

I quaderni della professione - n. 3

**FABRIZIO MONTAGNA**

# **IL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO DEL PAZIENTE CON ALLERGIA, PATOLOGIA GASTROINTESTINALE E RENALE**

**ASSOCIAZIONE  
NAZIONALE  
DENTISTI  
ITALIANI**



**Edizioni Promoass**

*Nullum est iam dictum, quod non dictum sit prius.*  
*Non si dice mai nulla che non sia stato già affermato in precedenza.*  
Terenzio.

*Nil sub sole novum.*  
*Non c'è nulla di nuovo sotto il sole.*  
Ecclesiaste 1,10 (celeberrima massima ripresa anche da S. Agostino e S. Girolamo).

*Tutti i pensieri intelligenti sono già stati pensati; occorre solo tentare di ripensarli.*  
W. Goethe, Massime e riflessioni.

## **AUTORE**

Fabrizio Montagna  
Laurea in Medicina e Chirurgia  
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia  
Diplome d'Université en Orthodontie - Université de Nantes  
Professore a contratto nel corso di laurea in Odontoiatria  
dell'Università degli Studi di Padova

## **COLLABORATORI**

### **Luigi Mario Daleffe**

Laurea in Medicina e Chirurgia  
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia

### **Camillo Smacchia**

Laurea in Medicina e Chirurgia  
Diploma di Specializzazione in Medicina Interna  
Diploma di Specializzazione in Medicina dello sport  
Dirigente presso il Servizio per le Tossicodipendenze,  
USL 20, Villafranca, Verona

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 informazioni, richieste e distribuzione del volume rivolgersi a:  
**EDIZIONI PROMOASS**, via Savoia 78, 00198 Roma - Te. 068411482

### **Della stessa Casa Editrice:**

- Il trattamento odontoiatrico del paziente in gravidanza, nei primia anni di vita e disabile, MONTAGNA F., R. FERRO, 1998
- Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologia cardiovascolare, MONTAGNA F., 1998
- La responsabilità nella professione odontoiatrica, MONTAGNA F., DE LEO D., CARLI O., 1997
- Prevenzione delle infezioni in odontoiatria: epatiti e aids, MONTAGNA F., 1996

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. Qualora il testo faccia riferimento a modalità terapeutiche e farmaci, l'Autore ha cercato di garantire che tali riferimenti siano conformi allo stato delle conoscenze al momento della pubblicazione del libro. Tuttavia, si consiglia al lettore di verificare attentamente se le indicazioni riportate nel testo abbiano mantenuto la loro validità al momento di una futura consultazione.

# INDICE

**PAGINA 5**

1

Allergia ai farmaci

**PAGINA 8**

2

Insufficienza renale cronica

**PAGINA 11**

3

Dialisi

**PAGINA 12**

4

Trapianto renale

**PAGINA 14**

5

Malattia Ulcerosa

**PAGINA 15**

6

Malattia infiammatoria intestinale

**PAGINA 15**

7

Malassorbimento

**PAGINA 16**

8

Cirrosi

# ALLERGIA AI FARMACI

## Eziologia e sintomatologia

La ripetuta esposizione ad allergeni può causare una sensibilizzazione allergica caratterizzata da reazioni di ipersensibilità dannose per i tessuti dell'ospite che interessano sia le componenti cellulari che le umorali del sistema immunitario.

Si stima che il 15-25% della popolazione sia allergica a qualche sostanza e che il 5% sia allergico ad uno o più farmaci.

L'assunzione di un farmaco espone al rischio di provocare una reazione allergica quantificabile nell'1-3% dei casi con incidenza di reazioni mortali compresa tra lo 0,01-0,1%. Il tempo di comparsa e la gravità delle reazioni possono variare da pochi minuti a giorni in relazione al tipo di allergia (immediata, ritardata).

Qualunque sostanza è potenzialmente allergica, tra i farmaci utilizzati comunemente in odontoiatria si riconosce un elevato potere antigenico in particolare ad alcuni antibiotici (betalattamici, sulfonamidi, tetracicline), all'acido acetilsalicilico e ad alcuni Fans.

Tra i materiali odontoiatrici un maggior potere allergenico è riconosciuto ad alcune sostanze: lattice; nickel; sostanze contenute nella gomma dei materiali da impronta (acceleratori, antiossidanti); materiali acrilici per protesi (monomero libero di metil-metacrilato); disinfettanti e antisettici; conservanti e antiossidanti contenuti nell'anestesia (metilbisolfito, paraben).

L'ipersensibilità può essere classificata in sei tipi:

- Tipo 1 o immediata compare nel giro di secondi o minuti (IgE mediata) con diversi gradi di gravità (anafilassi, ortica-

ria, asma bronchiale, angioedema, atopia, rinite)

- Tipo 2 o citotossica che compare dopo 24 ore dal contatto ed è mediata dalla attivazione del complemento ad opera delle immunoglobuline (glomerulonefrite, anemia emolitica, emolisi autoimmune)
- Tipo 3 o malattia da siero che compare dopo 6-48 ore dal contatto per precipitazione nei tessuti di immuno- complessi e attivazione di enzimi citolitici (malattia da siero, nefrite luposu, alveolite polmonare, epatite)
- Tipo 4 o ritardata (cellulo-mediata dai linfociti) che compare dopo 48 ore (dermatite da contatto)
- Autoimmune tipo LES che compare a distanza ed è mediata da autoanticorpi
- Pseudoallergica o anafilatoide (reazione idiosincrasica immediata) clinicamente sovrapponibile all'anafilassi ma dose dipendente e non mediata da meccanismi immunologici (attivazione diretta dei mastociti).

La sintomatologia orale può essere rappresentata da quadri diversi: l'orticaria e l'edema angioneurotico a rapida comparsa (ipersensibilità immediata); le ulcerazioni e l'eritema multiforme che compaiono dopo 24 ore dal contatto con l'allergene (ipersensibilità da immunocomplessi); la dermatite o la stomatite da contatto che compare a distanza di 2-3-giorni (ipersensibilità ritardata).

## Rischio perioperatorio

Due forme di allergia rivestono particolare importanza in

Tabella 1  
**TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON ALLERGIA AI FARMACI**

<p><b>RISCHIO RIDOTTO</b> <i>Paziente allergico (atopia, asma allergico, allergia da contatto)</i> <i>Anamnesi negativa per pregresse reazioni allergiche da farmaci o prodotti odontoiatrici</i></p>	<p>Non limitazione alla utilizzazione di farmaci Sconsigliabile l'uso di farmaci con elevato potere allergenico Assicurare nello studio odontoiatrico la pronta disponibilità di farmaci per l'emergenza</p>
<p><b>RISCHIO MODERATO</b> <i>Pregresse reazioni lievi o moderate a singoli farmaci identificati</i></p>	<p>Identificare il farmaco con l'anamnesi Evitare farmaci causa di reazioni pregresse Evitare farmaci con analogie strutturali (reattività crociata)</p>
<p><b>RISCHIO ELEVATO</b> <i>Pregresse reazioni gravi o moderate a farmaci nel corso di cure odontoiatriche:</i> - <i>Non identificati</i> - <i>Appartenenti a diversi gruppi con possibilità di reazioni crociate</i></p>	<p>Controindicazione alla somministrazione di farmaci responsabili Inviare all'allergologo per l'identificazione dell'allergene e/o la desensibilizzazione (non eseguire test di provocazione in studio) Ospedalizzare per interventi necessari d'urgenza</p>

odontoiatria: l'ipersensibilità immediata che può causare reazioni allergiche potenzialmente mortali in seguito alla somministrazione di farmaci; l'ipersensibilità ritardata ai materiali odontoiatrici che può causare dermatiti da contatto.

### Profilassi

1. L'anamnesi medica ha lo scopo di individuare i pazienti con atopia o allergie multiple poiché presentano un rischio maggiore di sviluppare reazioni allergiche; in particolare il paziente che riferisce pregresse reazioni compatibili con una possibile allergia a farmaci odontoiatrici va valutato per individuare l'allergene, il tipo e la gravità della reazione.
2. Deve essere evitata la somministrazione di farmaci responsabili di precedenti reazioni allergiche e di altre sostanze con affinità strutturali in grado di determinare reazioni crociate (ad esempio: penicillina-cefalosporina e anestetici esterei-sulfamidici).
3. Nei casi in cui non sia identificabile uno specifico farmaco causa di pregresse reazioni allergiche e sia necessario somministrare farmaci potenzialmente dello stesso gruppo, si deve inviare il paziente da uno specialista in allergologia per eseguire i test di identificazione e/o la desensibilizzazione.
4. L'esecuzione di prove allergologiche nello studio dentistico è una procedura sconsigliabile in quanto i test epicutanei (con cerotto) non sono affidabili e i test intradermici (iniezione sottocutanea) presentano il rischio di gravi reazioni indipendentemente dalla dose somministrata.
5. È necessario disporre nello studio di attrezzature, farmaci e competenze per fronteggiare le emergenze allergiche (adrenalina, corticosteroidi, antistaminici, broncodilatatori, pallone di AMBU, ossigeno).

