

Alterazioni Disembriogenetiche della mucosa orale e Glossiti

Dott. Roberto Broccoletti



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

LEUCOEDEMA

Afezione cronica **BENIGNA** asintomatica che conferisce alle mucose un atteggiamento opaco grigio biancastro.

EPIDEMIOLOGIA: 0,2 -16 %

maggiore in Africani
minore in asiatici

EZIOLOGIA: ?

fumo - alcol

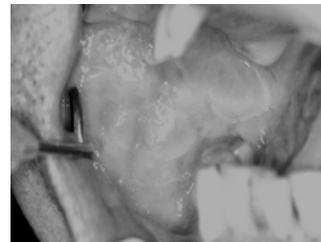
cattiva igiene e malocclusioni

genocheratosi ?

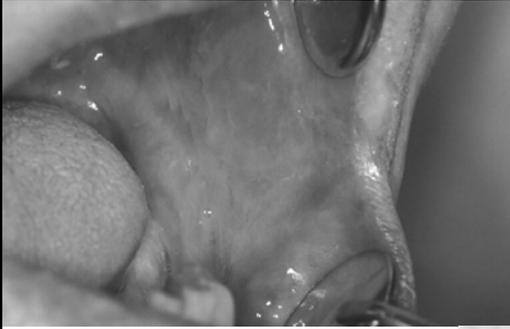
CLINICA: Colpisce la mucosa geniana

Caratteristica scomparsa con lo stiramento della mucosa.

Le forme più evidenti solo parziale scomparsa



LEUCOEDEMA



Forse la fugacità del quadro clinico fa sì che si renda più facilmente visibile nei soggetti con pigmentazioni razziali o portatori di melanosomi

Istologicamente è un edema intracellulare associato ad aumentato spessore epitelio



LEUCOEDEMA



Linea Alba

NEVO BIANCO SPONGIOSO

RARO disordine **BENIGNO** ereditario autosomico dominante

EPIDEMIOLOGIA: raro

EZIOLOGIA: mutazione dei geni codificanti la cheratina 4 e 13

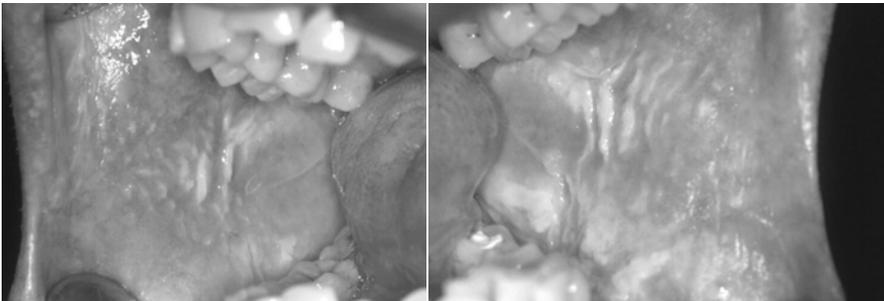
CLINICA: placche più o meno rilevate ed ispessite ma di consistenza soffice, estese alla mucosa geniana e al ventre lingua.

Esordisce prima infanzia (prima pubertà) e si estende nel corso della vita

cavo orale (mucosa nasale esofagea)
congiuntiva
genitale (ano-genitale- vaginale)

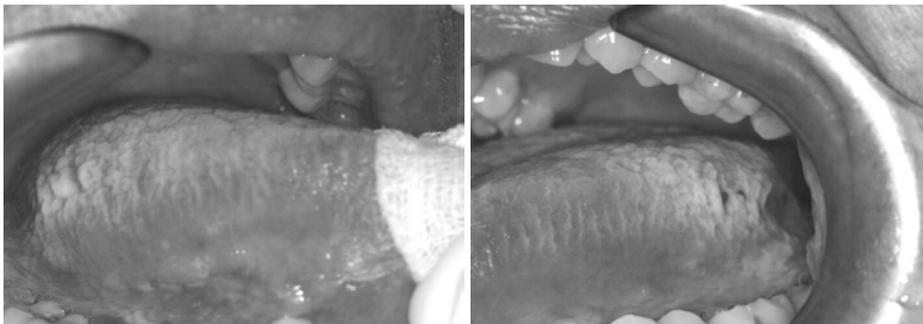
NEVO BIANCO SPONGIOSO

Diagnosi differenziale: leucoedema, leucoplachia, morsicatio buccarum, lichen planus carcinoma verrucoso



La mucosa appare inspessita presenta spesso pieghe profonde (di tipo scrotale) ad aspetto e consistenza spugnosa spesso bilaterali e simmetriche

