

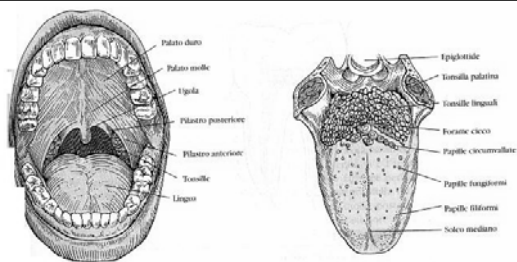
Cavità orale e faringe

- Circa il 20 % dei pazienti consulta il medico per problemi relativi a tali organi.
- *Il mal di gola* (acuto/cronico, con o senza febbre o disturbi della deglutizione) può derivare da una malattia locale ma anche essere la precoce manifestazione di una malattia sistemica
- *Il bruxismo* (digrignare i denti al di fuori della masticazione) è spesso indice di malattie psichiatriche e si manifesta specialmente durante il sonno

Obiettivi dell'esame del cavo orale

- Valutare l'igiene orale
- Riconoscere carie e paradontopatie
- Riconoscere la presenza di lesioni orali, di alterazioni linfonodali loco-regionali, di patologie delle ghiandole salivari e delle strutture ossee regionali
- Riconoscere la manifestazioni orali di malattie sistemiche
- Riconoscere problemi sistemiche causati da patologie /interventi sul cavo orale
- Valutare la funzionalità della articolazione temporo-mandibolare
- Identificare gli apparecchi dentari protesici
- Sapere valutare la necessità ed il tempo di una consulenza specialistica odontostomatologica

Anatomia cavo orale



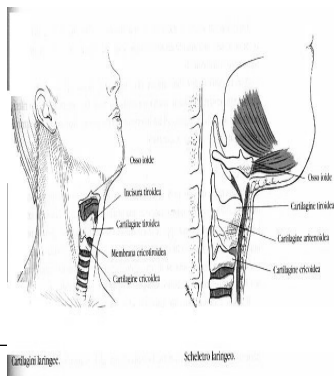
- Mucosa orale/ geniena
 - Labbra
 - Lingua
- Palato duro e molle
 - Denti
- Ghiandole salivari
 - Le tonsille

Revisione sintomi/segni a carico cavità orale

- **Dolore**
 - Localizzazione, tipo, irradiazione, durata, modalità di insorgenza, fattori modificanti, sintomi associati in altre sedi
- **Ulcerazioni**
 - Frequenti come espressione di malattie locali o sistemiche.
 - Unicità o molteplicità delle lesioni, ricorrenza, presenza di dolore associato (lingua /labbra), presenza di lesioni simili in altre sedi corporee (periorifiziiali)
- **Sanguinamento**
 - Da cause sistemiche (piastrinopenie /patie; farmaci) o locali
- **Masse**
 - Tempo di comparsa, dolorabilità (neoplasie indolenti!), associazione con ptialismo, xerostomia, disfagia
- **Alitosi**
 - frequente (50% adulti); 90% da cause orali; 10% da patologie nasali, polmonari, gastrointestinali o malattie sistemiche (diabete mellito, cirrosi, uremia, trimetilaminuria)

La faringe

- **Suddivisione funzionale**
 - Rinofaringe (t. Eustachio, adenoidi)
 - Orofaringe
 - Ipofaringe (laringofaringe) [3 muscoli costrittori innervati dal IX (Glossof.) e X (vago) paio dei nervi cranici]
- **Funzioni**
 - **Deglutizione**
 - 3 fasi, delle quali solo la prima (*linguale*) è volontaria mentre la fase *faringea ed esofagea* sono involontarie
 - **Fonazione**
 - risonanza e articolazione
 - **Passaggio aria**



Revisione Segni/Sintomi Faringei

- **Ostruzione nasale**
 - ↑ dimensioni adenoidi; edema/ipertrofia mucosa rinofaringea (allergia); traumi; deviazioni marcate del setto
- **Dolore**
 - Flogosi tonsillare/faringea; tumefazioni; corpi estranei.
 - Acuto (flogosi); cronico(neoplasie); spesso riferito all'orecchio omolaterale
- **Disfagia**
 - Difficoltà nella deglutizione: sede, tipo di bolo, esame tonsille palatine, presenza o meno di rigurgito (acido, alimentare)

Revisione Segni/Sintomi Faringei (2)

