

# Le patologie della mucosa orale nel paziente geriatrico

M. BALDONI, D. LAURITANO, F. CARINI, R. PAPAGNA

Clinica Odontoiatrica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza, Università Milano-Bicocca, Milano - Italia

## Pathology of oral mucosa in elderly patients

**ABSTRACT:** *The purpose of this work is to present to the reader a clinical approach to the most common lesions of the oral mucosa in elderly patients. We have described the most frequently observed oral lesions in the oral cavity: candidiasis, vesiculo-bullous diseases, oral mucositis, precancer lesions and stomatopyrosis. Clinical orientation, as evidenced by disease classifications and descriptions, should facilitate the identification and treatment of oral diseases, bridging the gap between didactic aspects of oral pathology in the elderly and practical clinical considerations. Current theories on etiology and pathogenesis, clinical manifestations and a current bibliography are also presented. (Geriatric & Medical Intelligence 2003; 12: 74-82)*

**KEY WORDS:** *Oral pathology, Oral mucosa, Geriatrics*

**PAROLE CHIAVE:** *Patologia orale, Mucosa orale, Geriatria*

## INTRODUZIONE

Le patologie del cavo orale nel paziente anziano si associano frequentemente ad alterazioni della mucosa orale. La cavità orale, infatti, rappresenta un orifizio naturale controllato da agenti esterni e interni che necessitano di mantenersi in equilibrio costante affinché non insorgano malattie, ed è inoltre considerata sede naturale di microrganismi che talvolta possono diventare potenzialmente patogeni. La mucosa orale è molto resistente agli attacchi della flora indigena, e inoltre è dotata di molte difese proprie tra le quali possiamo indicare: la soppressione competitiva di organismi a bassa virulenza potenzialmente patogeni (*Candida*), l'elaborazione di immunoglobuline (IgA) secrete dalla saliva, di altre immunoglobuline prodotte dai linfociti e plasmacellule presenti a livello sottomucoso; l'azione antibatterica della saliva stessa, e gli effetti diluenti e irriganti del cibo e delle bevande.

Nel soggetto anziano un pur lieve abbassamento delle difese immunitarie, per esempio, per una alterazione del-

l'equilibrio microbiologico in seguito a terapia antibiotica, oppure la presenza di patologie sistemiche, aumenta le probabilità di insorgenza di lesioni orali.

L'osservazione delle mucose orali del paziente geriatrico effettuato routinariamente da parte dell'odontoiatra può rappresentare un momento diagnostico di fondamentale importanza per segnalare lesioni delle mucose stesse che altrimenti sfuggirebbero all'esame clinico.

Illustreremo qui di seguito le principali lesioni delle mucose orali che più frequentemente si possono osservare nel paziente geriatrico.

## Infezioni da miceti

### *Candidosi*

Esistono oltre 100 specie di *Candida* di cui solo una decina patogene per l'uomo; tra esse la *Candida albicans* è la specie di più frequente riscontro, rappresentando da so-

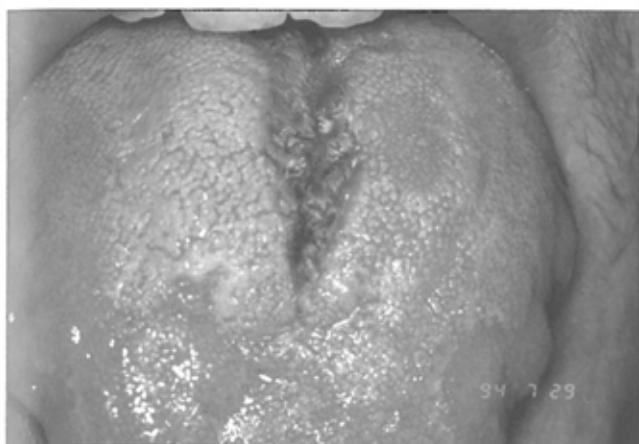


Fig. 1 - *Candidosi pseudomembranosa*. Si osservino le ife a livello del dorso linguale.



Fig. 2 - *Cheilite angolare* in soggetto anziano portatore di protesi totale.

la il 90% delle identificazioni microbiologiche, mentre le altre specie sono isolate solo occasionalmente.

Si tratta di saprofiti di frequentissimo riscontro nella cavità orale, che, nel paziente anziano, divengono parassiti quando siano favoriti in tal senso da una sopraggiunta modificazione delle condizioni locali o generali, che dovrà sempre essere ricercata: terapia antibiotica, corticosteroidica, immunosoppressiva, diabete, endocrinopatie, emopatie, difetti immunitari congeniti o acquisiti.

La candidosi orale presenta aspetti clinici variabili. Le manifestazioni cliniche principali sono la forma pseudomembranosa, la forma eritematosa (o atrofica), la forma cronica iperplastica e la cheilite angolare (1-8), (Figg. 1 e 2).

