

INTRODUZIONE ALLA PATOLOGIA ORALE

Corso ASO ANDI
23 Novembre 2019

Dott. Marco Roghi
Dott.ssa Camilla Claus
Dott.ssa Silvia Salviti

ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO

- INTRODUZIONE
- ANATOMIA CHIRURGICA
- CONDIZIONI DI VARIA NATURA: Bms, xerostomia, glossite migrante
- STOMATITE AFTOSA RICORRENTE
- MALATTIE INFIAMMATORIE IMMUNITARIE: Lichen Planus orale, Pemfigoide MUCOSO
- MALATTIE INFETTIVE: Candidosi, HSV, HPV
- NEOFORMAZIONI BENIGNE: Fibromi, Cisti, Emangiomi
- LESIONI PRECANCEROSE: Leucoplachia, Eritroplachia
- OSTEITE DA BIFOSFONATI

PATOLOGIA ORALE

- Branca della medicina che si occupa della diagnosi e della terapia delle malattie che colpiscono la mucosa orale

MEDICINA ORALE

- Branca della medicina che si occupa delle ripercussioni di malattie sistemiche a livello del cavo orale



ANATOMIA CHIRURGICA E ZONE ANATOMICHE

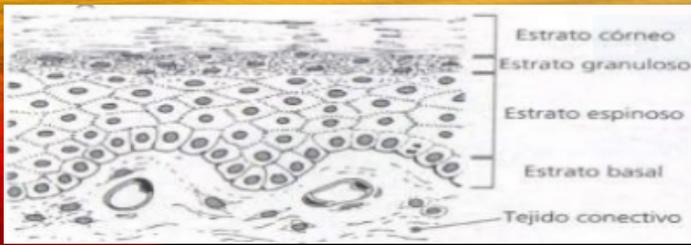


ZONE ANATOMICHE



LABBRA
GUANCIA-MUCOSA GENIENA
GENGIVA-FORNICI V.
PALATO DURO
GENGIVA-MUCOSA L.
LINGUA
PAVIMENTO ORALE





LA MUCOSA ORALE

MASTICATORIA

Gengive e Palato duro

Epitelio pavimentoso stratificato cheratinizzato

NON PRESENTA UNA SOTTOMUCOSA E ADERISCE DIRETTAMENTE AL TESSUTO OSSEO SOTTOSTANTE

STRATO BASALE
STRATO SPINOSO
STRATO GRANULOSO
STRATO CORNEO

DI RIVESTIMENTO

Palato molle, labbra, guance, ventre linguale, pavimento orale

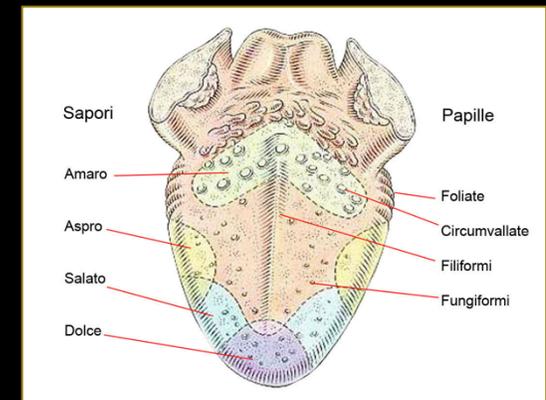
Epitelio pavimentoso stratificato non cheratinizzato

PRESENTA UNA SOTTOMUCOSA (GHIANDOLE SALIVALI MINORI) SPESSO STRATO DI T. CONNETTIVO

SPECIALIZZATA

Dorso della lingua

Epitelio cheratinizzato e non cheratinizzato (con numerose papille)





PATOLOGIE PIÙ FREQUENTI

- 
1. Condizioni di varia natura: BMS, xerostomia, glossite migrante
 2. Malattie infiammatorie croniche su base immunitaria: lichen planus orale, pemfigoide mucoso
 3. Malattie infettive: Infezioni da Candida, HPV, HSV
 4. Neoformazioni benigne di varia natura: fibromi, ecc
 5. Condizioni precancerose: leucoplachia ed eritroplachia
 6. Osteite dei mascellari da bifosfonati



CONDIZIONI DI VARIA NATURA

BURNING MOUTH SYNDROME → BMS

Sindrome della bocca che brucia: “ Una sensazione di tipo urente che interessa la lingua e/o altre mucose del cavo orale, **in assenza** di patologie e lesioni locali”

(Società Internazionale per lo Studio del Dolore)

- La condizione più frequente per la quale una paziente giunge all'osservazione del patologo orale
- Colpisce prevalentemente le donne in età peri e post-menopausale
- La sintomatologia ha decorso cronico, che può essere continuo o intermittente
- BMS idiopatica e secondaria

Bruciore

- Punta della lingua (71)
- Labbra (50)
- Margini della lingua (46)
- Dorso della lingua (46)
- Palato (46)
- Mucosa geniena (21)
- Altre sedi (7-25)

(%n=154, van der Ploeg)

Altri Sintomi

- Bocca secca: 50%
- Disgeusia: 40%
- Difficoltà nella deglutizione: 28%
- Alterazione dell'olfatto: 13%



EZIOPATOGENESI

Secondaria

- Malattie immunitarie
- Candidosi
- Allergie
- Abitudini parafunzionali
- Deficit vitaminici
- Diabete
- Ipotiroidismo

Idiopatica

- Condizione psicologica alterata
- Neuropatia e/o infiammazione neurogenica delle fibre trigeminali periferiche
- Degenerazione dei neuroni sensoriali di piccolo diametro
- Diminuzione dell'effetto protettivo degli estrogeni sul sistema dopaminergico centrale

- L'infiammazione neuronale attiva un gruppo di nocicettori a rilasciare neuropeptidi a livello del ramo terminale → modificazioni a carico dei nocicettori tali da renderli sensibili a stimoli prima incapaci di attivarli.
- La riduzione dei livelli di estrogeni e progesterone → perdita dei meccanismi inibitori del dolore. La secchezza delle mucose e i disturbi psicologici sono più frequenti nelle donne di mezza età.
- Diminuita inibizione dopaminergica presinaptica aumenterebbe il rilascio di dopamina, con una maggiore eccitabilità dei neuroni → perdita del controllo centrale del dolore.

