6 ore per 7 giorni

Pr: Lincomicina cps. 600 mg
S: 1 capsula ogni 6-8 ore per 7 giorni

Pr: Tetraciclina cpr. 250 mg
S: 1 compressa ogni 6 ore per 7 giorni

Pr: Metronidazolo cpr. 250 mg
S: 2 compressa ogni 6-8 ore per 7 giorni

TERAPIA PARENTERALE

Penicilline

Pr: Amoxicillina f. 1gr im, ev
S: 2-3 fiale al giorno

Pr: Ampicillina f. 1gr im, ev
S: 1 fiala ogni 8 ore

Pr: Ampicillina+sulbactam f. 1,5 gr im, ev
S: 1 fiala ogni 12 ore

Cefalosporine

Pr: Cefazolina f.1gr
S: 1gr 2 volte al giorno

Pr: Ceftriaxone fl. 1gr im, ev
S: 1gr al giorno

Pr: Cefuroxima fl. 1gr im, ev
S: 1,5-3 gr al giorno in 2-4 somministrazioni

Pr: Cefazidima fl. 2gr im, ev
S: 2-6 gr al giorno in 1-3 somministrazioni

Altri

Pr: Eritromicina f. 1gr im, ev
S:30-50 mg/kg al giorno

Pr: Clindamicina f. 4ml/600 mgev
S: 600-1200 mg/die in 2-4 somministrazioni

Pr: Lincomicina fl. 300-600 mg
S: 300-600 mg ogni 8-12 ore

23. IPERPLASIA GENGIVALE

L'iperplasia gengivale gravidica tende a regressione al termine della gravidanza.

Nelle iperplasie gengivali da farmaci è opportuno richiedere la consulenza medica per eseguire variazioni della terapia farmacologica responsabile (calcio-antagonisti, idantoina, ciclosporina); la terapia è essenzialmente chirurgica, mediante gengivectomia e gengivoplastica.

L'eliminazione dei fattori irritativi locali (placca batterica e

tartaro, bordi di restauri odontoiatrici) mediante una accurata igiene orale domiciliare e professionale e visite di controllo periodiche è comunque in grado di diminuire la frequenza e la gravità delle recidive.

Una terapia topica a base di sciaqui di clorexidina e acido folico può dimostrare una certa efficacia terapeutica nel ridurre la gravità e frequenza delle recidive.

Tabella 22

TERAPIA DELLA IPERPLASIA GENGIVALE

Pr: Acido folico f.

S: Sciacquare con un cucchiaino da tè (5ml) per 2 minuti e sputare

Pr: Clorexidina gluconato 0,20% coll.

S: Sciacquare per 30 secondi 2-3 volte al giorno

24. IPERSALIVAZIONE

L'atropina è un farmaco parasimpaticolitico (anticolinergico muscarinico) che può essere utilizzata in odontoiatria come antisialogogo per ridurre la salivazione nel corso di interventi odontoiatrici.

L'azione inizia dopo 5 minuti, persiste per 6 ore; può causare tachicardia, sonnolenza e riduzione temporanea del visus (midriasi); è controindicata nei pazienti affetti da glaucoma.

Tabella 23

TERAPIA DELL'IPERSALIVAZIONE

Pr: Atropina solfato f. 0,5 mg

S: 1 fiala sottomucosa nella sede dell'anestesia.

25. LEUCOPLACHIA

Poiché la leucoplachia è una precancerosi, l'asportazione completa mediante biopsia escissionale rappresenta il trattamento di elezione.

La terapia conservativa si basa sull'applicazione topica di cheratolitici (acido salicilico, tretinoina); rappresenta un'alternativa di seconda scelta riservata alle lesioni a basso rischio (leucoplachie omogenee con referto istologico di ipercheratosi o displasia lieve); per il rischio di degenerazione maligna non è proponibile nelle forme disomogenee e/o con referto istologico di displasia di grado medio-elevato.

In caso di trattamento conservativo il paziente deve essere informato del rischio di degenerazione maligna; motivato a sottoporsi a controlli periodici fissati inizialmente a 3, 6, 12 mesi e successivamente una volta all'anno (nei casi ad elevato rischio la frequenza è bimensile o semestrale e vanno programmate biopsie periodiche).

Nelle cheratosi da attrito (leucocheratosi talvolta erroneamente diagnosticate come leucoplachie) la biopsia può essere dilazionata, correggendo il fattore irritativo cronico e controllando il paziente per alcune settimane; in caso di persistenza della lesione si deve eseguire una biopsia escissionale poiché esiste il rischio di evoluzione verso lesioni più gravi.

In presenza di leucoplachie iperplastiche (candidosi iperplastica), diagnosticate con biopsia e colorazioni specifiche, è indicato un trattamento preliminare con antimicotici per un periodo minimo di 4 settimane e l'eliminazione dei fattori favorevoli all'infezione opportunistica (cfr CANDIDOSI): le lesioni iperplastiche disomogenee che siano mutate in tipo omogeneo, possono essere controllate periodicamente; invece è indicata l'asportazione delle lesioni non omogenee che persistano come tali dopo trattamento antimicotico.

Tabella 24
TERAPIA DELLA LEUCOPLACHIA

Pr: Acido salicilico 1,5% (o al 7%) in sol. alcolica al 70% (galenico magistrale)

S: Applicare la soluzione mediante tocature con batuffolo di cotone in modo selettivo sulla lesione cheratosica, lasciare agire per 10 secondi e successivamente sciacquare; ripetere 2-3 volte al giorno per più giorni (mediamente 4-8) e sospendere alla comparsa di dolore.

Pr: Tretionina pom. derm. 0,1%

S: Applicare 3-4 volte al giorno per 2-3 settimane coprendo la crema con una pasta adesiva per protesi per assicurare l'adesione e la permanenza del farmaco sulla lesione.

26. LICHEN PLANUS

La terapia farmacologica è superflua nelle forme asintomatiche o paucisintomatiche (lichen reticolare e a placca) e va riservata alle forme sintomatiche (atrofiche ed erosive).

La patologia è spesso resistente alla terapia e difficile a trattarsi, per questo motivo il protocollo di trattamento prevede fasi sequenziali ordinate in relazione alla risposta clinica:

1. Eliminazione dei fattori irritativi cronici locali (igiene orale, eliminazione di bordi traumatici e di materiali odontoiatrici possibile causa di reazioni allergiche), esogeni e sistemici (tabella).
2. Terapia antimicotica considerando che circa il 40% delle manifestazioni di lichen presentano una sovrainfezione da Candida; il risultato della terapia antimicotica deve essere valutato dopo un periodo minimo di 14 giorni.
3. Terapia corticosteroidica topica, prolungata per un periodo minimo di 4 settimane prima di valutarne i risultati.
4. Terapia corticosteroidica sistemica con eventuale associazione di immunodepressori.

I casi lievi-moderati con lesioni diffuse vanno trattati con terapia steroidea topica (collutori, spray, gengivari); in presenza di lesioni localizzate in zone facilmente raggiungibili si possono adattare all'uso le pomate dermatologiche.

Per aumentare l'adesione, la permanenza e quindi la penetrazione degli steroidi in pomata nel tessuto patologico si può utilizzare una tecnica a sandwich (medicazioni occlusive) ottenuta con diverse metodiche:

- Applicando le pomate all'interno di una placca in resina confezionata in laboratorio (lesioni sulla gengiva aderente e palato).
- Applicando la pomata sulla lesione e coprendola con una pasta adesiva per protesi (in alternativa mescolando la pomata dermatologica con una pasta adesiva ed applicandola in un unico strato) in presenza di lesioni localizzate su guance, labbra e mucosa orale.

Nei casi con sintomatologia severa si ricorre alla terapia siste-

mica con steroidi somministrata in media per 7-10 giorni.

Nei casi severi resistenti alla terapia steroidea si considera l'applicazione di:

- Sciacqui a base di immunodepressori (ciclosporina) che però presenta un costo molto elevato.
- Iniezioni intralesionali di corticosteroidi nelle lesioni ulcerative croniche.
- Somministrazione sistemica di un immunodepressore (ad esempio l'azotiaprina) associato agli steroidi per diminuirne il dosaggio; la terapia è comunque di competenza medica per la possibile comparsa di effetti collaterali (leucopenia) che richiedono controlli ematochimici frequenti.

Nei casi con recidive frequenti è indicata una profilassi a lungo termine con steroidi topici (collutorio) individuando il dosaggio minimo necessario per il singolo paziente; una procedura pratica consiste nell'iniziare con sciacqui a giorni alterni aumentandone la frequenza in relazione alla risposta clinica (1 volta/die, 2 volte/die, 3 volte/die).

L'effetto collaterale più frequente di un trattamento steroideo prolungato consiste nella comparsa di una candidosi; a scopo preventivo si possono associare sospensioni di antimicotici in sospensione orale, alternandoli (ad esempio 1 ciclo di antimicotici per 1 settimana ogni 4 di terapia steroidea) o miscelandoli ai corticosteroidi in parti uguali per eseguire un unico sciacquo ogni giorno.

Il lichen planus è una precancerosi che può andare incontro a trasformazione maligna nello 0,4-2% dei casi; il rischio è più elevato nelle forme cliniche erosive ed atrofiche; per tale motivo è opportuno eseguire dei controlli clinici periodici almeno annuali o semestrali in tali varianti.

Lo scopo è cogliere mutamenti suggestivi di degenerazione (ulcerazione e dolore, sanguinamento, adenopatia, perdita di mobilità rispetto i piani sottostanti, cambiamento e irregolarità della forma) che costituiscono indicazione obbligatoria alla biopsia.

Tabella 25

POSSIBILI FATTORI EZIOLOGICI DEL LICHEN PLANUS**Fattori esogeni**

Materiali dentali (amalgama, mercurio, oro)
 Allergeni alimentari
 Farmaci
 Infezioni (placca batterica, Candida)
 Stress
 Tabacco trauma

Fattori sistemici

Graft versus host disease
 Carenze alimentari
 Diabete mellito
 Epatopatie

Tabella 26

TERAPIA DEL LICHEN PLANUS SINTOMATICO**Approccio preliminare**

*Eliminare possibili fattori eziologici sistemici o esogeni
 Eseguire un'aterapia topica con antimicotici per 15 giorni
 (nistatina, anfotericina B sosp.)*

Terapia topica nei casi lievi-moderati

Pr: Betametasone cpr efferv. orosol. 0,5mg

S: Sciogliere una compressa in un cucchiaino da tè (0,5mg/5ml); eseguire 4-6 sciacqui al giorno per 2 minuti; espettorare senza deglutire; evitare di ingerire cibo o bevande nell'ora successiva. Sospendere il trattamento alla risoluzione dei sintomi (mediamente dopo 1-2 settimane)

Pr: Pom. corticosteroidica (flucinonide pomata, betametasone crema o clobetasolo unguento)

S. Applicare sulla lesione 3-4 volte al giorno (dopo ogni pasto e prima di coricarsi) per 1-2 settimane; coprire la pomata con pasta adesiva per protesi per i primi giorni; poi mescolare le due pomate applicandole insieme in unico strato.

Pr: Triamcinolone acetone f. 40 mg o desametasone f. 4mg/ml

S: Dopo aver anestetizzato l'area iniettare 0,5-1 ml attorno ai margini dell'ulcera 2-3 volte nell'arco di una settimana

Terapia sistemica nei casi moderati-severi

Pr: Betametasone cpr. efferv. orosol. 0,5 mg

S: Utilizzare il seguente schema a scalare

1. Sciogliere 3 compresse in un cucchiaino da tavola (15 ml) di acqua; sciacquare per 3 giorni per 3 volte al giorno e deglutire

2. Sciogliere 1 compressa in un cucchiaino da tè (5 ml) di acqua; sciacquare per 3 giorni per 3 volte al giorno e deglutire

3. Diluire come punto 2; sciacquare per 3 giorni per 3 volte al giorno e deglutire a cicli alterni

4. Diluire come punto 2; sciacquare per 3 giorni per 3 volte al giorno ed espettorare senza deglutire

Sospendere la terapia al cessare della sintomatologia. In caso di ripresa della patologia ricominciare dal terzo stadio. Gli sciacqui vanno effettuati dopo i pasti e prima di coricarsi avendo cura di non ingerire cibi e bevande nell'ora successiva.