NEVO BIANCO SPONGIOSO

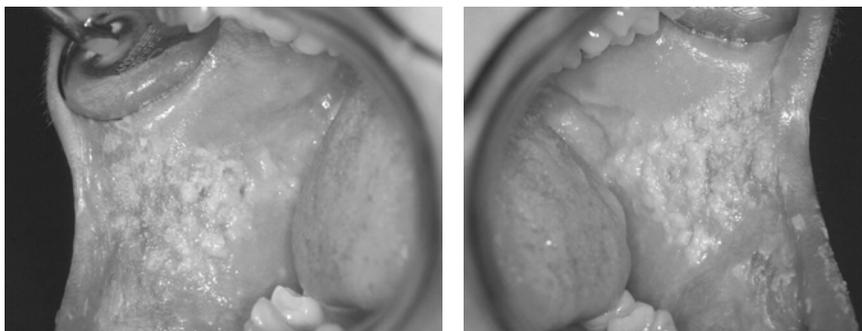


DIAGNOSI: Clinica ed Istologica

Estendere visita a familiari (nei soggetti adulti il quadro clinico è progressivamente meno evidente)

No trattamento No precancerosi

NEVO BIANCO SPONGIOSO



Morsicatio Buccarum

Afezione benigna autoindotta dal paziente che si strappa con i denti la mucosa

Raramente è inconsapevole

Sempre sottovaluta le lesioni cliniche

NEVO BIANCO SPONGIOSO



Leucoplachia raramente bilaterale e simmetrica

Vere placche

Alla palpazione sono rilevate non soffici

Leucoplachia - lichen a placca

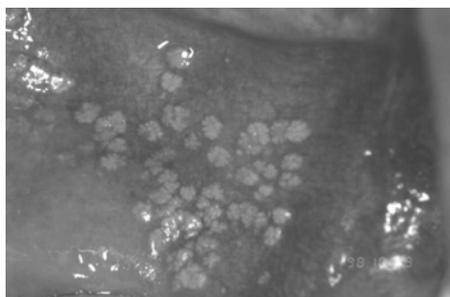
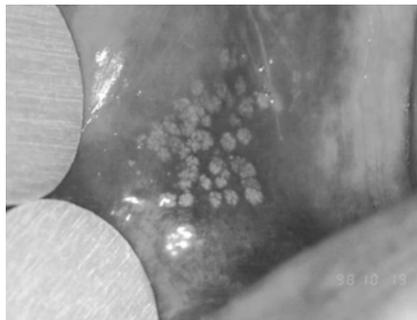
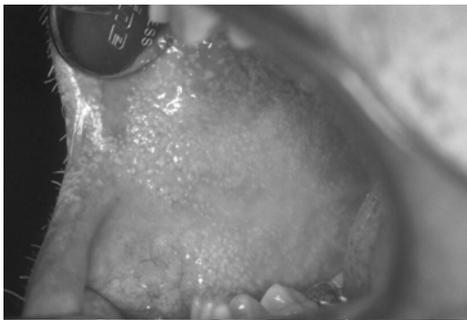
GRANULI DI FORDYCE

Ghiandole Sebacee ectopiche (tessuto normale in locazione anormale)

EPIDEMIOLOGIA: Presenti in circa l'80% degli individui;
5,21% popolazione piemontese (7,66 % M - 2,77% F)
esordio post pubertà 20-30 anni
tendono ad aumentare con l'età
Maschi presentano lesioni + numerose ed evidenti

CLINICA: Granuli giallastri localizzati per lo più nella mucosa labiale e geniena, distribuzione simmetrica, spesso in aggregati con una apparente tendenza alla confluenza

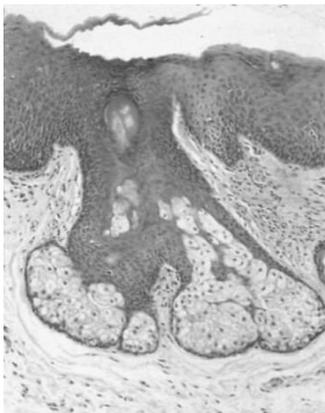
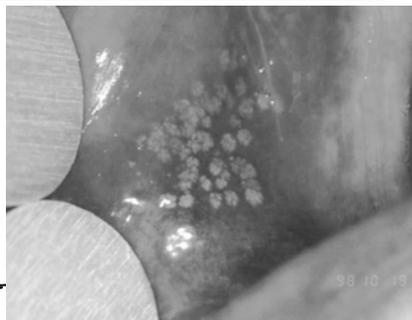
GRANULI DI FORDYCE



