

# INTRODUZIONE ALLA PATOLOGIA ORALE

Corso ASO ANDI  
2021

Dott. Marco Roghi  
Medico Chirurgo - Odontoiatra  
Spec. In Chirurgia Maxillo-Facciale  
Rep. di Patologia Orale e Laserterapia  
ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO

# DI COSA SI OCCUPA LA PATOLOGIA ORALE?

- E' quella branca della medicina che si occupa delle malattie delle mucose orali
- E più precisamente di tutte quelle malattie di confine della bocca che abitualmente NON vengono trattate:
  - Dagli odontoiatri (zona di competenza)
  - Dai dermatologi (patologie di competenza)
  - Dai Maxillo e dagli ORL (strutture di competenza)

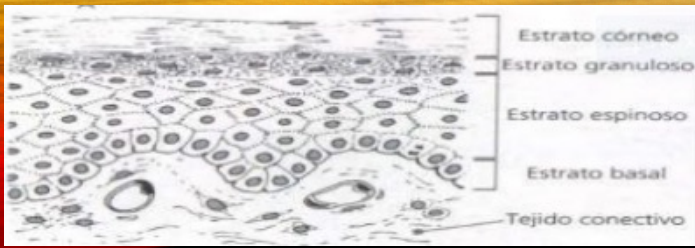


# ANATOMIA CHIRURGICA E ZONE ANATOMICHE



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

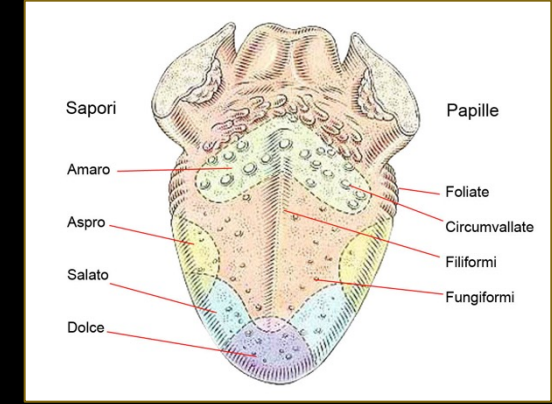
Epitelio pavimentoso stratificato non cheratinizzato

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: Candida A., HPV, HSV
  4. Neoformazioni benigne di varia natura: fibromi, lipomi, ecc
  5. Condizioni precancerose: leucoplachia ed eritroplachia



“CONDIZIONI” DI VARIA NATURA



# BURNING MOUTH SYNDROME → BMS

**Sindrome della bocca urente:** *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 di gusto e 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 (xerostomia avvertita, non reale): depressione, ansia, ipocondria, stress.
  - Terapie **farmacologiche** (antidepressivi, chemioterapici, ecc)
  - **Insufficiente idratazione (!!!!)**
- Alterazioni salivari qualitative e quantitative

# BMS: DIAGNOSI

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

# BMS: COSA REALMENTE FUNZIONA?

- Funzionano poco o nulla:
- 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)





# FUNZIONA ABBASTANZA BENE: LA 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,  
→ Usare come collutorio, NON deglutire.



# 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**

**psoriasi**

- **TRATTAMENTO**

**Non necessario**

Eliminare fumo e alcolici

Igiene orale

Se dolorosa: uso di farmaci barriera (Mucosyte fluid)

# STOMATITE AFTOSA RICORRENTE

- Patologia ulcerativa, non traumatica, molto frequente (incidenza 40-60%)
- 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 locali
  - **Laser (sulle afte major)**
  - **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)

# ESEMPIO CLASSICO DI LICHEN PLANUS ORALE (DI TIPO RETICOLARE)



# 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



# LICHEN PLANUS DI TIPO RETICOLARE



◆ **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



# LICHEN PIGMENTOSUS



# 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, betel)
- Farmacologici (FANS; Betabloccanti)
- Rigetto trapianti



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



# LESIONE LICHENOIDE DA BETEL



# 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 (**sedute di igiene!**)
  - forme a placca ogni 6 mesi
  - forme reticolari ogni 8 - 12 mesi
- . Tendere ad un cavo orale **metal free**

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: la Candida colonizza le ns mucose subito dopo la nascita
- 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



