

CANDIDOSI ORALE



La candidosi orale è provocata dall'infezione della mucosa orale da parte del fungo *Candida albicans* o altri membri del genere *Candida* come la *C. crusei*, la *C. tropicalis* o la *C. parapsilosis*.

La *C. albicans* è un componente della flora normale che colonizza la cavità orale e il tubo gastroenterico. Infatti in circa il 40-60% di individui questo fungo può essere isolato dalla mucosa orale normale. E' utile quindi sottolineare che la positività colturale alla *C. albicans* non significa automaticamente che il paziente soffra di candidosi orale. Per formulare una **diagnosi** di candidosi orale è necessario che il paziente presenti **sintomi** e **segni clinici** (in genere piuttosto caratteristici!) in associazione con la positività dell'esame colturale alla *C. albicans*. Inoltre è importante tenere presente che la candidosi orale è estremamente rara in individui sani senza altre condizioni cliniche predisponenti (tab. 3.3).

Tabella 3.3 Fattori predisponenti alla candidosi orale

Diabete	Terapia con antiblastici
Protesi mobile	Terapia con corticosteroidi per via inalatoria o sistemica
Terapia con antibiotici	Infezione da HIV
Xerostomia da radiazioni	
Xerostomia da sindrome di Sjögren	

Tabella 3.4 Forme di candidosi orale

Pseudomembranosa	Cheilite angolare
Eritematosa (atrofica)	Mucocutanea (rara)
Liperplastica	

La *C. albicans* si presenta nella forma di spore e di ife. La seconda forma è considerata come quella capace di invadere i tessuti colonizzati determinando quindi l'insorgenza di lesioni. Le lesioni provocate dalla *C. albicans* sono il risultato della complessa interazione tra la patogenicità del micete, lo stato immunitario dell'ospite e il microambiente orale. Tra i vari **meccanismi** che stanno alla base della patogenicità della Candida sono stati descritti l'aderenza alle cellule epiteliali, la trasformazione in ife, la produzione di enzimi cheratinolitici (proteasi), la selezione di fenotipi virulenti e Tabella 3.4 Forme di candidosi orale il **tigmotropismo**. Quest'ultimo, descritto di recente, consiste in una speciale sensibilità da parte delle ife per il riconoscimento "tattile" delle cellule epiteliali e le possibili soluzioni di continuità dell'epitelio mucoso. Per ciò che riguarda la **candidosi eritematosa** è possibile che siano implicati meccanismi di ipersensibilizzazione della mucosa orale verso gli antigeni della Candida.

Aspetti clinici

La candidosi orale presenta aspetti clinici variabili (tab. 3.4) che sono descritti anche nel capitolo sull'infezione da HIV. Le manifestazioni cliniche principali sono la forma pseudomembranosa, la forma eritematosa (o atrofica), la forma cronica iperplastica e la cheilite angolare.

Candidosi pseudomembranosa

La candidosi pseudomembranosa consiste in **placche bianche** (pseudomembrane) che compaiono specie sulla mucosa orofaringea e sulla mucosa vestibolare, sul palato e sul dorso linguale. Le placche hanno un aspetto circinato o tondo e sono simili alla ricotta. Con il grattamento si distaccano dalla superficie mucosa lasciando un'area sottostante eritematosa. Le placche sono composte da detriti, ammassi di ife e spore e cellule desquamate. I **sintomi** associati sono bruciore e sapore metallico. La candidosi pseudomembranosa si osserva specie nei bambini (mughetto) e nei pazienti sottoposti a terapia con antibiotici a largo spettro. Nei pazienti sottoposti a terapia antitumorale o affetti da infezione da HIV la candidosi rappresenta una delle infezioni orali più frequenti.

Candidosi eritematosa

La candidosi eritematosa appare soprattutto sul dorso linguale e sul palato con l'aspetto di **aree rosse** e può avere un'insorgenza acuta, per esempio dopo terapia antibiotica; in questi casi è associata a un intenso **bruciore** e perdita sulla lingua delle papille filiformi (**atrofia**).