GRANULI DI FORDYCE

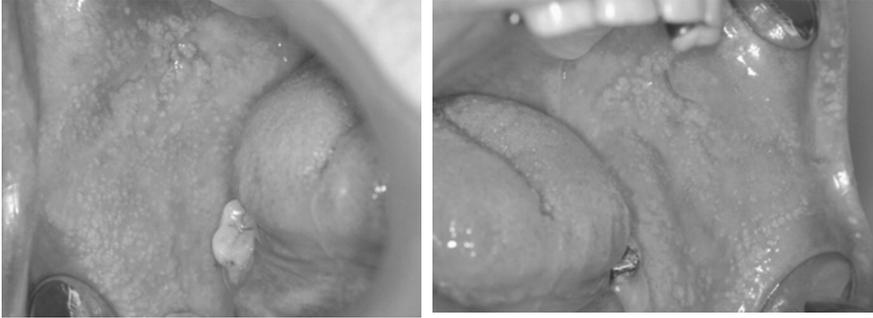
DIAGNOSI: Clinica

No trattamento



Ghiandole sebacee
acinari

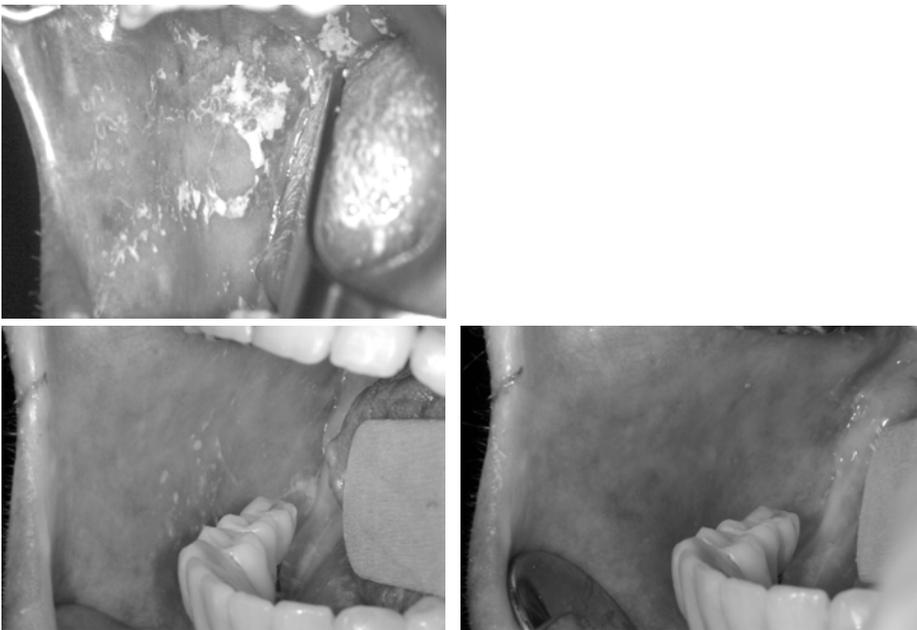
GRANULI DI FORDYCE



**Diagnosi differenziale: candidosi
pseudomembranosa**

Alla palpazione raschiamento non si asportano e si apprezzano come granuli ruvidi

CANDIDOSI PSEUDOMEMBRANOSA



GLOSSITE ROMBICA MEDIANA

Anomalia congenita della lingua probabilmente causata dalla persistenza del tubercolo impari

EPIDEMIOLOGIA: relativamente frequente 1,4 %
0,64% popolazione piemontese

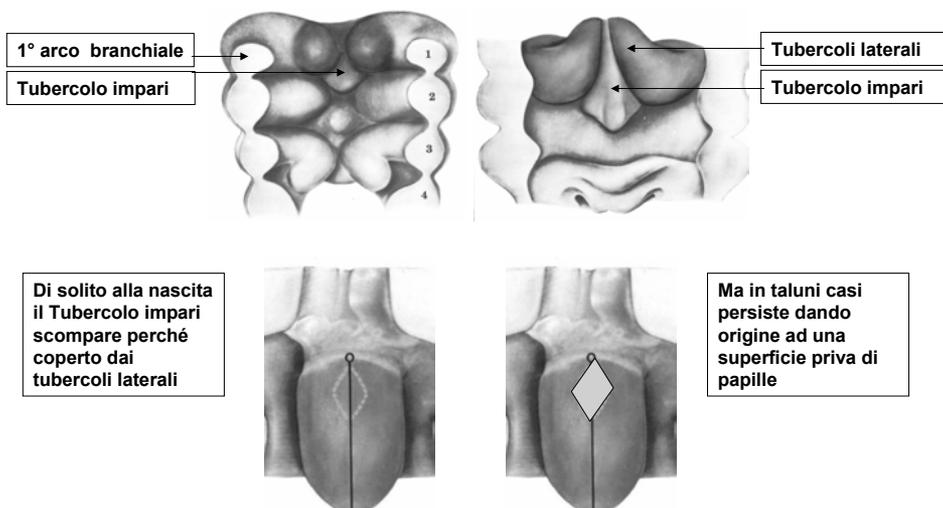
EZIOLOGIA: Persistenza del tubercolo impari ?
Candidosi ?