Sordità

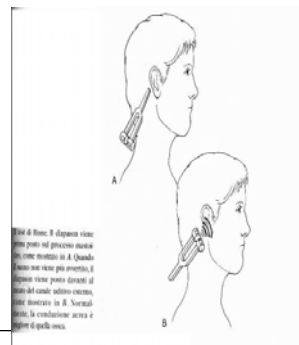
Patologie flogistiche /neoplastiche della T. Eustachio o vicine allo sbocco di essa (adenoidi!) possono provocare **sordità di conduzione**

	Sordità Conduttiva	Sordità Neurosensor.
Patologia a carico di:	Can.ud.est Orecchio medio	Coclea N. cocleare Tr. cerebrale
Timbro voce	↓ Vs norma	↑ Vs norma
Canale udit. esterno	Patologico-possibilm.	Normale
M. Timpanica	Patologica-abitualm.	Normale
Test Rinnie	Negativo	Positivo
Test Weber	Percezione sul lato "malato"	Percezione sul lato "più sano"

Il test di Rinnie

- Confronta la Conduzione aerea con quella ossea .
- Si usano le vibrazioni prodotte da un diapason a 512 Hz
- Normalmente la C.A. e > alla C.O. (T. Rinnie positivo)

* Rinnie Negativo = CO>CA
:Sordità conduttiva
* CA↓ e CO↓ ma CA>CO:
Sordità neurosensoriale



Revisione sintomi/segni laringei

■ **DISFONIA** (raucedine)

Alterazione variabile del timbro e del tono della voce (stabile nella raucedine)

= lesioni del palato e corde vocali

□ **Disartria** : difficoltà nella articolazione della parola

= lesioni lingua e palato

□ **Disfasia**: difficoltà nella comprensione o espressione della parola = disfunzione cerebrale

□ **Afasia** : perdita totale della parola = cause cerebrali

■ **Motoria** : si comprendono ordini scritti e verbali senza poterli ripetere; le risposte sono esatte ma non correttamente articolate (lesioni lobi frontali)

■ **Sensoriale**: non si comprendono comandi scritti /verbali; le risposte sono articolate in maniera corretta ma sono inesatte (lesioni temporo- parietali)

Elementi di valutazione della disfonia

- Durata
- Cause di miglioramento/peggioramento
- Timing di comparsa nella giornata
- Storia di recente intubazione
- Storia di recenti traumi al collo
- Tabagismo
 - compressione del laringeo ric. da tumori bronco sin.
- Coesistenza di malattie cardiache note
 - compressione atrio sin. dilatato sul laringeo ric.

Sistematica dell'E.O. cavità orale

- Labbra
- Lingua
- Mucosa orale
- Gengive
- Denti
- Ghiandole salivari
- Palato duro e molle
- Pavimento buccale
- XII paio dei nervi cranici (Ipoglosso)

LABBRA



- Colore/ sanguificazione
 - Cianosi (solitamente di origine centrale); pallore.. da anemia
- Lesioni microvescicolari " a grappolo" (Herpes Simplex)
- Teleangectasie/ pigmentazioni (a volte coinvolgenti tutto l'apparato GI) (Sin di Rendu-Osler; Sin di Peutz- Jeghers)
- Mucocele: formazione dura, transilluminabile (contiene fluido), dovuta ad ostruzione dei dotti di ghiandole muco-secerenti e solitamente interessante il labbro inferiore

Labbra (2)



Figura 10-31
Mucocele del labbro inferiore.



Figura 10-47
Cheilite angolare.

- **Mucocele:** formazione dura, transilluminabile (contiene fluido), dovuta ad ostruzione dei dotti di ghiandole muco-secerenti e solitamente interessando il labbro inferiore
- **Cheilite angolare:** lesioni biancastre angolari da macerazione indotta da saliva (ptialismo secondario ad *irritazione* o *incontinenza cavo orale*). Sono spesso dolorose e possono sovrainfettarsi con miceti /batteri assumendo un aspetto eritematoso

Mucosa orale/gengivale

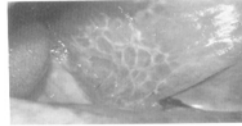


Figura 10-13
Lichen planus della lingua.

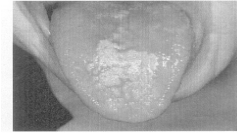


Figura 10-15
Leucoplachia della lingua.

- **Rilevare** aree di colorito o pigmentazione alterati, ulcerazioni o lesioni traumatiche
- **Lichen planus (erosivo e non)** : più frequente; lesione reticolare biancastra e indolente, simmetrica
- **Leucoplachia:** placca bianca, spessa e ben demarcata, strettamente aderente, indolente ad evoluzione (lenta) cancerosa

Mucosa orale /gengivale (2)



Figura 10-16
Macchie di Fordyce della mucosa buccale.