Pr: Prednisone cpr. 25 mg (dose equivalente a metilprednisolone compresse 16 mg)

S: 2-3 compresse al giorno sino a guarigione della lesione (in media 5-10 giorni), quindi diminuire di 1 compressa al giorno. Prendere il farmaco 30-60 min. dopo il risveglio al mattino in una unica somministrazione. Masticare le pastiglie e lasciarle sciogliere in bocca per un paio di minuti prima di deglutire

Immunosoppressori nei casi resistenti

Pr: Ciclosporina A sol. orale

S: Eseguire 4-6 sciacqui al giorno con un cucchiaino da tè (5ml) per 2 minuti senza deglutire; evitare di ingerire cibo per un'ora; prolungare il trattamento per 2-4 settimane.

Pr: Azatioprina compresse 50 mg

S: 50 mg/die

Profilassi a lungo termine delle recidive

Pr: Betametasone cpr efferv. orosol. 0,5mg+Nistatina sosp. orale

S: Sciogliere 1 compressa in un cucchiaino da tè (5ml) di acqua e miscelare in parti uguali con la sospensione di antimicotico. Eseguire sciacqui senza deglutire utilizzando il numero di sciacqui minimo utile a prevenire la recidiva (3 volte/die, 2 volte/die, 1 volta/die o ogni altro giorno a seconda la risposta clinica); evitare di ingerire cibo per un'ora.

27. LINGUA A CARTA GEOGRAFICA

La terapia è riservata ai casi sintomatici (pirosi) e può essere eseguita con gel a base di antimicotici alternati a steroidi (flucanone pomata).

Nei casi nei quali la sintomatologia sia esacerbata dai pasti si può suggerire al paziente di evitare cibi speziati e di utilizzare una terapia sintomatica con analgesici topici in grado di dare una blanda anestesia transitoria della mucosa.

Nei casi di resistenza alla terapia si possono utilizzare i cheratolitici topici o retinoidi (acido retinoico).

Una soluzione galenica magistrale (ottenuta diluendo 7gr di acido salicilico in 100 ml di alcol) ha un effetto cheratolitico (corrosiva) e può essere applicata per alcuni giorni; la comparsa di bruciore indica la necessità di sospendere la terapia.

Tabella 27

TERAPIA DELLA LINGUA A CARTA GEOGRAFICA

Pr: Acido salicilico 7% sol. in alcol al 70%

S: Applicare la soluzione mediante toccatura con batuffolo di cotone in corrispondenza dei margini bianchi della lesione; lasciare agire per 10 secondi e ripetere una seconda vol-

ta dopo aver sciacquato con acqua; il ciclo completo di terapia prevede 2-3 applicazioni al giorno per un periodo massimo di 4-8 giorni.

28. LINGUA VILLOSA

Generalmente non è necessaria nessuna terapia; si può consigliare la rimozione di condizioni locali di trauma o di dismicrobismo: la sospensione del fumo; un'accurata igiene dentale domiciliare e professionale; la sospensione di possibili farmaci responsabili (uso prolungato di antibiotici e colutori); la prescrizione di joghurt o fermenti lattici.

Il trattamento meccanico, spazzolando il dorso della lingua,

risulta il più efficace nell'allontanare i detriti e l'eccesso di materiale cheratinizzato.

In presenza di papille filiformi molto lunghe trova indicazione anche la resezione chirurgica con forbici.

È stata consigliata anche l'applicazione di agenti cheratolitici (acido salicilico in alcol, podofillina in alcol, acido tricloroacetico).

Tabella 28

TERAPIA DELLA LINGUA VILLOSA

Pr: Soluzione di acqua e pomice

S: Spazzolare per due minuti il dorso della lingua con uno spazzolino 1-2 volte al giorno per una settimana; successivamente, come trattamento di mantenimento, 1-2 volte alla settimana.

Pr: Podofillina 10-20% sol. in acetone o alcol (Galenico magistrale)

S: Applicare la soluzione con un tampone di cotone 2-3 volte al giorno sulla lesione sino a miglioramento

29. NEURALGIA ESSENZIALE DEL TRIGEMINO

La patologia somatosensoriale è a carico del V nervo cranico e colpisce con maggior frequenza soggetti di sesso femminile ed età superiore ai 40 anni.

La maggior parte dei casi è idiopatica; alcune forme possono essere secondarie a demielinizzazione focale (sclerosi multipla) o compressione per lesioni della fossa cranica posteriore o del tronco encefalico (malformazioni vascolari, neoplasie).

Il dolore è acuto e di forte intensità distribuito nel dermatomero innervato dal trigemino, più frequentemente la branca

mandibolare e mascellare; talvolta è associato a spasmi della muscolatura facciale (tic doloroso).

Gli attacchi sono di breve durata (generalmente inferiori ai 60 secondi) e seguiti da periodo refrattario; le crisi, inizialmente rade, si intensificano col passare del tempo riducendo i periodi di remissione. La patologia può andare incontro a remissione spontanea.

Il dolore può essere scatenato dalla stimolazione di specifiche zone cutanee o mucose (punti trigger) ed il paziente spesso cerca di proteggere tali zone per evitare le crisi (evitando l'aria fred-

da, sostenendo il viso durante la masticazione e la fonazione). La diagnosi di nevralgia essenziale è clinica in base ai caratteri distintivi (tipo di dolore e distribuzione) ed alla risposta terapeutica alla carbamazepina.

La diagnosi differenziale deve considerare altre sindromi dolorose facciali: nevralgia del trigemino secondaria (patologie endocraniche), sclerosi multipla, nevralgia postherpetica, cefalee vascolari (emicrania), nevralgia facciale atipica.

La terapia degli attacchi di lieve intensità prevede l'utilizzazione di FANS.

Patologie di intensità lieve-moderata rispondono alla terapia con baclofene (10-100mg/die) o con fenitoina.

La carbamazepina è il farmaco di prima scelta nel trattamento di crisi severe e nella profilassi delle recidive; la dose di

mantenimento nell'adulto è di 600-1200 mg/die.

Il farmaco può causare effetti collaterali (leucopenia) e per tale motivo si consiglia di iniziare il trattamento con dosi ridotte, aumentando progressivamente per individuare il dosaggio terapeutico minimo sufficiente; inoltre nelle terapie prolungate sono necessari periodici controlli ematochimici dell'emocromo (mielosoppressione).

In caso di mancata risposta alla carbamazepina si utilizza la fenitoina che risulta efficace nel 50% dei casi e il baclofene che è efficace nel 15% dei casi.

I casi resistenti a terapia farmacologica sono candidati alla terapia chirurgica (esplorazione/decompressione della fossa posteriore; iniezione di glicerolo nel ganglio semilunare; rizotomia con radiofrequenza).

Tabella 29

TERAPIA DELLA NEURALGIA ESSENZIALE DEL NERVO TRIGEMINO

Pr: Carbamazepina cpr. 200 mg div.

S: 1 compressa 2 volte al giorno per tre giorni; successivamente aumentare di 1/2 compressa al giorno sino a 2 ccpr ogni 8 ore a stomaco pieno.

Pr: Baclofene cpr 10 mg

S: 5-10 mg ogni 8 ore sino 15-20 mg ogni 6 ore

Pr: Fenitoina cpr 100 mg

S: 300 mg ogni 8 ore il primo giorno, 200 mg/8ore il secondo giorno, 100mg/8ore i giorni successivi.

30. PARALISI DEL NERVO FACCIALE (DI BELL)

La lesione del motoneurone inferiore del VII nervo cranico si presenta prevalentemente in pazienti di sesso femminile tra i 35-50 anni; il 60% regredisce in 3 settimane senza terapia; in caso di persistenza oltre i 6 mesi residuano spesso danni permanenti.

La paralisi essenziale (a frigore) si manifesta improvvisamente, generalmente in autunno o in primavera, senza una causa apparente o in relazione a una esposizione al freddo, una infezione locale o sistemica.

La diagnosi è clinica e viene attuata attraverso l'esame neurologico della motilità facciale (aggrottare le ciglia, soffiare, ridere).

Le lesioni del motoneurone superiore e inferiore possono essere ben distinte in quanto la fronte riceve una innervazione bilaterale e la sua mobilità non è alterata nelle lesioni del motoneurone superiore. Facendo inarcare le sopracciglia al pa-

ziente, la fronte si corruga nelle lesioni del motoneurone superiore e rimane spianata nelle lesioni del motoneurone inferiore (paralisi di Bell).

Esami strumentali (TAC, radiografie) sono indicati qualora sia necessaria la diagnosi differenziale con altre malattie neurologiche: lesioni del motoneurone superiore (neoplasia, accidenti cerebro-vascolari); combinate (sclerosi laterale amiotrofica); del motoneurone inferiore (traumi, neoplasie, sindrome di Guillain-Barrè e Ramsay-Hunt)

L'utilità della terapia con corticosteroidi nella paralisi essenziale (a frigore) non è dimostrata; è utilizzata nei casi più gravi che rappresentano circa il 15%; sono stati proposti protocolli con durata diversa (prednisone 1mg/kg/die).

Poiché l'occhio rimane aperto e manca il movimento di ammiccamento, si consiglia la protezione proteggerlo con occhiali da sole e lacrime artificiali.

Tabella 30

TERAPIA DELLA PARALISI DEL NERVO FACCIALE

Pr: Prednisone cpr. 25 mg

S: 3 compresse 3 volte al giorno per 3 giorni; metà dose per tre giorni; metà dose per altri 3 giorni, infine sospendere

Pr: Prednisone cpr. 25 mg

S: 3 compresse al giorno per 2 settimane e sospensione graduale dimezzando quotidianamente la dose sino a sospensione

31. PARODONTOPATIE

La terapia parodontale si basa sul trattamento meccanico mediante la corretta igiene orale domiciliare, la preparazione iniziale (detartrasi, levigatura radicolare e curettaggio gengivale) e la chirurgia parodontale; il tutto sostenuto da brevi cicli di antisettici (colluttori, gel a base di clorexidina).

L'uso di antibiotici senza trattamento meccanico è da considerarsi inadeguato e privo di benefici sulla evoluzione della malattia parodontale.

Diversi autori hanno proposto l'adozione di una terapia antibiotica sistemica, somministrata per brevi periodi in concomitanza con la preparazione iniziale; prevalentemente come misura di supporto in alcune forme di parodontiti gravi, acute e ricorrenti quali ad esempio: la p. prepuberale, la p.

giovanile, la p. rapidamente progressiva, la p. refrattaria, le p. associate a malattie sistemiche.

Si utilizza, generalmente, una terapia ragionata indirizzata prevalentemente verso batteri anaerobi obbligati e facoltativi, Gram negativi, produttori di beta-lattamasi che rappresentano gli agenti eziologici di più frequente riscontro.

Di recente l'industria farmaceutica ha reso disponibili alcune preparazioni topiche specifiche di antibiotici; allo studio sono inoltre nuove formulazioni che utilizzano le tetracicline con dosaggi ridotti per via sistemica.

Per la terapia delle parodontopatie necrotizzanti si confronti il paragrafo inerente la GENGIVITE ULCERO NECROTICA ACUTA.

Tabella 31

TERAPIA ANTIBIOTICA DELLE PARODONTOPATIE CRONICHE

Terapia topica

Pr: Tetraciclina, fili impregnati den.

S: Posizionare il filo e lasciare nella tasca parodontale per 2-3 giorni

Pr: Metronidazolo gel 25% applicatore monouso den.

S: Applicare nella tasca parodontale con la siringa 1-2 volte a settimana

Terapia sistemica

Pr: Metronidazolo cpr. 250 mg

S: 1 compressa 4 volte al giorno per 7 giorni

Pr: Tetraciclina cps. 250

S: 1 compressa 4 volte al giorno per 14 giorni

Pr: Doxyciclina o minociclina cps 100 mg

S: 1 capsula al giorno per 14 giorni

Pr: Clindamicina cpr. 150 mg

S: 1 compressa 4 volte al giorno per 7 giorni

Pr: Amoxicillina + acido clavulanico sosp.

S: 250 mg tre volte al giorno per 14 giorni

Pr: Metronidazolo cpr. + amoxicillina sosp.

S: 250 mg di metronidazolo + 250 mg di amoxicillina quattro volte al giorno per 7 giorni

32. PEMFIGO VOLGARE E PEMFIGOIDE BENIGNO

Il pemfigo volgare e il pemfigoide benigno sono patologie sistemiche e la terapia sistemica, di competenza dermatologica, prevede l'utilizzazione di steroidi e immunosoppressori.