CLINICA: Lesione Rossa eritematosa caratterizzata dalla assenza delle papille che ricoprono la lingua in sede mediana al davanti delle papille circumvallate



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

EMBRIOGENESI DELLA LINGUA MOBILE



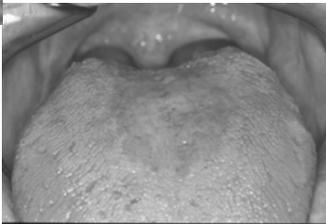
CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

GLOSSITE ROMBICA MEDIANA



EZIOLOGIA: Persistenza del
tubercolo impari ?

**Alterazione anatomica
Stabile nel tempo
la terapia antimicotica anche
protratta non consente un
recupero della normale
anatomia della lingua**



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

GLOSSITE ROMBICA MEDIANA



EZIOLOGIA: Candidosi ?

**Si osserva tra i 40 - 50
anni**

**Spesso altre lesioni
candidosiche**

**Quando è sintomatica
risponde alla terapia**



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

GLOSSITE ROMBICA MEDIANA



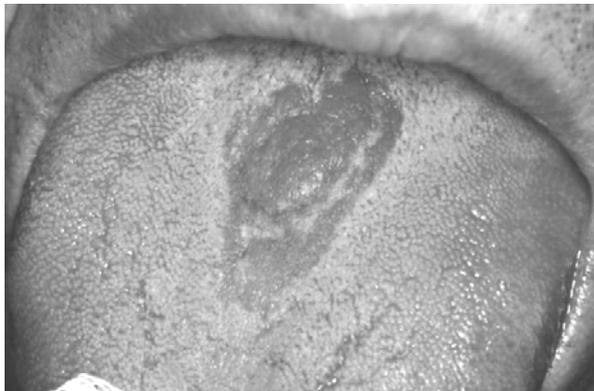
Persistenza del tubercolo impari determina una alterazione della mucosa che è più suscettibile da parte di una colonizzazione candidosica patologica

La DIAGNOSI è fondata sull'aspetto clinico e di solito la biopsia non è necessaria



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

GLOSSITE ROMBICA MEDIANA



la sovrainfezione cronica da Candida Albicans talvolta può portare alla CANDIDOSI CRONICA IPERPLASTICA



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

GLOSSITE ROMBICA MEDIANA



TERAPIA :
•nella forma
asintomatica non
è necessaria
•se vi sono
sintomi si
prescrivono
antimicotici

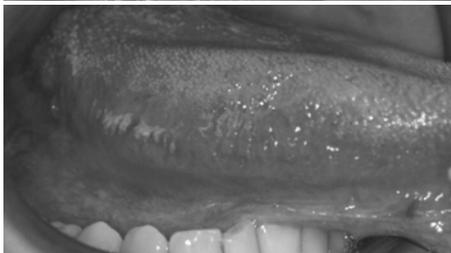
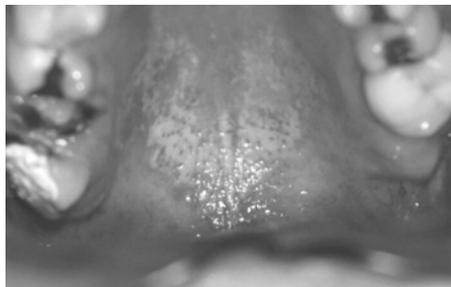
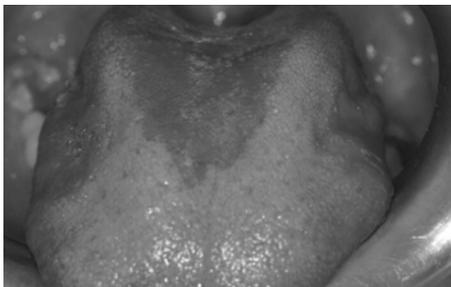
**Se è presente una CCI : terapia antimicotica e
valutare se è necessaria l'exeresi chirurgica**



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

GLOSSITE ROMBICA MEDIANA

Non giustifica una candidosi !



LINGUA A CARTA GEOGRAFICA (GLOSSITE MIGRANTE)

Malattia prevalentemente localizzata su dorso linguale

EPIDEMIOLOGIA: relativamente frequente 1-3 %

tutte le età

Maggiore prevalenza donne

2,5% popolazione piemontese (M/F=1)

EZIOLOGIA: Sconosciuta

alcuni A.A. pensano che si tratti di una forma ereditaria.