## Infezioni da virus

Le patologie virali muco-cutanee sono dominate dagli *herpes virus* (*herpes simplex 1*, *herpes simplex 2*, *varicella-zoster*), caratterizzate dalla loro storia naturale (infezione primaria, latenza, infezione ricorrente). La patologia virale più temuta nel paziente anziano è rappresentata dall'*herpes zoster*. L'*herpes zoster* è una recidiva localizzata dovuta a modificazioni del potere patogeno del virus e/o ad alterazioni dell'immunità cellulare. Esso induce sempre lesioni infiammatorie-degenerative dei neuroni, responsabili della sintomatologia dolorosa, spesso persistente (9), (Fig. 3).

## Zoster

La fase prodromica dura 3-4 giorni ed è caratterizzata



Fig. 3 - *Lesione erpetica* in paziente sottoposto a radioterapia.

da un dolore toracico a disposizione metamERICA, unilaterale, urente, con lieve compromissione dello stato generale ed adenopatie ascellari dolenti. Si ha quindi la rapida comparsa di papule a evoluzione vescico-pustolosa, raggruppate a grappolo su base eritemato-edematosa e localizzate nella zona di uno o più metameri. Talora le vescicole confluiscono in ampie bolle policicliche. Si assiste a gittate successive per diversi giorni. L'evoluzione è crostosa, con guarigione dopo 2-4 settimane. La localizzazione più comune è quella toracica, seguita da quella cervicale, trigeminale e lombosacrale. Lo zoster oftalmico interessa frequentemente l'occhio e sono possibili complicazioni come congiuntivite, uveite, cheratite, iridociclite (10). La presen-

za di lesioni cutanee a livello della punta del naso è indicativa di lesioni oculari. Lo *zoster oticus* risulta da interessamento del ramo sensitivo del nervo facciale (nervo intermedio di Wrisberg) il cui territorio cutaneo riguarda l'orecchio esterno, compresi il condotto uditivo e la conca, la fossa tonsillare e il palato molle adiacente. L'interessamento cutaneo può essere minimo, ma si possono associare otalgia intensa e paralisi del facciale; questa triade costituisce la sindrome di Ramsay-Hunt. In pazienti immunocompromessi si può sviluppare una generalizzazione varicelliforme delle lesioni a carattere emorragico, con eventuale coinvolgimento sistemico. Lo *zoster* nei pazienti geriatrici è caratterizzato da nevralgia e nevrite post-erpetica, specialmente se si tratta di *zoster* del trigemino. La nevralgia può presentarsi come dolore urente continuo associato a iperestesia, oppure come dolore puntorio con accessi parossistici. L'incidenza della nevralgia post-erpetica è una complicanza frequente nei pazienti con età oltre i 60 anni.

## Patologie a genesi immunologica

### *Pemfigo volgare*

#### Epidemiologia ed eziologia

Malattia muco-cutanea cronica, che colpisce prevalentemente il sesso femminile (1.6:1), ad insorgenza in tutte le età ma più comune tra i 50-60 anni, quindi frequentemente osservabile nel paziente anziano. È una malattia autoimmune per la formazione di auto-anticorpi che attaccano i desmosomi dell'epitelio squamoso stratificato (strato spinoso) con conseguente perdita di coesione (acantolisi), distacco e formazione di vescicole e bolle situate nel contesto della lamina epiteliale dell'epidermide e della mucosa. Alcune forme di pemfigo sono associate a neoplasie (p. paraneoplastico) o indotte da farmaci (11-13).

### *Pemfigoide bolloso (cicatriziale) e pemfigoide delle membrane mucose*

Di frequente la dermatosi bollosa colpisce soprattutto l'adulto sopra i 60 anni, senza predominanza di sesso o di razza (Fig. 4). La malattia è eccezionale nell'infanzia. La patogenesi è legata alla formazione di autoanticorpi (IgG anti-epilegrina) che reagiscono con la membrana basale causando la formazione di bolle sottoepiteliali. L'esordio presenta manifestazioni cliniche di difficile diagnosi: prurito generalizzato come unico sintomo per diversi mesi; successivamente il



Fig. 4 - Pemfigo a livello mucosa gengivale. L'eritema appare esteso a livello della mucosa gengivale.

prurito può essere associato a bruciori in corrispondenza dei siti di comparsa delle bolle, lesioni eritematose e/o orticariose, pollicicliche, orlate da bolle tese, ripiene di liquido limpido, di dimensioni variabili. Si distingue un pemfigoide bolloso dominato da lesioni cutanee che associa nel 40% dei casi lesioni orali; un pemfigoide benigno delle mucose che presenta invariabilmente coinvolgimento delle mucose orali mentre sono infrequenti le lesioni cutanee (10-20%). Possono essere coinvolte la cute, le mucose (orale, faringea, genitale) e la congiuntiva (50-85% dei casi) con lesioni oftalmiche anche severe. A differenza delle malattie del gruppo del pemfigo, le malattie del gruppo del pemfigoide presentano bolle ben visibili e persistenti in quanto scavate si fermano al disotto dell'epidermide o dell'epitelio. Le lesioni orali sono costituite da bolle emorragiche o giallastre che si instaurano su mucosa eritematosa e si rompono lasciando una ulcerazione coperta di fibrina che guarisce con cicatrici; può essere presente una gengivite desquamativa.