Nelle fasi acute è necessaria l'attuazione di un meticoloso e corretto programma di igiene orale per evitare sovrainfezioni batteriche e micotiche delle lesioni vescicolo erosive; sono consigliati sciacqui con collutorio a base di clorexidina 0,2% due volte al giorno sospendendo lo spazzolamento per evitare i traumi sulle mucose che possono provocano la comparsa

di nuove lesioni (fenomeno di Nikolsky).

Nel pemfigoide benigno è necessario richiedere una consulenza oftalmologica per evitare che le lesioni della mucosa congiuntivale progrediscano in danni irreversibili alla vista (sinblefaron e cecità).

In quanto patologia sistemica la terapia è di competenza del dermatologo; il ruolo del dentista consiste nella prescrizione di protocolli terapeutici a base di corticosteroidi topici indicati per la terapia del lichen planus erosivo (cfr LICHEN).

33. PREVENZIONE DELL'ENDOCARDITE BATTERICA

La profilassi antibiotica è obbligatoria quando si eseguono interventi che causino sanguinamento e conseguente batteriemia transitoria, in pazienti a rischio alto e moderato di endocardite batterica (vedi tabella).

Alla profilassi antibiotica sistemica è opportuno associare una antisepsi del campo operatorio, accorgimento che si è dimostrato in grado di ridurre sensibilmente la batteriemia postoperatoria e le complicanze locali:

- Preparare un campo operatorio decontaminato (detartrasi,

medicazione dei denti cariati).

- Sciacqui con clorexidina 0,2%.

- Antisepsi del campo operatorio con tampone sterile e iodio-povidone 10%.

- Irrigazione del solco parodontale dei denti da estrarre con iodio-povidone 10%.

L'indicazione alla profilassi antibiotica in pazienti affetti da altre gravi patologie sistemiche rimane, invece, facoltativa e deve essere valutata caso per caso.

Tabella 32

PATOLOGIE CARDIACHE ASSOCIATE A ENDOCARDITE

Profilassi raccomandata

Categorie ad alto rischio

Protesi valvolari cardiache

(includere le biologiche e i trapianti omologhi)

Pregressa endocardite

Shunt aorto-polmonare chirurgico

Categorie a rischio moderato

Malformazioni cardiache congenite

(eccetto quelle già elencate)

Valvulopatie acquisite

(ad esempio cardiopatia reumatica)

Miocardipatia ipertrofica

Prolasso della valvola mitrale con reflusso o ispessimenti valvolare

Profilassi non raccomandata

Categorie con rischio non superiore

alla popolazione generale

Difetto isolato del setto atriale tipo ostium secundum

Correzione chirurgica di difetto del setto atriale, ventricolare o dotto arterioso pervio

(senza difetti residui e oltre i 6 mesi di distanza dall'intervento)

Pregresso bypass coronarico

Prolasso della valvola mitrale senza reflusso

Soffi funzionali e innocenti

Pregressa malattia di Kawasaki senza disfunzione valvolare

Pregressa malattia reumatica senza disfunzione valvolare

Pacemaker (*intravascolare o epicardico*)

Defibrillatore impiantato

Tabella 33

INTERVENTI ODONTOIATRICI E PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE

Profilassi raccomandata*

Estrazioni dentali

Terapie parodontali

(chirurgia, levigatura, curettaggio, sondaggio)

Interventi di implantologia

Reimpianti di denti avulsi

Strumentazione endodontica oltre apice

Chirurgia endodontica

Posizionamento nel solco gengivale di fibre impregnate con antibiotico

Posizionamento di bande ortodontiche

(non per i brackets)

Anestesia locale intraligamentosa

Igiene orale di denti o impianti dove si verificano sanguinamenti

Profilassi non raccomandata

Odontoiatria conservativa § e protesica con o senza fili di retrazione°

Trattamento endodontico intracanalare; posizionamento di perni e ricostruzione

Anestesia locale (*eccetto la intraligamentosa*)

Posizionamenti di diga

Rimozione di suture

Posizionamento di protesi e apparecchi ortodontici rimovibili

Presi di impronte

Profilassi con fluoruri

Radiografie endorali

Regolazione di dispositivi ortodontici

Permuta di denti decidui

*La profilassi è raccomandata per i pazienti con patologie cardiache ad elevato e moderato rischio

§ Otturazioni di denti cariati e sostituzione protesica di denti mancanti

° In base al giudizio clinico può essere indicata la profilassi in situazioni specifiche che comportino un significativo sanguinamento

Tabella 34
PROFILASSI ANTIBIOTICA DELL'ENDOCARDITE BATTERICA*

Tipo	Farmaco	Somministrazione unica
<i>Standard</i>	Amoxicillina	<i>Adulti: 2gr Bambini: 50 mg/Kg Per os 1 ora prima dell'intervento</i>
<i>Impossibilità ad assumere farmaci per via orale</i>	Ampicillina	<i>Adulti: 2gr Bambini: 50 mg/Kg Im, ev 1 ora prima dell'intervento</i>
<i>Allergia alla penicillina</i>	Clindamicina	<i>Adulti: 600 mg Bambini[°]: 20mg/Kg Per os 1 ora prima dell'intervento</i>
	Cefalessina § o cefadroxil §	<i>Adulti: 2gr per os Bambini[°]: 50 mg/Kg Per os 1 ora prima dell'intervento</i>
	Azitromicina o claritromicina	<i>Adulti: 500 mg Bambini[°]: 15 mg/Kg Per os 1 ora prima dell'intervento</i>
<i>Allergia alla penicillina e impossibilità ad assumere farmaci per via orale</i>	Clindamicina o Cefazolina §	<i>Adulti: 600 mg ev Bambini[°]: 20mg/Kg ev Adulti: 1 gr ev, im Bambini[°]: 20mg/Kg ev, im 30 minuti prima dell'intervento</i>

*American Heart Association 1997

§ Le cefalosporine non devono essere utilizzate nei pazienti allergici alle penicilline

° La dose totale nel bambino non deve superare la dose dell'adulto

34. PROFILASSI CORTICOSTEROIDEA

I pazienti con insufficienza corticosurrenale presentano una diminuita capacità di reazione allo stress e l'intervento odontoiatrico può precipitare l'emergenza di una crisi addisoniana (ipotensione, bradicardia, ipotermia, coma).

L'evenienza più frequente nella pratica clinica è rappresentata da pazienti sottoposti a terapie corticosteroidi prolungate per il trattamento di diverse patologie sistemiche; in questi casi esiste una inibizione della zona corticale del surrene e si deve considerare l'opportunità di prescrivere una dose supplementare di steroidi.

Sul problema non esistono linee guida unanimemente riconosciute; si ammette, comunque, che la profilassi sia necessaria in un numero limitato di pazienti, sottoposti a terapie chirurgiche, che stiano assumendo la terapia corticosteroidica o l'abbiano interrotta da meno di 14 giorni.

Si ammette, infatti, che, nella maggior parte dei pazienti, la normale risposta endocrina del surrene alla stimolazione da stress si riequilibri entro 14 giorni dalla sospensione della terapia corticosteroidica.

Inoltre il rischio di inibizione cortico-surrenale è tanto maggiore quanto più elevata è la dose somministrata e più lungo il periodo di trattamento. Si considera il rischio molto limitato per le terapie topiche (pomate, inalazioni) e per le sistemiche a basso dosaggio (<20mg di prednisone o dosi equivalenti di altri steroidi) assunte per meno di 10-14 giorni.

Infine negli interventi non chirurgici (conservativa, igiene, protesi), il trauma è molto ridotto; non è, quindi, necessario nessun supplemento ed è sufficiente limitarsi a ridurre lo stress, controllare il dolore e misurare la pressione arteriosa.

Tabella 35
INDICAZIONI ALLA PROFILASSI CORTICOSTEROIDEA*

Intervento	Terapia steroidea	Profilassi
Interventi di routine (conservativa, protesi, estrazioni semplici)	In atto	Usuale dose di mantenimento, nessun supplemento
	Sospesa da meno di 14 giorni	Risomministrare la usuale dose di mantenimento il giorno dell'intervento
	Sospesa da più di 14 giorni	Nessun supplemento
Interventi di chirurgia estesa e/o elevato stress, interventi prolungati**	In atto	Duplicare la usuale dose di mantenimento il giorno dell'intervento; ripetere il giorno successivo in caso di dolore e ansia elevati
	Sospesa da meno di 14 giorni	Risomministrare e duplicare la usuale dose di mantenimento il giorno dell'intervento; ripetere il giorno successivo in caso di dolore e ansia elevati
	Sospesa da più di 14 giorni	Nessun supplemento
Interventi in anestesia generale (in ambito ospedaliero)	In atto	Idrocortisone emisuccinato 100mg il mattino e 100 mg 1 ora prima dell'intervento; duplicare la normale dose di mantenimento per os il giorno successivo
	Sospesa da meno di 14 giorni	

* Monitorare sempre la pressione arteriosa

** Estrazioni complesse, dolore e ansia postoperatori elevati

35. SARCOMA DI KAPOSÌ

Il sarcoma di Kaposi è una patologia sistemica, che si osserva prevalentemente nei pazienti con AIDS, il cui trattamento è di competenza dell'oncologo: la monochemioterapia è il trattamento di scelta; la polichemioterapia è utilizzata nei casi disseminati ed in rapida progressione; le lesioni singole del viso e della cavità orale possono essere trattate con radioterapia. Il trattamento odontoiatrico locale rappresenta una soluzione palliativa in presenza di lesioni che interferiscano con la funzione: ulcerazioni, sanguinamento, sovrainfezione, dolore, difficoltà di masticazione.

L'asportazione chirurgica può essere effettuata con tecniche diverse (bisturi, laser, crioterapia).

I farmaci antineoplastici o l'interferone alfa possono essere applicati per iniezione intralesionale nel sarcoma di Kaposi di

dimensioni limitate in alternativa alla asportazione chirurgica. La vinblastina solfato è un alcaloide della vinca che agisce inibendo la replicazione cellulare come veleno del fuso mitotico; l'assorbimento sistemico causa mielotossicità e neurotossicità.

Il dosaggio è in funzione delle dimensioni della lesione possono essere necessari numerosi trattamenti (sino a 5); determinano la necrosi e ulcerazione della lesione con regressione in 1-2 settimane nel 60-90% dei casi; la recidiva locale è frequente (40% dei casi entro sei mesi) in assenza di trattamento sistemico.

Sono utilizzabili, inoltre, gli agenti sclerosanti che non presentano effetti collaterali e hanno un basso costo (si confronti EMANGIOMI E VARICI).

Tabella 36
TERAPIA DEL SARCOMA DI KAPOSÌ

Pr: Vinblastina solfato f. ev 10 mg

S: Iniezioni intra e perilesionali 0,1 mg/cm² ripetibili sino a 5 volte a distanza di 2 settimane

36. SCIALOADENITE BATTERICA

La terapia richiede la somministrazione di un antibiotico a largo spettro penicillinasi resistente; che va somministrato rapidamente per evitare alterazioni irreversibili dell'albero duttale che possono predisporre a successive riacutizzazioni o cronicizzazione. Per la terapia farmacologica si confrontino i capitoli INFEZIONI ODONTOGENE.

Poiché un flusso salivare elevato facilita il drenaggio dell'infezione, è opportuno, come misura di supporto, aumentare l'introito di acqua ed eliminare potenziali cause di iposcialia (ad es. terapie farmacologiche).

Dopo la guarigione si devono indagare i fattori predisponenti la riduzione del flusso salivare potenzialmente cofattori di recidiva (scialolitiasi, iposcialia da farmaci, xerostomia).

La maggior parte delle scialoadeniti è causata da calcoli duttali; la loro diagnosi e asportazione va posticipata alla risoluzione dell'infezione; poiché in fase acuta l'esecuzione di

biopsie, interventi e scialografie potrebbero determinare un'estensione dell'infezione.

Nella scialolitiasi la rimozione del calcolo può essere eseguita per via endoscopica o per via chirurgica.

I calcoli nella parte distale del dotto, riconoscibili alla palpazione del pavimento della bocca, possono essere asportati bloccandone la posizione con due punti di sutura e incidendo il dotto escretore senza successivamente suturare; invece i calcoli posizionati nella zona più posteriore richiedono interventi più complessi.