Talvolta si associa alla psoriasi

CLINICA: Aree eritematose (atrofia delle papille filiformi) circondate da un cerchio biancastro, migranti



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

LINGUA A CARTA GEOGRAFICA



L'area eritematosa è caratterizzata da assenza delle papille filiformi e dalla persistenza delle papille fungiformi

Aree eritematose multiple situate sul dorso linguale, nei casi più tipici sono circondate da un bordo lievemente rilevato bianco-giallastro



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

LINGUA A CARTA GEOGRAFICA



Le lesioni variano di grandezza da diversi millimetri a parecchi centimetri.
Persistono per un breve periodo poi scompaiono per ricomparire con altra forma o aspetto in sedi diverse del dorso linguale

I SINTOMI possono essere assenti o scarsi ma di solito sono presenti al contatto con alimenti acidi o speziati

La DIAGNOSI è clinica , non sono necessari ulteriori accertamenti o biopsie



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

LINGUA A CARTA GEOGRAFICA



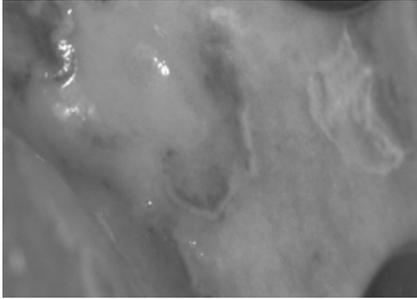
Può associarsi a lesioni simili presenti sulle restanti mucose orali.

Talvolta lesioni come queste sono presenti in assenza di manifestazioni linguali , si definiscono STOMATITE A CARTA GEOGRAFICA



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

LINGUA A CARTA GEOGRAFICA (GLOSSITE MIGRANTE)

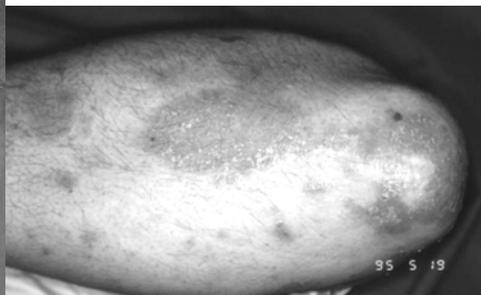


**Esiste correlazione con
lingua plicata o
fissurata**



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

LINGUA A CARTA GEOGRAFICA



**Nel 4% dei casi si associa a
PSORIASI**



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

LINGUA A CARTA GEOGRAFICA



La TERAPIA non è necessaria , è importante assicurare il paziente sulla innocuità della lesione



CATEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

LINGUA A CARTA GEOGRAFICA

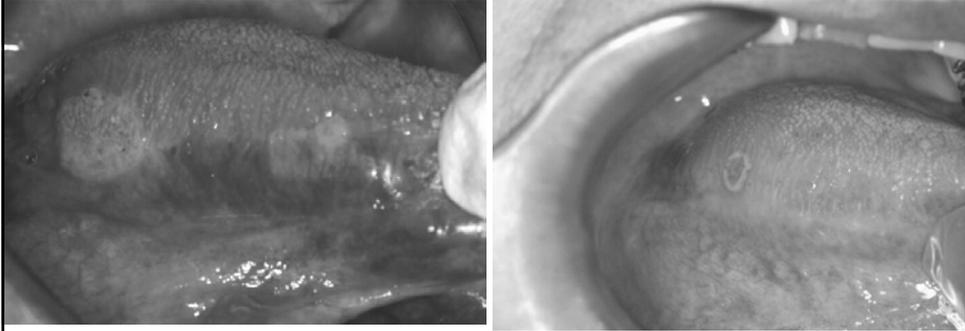


Lichen a placca e atrofico erosivo



CATEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

LINGUA A CARTA GEOGRAFICA

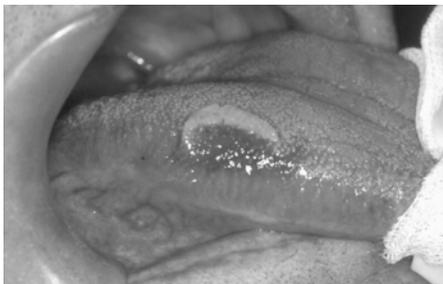


Precancerosi Early cancer



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

LINGUA A CARTA GEOGRAFICA



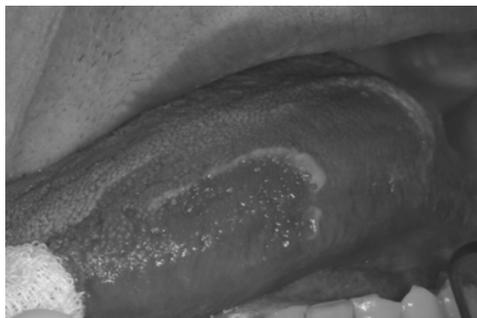
Angina bollosa emorragica

Fragilità capillare che determina formazione di bolle a contenuto ematico che si rompono precocemente

