

STOMATITE AFTOSA RICORRENTE



La stomatite aftosa ricorrente è la **malattia ulcerativa più frequente** della mucosa orale. La prevalenza nella popolazione generale varia, a seconda dei diversi studi, tra il 2 e il 65%, con una media del 20%.

Mentre l'eziologia della stomatite aftosa ricorrente rimane sconosciuta, sono stati in parte chiariti i meccanismi patogenetici che consistono in una **distruzione della mucosa** orale **mediata** dai linfociti citotossici **CD8+**. Nella letteratura sono state descritte varie **condizioni** che **predispongono** all'insorgenza della stomatite aftosa come per esempio lo stress. Molte malattie sistemiche appaiono associate con la stomatite aftosa come l'agranulocitosi, la neutropenia ciclica, l'enteropatia da glutine, la malattia di Crohn, la colite ulcerosa, l'insufficienza renale e il deficit delle vitamine del gruppo B. Particolari antigeni di istocompatibilità del sistema HLA, come l'HLA-B12, il B51 e il Cw7, sono stati associati con questa malattia. Molti Autori hanno sostenuto un possibile ruolo eziologico di virus quali l'**herpes simplex**, il **virus della varicella-zoster** e il **citomegalovirus**, ma non sono mai state raggiunte conclusioni definitive. Un altro fattore predisponente è rappresentato dall'**immunodepressione** causata dall'infezione da HIV perché in questi pazienti si osservano delle forme gravi e persistenti di stomatite aftosa.

Aspetti clinici

Si distinguono tre aspetti clinici principali della stomatite aftosa: le afte minori, le afte maggiori e le afte erpetiformi. Le **afte minori** (diametro inferiore a 1 cm) sono le più frequenti (80% dei casi) e mostrano una preferenza per le zone di mucosa non cheratinizzata. La sede preferenziale è la mucosa vestibolare del labbro inferiore e hanno l'aspetto di ulcerazioni ricoperte da pseudomembrane e circondate da un alone eritematoso. Le **afte maggiori** (diametro superiore a 1 cm) hanno un decorso clinico più prolungato rispetto alle afte minori. La mucosa labiale, i pilastri palatini e il palato molle sono sedi più frequenti. Le **afte erpetiformi** (così denominate per la loro rassomiglianza alle ulcere erpetiche) appaiono come gruppi numerosi di ulcerazioni puntiformi. Questo tipo di aftosi ha una predilezione per il sesso femminile e per l'età adulta.

Istopatologia

Le afte sono caratterizzate da una zona centrale di **ulcerazione ricoperta da una membrana fibrino-purulenta**. Nella fase prodromica nella lamina propria sono presenti infiltrati infiammatori perivascolari costituiti prevalentemente da linfociti T4. Durante la fase ulcerativa la lamina epiteliale appare in preda a fenomeni colliquativi e la superficie è ricoperta da un essudato fibrino-purulento; mentre nella lamina propria si osserva un tessuto di granulazione con un infiltrato composto

da linfociti T8, istiociti, polimorfonucleati e plasmacellule. Questi aspetti istopatologici sono piuttosto caratteristici ma non patognomonic, in quanto si possono ritrovare in altre malattie ulcerative. La biopsia è utile solo nei casi dubbi per escludere altre malattie che presentano aspetti similari

Diagnosi

La diagnosi della stomatite afosa ricorrente si basa essenzialmente sugli *aspetti clinici*. La biopsia in genere non è necessaria. Questa affezione viene spesso confusa con l'herpes simplex e a questo proposito è opportuno ricordare che quest'ultimo solo eccezionalmente si localizza nelle aree di mucosa non cheratinizzata. L'herpes simplex ha un tropismo per la mucosa cheratinizzata del palato duro, del bordo vermiglio delle labbra, del dorso linguale e della gengiva fissa. Nei pazienti con stomatite afosa che presentano altri sintomi o segni sistemici è importante escludere la coesistenza di altre malattie o condizioni predisponenti, come la sindrome di Behçet, la malattia di Crohn e il morbo celiaco, mediante opportuni esami strumentali e/o di laboratorio.

Trattamento e prognosi

Il trattamento delle afte varia da caso a caso a *seconda della gravità* della sintomatologia e dell'estensione delle lesioni. Le afte minori di breve durata non necessitano in genere di alcun trattamento. Nel caso invece di afte minori o maggiori multiple e persistenti sono utili i farmaci per uso topico. La *clorossidina* in sciacqui è il farmaco di prima scelta specie nelle afte minori. I *corticosteroidi* topici vengono usati nel caso di afte multiple e di grandi dimensioni. Utili sono il flucinonide gel o il desametasone in soluzione viscosa (0,5 mg/5 ml). Il flucinonide pomata o il clobetasolo pomata in associazione con l'orabase sono utili nelle afte singole resistenti alle altre terapie topiche. Per la terapia delle afte maggiori persistenti si può prendere in considerazione la somministrazione intralesionale di triamcinolone acetone. Nei casi di resistenza ai trattamenti topici risulta efficace il prednisone in dosi variabili da 40 a 75 mg/die a seconda della gravità delle lesioni.