Nei casi di scialolitiasi recidivante può essere necessario asportare la ghiandola; in alternativa si può eseguire la legatura del dotto che porta a fibrosi della ghiandola. Alcuni autori hanno proposto un protocollo di terapia antibiotica per via intraduttale per 5 giorni con una soluzione di eritromicina o tetraciclina incannulando il dotto escretore previa anestesia.

37. SEDAZIONE

La sedazione è la riduzione o l'abolizione delle risposte fisiologiche e psicologiche del paziente allo stress da chirurgia, senza che ciò comporti una perdita di coscienza, di collaborazione e di riflessi protettivi; viene utilizzata per trattare pazienti moderatamente ansiosi e permette di avere un paziente calmo e rilassato nel corso della terapia, con amnesia anterograda.

La sedazione si effettua con diversi metodi per via orale o per via paraterale con benzodiazepine, per via inalatoria con protossido d'azoto.

La sedazione con benzodiazepine non è raccomandata sotto i 16 anni e nei bambini nei quali è preferibile il protossido d'azoto (sedazione cosciente).

Alcune benzodiazepine somministrate per via orale producono una sedazione simile alle tecniche endovenose e sono alla portata della maggior parte degli odontoiatri; il temazepam ha un'emivita breve (8 ore) ed è preferibile al diazepam (emivita di 20-30 ore).

La sedazione endovenosa presenta un'azione immediata; ri-

chiede abilità ed esperienza nelle endovenose e nella somministrazione dei farmaci; per tale motivo è controindicata per operatori poco esperti o pazienti con agofobia. L'assorbimento per via intramuscolare è più lento (circa 30 minuti) e incostante.

Il midazolam è 2 volte più potente del diazepam, ha un'emivita più corta pari a 2 ore, rapido inizio e ripresa con amnesia anterograda.

Va comunque ribadito che la tecnica della sedazione richiede particolari accorgimenti:

- Garantire un tempo di recupero e sorveglianza medica postoperatoria nello studio dentistico di almeno 1 ora.
- Dimettere il paziente accompagnato.
- Disporre in studio di un antagonista specifico delle benzodiazepine (flumazenil) per fronteggiare eventuale emergenze da sovradosaggio.
- Avvertire il paziente di evitare di guidare o assumere incarichi di responsabilità nelle successive 12-24 ore.

Tabella 37
SEDAZIONE COSCIENTE

Sedazione per via orale

Pr: Temazepam cps. 20 mg

S: 1/2-1 capsula 1 ora prima della terapia

Pr: Diazepam cps 5 mg, gtt (1ml=5mg=10gtt)

*S: 5 mg la notte prima; 5 mg la mattina della terapia;
5 mg 1 ora prima della terapia*

*(in alternativa somministrazione in unica dose
di 10-15 mg 1 ora prima del trattamento)*

Sedazione per via parenterale

Pr: Midazolam f. 15 mg

S: Somministrare 1-2 mg ev; attendere 1 minuto e quindi somministrare ulteriori incrementi sino a raggiungere livelli adeguati di sedazione. Il dosaggio medio è generalmente di 2,5-7,5mg (0,07mg/kg).

Pr: Diazepam f. 10 mg

S: 1 fiala ev. (o im) prima dell'intervento

38. SINDROME ALGICO DISFUNZIONALE

La sindrome è trattata associando misure terapeutiche diverse in base alla diagnosi (sindrome dolorosa miofasciale, incoordinazione condilo-meniscale, osteoartrosi); la terapia deve essere preceduta da una accurata diagnosi che escluda eziologie che richiedono specifici trattamenti (artriti infettive, artrite reumatoide, artrite psoriasica, neoplasie).

La causa non è sempre identificabile ma la patologia risulta spesso associata ad ansia, stress, interferenze occlusali, traumi. Una delle principali cause della sindrome è da ascrivere alle parafunzioni (bruxismo, serramento, digrignamento), che mediante una eccessiva e ripetitiva contrazione dei muscoli masticatori sono in grado di provocare una accelerata usura della dentatura, cefalee miogene e artralgie.

Il decorso è variabile in quanto ci sono forme che si risolvono senza trattamento e forme con dolore cronico che necessitano di interventi continui

Per la terapia si utilizzano diversi tipi di terapie fisiche abbinate a interventi di educazione del paziente:

- Psicoterapia e istruzioni per ridurre lo stress e le parafunzioni occlusali; in particolare vanno limitati i movimenti parafunzionali rendendone consapevole il paziente.
- Impacchi caldo umidi sulla muscolatura interessata 3 volte al giorno per 15-20 minuti.
- Limitare il lavoro muscolare e la funzione (dieta leggera, ridurre i movimenti limite nella apertura).
- Esercizi isometrici dei muscoli masticatori per rieducare la muscolatura spastica.
- Placche e aggiustamenti occlusali per eliminare le interfe-

renze occlusali; in particolare l'utilizzazione di placche occlusali di notte riduce l'attività del massetere nel 50% dei casi.

- Altre tecniche di supporto (biofeedback, stimolazione nervosa elettrica transcutanea).

La terapia farmacologica rappresenta un intervento di supporto di breve durata e si basa sulla prescrizione di diversi tipi di medicinali:

- La somministrazione di farmaci analgesici (si confronti DOLORE ODONTOGENO).
- Una terapia farmacologica a base di ansiolitici a breve termine (benzodiazepine prima di coricarsi per 1-2 settimane) può essere utilizzata nei pazienti con dolore mialgico facciale di origine psichica o con contratture muscolari aspecifiche.
- La posologia dei farmaci miorilassanti ad azione centrale va aumentata gradatamente e individualizzata in base alla risposta clinica per diminuire la comparsa di effetti collaterali (sonnolenza e astenia).
- Iniezioni di anestetico di lunga durata senza vasocostrittore (bupivacaina) nei punti sensibili nella muscolatura masticatoria per interrompere lo spasmo e il ciclo stress-dolore-stress.
- Le iniezioni intrarticolari di steroidi trovano indicazione nei casi refrattari alla terapia fisica e farmacologica sistemica.

Infine la presenza di dolore continuo e la mancata risposta alla terapia medica può rappresentare indicazione al trattamento chirurgico.

Tabella 38
TERAPIA DELLA SINDROME ALGICO DISFUNZIONALE

Miorilassanti

Pr: Baclofene cpr. 10 mg

S: 1/2 compressa tre volte al giorno per tre giorni; poi 1 compressa 3 volte al giorno per tre giorni; quindi 1/2 compressa tre volte al giorno sino a risoluzione dei sintomi

Pr: Pridinolo cpr. 4 mg, f. 2mg

Pr: Terapia d'attacco 1-3 fiale al giorno; terapia di mantenimento 1/2 -1 compressa tre volte al giorno

Pr: Ciclobenzaprina cpr. 10 mg

S: 1 compressa tre volte al giorno

Pr: Tiocolchicoside pom. derm.

S: 2-3 applicazioni al dì sulla zona dolente

Benzodiazepine

Pr: Alprazolam cpr. 0,25 mg

S: 1 compressa al giorno inizialmente, incrementando gradualmente in relazione alla risposta clinica (dose media 1,5-3 mg 2-3 volte al dì)

Pr: Clordiazepossido cpr. 10 mg

S: 1 compressa al giorno incrementando gradualmente in relazione alla risposta clinica (dose media 5-10 mg 3-4 volte al dì)

Pr: Diazepam cpr 2mg, gtt.

S: 2 mg 2-3 volte al giorno e 5 mg prima di coricarsi (dose media 6-15 mg al dì)

Corticosteroidi intrarticolari

Pr: Triamcinolone acetone f. 40 mg

o betametasona f. intrarticolari 0,4 mg
S: Iniettare nella cavità articolare 1 fiala, ripetibile a distanza di 1 settimana.

39. SINUSITE MASCELLARE ODONTOGENA E COMUNICAZIONE ORO-ANTRALE

Le sinusiti odontogene possono essere causate da infezioni periapicali, parodontopatie profonde, comunicazioni buccosinusali (fistole oroantrali) conseguenti a estrazioni dentarie, infezioni perimplantari, dislocazione di materiali odontoiatrici o radici nella cavità sinusale.

I sintomi nelle sinusiti acute sono costituiti da: dolore spontaneo costante con tumefazione in corrispondenza del seno; febbre moderata e malessere; sensazione soggettiva di ostruzione e voce nasale; escrezione nasale mucopurulenta; dolorabilità alla percussione dei denti ed alla palpazione della parete anteriore del seno.

Il trattamento delle sinusiti odontogene acute consiste nelle seguenti misure terapeutiche associate:

- Riposo.
- Fluidificare le secrezioni con trattamento aspecifico (umidificazione dell'ambiente, idratazione del paziente, inalazioni calde) in modo da facilitare il drenaggio delle secrezioni nasali e sinusali.
- Agenti mucolitici per aerosol (bromessina, acetilcisteina) in modo da facilitare il drenaggio delle secrezioni.
- Decongestionanti delle mucose nasali, applicando vasocostrittori sull'ostio dell'antro ostruito situato nel meato inferiore per facilitare il drenaggio del seno. I medicinali più frequentemente utilizzati sono la fenilefrina e la xilometazolina; questi farmaci non devono essere impiegati per più di 3-5 giorni per il rischio di rinite medicamentosa.
- Terapia analgesica e antinfiammatoria a base di FANS (cfr DOLORE ODONTOGENO).
- Terapia antibiotica ragionata a largo spettro; si utilizza l'amoxicillina come farmaco di prima scelta, l'eritromicina, il cotrimossazolo, i chinoloni, azitromicina, claritromicina e cefaclor come seconda scelta. Il ciclo di antibiotico terapia deve essere protratto per almeno 10-14 giorni, anche se il miglioramento si ha dopo 2-3 giorni; poiché periodi più brevi favoriscono la cronicizzazione.

In caso di mancato miglioramento della sintomatologia acuta dopo 5 giorni esiste un elevato rischio di cronicizzazione qualora non si intervenga aggressivamente; si deve sospettare una antibioticoresistenza ed è consigliabile eseguire esami culturali per sostituire l'antibiotico in base all'antibiogramma.

I casi refrattari alla terapia medica, sono candidati al drenaggio chirurgico con puntura antrale e irrigazioni del seno con terapia antibiotica.

Una complicazione non infrequente in esodonzia è rappresentata dalle comunicazioni oro-antrali che possono causare sinusiti mascellari.

La diagnosi è generalmente eseguita intraoperatoriamente evidenziando il reflusso di liquido dalla cavità orale nel naso, il sanguinamento nasale la manovra di Valsalva positiva (facendo soffiare il naso, mantenendolo chiuso, l'aria esce dalla fistola).

La terapia consiste nelle seguenti misure:

- Intervento immediato di chiusura eseguito nella stessa seduta operatoria.
- Istruzioni al paziente per evitare (per un periodo che può andare dai 10 giorni alle tre settimane a seconda le dimensioni della comunicazione) le manovre che aumentino la pressione intrasinusale (soffiare il naso, succhiare con cannuccia, fumare, gonfiare palloncini, suonare strumenti a fiato).
- Terapia medica sovrapponibile alle sinusiti mascellari acute; data la presenza della fistola oroantrale le irrigazioni con antibiotico sono agevolmente eseguibili.

La sorveglianza, dilazionando la chiusura, è sconsigliata; è tuttavia possibile limitatamente a fistole oro-antrali diagnosticate tardivamente a distanza di giorni dall'intervento, di piccole dimensioni, asintomatiche e tendenti alla chiusura spontanea (la guarigione spontanea è poco probabile per comunicazioni di diametro superiore a 5 mm).

Comunque, in caso di persistenza oltre un periodo massimo di 6 settimane, è necessario eseguire la chiusura chirurgica; in

Tabella 39

TERAPIA DELLA SINUSITE ACUTA ODONTOGENA

Decongestionanti nasali

Pr.: Fenilefrina spray nas. (o xilometazolina gtt. nas.)

S: 1-2 nebulizzazioni (o 1-2 gocce) per narice 3-4 volte al giorno

Agenti mucolitici

Pr: Acetilcisteina f. (o bromessina sol.)

S: 1 fiala (o 2 ml di soluzione) 2 volte al giorno per aerosol

Antibiotici

Pr: Amoxicillina cpr. 1gr, cps. 500 mg

S: 1 capsula ogni 6-8 ore (o 3 compresse al giorno) per 14 giorni

Pr: Sulfametossazolo 400 mg (o 800 mg)+ trimetoprin 80 mg (o 160 mg) cpr.

S: 1 cpr ogni 12 ore per 14 giorni

Pr: Rifamicina fl.

