

# Prevenzione delle patologie delle mucose orali

## Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - Parte terza

GRUPPO MINISTERIALE LINEE GUIDA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE E LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ORALI IN ETÀ EVOLUTIVA (vedi elenco Autori a fine articolo)

Ecco la terza delle quattro parti che compongono il lungo capitolo delle linee guida sulla salute orale. Qui si parla delle stomatiti e delle condizioni non rare in cui queste si manifestano con frequenza: malattie sistemiche, ivi comprese le infezioni virali a espressione orale, terapie inalatorie con steroidi, disabilità, terapie oncologiche, abitudini viziate, tutte condizioni nelle quali una prevenzione specifica può e deve essere messa in atto.

Questo testo fa parte integrante delle Linee Guida Nazionali per la prevenzione delle patologie orali dell'età evolutiva, che sono divise in quattro parti: la prevenzione della carie, la prevenzione delle gengiviti, la prevenzione delle patologie delle mucose orali e la prevenzione dei problemi ortodontici<sup>1-3</sup>.

Ciascuno di questi problemi è stato affrontato da un gruppo di studio, i cui partecipanti hanno dichiarato l'assenza di conflitti di interesse.

È stata eseguita un'analisi sistematica di tutta la letteratura pertinente, utilizzando la banca dati di *Embase* e di *PubMed* per gli anni tra il 1996 e il 2006 compresi<sup>4,5</sup>.

Le raccomandazioni che vengono proposte sono basate sui dati della letteratura, quando questi sono risultati di alta qualità scientifica. In assenza di tale condizione sono state desunte dalla valutazione combinata di quanto deriva dall'evidenza pratica e dall'opinione degli esperti.

I livelli delle prove (evidenze) disponibili e la forza delle raccomandazioni sono stati classificati secondo le indicazioni del Sistema Nazionale Linee Guida<sup>4</sup> (*Tabella I e II*).

È previsto un aggiornamento della presente Linea Guida (LG) ogni 4 anni, a meno che la base dell'evidenza non

### STOMATITIS PREVENTION - ITALIAN GUIDELINES FOR ORAL HEALTH PROMOTION AND ORAL DISEASES PREVENTION IN CHILDREN - PART THREE

(*Medico e Bambino* 2010;29:302-305)

#### Key words

Stomatitis, Prevention, Italian Guidelines

#### Summary

Oral mucosal manifestations may be divided into white lesions, ulcers, neoproliferations and blue-red lesions. The aetiology may range from infections (fungi, viruses, TB, bacterial superinfection) to oral trauma, immunopathology, oncopathology and epithelial damage caused by drugs or irradiation. Risk factors are specific systemic disease e.g. celiac or HSV infection, steroids aerosol treatments, cancer therapies and bad behavioural habits. Each of these conditions requires an appropriate approach to prevent, reduce or treat these oral manifestations.

muti prima, così da rendere le raccomandazioni, o il loro *grading*, obsoleti.

L'efficacia della LG verrà valutata nel

tempo misurando le variazioni di alcuni indicatori clinici, così come descritti dall'OMS: [www.who.org/oralhealth](http://www.who.org/oralhealth).

#### LIVELLI DELLE PROVE (GRADO DI EVIDENZE, GDE)

- |            |   |
|------------|---|
| <b>I</b>   | Evidenza basata sulla metanalisi di studi randomizzati controllati                    |
| <b>II</b>  | Evidenza basata su almeno uno studio randomizzato controllato                         |
| <b>III</b> | Evidenza basata su almeno uno studio controllato non randomizzato                     |
| <b>IV</b>  | Evidenza basata su almeno uno studio sperimentale non controllato                     |
| <b>V</b>   | Evidenza basata su studi descrittivi non sperimentali (inclusi gli studi comparativi) |
| <b>VI</b>  | Evidenza basata sul forte consenso e/o sull'esperienza clinica degli esperti          |

Tabella I

### 3. Prevenzione delle patologie delle mucose orali

Con il termine generico di stomatiti si definisce un gruppo di patologie delle mucose orali che, dal punto di vista semeiotico, si possono distinguere in lesioni bianche (rimovibili e non, mono e/o bilaterali), ulcere (singole o multiple), neoformazioni, lesioni rosso-blu che riconoscono diverse cause eziologiche (*Scheda di approfondimento*)<sup>6,7</sup>.

