

I quaderni della professione - n. 13

FABRIZIO MONTAGNA

PATOLOGIA DI CONFINE ORL E ODONTOIATRICA

**ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
DENTISTI
ITALIANI**

Edizioni Promoass



Il giardino

*Guarda amore i frutti del nostro giardino
diversi dal più grande al più piccolo.*

*Un bocciolo in fiore da rimirare,
un gentile riservato cespuglio,
un acerbo frutto da maturare,
un tenero verde chiaro germoglio.*

*Noi due siamo come giardinieri
una vita per curarli, allevarli,
nido soffice e bassi muri
in modo da sé stessi proteggerli.*

*Perché senza ferirsi si lancino,
perché solo pronti ci oltrepassino,
per poi fondare un loro giardino.*

*Allora muro dal tempo sberciato,
saremo soli insieme ancora noi due,
in amore come abbiamo iniziato.*

La motocicletta

*Romba il vibrante ruggito il motore
Sibila nel casco il fischio del vento
Risale e riscalda il corpo il calore
Trema la mano sferzata dal vento*

*Lo sguardo è in avanti proteso
all'obiettivo fugace di un dosso
che si ripropone già superato
in un orizzonte nuovo e immutato.*

*Accennano le labbra un sorriso,
il polso piega e accelera deciso.
Il mondo è alle spalle ormai sorpassato
e tutti pensieri appena abbozzati
son come le strisce bianche sfrecciati
dietro un asfalto nero superato.*

*Così nella vita intensa d'eventi,
pensieri in rapido moto abbozzati,
veloce sfreccio verso nuovi orizzonti,
con entusiasti sorrisi accennati,
incredulo d'un incidente finale,
che inatteso m'attenda privo di male.*

Se sapessi di morire domani

*Se sapessi di morire domani
non per me, son certo, m'addolorerei.
Mi peserebbe solo il lasciarvi,
l'allontanarmi per non più vedervi.*

*Se sapessi di morire domani
non la mia vita, ma voi perderei.
Una figlia solare e rigogliosa
nei suoi diciottanni efficienti.
Un uomo-ragazzo intuitivo e fragile
nei suoi sedicianni strafottenti.*

*Un bambino riservato e gentile
nei suoi undicianni che mutano.
Un ultimo frutto, viziato e gioioso
nei suoi cinque anni che giocano.*

*Se sapessi di morire domani
mi spiacerebbe sola lasciarti,
mia donna moglie amante compagna,
non starti vicino e in silenzio parlarti
col calore del corpo e del cuore.
Se sapessi di morire domani
subito a voi mi troverei a pensare.*

*Mentre anche per finta solo immaginare
che vi possa qualcosa capitare,
con gli occhi umidi e un nodo alla gola,
nella pena mi trovo ad affondare.*

Nostalgia

*Sei da poche ore, per pochi giorni partita.
Già mi mancano le poche stanche parole
che in cucina scaldano a sera la tavola,
poi sul divano vederti dormire sfinita.*

*Allora dei nostri figli prendo il piccino,
lo metto nel nostro letto e ti sento vicino.*

Dormire

*Anelo a un fondo sonno
la mia stanchezza aprire,
scordar le pene e il suono
e riposarmi e dormire.*

*Un tempo in un ambiente
stavo viso all'entrata
per vedere la gente,
oggi spalle alla porta
per non vedere niente.*

*Un tempo al telefono
accorrevo curioso,
oggi ascolto il suono
a novità scontroso*

*Il mio cuore selvaggio
persa l'infantil pace,
il giovanil coraggio
muta in pena che tace.*

*La pace mi strabilia
del meschino stimato
e l'orgoglio mi esilia
da un mondo falsato*

*Finito il giorno lottato
schivo ai lunghi sentieri,
cammino impolverato
perso in grigi pensieri.*

*Anelo a un fondo sonno
la mia stanchezza aprire,
scordar le pene e il suono
e annullarmi e finire.*

FABRIZIO MONTAGNA

PATOLOGIA DI CONFINE ORL E ODONTOIATRICA



**ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
DENTISTI
ITALIANI**

Edizioni Promoass

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compreso i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i paesi.

L'editore potrà concedere a pagamento l'autorizzazione a riprodurre una porzione non superiore a un decimo del presente volume: Le richieste di riproduzione e di distribuzione, per le pubblicazioni di seguito riportate, vanno inoltrate a: EDIZIONI PROMOASS, via Sicilia 43, 00187 Roma – Tel.0642011536.

Libri

- *Prevenzione delle infezioni in odontoiatria: epatiti e Aids*, MONTAGNA F, Promoass 1996
- *La responsabilità nella professione odontoiatrica*, MONTAGNA F, DE LEO D, CARLI O, Promoass 1997
- *Patologia orale orientata per problemi: diagnosi differenziale e terapia*, MONTAGNA F, FERRONATO G., MARTINELLI F, Promoass 2000

Monografie della collana i quaderni della professione

1. *Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologia cardiovascolare*, MONTAGNA F, Promoass 1998
2. *Il trattamento odontoiatrico del paziente in gravidanza, nei primi anni di vita e disabile*, MONTAGNA F, FERRO R., Promoass 1999
3. *Il trattamento odontoiatrico del paziente con allergia, patologia renale e gastrointestinale*, MONTAGNA F, SMACCHIA C., Promoass 1999
4. *Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologia broncopolmonare, neurologica e psichiatrica*, MONTAGNA F, FERRONATO G., MARTINELLI F, Promoass 2000
5. *Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra. Linee ragionate di terapia per gruppo Anatomico Chimico Terapeutico (ATC)*, MONTAGNA F, FERRONATO G., Promoass 2000
6. *Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatra. Linee ragionate di terapia per patologia odontostomatologica ed emergenza*, MONTAGNA F, FERRONATO G., Promoass 2000
7. *Effetti indesiderati e interazioni dei farmaci sistemici in odontoiatria. Prima parte*, MONTAGNA F, Promoass 2001
8. *Effetti indesiderati e interazioni dei farmaci sistemici in odontoiatria. Seconda parte*, MONTAGNA F, FERRONATO G, Promoass 2001
9. *Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologie sistemiche*, MONTAGNA F, Promoass 2001
10. *Epatiti virali e AIDS in odontoiatria*, MONTAGNA F, Promoass 2002
11. *Il dolore orofacciale*, MONTAGNA F, Promoass 2002
12. *Patologie di confine e assistenza medico-odontoiatrica condivisa*, MONTAGNA F, Promoass 2002

Altri libri dello stesso autore:

1. *Le patologie professionali del personale odontoiatrico e il contenzioso odontoiatrico paziente*, MONTAGNA F, Masson ed. 2001, Milano.
2. *Lavorare al microscopio operatorio in odontoiatria*, MONTAGNA F, DAL PONT E, Promoden ed. 2002, Milano.

La ricerca e l'esperienza clinica ampliano costantemente le nostre conoscenze in odontoiatria soprattutto in relazione alle modalità terapeutiche e ne consegue la necessità di un continuo aggiornamento dei parametri diagnostici e terapeutici. Le indicazioni e le dosi dei farmaci citati in questo manuale riportano le raccomandazioni riportate nella letteratura internazionale; particolare cura è stata posta nel controllo dei dosaggi che, quando non diversamente specificato, si intendono espressi per un paziente adulto, normopeso, in assenza di controindicazioni e interazioni. Poiché non è esclusa la possibilità di qualche errore; si consiglia al lettore di verificare attentamente se le indicazioni riportate nel testo abbiano mantenuto la loro validità al momento di una futura consultazione; di prendere, inoltre, visione del foglietto illustrativo che accompagna ogni preparazione farmaceutica.

INDICE

1. SINDROME DA IPERTROFIA ADENOIDEA	pag.	5
1.1 Eziologia	pag.	5
1.2 Le patologie ORL e sistemiche correlate	pag.	5
1.2.1 Flogosi naso-sinusali	pag.	6
1.2.2 Flogosi tubo-timpaniche	pag.	8
1.2.3 Flogosi faringo-tonsillari e bronco-pneumoniche	pag.	9
1.2.4 Disturbi della fonazione	pag.	9
1.2.5 Disturbi psicologici e auxologici	pag.	9
1.3 Le respirazione orale e le disarmonie dento-facciali	pag.	9
1.4 La diagnosi	pag.	11
1.5 La terapia	pag.	12
1.5.1 La terapia ortognatodontica	pag.	12
1.5.2 La terapia otorinolaringoiatrica	pag.	13
2. PATOLOGIE DELLE TONSILLE PALATINE	pag.	15
2.1 Ipertrofia tonsillare	pag.	15
2.2 Angine tonsillari	pag.	15
2.3 Indicazioni alla tonsillectomia	pag.	15
3. PATOLOGIA DEL SONNO	pag.	17
4. SINTOMI ORL E DISTURBI DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE	pag.	20
4.1 Otalgia	pag.	20
4.2 Acufeni	pag.	21
4.3 Turbe dell'equilibrio	pag.	22
4.4 Turbe della postura	pag.	23
5. INFEZIONI DEGLI SPAZI PROFONDI	pag.	24
5.1 Ascessi	pag.	24
5.2 Sinusiti odontogene	pag.	25

6. TUMEFAZIONI DEL COLLO	pag. 28
6.1 Tumefazioni nella regione parotidea	pag. 28
6.2 Tumefazioni in regione sottomandibolare	pag. 29
6.3 Tumefazioni laterali del collo	pag. 30
6.4 Tumefazioni mediane del collo	pag. 32
7. TUMEFAZIONI FACCIALI	pag. 33
7.1 Tumefazioni facciali diffuse	pag. 33
7.2 Tumefazioni facciali localizzate	pag. 33
8. BIBLIOGRAFIA	pag. 34

SINDROME DA IPERTROFIA ADENOIDEA

1.1 EZIOLOGIA

L'istmo orofaringeo è circondato da tre grosse concentrazioni di tessuto linfoide, collegate tra loro da piccole isole di tessuto linfatico, che vengono a formare una catena denominata anello di Waldeyer (fig 1.1):

- posteriormente dalle adenoidi (tonsilla faringea), situate sulla parte mediana della volta della rinofaringe, posteriormente alle coane, tra gli orifizi delle tube auditive
- lateralmente dalle tonsille palatine, situate bilateralmente tra l'arco palatino anteriore e posteriore dell'orofaringe
- anteriormente dalle tonsille linguali situate all'interno della base della lingua bilateralmente

L'anello, con i numerosi noduli linfoidi dispersi, viene a costituire il MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue) ed è collegato al sistema linfonodale del collo

La funzione dell'anello di Waldeyer consiste nel facilitare lo sviluppo dell'immunità ai microrganismi che entrano nell'organismo attraverso il naso e la bocca; agisce, quindi, come induttore e effettore della risposta immune attraverso funzioni di cooperazione e maturazione di linfociti T e B, innesco di isotipi immunoglobulinici, e produzione di anticorpi.

La tonsilla faringea si sviluppa progressivamente dalla nascita sino al 7°-8° anno; epoca in cui inizia un processo involutivo caratterizzato dalla graduale riduzione del tessuto linfatico, sino all'atrofia nell'adulto (fig 1.2).

Nella risposta immune essa interviene come prima linea di difesa, bloccando l'antigene attraverso la produzione di IgA secretorie che limitano la mobilità dei movimenti batterici e attivano la fagocitosi macrofagica.

Per il ruolo immunologico descritto le adenoidi vanno incontro a infezioni acute ricorrenti e croniche (adenoiditi, riadenoiditi, adenotonsilliti).

La frequente ricorrenza di flogosi orofaringee può indurre l'ipertrofia patologica (vegetazioni adenoidee), che nel tempo si stabilizza, persistendo anche al di fuori degli episodi flogistici. Sinonimi di ipertrofia adenoidea patologica risultano termini come sindrome ostruttiva respiratoria, sindrome da ostruzione nasale, sindrome adenoidea, adenoidismo.

La situazione si verifica con particolare frequenza nella I e II infanzia, che rappresentano, pertanto, le età a rischio per la realizzazione della sindrome.

È indubbio che nella eziopatogenesi della ipertrofia adenoidea entrino anche fattori costituzionali, eredo-familiari che si identificano essenzialmente nella diatesi essudativo-linfatica (linfatismo); che esprime il particolare modo di reagire dell'organismo a stimoli vari, in prevalenza infettivi, nell'infan-

zia in cui il sistema immunitario è ancora relativamente immaturo.

Inoltre fattori favorenti le flogosi ricorrenti orofaringee e l'ipertrofia adenoidea patologica sono, alcune condizioni ambientali e sociali come: l'inquinamento atmosferico nelle città industrializzate; le regioni con climi freddi e umidi; l'eccessivo riscaldamento e la carente umidificazione del microclima domestico; l'esposizione al fumo passivo di sigaretta; la precoce scolarizzazione che espone i bambini a infezioni epidemiche delle vie respiratorie.

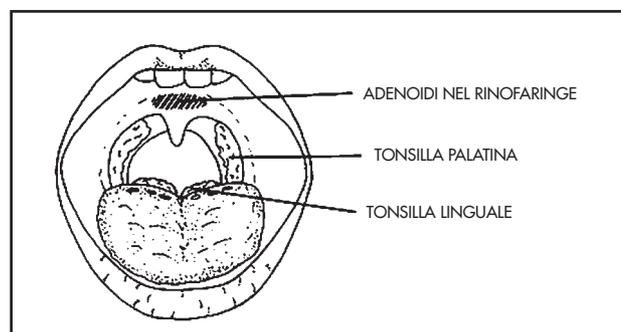


Figura 1.1 - Anello di Waldeyer

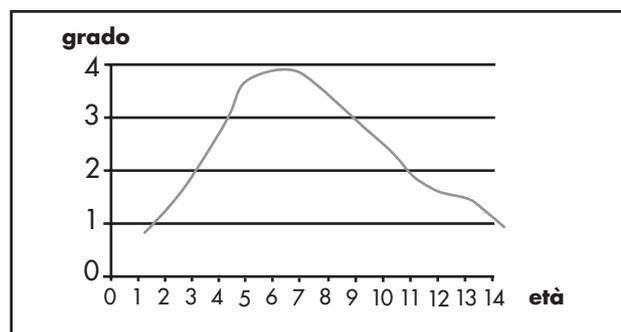


Figura 1.2 - Grado di ipertrofia adenoidea in relazione all'età.

1.2 LE PATOLOGIE CORRELATE

L'ipertrofia patologica della tonsilla faringea determina l'ingombro del cavo rino-faringeo e il conseguente ostacolo del flusso aereo nasale; con la conseguenza di una ostruzione nasale subcontinua, in cui si registrano brevi periodi di remissione solo durante la stagione estiva.

Proprio l'ostruzione nasale è il sintomo fondamentale a cui possono essere correlati quadri patologici loco-regionali e sistemici con implicazioni a carico di diversi organi e apparati come l'orecchio medio, le cavità nasali e paranasali, la fonazione, il sonno e lo sviluppo somatico e psicologico del bambino (tabella 1.3).

Risulta evidente che la diagnosi e la terapia della sindrome richiede un approccio multidisciplinare, nell'ambito di un'assistenza medica condivisa tra otorinolaringoiatri, pediatri, foniatri, allergologi e odontoiatri.

In particolare per l'odontoiatria e l'ortodontista l'importanza della sindrome adenoidea consiste nella influenza che la respirazione orale può rivestire nella genesi di malocclusioni e dismorfismi facciali (cfr capitolo 1.4 La respirazione orale e le disarmonie dento-facciali).

Le patologie del sonno per il loro rapporto eziopatogenetico con l'ipertrofia tonsillare sono trattati nel capitolo della ipertrofia tonsillare (cfr 2.2 Patologia del sonno).

1.2.1 Flogosi naso-sinusali

In presenza di un'insufficiente ventilazione nasale, si determina un accumulo di muco che, non adeguatamente drenato in orofaringe a causa dell'ostruzione nasale, rappresenta il terreno ideale per la colonizzazione di agenti patogeni.

Le rino-adenoiditi e le rino-sinusiti acute (catarrali o mucopurulente) si manifestano con difficoltà di alimentazione, malessere generale, rialzo termico, linfadenopatia (laterocervicale, sottomandibolare, nucale) e rinorrea (anteriore o posteriore).

Tali forme nei bambini più piccoli possono complicarsi con celluliti orbitarie o meningiti; mentre nei più grandi tendono alla cronicità con rinorrea purulenta e ostruzione nasale molaterale.

L'esame otorinolaringoiatrico è dirimente per la valutazione dei caratteri e della eziologia dell'ostruzione nasale cronica (tabella 1.4).

La rinoscopia anteriore consente l'ispezione della parte anteriore delle fosse nasali, ma non fornisce informazioni sul rinofaringe.

La rinoscopia posteriore e l'esplorazione digitale del cavo faringeo sono difficoltose per la presenza del riflesso faringeo; risultando praticamente impossibili nella maggior parte dei bambini per la difficoltà di collaborazione (fig 1.5).

L'endoscopia a fibre ottiche è l'indagine attualmente ritenuta fondamentale nella diagnosi delle patologie naso-sinusali e rinofaringee; si avvale del naso-faringo-laringoscopia flessibile a fibre ottiche, spesso integrato in un circuito televisivo composto da microcamera, monitor e videoregistratore per documentazione e archiviazione.

Attraverso la fibroendoscopia è possibile classificare l'entità delle vegetazioni adenoidee in 4 gradi a cui si possono correlare la gravità della sintomatologia ostruttiva respiratoria e le implicazioni che ne derivano:

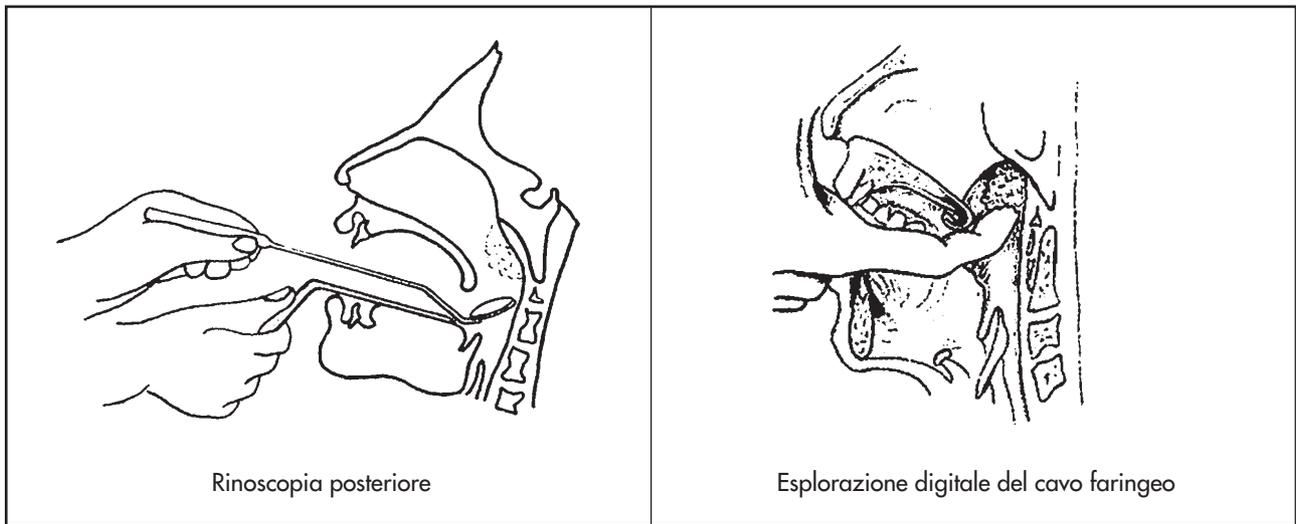
- il 1° grado è caratterizzato dalla presenza di isolotti di tessuto linfatico, localizzati sulla volta e sulla parete posteriore della rinofaringe. Non vi è alcuna resistenza al passaggio del flusso aereo dalla cavità nasale al rinofaringe, gli osti tubarici sono pervi e l'essudato, se presente, non è conseguenza di blocco meccanico
- il 2° grado presenta il tessuto adenoideo che occupa la metà superiore della regione coanale senza raggiungere la zona tubarica; non vi è ancora alcun ostacolo al flusso aereo naso-faringeo
- nel 3° grado il tessuto adenoideo occupa i $3/4$ del cavo rinofaringeo e raggiunge la zona tubarica mascherandola in parte, mentre la via respiratoria è ridotta a una fessura. Tale situazione rappresenta il reperto più frequente che si presenta nei pazienti con disturbi respiratori e disarmonie dento-facciali

Tabella 1.3
PATOLOGIE CORRELATE ALLA SINDROME DA IPERTROFIA ADENOIDEA

<i>Flogosi naso-sinusali</i> Rino-faringiti Rino-adenoiditi Rino-sinusiti	<i>Disarmonie dento-facciali</i> Facies adenoidea Dismorfismi facciali Malocclusioni dentarie	<i>Disturbi psicologici</i> Irrequietezza e sonnolenza Difficoltà di concentrazione e apprendimento Difficoltà di inserimento scolastico e sociale
<i>Flogosi tubo-timpaniche</i> Otitis medie Ipoacusia trasmissiva Antro-mastoiditi	<i>Disturbi della fonazione</i> Rinolalia chiusa posteriore Dislalia	<i>Disturbi auxologici</i> Corporatura e postura astenica Ritardo di crescita Iposviluppo corporeo e ponderale
<i>Flogosi faringo-tonsillari e broncopneumoniche</i> Faringo-tonsilliti Laringo-tracheo-bronchiti Sindrome rino-bronchiale	<i>Patologia del sonno</i> Cattiva qualità del sonno Roncopatia (russamento) Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS)	