Tra le forme croniche di candidosi eritematosa sono da annoverare quelle associate alla **protesi mobile**. In questi casi si osservano aree eritematose multiple più frequenti sulle aree del palato a contatto con la protesi e sul dorso linguale. Un'altra condizione predisponente comune è il **diabete**. Oggigiorno anche la **glossite romboidale mediana** è considerata una forma localizzata di candidosi atrofica. Le ife della candida possono essere identificate negli strati superficiali dell'epitelio e la lesione regredisce con la terapia antimicotica.

Candidosi cronica iperplastica

Questa forma di candidosi è la più rara e si riscontra quasi esclusivamente nei **forti fumatori** a livello delle zone di mucosa retrocommissurale. Le placche sono fortemente adese alla superficie mucosa e non si distaccano con lo **scraping**.

Queste lesioni sono state definite anche come forme di **leucoplachia con superinfezione** da *C. albicans*. La diagnosi definitiva di questa forma di candidosi di solito necessita della **biopsia** e di colorazioni speciali come il PAS.

Cheilite angolare (perlèche)

Si osserva nei pazienti anziani portatori di protesi ed è caratterizzata da eritema, fissurazione e desquamazione delle commissure labiali. Nell'eziopatogenesi di questa lesione oltre alla *C. albicans* gioca un ruolo importante anche lo *stafilococco aureo*. Infatti questo germe si isola da solo o in associazione con la *C. albicans* nell'80% dei casi.

Candidosi mucocutanea

E' una forma piuttosto rara associata ad **alterazioni immunitarie di origine ereditaria**. Le lesioni orali, associate a lesioni cutanee, ungueali e di altre mucose, compaiono precocemente nei primi anni di vita con l'aspetto di placche multiple e aderenti alle superfici mucose.

Istopatologia

La *C. albicans* può essere evidenziata **a fresco** (su striscio) con l'uso dell'**idrato di potassio** al 10% che, determinando la lisi delle cellule epiteliali, permette la visualizzazione delle ife fungine. Su preparati citologici ottenuti mediante striscio le ife e le spore fungine si mettono bene in evidenza con il PAS. Le ife si presentano di colore rosso brillante in ammassi intrecciati e ramificati, insieme a cellule epiteliali e spore. Nel caso di tessuti bioptici la colorazione mediante PAS permette di evidenziare le ife nello strato superficiale di cheratina. Di solito le ife penetrano gli strati superficiali non oltre lo strato granulare e si associano quasi sempre a microascessi formati da neutrofili presenti anche nella lamina propria.

Diagnosi

La diagnosi di candidosi orale si basa principalmente sull'**anamnesi**, sulla **presentazione clinica** delle lesioni e sulla dimostrazione della **presenza del micete** mediante il PAS o l'esame colturale. Quest'ultimo è indispensabile se si vuole identificare il tipo di *Candida*. Nel caso di lesioni che si presentano come placche iperplastiche è sempre importante fare un esame istologico per escludere la presenza di alterazioni displastiche o carcinoma *in situ*.

Trattamento

Nei pazienti affetti da candidosi orale lieve, e non associata a stati di immunodeficienza, è in genere sufficiente un trattamento con **antimicotici topici**. Il farmaco di prima scelta, considerando anche il basso costo, resta la **nistatina**. La posologia della nistatina in sospensione è di 4-6 sciacqui al giorno. Altri farmaci utili sono l'amfotericina in gel o il miconazolo in compresse da sciogliere in bocca. I farmaci di impiego per **via sistemica** sono soprattutto il ketoconazolo, il fluconazolo e l'itraconazolo. Questi farmaci sono indicati nelle forme di candidosi associate con l'infezione da HIV o altre forme di immunodeficienza.