

Malattie del cavo orale.

Le malattie del cavo orale rappresentano una patologia di confine; in alcune grandi città esiste uno specialista del cavo orale, ma più spesso le malattie del cavo orale sono appannaggio del dermatologo, perché molte malattie della cute presentano un contemporaneo interessamento della mucosa orale; anche l'odontoiatra, pur rivolgendo prevalentemente ai denti la sua attenzione, osserva tali malattie.

Quando la stessa malattia provoca contemporaneamente lesioni della cute e del cavo orale, il dermatologo farà bene a fare la diagnosi sulle lesioni cutanee, prima di osservare il cavo orale, perché questa è una delle sedi, insieme a unghie, capelli e, in minor misura, regione palmoplantare e superficie estensoria di gomiti e ginocchia, in cui la diagnosi è più difficile, visto che la dermatosi assume delle comuni caratteristiche di sede, che oscurano le caratteristiche della singola dermatosi. In particolare le lesioni del cavo orale sono caratterizzate dall'aspetto biancastro, dovuto alla macerazione.

Malattie ereditarie

Nella **malattia di Peutz-Jeghers**, che si trasmette in modo autosomico dominante, lesioni lentiginose numerosissime della regione periorale (Fig. 955) e del cavo orale sono un marker di poliposi intestinale: i polipi possono andare incontro a degenerazione neoplastica. La malattia, che ha un'alta penetranza, è legata alla mutazione di un gene che codifica per la kinasi STK11 della serina/treonina, mappato sul cromosoma 19p13.3 (4).

Nell'**epidermolisi bollosa** grave presente alla nascita, soprattutto nella forma distrofica recessiva, sono presenti fin dai primi giorni di vita lesioni bollose al cavo orale, che possono osta-

colare la suzione. È difficile cogliere la bolla integra per il medico, che di solito vede soltanto delle erosioni, come in tutte le malattie bollose del cavo orale: come le bolle cutanee, anche quelle del cavo orale devono essere perforate dalla madre con un ago sterile, senza asportarne il tetto.

La **malattia di Rendu-Osler**, anch'essa a trasmissione autosomica dominante, è caratterizzata da telangettasia cutaneo-mucose e anomalie artero-venose, che possono rispettivamente causare stillicidio ematico gastrointestinale o gravi emorragie. La malattia è dovuta alla mutazione di un gene, mappato su 9q3, che codifica per un componente del complesso recettoriale endoteliale del fattore- β che trasforma la crescita (5). Il primo segno della malattia, che compare spesso nel primo decennio di vita, è costituito da telangettasia puntiformi, spesso circondate da un



Fig. 955: Lentiggini della regione periorale nella malattia di Peutz-Jeghers.



Fig. 956



Fig. 957

Fig. 956, 957: Nella malattia di Rendu-Osler sono presenti telangiectasie del volto (Fig. 956), delle labbra e del cavo orale (Fig. 957, freccia).

alone ischemico, che colpiscono il volto (Fig. 956), gli arti superiori, soprattutto distalmente, e la mucosa orale. Seguono nell'adolescente le epistassi e poi il sanguinamento gastro-enterico. Emorragie gravi nel polmone, nel fegato e nel sistema nervoso centrale possono far seguito alla presenza di anomalie artero-venose.

Nell'**incontinentia pigmenti** e nella **displasia ectodermica** si osservano anomalie dentali simili, con denti a cono (Fig. 958, 959), agenesia dentale e mancata caduta dei denti di latte: secondo Aradhya et Al. (2) è probabile che alcune forme di displasia ectodermica associate a turbe pigmentarie, alopecia e deficit immunita-



Fig. 958



Fig. 959

Fig. 958, 959: Denti a cono nell'incontinentia pigmenti (Fig. 958) e nella displasia ectodermica anidrotica (Fig. 959).

rio siano imparentate con l'incontinentia pigmenti e legate anch'esse, come l'incontinentia pigmenti, ad una mutazione del gene NEMO (Nuclear factor kappa-B Essential Modulator), localizzato sul braccio lungo del cromosoma X (Xq2.8). Le alterazioni dentali sarebbero dovute ad un difettoso funzionamento degli osteoclasti con conseguente alterazione del processo di riassorbimento alveolare.

La **malattia di Van der Woude** (3) è tradita dalla presenza di depressioni puntiformi sul labbro inferiore. Si tratta di una malattia autosomica dominante, dovuta alla mutazione di un gene mappato su 1q32-q41 e caratterizzata anche da palato fissurato e anomalie dentali.

Il cosiddetto **nevo bianco spugnoso** è in realtà una genodermatosi autosomica dominante che si manifesta fin dai primi anni di vita con un aspetto biancastro della mucosa orale a limiti mal definiti. La condizione è benigna e non richiede alcun trattamento.