6. Come criterio generale nella prescrizione di farmaci si deve tenere presente l'opportunità di evitarne l'immotivata somministrazione in quanto l'uso ripetuto può essere fonte di sensibilizzazione. Sono inoltre da preferire i farmaci somministrabili per via orale poiché frequenza e gravità della reazione sono minori nei confronti della somministrazione parenterale.

### Allergia ai farmaci antiflogistici e antalgici

L'acido acetilsalicilico (ASA) è la molecola capostipite dei farmaci antinfiammatori non steroidei, è provvisto di un elevato potere antigenico (lo 0,2-0,9% dei pazienti è allergico) e sono possibili reazioni crociate con la maggior parte dei FANS.

Nei pazienti che riferiscono allergia all'ASA devono essere prese alcune precauzioni prima della prescrizione:

- Verificare l'esatta composizione delle preparazioni farmaceutiche composte da più principi
- Evitare i FANS e la noramidopirina in quanto possono presentare reattività crociata
- Non somministrare salicilati e FANS nei pazienti con asma allergica poiché è stata segnalata l'insorgenza di asma da aspirina con gravi crisi di broncospasmo e dispnea in alcuni soggetti predisposti
- Utilizzare in alternativa il paracetamolo per algie lievi, i corticosteroidi o i derivati dei narcotici per sintomatologie importanti (propofolene, codeina, pentazocina).
- Una ulteriore arma terapeutica a disposizione del medico per il trattamento del dolore in soggetti che presentano intolleranza ad ASA e/o FANS è data dalla nimesulide. Questa molecola grazie al suo caratteristico meccanismo di azione /debole inibizione della Cox) si è dimostrata sicura, quanto il paracetamolo, in soggetto allergici ad altri FANS e ASA.

Tabella 2

## TRATTAMENTO DI UN PAZIENTE CHE RIFERISCE ALLERGIA ALL' ANESTETICO

### ANAMNESI

Con l'anamnesi si deve stabilire eziologia, durata, gravità del precedente episodio ed escludere altre cause come reazioni da sovradosaggio o ansiose e lipotimie (cfr. Il trattamento del paziente con patologia cardiovascolare PROMOASS ED. 1998, tabella 24). Se il sospetto di reazione allergica da anestetico è consistente cercare di definire il tipo di anestetico; possono presentarsi diverse situazioni che richiedono una condotta differenziata.

### ANESTETICO IDENTIFICATO

In questo caso è consigliabile attenersi ad alcune precauzioni:

Usare un anestetico privo di analogie strutturali e conservanti (metilparaben)

Assicurare la rapida disponibilità di farmaci d'emergenza (adrenalina, antistaminici, corticosteroidi)

Iniettare una goccia nella sede da anestetizzare (aspirare prima di iniettare per evitare una iniezione endovascolare)

Attendere 5 minuti e quindi, in assenza di reazione, eseguire la normale dose di anestesia e procedere con la terapia

### ANESTETICO NON DEFINITO O ALLERGIE MULTIPLE A DIVERSI PRINCIPI

Sono possibili due opportunità di trattamento:

- a) Utilizzare un antistaminico come anestetico rappresenta la soluzione più pratica ma lascia un lieve dolore locale. Ad esempio la difenidramina 1-4 ml in soluzione 1% con epinefrina 1:100.000 permette un'anestesia di 30 minuti (non superare il dosaggio di 50 mg per appuntamento)
- b) Inviare da un allergologo per test di provocazione sottocutaneo (i test epicutanei presentano minore affidabilità)

**Allergia agli antibiotici**

La penicillina e i suoi derivati sono i farmaci di prima scelta nelle infezioni orodentali; la loro utilizzazione non è scevra da rischi poiché lo 0,7-10% dei pazienti è allergico alla penicillina e in caso di somministrazione lo 0,015-0,04% presenta una reazione anafilattica con una mortalità dello 0,002%. L'allergia è crociata tra le penicilline sintetiche e naturali e nel 5-10% dei casi anche con le cefalosporine; tende comunque a diminuire nel tempo a distanza dalla somministrazione.

Quando si intenda somministrare una terapia penicillinica si devono adottare alcune precauzioni:

- Indagare con l'anamnesi su precedenti episodi allergici al farmaco
- Prescrivere di preferenza le penicilline per via orale che riduce il rischio di sensibilizzazione in caso di somministrazioni ripetute; si riduce inoltre la frequenza di reazioni allergiche gravi
- Avvertire il paziente sulle modalità di comparsa di eventuali sintomi e segni di allergia
- In caso di somministrazione della prima dose in studio controllare il paziente per i 30 minuti successivi
- In presenza di allergia confermata prescrivere farmaci appartenenti a classi diverse (eritromicina o clindamicina)
- Nei casi in cui sia necessaria la somministrazione di penicilline in un paziente allergico, si deve inviarlo da un allergologo per i test epicutanei che risultano affidabili (solo il 4% dei pazienti con test negativi presenta una reazione allergica peraltro di limitata entità) e la desensibilizzazione. L'esecuzione, presso l'ambulatorio odontoiatrico, di una ponfo intradermico per verificare una potenziale allergia è sconsigliabile in quanto può scatenare gravi reazioni allergiche.

**Allergia agli anestetici**

Il problema è importante poiché l'utilizzazione del farmaco non è evitabile nel corso del trattamento odontoiatrico.

Comunque una "allergia all'anestetico", genericamente riferita dal paziente, solo nel 15% dei casi corrisponde a vere reazioni immunologiche; mentre nell'85% dei casi si tratta di reazioni avverse di natura farmacologica erroneamente confusa con altre emergenze che possono verificarsi nel corso dell'anestesia: una reazione tossica per sovradosaggio dell'anestetico o del vasocostrittore; una reazione psicomotoria su base ansiosa o una lipotimia.

La diagnosi differenziale può essere svolta con l'anamnesi; i sintomi tipici che indirizzano verso una diagnosi di reazione allergica immediata sono tipicamente il prurito, l'edema, l'eritema, la dispnea ed il broncospasmo; la loro assenza indirizza verso altre cause di reazioni avverse all'anestetico.

Gli esteri dell'acido paraminobenzoico (procaina, tetracaina) sono in disuso per il loro elevato potere allergenico; si utilizzano invece attualmente gli anestetici amidici (lidocaina, mepivacaina) che presentano un basso potere allergenico e non causano reazioni crociate tra loro.

Le reazioni crociate segnalate tra gli anestetici amidici sono generalmente dovute alla presenza di conservanti (metilparaben) e antiossidanti (metabisolfito) che presentano una struttura chimica simile agli esteri dell'acido paraminobenzoico.

**Emergenze mediche**

Le emergenze sono costituite da reazioni di ipersensibilità immediata che compaiono entro pochi minuti sino a una o più ore a distanza dalla somministrazione del farmaco; i quadri sintomatici riportati di seguito possono presentarsi sovrapposti e variare per gravità da sintomi locali sino a forme generalizzate.

Tabella 3  
**TERAPIA DELL'ANAFILASSI GENERALIZZATA**

**TRATTAMENTO INIZIALE**

- Interrompere il trattamento odontoiatrico  
Assicurare la pervietà delle vie aeree (liberare la bocca da corpi estranei e aspirare le secrezioni)  
Somministrare ossigeno ad alto flusso (10-15 lt/min al 100%)  
Posizionare il paziente supino con le gambe elevate (Trandelemburg) per facilitare il ritorno venoso al cuore  
Valutare i parametri vitali (frequenza del polso e del respiro, stato di coscienza, pressione arteriosa)

**REAZIONI LIEVI E STABILI**

Antistaminici (difenidramina 25-50 mg pos, im; clorfeniramina 2-4 mg im)  
Tenere il paziente in osservazione  
Dimettere con accompagnatore  
Inviare al medico curante dopo risoluzione per sorveglianza

**REAZIONI GRAVI E/O INSTABILI**

0,5 ml di adrenalina 1:1000 sc, im ripetibile ogni 5-20 minuti ripetibile per tre volte  
Antistaminici (clorfeniramina 10 mg o difenidramina HCL 25-30 mg im, ev)  
Rianimazione cardiopolmonare nei casi necessari  
Allertare il Pronto Intervento Medico e ricoverare in ospedale

**Reazioni cutanee**

Le reazioni cutanee lievi sono caratterizzate da sintomi isolati di tipo orticaria (arrossamento, edema, prurito) talvolta accompagnate da rinite e congiuntivite.

L'edema angioneurotico (edema cutaneo del viso e delle mucose) può presentarsi in forma lieve o grave con sintomatologia respiratoria (cfr reazioni respiratorie)

Il primo intervento nello studio odontoiatrico prevede la somministrazione di antistaminici per via orale o intramuscolare (nell'adulto difenidramina 25-50 mg; clorfeniramina 2-4 mg) la cui somministrazione va successivamente prolungata per 2-3 giorni.

È inoltre importante ricordare che anche le reazioni, che inizialmente sembrano essere di entità limitata, possono evolvere in forme più gravi senza segni di allarme. Per tale motivo il paziente, dopo il primo intervento nello studio odontoiatrico, per la continuazione della terapia deve essere sempre affidato alla sorveglianza del medico curante ed essere dimesso e accompagnato.