Tabella 1.4
CAUSE DI OSTRUZIONE NASALE CRONICA NEI BAMBINI

<p><i>Congenite</i></p> <p>Stenosi/atresia coanale Malformazioni cranio facciali Craniofaringiomi Cisti dermoidi Cisti naso-alveolari e naso-faringee Cordomi Teratomi</p>	<p><i>Infettive infiammatorie</i></p> <p>Iperplasia adenoidea Rinosinusite cronica Rinite allergica/rinite ipertrofica cronica Poliposi nasale</p> <p><i>Traumatiche</i></p> <p>Deviazione della cartilagine del setto</p>
--	--



Rinoscopia posteriore

Esplorazione digitale del cavo faringeo

Figura 1.5 - Esame otorinolaringoiatrico

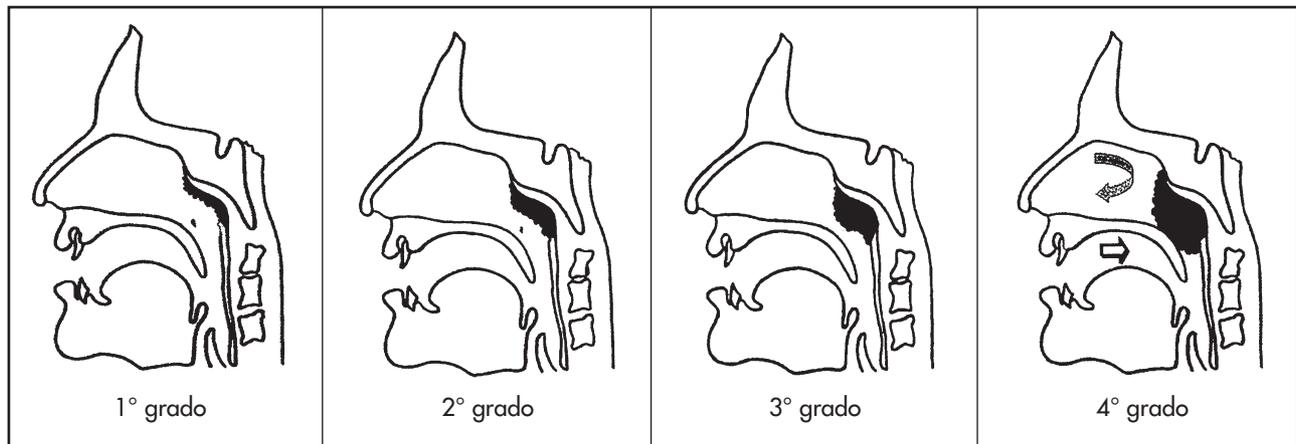
- il 4° grado è caratterizzato da vegetazioni adenoidee esuberanti che chiudono completamente la regione coanale, spingendosi nella cavità nasale. L'ostio tubarico è completamente eclissato. Il catarro non può progredire nel rinofaringe e si accumula nelle cavità nasali. La respirazione nasale è abolita.

La rinomanometria rappresenta l'indagine funzionale per lo studio dei flussi e delle resistenze aeree nelle cavità nasali; è in

grado di definire e quantificare l'ostruzione nasale; di facile e rapida esecuzione è utilizzabile in soggetti collaboranti a partire, quindi, dall'età di 4-5 anni.

In relazione alle modalità di misurazione si distinguono rinomanometrie anteriori, posteriori, attive e passive.

La rinomanometria anteriore attiva (RAA) è la più fisiologica e misura le resistenze aeree durante la respirazione, ma richiede una certa collaborazione da parte del paziente; mentre



1° grado

2° grado

3° grado

4° grado

Figura 1.6 - Vari gradi di ipertrofia adenoidea

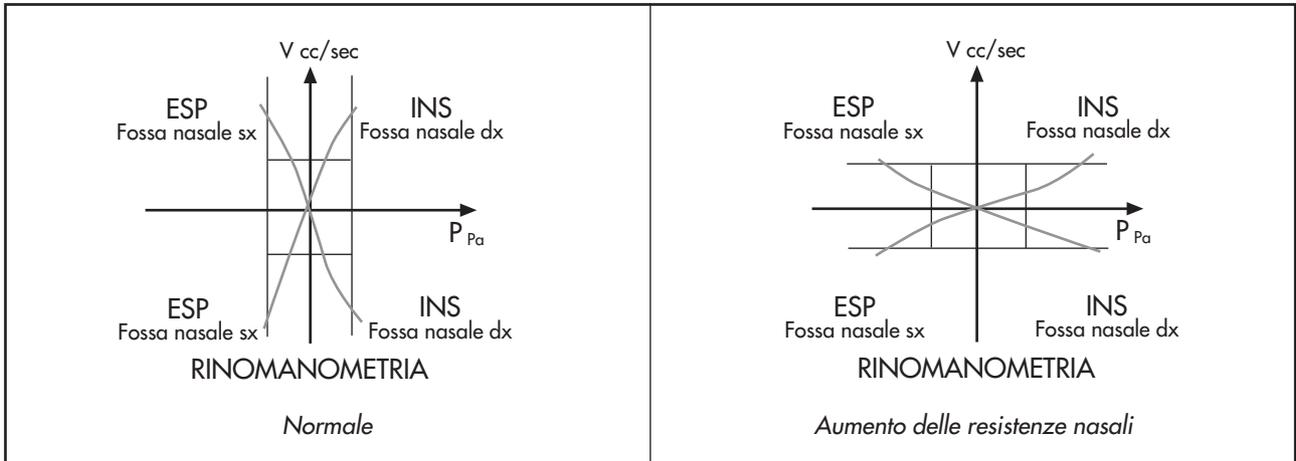


Figura 1.7 - Grafici rinomanometrici

la rinomanometria anteriore passiva (RAP) è eseguita nei più piccoli, facendo passare quantità d'aria prefissate nel paziente in apnea e valutandone il gradiente pressorio in uscita.

Il rinomanometro permette di ottenere un tracciato formato da curve a S italice in un diagramma con i valori di resistenza espressi in Pascal (P) in ascissa e i valori di flusso in cc/sec (V) in ordinata. Le variazioni di inclinazione delle curve sono indicative delle modificazioni della pervietà nasale (fig 1.7).

1.2.2 Flogosi tubo-timpaniche

L'ingombro meccanico dell'ostio da parte del tessuto linfatico ipertrofico o dell'edema delle pareti tubariche in corso di rinofaringiti può facilmente causare l'ostruzione della tuba e l'insorgenza di tubo-timpaniti e otiti medie (sierosa, catarrale, purulenta) con i classici sintomi di otalgia, ipoacusia, otorrea.

Complicanza non infrequente delle otiti purulente è l'antromastoidite con segni generali (febbre, astenia), locali (otorrea

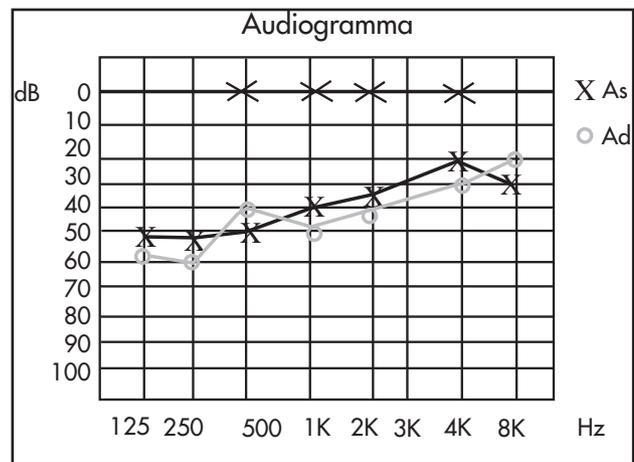


Figura 1.8 - Esame audiometrico con ipoacusia trasmissiva.

purulenta, otalgia, appiattimento del solco retroauricolare e spostamento in avanti del padiglione auricolare).

L'ipoacusia trasmissiva è l'espressione più frequente della patologia dell'orecchio medio secondaria ad adenoidismo e nei

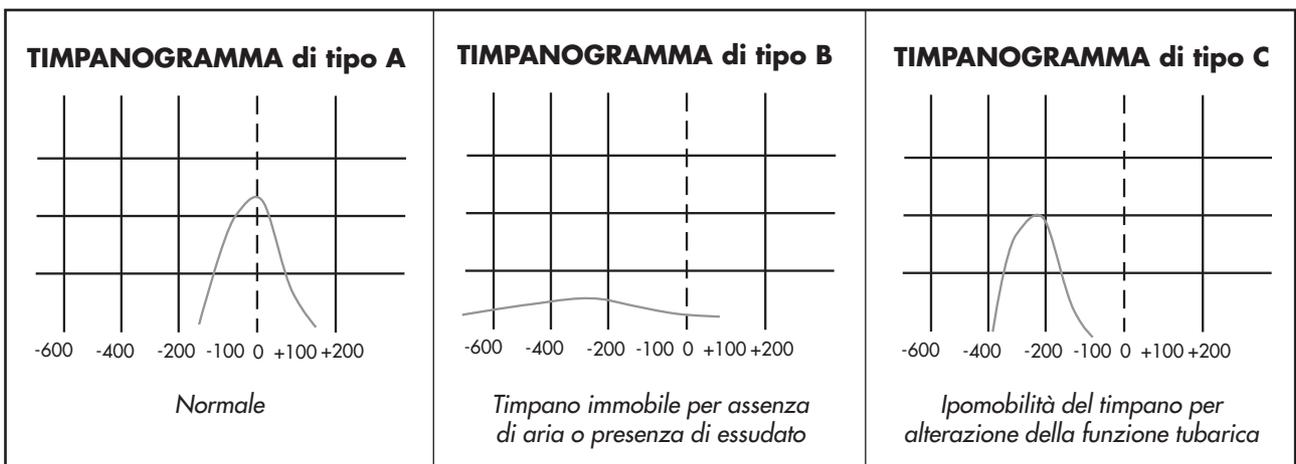


Figura 1.9 - Timpanogramma

casi medio-gravi può avere implicazioni sull'apprendimento scolastico e sul linguaggio.

La diagnosi otorinolaringoiatrica si basa sull'otoscopia, sull'esame audiometrico (fig 1.8) e sull'impedenzometria.

L'impedenzometria misura le forze opposte dell'orecchio al passaggio dell'energia acustica, mediante il rilievo della elasticità del sistema timpano-ossiculare. L'esame si compone di due parti: la timpanometria e la riflessometria stapediale.

La timpanometria fornisce utili informazioni sullo stato funzionale dell'orecchio medio, in particolare sulla sua aereazione; la registrazione (timpanogramma) si realizza in un grafico a picco che corrisponde alla quantità di aria endotimpanica (fig 1.9):

- nel soggetto con buona ventilazione la timpanometria è rappresentata da una curva con picco a valore di pressione d'aria intorno a 0 mm H₂O
- in presenza di funzione timpanica alterata si crea nell'orecchio un graduale riassorbimento di aria e una depressione del timpanogramma verso valori negativi inferiori a -80/-150 mmH₂O)
- in caso di totale assenza d'aria nella cassa timpanica o di presenza di essudato, il timpano è immobile e il timpanogramma piatto.

1.2.3 Flogosi faringo-tonsillari e bronco-pneumiche

Vi è una maggiore incidenza di flogosi e infezioni delle vie aeree superiori e inferiori nel bambino adenoideo, che possono rappresentare motivo di visita ORL, pediatrica e pneumologica.

L'inalazione di aria non adeguatamente condizionata e filtrata espone le vie aero-digestive superiori (VADS) e le basse vie respiratorie a stimoli fisici, chimici e infettivi in grado di determinare faringo-tonsilliti e laringo-tracheo-bronchiti (acute, ricorrenti, croniche) con maggior frequenza nel bambino adenoideo rispetto il soggetto normale.

La sindrome rino-bronchiale è caratterizzata da fenomeni bronco-ostruttivi che si verificano con maggior frequenza in pazienti con iperattività bronchiale o disreattività nasale (allergici o vasomotori).

1.2.4 Disturbi della fonazione

La rinolalia chiusa posteriore è un segno caratteristico della sindrome adenoidea, determinata dall'occlusione del cavo rinofaringeo e della regione coanale, da parte del tessuto linfatico; consiste in una modificazione del timbro della voce che diviene nasale e spenta per la perdita della risonanza nasale e la totale omissione per i fonemi m, n, gn.

Nel respiratore orale, la postura bassa della lingua e la diminuita crescita trasversale del palato può alterare la risonanza e la corretta pronuncia di alcuni suoni, come l'articolazione del fonema polivibrante R, provocando il cosiddetto rotacismo.

Inoltre l'incompetenza labiale, che spesso si associa alla respirazione orale, facilita l'instaurarsi della deglutizione atipica che provoca uno sventagliamento degli incisivi superiori fino all'instaurarsi di un open-bite dento-alveolare; tutto ciò si può associare a un sigmatismo dovuto a un'anomala interrelazione tra labbra, lingua e arcate dentali.

Per un'analisi più approfondita delle dislalie meccaniche si rimanda al quaderno 12 della stessa collana (Patologia di confine e assistenza medico-odontoiatrica condivisa, capitolo 7.1 Discalie).

1.2.5 Disturbi psicologici e auxologici

Diversi fattori si combinano nel determinare alterazioni auxologiche e difficoltà psicologiche del bambino affetto da adenooidismo:

- le infezioni recidivanti delle vie aeree e la sindrome rino-bronchiale possono rallentare la crescita e causare periodi prolungati di assenza dalla scuola
- l'ipoacusia trasmissiva nei casi medio-gravi può avere implicazioni sull'apprendimento scolastico, sul linguaggio e sul comportamento
- i disturbi del sonno possono causare stanchezza mattutina, sonnolenza diurna, scarso rendimento fisico e mentale. La roncopatia e l'apnea notturna (OSAS) si presentano associate a ipertrofia adenoidea nel 10-50% dei casi.

Le implicazioni che ne derivano dipendono sia dalla entità della ostruzione respiratoria (legata alla relativa sproporzione tra il volume del tessuto linfatico e quello della cavità orofaringea), sia dalla precocità della sua instaurazione, che dalla sua cronicità.

1.3 LA RESPIRAZIONE ORALE E LE DISARMONIE DENTO-FACCIALI

Nei casi in cui sussiste una sproporzione tra il volume delle vegetazioni adenoidi e quello del cavo rino-faringeo, si viene a determinare una ostruzione nasale e, quindi la necessità di una respirazione orale.

In una percentuale significativa di casi a tale situazione si associano uno o più sintomi di malocclusione e/o dismorfismo facciale (tabella 1.10), sino alla facies adenoidea che rappresenta l'espressione clinica eclatante.

Il bambino presenta un caratteristico aspetto prognatico, con faccia allungata, mandibola cadente, zigomi sporgenti, naso affilato, labbro superiore corto che evidenzia denti protrusi e malposizionati, un aspetto distratto, stanco, svogliato (figura 1.11). Va comunque ribadito che allo stato attuale, nonostante una sterminata mole di ricerche, non è ancora possibile spiegare in che modo e in che misura le variazioni del flusso aereo influenzino la crescita e lo sviluppo facciale.

Tabella 1.10
MALOCCLUSIONI E DISMORFISMI FACCIALI ASSOCIATI ALLA RESPIRAZIONE ORALE

<p>Labbra Incompetenza labiale Labbro superiore corto Labbra screpolate</p> <p>Muscolatura oro-facciale Ipotonia dei m. facciali Postura linguale bassa Deglutizione atipica</p> <p>Naso e seni paranasali Ipertrofia adeno-tonsillare Iposviluppo delle cavità nasali e paranasali Naso a base larga e piccolo Narici rivolte in alto</p>	<p>Mascellare Ipoplasia trasversale e sagittale Palato ogivale Palato molle verticale Rotazione del piano bispinale</p> <p>Mandibola Aumento dell'altezza facciale inferiore Crescita in postero-rotazione Distoposizione o anteposizione (II o III classe scheletrica)</p>	<p>Dentatura Protrusione degli incisivi mascellari Retroinclinazione degli incisivi mandibolari Affollamento dento-alveolare Morso crociato mono o bilaterale Morso aperto anteriore</p> <p>Postura Estensione della testa Inversione della lordosi cervicale Postura bassa della mandibola Abbassamento dell'osso ioide</p>
---	---	--

Esiste una ampia controversia riguardo le relazioni causali tra respirazione orale e disarmonie dento-facciali:

- alcuni dati sperimentali suggeriscono l'influenza di una alterata funzione respiratoria sulla morfologia facciale
 - altri mettono in discussione questa correlazione, sostenendo il ruolo della predisposizione genetica
 - secondo l'opinione di molti autori le diverse tesi possono essere compendiate, considerando i dismorfismi dento-facciali del bambino adenoideo in un quadro multifattoriale.
- Sono state avanzate diverse ipotesi per interpretare il meccanismo morfogenetico sotteso dalla respirazione orale; la teoria attualmente più accreditata è quella dello "stiramento o stretching dei tessuti molli" che pone in relazione la morfologia facciale, la respirazione orale e la postura del capo. Secondo questa teoria, la posizione bassa della mandibola e l'estensione del capo, assunte dal respiratore orale per dimi-

nuire le resistenze delle vie aeree, comporterebbero sollecitazioni abnormi delle strutture scheletriche facciali, pregiudicandone l'armonico sviluppo.

L'estensione della testa rispetto alla colonna cervicale comporterebbe uno stiramento passivo dei tessuti molli della faccia e del collo; la pelle e i muscoli (mimici e masticatori) stirati eserciterebbero una trazione in basso e indietro limitando la crescita sagittale e favorendo la crescita verticale della faccia.

Alcune indagini hanno, comunque, evidenziato uno scarso impatto, sulla postura del capo, da parte dell'ostruzione del cavo faringeo e sostengono, quindi, una scarsa correlazione eziologica tra la respirazione orale e le alterazioni dento-scheletriche.

Alla teoria dello stiramento dei tessuti molli si contrappongono, quindi, le teorie genetiche che pongono maggiore ri-

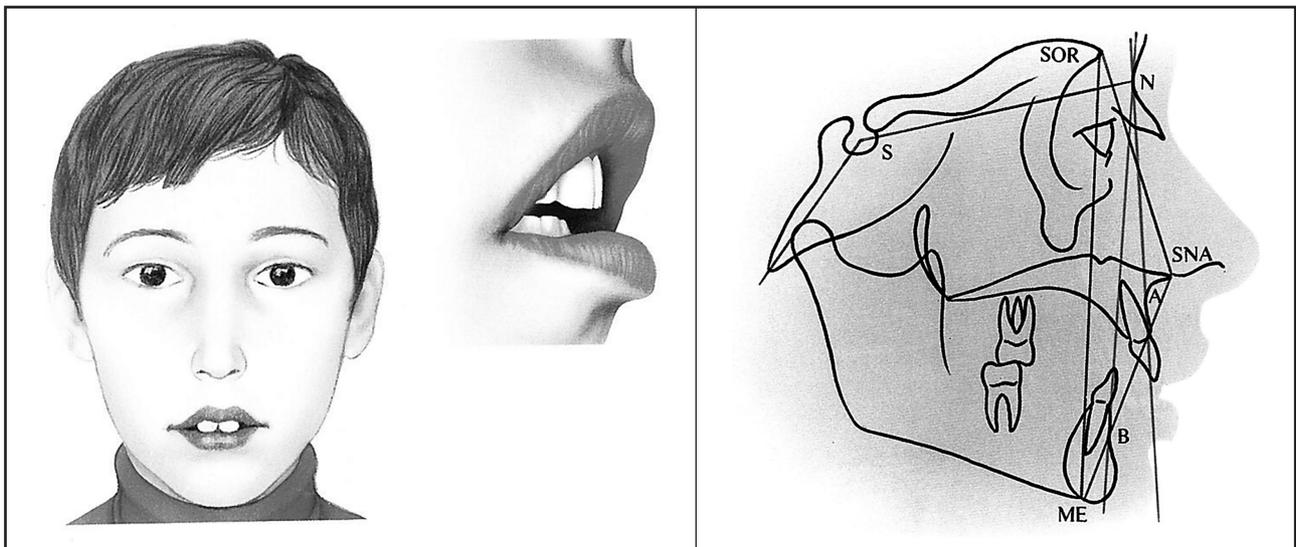


Figura 1.11 - Facies adenoidea

lievo sulla ereditarietà di molti fattori come ad esempio lo schema di crescita facciale, gli atteggiamenti posturali e le patologie atopiche (rinite allergica).

Nella stessa eziopatogenesi della sindrome adenoidea, ad esempio, entrerebbero fattori costituzionali, eredofamiliari che si identificano essenzialmente nella diatesi essudativo-linfatica (linfatisimo); che esprime un particolare modo di reagire dell'organismo a stimoli infettivi, in un periodo in cui il sistema immunitario è ancora immaturo.