Malformazioni neviche

I **granuli di Fordyce** sono ghiandole sebacee eterotopiche della mucosa orale o della pseudomucosa del vermiglio. Pur essendo di solito pre-

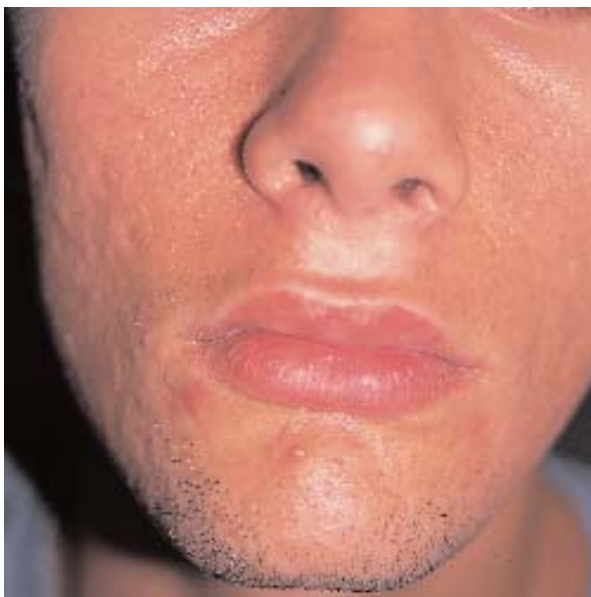


Fig. 960: Granuli di Fordyce (frecche) della pseudomucosa del labbro superiore.

senti alla nascita, si rendono più evidenti, come il nevo sebaceo, alla pubertà, quando assumono l'aspetto di macchie o placche appena rilevate, giallastre (Fig. 960), isolate o ravvicinate e confluenti.

La **lingua scrotale** è una frequente anomalia di sviluppo, talora presente in più membri della stessa famiglia. È caratterizzata dalla presenza di profondi solchi (Fig. 961), che rendono irregolare la superficie della lingua. Compare precocemente e persiste per tutta la vita. Quando i solchi sono profondi, è necessaria un'igiene linguale che elimini i residui di cibo dalla profondità dei solchi, al fine di prevenire flogosi irritativa. Questa condizione, anche indipendentemente dalla flogosi occasionale, può essere sintomatica, in seguito all'assunzione di cibi piccanti. La lingua scrotale è uno dei segni della sindrome di Melkerson-Rosenthal, è inoltre più frequente nella sindrome di Down e nella psoriasi.

Le **cisti gengivali** o perle di Epstein sono frequentemente visibili nel neonato a livello della cresta del solco alveolare o sulla linea mediana del palato come papule bianche di 1-3 millimetri di diametro; esse regrediscono spontaneamente nel giro di pochi mesi. Sono dovuti a difetti di fusione o a residui della lamina dentale.



Fig. 961: Lingua scrotale con profondi solchi presente in più membri della stessa famiglia.



Fig. 962



Fig. 963

Fig. 962, 963: Emangioma del labbro e della punta della lingua associato ad emangioma laringeo che, a causa della conseguente dispnea ispiratoria precoce, ha provocato (Fig. 963) deformazione della cassa toracica.

L'**emangioma** interessa di solito il labbro più del cavo orale. Se in posizione centrale e associato ad emangioma preauricolare bilaterale, deve far sospettare la presenza di un emangioma laringeo (Fig. 962, 963), che potrebbe manifestarsi durante la fase di crescita e/o in concomitanza con lesioni flogistiche delle prime vie

respiratorie. L'emangioma del labbro si ulcera più spesso per il trauma della suzione e ha conseguenze estetiche peggiori di quelle di altre sedi, per la maggiore evidenza del labbro e per la sua importanza nella vita di relazione. Per questo motivo bisogna avere un comportamento meno attendista nell'emangioma che ad 1 mese



Fig. 964



Fig. 965

Fig. 964, 965: Linfoangioma del cavo orale: lesioni micro- (Fig. 964) e macrocistiche (Fig. 965) emorragiche.

di vita deforma già significativamente il labbro, instaurando una terapia cortisonica "per os" a dosaggio adeguato o, più tardivamente, ricorrendo ad interventi chirurgici correttivi.

Il **linfangioma** si localizza frequentemente alla lingua e al palato molle. Di solito non evidente alla nascita, si manifesta nei primi anni di vita, spesso in concomitanza con emorragie intralesionali (Fig. 965) o con complicanze infettive. La superficie della lingua si presenta coperta da piccole vescicole a contenuto sieroso trasparente o sieroematico (Fig. 964); talora si evidenziano grosse cavità a contenuto ematico. Il decorso clinico è altalenante con periodi asintomatici di relativo benessere, interposti a periodi di complicanze, con tumefazione più o meno rilevante delle lesioni e sintomatologia soggettiva anche grave, talora con difficoltà notevoli all'alimentazione. Nella maggior parte dei casi, con il passare degli anni e la diminuzione dei traumi, la condizione diventa più tollerabile.

Oltre al linfangioma, altre **malformazioni vasali** possono colpire il cavo orale e i tessuti vicini. La diagnosi differenziale dall'emangioma si fonda sulla presenza alla nascita, sull'assenza della fase di crescita rapida e sulla mancata regressione o addirittura peggioramento peripubertale.

Altre malformazioni nevice più rare sono **nevi pigmentari** e **nevi epidermici** (Fig. 966) complessi associati ad emipertrofia del volto.

Infezioni

Accenneremo a tre condizioni virali, stomatogengivite erpetica, herpangina e malattia mani-piedi-bocca e ad una infezione micotica, la candidiasi.