S: Irrigazione a lavaggio del seno mascellare ogni 1-2 giorni sino a guarigione

presenza di sinusite acuta secondaria a fistola oroantrale, la chiusura deve essere posticipata alla risoluzione del fatto infettivo.

La sinusite cronica costituisce indicazione all'intervento chi-

urgico che mira a fornire una ventilazione della cavità sinusale ed è di competenza dell'otorinolaringoiatra o del chirurgo maxillo-facciale (intervento di Caldwell-Luc; antrostomia intranasale; chirurgia endoscopica sinusale funzionale).

40. STOMATITE DA NICOTINA E TABAGISMO

Il presidio terapeutico più importante consiste nell'educazione e nella informazione del paziente sugli effetti nocivi del tabagismo consigliando la cessazione o perlomeno la riduzione dell'abitudine voluttuaria.

Come misura collaterale di supporto è possibile adottare un programma di disintossicazione progressiva prescrivendo

prodotti in grado di liberare nicotina con dosaggio a scalare. La loro utilizzazione permette la cessazione dell'abitudine voluttuaria abbassando gradualmente il livello di nicotemia ed evitando i sintomi di astinenza fisica dovuti alla dipendenza cronica (assuefazione, nervosismo, irritabilità, tremori).

Tabella 40

TERAPIA DELLA STOMATITE DA NICOTINA E TABAGISMO

Pr: Nicotina gomme mast. 2 mg

S: Smettere di fumare. Masticare 10-15 gomme al giorno per 20-30 minuti. Dopo 1 settimana ridurre progressivamente il dosaggio di 3-4 gomme ogni 4 giorni

Pr: Nicotina cer. derm. 21mg, 14 mg, 7mg

S: Smettere di fumare. Applicare un cerotto sulla cute glabra della parte superiore del corpo ogni giorno ridurre progressivamente il dosaggio.

41. STOMATITE DA PROTESI MOBILE

Prima di istituire una terapia con antimicotici si deve attuare l'eliminazione dei fattori predisponenti la candidosi; il trattamento aspecifico, come unica misura terapeutica, può essere sufficiente a garantire la guarigione e prevenire le recidive:

- Migliorare l'igiene orale consigliando di togliere la protesi di notte e di spazzolare la mucosa e la protesi.
- Eseguire sciacqui alcalinizzanti con bicarbonato di sodio; l'acidità orale favorisce la candidosi e la soluzione debolmente alcalina per ridurre l'acidità orale fattore facilitante la riproduzione dei miceti.

- Controllare la dieta (un aumentato apporto di zuccheri favorisce la candidosi).
- Disinfettare le protesi con soluzioni antisettiche o prodotti specifici; la disinfezione delle protesi è necessaria in quanto le porosità della resina funzionano come un serbatoio di microrganismi e veicolo di reinfezione.
- Riadattare o rieseguire le protesi larghe che facilitano il ristagno di detriti o con schema oclusale sbilanciato che traumatizza la mucosa.

Il trattamento antimicotico topico deve essere prolungato per

Tabella 42

TERAPIA DELLA STOMATITE DA PROTESI MOBILE

Disinfezione della protesi

Pr: Clorexidina 0,2% o cloroderivati 0,1-0,5% sol. (1000-5000 ppm di Cl disponibile)

S: Togliere la protesi di notte. Spazzolare quotidianamente la mucosa orale e la protesi. Immergere la protesi nella soluzione antisettica per 15 minuti due volte alla settimana (o quotidianamente) e risciacquare.

Terapia antimicotica

Pr: Bicarbonato o borato di sodio sciolto in acqua

S: 3-4 sciacqui al giorno

Pr: Nistatina o amfotericina B sosp. orale

S: Sciacquare 3-6 volte al giorno con 5-10 ml tenendo in bocca per 2 minuti e poi deglutire; protrarre il trattamento per 10-14 giorni e comunque per almeno 2 giorni dopo la risoluzione delle manifestazioni cliniche.

Pr: Miconazolo gel orale

S: 3-5 applicazioni al giorno sulle lesioni cutanee e mucose (dopo ogni pasto e prima di coricarsi). Non introdurre cibi o bevande nell'ora successiva. Il trattamento è prolungato per 1-2 settimane o almeno per 2 giorni dopo la risoluzione delle lesioni.

4 settimane poiché le superfici di supporto della base protesica sono aree inretrigginose soggette a scarsa autodeteriorazione e macerazione, nelle quali si può verificare una resistenza alla terapia.

Gli sciacqui con antimicotici topici sono ampiamente utilizzati; comunque l'applicazione di antimicotici in gel all'inter-

no della protesi costituisce medicazione occlusiva (o a sandwich) che assicura un prolungato contatto del farmaco con la mucosa.

Applicando le precedenti misure terapeutiche il ricorso alla terapia con antimicotici per via sistemica (derivati degli azoli) è infrequente (cfr CANDIDOSI).

42. STOMATODINIA (SINDROME DELLA BOCCA URENTE)

Per la terapia della stomatodinia non esiste un unico trattamento specifico e risolutivo; per ogni singolo paziente vanno individuati i fattori causali e impostato consequenzialmente il trattamento con misure diverse in relazione all'eziologia:

- Identificazione di patologie organiche sistemiche che richiedano una terapia medica.
- Correzione di fattori irritanti locali.
- Educazione del paziente per eliminare comportamenti nocivi (alcool, tabacco, ecc.).
- Terapia di patologie delle mucose (candidosi).
- Nei casi in cui i sintomi siano dovuti a parafunzioni è utile insegnare esercizi miofunzionali per distogliere dall'abitudine; consegnare delle placche di protezione in resina acrilica che ricoprano i denti (apparecchi antimorso non funzionali).

Nei casi che riconoscono un'origine psicosomatica (cancerofobia, depressione) è consigliabile un approccio psicologico prima ancora che farmacologico, rassicurando il paziente e minimizzando l'impatto del disturbo sulla qualità della vita.

Un utile presidio terapeutico consiste nella prescrizione di farmaci sintomatici come ad esempio collutori analgesici e pomate anestetiche.

Gli anestetici devono essere applicati in quantità ridotte e su zone delimitate per evitare il rischio di effetti collaterali secondaria: diffusione per contiguità ed anestesia della mucosa, diminuzione del riflesso della deglutizione con il conseguente rischio di aspirazione di alimenti; effetti tossici sistemici da assorbimento transmucoso.

La somministrazione di ansiolitici (clordiazeposido, diazepam, alprazolam) determina un miglioramento in circa il 70% dei casi.

Nei casi resistenti al trattamento con benzodiazepine è ragionevole richiedere una consulenza psichiatrica per istituire una terapia con antidepressivi (dotiepina, fluoxetina, trazodone, amitriptilina).

L'effetto della terapia antidepressiva compare gradualmente, inizia dopo 4-6 giorni e richiede 3-4 settimane per ottenere la massima risposta clinica. Si inizia utilizzando un dosaggio ridotto; si individua la posologia minima di mantenimento che permette la risoluzione dei sintomi. La somministrazione deve essere continuata per parecchi mesi e interrotta gradualmente poiché una sospensione precoce e/o improvvisa può causare la recidiva.

Tabella 43
CAUSE DELLA STOMATODINIA

Carenze dietetiche

Ipovitaminosi (B1, B6, B12, ac. folico)
Anemia sideropenica

Malattie sistemiche

Infezioni croniche
Reflusso gastroesofageo
Terapie farmacologiche
Diabete
Nevralgie

Parafunzioni

Parafunzioni muscolari della lingua
Bruxismo
Serramento

Infezioni mucose

Candidosi
Infezioni dentali e parodontali

Xerostomia

Irritanti locali

Cibi irritanti
Fumo eccessivo
Calcoli di tartaro

Protesi e cure dentali incongrue

Protesi instabili
Inadeguato spazio libero (verticale)
Insufficiente spazio per la lingua
Tossicità del monomero delle resine
Margini acuti di denti, protesi, otturazioni

Fattori psicologici

Ansia
Depressione
Cancerofobia

Allergia

Alimentare
A materiali odontoiatrici

Tabella 44
TERAPIA DELLA STOMATODINIA

Analgesici topici

Pr: Difenidramina o Prometazina scir.

S: Sciacquare per due-tre minuti prima di ogni pasto (o 4-6 sciacqui l'ide secondo necessità) utilizzando la quantità corrispondente a un cucchiaino da tè (5ml); espettorare senza deglutire

Pr: Anestetico topico pom., geng. (benzocaina, amilocaina, procaina, tetracaina).

S: Posizionare mediante applicatore (o cotone) sulle lesioni 4-6 volte al giorno secondo necessità sino a risoluzione della sintomatologia

Pr: Antalgico-antiflogistico coll. (benzidamina, ketoprofene, flubiprofene)

S: Eseguire sciacqui 4-6 volte al giorno sino a risoluzione della sintomatologia; mantenere in bocca per 2 minuti e sputare senza deglutire.

Benzodiazepine

Pr: Alprazolam cpr. 0,25 mg

S: 1 compressa al giorno inizialmente incrementando gradualmente in relazione alla risposta clinica (dose media 1,5-3 mg 2-3 volte al giorno)

Pr: Clordiazepossido cpr. 10 mg

S: 1 compressa al giorno incrementando gradualmente in relazione alla risposta clinica (dose media 5-10 mg 3-4 volte al giorno)

Pr: Diazepam cpr. 2mg, gtt.

S: 1-2 compresse al giorno incrementando gradualmente in relazione alla risposta clinica (dose media 6-15 mg al giorno)

Antidepressivi

Pr: Amitriptilina cpr 25 mg

S: 1 compressa alla sera prima di coricarsi per 5 giorni; 2 cp alla sera per 5 giorni; successivamente 3 compresse alla sera come dose di mantenimento

Pr: Dotiepina conf. 25 mg

S: 1 confetto alla sera prima di coricarsi per 5 giorni; 2 confetti alla sera per 5 giorni; successivamente 3 confetti alla sera

Pr: Trazodone cpr. 50mg

S: 2 compresse alla sera prima di coricarsi per 5 giorni; 3 compresse alla sera per 5 giorni; successivamente 3 compresse 3 volte al giorno

Pr Fluoxetina cps. 20 mg

S: 1-2 capsule al giorno in un'unica somministrazione al mattino

43. TERAPIA POSTOPERATORIA

La terapia antibiotica non è sempre necessaria e le indicazioni sono da valutare soggettivamente caso per caso limitando la prescrizione:

- Ai casi di ferite con concreto rischio di infezione per le loro caratteristiche locali.
- Ai pazienti debilitati, immunodepressi, affetti da gravi patologie sistemiche che presentino un elevato rischio di complicanze infettive.

Per la scelta del tipo di antibiotici si confronti il capitolo INFEZIONI ODONTOGENE e PREVENZIONE DELL'ENDOCARDITE.

Per i sanguinamenti postoperatori si confronti EMORRAGIE.

Per la terapia antiflogistica e antinfiammatoria si ricorre prevalentemente alla prescrizione di FANS, per disamina dei quali si rimanda al capitolo DOLORE ODONTOGENO.

La somministrazione preoperatoria di FANS (analgesia preventiva) migliora il controllo del dolore e riduce il bisogno di analgesici nel periodo postoperatorio; è infatti stata documentata una riduzione della sensibilizzazione periferica e centrale al trauma chirurgico, che porta ad alterazioni neurofisiologiche nel sistema nervoso centrale (fenomeno di windup) implicate nella memoria neuromuscolare del dolore.

I corticosteroidi presentano una buona attività antiflogistica e antiedemigena; il loro uso è da riservare a interventi complessi e prolungati. La somministrazione deve essere iniziata immediatamente prima dell'intervento e prolungata per non più di 24-48 ore per evitare l'inibizione cortico-surrenale.

Da ricordare, infine, che l'utilizzazione di particolari accorgimenti contribuisce a migliorare il decorso postoperatorio riducendo riducono il dolore, l'edema e il sanguinamento:

Tabella 45
TERAPIA CORTICOSTEROIDEA POSTOPERATORIA

Pr: Desametasone f. 4mg

S: 4-8 mg ev., im. intraoperatoriamente, seguiti da 4 mg ogni 8 ore per 24 ore

Pr: Metilprednisolone f.40 mg

S: 100 mg ev., im. intraoperatoriamente, seguiti da 50-100 mg ogni 6-8 ore per 24 ore

- Limitazione dell'attività fisica e riposo.
- Alimentazione adeguata con cibi teneri.
- Astensione da fumo e alcol.
- Igiene orale con collutori antisettici.