Secondo gli autori che compendiano la tesi funzionale e genetica la respirazione orale sarebbe in grado di indurre la facies adenoidea in soggetti con determinate caratteristiche genetiche (dolico-facciali, iperdivergenti), fungendo da fattore aggravante in soggetti predisposti.

Comunque, indipendentemente dal meccanismo eziologico iniziale (funzionale, genetico, multifattoriale) i meccanismi morfo-funzionali di rimodellamento, che si innestano successivamente, sono sovrapponibili e si traducono in un'azione muscolare che tende a contrastare lo sviluppo sagittale della faccia e a favorire la crescita verticale.

La postura a bocca aperta (cioè in disclusione) protratta nel tempo, produce un'estrusione dei processi alveolari e determina quindi la crescita verticale del terzo inferiore della faccia. Mentre la pressione dei tessuti molli (guance e muscoli) ostacolano la crescita trasversale del palato, favorendo una conformazione ogivale e di morsi crociati.

Contestualmente a causa della respirazione orale può svilupparsi una II o III classe dentale e/o scheletrica:

- la seconda classe è favorita dalla incompetenza labiale e dalla deglutizione atipica (spesso associate); nonché dall'iperestensione del rachide cervicale (accentuazione della lordosi fisiologica) e dalla post-rotazione mandibolare per facilitare la respirazione
- la terza classe è favorita dalla azione propulsiva esercitata sulla mandibola dalla postura linguale bassa e avanzata, mantenuta dal paziente per garantire un canale pervio per il flusso respiratorio, soprattutto nei casi di ipertrofia delle adenoidi e delle tonsille palatine associate (cfr capitolo 2. Ipertrofia tonsillare)

1.4 LA DIAGNOSI

La diagnosi di respirazione orale da parte dell'odontoiatra e/o dell'ortodontista viene per lo più realizzata sulla base di criteri clinici attraverso l'esame obiettivo, l'osservazione del modo di respirare, l'anamnesi, alcuni test clinici e la cefalometria. L'anamnesi è indirizzata a definire i caratteri dell'ostruzione nasale e le eventuali patologie associate ed i molti casi è sufficiente a indirizzare verso la corretta diagnosi di ipertrofia adenoidea.

Nell'ipertrofia adenoidea le difficoltà respiratorie compaiono generalmente dopo i 2 anni e aumentano progressivamente sino a 6-7 anni; mentre la storia di un'ostruzione nasale già presente alla nascita, o che compare nei primissimi mesi di vi-

ta, e non si modifica successivamente è di solito significativa per malformazioni congenite o traumatiche.

I rilievi anamnestici relativi alla qualità dell'ostruzione (continua, subcontinua, accessionale), ai caratteri della secrezione (sierosa, mucosa, mucopurulenta, purulenta), alla presenza di epistassi possono rilevarsi fondamentali per la diagnosi differenziale di vegetazioni adenoidee, patologie flogistiche o neoplastiche.

La diatesi essudativo-linfatica, spesso alla base dell'adenoidismo, si manifesta con: difetti di crescita e sviluppo, micropoliadenopatia dei linfonodi laterocervicali, disturbi del sonno, otopatie, affezioni bronco-polmonari.

All'esame obiettivo il rilievo più evidente è la facies adenoidea e la malocclusione dentaria che possono dipendere dell'ostruzione nasale cronica o da fattori ereditari in presenza di una corretta respirazione nasale.

L'ispezione della piramide nasale può evidenziare deformazioni più o meno gravi di natura congenita o acquisita.

Nel respiratore orale le labbra a riposo sono incompetenti e, nel caso siano richiesti di inspirare profondamente dal naso, non varia la forma e la dimensione delle narici. Nel respiratore nasale, invece, le labbra a riposo sono serrate e nell'inspirazione le narici si dilatano, poiché è presente un buon riflesso dei muscoli alari (riflesso narinale di Gudín).

La funzione può essere diagnosticata collocando uno specchio a doppia superficie sul labbro superiore (specchio di Glaztel): nel respiratore orale si appanna la superficie inferiore; nel respiratore nasale la superiore a carico di entram-

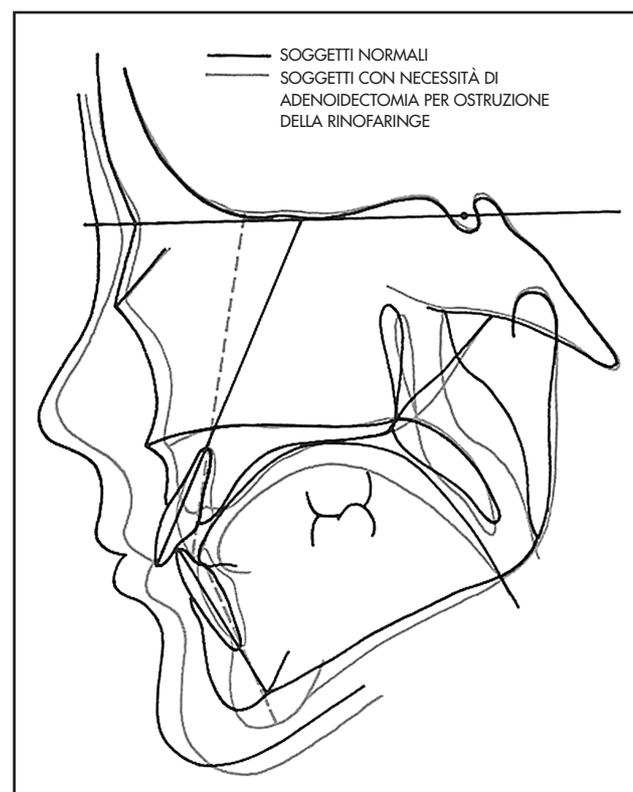


Figura 1.12 - Teleradiografia del crano in latero-laterale.

be o di una sola narice (in caso di ostruzione monolaterale). L'ortopantomografia e la radiografia del cranio in proiezione anteriore possono evidenziare turbinati ipertrofici o deviazioni del setto con ostruzione nasale mono o bilaterale.

La telerradiografia del cranio in proiezione laterale permette di valutare le dimensioni delle adenoidi e dello spazio nasofaringeo (1.12).

Tale indagine riveste, comunque, un valore puramente indicativo, trattandosi di un'immagine bidimensionale che non definisce il dettaglio.

Tutte queste indagini si rivelano, perciò, poco affidabili, fornendo indicazioni imprecise sull'attitudine alla respirazione orale e quindi inadeguate per definire la programmazione del trattamento, che deve tenere conto della natura e del grado di severità dell'ostruzione.

Esiste, infatti, una vasta gamma di condizioni intermedie tra la respirazione orale e nasale: in soggetti adenoidei, si possono presentare situazioni di compenso funzionale tali da consentire una respirazione nasale prossima alla normalità; mentre soggetti privi di ostruzione possono avere l'abitudine a una respirazione orale.

L'esame otorinolaringoiatrico è, quindi, dirimente per la valutazione dei caratteri e della natura dell'ostruzione e si basa sulla rino-otoscopia, l'endoscopia a fibre ottiche, la rino-manometria e gli esami otologici (audiometrici e impedenzometrici).

1.5 LA TERAPIA

I sintomi relativi alle disarmonie dento-facciali possono essere facilmente individuati in pedodonzia e ortodonzia, e il trattamento ortodontico rappresenta una parte di un intervento globale.

Per questo motivo la responsabilità dell'odontoiatra, si pone nei termini di richiesta di visita otorinolaringoiatrica e/o pediatrica nell'ambito di un trattamento medico-odontoiatrico condiviso che deve essere graduato nel singolo caso in funzione dell'età, del grado di ostruzione, della gravità delle complicazioni loco-regionali e sistemiche o della frequenza delle recidive.

1.5.1 La terapia ortognatodontica

I risultati ottenibili con l'ortognatodonzia dipendono dalla distinzione tra soggetti predisposti alla respirazione orale in categorie multiple caratterizzate dalla eziopatogenesi genetica o acquisita, individuando in ciascun gruppo la severità dell'ostruzione.

L'esame cefalometrico permette, entro certi limiti, di ipotizzare una eziologia acquisita o ereditaria della disarmonia dento-facciale: nella predisposizione genetica le alterazioni si presentano generalizzate a tutta la faccia e alla corporatura; mentre nelle forme acquisite la dismorfosi è localizzata al terzo inferiore del viso (tabella 1.13).

Tabella 1.13
FATTORI INDICATIVI DI EZIOLOGIA GENETICA E ACQUISITA

PREDISPOSIZIONE GENETICA	PREDISPOSIZIONE ACQUISITA
<p>Esame clinico Corporatura astenica e prevalenza su tutto il corpo delle dimensioni verticali rispetto le trasversali</p> <p>Dolicocefalia (iperdivergenza) elevata Crescita verticale di tutta la faccia (terzo superiore, medio e inferiore)</p> <p>Contrazione dell'arcata mascellare e mandibolare Retroinclinazione e affollamento degli incisivi superiori e inferiori</p>	<p>Esame clinico Corporatura variabile (stenica, astenica)</p> <p>Tipologia facciale variabile (normo, dolico o brachifacciale) Narici piccole orientate verso l'alto</p> <p>Arcata mascellare contratta rispetto la mandibolare Affollamento prevalente all'arcata mascellare Incisivi superiori vestibolo-inclinati</p>
<p>Esame cefalometrico Piano palatino parallelo o in lieve postero-rotazione sul piano di Francoforte</p> <p>Ramo mandibolare corto Riduzione della profondità facciale Aumento dell'altezza facciale totale</p> <p>Incisivi mascellari normo-inclinati Incisivi mandibolari linguo-inclinati</p>	<p>Esame cefalometrico Piano palatino in antero-rotazione</p> <p>Tendenza alla biprotrusione</p> <p>Aumento dell'altezza facciale inferiore</p> <p>Incisivi mascellari e mandibolari vestibolarizzati</p>

Comunque considerando che indipendentemente dall'origine funzionale o genetica, i meccanismi morfo-funzionali di rimodellamento che subentrano, si sovrappongono è difficile individuare l'origine con certezza.

Nei soggetti con predisposizione locale (acquisita) è più facile percorrere a ritroso le modificazioni causate dalla respirazione orale con una corretta terapia per esempio:

- espandendo le arcate per ottenere una normalizzazione dei diametri trasversi del palato;
- intrudendo i settori posteriori, in modo da contrastare la crescita verticale della faccia e la postero-rotazione mandibolare;
- rieducando con esercizi mioterapici la competenza labiale, la postura mandibolare e la funzione linguale.

Nei soggetti con predisposizione genetica ci si deve attendere un recupero parziale nella misura delle diverse componenti (genetiche o miste genetiche e funzionali), che si sono sovrapposte nel determinare la disarmonia dento-facciale.

In genere, nei soggetti con predisposizione genetica, si devono escludere le terapie di tipo espansivo, soprattutto nei casi in cui la contrazione dei diametri trasversi riguarda ambedue le arcate; vanno privilegiate le terapie di tipo estrattivo per risolvere le discrepanze dento-alveolari.

In tutti i casi è, comunque, importante intercettare le asimmetrie funzionali, eliminando i morsi crociati; intervento che non ripristina la corretta funzione, ma che elimina un fattore causale in grado di perpetuare la condizione patologica.

L'espansione rapida del mascellare può essere un intervento profilattico alternativo alla chirurgia in quanto è in grado di riportare il bambino verso un tipo di crescita più favorevole con un duplice meccanismo di azione:

- meccanico per incremento dei diametri utili per la respirazione ottenuti mediante aumento del diametro trasverso del palato e delle cavità nasali; spesso mediante una ristabilita simmetria del setto nasale che risulta compromesso nella quasi totalità dei casi
- funzionale con riduzione volumetrica del tessuto linfatico adenoideo grazie al migliorato trofismo che consegue all'aumentato flusso dell'aria e al drenaggio delle secrezioni nasali.

1.5.2 La terapia otorinolaringoiatrica

Il trattamento della sindrome adenoidea non può prescindere da due importanti considerazioni:

- la presenza di tessuto linfatico, anche suberante, è da considerarsi nell'infanzia una situazione fisiologica che verso i 12-14 anni tende spontaneamente all'involutione
- l'ostruzione nasale riconosce spesso patogenesi multifattoriali flogistiche, allergiche e/o dismorfiche.

La diagnosi strumentale e la disponibilità di terapie mediche ha oggi razionalizzato l'approccio terapeutico e ridimensionato gli interventi chirurgici.

Indubbiamente nelle forme di 1° e 2° grado non vi è indicazione all'intervento chirurgico disostruttivo; mentre è indi-

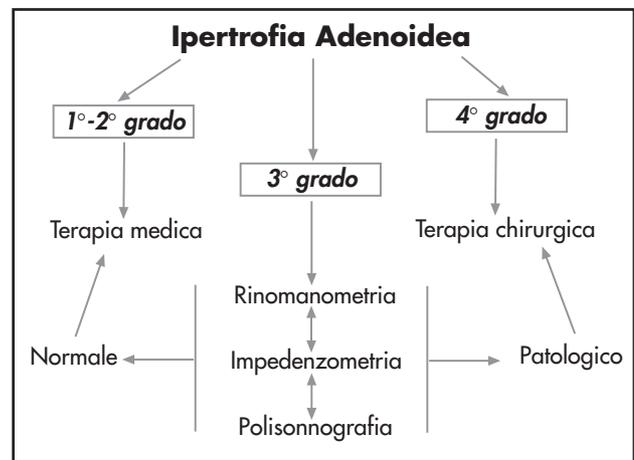


Figura 1.14 - Trattamento dell'ipertrafia adenoidea.

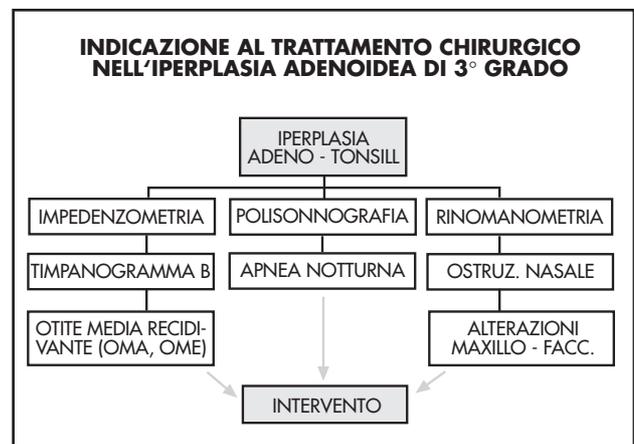


Figura 1.15 - Trattamento dell'ipertrafia adenoidea di 3° grado.

scussa l'indicazione chirurgica nelle ostruzioni nasali totali o subtotali di 4° grado che quasi inevitabilmente comportano le manifestazioni sindromiche precedentemente descritte (tabella 1.14).

Nelle ostruzioni di 3° grado la valutazione è più complessa e, anche in presenza di difficoltà respiratorie non gravi, la coesistenza di patologie loco-regionali o sistemiche aggravate dall'ipertrafia possono costituire indicazione all'intervento (tabella 1.15).

Infatti se se nelle flogosi non eccessivamente importanti dell'orecchio medio e dei seni paranasali e nelle roncopatie non apnoiche è giustificato un atteggiamento di osservazione; nelle patologie più gravi (otiti purulente, recidivanti o croniche, OSAS, ecc) l'intervento si impone anche in presenza di reperti rinomanometrici che rilevano un'ostruzione nasale non grave.

1.5.2.1 Terapia medica

La terapia medica rappresenta un presidio terapeutico efficace e una valida alternativa all'intervento chirurgico nella ipertrafia adenoidea di media entità; in quanto prevenzione e te-

rapia delle infezioni naso-faringee che favoriscono la proliferazione del tessuto linfatico.

L'intervento profilattico si basa sulla prevenzione delle condizioni favorevoli le flogosi rino-faringee attraverso il controllo delle condizioni climatiche e ambientali in cui vive il bambino: è importante l'esposizione al clima marino nel periodo estivo; inoltre va evitato il soggiorno in ambienti chiusi, poco umidificati o inquinati (fumo di sigarette, vapori), in alcuni casi anche limitando la frequenza agli asili e alle scuole nei periodi di infezioni epidemiche virali.

I protocolli di terapia medica proposti sono diversi e vengono di solito presonalizzati in relazione all'età, alla costituzione del soggetto e alla gravità della sindrome ostruttiva.

La terapia rinologica topica si basa sulla prescrizione di:

- lavaggi nasali con soluzioni fisiologiche o saline
- antisettici locali (ad esempio sali d'argento)
- decongestionanti nasali a base di amine simpaticomimetiche o imidazoli (efedrina, fenilefrina, ecc)
- mucolitici locali (aceticisteina spray o aerosol)
- antibiotici locali (ad esempio tiorotocina gramicidina)
- antistaminici locali (tra i più usati azelastina e levocabastina)
- cortisonici locali ad elevato indice terapeutico e privi di effetti collaterali sistemici anche per prolungati periodi (betametasona, flunisolide, ecc)
- terapia termale.

La terapia sistemica si basa sull'utilizzazione di:

- antibioticoterapia sistemica in caso di infezione acuta
- terapia mucolitica (carbocisteina, ambroxol, sobrerolo)
- terapia immunomodulante (estratti di timo, estratti batterici e molecole di sintesi classificate come "modificatori biologici di risposta).

1.5.2.2 Terapia chirurgica

Il trattamento chirurgico diviene necessario nei casi di ostruzione grave o nelle ostruzioni incomplete, ma complicate da flogosi ricorrenti della rinofaringe e delle cavità comunicanti, non dominabili con la terapia medica.

La terapia chirurgica consiste nell'adenoidectomia o nell'intervento combinato di adenotonsillectomia in base alla valutazione del singolo caso.

Attualmente la maggior parte degli otorinolaringoiatri prende in considerazione l'adenoidectomia in base alle indicazioni riportate:

- ostruzione nasale secondaria ad ipertrofia adenoidea. Se vi è anche ostruzione nasale anteriore secondaria a rinite, l'adenoidectomia può non migliorare la respirazione
- alcuni casi di otite sierosa e di otite media acuta ricorrente
- apnea da sonno (unitamente alla tonsillectomia)

L'intervento di adenoidectomia consiste nell'asportazione delle adenoidi per raschiamento (figura 1.16).

In genere il bambino si rimette completamente in 24 ore dall'operazione; raramente può verificarsi, come complicanza immediata postoperatoria, una emorragia dal letto adenoideo tale da richiedere un reintervento per eseguire un tamponamento posteriore.

L'intervento può talora indurre alterazioni del timbro vocale; in particolare dopo l'asportazione di vegetazioni adenoidee voluminose; poiché il velo pendulo può avere un insufficiente accollamento contro la parete posteriore della faringe durante la fonazione. In questo modo la voce può presentare carattere di ipernasalità, alterazione, comunque che si risolve spontaneamente in tempi brevi.

La valutazione postoperatoria per rilevare l'eventuale persistenza della respirazione orale, non deve essere troppo vicina all'intervento chirurgico e va eseguita almeno a un mese di distanza.

Il passaggio dalla respirazione orale a quella nasale può richiedere del tempo e possiamo ritenere indicativamente che il passaggio si verifichi mediamente nel 70% dei bambini operati tra i 3 e gli otto anni e valutati a 1 mese di distanza dall'intervento.

È fondamentale, già nell'immediato decorso postoperatorio, iniziare un programma di riabilitazione respiratoria, poiché in molti bambini, nonostante il ripristino della pervietà nasale, può persistere l'abitudine alla respirazione orale e tale evenienza inficia i benefici dell'intervento chirurgico.

È importante ricordare che le adenoidi non sono limitate da una capsula e non presentano un piano di clivaggio con le pareti del cavo faringeo; l'intervento è, spesso quindi, incompleto e possono rimanere dei residui adenoidei.

Nei soggetti con diatesi essudativo-linfatica particolarmente accentuata, a seguito di processi flogistici ricorrenti, i residui di tessuto adenoideo possono ricrescere e, a distanza di qualche anno, il bambino può ripresentare sintomi di ostruzione nasale. Se da una parte nei soggetti con età inferiore a tre anni vi è una percentuale più rilevante che presenterà recidiva delle vegetazioni linfatiche retrofaringee a distanza dall'intervento; dall'altra se vengono raggiunti gli 8-9 anni con persistente ostruzione nasale, si possono stabilire alterazioni scheletriche tendenti a mantenere la respirazione orale anche dopo adenoidectomia.

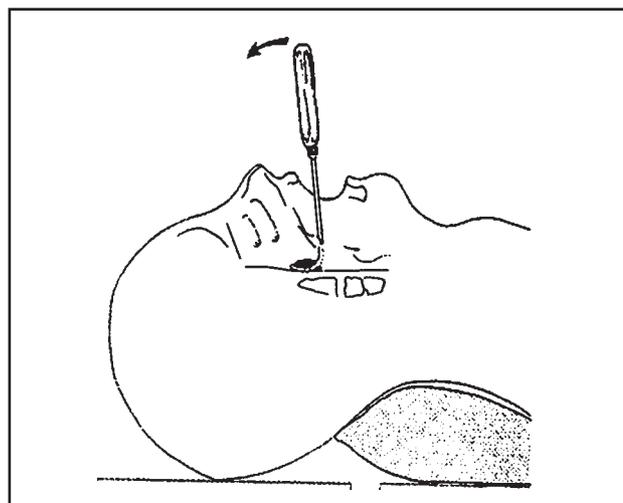


Figura 1.16 - Adenoidectomia

PATOLOGIE DELLE TONSILLE PALATINE

2

Considerando l'elevato numero di pazienti che si sottopone a visite odontoiatriche per l'odontoiatra è facile esercitare un'azione di screening e, qualora si trovi di fronte a sintomi o segni di patologie ORL, inviare il paziente al medico curante o all'otorinolaringoiatra per i necessari approfondimenti diagnostici.