BMS IDIOPATICA

- La vera BMS : non c'è una vera causa
 - Diagnosi per esclusione
 - Presenza di un fattore scatenate odontoiatrico (riabilitazioni)
- Il bruciore bilaterale e diffuso è:
- Avvertito profondamente nella mucosa
 - Presente da 4-5 mesi
 - Peggiora nell'arco della giornata
 - Non interferisce con il sonno
 - Migliora mangiando o bevendo

BMS E XEROSTOMIA

- Presente nel 46-67% dei casi
- Secondaria a:
 - Condizione psicologica (xerostomina avvertita, non reale): depressione, ansia, ipocondria, stress..
 - Terapie farmacologiche (antidepressivi, chemioterapici, ecc)
 - Insufficiente idratazione (!!!!)
- Alterazioni salivari qualitative e quantitative

DIAGNOSI

- Anamnesi
 - Terapie farmacologiche
 - Diabete
 - Malattie sistemiche
 - Fattore psicologico
- Storia del dolore → la vera BMS peggiora nell'arco della giornata ma NON interferisce con il sonno
- Esclusione lesioni orali evidenti e/o altre patologie

COSA REALMENTE FUNZIONA?

- Eliminare fattori locali irritanti
- TERAPIA FARMACOLOGICA
Antidepressivi e ansiolitici : NO! (spesso sono concausa della BMS)
- Terapie comportamentali e/o supporto psicologico
Parafunzioni
Fattore psicologico del paziente: approccio medico tranquillizzante
- Idratazione > 2l/die
- Acido alfa-lipoico (acido tioctico): *Tiobec* 200-400 mg/die (poco efficace)



CAPSAICINA

- BMS rara in India e Pakistan dove la dieta è ricca di *PEPERONCINO*
 - CAPSAICINA: desensibilizzazione neuroni e blocco dell'inflammazione neurogenica
- Infusione per 5' di peperoncino secco macinato



GLOSSITE MIGRANTE

- Condizione benigna del dorso della lingua
- Aree “a carta geografica”: Placche rossastre con alone biancastro
- Variabilità nel tempo: cambiano di forma e localizzazione
- Senza sintomatologia, o lieve bruciore
- Frequente associazione con la lingua fissurata





- EZIOLOGIA:

- infiammatoria

- Idiopatica

- Deficit nutrizionale

- Fattori precipitanti: fumo, alcolici, stress, alimentazione salata e speziata, patologie gastrointestinali

- TRATTAMENTO

- Non necessario

- Eliminare fumo e alcolici

- Igiene orale

- Se dolorosa: uso di farmaci barriera (Mucosyte fluid)

STOMATITE AFTOSA RICORRENTE

- Patologia ulcerativa, non traumatica, più frequente
- Frequenza del 20-60% della popolazione generale
- Femmine e bambini
- Si presenta in mucosa NON CHERATINIZZATA

- EZIOLOGIA:
 - Alterazioni immunologiche: stress, febbre, ciclo mestruale
 - Familiarità, deficit vitaminici, allergie
 - Deficit nutrizionali: Fe, B12, Folati, celiachia
 - Malattie intestinali (Crohn, coliti ulcerative..)
 - Agranulocitosi, neutropenia, HIV

AFTE MINORI

- Ulcere singole o multiple, ovali o rotondeggianti a margini ben definiti, con un'area necrotica centrale e un alone periferico eritematoso
- Diametro di circa 2-4 mm
- Dolorose
- Guarigione senza cicatrice in 4 -14 giorni
- Recidive con un intervallo da 1 a 4 mesi
- DIAGNOSI DIFFERENZIALE:
HSV → in mucosa cheratinizzata



AFTE MAGGIORI

- Ulcere singole o multiple
- Diametro >1 cm
- Molto dolorose
- Guarigione con cicatrice in 20 – 30 giorni
- Recidive frequenti in $<$ di 1 mese
- Insorgono dopo la pubertà



CONSIGLI

- Anamnesi familiare e patologica remota
- Terapia causale (se individuata)
- TRATTAMENTO (no se intervalli ampi):
 - Clorexidina → fattore di prevenzione
 - EFFETTI COLLATERALI: resistenze batteriche, bruciore del cavo orale, discromia dello smalto, disgeusia
 - Corticosteroidi topici
 - EFFETTI COLLATERALI: immunosoppressione → infezioni
 - Laser
 - Oralmedic (afte minori)





ISTITUTO
STOMATOLOGICO
ITALIANO
DAL 1908

In paziente con **Stomatite Aftosa Recidivante (SAR)** si richiedono i seguenti esami:

1. Prick tests per allergeni alimentari
- ★ Patch tests serie cavo orale
- ★ VES, PCR
- ★ Emocromo e reticolociti
- ★ Vit B12, Acido Folico
- ★ Ferro, Transferrina
7. IgE totali
8. Dosaggio IG, C3, C4
- ★ Anticorpi antinucleo (ANA, anti ENA, SSA, SSB)
- ★ Anticorpi antigliadina
- ★ Anticorpi antiendomizio
- ★ Anticorpi antitransglutaminasi
13. Anticorpi anticardiolipina
14. Anticorpi antitireoglobulina
- ★ HLA B51
16. Elettroforesi delle proteine
17. RA test, Waaler Rose (titolo)



MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE SU BASE AUTOIMMUNITARIA

LICHEN PLANUS ORALE

- La malattia infiammatoria cronica, su base autoimmunitaria. più frequente del cavo orale
- Coinvolgimento muco-cutaneo: MUCOSE ORALI, genitali e cute
- Cronica, con andamento imprevedibile (periodi di remissione e di esacerbazione)
- Eziologia non pienamente definita

POSSIBILI FATTORI SCATENANTI:

Farmaci

Fattori locali: Amalgama, Protesi, Metalli, Alcolici, Fumo, Tartaro

Stress

Malattie sistemiche (Hcv, Diabete, Ipertensione)

- Può cancerizzare (forme erosive)

MANIFESTAZIONI

Simmetrica e bilaterale in mucosa
orale (D. Differenziale con reazione
lichenoid)

- LESIONE ELEMENTARE: papula biancastra

- ◆ RETICOLARE: Strie di Wickham

Simmetrico, Bilaterale

Fornice posteriore, gengiva, labbra



◆ **ATROFICO EROSIVO**: strie unite + aree rosse erosive → dolore!
dorso linguale, atrofia delle papille linguali mucosa vestibolare, lingua, gengiva