L'eritema multiforme è una forma da ipersensibilità da immunocomplessi caratterizzata da eruzioni cutanee (a bersaglio) e ulcerazioni orali o pluriorificali; la terapia prevede la somministrazione di corticosteroidi per os (prednisone 60 mg/die per 3-4 giorni; quindi 20 mg sino a risoluzione dei sintomi cioè per circa 8-10 giorni; infine diminuire progressivamente dimezzando il dosaggio sino a sospensione)

**Reazioni respiratorie**

Le reazioni respiratorie sono caratterizzate da tosse, dispnea, broncospasmo sino a quadri di insufficienza respiratoria acuta (asma acuta, edema laringeo).

Nelle forme lievi si somministra ossigeno ad alto flusso (10-15 lt/min) e broncodilatatori per inalazione (salbutamolo 1-2 ina-

lazioni); l'adrenalina sottocute è riservata alle forme gravi.

Il paziente deve affidato a personale medico e ospedalizzato per continuare la sorveglianza e terapia medica.

La necessità di una cricotomia è rara e indicata esclusivamente nei casi di grave edema laringeo in cui sia inefficace sia la terapia farmacologica, che la respirazione assistita; si tratta di un intervento rischioso sconsigliato a personale sprovvisto di competenza specifica.

**Reazioni cardiovascolari**

L'anafilassi associa sintomi cardiovascolari con diversi gradi di gravità: ipotensione arteriosa; tachicardia di vario grado sino all'aritmia ed allo shock cardiogeno; cefalea, sincope, coma.

L'adrenalina rappresenta il farmaco di prima scelta; va conservato in frigorifero (da +2 a +10 gradi); va somministrata per iniezione sottocutanea, intramuscolare o sublinguale (ev solo nei casi gravi); nell'adulto il dosaggio consiste in una fiala da 0,5 ml in concentrazione 1:1000 ripetibile ogni 5-20 minuti per un massimo di tre volte in caso di necessità.

Il farmaco causa aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca e per tale motivo nei pazienti con patologia cardiovascolare deve essere utilizzato con cautela preferendo gli antistaminici e i corticosteroidi).

L'ossigeno e l'adrenalina sono i soli presidi terapeutici da somministrare nella fase acuta; l'adrenalina presenta però un effetto rapido e una rapida metabolizzazione nell'arco di pochi minuti (rischio di recidiva).

Gli antistaminici e i corticosteroidi sono farmaci addizionali per il trattamento definitivo eseguito generalmente in un secondo momento per via endovenosa da personale medico in ambiente ospedaliero; il loro effetto compare lentamente ma è più protratto ed hanno lo scopo di prevenire la ricaduta del quadro acuto al termine dell'azione dell'adrenalina.

## INSUFFICIENZA RENALE CRONICA (IRC)

# 2

**Eziologia e sintomatologia**

L'IRC è una per degenerazione del parenchima renale caratterizzata da una irreversibile perdita di funzionalità dei nefroni che può essere secondaria a molteplici patologie locali e sistemiche tra le quali le più frequenti risultano: le glomerulonefriti e le pielonefriti; la nefropatia diabetica; le nefropatie vascolari (aterosclerosi, ipertensione arteriosa); la degenerazione policistica del rene; le nefropatie da farmaci.

Il quadro clinico è uniforme indipendentemente dalla molteplici cause che l'hanno determinata. L'affezione rimane compensata finché la funzione renale non diminuisce al di sotto del 50%. Quindi progressivamente compaiono i sintomi e i segni dell'insufficienza renale (Tabella 4): un aumento serico delle sostanze tossiche filtrate dal glomerulo (azotemia e creatinemia) e perdita delle funzioni fisiologiche del rene (equi-

librio idroelettrolitico, acido-base e ormonale).

La sintomatologia clinica è inizialmente assente, nei quadri di insufficienza renale (IRC) terminale si osserva la sindrome uremica che è costituita da: pigmentazione cutanea (ritenzione di caroteni) e pallore uremico; oliguria (<200ml/die) e anuria; ipertensione arteriosa e cardiopatia ischemica (80% dei casi); alterazioni dell'emostasi (piastrinopatia); osteodistrofia renale per iperparatiroidismo secondario alla perdita di ioni calcio.

La sintomatologia orale è generalmente assente in presenza di adeguata terapia medica; nell'uremia è costituita da: pallore delle mucose; stomatite eritematosa e/o erosiva; xerostomia e scialosi (tumefazione delle ghiandole salivari); alitosi uremica e disgeusia.

L'osteodistrofia renale mandibolare è di rara osservazione e si



presenta come diminuzione della matrice ossea calcificata (osteomalacia) evidenziata dalla compresenza di lacune di riassorbimento cistico (osteite fibrosa), di zone di aumentata densità ossea (osteosclerosi) e di perdita della lamina dura periradicolare.

### Rischio perioperatorio

Quando si prescrivano farmaci ad escrezione renale (che sono peraltro i più comunemente utilizzati) si deve sempre tenere presente che la ridotta metabolizzazione ne predispone l'accumulo e la comparsa degli effetti tossici; inoltre i farmaci nefrotossici possono accelerare l'evoluzione della IRC (come ad esempio i FANS).

Altre possibili complicanze sono, invece, prevalentemente limitate gli stadi avanzati della malattia.

L'ipertensione arteriosa (su base aterosclerotica o da nefrangiosclerosi) aumenta il rischio di cardiopatia ischemica e

complicanze cerebrovascolari connesse allo stress rappresentato dall'intervento odontoiatrico.

Nei quadri di IRC terminale gli interventi di chirurgia orale presentano il rischio di complicanze: le infezioni secondarie alla ritardata guarigione delle ferite e alla diminuita funzionalità dei leucociti; le emorragie per piastrinopatia uremica e fragilità vascolare; l'osteodistrofia renale determina il rischio teorico di fratture iatrogeniche durante interventi di chirurgia orale.

La resistenza allo stress è ridotta in relazione allo stato di debilitazione generale (alterazione dell'equilibrio elettrolitico, acido-base, iperazotemia) e all'anemia (deficit di eritropoietina).

### Profilassi e programmazione

1. Si deve identificare il paziente a rischio attraverso l'anamnesi e stadiare la gravità della patologia (consulenza nefro-

Tabella 4  
**ESAMI EMATOCHIMICI E STADIAZIONE DELLA IRC**

Esame	Valore normale	IRC iniziale (completo compenso)	IRC avanzata (ritenzione compensata)	IRC terminale (uremia)
Clearance creatinina (ml/ min)	> 100	50-99	15-49	< 15
Creatinina serica (mg / ml)	0,7-1,4	1,4-3	3-8	> 8
Azotemia (mg /ml)	5-25	25 - 55	55-150	>150

Tabella 5  
**TRATTAMENTO DEL PAZIENTE IRC**

<b>RISCHIO RIDOTTO</b> <i>IRC iniziale o compensata</i>	Eseguire il normale trattamento secondo le richieste e le necessità del paziente Evitare i farmaci nefrotossici Adattare la posologia dei farmaci ad escrezione renale
<b>RISCHIO MODERATO</b> <i>IRC avanzata</i>	Richiedere una consulenza nefrologica Disporre di esami ematochimici recenti delle coagulazione (conta piastrinica, PT, PTT) Controllare la pressione arteriosa Eseguire la bonifica delle patologie orali Programmare gli interventi riducendo lo stress e il trauma operatorio Utilizzare una corretta tecnica chirurgica per ridurre il rischio di emorragie e di infezioni Evitare e/o adattare la posologia di farmaci a metabolizzazione renale Considerare l'ospedalizzazione per infezioni severe e interventi chirurgici complessi
<b>RISCHIO ELEVATO</b> <i>IRC Terminale</i>	Terapia medica palliativa con farmaci a metabolismo epatico Controindicazione al trattamento ambulatoriale esterno Terapia in centri medici specializzati

logica ed esami ematochimici) per adattare il trattamento odontoiatrico alle condizioni sistemiche (Tabella 4).

2. La pressione arteriosa deve essere misurata se non controllata nell'ultimo mese per verificare il rischio di complicanze cardiovascolari secondarie a ipertensione arteriosa
3. Il trauma operatorio deve essere ridotto in base alla resistenza allo stress del paziente per evitare il rischio di complicanze: un'ipotensione arteriosa può scatenare un'insufficienza renale acuta; una reazione adrenergica può scompensare le patologie cardiovascolari associate.
4. Nei pazienti con IRC terminale si deve disporre di esami della coagulazione recenti per valutare la diatesi emorragica da piastrinopatia uremica (conta piastrinica, PT, PTT). Nei casi a rischio la tecnica chirurgica deve minimizzare il rischio di emorragico (cfr Esami di laboratorio dell'emostasi e Terapia anticoagulante in IL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO NEL PAZIENTE CON PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE della stessa collana).
5. Nell'IRC iniziale non sono indicate particolari precauzioni o limitazioni del piano di trattamento poiché vi è una sufficiente riserva funzionale per mantenere l'omeostasi attraverso l'ipertrofia compensatoria dei nefroni residui; è indicata la bonifica delle patologie odontostomatologiche in previsione del peggioramento progressivo della situazione

generale, che diminuirà le capacità del paziente di sottoporsi a terapie intensive odontoiatriche.