La **stomatogengivite erpetica** è una delle manifestazioni cutanee primarie dell'infezione da virus Herpes Simplex (VHS). Si manifesta di solito nei primi anni di vita in soggetti che non hanno mai avuto contatto con il virus. Dopo l'infezione primaria è difficile osservare recidive al cavo orale di infezione da VHS, tranne in soggetti immunodepressi; viceversa le molto più frequenti infezioni recidivanti da VHS del volto raramente sono precedute da una stomatogengi-



Fig. 966: Nevo epidermico laterocervicale destro associato a emipertrofia della lingua e del palato di destra.

vite erpetica o da altre infezioni erpetiche primarie. Queste osservazioni sembrano indicare che l'infezione primaria da VHS è raramente evidente da un punto di vista clinico e questa scarsa evidenza clinica forse condiziona la sua permanenza in un ganglio nervoso e le conseguenti recidive. Viceversa, quando l'infezione primaria è clinicamente evidente, probabilmente conferisce un'immunità più duratura all'organismo e per questo motivo non si accompagna ad ulteriori recidive.

Clinicamente la stomatogengivite erpetica si manifesta con intensa sintomatologia soggettiva ed oggettiva. Dal punto di vista soggettivo si ha febbre elevata della durata di 3-4 giorni e una grave difficoltà ad alimentarsi; le lesioni obiettive sono caratterizzate da lesioni erosive della metà anteriore del cavo orale con pustole erpetiche monomorfe di 1 millimetro intorno al cavo orale e sulle palpebre inferiori (Fig. 967). La condizione non è contagiosa, probabilmente perché, data l'ubiquitariet  della malattia, gli altri componenti pi  attempati del gruppo familiare hanno gi  avuto il primo contatto con il virus erpetico.

La malattia   autorisolutiva e, quando si fa la diagnosi,   di solito troppo tardi per sperare nell'attivit  terapeutica dell'aciclovir.



Fig. 967: Stomatogengivite erpetica con lesioni pustolose periorali e delle palpebre inferiori.



Fig. 968: Herpangina con lesioni erosive di tutto il cavo orale, senza interessamento cutaneo.



Fig. 969



Fig. 970

Fig. 969, 970: Caratteristiche pustole fusate palmari e lesioni erosive del cavo orale nella malattia mano-piede-bocca.

L'**herpangina** (Fig. 968) è l'infezione primaria da virus coxsackie con sintomatologia simile (febbre elevata, difficoltà all'alimentazione) alla stomatogengivite erpetica, da cui differisce per una maggiore contagiosità, per la presenza di lesioni erosive sul palato molle e per l'assenza di lesioni cutanee. La terapia è sintomatica.

La **malattia mani-piedi-bocca** (Fig. 969, 970) è l'infezione primaria da virus coxsackie A16 o A10. Si manifesta di solito in piccole epidemie nelle scuole materne. La sintomatologia soggettiva è molto più sfumata delle precedenti e consiste in febbre e lieve difficoltà all'alimentazione. È caratterizzata obiettivamente da



Fig. 971: Candidiasi orale della seconda settimana di vita legata al passaggio nel canale del parto.

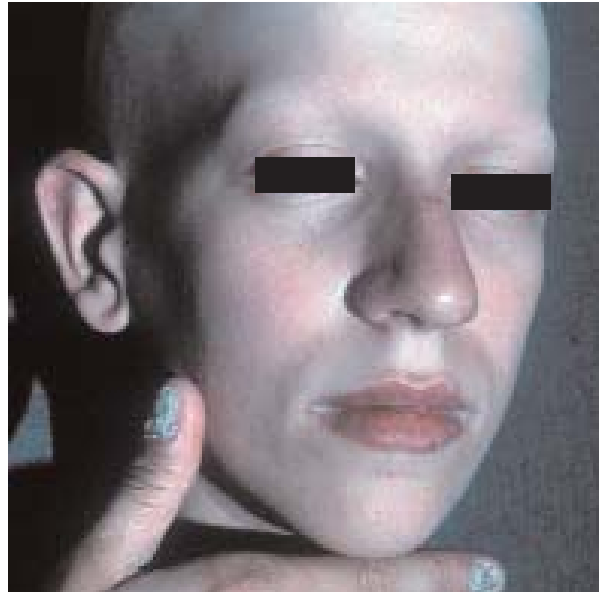


Fig. 972: Candidiasi cutaneo-mucosa cronica (CCMC) associata ad alopecia areata ed endocrinopatia autoimmune.



Fig. 973

Fig. 973, 974: La CCMC esordisce con mugugno verso il sesto mese di vita e quindi cheilite angolare ed onischi (Fig. 974).