- **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

## MANIFESTAZIONI



# 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

# HERPES SIMPLEX → HSV

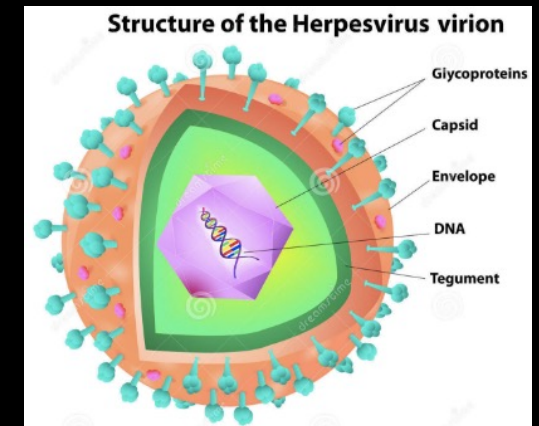
- Virus a doppia catena di DNA che, dopo l'infezione, permane in uno stato di latenza nei gangli sensitivi trigeminali

**HSV-1: mucose** orofacciali (flusso assonico > Encefalite sporadica, infez neonatali)

**HSV-2: mucose** genitali, ma può infettare anche il ns distretto (idem)

*Altri Herpesvirus: VZV, CMV, EBV, ecc.*

- **Forma primaria** 90% dei casi asintomatico  
10% dei casi gengivostomatite erpetica primaria



- FATTORI SCATENANTI forma secondaria (detta: **riattivazione**)
  - Traumi (Trattamento odontoiatrico)
  - Febbre
  - Stress, UV
  - Mestruazioni
  - immunodeficienza



# MANIFESTAZIONI ORALI

## ◆ **FORMA PRIMARIA** → nel 10%: **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 e linfadenopatia
- Altre sedi (+ rare): cornea/congiuntiva, SNC
- Bimbi < 5 anni; forme neonatali (1/5000) molto gravi!

## ◆ FORMA SECONDARIA (riattivazione)

### 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 400mg x5x5** ai primi segni di lesione

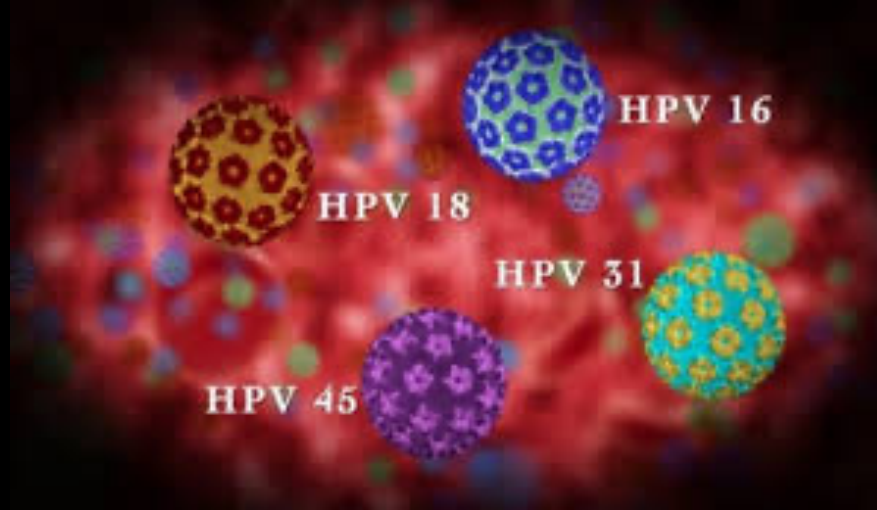


# PAPILLOMA VIRUS

Virus a DNA, tropismo per l'epitelio corneificato

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

Infezione per contatto diretto (sessuale, ma non soltanto)



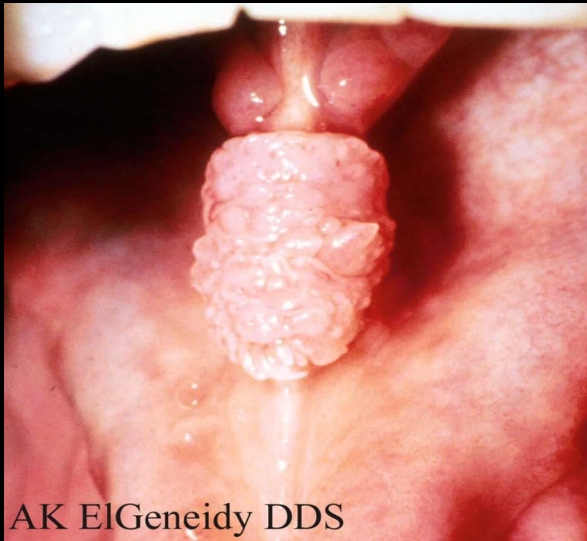
75% degli individui è infettato nel corso della vita  
80% delle infezioni regredisce spontaneamente senza lasciare esiti

**Patogenesi** : spiccato tropismo per le cell epiteliali di cute e mucose: 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