6. Nell'IRC avanzata è necessaria la richiesta di esami ematochimici e la valutazione nefrologica prima dell'intervento ambulatoriale per apportare le opportune modifiche ed adattare il piano di trattamento alle condizioni sistemiche individuali. È preferibile proporre piani di terapia alternativi o ridotti e sono sconsigliabili i piani terapeutici complessi
7. Nell'uremia l'omeostasi è in precario equilibrio ed un aumento delle richieste funzionali causate dalla terapia odontoiatrica può essere gravata dalla comparsa di complicazioni; la terapia ambulatoriale va ridotta alla terapia medica palliativa delle urgenze rinviando le terapie di routine dopo il miglioramento delle condizioni sistemiche.

### FARMACOTERAPIA

In linea generale sono da preferire i farmaci a metabolizzazione ed escrezione epatica poiché i principi ad escrezione renale presentano il rischio di tossicità da accumulo e richiedono quindi un aggiustamento del dosaggio (Tabella 6).

Il metodo della riduzione del dosaggio sulla base di nomogrammi (costruiti sul peso, età, sesso e valori della clearance della creatinina e creatinina serica) risulta di difficile comprensione ed utilizzazione nella pratica odontoiatrica. Per tale motivo

Tabella 6  
**FARMACOTERAPIA NEL PAZIENTE IN IRC**

<b>Farmaci</b>	<b>Sicuri</b> (non necessitano di aggiustamento posologico)	<b>Rischio di accumulo</b> (necessitano di aggiustamento posologico)
<b>ANTIBIOTICI</b>	<b>Penicilline</b> (ampicillina per os, penicillina V, penicillina G-procaina, penicillina G-benzatina, bacampicillina, oxacillina, cloxacillina, dicloxacillina) <b>Cefalosporine</b> (cefaclor, cefoperazone, ceftriaxone) <b>Tetracicline</b> (doxiciclina) <b>Macrolidi</b> (eritromicina)* <b>Clindamicina</b> <b>Metronidazolo</b> <b>Antimicotici</b> (griseofulvina, nistatina, itraconazolo, ketoconazolo, miconazolo)	<b>Penicilline</b> (amoxicillina, amoxicillina-ac. clavulanico, ampicillina-sulbactam, ampicillina parenterale) <b>Cefalosporine</b> (cefalessina) <b>Tetracicline</b> <b>Aminoglicosidi</b> <b>Aciclovir</b> <b>Antimicotici</b> (fluconazolo)
<b>ANALGESICI</b>	<b>Paracetamolo</b> (a dosi ridotte) <b>Narcotici</b> (buprenorfina, pentazocina, morfina)	<b>Aspirina</b> <b>FANS</b>
<b>ANESTETICI</b>	<b>Anestetici amidici</b> (lidocaina, prilocaina, mepivacaina)	
<b>SEDATIVI</b>	<b>Benzodiazepine</b> (diazepam)	

\* Per azitromicina non dati disponibili

è preferibile utilizzare il metodo del prolungamento degli intervalli di somministrazione che risulta un sistema più empirico ma di facile applicazione:

- La dose iniziale non è modificata;
- Le dosi successive sono somministrate al dosaggio usuale distanziando le somministrazioni di un periodo di tempo pari

a tre emivite plasmatiche del farmaco.

L'odontoiatra deve, invece, sempre evitare la prescrizione di farmaci nefrotossici (come ad esempio la fenacetina e gli antibiotici aminoglicosidi) la utilizzazione dei quali è riservata al personale medico nei casi di necessità; si deve ridurre inoltre l'uso di FANS.

## DIALISI

# 3

### Definizione

Lo scopo della dialisi consiste nell'eliminare i cataboliti, accumulati a causa della insufficiente funzione renale, filtrando il sangue del paziente con una membrana semipermeabile.

La dialisi peritoneale è talvolta utilizzata, nelle forme meno gravi di IRC, come tappa intermedia prima di passare all'emodialisi. Il peritoneo funziona come membrana semipermeabile: un liquido ipertonico è iniettato nella cavità addominale e viene drenato periodicamente attraverso un catetere peritoneale in una sacca collegata. Il procedimento consente una maggior libertà al paziente ma presenta il rischio di peritonite; è più lento e meno efficace della emodialisi.

L'emodialisi rappresenta la terapia di scelta ma è un trattamento cronico che limita considerevolmente la qualità della vita poiché il paziente esegue due-tre sedute settimanali eseguite a giorni alterni e della durata di 3-5 ore ciascuna.

La tecnica richiede la formazione attraverso un intervento chirurgico di una fistola artero-venosa permanente nel braccio; il sangue prelevato dalla fistola con una cannula viene filtrato attraverso l'emodializzatore e reimpresso, sempre attraverso la stessa fistola, nel paziente; per mantenere fluido il sangue il paziente riceve eparina.

### Rischio perioperatorio

Le considerazioni e la gestione del paziente in dialisi peritonea-

le non richiede particolari approfondimenti in quanto è sovrapponibile al trattamento già illustrato per il paziente in IRC avanzata.

Il trattamento del paziente in emodialisi richiede, invece, considerazioni particolari in quanto sono necessarie alcune precauzioni aggiuntive oltre a quelle segnalate per i pazienti in ICR avanzata.

Il rischio di endocardite batterica e/o endoarterite della fistola artero-venosa utilizzata per l'emodialisi è limitato; da considerare comunque che il rischio di endoarterite è maggiore nei tre mesi successivi l'intervento di esecuzione della fistola artero-venosa.

La somministrazione di eparina, attuata nel corso della seduta emodialitica, favorisce le emorragie a seguito di interventi di chirurgia orale; l'eparina è comunque completamente metabolizzata nel corso di 4-6 ore.

Il pazienti in emodialisi presentano una elevata prevalenza di epatite virale B (3-10%) e C (0,5-25%) ed il personale sanitario è potenzialmente esposto ad un maggior rischio di infezione occupazionale nel corso delle procedure assistenziali.

### Profilassi e programmazione

1. La consulenza nefrologica è consigliabile per valutare lo stato di salute generale del paziente (ipertensione arteriosa, anemia, diatesi emorragica) e prescrivere gli esami emato-

Tabella 7  
**FARMACOTERAPIA NEL PAZIENTE IN DIALISI**

Farmaci da utilizzare con dosaggio usuale (per emodialisi e dialisi peritoneale)	Farmaci che richiedono supplemento posologico dopo emodialisi
Eritromicina, azitromicina Clindamicina Metronidazolo Penicillina V, cloxacillina, dicloxacillina Itraconazolo, ketoconazolo Anestetici amidici Benzodiazepine (diazepam) Narcotici (codeina, meperidina, pentazocina)	Paracetamolo, Aspirina, FANS Amoxiciclina, amoxicillina-ac.clavulanico, ampicillina Cefalessina, cefaclor, cefoperazone Doxiciclina Vancomicina Fluconazolo

- chimici della coagulazione (PT, PTT, emocromo).
2. Il trattamento odontoiatrico di routine non presenta generalmente difficoltà; invece, considerando la precarietà dell'equilibrio ematochimico e la difficoltà della terapia farmacologica, è consigliabile ospedalizzare i pazienti candidati a interventi chirurgici complessi o affetti da infezioni severe.
  3. In caso di intervento chirurgico d'urgenza (estrazione, drenaggio di ascesso) è opportuno misurare la pressione arteriosa, dilazionare l'intervento a distanza di 4-6 ore dalla seduta dialitica o somministrare solfato di protamina (per bloccare l'effetto anticoagulante dell'eparina).
  4. Gli appuntamenti per le terapie ambulatoriali di elezione vanno programmati il giorno successivo all'emodialisi poiché: il paziente il giorno della dialisi è affaticato; il giorno successivo i parametri ematochimici sono migliori; l'eparina è stata metabolizzata riducendo il rischio di emorragia a seguito di interventi di chirurgia.
  5. Il personale sanitario deve applicare le norme universali di precauzione per la prevenzione delle malattie infettive a trasmissione ematogena per prevenire la possibilità di infezione occupazionale da epatite virale.
  6. Non si deve usare il braccio portatore di fistola artero-venosa per l'iniezione di farmaci (rischio di trombosi) e per la misurazione della pressione arteriosa (rischio di rottura dovuta all'aumento della pressione endovenosa).
  7. Si deve preferire la somministrazione di farmaci a metabolismo epatico e il dosaggio dei farmaci ad escrezione renale va adattato come indicato nella tabella 7. Il trattamento dialitico rimuove alcuni farmaci diminuendone il livello serico e, per tale motivo, può essere necessario aumentarne la posologia per garantirne l'effetto terapeutico.
  8. La profilassi antibiotica non è di norma indicata; è consigliabile nei primi tre mesi dopo la attuazione della fistola artero-venosa (aumentato rischio di endoarterite). Negli altri casi deve essere valutata in base alle condizioni individuali (invasività dell'intervento e le condizioni generali defedate del paziente). Si utilizza il protocollo di profilassi dell'endocardite batterica (cfr Endocardite batterica in IL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO NEL PAZIENTE CON PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE della stessa collana). Può risultare utile la somministrazione endovenosa di vancomicina (1gr in 1/2 ora ev), attuata dal medico nel corso della dialisi, che manterrà il livello serico inalterato sino alla seduta successiva.