**Raccomandazione 1.** *In caso di pazienti affetti da malattie sistemiche che comportino un coinvolgimento diretto delle mucose orali o conseguente a terapia della patologia primaria, si raccomandano un adeguato controllo dietetico/farmacologico (per l'elenco dei farmaci e relative complicanze consultare versione integrale del documento*

*LG), l'incremento della motivazione all'igiene orale personale con coinvolgimento forte di genitori e personale di supporto, controlli periodici da un odontoiatra pediatrico e/o dall'igienista dentale (GDE I - FDR A).*

Possono essere identificati tre gruppi di condizioni favorevoli allo sviluppo di stomatiti: le patologie sistemiche e la disabilità, le terapie farmacologiche, lo stato socio-ambientale (abitudini viziate, terapie ortodontiche...). Le principali condizioni appartenenti al primo gruppo e le relative manifestazioni orali sono riportate in *Tabella III*<sup>8-17</sup>.

**Raccomandazione 2.** *I pazienti sottoposti a terapia inalatoria steroidea de-*

#### FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI (FDR)

- A** L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II
- B** Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
- C** Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
- D** L'esecuzione della procedura non è raccomandata
- E** Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

Tabella II

vono sciacquare la bocca con acqua dopo ogni trattamento (GDE I - FDR A).

L'asma è una patologia cronica molto diffusa in età evolutiva non correlata a specifiche lesioni orali; tuttavia la prolungata profilassi o terapia con steroidi per via inalatoria può danneggiare la barriera della mucosa e alterare l'ecosistema orale, predisponendo al manifestarsi di candidosi orofaringea<sup>18</sup>.

**Raccomandazione 3.** *Nei bambini con disabilità si raccomanda di incrementare l'igiene orale domiciliare con il coinvolgimento consapevole dei genitori e del personale di supporto, unitamente a controlli periodici regolari dall'odontoiatra pediatrico e/o dall'igienista dentale (GDE I - FDR A).*

Nei pazienti disabili le problematiche orali sono attribuibili essenzialmente a una limitata collaborazione nelle manovre di igiene orale, alla difficoltà durante la masticazione e alla dieta ricca di alimenti cariogeni (cibi frullati, edulcorati...)<sup>19</sup>. Questi pazienti presentano quindi frequentemente gengiviti, parodontiti e infezioni orali. Molti di questi pazienti, inoltre, sono soggetti a continui traumatismi, invo-

#### PATOLOGIE SISTEMICHE E MANIFESTAZIONI ORALI

Malattia celiaca	Lesioni ulcerative ricorrenti <sup>8</sup>
Diabete mellito	Alterazioni della composizione/produzione salivare Maggiore suscettibilità a gengiviti e parodontopatie <sup>9,10</sup>
Epilessia	Lacerazioni da trauma a carico della lingua e della mucosa geniana Aumento del volume gengivale <sup>11</sup> da terapia farmacologica
Reflusso gastroesofageo Emesi ricorrente (anoressia/bulimia)	Erosioni dentali Disgeusia Disfagia Eritema diffuso delle mucose <sup>12</sup>
Insufficienza renale (acuta o cronica)	Stomatite uremica (placche bianche ipercheratosiche multiple di aspetto simil-leucoplasico e lesioni ulcerative ricoperte da pseudomembrane) Xerostomia Bruciore delle mucose Alitosi Sovrainfezioni batteriche, virali e fungine <sup>13</sup>
Immunodeficienze primitive	Ulcere Gengiviti, parodontopatie Candidosi <sup>14</sup>
Immunodeficienze secondarie (HIV/AIDS)	Stomatiti micotiche, virali o batteriche Candidosi orale con coinvolgimento del palato e della lingua <sup>15</sup>
Infezioni virali Virus erpetici (HHV-8, HSV-1, HZV) Citomegalovirus (CMV) Epstein-Barr virus (EBV)	Ulcere localizzate alla lingua, palato duro e gengive <sup>16</sup>
Infezioni batteriche	Gengiviti, intenso eritema e parodontopatie <sup>17</sup>

Tabella III

### Scheda di approfondimento EZIOLOGIA DELLE STOMATITI

Le stomatiti possono riconoscere una eziologia:

- infettiva (da miceti: *Candida*; da virus: HSV, HPV, EBV, Coxsackie; da batteri: tubercolosi, sovra-infezioni stafilococciche)
- non infettiva (lesioni di origine traumatica; immunomediate: aftosi; farmaco-indotte: chemio-radioterapia, cortisonici, antibiotici, antiepilettici; neoplastiche: linfomi)
- idiopatica/congenita (lingua a carta geografica; lingua plicata o scrotale; epidermolisi)

In letteratura, sono disponibili pochi dati sulla prevalenza delle stomatiti nei soggetti in età evolutiva<sup>6,7</sup>. Inoltre, l'assenza di protocolli diagnostici e terapeutici standardizzati rende il management delle stomatiti in età pediatrica maggiormente complesso per il clinico.

lontani o meno, delle mucose orali (lingua, labbra, mucosa geniena); tali lesioni sono spesso soggette a sovrainfezione batterica e micotica<sup>20</sup>.