### *Mucosite orale*

La mucosite orale, le ulcerazioni ricorrenti e l'eritema mucoso sono complicanze frequenti nei pazienti geriatrici che ricevono radioterapia o chemioterapia (14-16), o nei soggetti HIV-positivi. La mucosite orale può presentarsi in varie forme a seconda della gravità delle manifestazioni: inizialmente si può osservare una diffusa atrofia della mucosa con ulcerazioni superficiali; la mucosa atrofica della lingua assume un tipico aspetto lobulato (cerebriforme), i sintomi consistono in stomatodinia e disgeusia; successivamente le lesioni possono evolvere in ulcere sempre più estese, che possono diventare confluenti fino a presentare un quadro

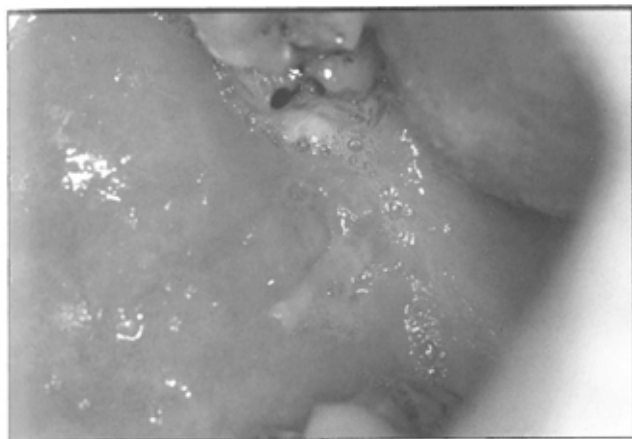


Fig. 5 - Ulcera orale in paziente sottoposto a radioterapia.

clinico di necrosi profonda. In caso di estensioni delle lesioni anche in zona faringea il paziente potrebbe non essere più in grado di deglutire con conseguenti importanti limitazioni funzionali. Le lesioni eritematose possono comparire a livello della mucosa orale tre giorni dopo la radioterapia o chemioterapia, ma di solito si manifestano dopo 5-7 giorni. L'evoluzione delle lesioni ulcerative può talvolta diventare talmente severa da consigliare la sospensione della terapia farmacologica. Un'alta percentuale (30-40 %) di pazienti sottoposti a chemioterapia sviluppa una mucosite orale in vario grado. Inoltre quasi tutti i pazienti sottoposti a radioterapia del distretto testa-collo manifestano una mucosite orale (Fig. 5). I pazienti sottoposti a cicli terapeutici di chemioterapici, possono presentare delle alterazioni tanto importanti da rischiare quadri setticemici severi, di difficile controllo farmacologico, specie in pazienti non sottoposti preventivamente a bonifica del cavo orale. Risulta quindi di fondamentale importanza che venga richiesta una consulenza odontoiatrica nel momento della pianificazione di una terapia antineoplastica. Un ruolo attivo dell'odontoiatra e dell'igienista dentale è inoltre auspicabile anche nel periodo successivo al trattamento antineoplastico del paziente geriatrico allo scopo di perseguire finalità molteplici:

- eseguire una terapia sintomatica di controllo degli effetti collaterali;
- prevenire le patologie oro-dentali;
- eseguire interventi odontoiatrici non invasivi.

Vogliamo quindi sottolineare l'importanza della collaborazione tra radioterapista, oncologo, odontoiatra e igienista dentale nella programmazione terapeutica per prevenire e trattare le possibili gravi complicanze odontostomatologiche correlate al trattamento antineoplastico.

## Lesioni precancerose del cavo orale

La maggior parte dei cancri orali consiste in carcinomi squamocellulari, cioè in tumori maligni che prendono origine dalla mucosa del cavo orale (17-21). Una percentuale, della quale non si conosce ancora l'entità, di questi carcinomi spinocellulari è preceduta per mesi o anni da evidenti modificazioni della superficie mucosa, frequentemente caratterizzate da aree biancastre (leucoplachie), rosse (eritroplachie) o miste, bianche con aree rossastre. Tali modificazioni sono definite come precancerose, premaligne o, in termini generali, lesioni che precedono il carcinoma. Lo sviluppo di alcune lesioni cancerose sembra essere promosso da alcuni fattori predisponenti. Per esempio, quando il labbro inferiore è estesamente e per lungo tempo esposto alla luce ultravioletta si possono osservare nel tessuto connettivo sottoepiteliale delle modificazioni fibrotiche e sclerotiche che riducono l'apporto ematico all'epitelio sovrastante. Questo evento conduce all'atrofia dell'epitelio stesso. Apparentemente l'epitelio atrofico è più suscettibile agli agenti cancerogeni rispetto all'epitelio normale. In altre parole si può sottolineare come questa condizione predisponga allo sviluppo del carcinoma.