Non in corelazione con deficit coagulativi o malattie ematologiche o terapie farmacologiche

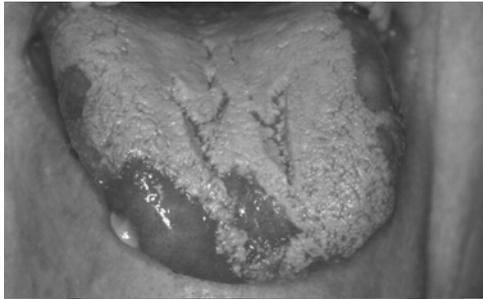
Di solito palato-orofaringe

Più frequente sopra 60 anni



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

LINGUA A CARTA GEOGRAFICA

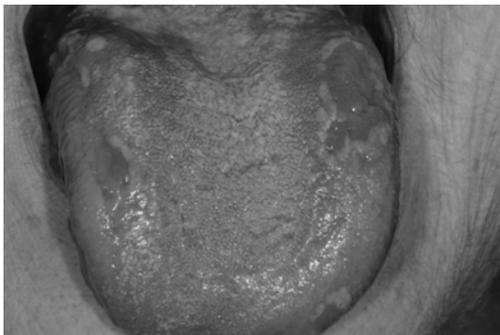


Eritema Multiforme

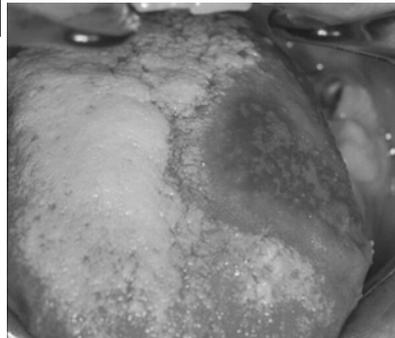


CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

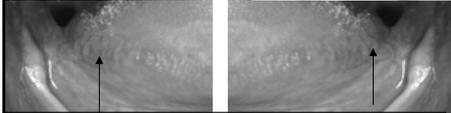
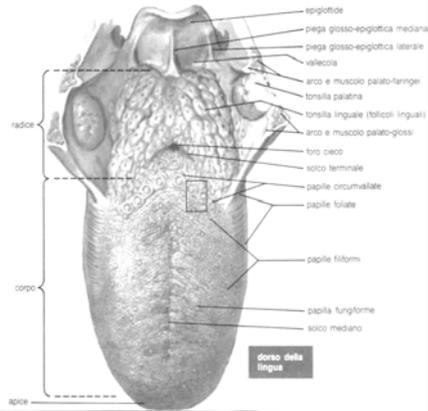
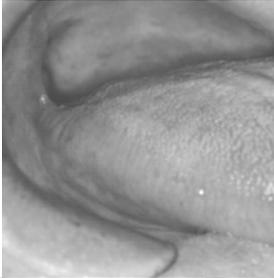
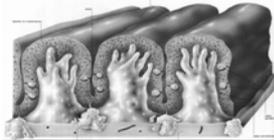
LINGUA A CARTA GEOGRAFICA



Erpes Ricorrente Erpes Zoster



IPERPLASIA DELLE PAPILLE FOLIATE



Le papille foliate si trovano nel 3° posteriore dei bordi linguali a destra ed a sinistra

CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

IPERPLASIA DELLE PAPILLE FOLIATE

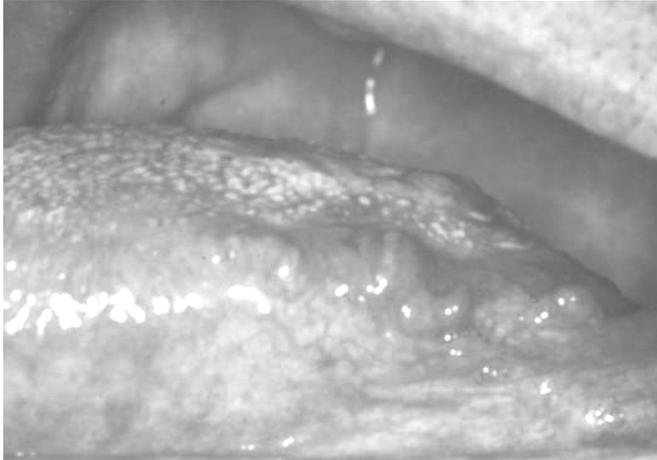


Le papille foliate possono infiammarsi ed ingrossarsi in risposta ad irritanti locali o a infezioni



