

**DIAGNOSI E TERAPIA DELLE COMUNI PATOLOGIE PARODONTALI NON
PLACCA CORRELATE** *Relatore: Prof. Andrea Sardella (Milano)*

Le patologie orali che possono coinvolgere i tessuti parodontali possono essere suddivise in relazione a differenti cause:

- Di natura meccanica-fisica (come ad esempio può avvenire a livello degli incisivi inferiori per la sollecitazione di piercing labiali).
- Cause iatrogene (come ad esempio l'ipertrofia gengivale provocata da Ciclosporina).
- Cause infettive (come ad esempio le gengiviti marginali nei pazienti Hiv positivi, le gengiviti necrotizzanti acute o le gengivostomatiti erpetiche).
- Cause paraneoplastiche (come ad es. nella Leucoplachia) e neoplastiche (come ad es. in presenza di carcinoma o di manifestazioni gengivali di Linfoma non-Hodgkin).

Un comune quadro come quello di una gengivite desquamativa con tessuto eritematoso, sottile, facilmente sanguinante, può condurci a diagnosi cliniche completamente differenti.

Proprio per questo è importante seguire un rigoroso iter diagnostico che prevede:

- Attenta raccolta anamnestica.
- Accurato esame dei tessuti molli del cavo orale.
- Frizionamento dei tessuti gengivali eritematosi con strumenti odontoiatrici a punta smussa (es. manico dello specchietto) per verificare la presenza del segno di Nikolsky (formazione di bolle/vescicole immediatamente successiva alla manovra e patognomica di Pemfigo e Pemfigoide volgare).
- Prelievo per biopsia e colorazione con ematossilina/eosina o indagini con immunofluorescenza.

Tra le patologie di maggior interesse che entrano in diagnosi differenziale in una situazione clinica di gengivite desquamativa troviamo: il Lichen Planus, il Pemfigoide ed il Pemfigo volgare.

Il **Lichen Planus** è una malattia muco-cutanea ad origine immunitaria (per reazione cellulo-mediata) e a carattere infiammatorio. Ha un'incidenza maggiore dell' 1% e colpisce con maggior frequenza il sesso femminile con picchi verso i 50-60 anni.

L' eziopatogenesi è sconosciuta, anche se sono stati indagati fattori microbici, fisici e chimici. Il risultato è una degenerazione dei cheratinociti dello strato basale riconosciuti come "non self" e quindi aggrediti da parte dei linfociti T. Gli attori della conseguente infiammazione (citochine, fattori di necrosi...) auto-mantengono il fenomeno. Al Lichen Planus possono essere associate altre patologie per lo più a localizzazione epatica (i malati di lichen hanno un maggior rischio di essere positivi all' HCV) e in circa lo 0,5% dei casi si può avere un'evoluzione maligna della lesione. Oltre che per gli aspetti clinici peculiari rilevabili nei tessuti mucosi non parodontali, questa patologia si differenzia dalle altre, grazie ai tipici aspetti osservabili a livello microscopico: alla colorazione con ematossilina-eosina si evidenziano la degenerazione dello strato basale e la presenza di infiltrato linfocitario a banda.

Il **Pemfigoide** è un'altra patologia a carattere autoimmune. Si manifesta con la comparsa, a livello gengivale di eritema, edema, desquamazione, formazione di bolle (segno di Nicolsky positivo) ed ulcerazioni croniche. Può esserci anche interessamento delle mucose genitali e di quelle congiuntivali. In particolare, la guarigione cicatriziale e la conseguente retrazione corneale possono portare anche a cecità.

A livello microscopico un quadro di Pemfigoide è identificabile attraverso colorazioni a base di ematossilina e con l'immunofluorescenza diretta: si riscontrano depositi di autoanticorpi a livello della membrana basale e presenza di autoanticorpi diretti contro la Laminina 5 (una componente proteica degli emidesmosomi). Il risultato di questa aggressione autoimmune è una netta separazione della lamina epiteliale basale dalla sottostante lamina propria con il distacco tra connettivo ed epitelio e la formazione di *bolle sottoepiteliali*.

Il **Pemfigo volgare** è una malattia muco-cutanea dell'età adulta che si presenta con uguale frequenza nei due sessi. La patogenesi è legata all'azione di autoanticorpi contro la Desmogleina 3 (proteina che collega tra loro le cellule epiteliali) con conseguente scollamento tra le cellule epiteliali e formazione di *bolle intraepiteliali*.

Le manifestazioni orali sono in genere molto gravi e possono colpire qualsiasi zona della mucosa orale con lesioni di tipo ulcerativo per l'estrema fragilità dell'epitelio che va incontro a distruzione molto rapidamente (segno di Nicolsky positivo). Tali manifestazioni sono molto importanti perché possono precedere di molti mesi quelle cutanee. È pertanto molto importante che la diagnosi sia precoce (nella diagnosi differenziale bisogna includere l'eritema multiforme, l'epidermolisi bollosa e lo stesso pemfigoide delle membrane mucose).

Essendo queste patologie accomunate dal carattere autoimmune, la terapia è basata sull'impiego di immunosoppressori, fra i quali un ruolo determinante è svolto dai corticosteroidi. Se queste lesioni sono localizzate alla sola mucosa orale, come nel caso del pemfigoide delle membrane mucose, la terapia di prima scelta consiste nell'applicazione topica di corticosteroidi, come ad esempio Clobetasolo gel orale, Triamcinolone soluzione acquosa e Betametasona soluzione acquosa. Per avere risultati migliori si può aumentare il tempo di contatto fra farmaco e mucosa con l'ausilio di mascherine di materiale plastico in cui porre Clobetasolo propionato 0,05% in idrossietilcellulosa. Nel caso del pemfigo volgare agli steroidi topici vengono aggiunti anche steroidi ad uso sistemico come il Prednisone.

Sono molto utilizzati anche gli Immunosoppressori maggiori (Ciclosporina, Azatioprina, Tacrolimus) che peraltro non danno risultati migliori rispetto agli steroidi topici, essendo gravati da effetti collaterali più importanti.

Per la profilassi delle sovrainfezioni, frequenti nei casi di utilizzo di steroidi, si prescrivono sciacqui con Clorexidina e l'applicazione di antimicotici.