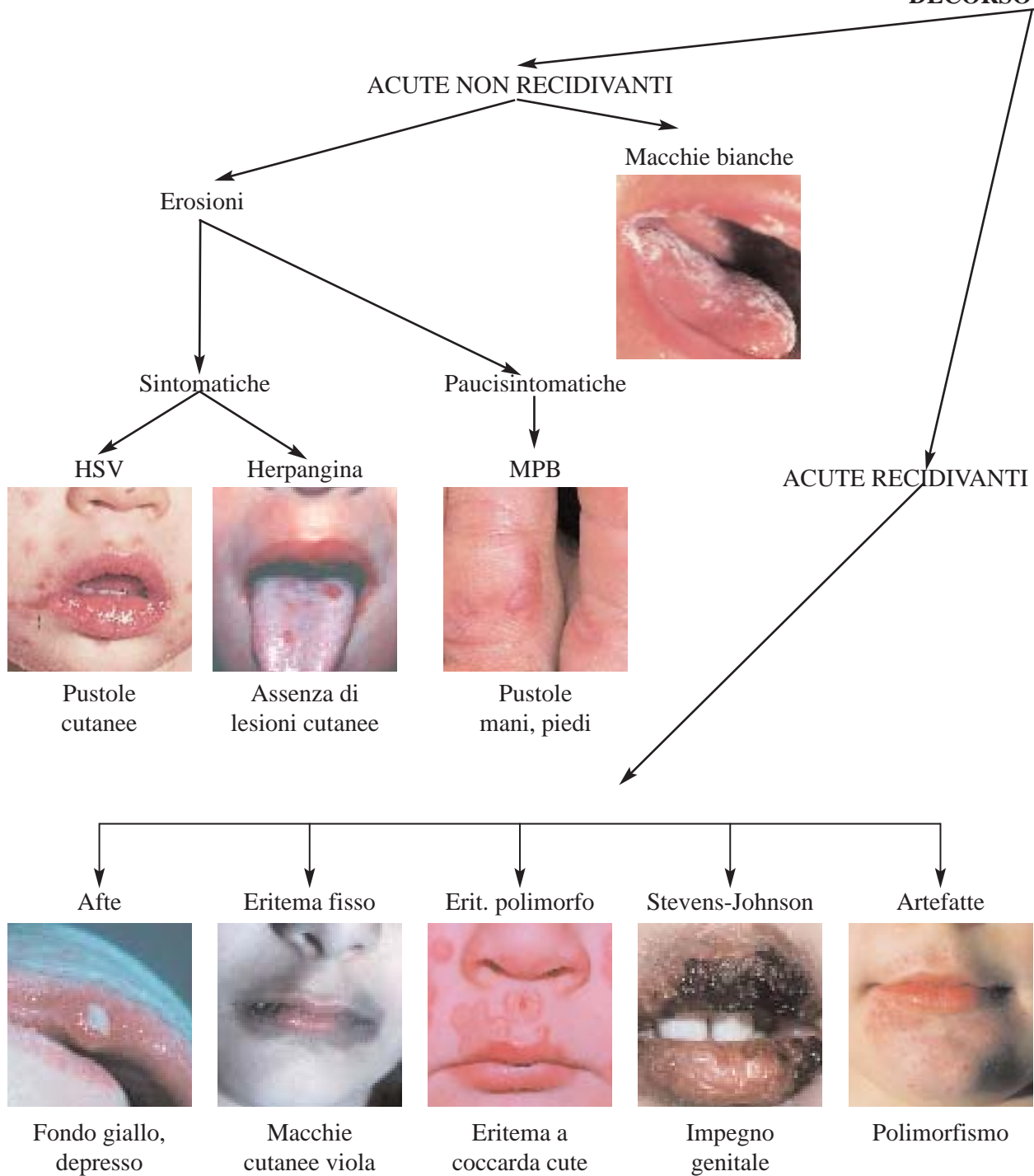
Fig. 974

pustole delle mani e dei piedi: in regione palmo-plantare le pustole acquistano un caratteristico aspetto fusato, che è una caratteristica di sede, perché, quando sono interessate altre sedi, le vescicopustole sono tondeggianti. Le lesioni regrediscono spontaneamente in pochi giorni e non richiedono di solito terapia.