In particolare il consulto ORL trova indicazione in presenza delle seguenti situazioni:

- faringite dolorosa cronica (angine croniche) in cui siano presenti i segni di allarme per una neoplasia come raucedine, disfagia, sensazione di corpo estraneo, otalgia monolaterale
- ingrossamento tonsillare monolaterale evidente o aspetto anormale indicativo di neoplasia. Molti pazienti hanno tonsille di dimensioni asimmetriche, ma quando l'asimmetria è rilevante o presenta anomalie (ulcerazioni, necrosi, sanguinamento) è necessaria la visita specialistica.
- presenza di malocclusioni e dismorfosi facciali legate a ipertrofia adenotonsillare soprattutto per verificare se esistano indicazioni alla tonsillectomia o all'adenotonsillectomia.

2.1 IPERTROFIA TONSILLARE

La seconda linea di difesa delle strutture linfatiche orofaringee è costituita dalle tonsille palatine, cui compete un ruolo di elevata importanza come effetto e induttore della risposta immunitaria, attraverso la produzione di anticorpi (IgG, IgM, IgE, IGA, IgD), linfociti T-citotossici e T-modulanti. Per il ruolo immunologico descritto le tonsille vanno incontro a infezioni ripetute (faringotonsilliti, tonsilliti acute, acute ricorrenti, croniche) che possono indurre l'ipertrofia patologica, che nel tempo si stabilizza provocando un quadro persistente di tonsille ipertrofiche o ostruenti.

Come per l'ipertrofia adenoidea, a cui spesso si associa, l'ipertrofia tonsillare si verifica con particolare frequenza nell'infanzia e nella eziopatogenesi entrano gli stessi fattori (costituzionali, eredo-familiari, ambientali e microclimatici) che favoriscono le flogosi ricorrenti orofaringee, spesso in forma di adenotonsilliti.

I problemi che possono derivare dalla ipertrofia tonsillare possono essere molteplici e spesso si sovrappongono a quelli dell'ipertrofia adenoidale con la quale si associa. In particolare vanno però sottolineati due tipi di patologie correlate all'ipertrofia tonsillare:

- nell'ostruzione localizzata a livello tonsillare, per favorire la respirazione orale la lingua tende a posizionarsi in basso e in avanti agendo come meccanismo di propulsione della

mandibola e può favorire la terza classe scheletrica.

- la roncopatia e l'apnea notturna (OSAS) si presentano in associazione all'ipertrofia tonsillare nel 50-95% dei casi; in particolare in bambini con tonsille molto grandi che si uniscono sulla linea mediana.

2.2 ANGINA TONSILLARE

La tonsillite batterica acuta è una delle infezioni più comuni dell'infanzia; è caratterizzata da piressia, mal di gola spesso con dolore che irradia all'orecchio durante la deglutizione, fetore orale e linfadenopatia laterocervicale

Alcuni pazienti, in particolare bambini, subiscono più attacchi definiti come tonsillite cronica o tonsillite acuta ricorrente.

L'aspetto delle tonsille va dal rosso edematoso alla presenza di essudati e pus all'interno delle cripte (tonsillite follicolare acuta).

L'agente eziologico più frequente è lo streptococco beta emolitico (streptococco pyogenes) che si può isolare nel 30% dei pazienti che accusino faringite e nel 50% dei bambini di età compresa tra i 4 e i 13 anni.

Inoltre il 5% della popolazione risulta portatore sano di streptococchi al tampone faringeo.

La diagnosi differenziale deve considerare le infezioni virali aspecifiche, la mononucleosi infettiva, la scarlattina, la difterite e l'angina di Vincent.

La diagnosi è prevalentemente di tipo clinico (angina, trisma, disfagia) e l'ispezione diretta evidenzia edema, eritema e placche purulente sul tessuto tonsillare; può essere confermata da esami ematochimici (VES, TAS, proteina C reattiva, tampone faringeo) che risultano comunque di utilità limitata.

Le tonsilliti streptococciche possono dare luogo diverse complicazioni:

- le malattie metaforali (reumatismo articolare acuto, glomerulonefrite acuta poststreptococcica)
- le sepsi e le infezioni profonde (ascesso parafaringeo, retrofaringeo, sottomandibolare, peritonsillare)

2.3. INDICAZIONI ALLA TONSILLECTOMIA

Le indicazioni alla tonsillectomia restano controverse e la decisione dipende dall'anamnesi e dal riscontro semeiotico cli-

nico e strumentale; attualmente la maggior parte degli otorinolaringoiatri prende in considerazione l'intervento nei seguenti casi:

- In presenza di 3-6 attacchi all'anno nel bambino (2-3 nell'adulto) di tonsillite ricorrente per due anni consecutivi. La gravità degli attacchi può anticipare la decisione. Nel bambino si tratta di un'indicazione relativa e non assoluta, poiché spesso vi è un miglioramento spontaneo quando il bambino si avvicina all'età di 10 anni.
- Apnea da sonno (OSAS) secondaria ad ipertrofia adenotonsillare; considerando che le tonsille ingrossate senza apnea non costituiscono indicazione all'intervento
- Ascesso peritonsillare isolato con anamnesi concomitante di tonsillite ricorrente o più di un ascesso peritonsillare
- Ingrossamento tonsillare monolaterale con anomalie (ulcerazioni, necrosi) per escludere una neoplasia
- Malattie metaforali

Il paziente è generalmente dimesso il giorno successivo l'intervento e nella settimana successiva presenta un'escara grigia sul letto della tonsilla, che guarisce per seconda intenzione. Il dolore nella settimana successiva è dovuto allo stiramento e trauma chirurgico del muscolo costrittore della faringe e va trattato con terapia antidolorifica e assunzione di cibo morbido. Talvolta un residuo di tessuto tonsillare è presente dopo la tonsillectomia e può andare incontro a iperplasia nel tempo.

L'adenotonsillectomia non comprende le tonsille linguali, poiché sono raramente sintomatiche, la loro asportazione è difficile ed è associata a una morbidità postoperatoria inutile; peraltro dopo l'intervento di adenotonsillectomia, può verificarsi una ipertrofia compensatoria delle tonsille linguali.

In presenza di sintomi riferiti alle tonsille linguali il paziente va inviato all'otorinolaringoiatra per la diagnosi (escludere una neoplasia della base della lingua), la terapia medica o l'asportazione (chirurgica o con crioterapia).

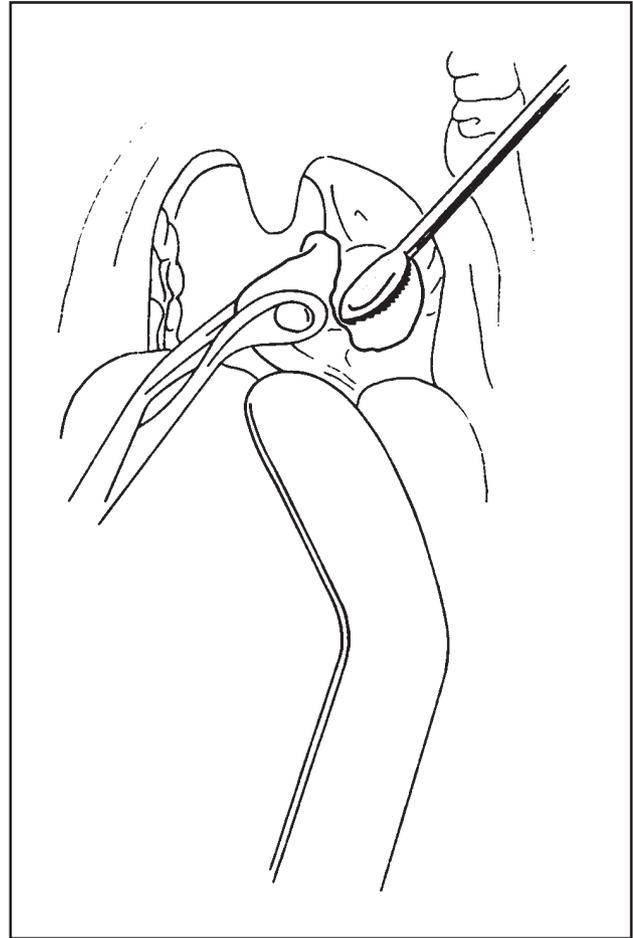


Figura 2.1 - Tonsillectomia

Il russamento (roncopatia) e l'apnea ostruttiva da sonno (OSAS, Obstructive Sleep Apnea Syndrome) sono alterazioni del ritmo respiratorio notturno che trovano origine nella ostruzione delle vie aeree superiori.

La pervietà dell'orofaringe al flusso respiratorio è mantenuta da un equilibrio tra muscoli dilatatori della faringe e pressione negativa che si realizza nell'inspirio (figura 3.1).

Durante il sonno si determina un'ipotonia dei muscoli dilatatori della faringe (soprattutto il genioglossa) e la lingua tende a reclinarsi indietro aggravando ulteriormente l'ostruzione del lume faringeo (figura 3.2).

Se la riduzione del tono è rilevante la persona russa in conseguenza della vibrazione delle strutture faringee (ugula, palato molle, base della lingua, e pareti della faringe).

L'abitudine del russare diviene più frequente con l'avanzare dell'età a causa di una maggiore lassità dei tessuti molli: circa il 25 % degli uomini e il 15% delle donne russano abitualmente e la frequenza raddoppia nelle persone sovrappeso e in quelle che hanno superato i 65 anni.

Altre cause sono rappresentate dall'assunzione di alcool alla sera, dall'obesità, dal fumo, dalla menopausa, dall'ostruzione nasale, dall'ipertrofia patologica delle tonsille palatine (tali da ostruire l'orofaringe), dall'ipotiroidismo, dall'ipomandibulia e dalle malformazioni facciali.

Nella figura 3.3 sono inoltre riportate le cause potenziali e le

relative sedi anatomiche di ostruzioni patologiche che possono contribuire al russamento e all'OSAS.

Nel gruppo di pazienti che russano regolarmente ve ne sono alcuni che sviluppano la sindrome da apnea ostruttiva del sonno.

Negli Stati Uniti si stima che soffrano di apnea da sonno il 4% degli uomini e il 2% delle donne, ma queste percentuali raddoppiano nella fascia di età tra i 50 e i 60 anni.

Il notevole sforzo inspiratorio determina l'accentuazione della pressione negativa endoluminare, con collasso delle pareti sino alla cessazione temporanea del flusso aereo con apnea.

L'apnea, la cui durata può variare da 8-10 a 80-100 secondi, si interrompe quando il centro respiratorio, sollecitato dall'ipercapnia, induce una contrazione dei muscoli dilatatori dell'orofaringe e risolve il collasso dei tessuti.

Il ripetersi di cicli di apnea comporta ipossiemia, ipercapnia, acidosi che stimolano i barorecettori e chemorecettori periferici, potendo causare alterazioni sistemiche, ma principalmente alterando la qualità del sonno, causando: irrequietezza e agitazione notturna, incubi (pavor nocturnus), enuresi, stanchezza mattutina e sonnolenza diurna con scarso rendimento fisico e mentale (figura 3.4).

Nei bambini molto piccoli (< 2 anni) può verificarsi morte improvvisa (sudden death infant syndrome).

La diagnosi è affidata a medici specialisti nelle patologie del son-

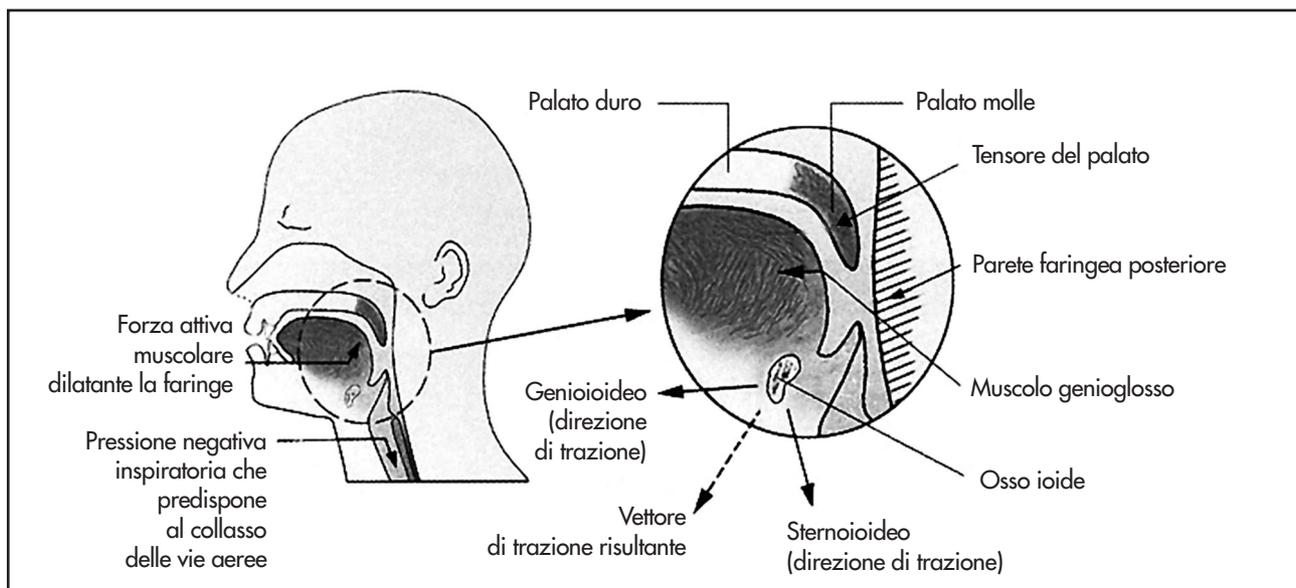


Figura 3.1 - Rappresentazione schematica del meccanismo che determina acclusione delle vie aeree superiori.

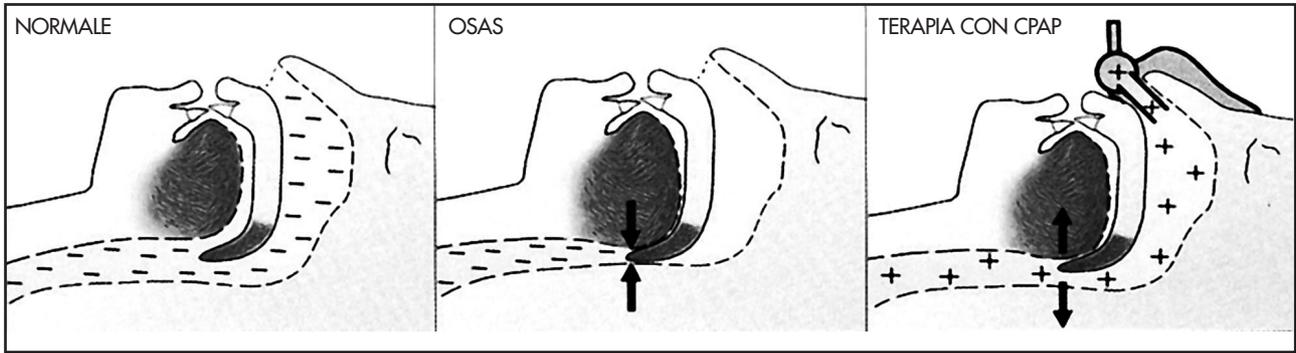


Figura 3.2 - Meccanismo dell'apnea ostruttiva da sonno e della maschera nasale a pressione positiva continua (CPAP)

no e si basa sull'anamnesi e la polisonnografia (figura 3.5). La polisonnografia consente lo studio della qualità del sonno mediante registrazioni contemporanee di diversi parametri: elettroencefalogramma (EEG), elettro-oculogramma (EOG), elettrocardiogramma (ECG), elettromiografia (EMG), flusso d'aria oro-nasale (V), movimenti toracici e addominali (RESP), ossimetria transcutanea (Sa O₂), sonogramma (MIC). Nei bambini la roncopia e l'OSAS si presentano in associazione all'ipertrofia tonsillare (90-50% dei casi) o adenoidea (10-50%); in questi casi è opportuno richiedere il consulto con l'otorinolaringoiatra per considerare l'opportunità di una terapia medica o chirurgica (adenotonsillectomia) dell'ipertrofia. Negli adulti la terapia consiste nel cambiare lo stile di vita diminuendo il peso, l'assunzione di alcolici e il fumo. L'approccio più utilizzato alla terapia delle apnee da sonno è oggi principalmente rappresentato dalla respirazione a pressione continua positiva (CPAP) attraverso una maschera nasale (figura 3.2). I casi più gravi sono inviati al chirurgo per interventi di uvulo-palato-faringo-plastica la cui efficacia è comunque controversa e solo nel 9% dei casi secondo alcuni autori (figura 3.6). L'esecuzione di una placca occlusale che posizioni anterior-

Sedi dell'ostruzione	Cause dell'ostruzione
Naso nasofaringe	Polipi nasali Setto nasale con deviazione evidente Adenoidi
Orofaringe/velofaringe	Macroglossia (assoluta o relativa) Palato molle Tonsille
Laringo-trachea	Lesioni ostruttive (ad es. cisti epidermoidi)

Figura 3.3 - Cause del russamento e dell'apnea ostruttiva da sonno.

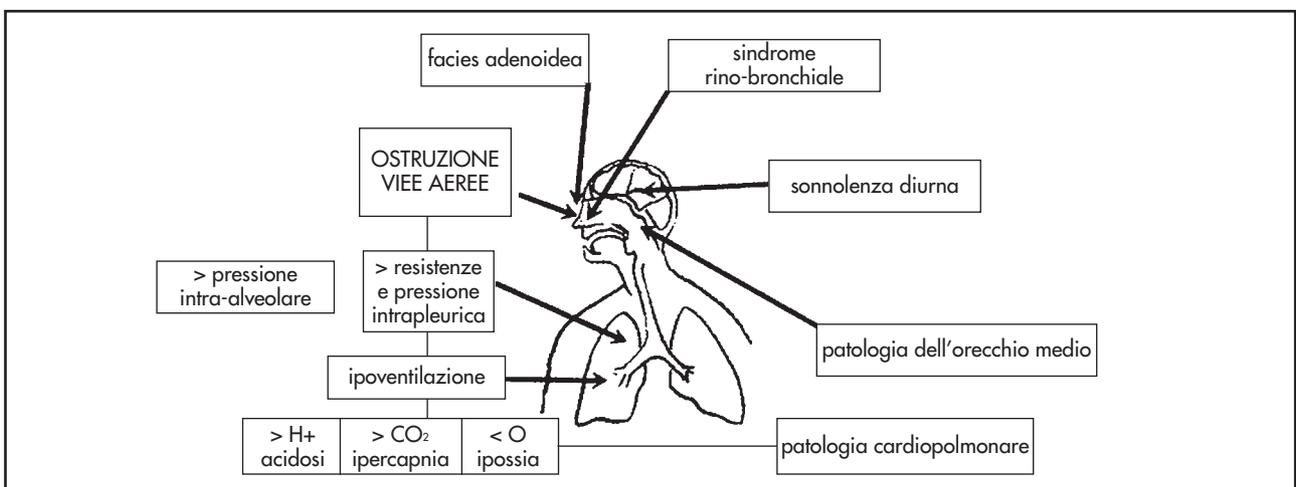


Figura 3.4 - Patologie correlate all'ipertrofia adenotonsillare e OSAS.

mente la mandibola, rappresenta un intervento di competenza odontoiatrica da concordare con i medici specialisti del sonno, come misura terapeutica accessoria. Essa riconosce la finalità di migliorare la pervietà dell'orofaringe e diminuire la resistenza al flusso respiratorio durante le ore notturne riducendo la tendenza della lingua a reclinarsi indietro durante il sonno.

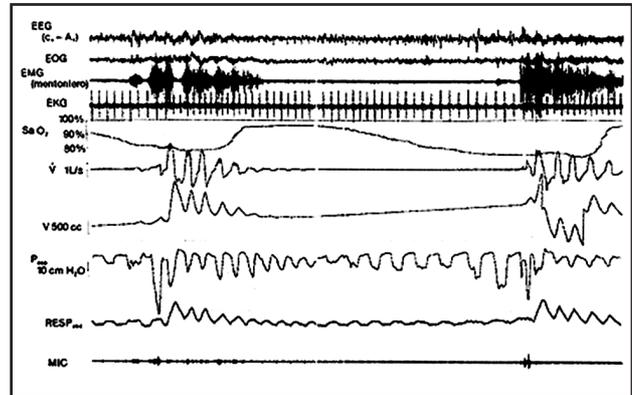


Figura 3.5 - Esame polisonnografico. Tipico tracciato poligrafico di un paziente affetto da una grave forma di apnea ostruttiva da sonno.