Il termine "precanceroso" o "pre maligno" vuole significare che esiste un rischio più elevato di trasformazione maligna. Una distinzione viene fatta tra lesione precancerosa e condizione precancerosa. Una lesione precancerosa è stata definita come un'area di tessuto morfologicamente alterato in cui è più probabile che si sviluppi un cancro rispetto ad un'area corrispondente di tessuto apparentemente normale, invece una condizione precancerosa è stata definita come uno stato generalizzato associato ad un rischio significativamente aumentato di insorgenza di cancro. Esempi di lesioni precancerose sono la leucoplachia e la eritroplachia mentre la candidosi cronica iperplastica, l'epidermolisi bollosa, la disfagia sideropenica e probabilmente anche il *lichen planus* orale sono esempi di condizioni precancerose.

## Condizioni precancerose

### Candidosi cronica iperplastica

Il ruolo della infezione da *Candida* nell'eziopatogenesi del carcinoma orale è stato ampiamente dibattuto tra gli studiosi ed è tuttora oggetto di discussione. Risulta pertanto difficile identificare la candidosi cronica iperplastica come unica entità da mettere in relazione con l'eziopatogenesi

del carcinoma orale. Infatti la candidosi orale presenta aspetti clinici variabili.

#### Candidosi cronica iperplastica

Si riscontra quasi esclusivamente nei forti fumatori a livello delle zone di mucosa retrocommissurale (Fig. 6). È rappresentata da lesioni bianche non asportabili con lo sfregamento. Viene considerata una condizione predisponente l'insorgenza del carcinoma orale. Recentemente è stato osservato che la candidosi possa ricoprire un potenziale ruolo patogenetico nell'insorgenza dei carcinomi. La terapia della *candida* viene quindi consigliata in tutti i casi nei quali l'esame clinico ponga il sospetto diagnostico di candidosi, indipendentemente dall'esecuzione di un esame microbiologico.



Fig. 6 - Candidosi cronica iperplastica in soggetto forte fumatore.

#### Disfagia sideropenica

La disfagia sideropenica, detta anche sindrome di Plummer-Vinson è una entità clinica caratterizzata da anemia ipocromica essenziale. Le alterazioni delle mucose orali associate ad anemia ipocromica essenziale consistono in glossite e cheilite. Le labbra mostrano numerose ragadi che si accentuano in corrispondenza delle commessure dando luogo a manifestazioni di cheilite angolare (Fig. 7).

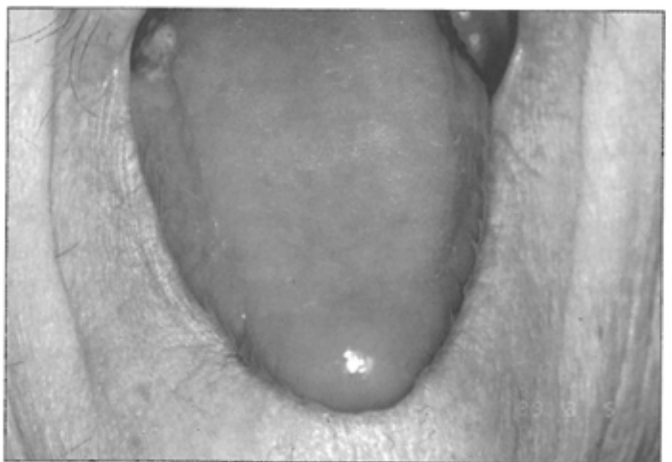


Fig. 7 - Paziente geriatrico affetto da atrofia sideropenica. La mucosa linguale appare completamente disepitelizzata.

#### Lichen planus

Si tratta di una malattia non comune (0.3-0.8 della popolazione) senza predilezione di gruppo etnico (22, 23). Molto rara nell'infanzia, nella quale può assumere aspetti atipici, colpisce più frequentemente soggetti adulti fra i 30 e 70 anni. L'eziologia non è conosciuta ma si ritiene probabile una patogenesi immunitaria cellulo-mediata; tale ipotesi è suffragata dal quadro istologico e dalla associazione con altre malattie autoimmuni (reazioni lichenoidi da farmaci, graft versus host reaction, epatite cronica attiva, colite ulcerosa, malattia reumatica).

Il *lichen planus* è una patologia muco-cutanea. La varietà clinica cutanea più frequente è la papulare in cui la lesione elementare è costituita da: papule, poligonali, di colore rosso cupo o bruno che la cui superficie appare percorsa da esili strie grigiastre (reticolo di Wickham). Le papule possono essere isolate o confluenti in larghe placche talora ipercheratosiche. Le sedi tipicamente coinvolte sono le superfici anteriori dei polsi, degli avambracci, delle caviglie, delle gambe e la regione lombare. Il prurito può essere intenso e può evocare il fenomeno di Koebner che

consiste nella insorgenza di nuove papule a disposizione lineare nelle sedi di grattamento.