◆ **A PLACCA**: lesione biancastra
frequente nella lingua



LPO vs REAZIONI LICHENOIDI

LICHENOIDI:

“ Lesioni clinicamente e istologicamente simili all’LPO, ma caratterizzate da un’eziologia ben identificabile ”
(Al-Hashimi, 2007)

- Da contatto (amalgama, metalli in genere)
- Farmacologici (FANS; Betabloccanti)
- Rigetto trapianti



IL LPO TENDE AD ESSERE BILATERALE E SIMMETRICO, LE LESIONI LICHENOIDI SONO UNILATERALI > CORRELAZIONE TOPOGRAFICA

EVOLUZIONE LPO

- Andamento imprevedibile → periodi di remissione anche molto lunghi
- Lo stress è un fattore scatenante
- Il LPO può cancerizzare (forme erosive di vecchia data)
- Prevedere una biopsia sempre (specialmente in forme rosse erosive)

MANAGEMENT LPO

- No terapia in assenza di sintomi
- Terapia in forme sintomatiche o ulcerative:
 - Triamcinolone (a cicli *)
 - Calcineurina
 - Ciclosporina
 - *Mucosyte nei periodi non coperti da immunosoppressori
- FOLLOW UP:
 - forme erosive ogni 2 - 3 mesi
 - forme a placca ogni 6 mesi
 - forme reticolari ogni 8 - 12 mesi

CONTROLLO: farmaci, malattie sistemiche, alcool e fumo, fattori
meccanici/fisici/chimici

Asintomatico
(LPO reticolare)

Follow up

Sintomatico

Cortisoni topici

Trattamento
chirurgico

Solo in lichen a
placca
(laser)

Risposta
Positiva

Revisione

Risposta
Negativa

Aggiungere immunosoppressori

PEMFIGOIDE MUCOSO

- Malattia bolloso-erosiva autoimmune più frequente
- MUCOSA ORALE (90%), congiuntivale, nasofaringea, genitale
- Più frequente in donne > 50 anni
- Scollamento dello strato mucoso epiteliale con formazione di una bolla SOTTOPITELIALE

- MANIFESTAZIONI CLINICHE

Formazione di bolle, ulcerazioni. Eritema, edema, desquamazione mucosa gengivale

→ gengivite desquamativa



LOCALIZZAZIONE

Gengive (superiore), palato
interessamento mucosa oculare (ulcerazioni congiuntiva)

DIAGNOSI

Aspetti clinici

Doppia biopsia:

- 1) Istopatologia (in tessuto patologico)
- 2) Immunofluorescenza diretta (in tessuto sano)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Malattia parodontale

LPO erosivo

Pemfigo

TRATTAMENTO

Corticosteroidi



MALATTIE INFETTIVE

CANDIDOSI

- Infezione micotica più frequente
- *Candida albicans* → Saprofita

- FATTORI PREDISPONENTI
 - Patologie del sistema immunitario (HIV)
 - Protesi mobili
 - Terapie Farmacologiche: Steroidi, ATB
 - Xerostomia: farmacologica, Sjógren, da radiazioni



MANIFESTAZIONI

- **PSEUDOMEMBRANOSA**: placche biancastre, tondeggianti. Con il grattamento si staccano lasciando una zona eritematosa sottostante
Orofaringe, mucosa Vestibolare, Palato, Lingua
- **ERITEMATOSA**: aree eritematose rosse. Frequente sulla lingua per perdita delle papille filiformi o in corrispondenza di protesi mobili → bruciori e fastidi
Dorso linguale, palato, gengiva
- **IPERPLASICA**: cronica, rara e quasi esclusiva dei fumatori; placche a livello della zona retrocommisurale



TAMPONE LINGUALE

- In pochi casi la diagnosi è certa con il solo esame clinico.
 - Si manifesta con sintomi e non con segni
- La diagnosi di certezza si ottiene tramite il tampone linguale
- Prima del tampone evitare terapie con ATB locali/sistemici e/o disinfettanti orali nei 7/10 giorni precedenti l'esame
- Passare tampone sulla lingua e fornici vestibolari (Evitando contatto e contaminazioni esterne)
- Chiedere al lab eventuale antibiogramma o antimicogramm



TERAPIA E PREVENZIONE

- Su antimicogramma !

Antimicotici → ns protocollo: Fluconazolo
100 mg x 10 gg

- Prevenzione delle recidive → Nistatina come collutorio



- Immersione quotidiana delle protesi mobili in una soluzione di Amuchina 2% e acqua per 20'. Poi sciacquare abbondantemente

CONDIZIONI ASSOCIATE

- CHEILITE ANGOLARE → eritema, desquamazione con fessurazione delle commissure labiali. Dolorosa e spesso bilaterale.
- GLOSSITE ROMBOIDE MEDIANA → lesione rossa eritematosa a forma di rombo nel dorso della lingua presso la V linguale. Può essere associata alla candida.
- STOMATITE DA PROTESI → lesione rossa eritematosa nel palato relazionata a una protesi mobile. Presenta gli stessi contorni della protesi

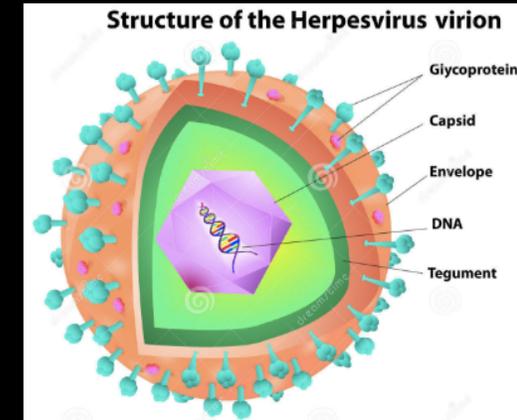
HERPES SIMPLEX → HSV

- Virus a doppia catena di DNA che, dopo l'infezione, permane in uno stato di latenza nei gangli sensitivi trigeminali

HSV-1: mucose orofacciali

HSV-2: mucose genitali, ma può infettare anche il ns distretto

- Forma primaria 90% dei casi asintomatico
10% dei casi gengivostomatite erpetica primaria
- FATTORI SCATENANTI forma secondaria
 - Traumi (Trattamento odontoiatrico)
 - Febbre
 - Stress
 - Mestruazioni
 - immunodeficienza



MANIFESTAZIONI ORALI

◆ FORMA PRIMARIA → Gengivostomatite erpetica primaria

- Febbre, malessere, cefalea, adenopatie
- Primi 3-5 giorni → gengivite e sanguinamenti spontanei gengivali, infiammazioni gengivali
- 2-3 giorni dopo → vescicole in mucosa CHERATINIZZATA. Erosioni molto dolorose.
- In bambini; poco frequente in adulti

◆ FORMA SECONDARIA

1- HERPES LABIALIS

- Più frequente
- Dolore, bruciore, parestesia
- Vescicole giallognole coalescenti
- Guarigione in 8 –10 giorni senza cicatrice.