## TRAPIANTO RENALE

# 4

### Definizione e sintomatologia

Attualmente, pur con diverse percentuali di successo e sopravvivenza, i trapianti d'organo possono essere effettuati per diversi apparati (cuore, fegato, rene, pancreas, cuore polmoni, intestino, midollo osseo).

Le indicazioni contenute in questo capitolo sono in generale applicabili a tutti i tipi di trapianti d'organo, comunque nella propria pratica il dentista si troverà con maggior frequenza a confrontarsi con il paziente sottoposto a trapianto renale rispetto ad altri apparati.

La dialisi condiziona in misura considerevole l'attività quotidiana del paziente e il trapianto renale è attualmente un formidabile mezzo per migliorare la qualità di vita.

Per ridurre l'insuccesso dovuto al rigetto, gli organi sono idealmente procurati da un donatore con un buon profilo di istocompatibilità: ottimale nei trapianti singenici (tra gemelli) e progressivamente meno favorevole per i trapianti allogenici (da parenti) e gli xenotrapianti (da altri individui della stessa specie). La terapia immunosoppressiva ha permesso di aumentare le percentuali di successo e l'associazione di farmaci più comunemente utilizzata è costituita dalla ciclosporina, dall'azatioprina e dal prednisone.

Le complicanze mediche nel paziente sottoposto a trapianto sono numerose: il rigetto acuto o cronico che è evidenziato dalla comparsa di una insufficienza d'organo; gli effetti collaterali dei farmaci come la depressione del midollo osseo, la sindrome di

Cushing iatrogena e l'immunosoppressione. Quest'ultima è evidenziata da una serie di sintomi e segni sistemici (infezioni virali, batteriche e micotiche; tumori).

La sintomatologia orale, che si riscontra nei casi di eccessiva immunosoppressione, può essere rappresentata da varie patologie: mucosite ulcerativa; vaste afte a lenta guarigione; infezioni da herpes simplex, herpes zoster, citomegalovirus, candidosi; parodontopatia a rapida evoluzione; perdita ossea; tumori (linfoma, sarcoma di Kaposi, carcinoma squamoso); leucoplachia villosa. Un effetto collaterale tipico della ciclosporina è costituito dalla iperplasia gengivale.

### Rischio perioperatorio

Le complicazioni sono dovute agli effetti collaterali dei farmaci immunosoppressori.

Per le ferite conseguenti ad interventi di chirurgia orale la terapia immunosoppressiva può provocare un aumentato rischio di emorragia, infezione e ritardo di guarigione per effetto della depressione midollare e della rallentata rigenerazione tessutale.

La terapia corticosterioidea può causare una soppressione della funzione corticosurrenale con conseguente ridotta resistenza allo stress (ipocorticosurrenalismo).

Nei casi con rigetto si manifesta la comparsa acuta o progressiva di quadri di insufficienza renale.

I pazienti per pregressi danni nefrovaskolari o conseguentemente alla terapia con ciclosporina e prednisone possono presenta-

re una ipertensione arteriosa ed esserne esposti alle complicazioni cerebro e cardio vascolari.

### Profilassi

1. I pazienti candidati a trapianto renale devono essere sottoposti a valutazione della situazione orale e va programmato un piano di trattamento che rafforzi l'igiene orale, elimini i foci infettivi e ristabilisca una valida funzione masticatoria. Tale piano di trattamento costituisce peraltro una prassi consolidata nei centri di trapianto.
2. Il periodo di sei mesi successivi al trapianto d'organo sono contraddistinti da un elevato rischio di complicanze a causa dell'elevato livello di immunosoppressione farmacologica; il trattamento odontoiatrico va limitato alla terapia farmacologica ed agli interventi palliativi di urgenza, con limitata invasività, previa tassativa consulenza nefrologica.
3. Eventuali patologie orali (mucosite, ulcere) possono essere trattate con anestetici topici (lidocaina viscosa) o una sospensione a base di antistaminici miscelati con antiulcerosi (sucralfato, idrossido di alluminio) applicati localmente prima dei pasti per ricoprire le ulcere e fornire sollievo al dolore permettendo al paziente di mangiare.
4. Il trattamento dei pazienti con rigetto d'organo è rapportato al grado di insufficienza renale e limitato agli interventi d'urgenza (cfr IRC terminale).
5. Il protocollo di trattamento per i pazienti con trapianto renale funzionante e stabile presentano un protocollo di trattamento specifico:
  - Programmare richiami periodici per il controllo e l'igiene orale ogni 3-6 mesi; eseguire il trattamento delle nuove patologie orodentali in base alle necessità e richieste del paziente
  - Nei pazienti in terapia steroidea prolungata a basso dosaggio si deve considerare la necessità di prescrivere una terapia supplementare (raddoppiare la dose giornaliera il giorno dell'intervento) per interventi caratterizzati da elevato stress; le terapie corticosteroidi ad alto dosaggio, invece, non richiedono alcuna integrazione.
  - La profilassi antibiotica non è di norma necessaria e va valu-

Tabella 8

## IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON TRAPIANTO RENALE

### Preparazione al trapianto

Valutare la situazione orale

Terapie di routine ed elezione per eliminare i foci infettivi e consentire una adeguata alimentazione (estrarre denti con patologie progressive e/o non trattabili; terapia protesica e conservativa)

Adeguare la terapia al grado di insufficienza renale

### Periodo immediato post-trapianto (6 mesi)

Controindicate le terapie di elezione

Prescrivere terapia medica palliativa in caso di emergenza

Erogare le terapie necessarie di routine e non procrastinabili previa consulenza nefrologica

### Trapianto stabile

Richiedere consulenza nefrologica

Disporre di esami di laboratorio recenti (emocromo e test della coagulazione)

Adottare le precauzioni universali per la prevenzione delle infezioni crociate (epatite B e C)

Controllare la pressione arteriosa

Evidenziare sintomi e segni orali di eccessiva immunosoppressione (candidosi, herpes)

Aggiustare la posologia di farmaci ad escrezione renale in relazione alla funzionalità renale

Evitare farmaci nefrotossici

Valutare la necessità di profilassi antibiotica (non necessaria di norma)

Valutare la necessità di terapia corticosteroidica supplementare

Eseguire trattamento odontoiatrico secondo necessità e richieste del paziente

### Rigetto cronico

Erogare immediatamente la terapia di emergenza

Richiedere consulenza nefrologica

Adeguare la terapia al grado di insufficienza renale limitandosi alle terapie di routine (estrazioni, otturazioni)

- tata nelle singole situazioni in base alle condizioni generali del paziente e il tipo di intervento
- L'applicazione delle norme di precauzione universali per la prevenzione delle malattie infettive è tassativa per la relativa frequenza di epatite virale B o C (cfr DIALISI)
  - Si deve disporre di esami ematochimici recenti per valutare il rischio di emorragia ed infezione a seguito di intervento di chirurgia orale (emocromo, conta leucocitaria e piastrinica,

test della coagulazione)

- Vanno segnalati al nefrologo eventuali patologie delle mucose orali potenzialmente indice di una eccessiva immunosoppressione.
- Vanno evitati farmaci nefrotossici; ridotto il dosaggio dei farmaci ad escrezione renale in base al grado di funzionalità renale
- Si deve misurare la pressione arteriosa e segnalare al medico la presenza di valori superiori alla norma.

## MALATTIA ULCEROSA

5

### Eziologia e sintomatologia

L'ulcera peptica è una erosione della mucosa del tratto gastrointestinale superiore causata dalla ipersecrezione acida, dalla diminuzione delle difese mucose e/o dalla colonizzazione batterica (l'*Helicobacter pylori* è un cofattore presente nell'80% dei casi).

La prevalenza nella popolazione è del 5-10% con un rapporto di 4:1 tra ulcera duodenale e gastrica; risulta invece meno frequente l'esofagite da reflusso.

La patologia cronica è caratterizzata da fasi alterne di remissione e recidiva. La sintomatologia è costituita dal dolore e dalla pirosi in zona epigastrica; le complicazioni sono rappresentate dal sanguinamento, emorragia (melena e anemia), perforazione (addome acuto da peritonite) e stenosi cicatriziale.

La sintomatologia orale è infrequente e può consistere in: erosione dello smalto sulle superfici linguali dei denti da rigurgito acido; xerostomia da farmaci antiulcerosi anticolinergici; glossopirosi per carenza di vit B conseguente a terapie prolungate da omeprazolo; alitosi.

### Rischio perioperatorio

Il trattamento odontoiatrico deve evitare di introdurre fattori di rischio potenzialmente in grado di provocare la recidiva e/o l'aggravamento della malattia ulcerosa considerando che:

- La reazione adrenergica conseguente allo stress provocato dall'intervento odontoiatrico può causare uno stato di ipersecrezione acida.
- La maggior parte dei farmaci analgesici e antinfiammatori (aspirina, FANS, corticosteroidi) presentano come effetto indesiderato la gastrolesività.