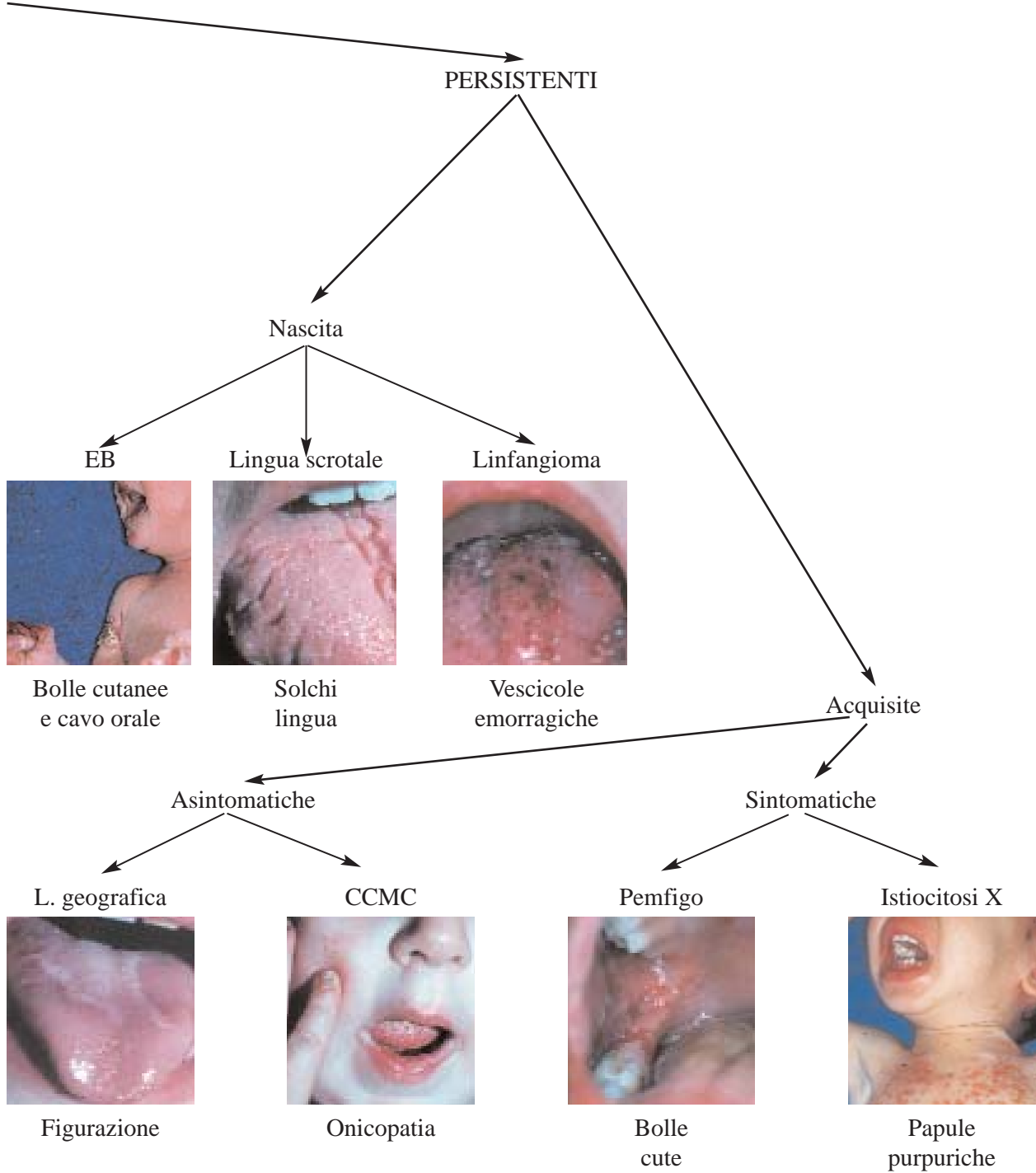
La **candidiasi** del cavo orale è una condizione dovuta alla *Candida albicans*. La forma della seconda settimana di vita (Fig. 971), legata al passaggio nel canale del parto, diventa nelle città sempre più rara perché sempre più raro diventa questo passaggio. Ancora frequente è la candidiasi del cavo orale legata a fattori favo-

MALATTIE PIÙ FREQUENTI

DECORSO



La diagnosi differenziale delle malattie del cavo orale deve basarsi sull'anamnesi e sull'esame obiettivo. Dal punto di vista anamnestico è molto importante chiedere notizie sul decorso clinico. Distingueremo quindi delle forme acute non recidivanti, acute recidivanti e infine persistenti. Nel primo gruppo distingueremo il mugugno, caratterizzato dalla presenza di macchie bianche, e delle forme erosive con intensa sintomatologia soggettiva, come la stomato-gengivite erpetica (HSV) e l'herpangina, e delle forme paucisintomatiche, come la malattia mano-piede-bocca (MPB).



Tra le forme acute recidivanti ricordiamo afte, eritema fisso, eritema polimorfo, sindrome di Stevens-Johnson e stomatiti artefatte.

Tra le forme persistenti infine ricordiamo quelle presenti alla nascita, come epidermolisi bollose (EB), lingua scrotale e linfangioma, e quelle acquisite. Tra queste ultime ricordiamo quelle asintomatiche, come lingua a carta geografica e candidiasi cutaneo-mucosa cronica (CCMC) e quelle sintomatiche, come pemfigo e istiocitosi X.

renti, quali ipogammaglobulinemia transitoria del lattante, terapie antibiotiche protratte, diabete, chemioterapia, malignità.

La **candidasi cutaneo-mucosa cronica** (CCMC) è una malattia dovuta ad un deficit immunitario che aumenta la suscettibilità all'infezione moniliasica. È spesso una malattia familiare che si trasmette con diversi meccanismi ereditari, ma ci sono anche casi sporadici non trasmissibili e casi ad inizio tardivo. Inizia in genere verso il 6° mese di vita con un mugghetto particolarmente esteso che interessa insolitamente il dorso della lingua e le commesure labiali e si associa ad onicomicosi (Fig. 973, 974). Le lesioni sono particolarmente persistenti e risentono poco delle terapie antimicotiche topiche. Prima dell'avvento del ketoconazolo "per os" inefficaci sono risultate tutte le terapie immunologiche, volte a correggere il deficit immunitario, dal transfer factor alle trasfusioni di linfociti, dal levamisole agli estratti timici di vario tipo. Viceversa l'avvento del ketoconazolo e dei meno epatotossici (8) itraconazolo e difluconazolo ha sostanzialmente mutato il quadro clinico della malattia, inducendo talora la guarigione e spesso il sostanziale miglioramento della maggior parte dei casi. La guarigione clinica ottenuta talora con un solo ciclo di terapia anti-



Fig. 975: L'afte è caratterizzata da un'ulcera a stampo con fondo giallastro e cercine flogistico periferico.

micotica orale e l'assenza di un deficit immunologico dimostrabile in circa un terzo dei casi di CCMC ha fatto ipotizzare che la mancata difesa nei confronti della *Candida albicans* sia in alcuni casi da attribuire ad un'anergia indotta dall'eccessiva carica antigenica.