2- HERPES ORALE

- Meno frequente
- Vescicole che evolvono in ulcere giallognole, con alone eritematoso.
- Arrossamento mucosa (CHERATINIZZATA → MASTICATORIA)
- Guarigione 8 giorni senza cicatrice
- Febbre, dolore, adenopatie

DIAGNOSI

- Aspetti clinici
- Isolamento in coltura
- PCR
- Anticorpi monoclonali
- Immunofluorescenza diretta su materiale citologico

DIAGNOSI DIFFERENZIALE → AFTE

- HSV tipico della MUCOSA CHERATINIZZATA → MASTICATORIA (palato duro e gengive)
- Afte tipiche della mucosa NON CHERATINIZZATA → DI RIVESTIMENTO

SIEROLOGIA

- Ig M: pochi giorni dopo la prima esposizione. Infezione attiva o recente
- Ig G: anticorpi di memoria. Contagio in passato

IgM	IgG	
Negativo	Positivo	Infezione passata
Negativo	Negativo	Nessuna esposizione
Positivo	Negativo	Infezione molto recente
Positivo	Positivo	Infezione in atto



CONSIGLI

- Prevenzione per HSV labialis: schermo protettivo labiale totale
- Prevenzione farmacologica : aciclovir
- Terapia: aciclovir 800mg x5x5 ai primi segni di lesione

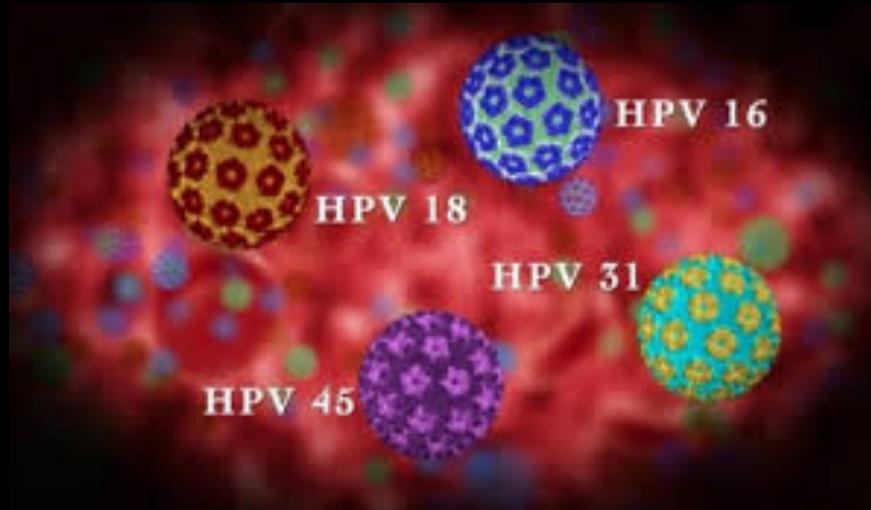


PAPILLOMA VIRUS

Virus a DNA, tropismo per l'epitelio corneificato

120 tipi di HPV (HPV 16 e 18 Ca della cervice uterina)

Infezione per contatto diretto (sessuale, ma non soltanto)



75% degli individui è infettato nel corso della vita

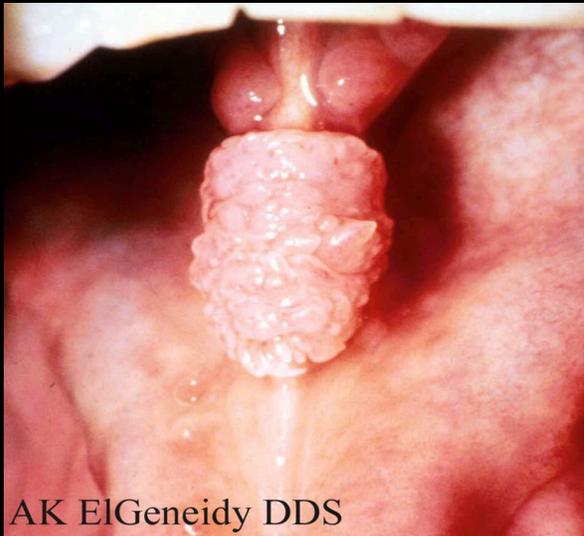
80% delle infezioni regredisce spontaneamente senza lasciare esiti

Patogenesi : interazione del virus con le cellule epiteliali squamose e il DNA virale si localizza a livello delle cellule basali dove può permanere in uno stato di latenza oppure autoreplicarsi