- Impacchi di ghiaccio applicati nei primi tre giorni e impacchi caldo-umidi dalla quarta giornata.
- Fisioterapia dopo 1 settimana nei casi con contrazione muscolare antalgica residua (trisma).

Tabella 46

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONE POSTOPERATORIA E INDICAZIONI ALLA TERAPIA ANTIBIOTICA

La terapia antibiotica è superflua

Ferite pulite

- Non traumatiche
- Senza Infiammazione
- Senza drenaggi
- Senza difetti di tecnica chirurgica

La terapia antibiotica è raccomandata

Ferite pulite-contaminate

- Con difetto lieve di tecnica chirurgica
- Con drenaggi meccanici

Ferite sporche-infette

- Ferita traumatica con ritenzione di tessuto devitalizzato, corpi estranei, fonte inquinata
- Presenza di raccolta purulenta

Interventi chirurgici prolungati e/o estesi

- Con durata superiore ai 30 minuti

- In localizzazioni orali multiple
- Chirurgia ossea

Ferite contaminate

- Ferite traumatiche recenti
- Con incisione chirurgica di regioni sede di flogosi acuta non purulenta

Patologie sistemiche

- Immunodepressione (deficit immunitari, chemioterapia, ecc)
- Defedazione (cirrosi, diabete, ecc.)
- Malattie dell'emostasi e coagulopatie*

Utilizzazione di biomateriali, innesti e trapianti

- Implantologia
- Innesti e trapianti d'osso (autologo, eterologo, xenologo)
- Chirurgia rigenerativa con membrane

*Rischio di infezione del coagulo

44. ULCERE ORALI ASPECIFICHE

Ulcera orale aspecifica è un termine generico utilizzato per descrivere un reperto clinico comune a diverse situazioni patologiche per le quali non sia stata formulata diagnosi o definitiva.

Dopo aver eseguito una diagnosi clinica provvisoria di presunzione si può istituire una terapia empirica:

- Le ulcere traumatiche guariscono nel giro di 1-2 settimane dopo l'eliminazione dell'agente chimico, meccanico o termico responsabile (margini dentari e protesici traumatizzanti, collutori o sostanze farmacologiche irritanti o allergizzanti).

- Le ulcere infettive guariscono con trattamento antisettico o antimicrobico.
- Le ulcere dovute a patologie infiammatorie o autoimmunitarie guariscono dopo il controllo della malattia con terapia corticosteroidica.

La terapia sintomatica è un presidio temporaneo indicato per patologie di probabile origine benigna, con tendenza alla risoluzione spontanea; va somministrata in base alla sintomatologia in attesa della risoluzione spontanea; si basa sull'utilizzazione topica di analgesici, antalgici o antisettici.

Tabella 47

TERAPIA SINTOMATICA DELLE ULCERE ORALI BENIGNE ASPECIFICHE

Pr: Anestetico top. pom., geng. (benzocaina, amilocaina, procaina, tetracaina).

S: Posizionare mediante applicatore (o cotone) sulle lesioni 4-6 volte al giorno secondo necessità sino a risoluzione della sintomatologia

Pr: Antalgico-antiflogistico coll. (benzidamina, ketoprofene, flubiprofene)

S: Eseguire sciacqui 4-6 volte al giorno sino a risoluzione della sintomatologia; mantenere in bocca per 2 minuti e sputare senza deglutire.

Pr: Antisettico coll. (clorexidina, esetidina, tiobenzonio, fusafungina).

S: Eseguire sciacqui o posizionare mediante applicatore (o cotone) sulle lesioni sino a risoluzione della sintomatologia

45. XEROSTOMIA

L'istituzione di una terapia dipende sia dalla eziologia che dalla gravità della alterazione funzionale del parenchima ghiandolare e deve prevedere la collaborazione tra medico e odontoiatra attraverso un approccio terapeutico sequenziale. La terapia eziologica consiste nell'individuare le cause della xerostomia e se possibile ridurle o eliminarle (disidratazione, diabete, terapie farmacologiche con psicofarmaci).

La terapia di supporto consiste: nell'alleviare i sintomi di bocca secca fornendo suggerimenti o prescrivendo farmaci che mantengano umidificati e idratati i tessuti orali; nell' eseguire un programma di richiamo periodico istituendo una profilassi delle infezioni dento-parodontali (carie, parodontopatia) e dei tessuti molli (candidosi).

Un certo sollievo dalla sintomatologia può essere ottenuto consigliando il paziente di adottare alcune elementari abitudini di comportamento che hanno la finalità di mantenere umidificate e protette le mucose.

- Bere abbondantemente e frequentemente acqua a piccoli sorsi.
- Lasciare sciogliere dei cubetti di ghiaccio in bocca.
- Applicare sulle labbra secche pomate emollienti a base di vaselina, glicerina o lanolina.
- Evitare l'utilizzazione di sostanze che abbiano un effetto disidratante sulle mucose come collutori a base alcolica, alcolici, caffè, tè.
- Umidificare l'aria della camera da letto con vaporizzatori.

- Assumere una dieta semiliquida evitando cibi consistenti o secchi che risultano di difficile masticazione.

- Preferire la somministrazione di farmaci con formulazioni liquide (sospensioni, gel, collutori).

Tra i numerosi prodotti in grado di stimolare in modo aspecifico la salivazione le gomme da masticare e le caramelle leggermente aromatizzate (acido ascorbico, citrato) riscuotono le maggiori preferenze; i prodotti privi di zucchero e contenenti fluoro o xilitolo sono i più efficaci per un programma di prevenzione della carie.

Nei pazienti con salivazione scarsa e viscosa può risultare di qualche utilità la prescrizione di acetilcisteina e di bromexina, farmaci ad azione mucolitica che fluidificano le secrezioni ghiandolari con conseguente facilitazione della salivazione.

La somministrazione di farmaci parasimpaticomimetici colinergici (pilocarpina) è gravata dalla presenza di effetti collaterali e rappresenta un approccio terapeutico infrequente; l'indicazione principale è costituita dalla somministrazione temporanea in presenza di iposialie conseguenti a radioterapia della testa e del collo.

La somministrazione delle pilocarpina deve iniziare con un dose ridotta aumentando dopo una settimana in relazione alla risposta clinica, in modo da identificare posologia minima necessaria che causi ridotti effetti collaterali.

I sostituti salivari sono necessari in presenza di xerostomia

Tabella 48
TERAPIA DELLA XEROSTOMIA

Consigli e misure specifiche

Bere frequentemente, usare caramelle e gomme da masticare, umidificare l'ambiente, ecc.

Farmaci sialogoghi e sostituti salivari

Pr: Pilocarpina cpr. 5 mg

S: 5 mg ogni 8 ore nella prima settimana; in caso di mancata risposta aumentare gradualmente sino a un massimo di 30 mg al giorno a partire dalla settimana successiva

Pr: Bromessina sol. o acetilcisteina f.

S: Eseguire 2-3 aerosol al giorno

Pr: Bromessina o acetilcisteina scir., bust.

S: 1-2 cucchiaini di sciroppo (o bustine) 2-3 volte al giorno

Pr: Saliva artificiale sol. o nebul.

S: Eseguire 1-2 applicazione (spray, sciacqui) al bisogno

Profilassi e terapia della patologia orale

Pr: Bicarbonato di sodio (o sale da tavola e bicarbonato di sodio in parti uguali sciolti in acqua)

S: Eseguire sciacqui ogni 2-4 ore secondo necessità, utilizzando 2 cucchiaini da tè diluiti in un bicchiere d'acqua tiepida.

Pr: Clorexidina gluconato 0,12% coll.

S: Sciacquare per 30 secondi 2-3 volte al giorno ed espettorare senza deglutire

Pr: Nistatina sosp. orale (o anfotericina B)

S: Sciacquare con 1-2 cucchiaini da tè (5-10 ml) tenendo in bocca per 2 minuti 4-6 volte al giorno; espettorare senza deglutire

Pr: Fluoruro di sodio 0,5% coll. o gel

S: Eseguire 2-4 sciacqui al giorno con collutorio o applicare il gel sui denti 5 minuti al giorno mediante doccia preformata. Espettorare senza deglutire ed evitare di sciacquare o mangiare nei 30 minuti successivi al trattamento

Pr: Difenidramina scir. (o prometazina scir.)

+ Sucralfato (o idrossido di alluminio e magnesio sosp.)

S: Miscelare le sospensioni in parti uguali per eseguire un unico sciacquo. Sciacquare per due minuti ogni due ore e/o prima di ogni pasto utilizzando la quantità corrispondente a un cucchiaino da tè (5ml); espettorare senza deglutire.

grave; il loro uso non è comunque comodo e generalmente poco gradito alla maggior parte dei pazienti che preferisce gli stimolanti salivari aspecifici.

I sostituti salivari (Idrum, Xerotin, Oralbalance) sono principalmente costituiti da polimeri (idrossimetilcellulosa, carbosimetilcellulosa) e soluzioni elettrolitiche isotoniche (cloruro di sodio, potassio, calcio e magnesio); hanno una efficacia limitata con una durata dell'effetto umidificante che risulta circa il doppio di quello ottenibile con semplice acqua e per tale motivo richiedono una somministrazione frequente.

La diminuzione del flusso provoca una diminuzione dell'effetto antibatterico e tampone esercitato dalla saliva; la conseguente riduzione del Ph e i mutamenti nella flora batterica facilitano la comparsa di carie, parodontopatia e infezioni opportunistiche delle mucose (in particolare la candidosi orale).

Il paziente deve essere motivato ad una scrupolosa igiene orale domiciliare mediante le normali procedure di spazzolamento dei denti, integrate dalle seguenti misure:

- Sciacqui di bicarbonato di sodio per inumidire i tessuti e

controllare l'acidità orale per prevenire la patologia orale dento-parodontale e micotica.

- Sciacqui di clorexidina per la prevenzione della patologia dento parodontale e mucosa.

- Sciacqui a base di antimicotici polienici in sospensione orale o creme a base di miconazolo per la terapia della candidosi orale.

- Sciacqui con fluoro per la prevenzione della carie o in alternativa mediante gel posizionato in placche costruite su misura dal dentista o preformate in materiale plastico morbido.

- Sciacqui con analgesici lievi per il trattamento della stomatodinia ottenuto miscelando uno sciroppo antistaminico con funzione analgesica e una sospensione di un farmaco antiulceroso con funzione di agente coprente.

La prevenzione professionale eseguita dall'odontoiatra si basa sulla programmazione di visite periodiche ogni 4-6 mesi, in relazione alla gravità della xerostomia, per eseguire il controllo e la terapia delle patologie eventualmente comparse.

EMERGENZE MEDICHE

Numerose emergenze mediche possono avvenire nello studio dentistico come fenomeno accidentale correlato ad una patologia preesistente o come conseguenza dello stress o delle terapie farmacologiche somministrate nel corso delle cure odontoiatriche.

L'odontoiatra ha l'obbligo di diagnosticare le emergenze e tempestivamente porre in atto le misure necessarie di assistenza, limitatamente alle proprie capacità operative e al proprio ambito di competenza.

Vanno sottolineate le limitazioni alla terapia, che in concreto esistono nella pratica clinica, legate alla situazione operativa e alla preparazione media degli operatori: in assenza di esami e attrezzature la diagnosi è sempre sommaria e ne consegue una evidente impossibilità ad eseguire una diagnosi definitiva; l'odontoiatra è per formazione sprovvisto di conoscenze specifiche ed approfondite di medicina per una terapia definitiva.

L'intervento di competenza dell'odontoiatra risente, quindi, delle seguenti limitazioni:

- L'assistenza è generalmente limitata alla sorveglianza (monitoraggio di pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria) e alle manovre generiche strettamente indispensabili (riassicurazione, posizionamento in Trendelenburg, ossigenoterapia, respirazione assistita, massaggio cardiaco) in attesa del soccorso medico.
- Si devono evitare manovre potenzialmente pericolose in

assenza di specifico addestramento (ad esempio la cricotomia).

- In caso di necessità l'intervento farmacologico è limitato a pochi farmaci di primo intervento.

La somministrazione endovenosa rappresenta la via di somministrazione ideale nelle emergenze in quanto garantisce la comparsa di una rapida azione farmacologica (2-3 minuti); mentre la somministrazione orale ha una comparsa di azione lenta (30-60 minuti) e l'assorbimento per via intramuscolare è irregolare (15-30 min).