Alcune terapie farmacologiche (antibiotici, antinfiammatori non steroidei, steroidi, vasodilatatori, antiepilettici, immunosoppressori e terapie anti-neoplastiche) possono determinare stomatiti a causa dell'azione, diretta o indiretta, sulle mucose del cavo orale.

Se protratta per lunghi periodi, l'assunzione di questi farmaci può indurre alterazioni della flora batterica orale con conseguente sviluppo di micosi opportunistiche come la candidosi (spesso associata a disfagia) e le ulcerazioni di varia severità.

**Raccomandazione 4.** Per i pazienti oncologici è raccomandata la consulenza dell'odontoiatra pediatrico prima, durante e dopo la terapia (GDE I - FDR A).

Le stomatiti sono una comune complicanza durante le terapie antitumorali<sup>21</sup>, in quanto si determinano delle mucositi tossiche a carico delle mucose orali e gastrointestinali; l'immunosoppressione che ne consegue può inoltre indirettamente provocare stomatiti infettive.

Il dolore correlato alle mucositi del cavo orale può essere controllato attraverso l'utilizzo di analgesici topici e agenti non steroidei, come la benzidamina<sup>22</sup>.

**Raccomandazione 5.** Quando una lesione ulcerativa o bianca non regredisce dopo terapia o rimozione di cause locali o reattive e dopo un attento monito-

raggio di 14 giorni, inviare il paziente all'odontoiatra pediatrico/stomatologo (GDE I - FDR A).

I trattamenti ortodontici, l'attività sportiva e le abitudini viziate appartengono infine al terzo gruppo di fattori riconducibili allo sviluppo di stomatiti, potendo causare traumi o irritazioni delle mucose orali. Piccoli episodi traumatici o intolleranze/allergie al nichel contenuto negli apparecchi ortodontici possono essere causa di lesioni a carico delle mucose; le manifestazioni cliniche sono riconducibili a lesioni ulcerative, mucoceli, ipertrofia e ipercheratosi<sup>23</sup>. La maggior difficoltà che i pazienti ortodontici trovano nell'effettuare corrette manovre di igiene orale, inoltre, li porta frequentemente a sviluppare gengiviti o parodontiti<sup>24</sup>, così come aumento del volume gengivale e/o recessioni<sup>25</sup>.

I bambini che praticano sport possono incorrere in eventi traumatici del distretto dento-facciale, causa di ematomi, lacerazioni e abrasioni<sup>26</sup> principalmente a carico di labbra, fornice, gengive e lingua<sup>27</sup>. Per i soggetti che praticano sport da contatto sono quindi consigliabili protezioni come paradenti e bite<sup>28</sup>.

Abitudini viziate come il succhiamento di dita, labbra o oggetti, la respirazione orale, le parafunzioni (bruxismo), l'onicofagia, le abitudini alimentari incongrue<sup>29</sup>, se protratte nel tempo, possono determinare modificazioni funzionali e morfologiche del cavo orale, oltre che condurre a problematiche lesive a carico delle mucose orali con possibili sovrainfezioni batteriche e micotiche<sup>30</sup>.

### MESSAGGI CHIAVE

- ❑ Le stomatiti possono manifestarsi come: lesioni bianche, ulcere, neoformazioni, lesioni rosso-blu.
- ❑ Possono essere dovute a infezioni (miceti, virus, sovrainfezioni batteriche), a traumi, a immunopatologie, a oncopatologie, a danno epiteliale da farmaci o da irradiazione.
- ❑ Le condizioni di rischio sono: alcune specifiche malattie sistemiche, dalla celiachia all'infezione da HSV, i trattamenti aerosolici con steroidi, le terapie oncologiche, alcune abitudini viziate.
- ❑ Ciascuna di queste condizioni richiede un approccio particolare per prevenire, limitare o trattare le lesioni in causa.