La complicanza più grave è il Ca della cervice uterina

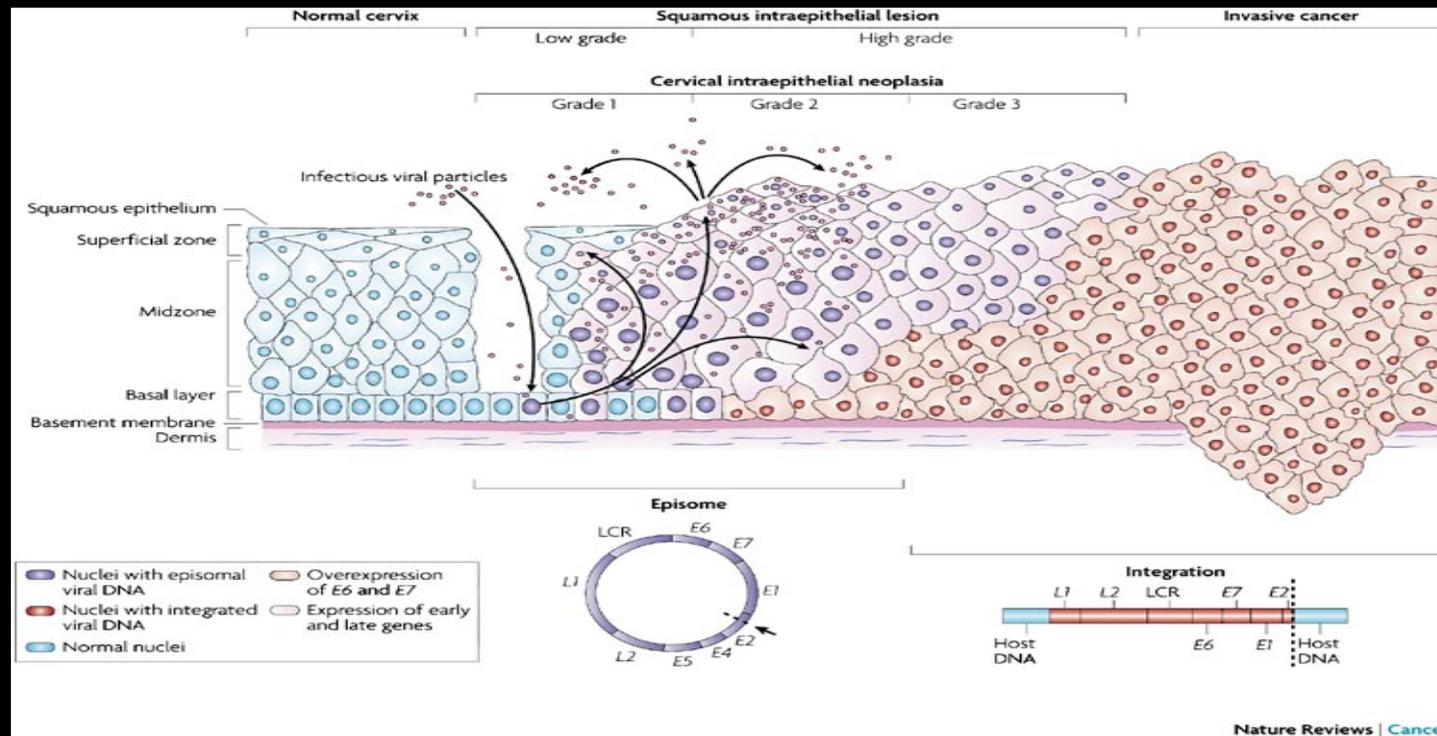
LESIONI ORALI

- **Papilloma squamoso:** HPV 6 e 11, aspetto a cavolfiore di colore bianco o roseo, lingua e palato, 30-60 aa, escissione chirurgica
- **Verruca volgare:** HPV 2,4,40, rara e più comune nei bambini, lesione sessile circoscritta e biancastra, bordo vermiglio del labbro, mucosa vestibolare, lingua, escissione chirurgica, diatermocoagulazione
- **Condilomi acuminati:** HPV 2,6,11,19,32, trasmissione sessuale, piccole escrescenze sessili o peduncolate, mucosa vestibolare, palato duro e molle, ventre linguale e frenulo, escissione chirurgica ma tendono a recidivare



HPV E CA DELLA CERVICE UTERINA

- Il secondo tumore più diffuso nelle donne
- Colpisce ogni anno circa 3500 donne e causa 1500 decessi in Italia
- Nel 95% dei casi è causato da un'infezione da HPV



VACCINAZIONE

- Due vaccini:
 - bivalente: protegge contro i tipi 16 e 18
 - quadrivalente: protegge anche dai tipi 6 e 11
- E' offerta gratuitamente a tutte le ragazze nel 12° anno di età

Perché vaccinarsi?

- E' molto efficace se eseguita prima che la persona sia stata contagiata dal virus, di norma subito dopo l'inizio dell'attività sessuale
- Attraverso la vaccinazione si interrompe all'origine la catena che dall'infezione porta al Ca
- Induce una migliore risposta immunitaria nelle persone più giovani e consente di prevenire l'insorgenza di un'infezione persistente dei 2 ceppi

VACCINAZIONE

- La somministrazione del vaccino avviene per via intramuscolare
- Soggetti di età 13 o 14 aa → somministrazione 2 dosi (0 e 6 mesi dalla prima vaccinazione)
- Soggetti di età > 14 aa → somministrazione a 3 dosi (0, 2, 6 mesi)
- E' possibile vaccinarsi anche se non si rientra nelle categorie a cui è consigliata ma è necessario ricordare che il vaccino è meno efficace nelle donne che hanno già contratto l'infezione da HPV

HPV E OSCC

Detection of human papilloma virus in potentially malignant and malignant lesions of the oral cavity and a study of associated risk factors

B.R. Bijina, Junaid Ahmed, Nandita Shenoy, Ravikiran Ongole, Suchitra Shenoy,¹ and Srikala Baliga¹

“La % d’infezione in iperplasia e displasia indica un coinvolgimento precoce di HPV nelle neoplasie orali”

“Le tasche parodontali sono una riserva di HPV nel cavo orale e il sito più comunemente colpito da OSCC associato a HPV è l’alveolo”

“High Risk” HPV Types Are Frequently Detected in Potentially Malignant and Malignant Oral Lesions, But Not in Normal Oral Mucosa

Martha Bouda, BSc, Vassilis G. Gorgoulis, M.D., Ph.D., Nikos G. Kastrinakis, BSc, MSc, Athina Giannoudis, BSc, Efthymia Tsoli, BSc, MPhil, Despina Danassi-Afentaki, M.D., Periklis Foukas, M.D., Aspasia Kyroudi, M.D., Ph.D., George Laskaris, M.D., Ph.D., C. Simon Herrington, M.D., Ph.D., Christos Kittas, M.D., Ph.D.

Human papillomavirus types 16 and 18 in epithelial dysplasia of oral cavity and oropharynx: A meta-analysis, 1985–2010

Vijayvel Jayaprakash,^{a,*} Mary Reid,^b Elizabeth Hatton,^a Mihai Merzianu,^c Nestor Rigual,^{d,h} James Marshall,^e Steve Gill,^f Jennifer Frustino,^{a,e} Gregory Wilding,^g Thom Loree,^d Saurin Popat,^h and Maureen Sullivan^a

“HPV-16 è associato a OSCC e gioca un ruolo importante nella progressione del carcinoma”

“HPV-16 è il sierotipo più comune, riportato in oltre il 90% di casi da OSCC”

Real-Time Quantitative PCR Demonstrates Low Prevalence of Human Papillomavirus Type 16 in Premalignant and Malignant Lesions of the Oral Cavity

Patrick K. Ha, Sara I. Pai, William H. Westra, Maura L. Gillison, Betty C. Tong, David Sidransky, and Joseph A. Califano

HPV E OSCC

Per quanto riguarda la correlazione tra HPV e OSCC molte ipotesi suggeriscono una correlazione, i sierotipi 16 e 18 sono presenti nel 70% degli OSCC, ma al 2017 non esistono certezze come nel caso del ca della Cervice.