### Profilassi.

1. L'anamnesi deve evidenziare i sintomi di malattia ulcerosa (pregressa o in atto) e i disturbi secondari all'utilizzazione di FANS (pirosi, dolore epigastrico)
2. Si deve ridurre lo stress frazionando e raccorciando gli interventi e/o utilizzando una tecnica di sedazione nei pazienti eccessivamente ansiosi

3. Vanno date istruzioni per tamponare l'acidità nel periodo postoperatorio nel caso la terapia odontoiatrica interferisca con l'alimentazione o l'assunzione della terapia; come ad esempio mangiare regolarmente e utilizzare cibi non acidi o latte (il latte comunque contiene ioni calcio che possono aumentare la secrezione gastrica e possono risultare non sopportati da alcuni pazienti).
4. Nell'esofagite la posizione stesa facilita il reflusso gastroesofageo e i pazienti, secondo richiesta, vanno trattati mantenendo la poltrona odontoiatrica inclinata.
5. Vanno evitati analgesici-antinfiammatori gastrolesivi (acido acetilsalicilico e altri FANS) nei pazienti con ulcera peptica in atto o recente; sono, invece, utilizzabili la noramidopirina (metamizolo), il paracetamolo (acetaminofene) e i narcotici. La nimesulide a dosi farmacologicamente attive inibisce la produzione di prostaglandine a livello della parete gastrica in misura minore rispetto all'ASA o altri FANS. Si consiglia comunque l'assunzione a stomaco pieno.
6. Nei pazienti con storia di disturbi secondari all'uso dei FANS evitare la loro utilizzazione risolve il problema alla radice; comunque, nella pratica, qualora indicati, possono essere utilizzati associando un trattamento di protezione della mucosa con antiacidi (idrossido di alluminio e magnesio; sucralfato) e citoprotettori.
7. Va evitata la somministrazione contemporanea di alcuni antiacidi a base di idrossido di alluminio con le tetraciline, eritromicina, fluoro (effetto chelante); è consigliato somministrare questi farmaci almeno due ore prima o dopo la somministrazione dell'antiacido
8. I pazienti in terapia con anticolinergici che presentano xerostomia, richiedono un rinforzo dell'igiene orale per prevenire la patologia cariosa e parodontale
9. Il trattamento con cimetidina può raramente provocare trombocitopenia per cui è opportuno richiedere un emocromo prima di interventi chirurgici complessi con elevato rischio di sanguinamento; il farmaco è comunque attualmente poco utilizzato e sostituito dalla ranitidina e dall'omeprazolo.

## MALATTIA INFIAMMATORIA INTESTINALE

6

### Eziologia e sintomatologia

Il termine generico è utilizzato per descrivere due entità patologiche distinte (il morbo di Crohn e la colite ulcerosa) ma con caratteristiche sovrapponibili: eziologia sconosciuta; prevalenza nella popolazione di 1:10.000; picco massimo di esordio tra i 20-40 anni senza differenza tra i sessi; decorso cronico caratterizzato da periodi di remissione ed esacerbazione; sintomatologia costituita da dolori addominali crampiformi, diarrea, febbre, perdita di peso (malassorbimento e deficit nutrizionale), sangue nelle feci (occulto o rettorragia) e conseguente anemia. Manifestazioni extraintestinali comuni sono l'eritema nodoso sulla cute, manifestazioni articolari (artrite migrante e spondilite anchilosante), patologie oculari (irite, sclerite), epatite.

Il morbo di Crohn può colpire dalla bocca all'ano ma interessa più frequentemente l'ileo colpendo alcuni segmenti dell'intestino e lasciandone altri indenni (a salto); la colite ulcerosa colpisce la mucosa del colon e generalmente esordisce nel retto (proctosigmoidite).

La terapia medica si basa sulla somministrazione di corticosteroidi, immunosoppressivi e sulfasalazina. La terapia chirurgica con resezione del colon è curativa con buona qualità residua della vita nella colite ulcerosa. La terapia chirurgica nel morbo di Crohn, invece, riconosce prevalente indicazione nel caso di complicazioni (ostruzioni intestinali, fistole enterocutanee, ascessi addominali) ed è poco soddisfacente a causa dell'elevato numero di recidive.

La sintomatologia orale può essere costituita da un ispessimento della mucosa causato dall'infiltrato infiammatorio che si verifica in concomitanza con le esacerbazioni sistemiche e regredisce nei periodi di remissione e si può presentare come: ulcere aftose (10%); mucosa buccale ispessita ad "acciottolato"; piostomatite vegetante. La stomatite angolare e glossite possono presentarsi nei casi di deficit della nutrizione e malassorbimento.

### Rischio perioperatorio

La terapia con farmaci 5ASA (sulfasalazina) e immunosoppressori può causare tossicità midollare che risulta in anemia, trombocitopenia, e agranulocitosi; ne consegue un aumenta-

to rischio di emorragia e infezioni a seguito di chirurgia.

La terapia sistemica con corticosteroidi può causare una inibizione della funzione midollare riducendo la resistenza allo stress (ipocorticosurrenalismo acquisito).

Periodi di riacutizzazione (diarrea e accelerato transito intestinale), patologie intestinali gravi, resezioni chirurgiche estese possono causare malassorbimento, disidratazione e denutrizione, ne consegue la riduzione delle difese sistemiche (ritardata cicatrizzazione delle ferite e aumentato rischio di infezione ed emorragia) e la difficoltà ad assorbire la terapia farmacologica per via orale (mancata risposta terapeutica).

### Profilassi

1. L'anamnesi e l'esame obiettivo devono evidenziare il grado di severità della patologia (periodo di remissione, o di riacutizzazione; malassorbimento); pregressi interventi chirurgici ed entità; la terapia medica in grado di interferire con il decorso postoperatorio di interventi odontoiatrici (corticosteroidi, immunosoppressori, 5ASA)
2. Non sussistono limitazioni alle terapie di elezione nei pazienti in buono stato di nutrizione e privi di complicazioni durante i periodi di remissione della patologia; durante i periodi di riacutizzazione sono da eseguire solo le terapie urgenti e necessarie
3. Si deve richiedere un emocromo completo con conta piastrinica e prima di interventi chirurgici di elezione in pazienti in terapia con sulfasalazina e /o immunosoppressori per la possibile presenza di discrasia ematologica
4. E' indicata la riduzione dello stress frazionando e accorciando gli appuntamenti nei pazienti debilitati
5. La terapia supplementare steroidea va somministrata nei casi con sospetta inibizione farmacologica corticosurrenale, raddoppiando o triplicando il giorno dell'intervento la dose di corticosteroidi assunta quotidianamente.
6. In presenza di malassorbimento la terapia antibiotica e antidolorifica va somministrata per via parenterale per evitare il rischio di mancato assorbimento causato dall'accelerato transito intestinale.

## MALASSORBIMENTO

7

### Eziologia e sintomatologia

La sindrome è caratterizzata dall'incapacità ad assorbire i costituenti alimentari causata da diverse patologie che causino un'insufficiente digestione (patologie pancreatiche, deficienze specifiche di enzimi), un'insufficiente solubilizzazione (ittero ostruttivo e deficienza di sali biliari, sindrome dell'ansa sta-

gnante), un'insufficiente assorbimento per malattie estese dell'intestino tenue (morbo celiaco, malattia infiammatoria intestinale, resezione chirurgica, diarrea cronica).

I sintomi sistemici sono rappresentati da perdita di peso, dolori e distensione addominale, diarrea, anemia; le manifestazioni orali consistono nella cheilite angolare, nella glossite

atrofica (anemia) e nelle ulcerazioni aftose ricorrenti (morbo celiaco e malattia infiammatoria intestinale).

### Rischio perioperatorio

I rischi conseguenti ad interventi per chirurgia orale si configurano esclusivamente per le patologie estese e croniche che abbiano causato uno stato di defedazione e possono consistere: in una ritardata cicatrizzazione delle ferite e rischio di infezione dovuta all'ipoproteinemia; in una tendenza emorragica per l'ipoprotrombinemia conseguente a malassorbimento di vit K; in una incapacità ad assorbire i farmaci somministrati per via orale e conseguente mancata risposta alla terapia farmacologica enterale; in una fragilità ossea e rischio di fratture iatrogene per l'osteomalacia conseguente al malassorbimento di vit D; in un sovraccarico dell'apparato cardiocircolatorio nei pazienti defedati o con anemia megaloblastica per deficienza di vit B12 (anemia perniciosa da resezione dell'ileo).

### Profilassi

1. L'anamnesi e l'esame obiettivo devono evidenziare le condizioni in grado di creare malassorbimento (resezioni estese dell'intestino, celiachia, colite ulcerosa e morbi di Crhon).
2. Nei pazienti defedati si deve ridurre lo stress psicofisico frazionando gli interventi in relazione alle condizioni del paziente; si deve inoltre ridurre l'entità del trauma chirurgico ed il rischio di complicanze a seguito di interventi di chirurgia orale
3. Non esistono direttive specifiche per la somministrazione di profilassi antibiotica la cui opportunità deve essere valutata in base allo specifico caso.
4. La terapia farmacologica deve essere somministrata per via parenterale in presenza di patologie riacutizzate (accelerato transito intestinale da diarrea) e patologie intestinali estese che compromettano l'assorbimento enterale.
5. Per interventi estesi in pazienti con condizioni generali debilitate è opportuno richiedere consulenza medica, esami ematochimici e della coagulazione.