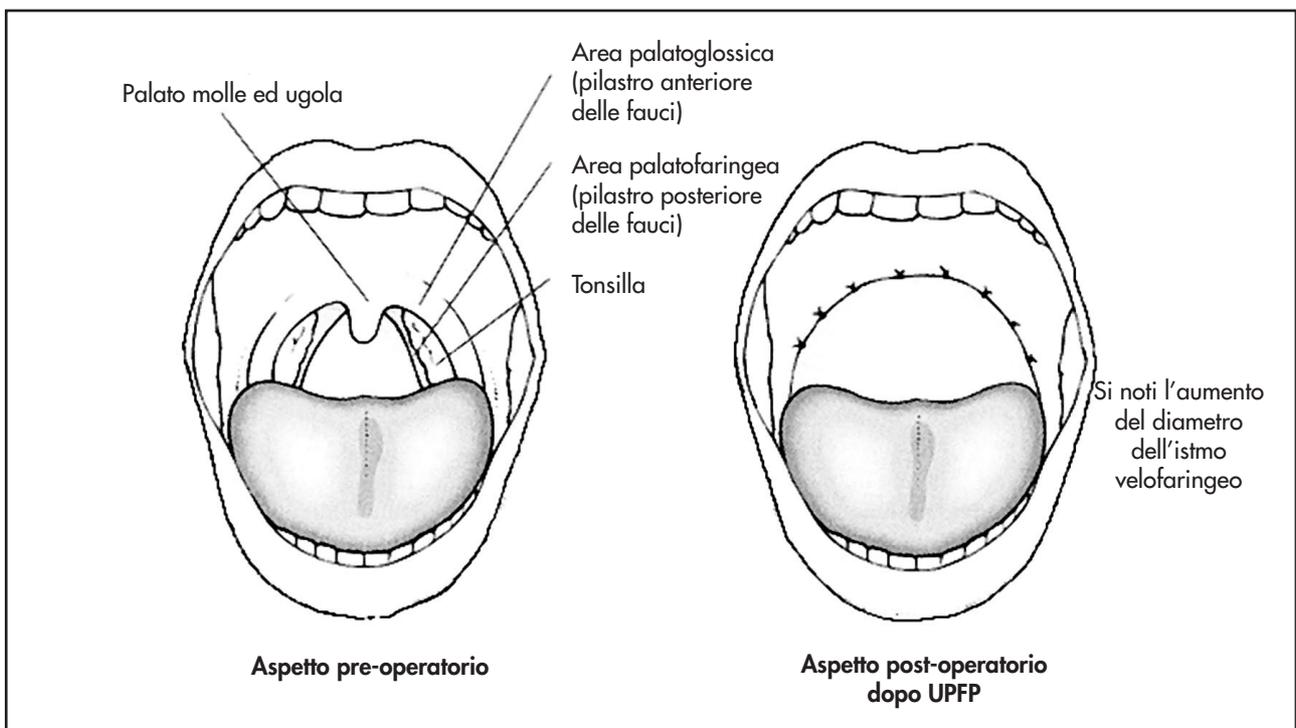


Figura 3.6 - Aspetto della faringe prima e dopo intervento di uvulo-palato-faringo-plastica (UPFP)

SINTOMI ORL E DISORDINI TEMPORO-MANDIBOLARI

Nel 1996 The American Academy of Orofacial Pain (AAOP) ha pubblicato le linee guida sui Disordini Temporo Mandibolari (DTM) individuando un preciso numero di patologie a carico dell'ATM e dei muscoli masticatori, caratterizzate dai seguenti sintomi:

- dolore a carico dei muscoli masticatori e/o dell'articolazione temporo-mandibolare; sintomo aggravato dalla funzione e dalla manipolazione
- diminuzione dell'entità dei movimenti funzionali mandibolari con asimmetria e/o blocco
- rumori articolari (schiocco, crepitio)
- ulteriori sintomi frequenti quali cefalea, otalgia, dolore oro-faciale, ipertrofia dei muscoli masticatori, parafunzioni occlusali
- disturbi a genesi controversa come acufeni, pienezza auricolare e/o ipoacusia (non figurano sintomi vestibolari)

Gli studi epidemiologici dimostrano che il 75% dei pazienti presenta almeno un segno; circa il 33% ha almeno un sintomo; il 5-7% si ritiene necessiti di trattamento. Il rapporto maschi/femmine si colloca tra 1:4 e 1:6 tra i pazienti da trattare, in una fascia tra la seconda e la quarta decade.

In base a diversi studi è innegabile che i DTM si associno in molti soggetti a sintomi ORL, che in alcuni casi possono divenire tanto importanti da assumere caratteri invalidanti.

Non è però corretto parlare di vere e proprie sindromi audio-vestibolari, in quanto sia gli esami funzionali otoneurologici (impedenzometria, esami audiometrici), sia i sintomi riferiti non manifestano appieno tutte le caratteristiche di una patologia

che interessi in modo prevalente il sistema audio-vestibolare. Si può parlare di una sintomatologia di tipo accessorio, generata dalla DTM con meccanismi ancora poco noti, per i quali non sono disponibili ad oggi dimostrazioni teoriche univoche.

In base alla letteratura sull'argomento, la maggior parte degli autori identifica quali principali fattori eziologici dei sintomi audio-vestibolari nelle DTM:

- la compressione esercitata dal condilo mandibolare sulle fibre nervose che circondano la capsula e sulla tuba di Eustachio
- la fatica e il conseguente spasmo delle formazioni muscolari legate direttamente o indirettamente alla meccanica articolare.

4.1 OTALGIA

Si definisce otalgia un dolore all'orecchio che può essere primitivo, ossia originare da condizioni patologiche a sede auricolare, o secondario per interessamento extra-auricolare (tabella 4.1 e figura 4.2).

Le otalgie causate da patologie auricolari presentano sintomi e segni locali tipici diversamente associati:

- otorrea (catarrale, mucosa, ematica, purulenta)
- edema del condotto uditivo esterno che può estendersi al padiglione auricolare
- dolore esacerbato dalla trazione del trago o dalla manipolazione del padiglione auricolare
- membrana timpanica all'otoscopia arrossata, ispessita e sporgente o retratta, perforata
- complicanze per diffusione dell'infezione come mastoidite, labirintite, meningite, paralisi del nervo facciale

L'otalgia di derivazione odontogena o da disordini temporo-mandibolari (DTM) è di tipo non otologico, in assenza cioè di segni patologici locali; dipende da fenomeni del tipo dolore riferito che si realizzano per convergenza neuronale in strutture periferiche innervate dallo stesso nervo; in questo caso per le anastomosi tra i rami auricolari del n. auricolotemporale (V), del nervo di Jacobson (IX), il ganglio sfenopalatino e otico (V).

L'otalgia nelle DTM è presente nell'82% dei casi (Busch 1987) e provoca un dolore di tipo somatico profondo, scarsamente localizzato e irradiato alla regione auricolare, retroauricolare e parietale; il dolore è esacerbato dai movimenti mandibolari e si accompagna a limitazione funzionale dei movimenti e/o rumori articolari.

Tabella 4.1
CAUSE OTOLOGICHE E NON OTOLOGICHE DELL'OTALGIA

CAUSE OTOLOGICHE	CAUSE NON OTOLOGICHE
Foruncolosi	Tonsillite
Pericondrite	Disfunzione dell'ATM
Otite esterna	Patologie dentarie (carie, pulpiti, ascessi)
Miringite bollosa	Osteoartrosi del rachide cervicale
Otite media	Neoplasie a carico di tonsille, faringe, laringe
Complicanze dell'otite media (mastoidite)	
Barotrauma otitico acuto	
Herpes zoster otico	
Neoplasia dell'orecchio	

L'otalgia nelle patologie odontogene, invece, è un dolore di tipo nevralgico irradiato lungo i dermatomeri di pertinenza del ramo mandibolare e mascellare del trigemino; l'algia è scarsamente localizzata nelle pulpiti acute, mentre presenta evidenti sintomi locali di infezione e flogosi in caso di ascesso o flemmone.

4.2 ACUFENI

Si definisce acufene una sensazione uditiva reale che si produce in assenza di uno stimolo acustico nell'ambiente esterno. Classicamente gli acufeni vengono distinti in:

- soggettivi se sono percepiti solo dal paziente; sono associati a patologie del condotto uditivo esterno, lesioni del complesso timpano-ossiculare, alterazioni delle vie e dei centri sottocorticali
- oggettivi nel caso siano percepibili anche dall'esaminatore; sono associati a clono dei muscoli del palato molle (clono palatale), spasmo dei muscoli dell'orecchio medio (stapedio e tensore del timpano), disordini temporo-mandibolari.

Questo disturbo è estremamente frequente e colpisce circa il 15% della popolazione in relazione a diverse patologie (tabella 4.3)

Per quanto concerne la correlazione con le DTM, è stato dimostrato che in tali patologie gli acufeni sono più frequenti rispetto la popolazione generale (32% secondo Bausch, 1987), sino a rappresentare il 7% fra tutte le possibili cause di acufeni. Gli acufeni nelle disfunzioni cranio mandibolari possono associarsi all'otalgia, a una sensazione di chiusura auricolare e a sintomatologia vertiginosa.

I caratteri degli acufeni correlati alle disfunzioni cranio-mandibolari hanno le seguenti caratteristiche (Vernon, Griest, Press 1992):

- si modificano con i movimenti mandibolari
- compaiono gradualmente
- sono difficilmente mascherabili e tendono quindi a permanere nei diversi momenti della giornata
- la terapia delle disfunzioni cranio-mandibolari porta alla riduzione o all'eliminazione dell'acufene in percentuali che variano dal 46 al 100% (Rubinstain e Carlsson 1985, Erlandsson 1991)

Una delle spiegazioni attualmente accreditate per spiegare la presenza di acufeni soggettivi nelle DTM è quella denominata della "patogenesi tensiva" (Morgan 1975), causata dalla tensione prodotta sul martello dal legamento disco-malleola-

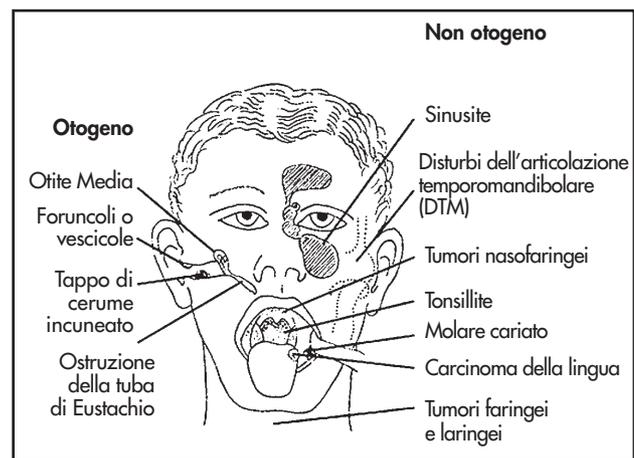


Figura 4.2 - Cause di otalgia

Tabella 4.3 FARMACI E PATOLOGIE ASSOCIATE AD ACUFENI	
<p>CAUSE DI ACUFENI SOGGETTIVI</p> <p>Orecchio esterno cerume</p> <p>Orecchio medio Otosclerosi Versamento nell'orecchio medio</p> <p>Orecchio interno perdita della capacità uditiva indotta da rumori presbiacusia malattia di Mènière trauma (intervento chirurgico, lesioni alla testa) labirintite neurinoma dell'acustico</p>	<p>CAUSE DI ACUFENI OGGETTIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> • clono palatale • spasmo di muscoli dell'orecchio medio (stapedio, tensore del timpano) • perdita dell'udito di conduzione • affezioni infiammatorie acute che colpiscono l'orecchio • anomalie vascolari (ad esempio fistola artero-venosa, tumori del globo giugulare, rumore trasmesso dalla carotide) • ansia • schiocchi e scrosci articolari (disordini temporo-mandibolari)
<p>FARMACI ASSOCIATI AD ACUFENI</p> <ul style="list-style-type: none"> • antidepressivi triciclici • beta-bloccanti • fans • diuretici dell'ansia • chinina 	

re che opera un collegamento meccanico diretto tra strutture l'ATM e la catena ossiculare dell'orecchio medio (martello o malleolo).

Tale teoria, peraltro spiega anche la sensazione di "chiusura auricolare" come effetto di aumento dell'impedenza del sistema timpano-ossiculare.

La tensione del legamento può essere causata sia dalla disfunzione articolare che dall'anomala tensione dei muscoli masticatori; quest'ultima ricollegabile oltre che a patologie occlusali (che rappresentano percentualmente una minoranza del 20-50%), soprattutto da somatizzazione d'ansia.

Infine è importante ricordare come una disfunzione articolare può causare anche acufeni oggettivi quali quelli dovuti a:

- rumori articolari ovvero schiocchi da ricattura del menisco (click) e sfregamenti causati dall'attrito delle superfici patologiche (crepito)
- rumori muscolari, corrispondenti a movimenti ritmici involontari dei muscoli masticatori.

4.3 TURBE DELL'EQUILIBRIO

Per vertigine si intende la sensazione di rotazione dell'ambiente rispetto il soggetto (v. oggettiva) o del soggetto stesso (v. soggettiva) rispetto a se stesso e all'ambiente.

Per disturbo dell'equilibrio si intendono tutte le situazioni in cui il soggetto avverte un alterato rapporto con l'ambiente, con instabilità e rischio di cadere.

La frequenza del sintomo nella popolazione generale è di circa 1-2%; ma tale valore aumenta con l'età e circa il 30% dei pazienti oltre i 65 anni accusa senso di vertigine.

Nella tabella 4.4 sono elencate le patologie non otologiche e otologiche causa del senso di vertigine.

Il mantenimento di una condizione di equilibrio necessita della percezione dei rapporti spaziali tra il corpo e l'ambiente attraverso l'integrazione a livello del sistema nervoso centrale di diverse informazioni:

- il controllo delle condizioni ambientali circostanti, soddisfatto dall'informazione visiva e dalla esterocezione della pianta dei piedi (coscienza dello spazio extrapersonale)
- il controllo dell'orientamento del corpo e dei suoi segmenti (coscienza dello spazio intrapersonale) basato sulle informazio-

Tabella 4.4
CAUSE DEL SENSO DI VERTIGINE

CAUSE NON OTOLOGICHE	CAUSE OTOLOGICHE
<ul style="list-style-type: none"> • farmaci • spondilosi cervicale • ipotensione posturale • attacchi ischemici transitori • malattia cerebrovascolare • ischemia vertebrobasilare • emicrania • ansia-iperventilazione (gli attacchi di vertigine sono una discriminante sulla scala di Goldberg di misurazione dell'ansia) • sclerosi multipla • ipotensione posturale 	<ul style="list-style-type: none"> • vertigine posizionale parossistica benigna (BPPV) • labirintite/neurinite vestibolare/insufficienza labirintica acuta • malattia di Mènière • neurinoma dell'acustico • otite media suppurativa cronica (OMCS) con colesteatoma • trauma dell'orecchio interno • rottura della finestra rotonda o ovale

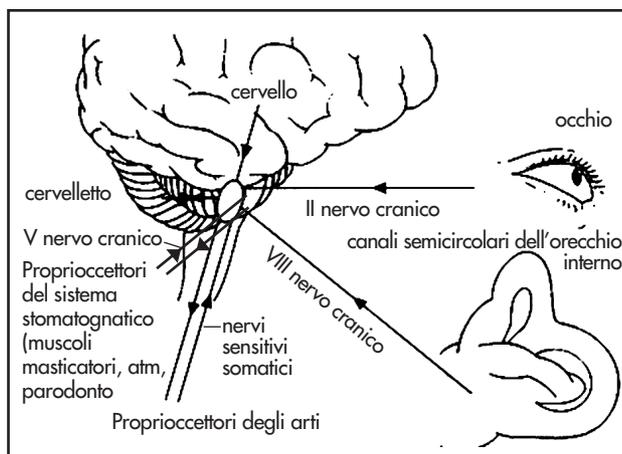


Figura 4.5 - Fisiologia del sistema vestibolare

ni derivate dal labirinto (sistema vestibolare) e dal complesso sistema propriocettivo dei recettori della muscolatura estrinseca dell'occhio, della muscolatura assiale (tronco, arti) e dell'apparato stomatognatico (figura 4.5).

Si ammette, infatti, che la convergenza sensoriale delle afferenze propriocettive provenienti dai recettori dei muscoli masticatori, delle articolazione temporo-mandibolare e del parodonto, consente una serie di controlli riflessi attraverso il SNC sia sulla postura del sistema stomatognatico, che di altri distretti corporei.

È stato infatti dimostrato che il controllo è bidirezionale: la posizione della mandibola è in grado di modificare l'attività elettrica dei muscoli cervicali e paravertebrali e, viceversa, l'attività dei muscoli masticatori varia in relazione allo stato funzionale dei vari muscoli posturali, primi fra tutti i cervicali posteriori.

Studi statistici hanno dimostrato che i disturbi dell'equilibrio so-

no significativamente più diffusi nei soggetti con DTM; questi solo raramente si caratterizzano come vertigine vera, ma più spesso come instabilità posturale.

In particolare l'esecuzione di esami su pedana stabilometrica evidenzia un aumento delle oscillazioni nei soggetti con DTM. Il disturbo dell'equilibrio è riscontrabile eseguendo l'esame ai pazienti con gli occhi chiusi e diminuisce utilizzando una placca gnatologica; mentre nessuna differenza si apprezza nei pazienti con gli occhi aperti con e senza placca, verosimilmente per la compensazione data dall'informazione visiva (Guidetti e Monzani 1999).

Questi risultati stanno ad indicare una potenzialità destabilizzante delle informazioni propriocettive stomatognatiche sia sulla precisione del controllo posturale, che sull'energia necessaria per garantirlo.

Il ruolo sarebbe, comunque, solo di tipo concausale e va negato la possibilità che una DTM sia in grado di causare lesioni labirintiche o vestibolari.

4.4 TURBE DELLA POSTURA

I disturbi della postura sono trattati in questo capitolo poiché esiste una stretta correlazione tra disturbi della postura del rachide e della mandibola e i disturbi dell'equilibrio; anche se i primi non necessariamente sfociano nei secondi, possono però facilitarli.

Per disturbi della postura si intendono tutte quelle condizioni in cui i normali rapporti intersegmentali risultano alterati con relativi aggiustamenti a livello osteo-artro-muscolare e sintomatologia prevalentemente algica.

La presenza di una correlazione tra postura corporea e DTM rappresenta ancora oggi un argomento controverso, di cui non è stata data dimostrazione e i risultati sono contraddittori.

Considerazioni di ordine clinico suggeriscono una maggiore prevalenza di dolori a carico del rachide, sia cervicale che lombosacrale, in pazienti che presentano problemi disfunzionali

masticatori; cioè nella direzione ATM-muscoli-postura (patologia discendente).

Peraltro una stessa correlazione è meno evidente in soggetti che primariamente richiedono una visita per problemi al rachide; che non sembrano presentare una maggiore prevalenza di DTM, cioè nella direzione postura-muscoli-ATM (patologia ascendente).

Secondo diversi autori esistono stretti rapporti antomo-funzionali tra mandibola, muscoli sovraioidei e vertebre cervicali; tali da giustificare un'influenza reciproca tra postura del rachide cervicale e postura mandibolare, con diretta conseguenza di quest'ultima sull'occlusione.

L'osso ioide avrebbe un ruolo fondamentale come anello di congiunzione tra distretto cervicale e mandibolare; in base all'osservazione delle variazioni della sua posizione nei DTM e del rachide cervicale (figura 4.6).

Una condizione paradigmatica di patologia discendente è rappresentata dalla postura anteriorizzata del capo (FHP forward head posture), tipica, ad esempio, dei soggetti con difetti visivi come la miopia o l'astigmatismo. La postura anteriorizzata del capo determina un'inversione della lordosi cervicale; a cui consegue (a causa della trazione causata dal sistema muscolo-legamentoso) una retrusione mandibolare e un'alterazione dell'occlusione con contatti prevalentemente in zona molare.

A ulteriore sostegno della tesi degli aggiustamenti posturali concatenati tra rachide e mandibola, depongono le osservazioni eseguite su pazienti che presentano uno slivellamento delle spalle per differente lunghezza degli arti inferiori o scoliosi.

In questi pazienti, per mantenere la linea bipupillare orizzontale e la testa diritta, il collo è deviato verso la spalla più alta, che in questo modo appare più corta; ne può conseguire un sovraccarico muscolare con rachialgia, cervicalgia e mialgia dei muscoli masticatori.

Per quanto riguarda l'ipotesi di patologia discendente, del resto, si deve considerare che individui predisposti a somatizzare l'ansia con parafunzioni dei muscoli masticatori, possono avere anche la tendenza ad incrementare l'attività dei muscoli lunghi del collo, con conseguente comparsa di alterazioni della postura del capo, cervicalgia e rachialgia.