L'interessamento delle mucose del cavo orale è frequente ma, data la asintomaticità della maggior parte delle lesioni, il quadro clinico viene spesso ignorato dal paziente e può essere misconosciuto dall'odontoiatra. Le manifestazioni orali sono classificate in diversi quadri clinici in base alla morfologia macroscopica delle lesioni. Il *lichen reticolare* è la forma clinica più comune, nella quale le papule formano delle striature biancastre (strie di Wickham) con una disposizione anulare o lineare. Il *lichen erosivo* o ulcerativo, caratteristico dei soggetti anziani (7%), è rappresentato da erosioni dolorose coperte da un essudato giallastro di fibrina, con papule o strie isolate alla periferia. Il *lichen atrofico* è poco comune, spesso esito della forma erosiva, è caratterizzato da aree eritematose della mucosa. Le

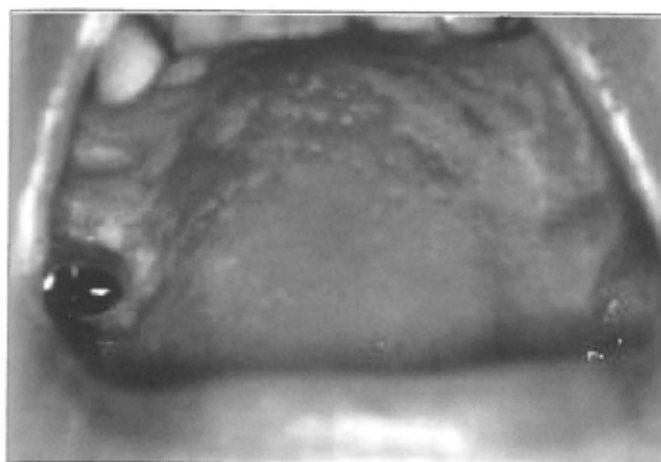


Fig. 8 - Lichen erosivo della mucosa palatina in soggetto affetto da epatopatia.



Fig. 9 - Lichen gengivale. Si osservano le caratteristiche lesioni ipercheratosiche.

lesioni sono simmetriche; generalmente asintomatiche oppure causa di disturbi lievi (bruciore, irritazione, sensibilità a particolari cibi) con l'eccezione delle forme erosive che causano dolore. Il *lichen* a placca è costituito da placche biancastre che derivano dalla coalescenza di papule ipertrofiche e si presenta simile ad una leucoplachia omogenea; non è di comune riscontro e si presenta con maggior frequenza nei tabagisti. Il decorso della patologia presenta tipicamente fasi di esacerbazione con remissione spontanea; il paziente nel tempo può presentare guarigione definitiva. Si può, inoltre, osservare una gengivite desquamativa; quadro clinico aspecifico che costituisce un reperto clinico comune e che può essere evidenziato nelle dermatosi bollose croniche. Le lesioni possono essere localizzate o diffuse, colpiscono la gengiva sull'aspetto palatino e vestibolare con eritema ed edema (Figg. 8-11). Le reazioni lichenoidi da farmaci sono indistinguibili clinicamente e istologicamente dal *lichen* idiopatico; possono essere indotte da diversi farmaci o da materiali odontoiatrici (amalgama, metalli) attraverso un meccanismo allergico che può determinare reazioni ipercheratosiche o erosive localizzate (da contatto) o diffuse a diverse zone della mucosa orale.

## Lesioni precancerose

### *Leucoplachia*

È opinione generalmente accettata che la leucoplachia costituisca la lesione precancerosa più comune nel cavo orale (24). La leucoplachia della mucosa del cavo orale è

stata definita come una lesione prevalentemente bianca che non può essere clinicamente o istologicamente attribuita a nessuna altra malattia (Fig. 12). Particolare attenzione va posta al controllo periodico delle lesioni nel paziente geriatrico. Macchie o placche biancastre per le quali può essere identificata un'altra causa locale potrebbero essere distinte a seconda della causa che le determina, per esempio lesioni d'attrito, lesioni dovute alla "morsicatura" delle guance, ustioni da aspirina, ma non possono essere indicate con il termine di leucoplachia. Nella pratica professionale di ogni giorno l'aspetto clinico ed istopatologico delle lesioni bianche del cavo orale non è sempre caratteristico di una specifica patologia. Da ciò deriva che un certo numero di casi non possano essere attribuiti con certezza al primo esame orale come appartenenti al gruppo delle leucoplachie o alla categoria delle "altre malattie definibili". Dal punto di vista pratico è opportuno considerare una lesione come leucoplachia fino a prova contraria. In altre parole la diagnosi di leucoplachia può essere considerata dal punto di vista clinico come un tentativo. La diagnosi definitiva di leucoplachia dipende dalla identificazione e, se possibile, dalla eliminazione dei possibili fattori eziologici e, nel caso in cui le lesioni persistano, dal risultato istologico dell'esame biotico. Il termine eritroplachia è usato in modo analogo a leucoplachia per indicare lesioni della mucosa orale che presentino aree rosse che non possono essere attribuite a nessuna altra condizione. La comparsa di leucoplachie si ha in genere dopo i 40 anni d'età, si verifica un picco d'incidenza soprattutto a 50 anni. In alcuni studi è risultato che gli uomini sono colpiti dieci anni prima rispetto alle donne. La distribuzione per quanto riguarda il