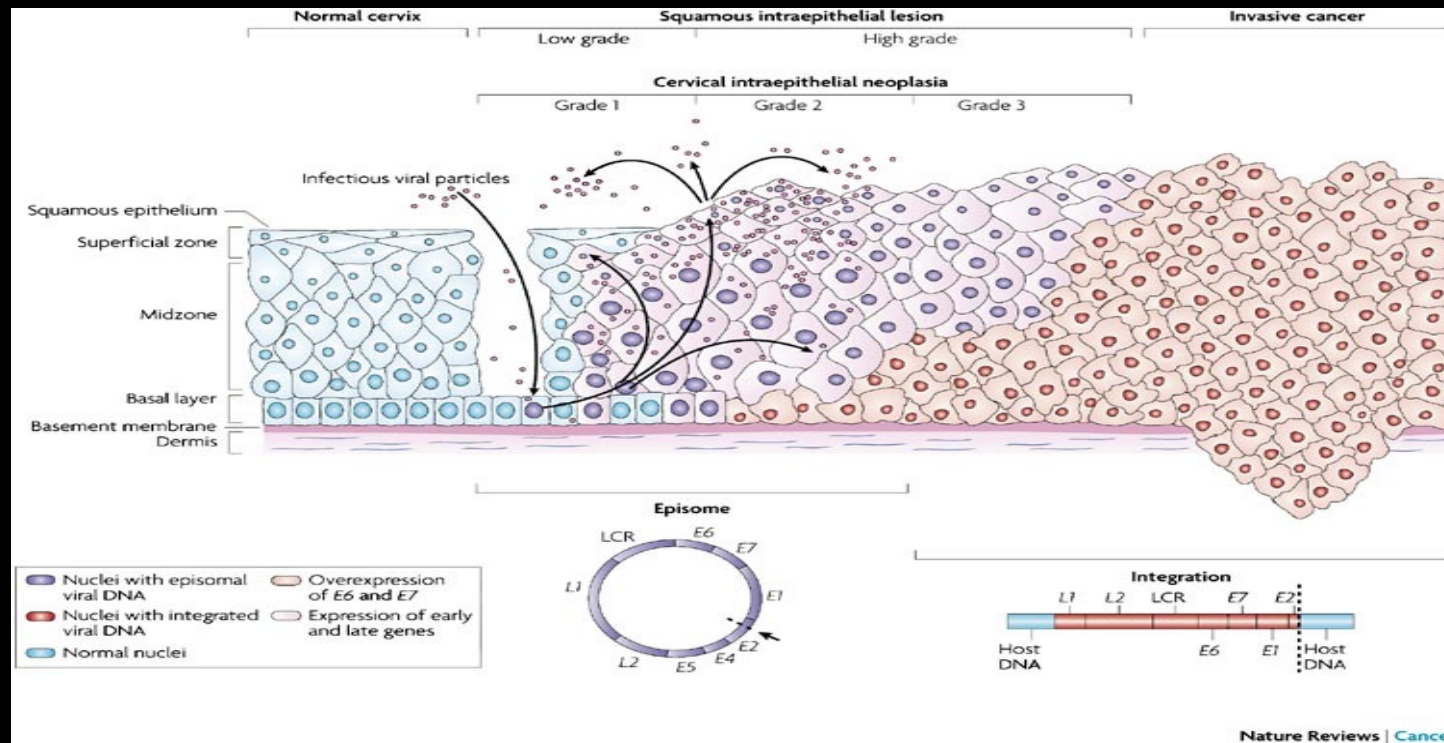
# LESIONI ORALI

- **Papilloma squamoso:** HPV 6 e 11, aspetto a cavolfiore di colore bianco o roseo, lingua e palato, 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

- Indispensabile una **infezione HPV persistente (decadi)**
- Colpisce ogni anno circa 3500 donne e causa 1500 decessi in Italia
- Nel 99% dei casi è causato da un'infezione da HPV



# VACCINAZIONE

- Tre vaccini: bivalente, quadrivalente e nonavalente. 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, quindi prima dell'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,<sup>1</sup> and Srikala Baliga<sup>1</sup>

*“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,<sup>a,\*</sup> Mary Reid,<sup>b</sup> Elizabeth Hatton,<sup>a</sup> Mihai Merzianu,<sup>c</sup> Nestor Rigual,<sup>d,h</sup> James Marshall,<sup>e</sup> Steve Gill,<sup>f</sup> Jennifer Frustino,<sup>a,e</sup> Gregory Wilding,<sup>g</sup> Thom Loree,<sup>d</sup> Saurin Popat,<sup>h</sup> and Maureen Sullivan<sup>a</sup>

*“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 2021 non esistono certezze come nel caso del ca della Cervice.