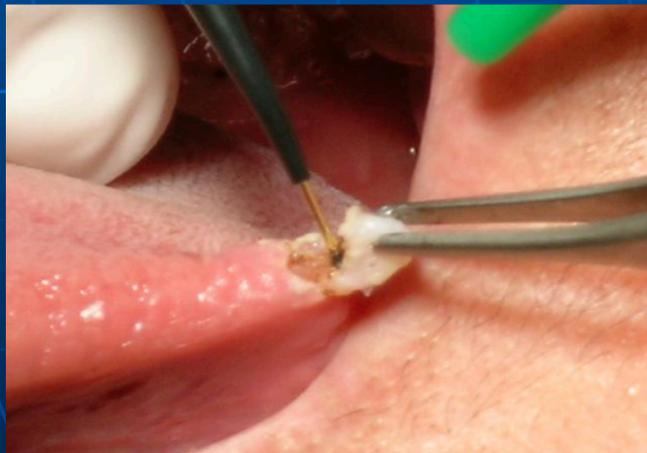
Nell'OSCC il ruolo determinante lo ha il fumo di sigaretta.



NEOFORMAZIONI BENIGNE DI VARIA NATURA

FIBROMI

- Fibromi: origina dal tessuto connettivo, patogenesi traumatica



CISTI MUCOSE

- Cisti mucosa del labbro: origina da traumatismo a livello del labbro inferiore, se non si risolvono spontaneamente tendono a cronicizzare, trattamento chirurgico (con laser a diodi o bisturi a lama fredda)



LESIONI VASCOLARI

Emangiomi: *“proliferazioni benigne di vasi che si osservano nei bambini e giovani adulti”*

- Lesioni rilevate di color rosso porpora, che con la compressione tendono a sparire
- Dopo i 10 anni d'età si osserva la completa regressione nel 90% dei casi
- Mucosa vestibolare, lingua, labbro inferiore
- Terapia posticipata fino a dopo la pubertà, laser





Malformazioni vascolari: si sviluppano durante la vita fetale, sono già presenti alla nascita e persistono per tutta la vita;

- Malformazioni dei capillari: si osservano maggiormente sul viso dei neonati con un colorito porpora

- Malformazioni arterovenose: sono ad alto flusso sanguigno e a livello intraosseo possono essere causa di emorragie;

- Malformazioni venose: sono a basso flusso sanguigno, tendono a seguire l'accrescimento corporeo e ad essere di color bluastrò



LESIONI PRECANCEROSE

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

WHO, 1978



Lo sviluppo del carcinoma è preceduto da lesioni precancerose identificabili come placche bianche o aree rosse e definite rispettivamente LEUCOPLACHIA ed ERITROPLACHIA

LEUCOPLACHIA

“Placca bianca non caratterizzabile come altra condizione”

Diagnosi per esclusione di altre lesioni della mucosa con aspetto simile:

- Ipercheratosi frizionale
- Candidosi pseudomembranosa e iperplastica
- Lichen planus orale

Maggiore potenzialità di trasformazione neoplastica maligna rispetto alla mucosa normale

Sesso maschile, >40 aa

Fumo e alcool

Mucosa vestibolare, pavimento, ventre linguale, gengiva

Biopsia



LEUCOPLACHIA

PROGNOSI

- La leucoplachia è un possibile precursore del Ca orale
- La sua presenza aumenta infatti di 5 volte la possibilità di sviluppare OSCC
- Il 10%-15% di leucoplachie degenera in OSCC

PROGNOSI in rapporto alla SEDE

- La leucoplachia può comparire ovunque, ma le localizzazioni al ventre linguale, al pavimento orale ed alle aree commissurali e retrocommissurali degenerano con maggior facilità rispetto alle localizzazioni in altre aree (come le aree ricoperte da mucosa masticatoria, più resistenti)

ERITROPLACHIA

“Area rossa della mucosa che riflette la presenza di una displasia, carcinoma in situ o invasivo”