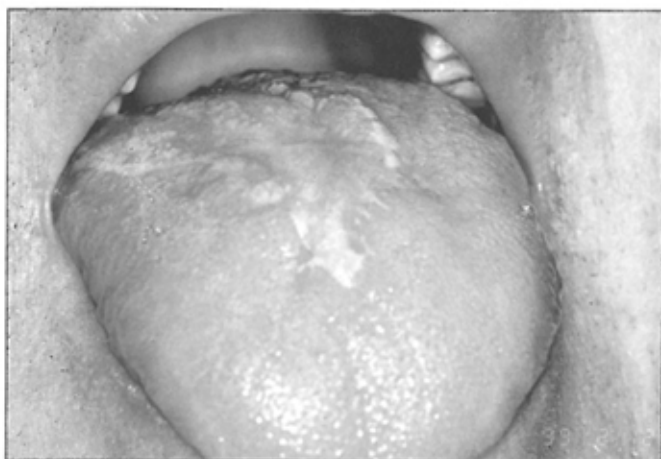


Fig. 10 - Lichen reticolare della mucosa del dorso linguale.



Fig. 11 - Lichen erosivo della mucosa linguale in soggetto affetto da artrite reumatoide.

sempre è molto varia tra i diversi studi, il rapporto uomini-donne varia da 5:1 in differenti parti dell'India a quasi 1:1 nella parte Occidentale del Mondo.

Benché la definizione di leucoplachia "associata a" non sia sinonimo di leucoplachia "causata da", è opinione diffusa che l'uso del tabacco possa causare leucoplachia.

Il ruolo della *Candida albicans* come possibile agente causale di leucoplachia è ancora poco chiaro. La *candida* può elaborare delle nitrosamine che potrebbero attivare dei proto-oncogeni. Particolarmente di fronte a lesioni biancastre localizzate a livello della commissura labiale o sulla superficie dorsale della lingua, in cui si può spesso dimostrare la presenza di *C. albicans* sugli strati epiteliali superficiali, esiste il dilemma se considerare la lesione come un tipo di candidiasi o come una leucoplachia in cui la comparsa della *C. albicans* costituisce un fenomeno secondario.

Negli anni recenti diversi gruppi di ricercatori stanno considerando il possibile ruolo degli agenti virali nell'eziologia della leucoplachia orale. In diversi pazienti con leucoplachia orale sembra non essere presente nessuno dei fattori eziologici sopramenzionati, la causa è sconosciuta "idiopatica".

Le leucoplachie possono manifestarsi sia come alterazioni singole e localizzate della mucosa orale, sia come lesioni diffuse, spesso multiple, occasionalmente estese alla orofaringe.

## Le stomatopirosi

Le sintomatologie algiche di tipo urente rappresentano

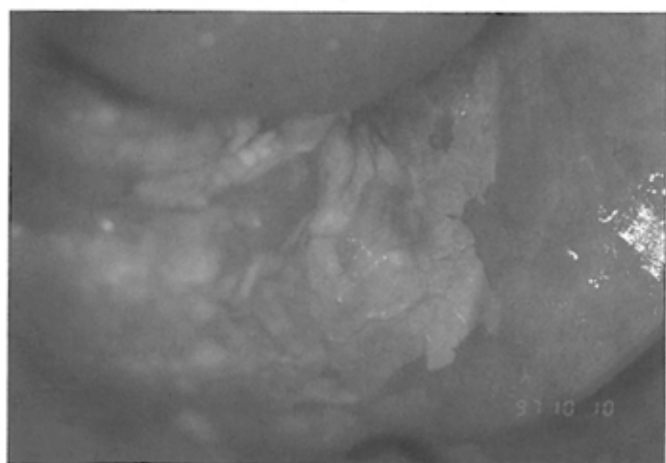


Fig. 12 - Leucoplachia estesa a livello del pavimento orale.

dei disturbi dolorosi che in passato sono stati spesso sottovalutati dall'odontoiatra, ma che hanno una prevalenza non trascurabile nella popolazione anziana. Queste patologie, spesso a eziopatogenesi ignota rappresentano e pongono tuttora importanti interrogativi nosografici, diagnostici e terapeutici. La sindrome della bocca bruciante (SBB) può essere considerata espressione di algia oro-facciale atipica per la sua espressione e presentazione.

La SBB rappresenta un disturbo doloroso di natura idiopatica, caratterizzato da un dolore bruciante a carico della lingua e delle mucose orali. La IASP (Società Internazionale per lo Studio del Dolore) definisce la SBB "una sensazione di dolore bruciante interessante la lingua e/o le altre mucose buccali in assenza di patologie locali" (25).