Poco efficace è invece la terapia antimicotica nei casi severi di **CCMC associata a sindrome poliendocrinopatica** (ipoparatiroidismo, iposurrenalismo, ecc.) e **malattie autoimmuni** (alopecia areata -Fig. 972-, cirrosi giovanile, ecc): in questa forma l'inizio è di solito più tardivo verso i 5-6 anni e il decorso progressivamente più severo, segnato dalle insufficienze endocrine e dalle malattie autoimmuni multiple e dalle complicanze infettive (1).

Malattie allergiche

Le **afte** dal greco "απτω" (afferrare, accendere) sono una patologia tanto frequente -circa il 20% della popolazione ne è affetta (5)- quanto misteriosa. Dal punto di vista eziologico si dà importanza a fattori genetici (5) per la familiarità della malattia e per la prevalenza di alcuni aplotipi -HLA-A2, HLA-A11, HLA-B12 e HLA-DR2-. Non sono mai stati isolati virus, batteri o altri agenti biotici responsabili dell'affezione. È stata ipotizzata una disregolazione immunitaria, ma le cause che si associano ad afte sono innumerevoli -stress, malattia di Behcet, sindrome di Sweet, malattia di Crohn, malattie infettive, AIDS, celiachia, disordini ematologici, allergia alimentare, traumi, ecc.-.

La lesione obiettiva è un'ulcerazione a stampo con fondo giallastro circondata da un cercine flogistico (Fig. 975): provoca un dolore urente, soprattutto in seguito a contatto con stimoli termici (cibi caldi) e chimici (cibi acidi, ecc.); la lesione guarisce spontaneamente in 7-30 giorni, secondo le sue dimensioni, lascia cicatrice se viene distrutto il corion medio (ulcere più profonde di 3-4 mm) e caratteristicamente recidiva per anni.

Da un punto di vista clinico si distinguono tre forme: comune, gigante ed erpetiforme. La forma *comune* è caratterizzata da una o due (raramente più numerose) ulcere del diametro di

2-4 mm e guarisce in 7-10 giorni spontaneamente, di solito senza cicatrice. La forma *gigante* è caratterizzata da una o due ulcere (raramente più numerose) di diametro superiore a 1 cm, che guariscono in 20-30 giorni con cicatrice. Infine la variante *erpetiforme* è caratterizzata da numerose piccole ulcere, di 1-2 mm, raggruppate a formare figure geometriche, di aspetto vagamente erpetico.

La diagnosi differenziale non si pone per la forma comune, mentre qualche problema pone la forma gigante, che deve essere differenziata dall'eritema fisso da farmaci e la variante erpetica, che deve essere differenziata dall'infezione con virus erpetico. L'eritema fisso da farmaco è molto più superficiale e interviene alcune ore dopo l'assunzione di un farmaco, la cui formula chimica è sempre la stessa. L'herpes simplex recidivante non interessa di solito il cavo orale, tranne nei soggetti immunodepressi, ma la pseudomucosa del labbro e, nei bambini più piccoli, la cute della guancia. L'infezione primaria, stomato-gengivite erpetica, ha dei sintomi generali di solito più importanti e nel 70% dei casi presenta lesioni in regione periorale e sulle palpebre inferiori: inoltre non recidiva, tranne nei soggetti con immunodepressione clinicamente evidente.



Fig. 976: Lingua a carta geografica: due nuove lesioni alla punta della lingua iniziano ad allargarsi.

La terapia delle afte si fonda sull'uso topico di anestetici e antinfiammatori steroidei. La terapia sistemica è poco efficace, a meno che non si ricorra ai rimedi che si usano per la sindrome di Behcet.

La **sindrome di Behcet** associa afte orali con ulcere genitali ed impegno oculare, specie vasculite retinica. Possono essere presenti numerosi altri sintomi e segni: cutanei -pustole, eritema nodoso, risposte cutanee ai test che simulano le reazioni spontanee (patergia)-; oculari -iridociclite, atrofia ottica-; neurologici -paralisi, meningencefaliti- e a carico di altri organi -artralgia, proteinuria, aneurismi, tromboflebite-. La sua eziologia è sconosciuta e vale lo stesso discorso fatto per le afte orali. L'età più colpita è il terzo-quarto decennio di vita, con predilezione per il sesso maschile. La terapia si fonda sull'uso sistemico di immunosoppressori, come cortisone, ciclosporina, colchicina, dapsona, azatioprina, talidomide.

La **lingua a carta geografica** è probabilmente legata a cause diverse, anche se sembra esserci un'associazione statisticamente significativa con la dermatite atopica (6).