### Indirizzo per corrispondenza:

Maria Grazia Cagetti  
e-mail: [maria.cagetti@unimi.it](mailto:maria.cagetti@unimi.it)

### Bibliografia

1. Campus G, Solinas G, Strohmenger L, et al; Collaborating Study Group. National pathfinder survey on children's oral health in Italy: pattern and severity of caries disease in 4-year-olds. *Caries Res* 2009;43:155-62.
2. Campus G, Solinas G, Cagetti MG, et al. National pathfinder survey of 12-year-old Children's Oral Health in Italy. *Caries Res* 2007; 41:512-7.
3. Editorial. Oral health: prevention is key. *Lancet* 2009;373:1.
4. Sistema Nazionale Linee Guida. Manuale Metodologico: come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica, 2002; [http://www.pnlg.it/manuale\\_metodologico\\_SNLG](http://www.pnlg.it/manuale_metodologico_SNLG).
5. Moher D, Jadad AR, Tugwell P. Assessing the quality of randomized controlled trials. Current issues and future directions. *Int J Technol Assess Health Care* 1996;12:195-208.
6. Bessa CF, Santos PJ, Aguiar MC, do Carmo MA. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med* 2004;33:17-22.
7. Tomlinson D. Measurement of oral mucositis in children: a review of the literature. *Support Care Cancer* 2007;15:1251-8.
8. Olszewska M, Sulej J, Kotowski B. Frequency and prognostic value of IgA and IgG endomysial antibodies in recurrent aphthous sto-

- matitis. *Acta Derm Venereol* 2006;86:332-4.
9. Luczaj-Cepowicz E, Marczuk-Kolada G, Wazszkiel D. Evaluation of periodontal status in young patients with insulin-dependent diabetes mellitus (type 1). *Adv Med Sci* 2006;51:134-7.
10. Twetman S, Johansson I, Birkhed D, Norderfors T. Caries incidence in young type 1 diabetes mellitus patients in relation to metabolic control and caries-associated risk factors. *Caries Res* 2002;36:31-5.
11. Majorana A, Savoldi E, Rolfi A, Alberti D. Dental and oral aspects in pediatric liver transplant patients. A comparison between the effects of cyclosporine A and FK 506. *Minerva Stomatol* 1997;46:73-7.
12. Semeniuk J, Kaczmarek M. 24-hour esophageal pH-monitoring in children suspected of gastroesophageal reflux disease: analysis of intraesophageal pH monitoring values recorded in distal and proximal channel at diagnosis. *World J Gastroenterol* 2007;13:5108-15.
13. Hamid MJ, Dummer CD, Pinto LS. Systemic conditions, oral findings and dental management of chronic renal failure patients: general considerations and case report. *Braz Dent J* 2006;17:166-70.
14. Scully C, Epstein J, Sonis S. Oral mucositis: a challenging complication of radiotherapy, chemotherapy, and radiochemotherapy: part 1, pathogenesis and prophylaxis of mucositis. *Head Neck* 2003;25:1057-70.
15. Aleva NA, Birman EG, Afonso W Jr, et al. Erythematous candidosis in patients with complete dentures and HIV+/AIDS. *Mycoses* 2007; 50: 407-11.
16. Miller CS, Berger JR, Mootoor Y, Avdiushko SA, Zhu H, Kryscio RJ. High prevalence of multiple human herpesviruses in saliva from human immunodeficiency virus-infected persons in the era of highly active antiretroviral therapy. *J Clin Microbiol* 2006;44:2409-15.
17. Aas JA, Barbuoto SM, Alpagot T, Olsen I, Dewhirst FE, Paster BJ. Subgingival plaque microbiota in HIV positive patients. *J Clin Periodontol* 2007;34:189-95.
18. Prentice AG. Oral and gastrointestinal candidosis: prophylaxis during immunosuppressive therapy. *Mycoses* 1989;32:42-6.
19. Almomani F, Brown C, Williams KB. The effect of an oral health promotion program for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2006;29:274-81.
20. Ribeiro EL, Scroferneker ML, Cavalhaes MS, et al. Phenotypic aspects of oral strains of *Candida albicans* in children with Down's syndrome. *Braz J Biol* 2006;66:939-44.
21. Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer* 2004;s100:2026-46.
22. Keefe DM, Schubert MM, Elting LS, et al. Mucositis Study Section of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and the International Society for Oral Oncology. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. *Cancer* 2007;109:820-31.
23. Ozcelik O, Haytac MC, Akkaya M. Iatrogenic trauma to oral tissues. *J Periodontol* 2005;76:1793-7.
24. Kvam E, Gjerdet NR, Bondevik O. Traumatic ulcers and pain during orthodontic treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987;15:104-7.
25. Mew J. Orthodontic treatment and isolated gingival recession: a review. *Br J Orthod* 1994;21:401.
26. Amy E. Oro-facial injuries in Central American and Caribbean sports games: a 20-year experience. *Dent Traumatol* 2005;21:127-30.
27. Pasini S, Bardellini E, Keller E, Conti G, Flocchini P, Majorana A. Surgical removal and immediate reattachment of coronal fragment embedded in lip. *Dent Traumatol* 2006;22:165-8.
28. Knapik JJ, Marshall SW, Lee RB, et al. Mouthguards in sport activities: history, physical properties and injury prevention effectiveness. *Sports Med* 2007;37:117-44.
29. Barberia E, Lucavechi T, Cárdenas D, Maroto M. An atypical lingual lesion resulting from the unhealthy habit of sucking the lower lip: clinical case study. *J Clin Pediatr Dent* 2006;30:280-2.
30. Er N, Ozkavaf A, Berberolu A, Yamalik N. An unusual cause of gingival recession: oral piercing. *J Periodontol* 2000;71:1767-9.