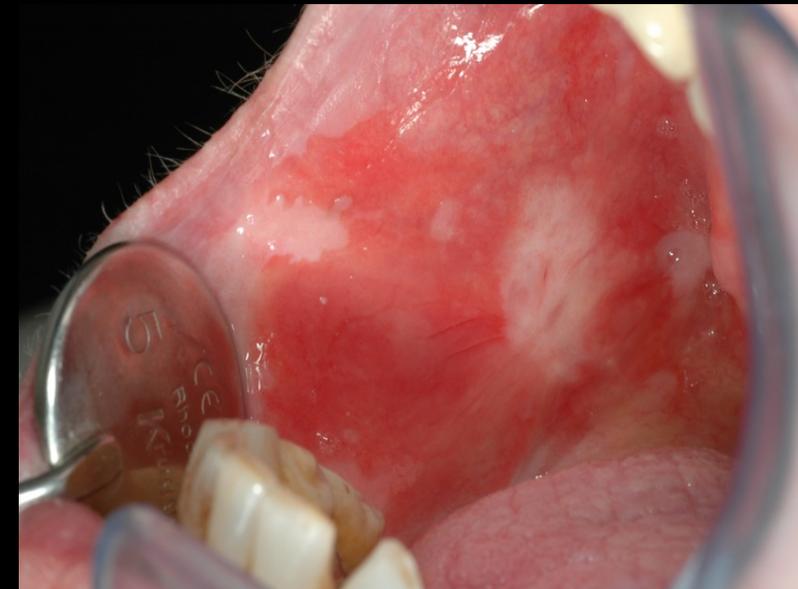
Pz anziani, fumo, alcool

Pavimento orale, ventre e margini lingui, palato molle

D/D malattie infiammatorie croniche autoimmunitarie e mucositi erosive

Biopsia

Diagnosi istologica



TRASFORMAZIONE IN CA

EVOLUZIONE

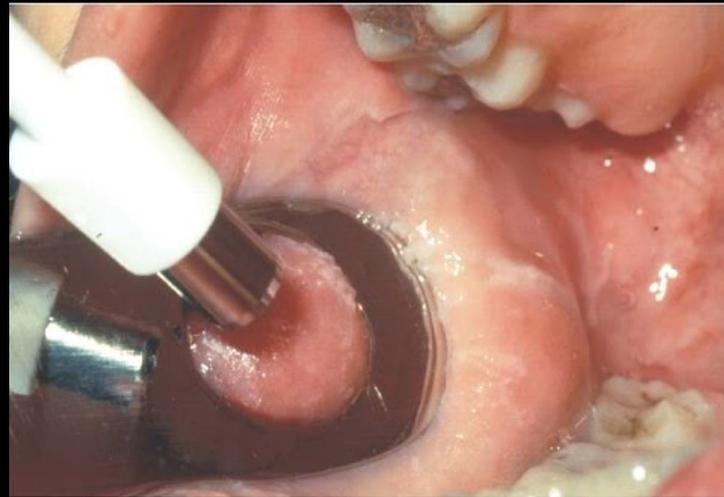
- Eritroplachia : fino all' 80%
- Leucoplachia: fino al 15%
- Lichen Planus Orale: fino al 5%
- Lesioni lichenoidi: fino al 2%-3%

FATTORI FAVORENTI

- Storia clinica
- Persistenza dei fattori di rischio
- Sedi a rischio
- Disomogenità
- Grado di displasia

PREVENZIONE

- Eliminazione dei fattori di rischio
 - Follow up
- Asportazione bioptica sistematica x esame istopatologico





OSTEITE DEI MASCELLARI DA BIFOSFONATI

BIFOSFONATI

- Alta affinità per le ossa;
- Tendono a depositarsi nel tessuto osseo, dove possono determinare alterazioni persistenti anche dopo l'interruzione della terapia;
- Il loro meccanismo d'azione si basa sulla capacità di inibire il riassorbimento osseo mediato dagli osteoclasti;
- La dose cumulativa del farmaco definisce il rischio di effetti indesiderati gravi, come l'osteonecrosi della mascella/mandibola
- Effetti indesiderati

AMINOBIFOSFONATI

La potenza anti-riassorbitiva dei bifosfonati dipende da due parametri:

- ✓ affinità di legame alla matrice ossea
- ✓ capacità di inibire l'attività osteoclastica

Entrambi a loro volta dipendono dal gruppo molecolare presente $-NH_2$

Gli aminobifosfonati sono più potenti e causano con maggior frequenza effetti collaterali.

OSTEONECROSI DEI MASCELLARI

“Patologia infettiva e necrotizzante a carattere progressivo con scarsa tendenza alla guarigione dopo 8 settimane di osservazione e di terapia convenzionale, in un pz in cura o che è stato esposto in passato alla terapia con bifosfonati”

- La fase conclamata si manifesta come una ulcerazione eritematosa cronica della mucosa orale, con affioramento di osso necrotico sottostante e presenza di essudato purulento, sanguinamento con tendenza all'estensione verso le regioni contigue;
- Grado elevato di rischio per i pz in terapia endovenosa per motivi oncologici;