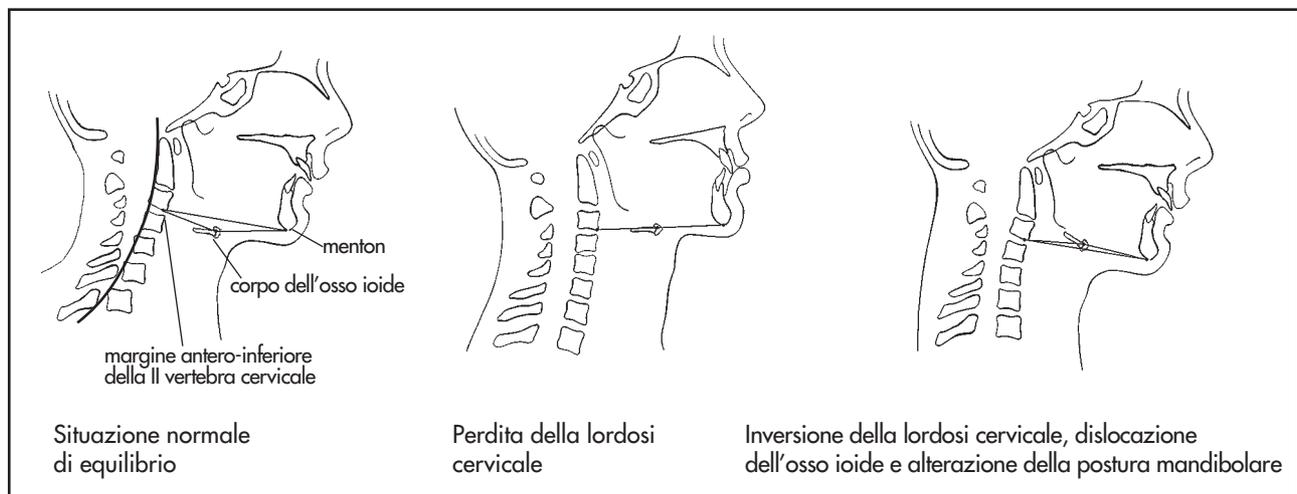


Figura 4.6 - Correlazione tra rachide cervicale, postura mandibolare e osso ioide

Alcune infezioni oro-facciali profonde, che possono riconoscere un'etiologia di origine sia odontoiatrica che otorinolaringoiatrica, possono porre difficoltà di diagnosi differenziale: l'ascesso peritonsillare, l'ascesso parafaringeo, l'ascesso retrofaringeo, l'ascesso sottomandibolare e le sinusiti mascellari.

L'ascesso parafaringeo e retrofaringeo, ad esempio, sono tipicamente di origine tonsillare e competenza ORL; ma possono diffondere alle logge contigue e in tal caso la diagnosi differenziale con ascessi odontogeni, può chiamare in causa l'odontoiatra. Lo stesso problema è inerente la diagnosi differenziale tra sinusiti rinogene e odontogene.

La diagnosi differenziale in questi casi è indispensabile per individuare la genesi e per rivolgere il trattamento alla rimozione delle cause. In assenza di un approccio eziologico, infatti, la terapia potrebbe: non risolvere il quadro acuto ed esporre alla diffusione dell'infezione (sepsi, ascessi cerebrali, meningite, trombosi del seno cavernoso) o risolvere il quadro acuto, lasciando inalterati i fattori che espongono alla cronicizzazione e alla ricomparsa di infezioni acute ricorrenti.

Come risulta evidente dal contesto si tratta perlopiù di casi destinati al ricovero ospedaliero urgente presso i reparti ORL, di chirurgia maxillo-facciale o di odontoiatria.

5.1 ASCESSI

L'ascesso peritonsillare è una complicanza della tonsillite acuta (rara l'etiologia odontogena) in cui l'infezione si sviluppa tra capsula tonsillare e la parete faringea laterale; può evolve-

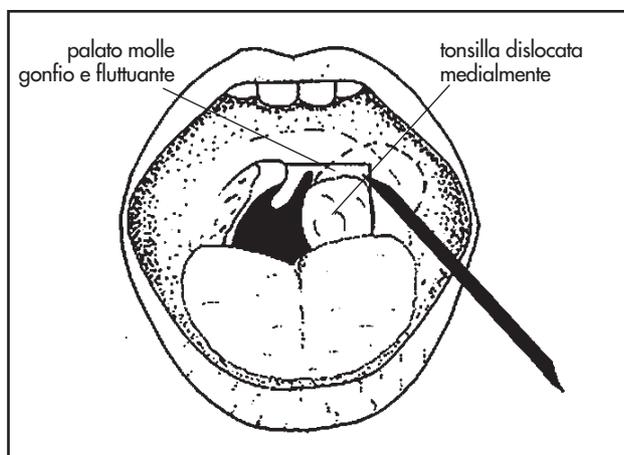


Figura 5.1 - Segni di un ascesso peritonsillare e linea di incisione per drenaggio

re in ascesso parafaringeo. I sintomi sono dolore e trisma marcato, tonsilla dislocata medialmente e palato molle gonfio e fluttuante (fig 5.1). Le fonti più comuni di un ascesso parafaringeo sono l'ascesso peritonsillare (da una tonsillite acuta); raramente deriva da un'infezione odontogena relativa a un molare inferiore. I sintomi sono trisma, piressia, spostamento mediale della tonsilla e gonfiore della parete laterale dell'orofaringe.

Le fonti più comuni di un ascesso retrofaringeo sono: nel bambino la suppurazione dei linfonodi secondari a un'infezione respiratoria; nell'adulto la tubercolosi. I sintomi sono piressia, disfagia, gonfiore della parete faringea posteriore, limitazione dei movimenti del collo (fig 5.2).

L'ascesso sottomandibolare può originare da infezioni odontogene (80% dei casi) o delle strutture del pavimento orale (linfonodi, ghiandole salivari), infine da un ascesso peritonsillare. La cellulite dello spazio sottomandibolare può accompagnarsi a sintomi di sepsi, di difficoltà di deglutizione e di ostruzione respiratoria, configurando il quadro dell'angina di Ludwig o (fig 5.3).

Nelle infezioni profonde l'ortopantomografia e le radiografie endorali evidenziano nelle infezioni odontogene la presenza di disodontiasi del dente del giudizio o parodontite apicale acuta; gli altri casi riguardano principalmente patologie del tessuto tonsillare. Esami di secondo livello sono rappresentati da TAC e RMN per valutare l'estensione e la direzione di diffusione dell'infezione: ascendente verso la base cranica o discendente verso il mediastino posteriore.

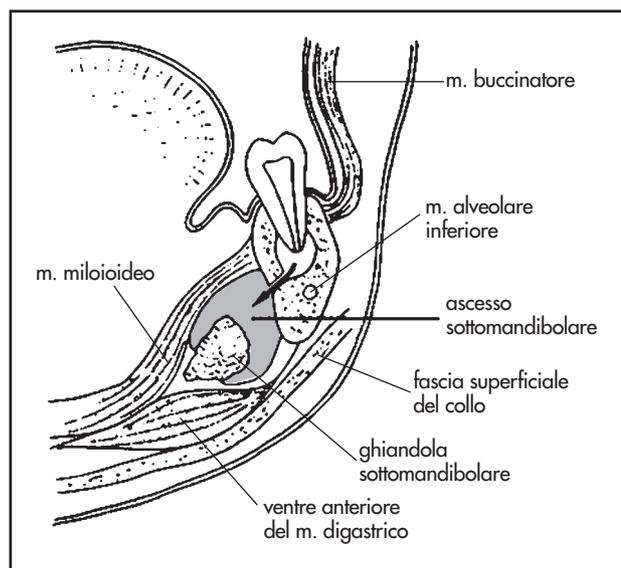


Figura 5.3 - Ascesso sottomandibolare

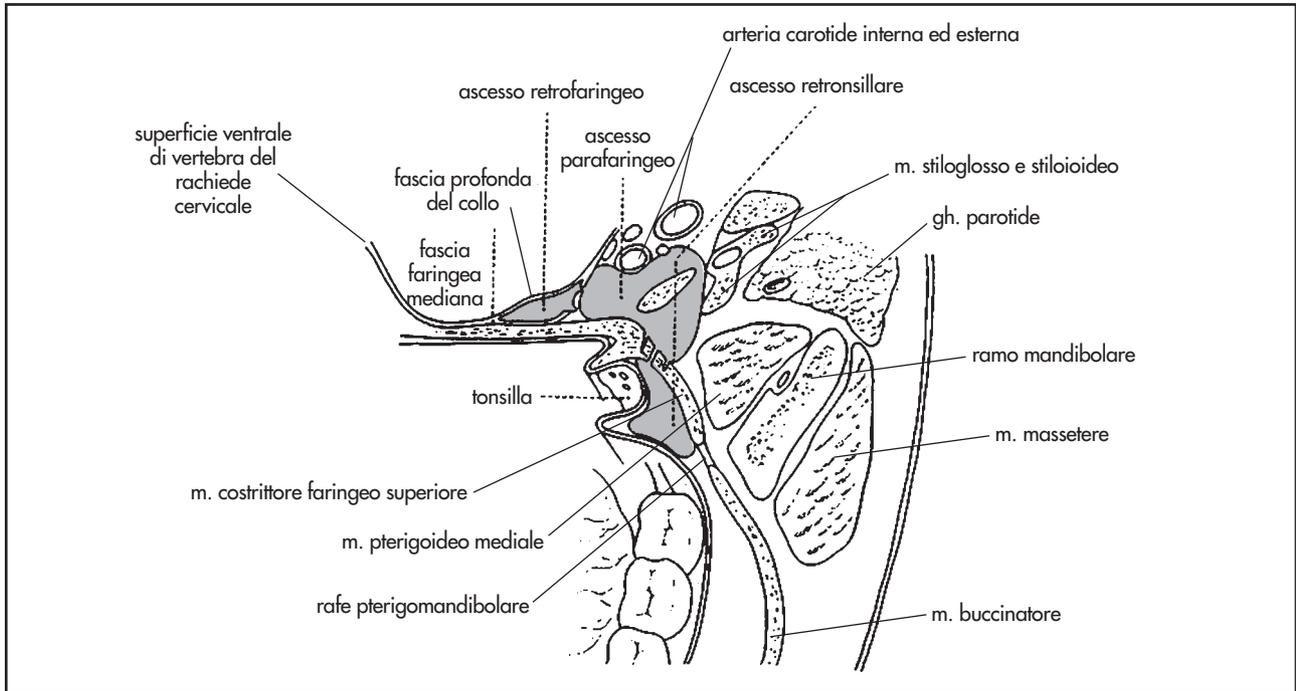


Figura 5.2 - Ascesso retro e parafaringeo

5.2 SINUSITI ODONTOGENE

Le flogosi dei seni mascellari sono generalmente di origine nasale (rinogene) e le sinusiti odontogene rappresentano una eventualità minore, circa il 30% dei casi (tabella 5.4).

La causa delle sinusiti mascellari odontogene risiede nello stretto rapporto spaziale tra gli apici radicolari dei molari e premolari superiori e il pavimento del seno mascellare (figura 5.5).

La comunicazione anatomica con gli altri seni paranasali rende, peraltro, possibile la diffusione in etmoiditi, in sinusiti frontali e sfenoidali o in pansinusiti.

La sintomatologia della sinusite mascellare acuta è rappresentata da dolore acuto e intenso localizzato alla guancia, congestione e ostruzione nasale, rinorea (catarrale o purulenta).

La sinusite cronica è contraddistinta da una sintomatologia algica attenuata con prevalenza di fenomeni ostruttivi secondari alla proliferazione della mucosa e alla formazione di polipi endosinusalì.

Nei confronti della sinusite rinogena, l'odontogena è sostenuta agenti eziologici batterici aerobi e anaerobi a provenienza dal cavo orale, si presenta in genere con caratteri di maggior acuzie (rinorea, dolore intenso, cacosmia), cronicizza in

Tabella 5.4
CAUSE DI SINUSITE MASCELLARE

Sinusiti rinogene

Per inalazione o per diffusione da riniti infettive

- aspecifiche (*virus e batteri non identificati*)
- specifiche (*aspergilloso, rinosporidiosi, TBC, sifilide, ecc*)

Ostruzione dell'ostio con disfunzioni di drenaggio e ventilazione (*malformazioni, deviazioni del setto, polipi nasali, riniti ipertrofiche, adenoidi*)

Rinosinusiti allergiche

Sinusiti traumatiche

Trauma meccanico, barotrauma

Sinusiti ematogene

Rare, ad es. scarlattina

Sinusiti odontogene

Parodontite apicale

(*acuta e cronica*)

Parodontite marginale con tasche

(*acuta e cronica*)

Cisti odontogene suppurate

Dislocazione endosinuale di corpi estranei

(*denti e radici dentarie, cementi endodontici, guttaperca, materiali da impronta, impianti alloplastici*)

Comunicazioni oro-sinusalì chirurgiche

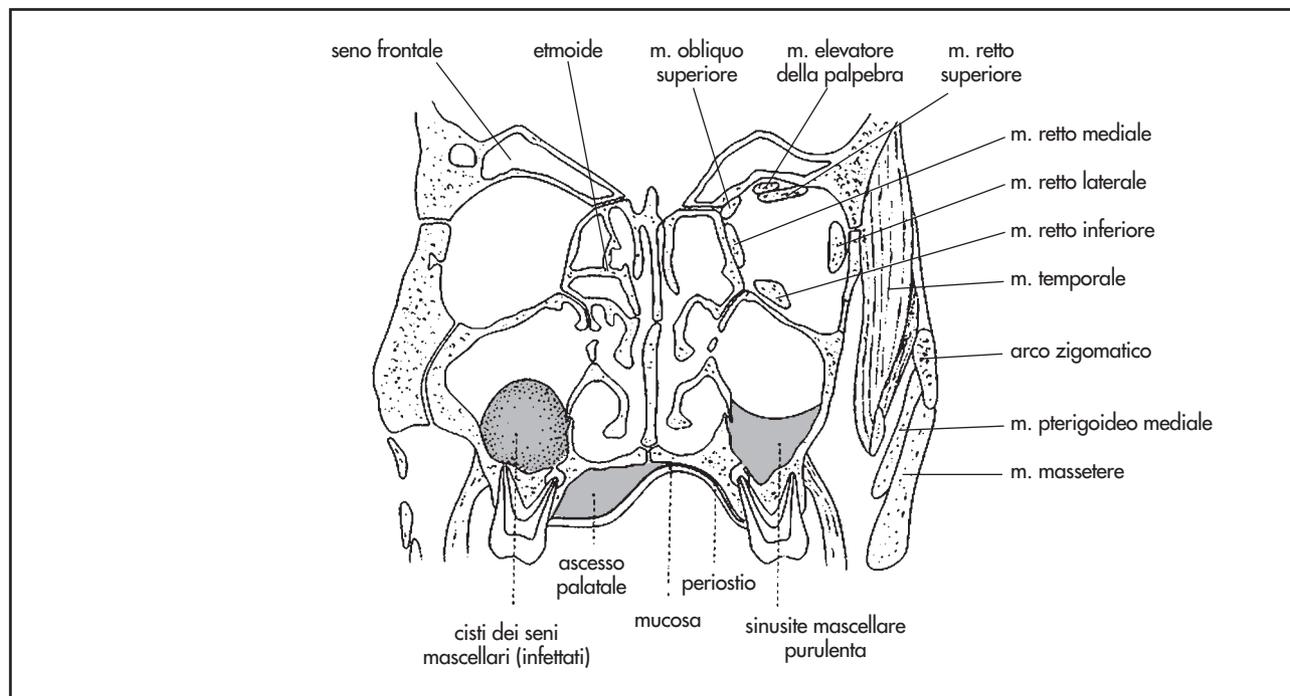


Figura 5.5 - Sinusiti odontogene

assenza di rimozione chirurgica delle cause.

La causa più frequente di sinusite odontogena è rappresentata dalla comunicazione oro-sinusale a seguito di estrazione dentaria di molari e premolari superiori; per questo motivo nei casi estrazioni la cui posizione anatomica possa determinare la complicanza, si deve eseguire un controllo immediato mediante la manovra di Valsalva.

Peraltro la presenza della comunicazione non è da escludere anche in presenza di una prova negativa; in quanto la fuoriuscita di aria può essere ostacolata da coaguli di sangue o da una poliposi della mucosa che sono in grado di mascherare inizialmente il segno, lasciandolo comparire a distanza.

Le indagini strumentali sono indispensabili per individuare la genesi odontogena e per rivolgere il trattamento alla rimozione delle cause; in assenza delle quali la terapia medica risolverebbe il quadro acuto esponendo alla cronicizzazione e alla ricomparsa di sinusiti acute ricorrenti.

Le radiografie dei seni paranasali eseguite in diverse proiezio-

ni, possono evidenziare diversi segni (tabella 5.6 e figura 5.7). Le cisti benigne si presentano come una opacità ben definita cupoliforme (a sole nascente); sono un reperto radiologico comune e sono generalmente dovute ad un precedente episodio di sinusite; sono cisti mucose rivestite da un epitelio cuboide e contenenti muco.

Segno di particolare importanza è rappresentato dall'erosione delle pareti sinusali che può essere di origine flogistica o neoplastica; ma, concomitante alla presenza di una massa occupante spazio deve porre il sospetto diagnostico di neoplasia maligna.

Una radiografia convenzionale dei seni paranasali peraltro non esclude la presenza di una patologia delle cellule etmoidali anteriori che possono essere responsabili di cefalee sinusali o di sinusiti ricorrenti.

Per tale motivo la TAC è attualmente la tecnica di scelta che permette sia di indagare sia le parti molli che i tessuti duri, nonché lo stato delle cellule etmoidali.

La RMN è invece utile nel distinguere i diversi tipi di masse

Tabella 5.6
SEGNI RADIOLOGICI DI PATOLOGIE SINUSALI

Ispessimento della mucosa Edema, infiltrazione leucocitaria, ipertrofia mucosa nelle sinusiti	Masse occupanti spazio Poliposi, neoplasie, cisti (dermoidi, odontogene, mucose)
Opacizzazione localizzata o diffusa Diminuzione dell'aereazione Fenomeni ipertrofici nelle sinusiti	Alterazioni delle pareti ossee Decalcificazioni, lisi, ossificazioni, espansioni, fratture
Presenza di livelli idroaerei (che mutano inclinando la testa) Empiema, emoseno	Corpi estranei Denti, impianti, materiali odontoiatrici

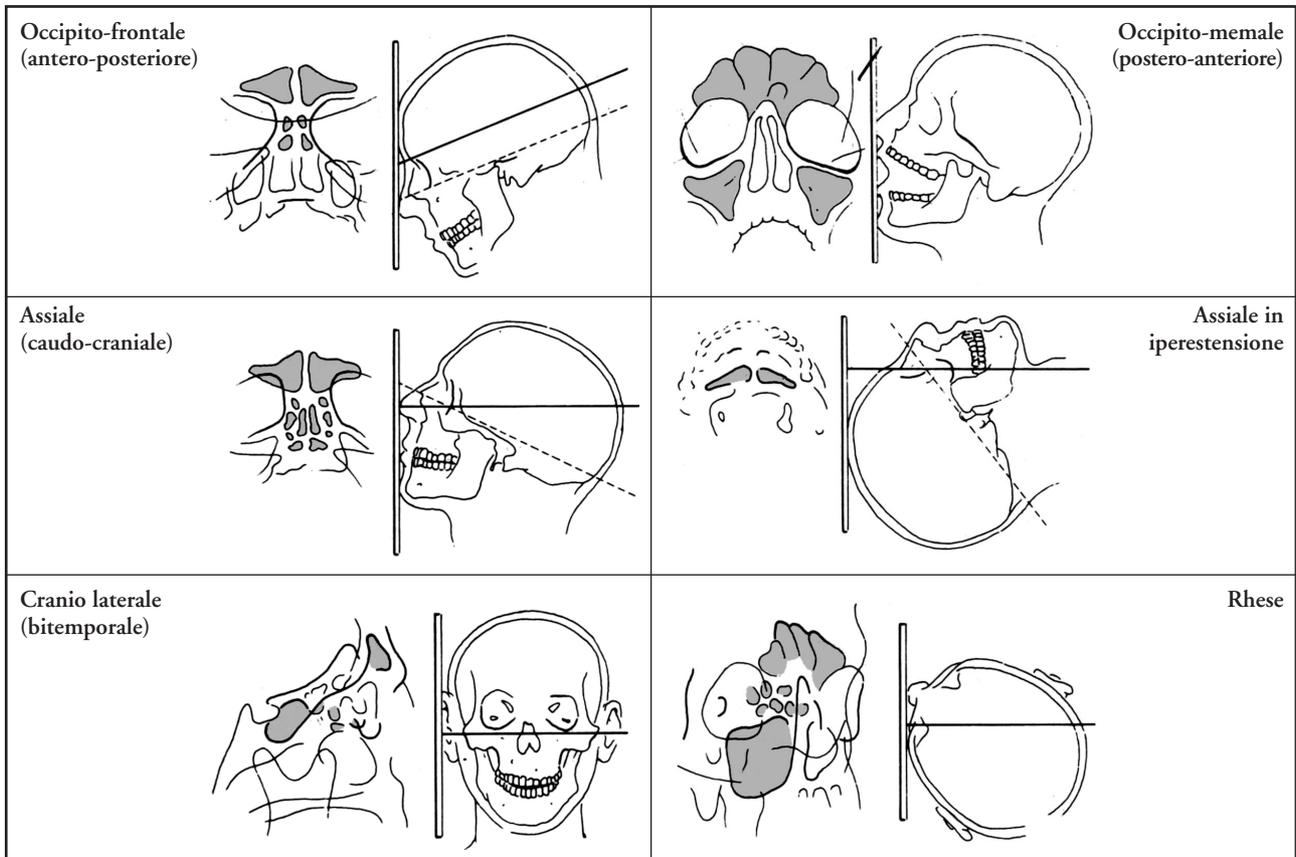


Figura 5.7 - Proiezioni per gli esami radiologici dei seni paranasali

molli, permettendo di distinguere tra tessuti densi e secrezioni ritenute; mentre è meno efficace nell'evidenziare le strutture ossee e le cellule etmoidali (per la scarsa quantità d'acqua del tessuto osseo).