Molti odontoiatri comunque non hanno mai ricevuto un insegnamento sulla tecnica dell'iniezione endovenosa e tale manualità può non essere eseguibile, soprattutto in condizioni di emergenza.

Peraltro i farmaci da somministrare endovena sono comunque pochi (diazepam + morfina nell'infarto cardiaco; diazepam nell'epilessia) e possono essere somministrati anche intramuscolo.

Come via di somministrazione alternativa si può ricorrere ad una particolare tecnica intramuscolare: l'iniezione nella lingua, zona riccamente irrorata, a rapido assorbimento e facilmente raggiungibile dall'odontoiatra.

L'attrezzatura ed i farmaci che rappresentano la dotazione minima necessaria, che deve essere a disposizione dell'odontoiatra per la terapia delle emergenze, è stata di seguito schematizzata.

Tabella 49

EQUIPAGGIAMENTO CRITICO O ESSENZIALE PER LE EMERGENZE

Strumentario

Sfigmomanometro
Fonendoscopio
Materiale per iniezione
(lacci emostatici, siringhe 5-10 ml)
Materiale da medicazione
(antisettici, garze e cerotti)
Bombola di ossigeno
Pallone di AMBU

Medicinali per via orale

Antipoglicemico (glucosio)
Antipertensivo (nifepidina)
Broncodilatatore (salbutamolo)
Vasodilatatore coronarico (trinitrina)

Medicinali iniettabili

Soluzione fisiologica
Soluzione glucosata 50%
Amina simpaticomimetica
e antiallergica (adrenalina)
Amina vasopressoria (etilefrina)
Benzodiazepina (diazepam)
Analgesico oppiaceo (morfina)
Antistaminico (prometazina)
Corticosteroide (idrocortisone
emissucinato)

1. ANAFILASSI

In presenza di shock si deve aumentare il ritorno venoso posizionando il paziente in Trendelenburg e aumentare la volemia somministrando liquidi (non sempre possibile in quanto l'esecuzione di un trattamento endovenoso può risultare impraticabile).

Il farmaco di primo intervento è l'adrenalina sottocute o intramuscolo, ripetibile ogni 10-20 min. in caso di necessità.

Gli antistaminici sono somministrati contemporaneamente all'adrenalina; esercitano un'azione farmacologica protratta ma sono poco efficaci nel ridurre la reazione acuta;

la loro funzione consiste nel prevenire la ricaduta dello shock dopo il termine dell'effetto dell'adrenalina che è molto breve (poche decine di minuti).

Se dopo la somministrazione di adrenalina persiste il collasso cardiovascolare con ipotensione si impiegano i vasopressori (etilefrina).

Nei casi con dispnea si deve mantenere un'adeguata ventilazione somministrando ossigeno ad alto flusso (4-6 l/min).

I cortisonici non sono farmaci salvavita in quanto il loro effetto non è immediato e compare dopo un periodo >1 ora).

Tabella 50
TERAPIA DELL'ANAFILASSI

Manovre aspecifiche

Sospendere la somministrazione del farmaco

Valutare le vie aeree

Controllare pressione arteriosa e frequenza cardiaca

Ossigenoterapia

Posizione in Trendelenburg

Attacco lieve-stabile

Pr: Difendramina cpr 25 mg

S: 2 compresse ogni 4-6 ore

Inviare dal medico per tenere sotto osservazione

Attacco severo-instabile

Pr: Adrenalina f. 5 ml 1/1000

S: 0,3-0,5 ml sottocute ogni 10-20 minuti

+

Pr: Idrocortisone emisuccinato f. 500 mg ev, im

S: 0,5-2 gr ev, im

+

Pr: Prometazina f. 50 mg im, ev

S: 1 fiale ev, im

+

Ospedalizzare

2. ANGINA PECTORIS

Si deve lasciare il paziente in riposo assoluto, in posizione seduta (per diminuire il ritorno venoso al cuore e il sovraccarico emodinamico) e somministrare ossigeno 2-4 l/min per garantire una migliore ossigenazione del miocardio.

La terapia farmacologica si basa sulla somministrazione di nitroglicerina per via sublinguale; l'effetto compare dopo 1-2 minuti e la durata dell'azione farmacologica è di 20-30 minuti.

L'isosorbide dinitrato è un farmaco di seconda scelta caratterizzato da un esordio più lento (8-10 minuti) ed effetto più lungo (1 ora) nei confronti della nitroglicerina; è utile nei pazienti edentuli che non riescono a frantumare i confetti e in presenza di resistenza alla nitroglicerina.

In caso di dolore persistente oltre i 5 minuti sospettare un infarto.

Tabella 51
TERAPIA DELL'ANGINA PECTORIS

Misure aspecifiche

Paziente in posizione seduta

Ossigenoterapia

Tranquillizzare il paziente

Controllare pressione arteriosa

Controllare frequenza cardiaca

Terapia farmacologica

Pr: Nitroglicerina conf. 0,3 mg

S: Frammentare 1-2 confetti con i denti e sciogliere in bocca sotto la lingua

O

Pr: Isosorbide dinitrato cpr. subl. 5mg

S: Sciogliere 1 compressa sotto la lingua

3. ARITMIA CARDIACA

Il paziente va ossigenato, tranquillizzato e va controllata la pressione arteriosa; il trattamento va limitato alle aritmie con evidente compromissione emodinamica.

La terapia della bradicardia con atropina è indicata con una frequenza cardiaca inferiore a 45 battiti al minuto con sintomatologia costituita da insufficienza cardiaca, lipotimia persistente, extrasistoli frequenti.

Non si esegue, invece, terapia farmacologica per le tachicardie poiché la diagnosi in assenza di un elettrocardiogramma è insufficiente e quindi sussiste il rischio di interventi immotivati o pericolosi. Si eseguono, invece, le manovre di stimo-

lazione vagale:

- Espirazione forzata a glottide chiusa (manovra di Valsalva).
- Compressione dei bulbi oculari (deve essere dolorosa; negli anziani può causare distacco di retina).
- Massaggio del seno carotideo (da una sola parte per rischio di bradicardia).
- Eventualmente sedazione con benzodiazepine (diazepam 2-5 mg ev o 5-10 mg per os).

In caso di arresto cardiaco si esegue massaggio cardiaco e respirazione artificiale.

Tabella 52 TERAPIA DELLE ARITMIE		
<p>Misure specifiche <i>Tranquillizzare il paziente</i> <i>Ossigenoterapia</i></p>	<p>Bradycardia <i>Pr: Atropina solfato f. 0,5-1 mg ev, sc</i> <i>S: Iniettare 0,5-1 mg sottocute</i></p>	<p>Tachiaritmia <i>Manovre vagali</i></p>

4. ARRESTO CARDIACO E RESPIRATORIO

Ogni manovra deve essere preceduta da una fase valutativa (stato di coscienza, attività respiratoria e attività cardiocircolatoria) per distinguere le situazioni di emergenza (arresto cardiorespiratorio) da quelle di urgenza (lipotimia) risolvibili con un approccio terapeutico limitato.

Si deve infatti evitare l'esecuzione ingiustificata di manovre rianimatorie che possono causare danni (fratture costali, lesioni interne) o aggravare una condizione labile di compenso cardio-respiratorio.

Il compito del dentista è ridotto ad un intervento che assicuri la sopravvivenza del paziente in attesa dell'intervento

medico; l'attuazione di una efficace basic life support (BLS) attraverso la respirazione artificiale (RA) e il massaggio cardiaco esterno (MCE).

Il tempo massimo per iniziare BLS, che permetta un recupero funzionale completo, è di 4 minuti.

Entro 10 minuti vanno, inoltre, iniziate le manovre di advanced cardiac life support (ACLS) che sono di competenza del medico rianimatore e comprendono la defibrillazione, il posizionamento di un accesso venoso, l'intubazione orotracheale e la terapia farmacologica (adrenalina, lidocaina, ecc.).

Tabella 53 TERAPIA DELL'ARRESTO CARDIORESPIRATORIO		
<p>Valutazione Assenza di: <i>Coscienza</i> <i>Attività respiratoria</i> <i>Frequenza cardiaca</i></p>	<p>Manovre (BLS) <i>Posizione orizzontale o di Trendelenburg</i> <i>Disostruzione delle vie aeree</i> <i>Respirazione artificiale (Ambu con O2 100%)</i> <i>Massaggio cardiaco esterno</i></p>	<p>Terapia farmacologica (ACLS) <i>Pr: Adrenalina f. 5 ml 1/1000</i> <i>S: 1mg ev. (o intracardiaco) ripetibile ogni 3-5 minuti in caso di arresto cardiaco</i></p>

5. ATTACCO ASMATICO ACUTO

Il primo intervento consiste nel somministrare ossigenoterapia a basso flusso (2-4 lt/min) per non eliminare l'ipercapnia che costituisce lo stimolo alla ventilazione.

I farmaci broncodilatatori beta-stimolanti per inalazione sono i farmaci di prima scelta; se il broncospasmo non si risolve subito il paziente deve essere ospedalizzato.

L'adrenalina (0,3-0,5 ml sc) o l'aminofillina (5-6 mg/kg in 15-30 min. ev.) sono indicate nei casi refrattari alla terapia.

I cortisonici hanno un tempo di latenza lungo pari a 4-6 ore e sono indicati nel trattamento di mantenimento per evitare la ricaduta dopo il termine dell'azione dei farmaci d'emergenza.

Tabella 54

TERAPIA DELL'ATTACCO ASMATICO ACUTO

Misure specifiche

Liberare la bocca e le prime vie aeree

Permettere al paziente di assumere

la posizione più comoda (semiseduta)

Slacciare gli indumenti stretti

Ossigenoterapia a basso flusso

Attacco lieve

Pr: Salbutamolo spray

S: 2 puffi ripetibili ogni 20 minuti

Attacco grave

Pr: Adrenalina f. 5 ml 1/1000

S: 0,3-0,5 ml sottocute

+

Pr: Metilprednisolone f. 250-500 mg.

S: 125 mg ev

6. COMA IPOGLICEMICO

Il paziente diabetico può presentare situazioni di coma opposte causate da condizioni di iperglicemia da ipoglicemia. Il coma diabetico (iperglicemico e iperosmolare) ha una comparsa lenta e non necessita di terapia d'emergenza nello studio odontoiatrico con l'eccezione del ricovero ospedaliero urgente.

Il coma ipoglicemico è una emergenza che va trattata nel paziente cosciente con la somministrazione di glucosio per via orale (caramelle, zucchero, bibita zuccherata); nel paziente incosciente un bolo di soluzione glucosata endovena, inizialmente al 50% e successivamente, se disponibile, al 15% una infusione continua.

Tabella 55

PROFILASSI E TERAPIA DEL COMA IPOGLICEMICO

Profilassi

Appuntamento al mattino

Dieta normale

Normale terapia ipoglicemizzante o insulinica

Terapia dell'emergenza

Pr: Sol. glucosata al 50%

S: 20-30 ml. ev.; seguiti da una infusione lenta

diluita al 15% in soluzione fisiologica

7. CRISI EPILETTICHE

In presenza di una crisi tonico-clonica generalizzata (grande male) si devono adottare alcune misure terapeutiche:

- Escludere ostacoli orali (saliva, lingua, protesi).
- Posizionare il paziente per terra cercando di tenerlo fermo per evitare lesioni (fratture).
- Porre una garza tra i denti per evitare morsicature della lingua.
- Al termine della crisi somministrare ossigeno.

La maggior parte delle crisi si risolve spontaneamente ed è ra-

ramente necessario somministrare benzodiazepine.

Il farmaco di scelta è il diazepam endovena somministrato in dosaggio uguale per adulti e bambini, alla velocità di infusione 1-2 mg/min, preferibilmente endovena poiché l'assorbimento per via intramuscolare è irregolare e lento.

Secondo alcuni autori è preferibile il lorazepam che, per la sua lunga emivita, è in grado di dare una copertura prolungata ed evitare ricadute a distanza di ore; non si deve superare la velocità di infusione 2mg/min. e la dose massima di 8 mg in 12 ore.