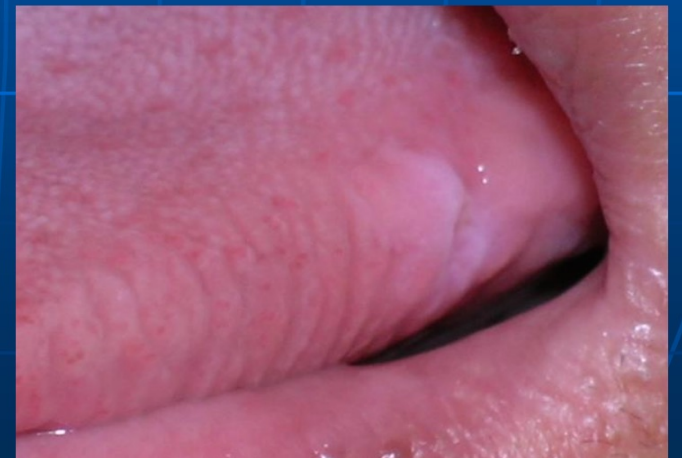
Nell'OSCC il ruolo determinante lo ha il fumo di sigaretta.



# NEOFORMAZIONI BENIGNE DI VARIA NATURA

# FIBROMI

- Fibromi: origina dal tessuto connettivo, patogenesi traumatica



# FIBROMA DA PROTESI



# 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 bluastro



# LESIONI EPITELIALI PRECANCEROSE

(LEUCOPLACHIE ED ERITROPLACHIE)



*“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”*

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

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

2) 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”*

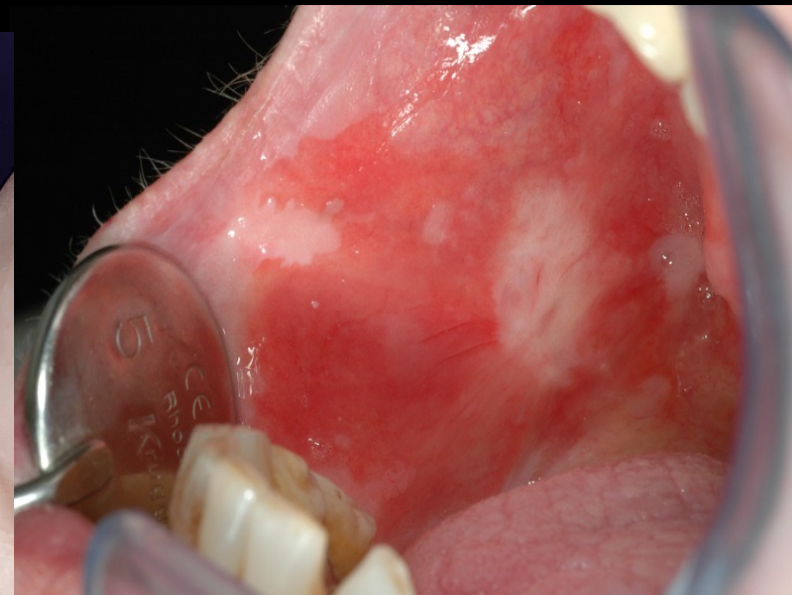
Pz anziani, fumo, alcool

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

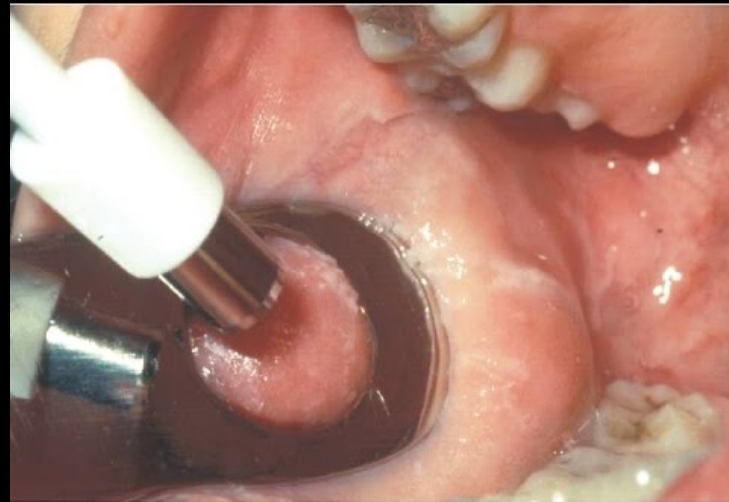
- Storia clinica
- Persistenza dei fattori di rischio
- Sedi a rischio
- Disomogenità
- Grado di displasia

LEUCOPLACHIA NON OMOGENEA  
(ERITROLEUCOPLACHIA) CON AREA DI DEGENERAZIONE  
CARCINOMATOSA



# PREVENZIONE

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





*Continuiamo...*