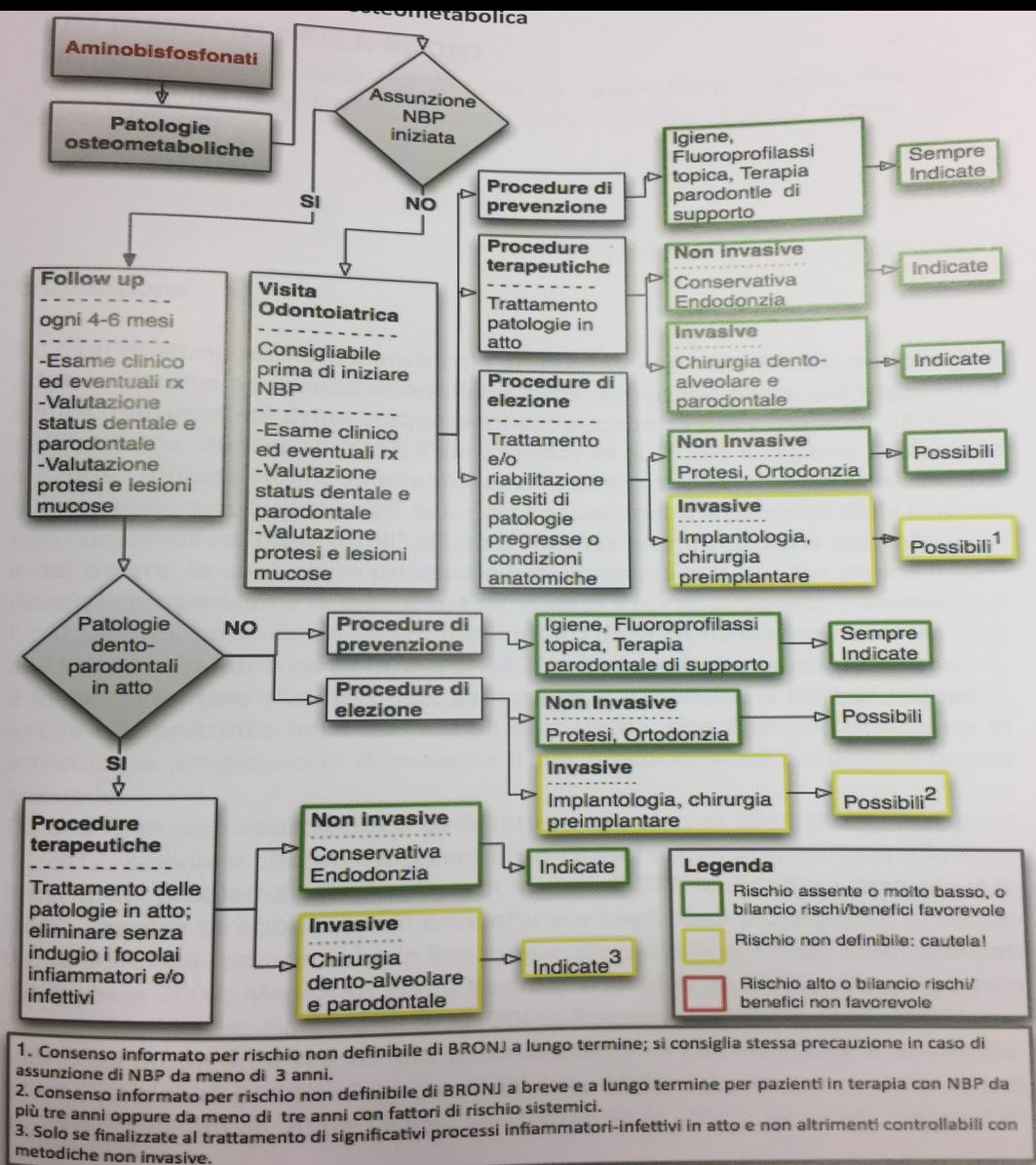
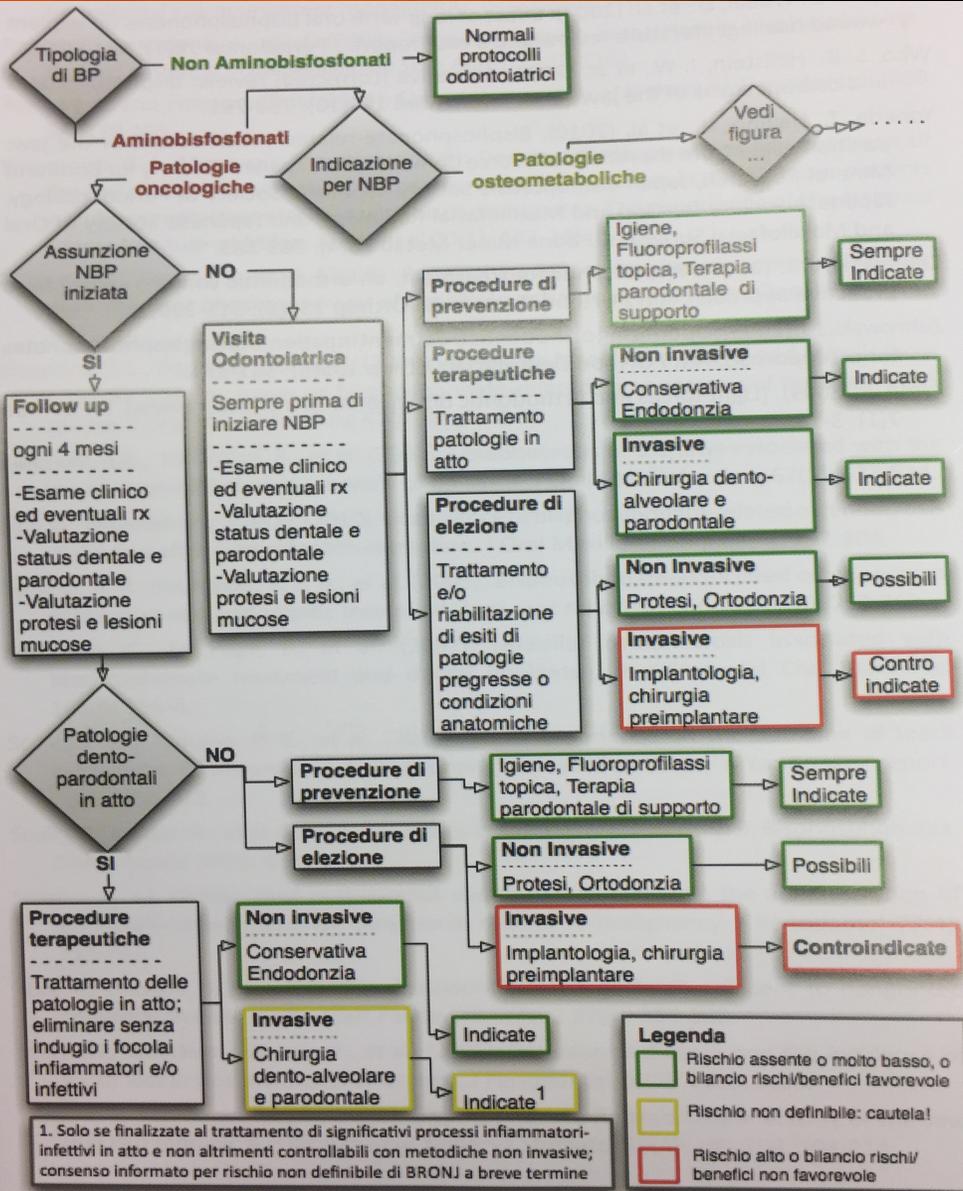
Perché ci interessa?

- Aumento dei rischi in chirurgia orale e implantare;
 - Problematiche medico-legali;
 - Ruolo della ASO: anamnesi!!



...Come comportarsi?

Pazienti non ancora sottoposti a terapia con Amino-bifosfonati e.v. o in cura da meno di 3 mesi	Pazienti in corso di terapia con Amino-bifosfonati e.v. da più di 3 mesi in cui non vi sia evidenza di osteonecrosi delle ossa mascellari
Valutazione generale salute cavo orale	Mantenimento di un' adeguato regime di igiene orale
Esecuzione esame radiografico panoramico	Controllo frequente dei manufatti protesici per evitare lesioni traumatiche ai tessuti molli
Esecuzione status radiografico endorale	Evitare manovre chirurgiche tranne in casi indispensabili, previa terapia antibiotica locale e sistemica
Eliminazione foci infettivi	Eseguire terapie non invasive in alternativa a quelle chirurgiche, previa terapia antibiotica locale e sistemica
Bonifica parodontale	
Bonifica conservativa ed endodontica di e.d. compromessi	
Estrazione di e.d. non recuperabili	



OBIETTIVO



Fornire indicazioni in ambito odontoiatrico per la corretta gestione dei pazienti che devono iniziare o hanno già iniziato il trattamento con bifosfonati, specialmente quelli sottoposti a terapia per via endovenosa e che devono sottoporsi a manovre chirurgiche odontoiatriche.

NUOVE TENDENZE

- I nuovi farmaci proposti sul mercato hanno meno effetti collaterali rispetto ai bifosfonati
 - ✓ Prolia (no effetto anti-angiogenico e no effetto coda alla sospensione)
 - ✓ Forsteo (costo elevato)



Grazie dell'attenzione