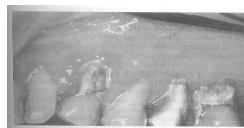


Figura 10-18
Eritroplachia gengivale.

- **Macchie di Fordyce:** piccole protrusioni papulari giallastre dovute a ghiandole sebacee normali e prominenti sulla mucosa geniena (spesso peri Stenone) o delle labbra
- **Eritroplachia (Gengivale)** : area di mucosa con papule eritematose piccole, granulari ma sanguinanti. Degenera in carcinoma più frequentemente della leucoplachia

Mucosa orale gengivale (3)

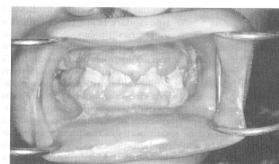


Figura 10-19
Ipertrofia gengivale in paziente che assume fenitoina.

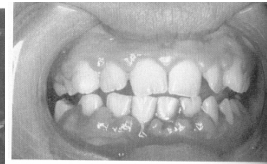


Figura 10-21
Ipertrofia gengivale in paziente con leucemia acuta. Nota la gengivorragia.

- **Ipertrofia gengivale (molte cause)**
 - **Da farmaci (antiepilettici- fenitoina; calcio antagonisti)**
 - **Leucemie (spesso con aspetti emorragici)**
 - **Alterazioni genetiche**
 - **Variazioni ormonali durante la fase puberale**

Lingua

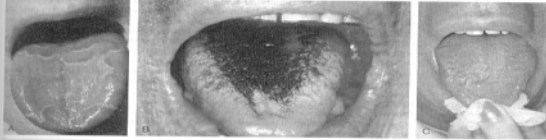


Figura 10-24
Tre normali varianti della lingua. A, Lingua a carta geografica; B, Melanoglossia; C, Lingua scrotale.

- **Lingua a carta geografica**: aree rosse e piatte di atrofia delle papille filiformi circondate da rilievi giallo-biancastri formati da papille normali. Variabilità, benignità ma non normalità!
- **La lingua scrotale**: fissurazioni che compaiono dalla nascita in circa il 5% dei nati e si accentuano in età adulta. Per microristagni di cibo possono indurre alitosi e/o flogosi locale. Variante benigna e "normale"

Lingua(2)

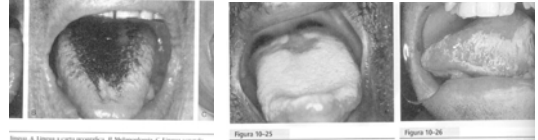


Figura 10-25
A, Lingua a carta geografica; B, Melanoglossia; C, Lingua scrotale.

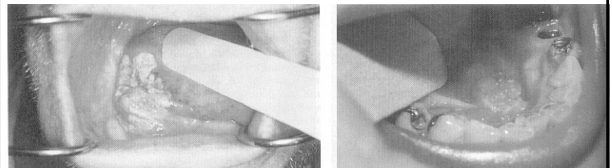
- **Melanoglossia**: condizione benigna con ipertrofia delle papille filiformi che assumono l'aspetto e il colore di peli (lingua nigra villosa)
- **Leucoplachia linguale(orale) capelluta**: lesioni filiformi, rilevate e biancastre, aderenti e non su mucosa eritematosa, che sono prevalentemente distribuite per mm o cm sui margini laterali della lingua (AIDS)

Lingua (3)



- **Candidosi orale**: membrane bianche scarsamente aderenti su fondo eritematoso
 - Distribuite frequentemente alla lingua
 - Ma anche, come pseudomembrane, sul palato sia duro che molle, spesso con un coinvolgimento massivo dell'ugola
 - **Pazienti immunocompromessi (AIDS, DIABETE, Leucemie) o, raramente, in terapia steroidea topica prolungata**

Palpazione della lingua e pavimento della bocca



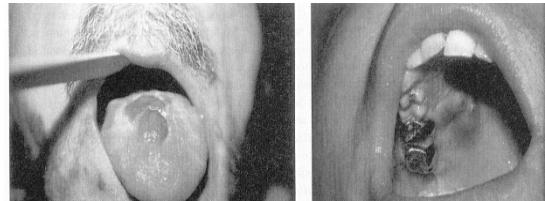
- I 2/3 anteriori della lingua possono essere palpati senza evocare riflesso di soffocamento
- In questa zona e sui suoi margini laterali si annidano l'85% delle neoplasie linguali. Palpare e biopsiare sempre lesioni persistenti > 2 settimane:
 - Noduli solo parzialmente ulcerati (carcinoma)
 - Lesioni leucoplasiche-nodulari (carcinoma a cellule squamose)