Nonostante la SBB sia patologia non ben classificabile, colpisce in larga prevalenza la popolazione femminile specialmente in fase post-climaterica. Secondo la maggioranza degli autori la prevalenza della SBB nella popolazione generale varia dal 2.5% al 5%.

Come già segnalato, la SBB mostra una spiccata prevalenza nella popolazione femminile; il rapporto donne/uomini è di 3:1, secondo alcuni autori, o addirittura di 7:1 secondo altri. Nei soggetti di sesso femminile la SBB si manifesta di gran lunga con maggior frequenza nel periodo pre-post-menopausale, con una prevalenza della SBB in questa sottopopolazione che varia dal 18 al 33%, infatti la fascia di età maggiormente interessata dalla SBB è il decennio che va dai 50 ai 60 anni. Nella popolazione di sesso maschile, si osserva che l'epoca d'esordio della SBB, è di diversi anni prima rispetto a quella femminile.

La SBB non è mai stata osservata in età pediatrica ed eccezionalmente in età giovanile.

L'esame obiettivo della cavità orale dei pazienti affetti da SBB, non evidenzia anomalie significative, quali segni infiammatori o atrofia della mucosa. Tale condizione di assenza di segni clinici resta necessaria per porre la diagnosi di SBB.

La SBB è definibile come disturbo cronico, ma è stato più volte riportato in letteratura che oltre la metà dei pazienti va incontro a remissione spontanea, completa o parziale, del bruciore dopo circa 6-7 anni.

Questa sindrome può essere considerata un disturbo autonomo, distinto dalle altre patologie caratterizzate da bruciore della cavità orale, ma associate a segni di mucositi o distrofia della mucose orali. Al contrario la definizione di SBB deve essere riservata ai casi in cui non è possibile evidenziare a livello macroscopico segni di infiammazione o atrofia della mucosa, conseguente ad infezione, allergia, irritazione chimica o meccanica della mucosa. Purtroppo in letteratura è stato invece spesso confuso il disturbo bruciante con la SBB vera e propria e quindi le casistiche che si riferiscono a tale patologia non sono sempre attendibili, includendo casi di bruciore orale conseguente ad infezione, allergia e ad altre cause di infiammazione della mucosa orale. La diagnosi differenziale tra SBB e queste altre patologie va posta sulla base dell'esame clinico della mucosa. L'esame colturale della mucosa può comunque aiutare ad identificare infezioni fungine o batteriche responsabili della sintomatologia bruciante. È peraltro frequente la presenza di infezione della mucosa orale che si manifesta con dolore bruciante che non regredisce dopo appropriato trattamento antibiotico ed eradicazione del fungo o batterio responsabile.

## CONCLUSIONI

Lo studio delle patologie delle mucose orali nel paziente geriatrico rappresenta un settore dell'odontoiatria meritevole di ulteriori approfondimenti e ricerche. L'aumento della popolazione anziana e le richieste di una migliore qualità del livello di vita e di salute orale ci inducono a proseguire nel nostro lavoro riservando ai pazienti non più in età giovanile particolari cure ed attenzioni. La clinica odontoiatrica dell'ospedale San Gerardo si è attivata in tal senso istituendo un ambulatorio specializzato nella cura delle patologie orali del paziente geriatrico, allo scopo di meglio protocollare e definire le procedure diagnostiche e terapeutiche di tali lesioni. L'ambulatorio è specializzato nella diagnosi e terapia delle patologie delle mucose orali e prevede un'articolazione di funzioni che consentono di far fronte alle problematiche mediche, scientifiche e umane dei pazienti geriatrici. L'ambulatorio svolge inoltre funzioni di assistenza medico-chirurgica ospedaliera, di didattica e di ricerca in ambito universitario, consentendoci di stabilire rapporti di interdisciplinarietà clinica e scientifica con i vari reparti ospedalieri e cattedre universitarie del nostro Istituto. Lo scambio di informazioni tra patologia orale e altre specialità della medicina risulterà per noi di fondamentale importanza per ottenere completezza clinico-diagnostica ed offrire al paziente anziano i più innovativi protocolli terapeutici, farmacologici e chirurgici.

## RIASSUNTO

Obiettivo del nostro lavoro è di introdurre il lettore a una conoscenza, seppur limitata, delle più comuni lesioni della mucosa orale nel paziente anziano. Abbiamo presentato le patologie più facilmente osservabili a livello del cavo orale: la candidosi orale, le lesioni vescicolo-bollose, la mucosite orale, le alterazioni precancerose, ed un gruppo di sindromi algiche definite stomatopirosi. La descrizione delle manifestazioni cliniche e la loro classificazione dovrebbe renderne più semplice il riconoscimento e conseguentemente facilitare un corretto approccio terapeutico a tali patologie. Abbiamo inoltre voluto definire delle correlazioni tra gli aspetti più prettamente didattici e il management clinico del paziente. Sono infine illustrate le teorie sui meccanismi etiopatogenetici, le principali manifestazioni cliniche ed una bibliografia recente.