Tabella 56
TERAPIA DELLA CRISI EPILETTICA

Attacco breve

Liberare le vie aeree
Adagiare il paziente supino per terra
Immobilizzare il paziente per evitare lesioni
Ossigenoterapia al termine della crisi

Attacco prolungato

Pr: Diazepam f. 10 mg
S: 1/2-1 fiala endovena (o intralinguale)
Pr: Lorazepam f. im, ev
S: 0,05mg/kg sino a 4mg ev, im

8. CRISI IPERTENSIVA

La maggior parte dei casi non necessita di trattamento in quanto si tratta reazioni di breve durata secondarie allo stress e al dolore provocato dal trattamento odontoiatrico. Sospendere la terapia, controllare la pressione arteriosa e tranquillizzare il paziente sono misure sufficienti nella maggior parte dei casi. La somministrazione di una benzodiazepina (diazepam 5-10 mg per os) o di ossigeno possono essere utili in alcuni casi. La terapia farmacologica d'emergenza è indicata per aumenti improvvisi e persistenti della pressione arteriosa diastolica

superiore a 120-130 mmhg (verificata misurando più volte la pressione arteriosa).

La nifepidina per via sublinguale è efficace entro 10 min. ed ha una durata di azione di 2 ore; la dose è ripetibile dopo 30 minuti in caso di mancata risposta; può causare effetti collaterali (vampate).

Il captopril è un farmaco di seconda scelta, presenta azione più lenta, è efficace entro 20 min. e ha una durata di azione di 2 ore; è gravato da minori effetti collaterali.

Tabella 57
TERAPIA DELLA CRISI IPERTENSIVA

Crisi lieve o breve

Controllare la pressione arteriosa
Tranquillizzare il paziente
Ossigenoterapia

Crisi persistente o grave

Pr: Nifepidina cpr 10 mg subl.
S: 1 compressa sciolta sotto la lingua
O
Pr: Captopril cpr 50 mg
S: 1/2-1 compressa

9. ICTUS

Nel paziente cosciente si deve controllare la pervietà delle vie aeree, mantenere il paziente in posizione semiseduta, somministrare ossigeno, controllare la pressione arteriosa, provvedere alla ospedalizzazione d'urgenza.

L'intervento farmacologico si limita alla somministrazione di nifedipina (10 mg per via sublinguale) in presenza di ipertensione arteriosa e diazepam (5mg ev.) in presenza di ansia e agitazione.

Tabella 58
TERAPIA DELL'ICTUS

Misure aspecifiche

Paziente in posizione seduta
Ossigenoterapia
Tranquillizzare il paziente
Controllare pressione arteriosa
Controllare frequenza cardiaca

Terapia antipertensiva

Pr: Nifepidina cpr 10 mg subl.
S: 1 compressa sciolta sotto la lingua

10. INFARTO MIOCARDICO

Si deve lasciare il paziente in riposo assoluto e posizione seduta per diminuire il ritorno venoso al cuore e il sovraccarico emodinamico; erogare ossigeno ad alto flusso 4-6 l/min per garantire una migliore ossigenazione del miocardio.

La somministrazione di una benzodiazepina e di un oppioide analgesico maggiore riduce lo stress, l'ansia e il dolore diminuendo il sovraccarico di lavoro cardiaco

La dose massima di morfina è di 10 mg per il rischio di comparsa di depressione respiratoria; a seguito della somministrazione del farmaco può verificarsi ipotensione, risolubile

sollevando gli arti inferiori e somministrando liquidi ev.

Altri oppioidi analgesici maggiori, come la pentazocina e la buprenorfina, sono utilizzabili e più comunemente reperibili nello studio dentistico in quanto utilizzata anche per l'analgesia dopo interventi chirurgici; hanno il vantaggio di non essere soggette a rilascio controllato (non necessitano di registri di carico-scarico e di doppia ricetta per la prescrizione). Sono comunque di seconda scelta per i possibili maggiori effetti negativi sull'emodinamica.

Tabella 59

TERAPIA DELL'INFARTO MIOCARDICO

Terapia antianginosa

Paziente in posizione seduta

Ossigenoterapia

Trinitroglicerina

Controllare pressione arteriosa

Controllare frequenza cardiaca

Sedazione

Pr: Diazepam f. 10 mg

*S: 1/2-1 fiala endovena
(o intramuscolare)*

Terapia antalgica

Pr: Morfina f. 10mg ev, im

*S: 1/2 fiala endovena lenta in 5 minuti;
ripetere dopo 10 min in caso di persistenza del dolore*

O

Pr: Buprenorfina 0,2 mg f. im, ev; (Pentazocina fiale im, ev 30mg)

S: 1fiala endovena

11. IPOTENSIONE ACUTA

L'abbassamento della pressione arteriosa del 20-30% causa sintomi di lipotimia o sincope, è generalmente transitorio e non richiede trattamento farmacologico; è sufficiente aumentare il ritorno venoso al cuore posizionando il paziente in Trendelenburg e controllare la pressione arteriosa.

Nei casi di media entità ma persistenti si somministra un va-

socostrittore per os (midodrina).

Nei casi con sintomatologia persistente o intensificante si utilizzano i vasocostrittori endovena (etilefrina) e si aumenta la volemia con liquidi.

L'adrenalina sottocute un farmaco vaso e cardioattivo che trova indicazione nei casi refrattari alla terapia con altri farmaci.

Tabella 60

TERAPIA DELL'IPOTENSIONE ACUTA

Crisi lievi-transitorie

Posizione di Trendelenburg

Controllare la pressione arteriosa

Ossigenoterapia

Se il quadro non migliora somministrare farmaci vaso-attivi

Crisi moderate-persistenti

Pr: Midodrina cpr 2,5 mg, gtt.

S: 2,5 mg per os ripetibili 3 volte al giorno

Crisi severe

Pr: Etilefrina f. 10 mg sc, im, ev

S: 1 fiala sottocute dividendo in boli da 2 mg

12. SOVRADOSAGGIO DA ANESTETICO

Il sovradosaggio è raro e può avvenire per una quantità eccessiva (sovradosaggio assoluto) o per una iniezione rapida endovenosa (sovradosaggio relativo).

I sintomi sono a rapida insorgenza e risoluzione e raramente necessitano di una terapia farmacologica.

Nei casi persistenti e intensificanti ad una prima fase di ecci-

tazione (convulsioni) segue una depressione del sistema nervoso centrale (coma); si somministra in presenza di convulsioni il diazepam, in presenza di bradicardia l'atropina, in presenza di shock l'adrenalina (1mg=1ml).

La comparsa di un arresto cardiorespiratorio richiede il massaggio cardiaco e la ventilazione assistita con ossigenoterapia.

Tabella 61

TERAPIA DEL SOVRADOSAGGIO DA ANESTETICO

Convulsioni

Pr: Diazepam f. 10 mg

S: 1/2-1 fiala endovena

Bradicardia

Pr: Atropina solfato f. ev, sc

S: 0,5-1 mg sottocute

Shock

Pr: Adrenalina f. 5 ml 1/1000

S: 0,3-0,5 ml sottocute

ABBREVIAZIONI UTILIZZATE NEL TESTO

cer	cerotto	mast	masticabile
coll	collutorio	mg	milligrammo
conf	confetti	mm	millimetro
cpr	compresse	nas	nasale
cps	capsule	nebul	nebulizzatore
den	dentali	orosol	orosolubili
derm	dermatologico	os	orale
div	divisibili	past	pastiglie
efferv	effervescenti	pom	pomata
ev	endovena	scir	sciroppo
f	fiale	sir	siringa
fl	flacone	sol	soluzione
gen	gengivario	sosp	sospensione
gran	granuli	sc	sottocutaneo
grat	granulato	subl	sublinguale
gtt	gocce	top	uso topico
im	intramuscolare	ung	unguento
inal	inalazioni		
iniett	iniettabile		

BIBLIOGRAFIA

1. Accademia Nazionale di Medicina, Formulario Terapeutico Nazionale, suppl. al Medico d'Italia n. 18, 31-05-95.
2. American Academy of oral medicine, Clinician's guide to treatment of common oral condition, Bottomley and Rosenberg ed., 1993.
3. Axell T., Oral mucosal lesions, IT Medicine AS, Oslo, 1998.
4. Bartlett J.G., Pocket book of infectious disease therapy, William e Wilkins, Baltimore 1995.
5. Bartoccioni S., Terapia 2000, La Treggia ed., Perugia 1999.
6. Bucci Sabatini V., Chirurgia ossea ricostruttiva e rigenerativa, Martina ed., Bologna, 1999.
7. Chestnut I.G., Gibson J., Clinical dentistry, Churchill Livingstone ed., New York 1998.
8. Dammaco F., Dioguardi N., Paoletti R., Peracino A., Pozza G., Draetta G., Nuovo Roversi, Ariete Salute ed., Milano 1999.
9. Dimitroupulis G., Compendio di piccola chirurgia orale, Dompè ed., Milano 1997.
10. Eversole, Oral Medicine, W.B. Saunders Company ed., Philadelphia, 1996.
11. Gargano J.J., Pals K.P., Weinberg A.D., Emergenze mediche in odontoiatria, Momento Medico ed., 1997, Salerno.
12. Gargiulo A., Rocca G., Ricci E., Terapia medica in odontostomatologia, Minerva Medica ed., Torino 1999.
13. Little J.W., Falace D.A., Miller C.S., Rhodus N.L., Dental management of the medically compromised patient, Mosby ed., St. Louis, Missouri, 1997.
14. Mitchell D.A., Mitchell L., Oxford handbook of clinical dentistry, Oxford University Press, New York 1998.
15. Mitchell D.A., Mitchell L., Manuale oxford di odontoiatria clinica, Centro scientifico ed., Torino 1998.
16. Montagna F., Prevenzione delle infezioni in odontoiatria, Promoass ed., Roma 1997.
17. Montagna F. e al., Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra. Linee ragionate di terapia per gruppo ATC, Promoass ed., Roma, in stampa.
18. Hupp J. R., Williams T.P., Vallerand W.P., 5 minute clinical consult, Centro Scientifico Internazionale ed., Torino, 1996.
19. Sonis S.T., Fazio R.C., Fang L., Principle and practice of oral medicine, W.B. Saunders Company ed., Philadelphia, 1995.

Anche per il 2000 Roche e ANDI hanno deciso di continuare una collaborazione che, forse unica nel settore, da diversi anni permette di fornire alla professione odontoiatrica dei supporti scientifici e professionali di notevole utilità per il professionista.

L'acquisto di Boheringer da parte di Roche ha portato ad un aggiornamento nel marchio ma non nella sostanza del rapporto di collaborazione, ed intendiamo ringraziare questa ormai unica entità per la fiducia e considerazione dimostrata nel passato e che certo continuerà nel futuro.

Proseguendo nella linea dei volumi e dei quaderni distribuiti negli scorsi anni, per il 2000 il programma editoriale Promoass prevede, oltre al presente, altri 3 quaderni sugli argomenti della patologia orale e della terapia farmacologica.

L'azione dell'ANDI è l'unica in Italia che si sviluppa a difesa degli interessi della categoria; e questo è compito istituzionale del sindacato di categoria.

In questa direzione l'attività dell'Associazione surroga anche la mancata azione di istituzioni che devono garantire la salute del cittadino.

Risulta, infatti, evidente, dai numeri e dall'evidenza dei fatti, che gran parte dell'assistenza odontoiatrica in Italia è garantita al cittadino dalla professione privata. Con queste attività editoriali l'ANDI è convinta di rendere possibile al Servizio Sanitario Nazionale un risparmio economico di notevole entità garantendo, non solo l'aggiornamento professionale senza costi per il pubblico, ma anche una migliore efficacia terapeutica. Questo sia nelle specifiche patologie orali che nelle manifestazioni orali di malattie sistemiche.

In questo momento di acceso dibattito sulla riforma sanitaria, il nostro contributo alla comunità civile dimostra che l'odontoiatria privata italiana non solo è l'insostituibile garante di un'assistenza odontoiatrica al cittadino, ma è anche validissimo stimolo ad una crescita culturale di tutto il mondo politico sanitario. Essa costituisce, inoltre, un momento propulsivo perché l'industria farmaceutica continui verso la ricerca, la produzione e la commercializzazione di farmaci ad attività clinico-terapeutica sempre più valida e competitiva.

Luigi Mario Daleffe



Cologno al Serio, 30 gennaio 2000

Se vogliamo che tutto rimanga com'è bisogna che tutto cambi.

G. Tomasi di Lampedusa, *Il gattopardo* (1958)

Cod. 24002283

Questa opera della collana editoriale ANDI
è stata realizzata con il contributo della



dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani
quale servizio ai propri soci