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

IPERPLASIA DELLE PAPILLE FOLIATE



i SINTOMI sono :senso di fastidio
e talvolta bruciori



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

IPERPLASIA DELLE PAPILLE FOLIATE



La DIAGNOSI si fonda sull'aspetto clinico
, non necessita la biopsia (salvo casi
dubbi)



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

IPERPLASIA DELLE PAPILLE FOLIATE

La **DIAGNOSI DIFFERENZIALE** deve essere posta nei confronti del **CARCINOMA** del bordo linguale.

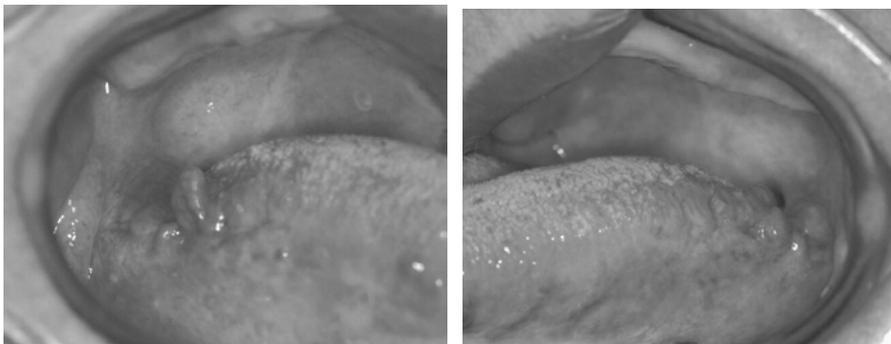
Ecco i principali elementi a sostegno della iperplasia :

- la sede
- la bilateralità (quando presente)
- la forma (piccoli nodi multipli)
- l'assenza di erosioni o ulcere
- l'assenza di sanguinamento
- l'assenza di macchie o placche bianche
- il colore rosso è presente ma negativo al test BdT



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

IPERPLASIA DELLE PAPILLE FOLIATE



Bilaterale , noduli multipli, no erosioni ulcere, no macchie bianche no sanguinamento, mobili e non infiltranti alla palpazione

IPERPLASIA DELLE PAPILLE FOLIATE



**La TERAPIA di solito non è necessaria
(rassicurare il paziente)**



CATTEDRA DI ODONTOSTOMATOLOGIA
UNIVERSITA' DI TORINO prof. Gandolfo

LINGUA PLICATA (FESSURATA o SCROTALE)

Malformazione con vari aspetti clinici



**Epidemiologia: 0,5-5 %
0,73% popolazione**

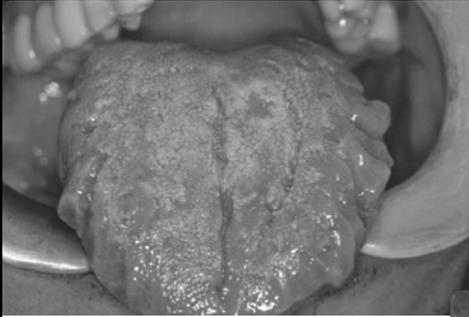
piemontese

Eziologia: Sconosciuta

**Fa parte della triade della sindrome
di Merkersson-Rosenthal e può
essere un carattere della Sindrome
di Down**

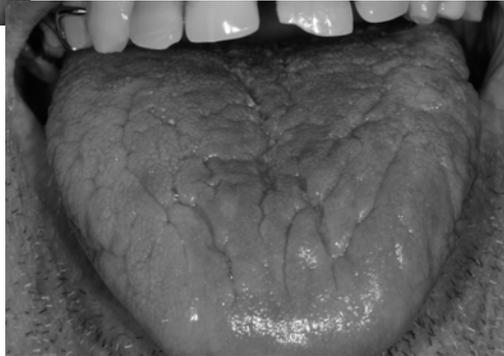
**Clinica: Sono presenti numerosi solchi e
fessure sul dorso linguale , possono
variare per profondità e numero e
orientamento di solito sono simmetrici.**

LINGUA PLICATA (FESSURATA o SCROTALE)