Reprint requests to:

Dorina Lauritano, MD  
Clinica Odontoiatrica  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Università Milano-Bicocca  
Az. Osp. San Gerardo  
Via Donizetti, 106  
20052 Monza, Italia  
lauritano@qui.it

## BIBLIOGRAFIA

1. Sherman RG, Prusinski L, Ravenel MC, Joralmon RA. Oral candidosis. *Quintessence Int* 2002; 33 (7): 521-32.
2. Varon F, Mack-Shipman L. The role of the dental professional in diabetes care. *J Contemp Dent Prac* 2000 15; 1 (2): 1-27.
3. Worthington HV, Clarkson JE, Eden OB. Interventions for preventing oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (3). Review.
4. Lopez-De-Blanc SA, Salati-De-Mugnolo N, Femopase FL, Benitez MB, Morelato RA, Astrada-De-Verde L, Masih D. Antifungal topical therapy in oral chronic candidosis. A comparative study. *Med Oral* 2002; 7 (4): 260-70.
5. McCullough M, Jaber M, Barrett AW, Bain L, Speight PM, Porter SR. Oral yeast carriage correlates with presence of oral epithelial dysplasia. *Oral Oncol* 2002; 38 (4): 391-3.
6. Lefebvre JL, Domette C. A comparative study of the efficacy and safety of fluconazole oral suspension and amphotericin B oral suspension in cancer patients with mucositis. *Oral Oncol* 2002; 38 (4): 337-42.
7. Davies AN, Brailsford S, Beighton D. Corticosteroids and oral candidosis. *Palliat Med* 2001; 15 (6): 521.
8. Epstein JB, Gorsky M, Caldwell J. Fluconazole mouthrinses for oral candidiasis in postirradiation, transplant, and other patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93 (6): 671-5.
9. Bansal R, Tutrone WD, Weinberg JM. Viral skin infections in the elderly: diagnosis and management. *Drugs Aging* 2002; 19 (7): 503-14. Review.
10. Barker N. Ocular herpes simplex. *Clin Evid* 2002; (7): 597-604.
11. Bickle K, Roark TR, Hsu S. Autoimmune bullous dermatoses: a review. *Am Fam Physician* 2002 1; 65 (9): 1861-70. Review.
12. Casiglia J, Woo SB, Ahmed AR. Oral involvement in autoimmune blistering diseases. *Clin Dermatol* 2001; 19 (6): 737-41. Review.
13. Davenport S, Chen SY, Miller AS. *Pemphigus vulgaris*: clinicopathologic review of 33 cases in the oral cavity. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2001; 21 (1): 85-90.
14. Bellm LA, Cunningham G, Durnell L, Eilers J, Epstein JB, Fleming T, Fuchs HJ, Haskins MN, Horowitz MM, Martin PJ, McGuire DB, Mullane K, Oster G. Defining clinically meaningful outcomes in the evaluation of new treatments for oral mucositis: oral mucositis patient provider advisory board. *Cancer Invest* 2002; 20 (5-6): 793-800.
15. Bolwell BJ, Kalaycio M, Sobecks R, Andresen S, Kuczkowski E, Bernhard L, Lomax R, Kohuth J, Mendiola S, Rybicki L, Pohlman B. A multivariable analysis of factors influencing mucositis after autologous progenitor cell transplantation. *Bone Marrow Transplant* 2002; 30 (9): 587-91.
16. Dodd MJ. Defining clinically meaningful outcomes in the evaluation of new treatments for oral mucositis: a commentary. *Cancer Invest* 2002; 20 (5-6): 851-2.
17. Bromwich M. Retrospective study of the progression of oral premalignant lesions to squamous cell carcinoma: a South Wales experience. *J Otolaryngol* 2002; 31 (3): 150-6.
18. Casiglia J, Woo SB. A comprehensive review of oral cancer. *Gen Dent* 2001; 49 (1): 72-82. Review.
19. Dace B. Mucocutaneous disorders: a guide for dental health care workers. *Northwest Dent* 2002; 81 (3): 39-40.
20. Drinnan AJ. Screening for oral cancer and precancer: a valuable new technique. *Gen Dent* 2000; 48 (6): 656-60.
21. Ephros H. Oral cancer education. *J Am Dent Assoc* 2002; 133 (4): 410-2.
22. Van der Meij EH, Bezemer PD, van der Waal I. Cost-effectiveness of screening for the possible development of cancer in patients with oral lichen planus. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30 (5): 342-51.
23. Villarreal Dorrego M, Correnti M, Delgado R, Tapia FJ. Oral lichen planus: immunohistology of mucosal lesions. *J Oral Pathol Med* 2002; 31 (7): 410-4.
24. Sedghizadeh PP, Allen CM. White plaque of the lateral tongue. *J Contemp Dent Pract* 2002 15; 3 (3): 46-50.
25. Van der Waal I. The burning mouth syndrome. Copenhagen. Munsgaard 1990.