## CIRROSI EPATICA

8

### Eziologia e sintomatologia

Per cirrosi epatica si intende una lesione cronica e irreversibile del fegato in cui la fibrosi del parenchima e la formazione di noduli rigenerativi provocano un progressivo deterioramento della sua funzione sino alla comparsa di un quadro di insufficienza epatica.

La cirrosi rappresenta il quadro finale comune a molteplici malattie: l'assunzione cronica di tossici (cirrosi esotossica da alcol); le epatiti virali croniche; la stasi biliare cronica (cirrosi secondaria a calcolosi); la stasi da insufficienza cardiaca (cirrosi car-

diaca); le malattie autoimmuni (cirrosi biliare primitiva).

Il deterioramento della funzione epatica ha molteplici effetti sull'organismo:

- La diminuzione della funzione metabolica provoca l'accumulo dei prodotti del metabolismo proteico (encefalopatia epatica da iperammoniemia);
- La diminuita sintesi proteica causa uno stato di denutrizione, una diminuzione della pressione oncotica del sangue (formazione di ascite ed edemi periferici), una insufficiente sintesi di fattori della coagulazione (coagulopatia secondaria);

Tabella 9  
**CLASSIFICAZIONE DELLA CIRROSI EPATICA SECONDO CHILD-PUGH**

Classi	A	B	C
<b>Bilirubinemia</b> (mg/dl)	<2	2-3	>3
<b>Albuminemia</b> (g/dl)	>3,5	3-3,5	<3
<b>Tempo di protrombina</b> (% di attività)	70-90	50-70	<50
<b>Ascite</b>	Assente	Facilmente controllabile	Scarsamente controllabile
<b>Encefalopatia</b> (grado)	0	1-2	3-4
<b>Stato nutrizionale</b>	Ottimo	Buono	Scarso



- La fibrosi epatica altera la circolazione ematica nel distretto splancnico (ipertensione portale) che sostiene la formazione di circoli collaterali (caput medusae, varici esofagee, emorroidi) e della splenomegalia (ipersplenismo e trombocitopenia).

Le epatopatie possono causare livelli diversi di insufficienza epatica in relazione alla riduzione del numero degli epatociti coinvolti ed il loro grado di sofferenza metabolica.

L'insufficienza compare tardivamente nel corso della epatopatia per l'elevata riserva funzionale del parenchima epatico e il quadro ematologico può rimanere compensato in presenza di una cospicua riduzione della massa epatocitaria (sino al 70%). Per la stadiazione della patologia e la quantificazione del rischio perioperatorio il dentista può dividere l'insufficienza epatica (IE) in tre gradi idealmente sovrapponibili alla classificazione di Child e Pug che comunque nella pratica clinica possono non risultare facilmente identificabili senza l'aiuto di una consulenza medica (Tabella 7 e 10).

- Nell'IE lieve il quadro è caratterizzato da disturbi aspecifici non clinicamente evidenti che consistono prevalentemente in alterazioni degli esami di laboratorio.
- Nell'IE ingravescente compaiono sintomi e segni sistemici che risultano comunque di lieve entità nel paziente in trattamento medico: astenia e affaticabilità; dimagrimento e ano-

ressia; subittero; ectasie venose e dei capillari (angiomi stellari, varici esofagee, emorroidi e caput medusae sulla superficie addominale); alterazione mestruali o della libido. I dati di laboratorio mostrano inoltre una iperammoniemia, un allungamento del tempo di coagulazione e una piastrinopenia.

- Nell'IE grave il controllo medico è difficoltoso mentre i sintomi e i segni dell'epatopatia sono evidenti come ad esempio: i segni cutanei (ectasie venose, ittero franco, ematomi cutanei per traumi minori, eritema palmare); l'encefalopatia con alterazione dell'umore; la denutrizione; l'ascite e gli edemi periferici. Gli esami di laboratorio evidenziano una significativa alterazione della coagulazione.

Le complicazioni terminali possono comparire progressivamente o bruscamente per il sopraggiungere di condizioni precipitanti (infezioni, emorragie, uso di alcolici etc.); sono rappresentate dalla emorragia da varici esofagee, dalla sindrome epatorenale (insufficienza renale ed epatica associate), dal coma da encefalopatia portosistemica, dall'insufficienza cardiaca con ipotensione.

Le manifestazioni orali sono presenti nelle fasi avanzate della malattia: l'ittero delle mucose; le petecchie; la candidosi orale; la cheilite angolare; la stomatite eritematosa (atrofia della mucosa) e la glossite (perdita delle papille filiformi); la tumefazione delle ghiandole salivari; l'alitosi (foetor hepaticus).

Tabella 10  
**IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE IN INSUFFICIENZA EPATICA**

Stadiazione	Indicazioni al trattamento
<b>RISCHIO RIDOTTO</b> <i>Insufficienza epatica lieve</i> <i>Cirrosi classe A</i> <i>(anamnesi positiva per cirrosi in assenza di sintomi e segni sistemici)</i>	Eseguire il normale trattamento secondo necessità e richieste del paziente Richiedere consulenza medica prima di piani di riabilitazione complessi Evitare farmaci nefrotossici
<b>RISCHIO MODERATO</b> <i>Insufficienza epatica ingravescente</i> <i>Cirrosi classe B</i> <i>(astenia, dimagrimento, terapia medica con lattulosio, neomicina o vit K)</i>	Richiedere consulenza medica per stadiare la patologia Disporre di esami ematochimici (PT, PTT, piastrine) Ridurre stress e trauma operatorio Eseguire la terapia di routine; adottare piani di terapia alternativi o ridotti; controindicate le terapie protesiche complesse Diminuire o evitare farmaci a metabolizzazione epatica (anestetico amidico max 2 fiale) Programmare gli interventi, eseguire accurata emostasi e ridurre il trauma chirurgico Profilassi antiemorragica con vit. K
<b>RISCHIO ELEVATO</b> <i>Insufficienza epatica grave</i> <i>Cirrosi classe C</i> <i>(ittero, angiomi stellari, ascite, edemi periferici, ematomi e sanguinamento per traumi minori, denutrizione, encefalopatia epatica)</i>	Controindicazione al trattamento chirurgico ambulatoriale esterno Prescrivere un trattamento medico palliativo Inviare a centri ospedalieri per assicurare controllo postoperatorio e rapida disponibilità di terapia con emoderivati in caso di necessità

### Rischio perioperatorio

A causa della diminuita funzionalità la somministrazione di farmaci a metabolizzazione epatica può provocare accumulo e tossicità da sovradosaggio .

A seguito di interventi di chirurgia orale esiste il rischio di:

- Emorragia per la coagulopatia secondaria a diminuita sintesi di fattori della coagulazione (ipoprotrombimemia) e trombocitopenia da ipersplenismo.
- Infezioni sistemiche per ridotta efficienza del sistema reticoloendoteliale (epatico e splenico); locali per il rallentamento della protidosintesi che causa una progressiva im-

munodepressione e rallentamento dei processi rigenerativi e di guarigione delle ferite.

Si devono, inoltre, considerare i rischi di eventuali patologie che si presentano frequentemente associate (diabete e malattia peptica)

### Profilassi

1. La valutazione odontoiatrica deve quantificare il grado di compromissione epatica attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo ricercando la presenza di sintomi e segni sistemici (ittero, sanguinamento prolungato a seguito di trauma, ral-

Farmaci	Sicuri	Potenzialmente Tossici*	Controindicati
<b>ANTIBIOTICI</b>	Betalattamici (penicilline, cefalosporine)  Polienici per os (nistatina, anfotericina B)	Macrolidi (azitromicina, roxitromicina) Imidazolici (miconazolo, fluconazolo) Cloranfenicolo	Tetraciline Eritromicina Lincomicina Clindamicina Chetoconazolo
<b>ANTIFLOGISTICI E ANTALGICI</b>	Noramidapirina Paracetamolo (basso dosaggio)	FANS Aspirina	Analgesici narcotici (codeina, pentazocina, meperidina)
<b>ANESTETICI</b>	Esterei	Amidici (lidocaina, carbocaina, prilocaina, bupivacaina)	
<b>SEDATIVI</b>	Oxazepam	Sedativi e ipnotici (diazepam, barbiturati)	

\*Somministrazioni per brevi periodi e/o riduzione del dosaggio

<b>Lieve deficit PT</b> ( <i>PT &lt; 3 volte v.n.</i> ) <b>Trombocitopenia lieve</b> ( <i>tra 50-100.000/ml</i> )	Chirurgia semplice in ambulatorio esterno con accurata emostasi locale. (cfr. Profilassi locale della emorragia in capitolo Terapia anticoagulante orale nel quaderno IL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE Promoass Ed. 1998) Per chirurgia complessa o estesa considerare l'invio in ospedale e/o terapia con vitamina K
<b>Consistente deficit PT</b> ( <i>PT &gt; 3 volte v.n.</i> ) <b>Trombocitopenia severa</b> ( <i>&lt; 50.000/ml</i> )	Riduzione del PT con terapia a base di vitamina K Chirurgia semplice in ambulatorio ospedaliero Chirurgia complessa o estesa in regime di ricovero ospedaliero per assicurare controllo postoperatorio e la disponibilità di terapia sostitutiva con emoderivati in caso di emergenza (plasma fresco o piastrine)