La terapia delle sinusiti acute si basa sui diversi presidi locali e sistemici:

- antibiotici a largo spettro (ad esempio amoxicillina e acido clavulanico) per 7-8 giorni
- farmaci antipiretici e antinfiammatori
- spray decongestionanti topici (ad esempio xilometazolina) per facilitare il drenaggio dall'ostio naturale
- misure generali come riparo in un ambiente caldo con umidità media (45%) ed adeguata introduzione di liquido.

I pazienti con forme tossiche, che non rispondono alla terapia antibiotica, che presentano una cellulite orbitale o tendenza alle diffuse infezioni profonde devono essere ricoverati in ospedale. In ambito ospedaliero le cure possono consistere in diverse misure:

- lo striscio di secreto nasale per la cultura batterica, l'isolamento dell'agente eziologico e antibiogramma per una terapia antibiotica mirata
- interventi chirurgici sui seni paranasali come l'irrigazione antrale, l'antrostomia intranasale, l'operazione di Caldwell-Luc (detersione antrale sottolabiale), l'etmoidec-tomia, la chirurgia nasale endoscopica (figura 5.8).

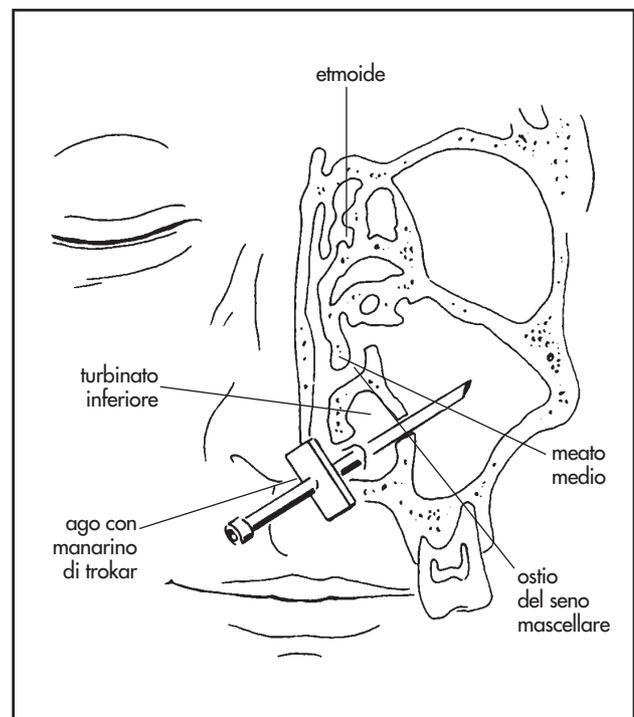


Figura 5.8 - Puntura transnasale del seno mascellare per la-vaggio o per endoscopia

6.1 TUMEFUZIONI NELLA REGIONE PAROTIDEA

Cause più frequenti di tumefazione monolaterale

1. Scialolitiasi
2. Parotite batterica
3. Adenoma parotideo monomorfo o pleomorfo
4. Adenocarcinoma parotideo (cr adenoideo cistico, cr mucoepidermoide, cr a cellule acinose, cr a cellule squamose, tumore mucoepidermoide)
5. Neoplasia mesenchimale benigna (lipoma, emangioma, istiocitoma fibroso, xantogranuloma, ecc)
6. Cisti sebacea (epidermica)

Cause più frequenti di tumefazione bilaterale

1. Parotite virale epidemica
2. Scialoadenosi
3. Linfoma
4. Cisti benigne parotidiche
5. Sindromi oculo-salivari (S. di Sjogren, S. di Mikulicz, lesione linfoepiteliale benigna di Godwin, febbre parotidea di Heerford)

Segni e sintomi

1. La parotite epidemica è una malattia dell'infanzia caratterizzata da malessere, cefalea, dolore, modica piressia, tumefazione mono o bilaterale per 5-7 giorni
1. Nella parotite batterica la ghiandola si presenta dolente, tumefatta, fluttuante in caso di suppurazione; dall'ostio del dotto di Stenone arrossato può defluire un secreto purulento
2. Gli adenomi pleomorfici sono le neoplasie più frequenti; sono mono o bilaterali e asintomatici; alla palpazione si presentano morbidi e mobili sui piani sottostanti
3. Un ingrossamento monolaterale nel bambino è più frequentemente provocato da una neoplasia mesenchimale benigna; mentre un ingrossamento monolaterale nell'anziano è più frequentemente un adenoma (tumore di Warthin, oncocitoma) che può degenerare in adenocarcinoma
4. Un rapido aumento di dimensioni e consistenza, fissità sui piani sottostanti, dolore parotideo e paralisi del facciale sono segni di allarme, indicativi di neoplasia maligna
5. Le scialosi sono ingrossamenti non infiammatori delle ghiandole salivari maggiori che si possono associare a diverse situazioni (anoressia nervosa, rapida perdita di peso, alcolismo, diabete scompensato). L'ingrossamento è più spesso apparente che reale, dovuto alla perdita localizzata

di tessuto adiposo della testa e del collo che provoca prominenza clinicamente apprezzabile

6. La sindrome di Sjogren comprende diverse manifestazioni associate come xerostomia, xeroftalmia e artrite reumatoide o altre artropatie reumatiche
7. La sindrome di Mikulicz comprende un ingrossamento delle parotidi, delle ghiandole sottomandibolari e lacrimali, con xeroftalmia e xerostomia in assenza di alterazione degli esami emtochimici; il quadro può essere idiopatico o associarsi a diverse patologie (sifilide, sarcoidosi, actinomicosi, tubercolosi)

Procedure diagnostiche

1. Il riscontro di febbre, tumefazione parotidea mono o bilaterale e aumento delle amilasi sieriche confermano la diagnosi di parotite epidemica (infezione da paramyxovirus)
2. Uno degli errori più comuni, nella diagnosi di una tumefazione parotidea situata al di sotto del lobo dell'orecchio, è l'errata interpretazione di una piccola neoplasia parotidea come cisti sebacea
3. In presenza di una tumefazione unilaterale persistente si deve escludere una neoplasia maligna e il paziente deve essere sempre mandato dalla specialista in ORL o chirurgia maxillo-facciale
4. Il sospetto diagnostico di sindrome di Sjogren è confermato: con gli esami ematochimici come VES, anticorpi autoimmuni (ANA, FAN, SSA, SSB); con la biopsia ed esame istologico del labbro che evidenzia l'infiltrato linfocitico nelle ghiandole salivari minori; con l'esame della quantità del flusso lacrimale (test di Schirmer) e salivare
5. La diagnosi strumentale in presenza di sospetto diagnostico di neoplasia, si basa sulla risonanza magnetica, sulla TAC e sull'agoaspirato con diagnosi istologica.
6. L'ortopantomografia e le radiografie occlusali possono evidenziare la presenza di calcoli radiopachi nelle scialolitiasi
7. È opportuno inviare allo specialista in otorinolaringoiatria un paziente che presenti ingrossamento delle ghiandole salivari, in associazione a sindrome di Sjogren, per escludere la compresenza di un linfoma (associazione nel 20% dei casi)

Trattamento

1. La parotite epidemica richiede un trattamento aspecifico con riposo, analgesici e antipiretici
2. La parotite batterica viene trattata con: impacchi con alcol 70%; antibiotici per via parenterale; correzione degli squilibri elettrolitici eventualmente associati (ad esempio disidratazione, diabete mellito, insufficienza renale); sostanze scialagoghe (limone, caramelle senza zucchero);

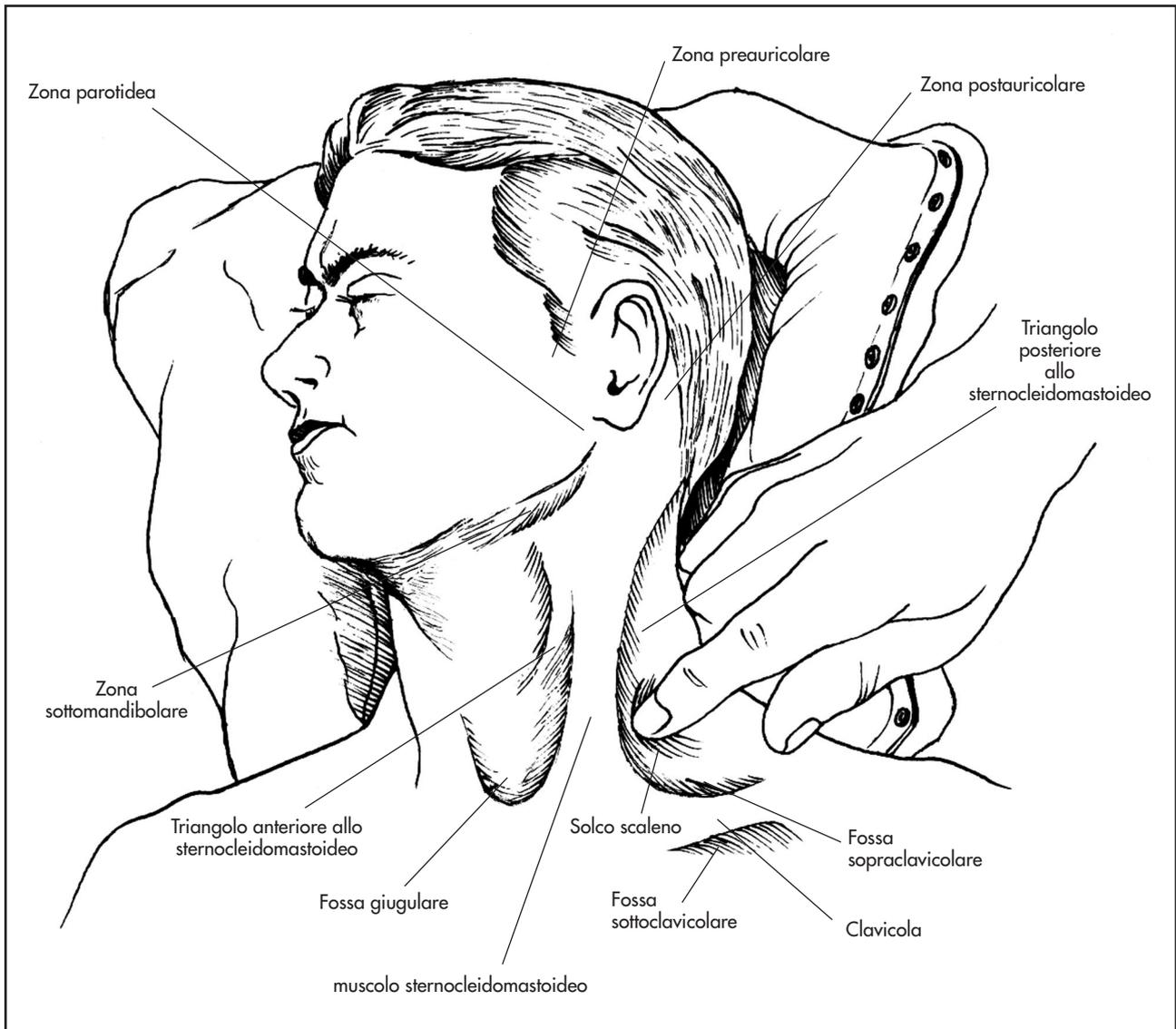


Figura 6.1 – Anatomia topografica del collo

- igiene e bonifica orale (per prevenire la infezione ascendente lungo il dotto)
3. Gli adenomi pleomorfi sono neoplasie benigne che possono nel tempo degenerare, per questo motivo è sempre necessaria la diagnosi con ago-aspirato ed esame istologico. L'indicazione è chirurgica; in caso di inoperabilità o in età molto avanzata eventuale radioterapia con 60 Gy
 4. Nelle neoplasie benigne e nei processi infettivi cronici trovano indicazione l'asportazione chirurgica parziale (lobectomia) o la parotidectomia superficiale con conservazione del nervo facciale
 5. Le neoplasie maligne sono trattate con parotidectomia totale, sacrificio del nervo facciale, dissezione radicale del collo, radioterapia e/o chemioterapia in relazione alla stadiazione.
 6. Le scialolitiasi possono essere trattate con l'asportazione del calcolo; in caso di perdita della funzione ghiandolare

- o in presenza di sialoadeniti batteriche retrograde (ascendenti) recidivanti va considerata la parotidectomia
7. La terapia della sindrome di Sjogren di competenza odontoiatrica si basa sul trattamento della xerostomia con sostituti salivari e profilassi delle patologie cariose e parodontali

6.2 TUMEFAZIONI IN REGIONE SOTTOMANDIBOLARE

Cause più frequenti

1. Scialolitiasi
2. Scialoadenite infettiva
3. Scialoadenosi
4. Adenoma monomorfo (cistoadenolinfomi, adenomi duttali, oncocitomi) o pleomorfo

5. Adenocarcinoma
6. Ascesso o cellulite sottomandibolare

Segni e sintomi

1. L'edema delle ghiandole sottomandibolari è localizzato all'angolo della mandibola. La causa più frequente consiste nella scialolitiasi con ostruzione acuta o cronica del dotto; altre cause sono l'ostruzione provocata dalla radioterapia e dalla chirurgia del pavimento orale; mentre un tumore delle ghiandole sottomandibolari è un reperto infrequente
2. Una tumefazione sottomandibolare molle e non dolorosa alla palpazione: a comparsa acuta durante il pasto (specie con cibi sapidi come il limone) e che si risolve spontaneamente, è tipica dell'ostruzione totale. La comparsa intermittente è spesso causata da un calcolo salivare mobile nel dotto di Warthon
3. L'angina di Ludwig è un'infezione con cellulite del pavimento orale, situata nello spazio sovraioideo tra muscolo miloioideo e fascia profonda (che si estende dalla mandibola all'osso ioide). Può originare per diffusione da un ascesso peritonsillare o, più frequentemente, odontogeno dei molari e premolari inferiori
4. Le ghiandole sottomandibolari ingrossate per fenomeni non infiammatori (scialosi o scialoadenosi) sono di origine endocrino metabolica (diabete mellito, dislipidemie, gravidanza, endocrinopatie, deficit proteici o metabolici, alcolismo) o nelle neuropatie primarie del sistema nervoso autonomo. Le alterazioni interessano di solito tutte le ghiandole che risultano palpabili bilateralmente. L'aumento di volume può risultare reale o apparente; come avviene, ad esempio, nell'anoressia, nella rapida perdita di peso o nelle donne anziane magre (in cui le ghiandole tendono a trovarsi più in basso nel collo)

Procedure diagnostiche

1. Gli esami radiologici (radiografia occlusale, ortopantomografia) possono evidenziare la presenza di calcoli radiopachi e porre diagnosi differenziale con altre masse calcifiche (fleboliti, linfonodi calcifici)
2. La palpazione bimanuale evidenzia i caratteri della tumefazione: spesso è possibile palpare i calcoli; il riscontro di una neoformazione ben delimitabile, mobile, dolente alla palpazione, a superficie liscia e consistenza duro-elastica depone per un adenoma pleomorfo
3. L'ecografia permette di evidenziare le alterazioni del tessuto ghiandolare e permette di mirare l'agoaspirato per l'esame istologico
4. La presenza di superficie nodulare, consistenza compatta, dolore alla palpazione, fissità ai piani sottostanti e difficoltà di delimitazione sono segnali di allarme per una neoplasia maligna e richiedono l'esecuzione di una biopsia ed esame istopatologico
5. La TAC e la RMN servono per evidenziare l'estensione e l'infiltrazione di neoplasie maligne nella base cranica e nella regione retromascellare

Trattamento

1. È necessario ricoverare in ospedale i pazienti che presentino angina necrotizzante (di Ludwig) per la terapia sistemica antibiotica, idratazione, incisione e drenaggio d'urgenza per il rischio di ostruzione respiratoria causata dal sollevamento postero-superiore della lingua
2. Il massaggio ghiandolare può favorire l'uscita dei calcoli; può essere applicato dopo dilatazione del dotto mediante sonda bottonuta. Il drenaggio può essere favorito mediante la somministrazione di scialagoghi (ad esempio limone, caramelle senza zucchero, ecc)
3. La litotripsia extracorporea è una metodica di recente introduzione che consente di frammentare i calcoli, mediante onde d'urto, riducendoli ad un diametro tale da consentirne l'espulsione spontanea
4. I calcoli incuneati nel dotto nel pavimento della bocca possono essere asportati chirurgicamente per via orale in anestesia locale. Il dotto viene inciso per il lungo e cucito "aperto" per impedire la stenosi cicatriziale
5. Le neoplasie benigne, in relazione al potenziale degenerativo richiedono l'asportazione della massa con il tessuto sano ghiandolare circostante; spesso viene, attuata l'asportazione totale della ghiandola
6. I calcoli nella parte posteriore, che non possono essere raggiunti attraverso la bocca, richiedono l'asportazione chirurgica completa della ghiandola, se causano problemi persistenti di tumefazione e scialoadeniti recidivanti; spesso però la ghiandola ostruita va incontro ad atrofia spontanea
7. Le neoplasie maligne richiedono una terapia commisurata al tipo e stadiazione del tumore: l'asportazione della ghiandola con dissezione del collo e svuotamento linfonodale, chemioterapia e radioterapia

6.3 TUMEFAZIONI LATERALI DEL COLLO

Cause più frequenti (figura 6.2)

1. Linfadenopatie infettive, neoplastiche primitive (linfoma), metastatiche (cr polmone, stomaco, nasofaringeo)
2. Cisti branchiale (o branchiogenica), dermica (o sebacea), dermoide ed epidermoide
3. Neoplasia mesenchimale benigna (lipoma, emangioma, linfangioma, istiocitoma fibroso) o maligna (sarcoma)
4. Fibromatosi
5. Laringocele
6. Tumore del corpo della carotide
7. Costa cervicale soprannumeraria

Segni e sintomi

1. In base ai caratteri della massa laterocervicale può essere posto un sospetto diagnostico: una massa diffusa, non ben delineata può essere una neoplasia maligna o una fi-

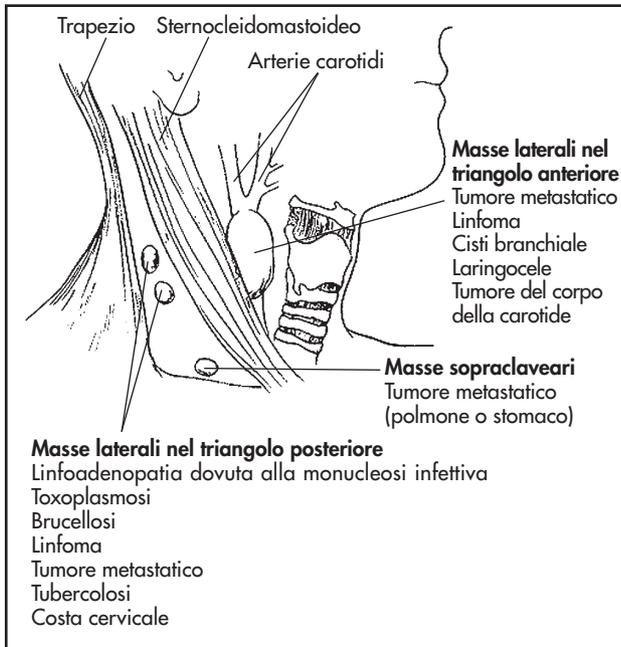


Figura 6.2 - Masse e tumefazioni laterali del collo

bromatosi; una tumefazione mobile, capsulata è suggestiva di una neoplasia mesenchimale benigna o di una cisti; una tumefazione dolorosa e infiammata di una linfoadenite infettiva o di una cisti suppurata

2. Il riscontro di una massa pulsante, a comparsa progressiva, indolore, situata a livello della biforcazione carotidea, che può essere mossa lateralmente ma non verticalmente, suggerisce la possibilità di un tumore del corpo carotideo (chemodectoma o tumore glomico)
3. Le masse nel triangolo posteriore del collo di solito originano da linfonodi ingrossati per infezione (mononucleosi infettiva, toxoplasmosi, brucellosi) o una neoplasia primaria (linfoma) o metastatica. Una eccezione degna di nota è la costa cervicale che si presenta come tumefazione dura e unica
4. Il laringocele è un prolungamento pieno d'aria o liquido del sacculo del ventricolo laringeo. È più frequente negli uomini anziani; è tipicamente unilaterale e può accompagnarsi a voce bassa e roca; si sposta nel tossire e si svuota sotto pressione
5. Le cisti branchiali del 2°, 3°, 4° arco branchiale compaiono spesso in età adulta; sono unilaterali, più spesso situata nel triangolo anteriore dello sternocleidomastoideo, alla giunzione tra terzo medio e superiore. Si presentano generalmente asintomatiche di consistenza fluttuante ed elastica, con buona mobilità. Talvolta è presente un piccolo infossamento cutaneo con apertura centrale e secrezione mucoide ricorrente (fistola). La mobilità può ridursi in caso di infezione secondaria; mentre un senso di compressione può comparire in caso di masse di cospicue dimensioni
6. L'igroma cistico (linfangioma) è una massa molle, indo-

lore, comprimibile, piena di liquido (evidente alla transilluminazione), più spesso situata nel triangolo posteriore del collo