Ispezione e palpazione del palato



- Sede frequente delle microvescicole (spesso ulcerate) della gengivostomatite erpetica e/o di petecchie di natura embolica o infettiva
- Un reperto comune (specie nelle donne di mezza età) è una esostosi benigna mediana, dura e indolente del palato duro (torus palatinus)
- Diversa, invece, la natura delle eritroplachie che hanno spesso una evoluzione maligna

Sarcoma di Kaposi Orale



- Segno precoce di infezione da HIV, spesso prima che compaiano le lesioni cutanee tipiche

Valutazione delle ghiandole salivari

- Le ghiandole salivari in condizioni normali non si visualizzano. A volte, specie se vi è un ingrandimento monolaterale (parotide, sottomandibolare) possono determinare una asimmetria del volto facilmente riconoscibile
- Ispezionare l'orificio dei dotti delle ghiandole maggiori (Stenone, a livello della corona del 2° molare; Wharton, posto medialmente alla base della lingua ai lati del frenulo) e valutarne la funzionalità ripulendo con un piccolo batuffolo di cotone la papilla ed osservando il fluire della saliva dopo leggera compressione della ghiandola in esame

Esame dell'Ipoglosso (XII Nc)

- Si esegue chiedendo al paziente di tirare fuori la lingua
- Ove vi sia una parziale contrazione muscolare da un lato della lingua per deficit motorio da patologia dell'ipoglosso la lingua devierà verso il lato della lesione

Ispezione della faringe

- Sola manovra dell'EO di tale organo
- Posizionare, se necessario, correttamente l'abbassalingua sul terzo medio della lingua stessa onde evitare contrazione e innalzamento dei 2/3 posteriori o il riflesso del vomito
- Ispezionare la mucosa e le tonsille (flogosi, candidosi, ipertrofia tonsillare, presenza di essudato membranoso)
- Ispezionare la parete posteriore della faringe
- Valutare la funzionalità (mobilità in sollevamento) del palato molle
- Evocare ed esaminare il riflesso faringeo (conato di vomito evocato dal tocco delicato della base della lingua o della parete posteriore del faringe)

Ispezione della laringe

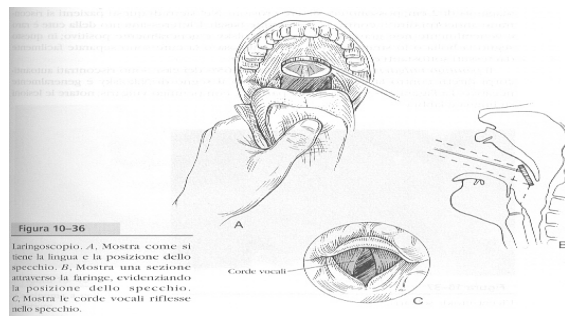


Figura 10-36
Laringoscopia. A, Mostra come si pone la lingua e la posizione dello specchio. B, Mostra una sezione anversa la faringe, evidenziando la posizione dello specchio. C, Mostra le corde vocali riflesse nello specchio.

Lesione	Sintomi	Segni	Ulteriori informazioni
Ulcera aftosa (vedi Fig. 10-37)	Dolorosa, piaga recidivante biancastra con margini rossi, sulla superficie interna delle guance, sulla punta e sui bordi della lingua o sul palato.	Lesione singola, del diametro di circa 0,5-2 cm, prima maculopapulosa ma poi ulcerata e circondata da un alone eritematoso; le lesioni sono solitamente solo su aree mucose spaccate.	Circa il 60% della popolazione soffre periodicamente di questo tipo di lesione della durata di 2 settimane; l'etiologia è sconosciuta.
Ulcera erpetica (ulcera fredda; febbre del labbro) (vedi Fig. 10-8 e 10-44)	Dolorosa, piaga recidivante delle labbra.	Papule multiple, vescicole o ulcere della giunzione fra mucosa e cute del palato duro o delle gengive; quando le lesioni si rompono, si forma una crosta.	Infezione erpetica primaria nei bambini si dà sotto dei 16 mesi; lesioni multiple e a grappolo sulla mucosa, vescicole biancastre, piccole, discrete, prima dell'ulcerazione, ulcere del diametro di circa 1 mm, che possono unirsi; presenti: linfadenopatia, febbre e malessere; lesioni labiali rappresentano la forma ricorrente; abituali negli adulti; malattia auto-limitata, 1-2 settimane, in eridite le forme primarie e recidivante.
Ulcere croniche	Lesione dolorosa sulla lingua o sulle labbra che dura da 2 settimane a 3 mesi.	Lesione ulcerata singola con spessimento dei margini; lesione senza area centrale di necrosi; può essere presente linfadenopatia dolente.	Cercare lesioni genitali.
Carcinoma a cellule squamose (vedi Fig. 10-40, 10-41, 10-42, 10-43)	Plaga ulcerata delle labbra, pavimento della bocca o lingua (in particolare modo focalizzata sui bordi laterali); Eritroplachia del pavimento della bocca, del palato molle.	Lesione singola di consistenza maggiore con i bordi spessi e rilevati; spesso in una zona di leucoplachia; assente area centrale di necrosi; fondo spesso eritematoso; alterazioni della parete possono essere presenti se l'estensione della lesione è notevole; linfadenopatia dolorosa può presentarsi nel collo; segni di metastasi a distanza.	Maggior frequenza negli alcolisti e nei fumatori.
Eritema multiforme	Improvvisa insorgenza di multiple ulcerazioni urenti nella bocca o sulle labbra.	Aree eritematiche di ulcerazione con fondo eritematoso spesso con pseudomembrane; le lesioni iniziali sono bolle; frequente il coinvolgimento della cute.	Molti sono i fattori precipitanti; reazioni a farmaci, virus, alterazioni endocrinologiche o una neoplasia maligna sottostante; molto frequente in inverno ed in primavera nei