- lentamento psichico, alterazioni cutanee). Nel valutare la terapia medica va ricordato che l'assunzione di terapie a base di neomicina o lattulosio (per l'encefalopatia) o vit K sono indici di patologia avanzata.
2. In presenza di sintomi o segni va richiesta la consulenza medica e nella programmazione di trattamenti chirurgici si deve disporre di esami recenti della coagulazione (conta piastrinica, PT, PTT).
  3. Il dosaggio di farmaci a metabolizzazione epatica va ridotto e devono essere evitati i farmaci epatotossici; l'utilizzazione di 2 fiale di anestetici amidici, paracetamolo a base dosi sono ritenuti accettabili; limitare l'uso di sedativi per il pericolo di effetto prolungato e/o peggioramento dell'encefalopatia epatica (Tabella 11).
  4. Si devono evitare i farmaci antiplastrinici (ASA, FANS) che possono influire con l'emostasi facilitando il rischio di emorragia. È considerato sicuro il paracetamolo. La nimeslide non altera l'attività piastrinica in vivo in modo significativo e mostra un effetto antipiretico sovrapponibile al paracetamolo ed un effetto antiflogistico e antalgico superiore.
  5. L'esecuzione di interventi chirurgici richiede la riduzione del rischio infettivo ed emorragico riducendo l'entità dell'intervento (frazionando le estrazioni in più sedute); utilizzando una tecnica chirurgica ed una emostasi locale accurata.
  6. Per i pazienti candidati a interventi caratterizzati da elevato rischio emorragico e coagulopatia si deve considerare la preparazione sistemica con: vit K in presenza di funzionalità epatica residua (10 mg per os/e.v. ogni 12 ore per 24-72 ore prima dell'intervento e 48 ore dopo). La trasfusione piastrinica va riservata ai casi con piastrinopenia severa ( $<20.000/mm^3$ ) candidati a chirurgia estesa (Tabella 12).
  7. In caso di emorragia postoperatoria si applicano misure di emostasi locale (sutura, compressione, acido tranexamico e aminocaproico locale; in caso di insuccesso trasfusione con plasma fresco).
  8. La profilassi antibiotica non è obbligatoria e la sua somministrazione va stabilita caso per caso in relazione alle condizioni generali del paziente, entità dell'intervento chirurgico e rischio di infezione della ferita.
  9. Nel periodo postoperatorio nei pazienti con IE grave, che siano in condizioni generali scadenti (defezione, denutrizione) è opportuno: assicurare un'alimentazione ipercalorica e iperglucidica evitando le proteine; adeguare durata, entità del trauma e dello stress alle capacità di resistenza generali; istituire un prolungato controllo per le complicanze infettive ed emorragiche.
  10. Nei pazienti con epatite virale gli operatori sanitari devono tassativamente attenersi alle Norme di Prevenzione Universale per le patologie infettive a trasmissione ematica.

## BIBLIOGRAFIA

1. ANDRI L. e Altri, *Tolerability of nimesulide in aspirin-sensitive patients*, Annals of Allergy, vol. 72, n. 1, janury 1994
2. ANDRI L. e Altri, *Impiego della nimesulide in soggetti con intolleranza agli antinfiammatori non steroidei*, Folia Allergol. Immunol. Clin. 37: 93-97, 1990
3. ASTARITA C. e Altri, *Epidemiologia delle reazioni avverse ai farmaci antinfiammatori non steroidei. La Nimesulide tollerata dai pazienti con reazioni avverse ai Fans e modula nell'uomo la risposta cutanea all'istamina e alla codeina*, Recenti progressi in medicina, vol. 83, n. 10, ottobre 1992
4. BERTI F., ROSSONI G., *La Nimesulide, un farmaco antinfiammatorio non steroideo da un insolito profilo farmacologico*, Riforma med., 1990, 105:325-8
5. BIANCO S., *Bronchial inflammation and NSAIDs*, Drug Investigation 3 (suppl. 2): 33-38, 1991
6. BIANCO S. e Altri, *Efficacia e tollerabilità della nimesulide nei pazienti asmatici con intolleranza all'acido acetilsalicilico*, Drug 46 (suppl. 1): 115-120, 1993
7. BIANCO S. e Altri, *Could NSAIDs have a role as antiasthmatic agents?*, Drug 48 (1) 9:15, 1994
8. BRUSASCO V. e Altri, *Assenza di effetti della nimesulide sull'attività bronchiale nell'asma allergico*, Drugs 46 (suppl.1): 121-123, 1993
9. CASOLARO V. e Altri, *Nimesulide, a sulfonanilide nonsteroidal anti-inflammatory Drug, inhibits mediator release from human basophils and mast cells*, The journal of pharmacology and experimental therapeutics, vol. 267, n.3, 1993
10. DE LUCIA F. e Altri, *Antiinflammatory-antioxidant treatment with a methane sultonilide in allergen-induced asthma*, Annals of Allergy, vol. 66, n. 5, may 1991
11. MURATORE L. e Altri, *Studio controllato sulla tollerabilità della nimesulide in pazienti con manifestazioni cutanee da intolleranza ad ASA E FANS*, Giorn. It. Allergol. Immunol. Clin. 2: 157-162, 1992
12. GIANARIS P.G. e Altri, *Treatment of bronchspastic disordears in the 1990s. What does the future hold?*, Drugs 46 (1): 1-6, 1993
13. QUARANTINO D., *Long-term tolerability of nimesulide and acetaminophen in nonsteroidal anti-inflammatory drug-intolerant patients*, Annals of Allergy, Asthma & Immunology, vol. 79, n. 1, july 1997
14. SENNA G.E. e Altri, *Nimesulide in the treatment of patients intolerant of aspirin and other NSAIDs*, Drug Safety, 14 (2): 94-113, feb. 1996

Attraverso la frequentazione ed il lavoro con altri colleghi ho in più occasioni verificato la difficoltà di molti nel comprendere le patologie sistemiche e nell'adeguare la terapia odontoiatrica al rischio medico presente nei propri pazienti.

Nella pratica lavorativa quotidiana la difficoltà viene affrontata dagli operatori con atteggiamenti diversi, mediante soluzioni dettate più dall'indole e dallo stile terapeutico del dentista che da uno scientifico approccio cognitivo e diagnostico: taluni timorosi di possibili complicanze erogano al minimo le prestazioni odontoiatriche che si rivelano insufficienti, altri più spavalidamente sottovalutano il problema fino ad esporre i pazienti ad inutili rischi.

Il limitarsi ad affermare che tale consuetudine derivi da un'istruzione professionale carente ricevuta nel corso degli studi universitari o sia frutto di aggiornamento professionale disorganico e non programmato come formazione continua, costituisce un'osservazione parziale ancorché intuitivamente valida.

Nella cultura odontoiatrica gli aspetti medici sono percepiti come campo d'interesse marginale e come competenza accessoria anziché come preminente preoccupazione e come apprezzato ambito di approfondimento.

Il disimpegno di parte del mondo accademico nei confronti delle finalità istituzionali di formazione primaria degli odontoiatri; nonché il disinteresse verso la divulgazione della cultura medica dell'odontoiatra e verso le attività di aggiornamento professionale fuori dalle mura dell'università continuano ad alimentare una vivace *querelle*.

Vero è che gli insegnamenti universitari vengono affidati a medici di elevata competenza clinica ma non altrettanto attrezzati nella conoscenza specifica della manualità odontoiatrica. Ne consegue che l'approccio diagnostico preliminare e la terapia delle emergenze che viene suggerita possono rivelarsi inapplicabili nella pratica lavorativa quotidiana.

Non intendo entrare a mia volta nella *querelle*, è comunque di tutta evidenza che nella cultura del mondo odontoiatrico italiano è rimasto libero uno spazio nell'aggiornamento professionale degli operatori che è gestito in prevalenza da organizzazioni private che si distinguono per una preminente impostazione commerciale.

A molti, come a me, questo costume sembra in evidente contrasto con i valori che contraddistinguono la cultura medica e finanche gli ideali e i principi della scienza, dell'etica e della deontologia medica.

Sono in molti a ritenere che l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani e le Società Scientifiche siano doverosamente chiamate a colmare il vuoto ed a soddisfare la domanda di educazione e diffusione della cultura medica odontoiatrica, in ossequio alle proprie finalità istituzionali volte a migliorare il servizio e la qualità delle prestazioni odontoiatriche.

Mi auguro che queste considerazioni diano in parte conto delle ragioni che hanno motivato la nascita della presente collana editoriale voluta dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani e che gli sforzi degli autori e dei collaboratori che vi hanno contribuito siano idealmente compensati da questo comune sentire.



Sommacampagna 30 novembre 1999

*Tutte le generalizzazioni sono pericolose. Anche questa.*

Alexandre Dumas figlio, citato da L. L. Levinson, The left handed dictionary

Cod. 24000906

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



dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani  
quale servizio ai propri soci