7. Le masse sopraclaveari sono più spesso linfoadenopatie metastatiche, secondarie a una neoplasia polmonare o gastrica

Procedure diagnostiche

1. Un paziente che presenti una tumefazione al collo che persista per più di una settimana, deve essere inviato allo specialista per escludere una neoplasia
2. Un paziente con anamnesi di neoplasia maligna della testa e del collo, che presenti una tumefazione al collo deve essere inviato allo specialista con urgenza nella stessa settimana per escludere una recidiva
3. La diagnosi si basa delle tumefazioni laterali del collo sull'ecografia, la tomografia assiale computerizzata, la risonanza magnetica nucleare, l'esame istologico su biopsia escissionale o agoaspirazione
4. L'agoaspirazione è indicata per le masse profonde; poiché una biopsia escissionale a cielo aperto (che è invece indicata per le lesioni con aspetto clinico benigno) può causare disseminazione; tale rischio aumenta nel caso di tumori metastatici
5. Nelle cisti e nelle neoplasie con contenuto liquido i caratteri dell'aspirato sono indicativi della diagnosi: liquido giallo citrino è tipico per le ranule, i linfangiomi e la maggior parte delle cisti; sangue per l'emangioma; essudato bianco e denso per le cisti dermoidi
6. L'auscultazione con lo stetoscopio di un chemodectoma permette di apprezzare un soffio di natura vascolare
7. Nelle linfoadeniti di ndd possono essere prescritti esami ematochimici: VES, esame emocromocitometrico, test tubercolinico, test intracutaneo (malattia da graffio di gatto), Toxotest, Mono-test (reazione di Paul-Bunnell), test di agglutinazione per la brucellosi, anti-HIV

Trattamento

1. Le linfoadenopatie infettive si risolvono con la terapia causale; possono residuare linfonodi fibrotici o calcifici
2. Il trattamento delle cisti e delle neoplasie mesenchimali benigne consiste nell'escissione chirurgica conservativa; che talora può risultare complessa per il rischio di lesione delle strutture anatomiche vascolari o nervose contigue
3. Il trattamento del laringocele esterno si basa sull'escissione, l'interno sulla marsupializzazione per via endoscopica
4. Le fibromatosi sono proliferazioni reattive benigne che richiedono una escissione locale completa
5. I sarcomi sono trattati con la resezione radicale, dissezione del collo, chemioterapia e radioterapia in base alla stadiazione
8. Il chemodectoma è trattato con l'escissione; poiché esiste una natura multicentrica dei tumori paragangliari della testa e del collo, va indagata la presenza di una sindrome da adenomatosi endocrina multipla (glomio carotideo, glomio giugulare, feocromocitoma)

6.4 TUMEFAZIONI MEDIANE DEL COLLO

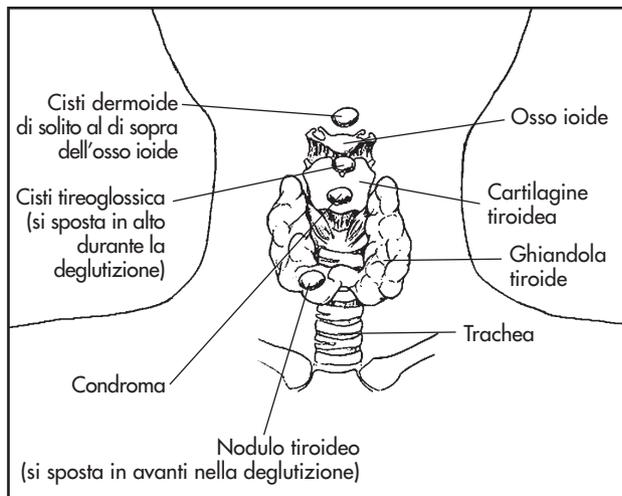


Figura 6.3 - Masse e tumefazioni centrali del collo

Cause più frequenti (figura 6.3)

1. Cisti dermoide
2. Cisti tireoglossica
3. Condroma
4. Gozzo o struma
5. Emorragia tiroidea spontanea
6. Ascesso linfonodale

Segni e sintomi

1. La comparsa delle cisti e delle fistole residue del dotto tireoglossico avviene prevalentemente in età pediatrica; possono causare senso di compressione e dolore in caso di infezioni secondarie ed ascessualizzazione
2. Il termine gozzo o struma indica un ingrossamento palpabile della tiroide senza indicare nessun fattore eziologico che può essere: ipertireosi, da carenza di iodio, morbo di Basedow, tiroiditi infettive, tiroiditi autoimmuni, neoplasie benigne o maligne. Si presenta prevalentemente nel sesso femminile in età adulta
3. Lo struma può essere: simmetrico o asimmetrico; liscio o

nodulare; localizzato o diffuso. I sintomi locali sono relativi alla compressione o all'infiltrazione di strutture contigue e possono essere rappresentati da: sensazione di globo, disfagia, disfonia, raucedine (paralisi del ricorrente), dispnea o dolore. I sintomi sistemici si verificano in caso di alterazioni della funzione endocrina e possono essere di ipotiroidismo o di ipertiroidismo

4. Una massa tiroidea si sposta in alto quando il paziente deglutisce (ad esempio quando beve un bicchiere d'acqua) e può essere quindi individuata clinicamente da altre patologie non tiroidee (ad esempio emangioma, linfangioma, lipoma, cisti dermoide)
5. La cisti del tireoglossico deriva dalla mancata oblitterazione del tragitto embriologico lungo cui la tiroide migra dalla base della lingua al collo. Una cisti tireoglossica è rotonda e liscia; si sposta in alto facendo protrudere la lingua; resta ferma durante la deglutizione

Procedure diagnostiche

1. La diagnosi e il trattamento delle malattie della tiroide sono di competenza dell'internista e del chirurgo
2. Il paziente con gozzo o noduli solitari deve essere sottoposto ad esami ematochimici di funzionalità tiroidea (ormoni tiroidei T3 e T4, TSH)
3. L'ecografia permette la diagnosi differenziale tra cisti e noduli; la scintigrafia tra nodulo caldo o freddo; la TAC, la RMN evidenziano la consistenza e l'invasione di tessuti circostanti; l'agoaspirazione con esame istologico completano il percorso diagnostico

Trattamento

1. Il gozzo eutiroideo può essere lasciato senza trattamento nel caso risulti asintomatico
2. L'ipertiroidismo è trattato con farmaci inibitori la funzione tiroidea, tiroidectomia o terapia con radioisotopi. L'ipotiroidismo con terapia ormonale di sostituzione (tiroxina)
3. Gli adenomi benigni sono trattati con tiroidectomia subtotale; i carcinomi con tiroidectomia totale, dissezione del collo, svuotamento linfonodale, radioterapia o chemioterapia in base alla stadiazione
4. Le cisti del dotto tireoglossico sono trattate con escissione chirurgica; se non viene escisso il corpo dell'osso ioide la recidiva è frequente

7.1 TUMEFUZIONI FACCIALI DIFFUSE

Cause più frequenti

1. Edema angioneurotico
2. Ascesso o flemmone (cellulite diffusiva)
3. Enfisema sottocutaneo
4. Cheilite granulomatosa

Sintomi e segni

1. Le infezioni sono caratterizzate da dolore, piressia, linfadenite; gli ascessi risultano fluttuanti alla palpazione e ben delimitati, mentre le celluliti (flemmoni) sono di consistenza dura e non delimitati
2. Le tumefazioni di origine non infettiva non causano dolore e possono essere identificate in base a sintomi particolari come il prurito nell'edema angioneurotico e il crepito alla palpazione nell'enfisema sottocutaneo
3. La familiarità e un'anamnesi di episodi recidivanti depongono per un'edema angioneurotico; mentre la comparsa dopo l'insufflazione di aria sotto pressione (spesso con un a siringa odontoiatrica ad aria-acqua) sono tipici di un enfisema sottocutaneo

Procedure diagnostiche

1. Le infezioni endodontiche sono da indagare con radiografie endorali e test di vitalità dei denti
2. Le tumefazioni infettive possono essere incise e drenate; l'essudato sottoposto a cultura e antibiogramma per istituire una terapia antibiotica mirata, in caso di mancata risposta alla terapia inizialmente istituita a largo spettro
3. Nei pazienti con angioedema ereditario vanno ricercati gli inibitori della C1-esterasi e C4 con esami ematochimici
4. In caso di sospetto di cheilite granulomatosa risulta utile eseguire la biopsia e l'esame istologico per confermare la diagnosi provvisoria formulata su base clinica

Trattamento

1. In presenza di un edema angioneurotico si devono allontanare tutti i possibili allergeni e prescrivere antistaminici e corticosteroidi
2. Incisione, drenaggio, terapia antibiotica, impacchi caldumidi e terapie endodontiche o estrazioni dentali sono i presidi terapeutici per le infezioni odontogene
3. Nella cheilite granulomatosa si utilizza la terapia sistemica con steroidi, eventualmente associata a iniezioni intraliesionali; nei casi con deformazione persistente si ricorre alla chirurgia estetica
4. Gli enfisemi sottocutanei tendono a riassorbimento

spontaneo; è consigliabile una terapia antibiotica di copertura

7.2 NODULI FACCIALI LOCALIZZATI

Cause più frequenti

1. Cisti sebacea
2. Nevo intradermico
3. Cheratosi seborroica
4. Cheratoacantoma
5. Basalioma (carcinoma a cellule basali)
6. Carcinoma a cellule squamose
7. Tumore degli annessi cutanei

Segni e sintomi

1. In base alla localizzazione un nodulo del labbro superiore e della faccia è più frequentemente un basalioma; uno sul labbro inferiore un carcinoma a cellule squamose; uno nella regione malare un melanoma
2. In base all'aspetto un nodulo ulcerato è più probabilmente un carcinoma; giallo-bruno e con aspetto di lesione umido, una cheratosi seborroica; bianco madreperlaceo con teleangectasie, un basalioma; nero, un nevo o un melanoma
3. In base alla configurazione una lesione crateriforme con una depressione centrale è più probabilmente un cheratoacantoma, un basalioma o un carcinoma; un aspetto proliferante e aggettante, una cheratosi seborroica; un nodulo subdermico mobile, una cisti sebacea
4. In base alla durata, una lesione persistente da tempo senza variazioni di dimensioni è più probabilmente un nevo; un aumento recente e progressivo di grandezza, un tumore maligno; un'anamnesi di crescita rapida seguita da un arresto, una cheratosi seborroica o un cheratoacantoma

Procedure diagnostiche e trattamento

1. La diagnosi e la terapia sono di competenza del dermatologo e del chirurgo. La diagnosi definitiva si basa sulla biopsia multipla nelle lesioni ampie e sulla biopsia con escissione completa nelle lesioni di dimensioni ridotte
2. Le lesioni benigne (cisti sebacea, nevo intradermico, cheratosi seborroica, cheratoacantoma, tumore benigni degli annessi cutanei) si trattano con la semplice escissione
3. I basaliomi, i carcinomi e i tumori maligni degli annessi cutanei richiedono escissioni radicali; svuotamenti linfonodali, radioterapia e chemioterapia sono stabilite in base alla stadiazione

1. Bingham B, Hawke M, Kwok P, Otorinolaringologia clinica, Mosby-Year Book Inc, 1992
2. Cassano P, Gelardi MG, L'ipertrofia adenoidea, ed Offset Grafica, PI, Agosto 2001
3. Colombo E, Sindromi otovestibolari e patologia della masticazione, Comitato Simposi Scientifici Formenti, Aprile 2000
4. Colletti V, Sittoni V, Otologia clinica, Dompè Ed, MI, 1999
5. Cortesina G, Argomernti di Otorinolaringoiatria, Archimedica editori, TO, 1996
6. Ghirlanda M, Patologia di confine otorinolaringoiatrica e odontostomatologica, Comitato Simposi Scientifici Formenti, Marzo 1997
7. Imeri L., Fisiopatologia dell'apnea da sonno, Il Dentista Moderno N.1 Gennaio 2002
8. Marci F, Patologia orale in corso di malattie sistemiche, UTET Periodici, Mi, 1997
9. Milford c, Rowlands A, Assistenza medica condivisa in campo ORL, Isis Medical Media, Oxford 1999
10. Pignataro L., Guastella C., Ruolo dell'otorinolaringoiatrica nella diagnosi e nella terapia delle apnee ostruttive, Il Dentista Moderno N. 1 Gennaio 2002
11. Sala O, Sala T, Malattie del cavo orale e delle ghiandole salivari, ed Piccin, PD, 2001
12. Wolfgang Arnold, Uwe Ganzer, Compendio di otorinolaringoiatria, Edizioni CELI, RA, 1995
13. Bingham B, Hawke M, Kwok P, Otorinolaringologia clinica, Mosby-Year Book Inc, 1992
14. Cassano P, Gelardi MG, L'ipertrofia adenoidea, ed Offset Grafica, PI, Agosto 2001
15. Colletti V, Sittoni V, Otologia clinica, Dompè Ed, MI, 1999
16. Colombo E, Sindromi otovestibolari e patologia della masticazione, Comitato Simposi Scientifici Formenti, Aprile 2000
17. Cortesina G, Argomernti di Otorinolaringoiatria, Archimedica editori, TO, 1996
18. Ghirlanda M, Patologia di confine otorinolaringoiatrica e odontostomatologica, Comitato Simposi Scientifici Formenti, Marzo 1997
19. Horch H, Chirurgia ortognatodontica e maxillo facciale, USES, Unione Tipografico-Editrice Torinese, TO, 1993
20. Marci F, Patologia orale in corso di malattie sistemiche, UTET Periodici, Mi, 1997
21. Milford c, Rowlands A, Assistenza medica condivisa in campo ORL, Isis Medical Media, Oxford 1999
22. Sala O, Sala T, Malattie del cavo orale e delle ghiandole salivari, ed Piccin, PD, 2001
23. Wolfgang Arnold, Uwe Ganzer, Compendio di otorinolaringoiatria, Edizioni CELI, RA, 1995

Stampato nel 2002
Cierre Grafica - Verona
Tel. 045 8580900

Il cerchio

*Osservo mentre giochi il tuo bel riso,
l'odoro la guancia e sfioro col viso,
anelo l'umido bacio schioccante
che ogni volta è passione vibrante.*

*Oggi dedico tempo per accudirti,
domani presenza per tutelarti.
Facile istinto è al bimbo donare
un autentico spontaneo amore.*

*Doman di me stesso caricatura,
dall'età richiederò indebolito
prima una presenza a tutelarmi,
infine del tempo per accudirmi.*

*Ma è meno facile a un vecchio donare
un autentico spontaneo amore.*

Mi capita

*Mi capita di struggermi per un'idea
e poi con la stessa forza d'odiarla.*

*Mi capita di realizzare un progetto
e poi insoddisfatto di rinnegarlo.*

*Mi capita di ammirare una persona
e poi conosciuta di biasimarla.*

*Mi capita di punire chi più amo
e l'estraneo invece di perdonarlo.*

*Mi capita di strenuo lavorare
e poi dubbioso il motivo chiedermi.*

*Mi capita di arringare una folla
e stanco spento le luci pentirmi.*

*Mi capita di adirarmi per niente
e con amarezza rimproverarmi.*

*Mi capita da un ricordo farmi assalire
e d'un fatto passato vergognarmi.*

*Mi capita a volte un nodo alla gola,
gli occhi umidi improvvisi di sentirmi.*

*Mi capita a volte trai troppi impegni
di ritrovare me stesso e d'amarmi.*

*Mi capita di cercare foglio e penna
e scrivere per poter poi riabbracciarmi.*

*Non rimane di noi il fatto concreto
che è sbriciolato dal tempo e dal vento,
rimane solo un'idea senza nome,
la più semplice che è il sentimento.*

*Poesia solitaria consolazione
a depressioni di un offuscato mondo,
per scacciar l'insopportabil oppressione
del faticar per un misero soldo.*

La bicicletta

*Dito in bocca e mano nei calzoncini
giri senza meta tra i fiorellini.*

*Monti sulla tua la bici in un momento.
Scendi, tiri la maglia su fino al mento.
Calzoni giù ai piedi e ventre al vento,
innaffian l'aiola due meline strette,
schiena inarcata, gambe magre e ritte.*

*Bel soldo di cacio in perpetuo moto,
frutto tardivo a ogni passo seguito,
andare in bici come hai imparato?*

*"Ho pensato e da solo
mi sono insegnato".*

Allo zoo

Papà perché la pantera è così nera?

Papà perché la foca nell'acqua gioca?

Papà perché la biscia striscia ed è liscia?

Papà perché la dromedaria cambia livrea?

Papà perché sul ramo l'ara giallo ondeggia?

Papà i bambini del leone son leoncini,

e i bambini dei bambini dei bambini?

Papà perché... papà rispondimi... ascoltami papàaaa...

*Le manine mi giran la testa per farmi capire
e mi gridi forte nell'orecchio per farti sentire.*

Papà perché l'orso ha morso quell'osso?

Via le mani è affamato e non ha mangiato!

Papà la tartaruga bruca lattuga?

Scendi dal muro o cadi sul suolo duro!

Papà perché il coccodrillo è così tranquillo,

col suo dorso tutto cosparso di scaglie?

Allaccia il laccio della scarpa slacciato!

Un attimo dopo è scappato, d'un tratto dov'è andato?

Ritrovato, appena girato si era già dileguato.

*Credo che dentro abbia allineate in più file
un numero alto di inesauribili pile.*

*Poi d'improvviso nel sonno è già crollato,
sino a domani durerà addormentato.*

*È andato e anche stasera
il pasto m'ha saltato!*

Le patologie della faccia e delle ossa mascellari rappresentano campi di intervento di diverse specializzazioni: l'odontoiatra, l'otorinolaringoiatra e il chirurgo maxillo-facciale.

Nel concetto di confine è insito un limite designato da una linea più o meno convenzionale, ma è chiaro che in un'area anatomica così relativamente piccola e con intime correlazioni anatomiche e funzionali, le competenze si sovrappongono in relazione a molteplici ordini di motivazioni. Alcune patologie, soprattutto di tipo funzionale, hanno importanti ripercussioni sulle specialità confinanti; si pensi ad esempio alle patologie dell'articolazione temporo-mandibolare sull'orecchio e alle patologie ostruttive rinofaringee sulla respirazione orale e sulla crescita dei mascellari.

Vi sono, inoltre, patologie che riguardano organi localizzati in una area anatomica propria di una specifica specialità, la cui competenza è tradizionalmente dell'area specialistica confinante. Si pensi ad esempio alle patologie delle ghiandole salivari maggiori che, pur risiedendo nel cavo orale, non sono generalmente trattate dagli odontoiatri, ma rientrano nella competenza degli otorinolaringoiatri.

Esistono, infine lesioni che pur insorgendo in un'area di pertinenza ben definita per la loro aggressione chirurgica comportano una più o meno estesa invasione di campo; in ambito odontoiatrico si pensi ad esempio alle fistole orosinusal e alle sinusiti odontogene, così come agli interventi di rialzo del seno mascellare nella terapia implantare in presenza di atrofia ossea.

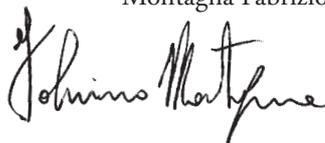
La pertinenza ad un campo specialistico o a un altro si basa, quindi, non solo su criteri anatomici ma anche di tipo culturale e su esigenze tecnico chirurgiche. È innegabile che in misura maggiore il progresso terapeutico porti a spostare i limiti delle diverse specialità e, nei fatti, gli specialisti ogni giorno travalicano sempre più spesso i limiti anatomici della loro branca; limiti teorici che spesso appaiono più convenzionali che non funzionali alla terapia.

Queste considerazioni esulano, peraltro, l'aspetto più importante che rappresenta l'intrinseco filo conduttore degli ultimi numeri di questa collana, inerenti l'assistenza medico-odontoiatrica condivisa.

Il fatto che, talvolta, i pazienti si rivolgano all'odontoiatra per sintomi inerenti patologie di confine che investono competenze che esulano lo specifico settore o addirittura esigano competenza trasversali tra diverse specialità; in questi casi la responsabilità dell'odontoiatra consiste nell'individuare le possibili diagnosi differenziali in modo da indirizzare il paziente ed erogare una prestazione completa che soddisfi sia l'aspetto professionale che umano.

In questa ottica, va letto l'impegno profuso in questa collana da ROCHE e ANDI che, da sempre, si riconoscono mentori di un progresso culturale ed etico della professione odontoiatrica.

Montagna Fabrizio



Sommacampagna, 1 Maggio
2002

*Al parlare a una folla falsa e cocciuto
preferisco a casa solo lavorare
tranquillo davanti al computer seduto.*

*In un mondo che grida per farsi notare
preferisco qualcuno mi abbia cercato
per sapere che penso e che cosa fare.*

Maturità, Maurice Van Den Berg

Cod. 24004888

Questa opera della collana editoriale ANDI
è stata realizzata con il contributo della



dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani
quale servizio ai propri soci