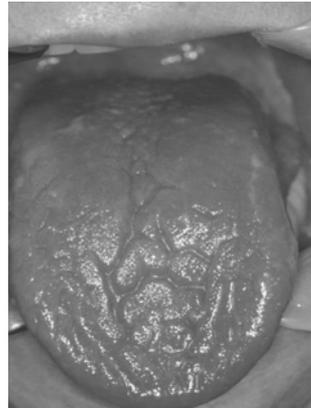
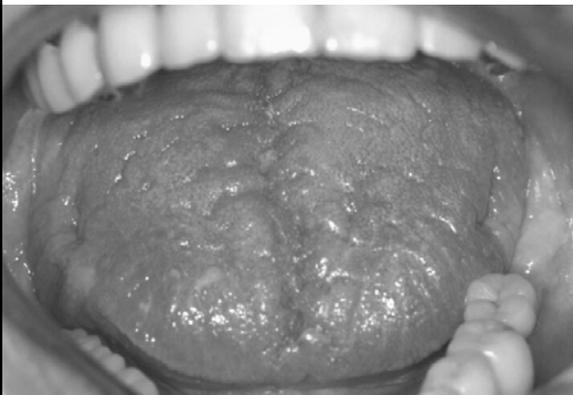


Le lesioni sono asintomatiche ma detriti alimentari , sovrainfezioni batteriche e candidosiche possono determinare l'insorgenza periodica di bruciore e dolore

La **DIAGNOSI** è clinica , non sono necessari ulteriori accertamenti o biopsie



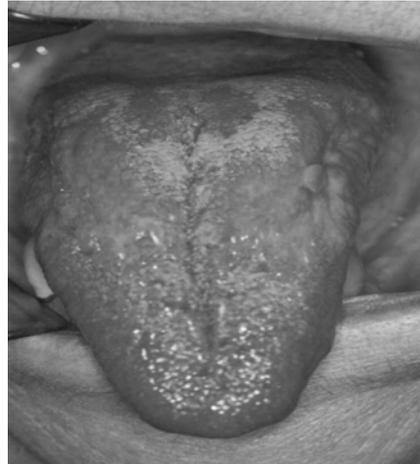
LINGUA PLICATA (FESSURATA o SCROTALE)



Nelle situazioni di iposcialia il dorso lingua può assumere un aspetto lobulato con costante sovrapposizione micotica

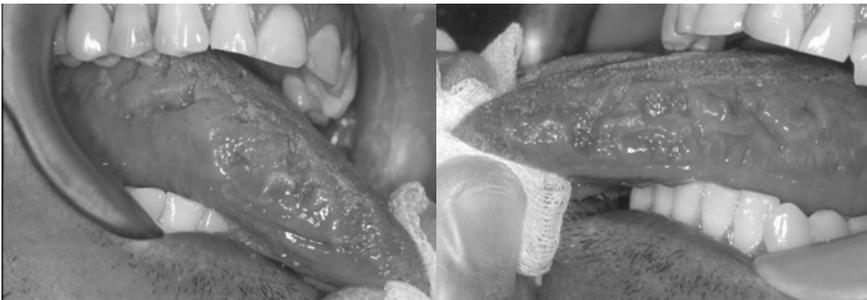
La **TERAPIA** non è necessaria se la lesione è asintomatica , terapia antimicotica topica in caso contrario

LINGUA PLICATA (FESSURATA o SCROTALE)



**La Fissurazione mediana è
un atteggiamento
frequente**

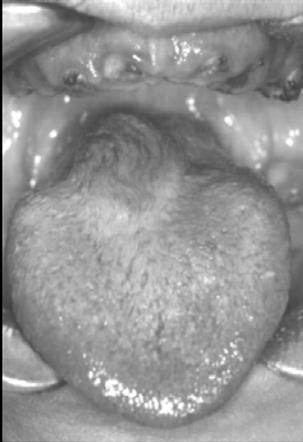
LINGUA PLICATA (FESSURATA o SCROTALE)



**Frequente associazione tra lingua plicata e lingua a
carta geografica**

LINGUA VILLOSA o PELOSA

È una comune patologia delle papille linguali filiformi che vanno incontro ad ipertrofia e relativo allungamento.



Epidemiologia: 0,17% popolazione piemontese

Eziologia: Sconosciuta

Sono fattori predisponenti : terapie antibiotiche , agenti ossidanti , eccesso di fumo

Clinica: Sono presenti sul dorso linguale papille filiformi anche molto lunghe , il colore è variabile dal giallo al nero (LINGUA NIGRA) ed è dovuto alla presenza di detriti alimentari , residui cellulari ed organici sovrainfezioni batteriche e candidosiche.

LINGUA VILLOSA o PELOSA



La **DIAGNOSI** è clinica , non sono necessari ulteriori accertamenti o biopsie

LINGUA VILLOSA o PELOSA



Colore variabile

LINGUA VILLOSA o PELOSA



La lesione è asintomatica ma è spesso considerata antiestetica

TERAPIA: spazzolamento delicato e quotidiano del dorso linguale , correzione dei fattori predisponenti