Da un punto di vista clinico la lesione inizia in un punto della superficie dorsale della lingua (Fig. 976) e poi si sposta centrifugamente guada-

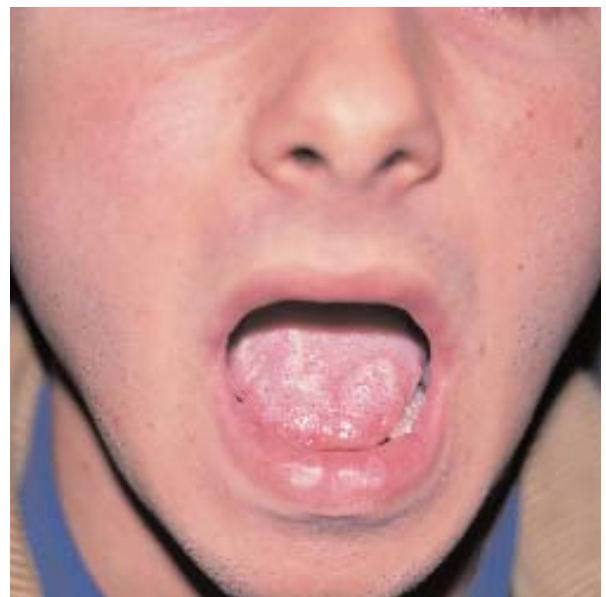


Fig. 977: Oltre alla glossite esistono anche stomatite e cheilite (frecce) a carta geografica.

gnando parecchi millimetri al giorno: la mucosa lesa è rossa, liscia con minore evidenza del disegno papillare e sottolivellata, rispetto alla mucosa sana, da cui è nettamente delimitata. Lesioni simili possono essere presenti, sia pure più raramente, anche sulla mucosa della guancia e delle labbra (Fig. 977). Le lesioni sono di solito asintomatiche, tranne in alcuni casi in cui sono più profonde; anche in questi casi i fastidi sono di gran lunga inferiori a quelli delle afte.

La lingua a carta geografica è un'afezione caratteristica dei primi anni di vita. Talvolta le lesioni si susseguono ininterrottamente per mesi o anni; in altri casi le lesioni sono episodiche, durano pochi giorni e sono intervallate da periodi più o meno lunghi di benessere. Di solito le lesioni si susseguono ininterrottamente nei primi anni di vita e poi gli episodi diventano più rari e ben distanziati gli uni dagli altri, fino a regredire completamente prima della fine della prima decade di vita.

La condizione non ha bisogno di trattamento, mentre le mamme devono essere tranquillizzate sulla sua sostanziale benignità e istruite sul suo caratteristico decorso clinico.

L'**eritema fisso da farmaco** può colpire esclusivamente il cavo orale, ma di solito interessa anche altre sedi mucose e cutanee (Fig.

978), in quest'ultimo caso con la caratteristica pigmentazione violacea o plumbea, che persiste per molti mesi. Quando è interessato soltanto il cavo orale, la diagnosi è difficile e di rado viene posta al primo episodio, soprattutto se il farmaco incriminato è un antinfiammatorio e il motivo per cui viene usato è una flogosi febbrile delle



Fig. 978: Eritema fisso da feprazone con lesioni orali, labiali e palpebrali.



Fig. 979: Eritema polimorfo in un bambino di 9 mesi con le caratteristiche lesioni a coccarda.



Fig. 980: Sindrome di Stevens-Johnson con croste ematiche e grave ostacolo all'alimentazione.

prime vie respiratorie. L'esperto può escludere con l'anamnesi e con l'esame obiettivo del cavo orale tutte le altre cause, tranne l'eritema polimorfo recidivante localizzato esclusivamente al cavo orale: solo il test di esposizione può differenziare queste due condizioni e identificare la causa responsabile dell'eritema fisso.

L'**eritema polimorfo** può colpire esclusivamente il cavo orale con manifestazioni difficilmente distinguibili dall'eritema fisso, come già detto. Prima o poi compaiono le caratteristiche lesioni cutanee a bersaglio (Fig. 979) acroposte, che rendono molto più facile la diagnosi. Nella **sindrome di Stevens-Johnson**, che può essere dovuta a virus o farmaci, le lesioni flogistiche prevalgono al cavo orale (Fig. 980) e ai genitali.

Malattie autoimmuni

Il **pemfigo volgare**, raro nel bambino e quindi di più difficile diagnosi, spesso all'inizio interessa esclusivamente il cavo orale. In assenza di lesioni cutanee bollose, bisogna pensare al pemfigo in presenza di lesioni erosive che datino da molto tempo, croniche, senza intervalli liberi da lesioni. All'esame obiettivo si evidenziano erosioni superficiali ma persistenti (Fig. 981) che

disturbano, sia pure in maniera non grave, l'alimentazione; l'alito è maleodorante e l'esame citodiagnostico mette in evidenza cellule epidermiche con citoplasma più o meno ampio, isolate le une dalle altre.

La **sclerodermia** può interessare il cavo orale, lingua compresa (Fig. 982), in corso di lesioni



Fig. 981: Pemfigo volgare in una bambina di 8 anni con lesioni erosive del cavo orale e bolle alle mani.



Fig. 982: In questa ragazza la sclerodermia segmentaria interessa cute del mento e lingua.



Fig. 983: Questo bambino ha un lupus subacuto con lesioni eritematose del palato duro.



Fig. 984: Il callo da suzione nel lattante è una condizione fisiologica e autorisolutiva.