## GRUPPO DI LAVORO NOMINATO CON DECRETO MINISTERIALE DEL 3/5/2007

## Centro di Collaborazione OMS per l'Epidemiologia e l'Odontoiatria di Comunità

Strohmeinger L.	Odontoiatra, coordinatrice Centro di Collaborazione OMS
Cagetti M.G.	Odontoiatra, Università di Milano
Campus G.	Odontoiatra, esperto in Epidemiologia Orale, Università di Sassari
De Carli A.	Statistico, Università di Milano
Gatti M.	Microbiologo, Università di Bologna
Levrini L.	Odontoiatra, Università dell'Insubria
Polimeni A.	Odontoiatra, Università di Roma "La Sapienza"
Regazzi M.	Farmacologo, Ospedale "San Matteo", Pavia

## Consiglio Superiore di Sanità

Maida A.	Igienista, Rettore dell'Università di Sassari
Callioni R.	Odontoiatra, Presidente dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani

## Ministero della Salute

Nardone M.	Odontoiatra, Dipartimento di Prevenzione e Comunicazione
Federici A.	Specialista amministrativo, Dipartimento di Prevenzione e Comunicazione

## Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia

Natale N.	Ginecologo
-----------	------------

## Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Montagna M.T.	Igienista, referente per l'Odontoiatria
Castiglia P.	Igienista, esperto in Epidemiologia

## Società Italiana di Neonatologia

Fabris C.	Neonatologo, presidente della Società Italiana di Neonatologia
-----------	--

## Rondini G. Neonatologo, Ospedale "San Matteo", Pavia

## Società Italiana di Odontoiatria Infantile

Majorana A.	Odontoiatra, Università di Brescia
-------------	------------------------------------

## Società Italiana di Pediatria

Di Pietro P.	Pediatra, Ospedale "Gaslini", Genova
Longhi R.	Pediatra, coordinatore Commissione Tecnica per lo Sviluppo delle Linee Guida

## Saggiere G. Pediatra, Università di Pisa

## Associazione Igienisti Dentali Italiani

Boldi M.	Igienista dentale, presidente
----------	-------------------------------

## Federazione Italiana Medici Pediatri

Mele G.	Pediatra, presidente
Accogli V.	Pediatra
Marostica G.	Pediatra
Valpreda A.	Pediatra, vicepresidente

## Movimento Italiano Genitori

Munizzi M.R.	Presidente
--------------	------------

## Revisori esterni

Agostoni C.	Pediatra, Clinica Pediatrica De Marchi, Università di Milano	Dolcini F.	Pediatra, direttore Presidio Ospedaliero G. Salesi, Ancona
Guala A.	Pediatra, Federazione Italiana Medici Pediatri	Froio A.	Odontoiatra, Napoli
Comaita F.	Pediatra, Federazione Italiana Medici Pediatri	Greco L.	Pediatra, Università Federico II di Napoli
Centini S.	Odontoiatra, Ancona	Lugliè P.	Odontoiatra, Università di Sassari
Basso T.	Pediatra, Divisione di Pediatria, Ospedale Civile di Tolmezzo (Udine)	Mirengi S.	Odontoiatra, vicepresidente ANDI, Roma
Dallari G.	Igienista, ASL Bologna	Paoletti G.	Odontoiatra, Verona
Di Bellucci A.	Responsabile della S.S. di Odontoiatria pediatrica dell'AORN Santobono-Pausilipon, Napoli	Podestà A.	Pediatra, Ospedale San Carlo, Milano
Rosmarini M.	Odontoiatra, Milano	Sardo-Infirri J.	Odontoiatra, presidente Cooperazione Odontoiatria Internazionale
		Vitali A.	Odontoiatra, Bergamo