Lesione	Sintomi e segni	Segni	Ulteriori informazioni
Iperplasia dentaria	Esulso di tessuto sui margini della gengivata.	Tessuto spugnoso, edematoso, spesso eritematoso con l'impregnazione del margine delle gengivata; comune sulla mucosa a muscolare anteriore.	giovani-adulti. Frequentemente recidiva.
Candidosi (moniliosi) (vedi Fig. 10-25, 10-30)	Bruciole in una zona di mucosa linfole o della faccia interna delle guance o della lingua.	Perle dentate biancastre, che possono essere rimosse a lasciare una zona eritematosa che può sanguinare; le lesioni eritematose e osservate occasionalmente ai verticilli a largo spettro.	Si osservano spesso in pazienti con malattie croniche oppresse, diabete, in pazienti che hanno assunto antibiotici o in pazienti che hanno fatto per bocca un largo impiego con antibiotici e immunosoppressori (pazienti con AIDS). Alto eziologico: malgrado.
Eritroplachia (vedi Fig. 10-18, 10-33)	Area rossa eritematosa su mucosa gengivale, lingua o pavimento buccale.	Perle rosse, eritematose, che sanguinano.	
Leucoplachia (vedi Fig. 10-16, 10-19, 10-26)	Placca bianca non dolorosa sulla faccia interna delle guance, sulla lingua, sul labbro inferiore e sul pavimento della bocca.	Lesione ben circoscritta, biancastra, che non può essere rimossa con raschiamento; simile ad una vernice biancastra; spesso con puntellature rosse nel suo contorno; l'epitelizzazione di una delle lesioni può indicare una trasformazione maligna.	I pazienti sono in genere uomini di età >50 anni; fattori predisponenti: alcoolismo, fumo di sigaretta, AIDS, mastocitosi di tabacco.
Lipoma (vedi Fig. 10-23)	Crescita lenta, massa non dolente localizzata sulla faccia interna della lingua.	Massa giallastra, non dolente alla palpazione, di consistenza soffice, invariabilmente mobile.	
Lichen planus (vedi Fig. 10-13)	Lesione generalmente simmetrica, si forma spesso sulla mucosa buccale e sul labbro inferiore e sulla lingua.	Lesioni biancastre (leucoplachie) sulla mucosa orale nella forma reticolare; in quella con ispessimento della mucosa appare come una lesione eritematosa, allentata o sotto con aree biancastre o bolle nel suo contorno.	La forma reticolare è la causa più comune delle lesioni biancastre del cavo orale; un coinvolgimento cutaneo è presente nel 10-35% dei casi; frequente nei pazienti sottoposti a stress emotivi.
Ulcere traumatiche	Dolore nella sede della piaga; breve durata (1-2 settimane).	Lesione singola eritematosa con bordi marcati; la parte centrale è spesso necrotica; talora un'ulcera può presentarsi una linfadenopatia conseguente di grado medio.	I pazienti frequentemente riferiscono la causa della lesione (ad es. mordere la guancia); mentre si presentano una linfadenopatia conseguente di grado medio.
Mucocoele (vedi Fig. 10-11)	Lesione non dolente, delle labbra inferiori o della superficie interna delle guance; lievemente accentratrice.	A forma di cisti, del diametro di circa 1-2 cm; lesione classica mobile.	Può essere in relazione ad un precedente trauma oppure ad una infiammazione.