Fig. 985: La cisti mucosa del labbro spesso si complica nel bambino a causa di traumi inferti dai denti.

segmentarie. Nella sclerosi sistemica l'impossibilità ad aprire la bocca è uno dei segni più caratteristici.

Il **lupus eritematoso**, soprattutto nella varietà discoide, oltre alle caratteristiche lesioni cutanee, può interessare anche il palato duro (Fig.

983) con lesioni eritematose, a limiti netti, asintomatiche.

Il **lichen ruber planus** è eccezionale in età pediatrica e ancor più eccezionale è in età infantile la localizzazione al cavo orale di questa malattia.



Fig. 986: Questa lesione nerastra è dovuta al cucchiaino con il quale il bambino giocava. La sua comparsa improvvisa elimina altre possibilità diagnostiche.



Fig. 987: Questo bambino durante la notte masticava con i denti la superficie periferica della lingua, che al mattino appariva con questo aspetto biancastro per alcune ore.



Fig. 988



Fig. 989

Fig. 988, 989: Una frequente dermatite artefatta del bambino è il tic da mordicchiamento del labbro con i denti, talvolta favorito, come in questo caso, da una cheilite atopica.

Stomatiti traumatiche

Lesioni traumatiche si possono verificare con diversi meccanismi. Una forma frequentissima nel lattante è il cosiddetto **callo da suzione** (Fig. 984). Frequenti sono anche le **cisti mucose**,

spesso complicate da traumi inferti dal bambino con i denti (Fig. 985). **Lesioni traumatiche**, soprattutto del palato duro, possono essere dovute nel bambino all'uso improprio di oggetti contundenti. Possono manifestarsi con lesioni ecchimotiche nerastre (Fig. 986), che possono



Fig. 990



Fig. 991

Fig. 990, 991: Lesioni purpuriche a comparsa improvvisa del mento sono dovute al gioco del bicchiere. Non sempre i genitori si rendono conto della causa, per cui spesso questi bambini arrivano al Pronto Soccorso.



Fig. 992



Fig. 993

Fig. 992, 993: Nella istiocitosi a cellule di Langerhans multisistemica frequente è l'interessamento della gengiva, che si presenta arrossata, edematosa (Fig. 992) e spesso infiltrata (Fig. 993).

essere prese per lesioni pigmentarie melaniche, se non si tien conto della comparsa improvvisa di lesioni anche ampie. Frequenti sono le dermatiti artefatte del cavo orale, come tic da leccamento o da mordicchiamento del labbro con i denti (Fig. 988, 989), talora favorito da una cheilite atopica pruriginosa. Una dermatite artefatta, non sempre riconosciuta dai genitori è la **porpora ex vacuo** (Fig. 990, 991), che segue all'aspirazione con la bocca dell'aria contenuta in un bicchiere.

Bibliografia

- 1) Ahanonen P., Myllärniemi S., Sipilä I., Perheentupa J. - Clinical variation of autoimmune polyendocrinopathy-candidiasis-ectodermal dystrophy (APECED) in a series of 68 patients. *N. Engl. J. Med.* 322, 1829-36, 1990.
- 2) Aradhya S., Courtois G., Rajkovic A., et Al. - Atypical forms of incontinentia pigmenti in male individuals result from mutations of a cytosine tract in exon 10 of NEMO (IKK-g). *Am. J. Hum. Genet.* 68, 765-71, 2001.
- 3) Calista D., Arcangeli F. - van der Woude syndrome. A case report. *Abstract of the papers scheduled for the 9th World Congress of Pediatric Dermatology, Cancun, Mexico, October 20-24, 2001.* *Pediatr. Dermatol.* 18 (suppl.), 91, 2001.
- 4) Hemminki A., Tomlinson I., Markie D., et Al. - Localization of a susceptibility locus for Peutz-Jeghers syndrome to 19p using comparative genomic hybridization and tKage analysis. *Nature Genet.* 15-87-90, 1997.
- 5) Luker J. - Diseases of the oral mucosa and tongue. In: Harper J., Oranje A., Prose N. eds. *Textbook of Pediatric Dermatology.* Blackwell Science Ltd, 2000: 1435-59.
- 6) Menni S., Saleh F., Bigardi A. - Lingua a carta geografica: criterio minore per la diagnosi di dermatite atopica? *Eur. J. Pediatr. Dermatol.* 4, 149-52, 1994.
- 7) Okuyama T., Kunikane M., et Al. - Behçet's disease. In: Albert E.D., Baur M.P., Mayer W.R. eds. *Histocompatibility testing.* Berlin: Springer Verlag, 1984: 397.
- 8) Tkach J.R., Rinaldi M.G. - Severe hepatitis associated with ketoconazole therapy for chronic mucocutaneous candidiasis. *Cutis* 29, 482-4, 1982.

Tumori

Nella **Istiocitosi a cellule di Langerhans** l'interessamento delle gengive si osserva frequentemente nelle forme acquisite multisistemiche con o senza disfunzione d'organo. Le gengive sono arrossate, tumefatte irregolarmente (Fig. 992) e infiltrate (Fig. 993), spesso facilmente sanguinanti. Il granuloma eosinofilo dell'osso può interessare le ossa mandibolari o mascellari provocando delle immagini osteolitiche.