

CAPITOLO 1

Considerazioni generali

La semeiotica è la disciplina che insegna a rilevare e a raccogliere le notizie, i segni e i sintomi delle alterazioni anatomiche e funzionali dei vari organi e apparati del corpo umano, definendone la terminologia, il significato e le modalità d'indagine. L'esame clinico odontostomatologico utilizza tecniche semeiologiche generali e specialistiche.

Le tecniche di semeiotica generale sono rappresentate dall'anamnesi, dall'esame obiettivo generale e dagli esami complementari e consentono la raccolta di elementi spesso importanti per precisare la natura della patologia in atto, per svelare eventuali condizioni morbose concomitanti e per formulare un giudizio prognostico attendibile.

Le tecniche di semeiotica specialistica comprendono, oltre alle indagini strumentali e di laboratorio, l'esame obiettivo locale che ne costituisce la parte fondamentale e consiste nello studio dello stato attuale dell'apparato stomatognatico, allo scopo di rilevare le manifestazioni patologiche eventualmente presenti.

L'esame obiettivo odontostomatologico, così come quello di altri organi o apparati del corpo umano, si esegue esclusivamente mediante i sensi (vista, tatto, udito, olfatto) o con l'ausilio di una semplice strumentazione di base (specchietto, specillo, sonda parodontale, pinzetta da medicazione) e consta della metodica successione di alcune o di tutte le seguenti 5 fasi: ispezione, palpazione, percussione, ascoltazione, odorazione.

1.1 Ispezione

Per ispezione si intende l'analisi visiva delle caratteristiche morfo-funzionali normali o patologiche della regione in esame ed è semplice quando si avvale della sola vista e strumentale quando utilizza mezzi ausiliari (lente d'ingrandimento, specchietto, apribocca). La sua esecuzione è facilitata dal rispetto di alcune regole elementari:

- il paziente va posizionato in modo adeguato alla zona anatomica che si vuole ispezionare;

- l'illuminazione deve essere sufficiente e uniforme;
- l'esame deve iniziare dall'analisi della cavità orale e del distretto cervico-facciale nel suo complesso, onde evitare che vengano misconosciuti segni patologici correlabili o meno col processo morboso in atto;
- particolare attenzione va riservata, infine, all'osservazione della regione sede della lesione, che deve essere confrontata con la controlaterale.

Compito dell'ispezione è quello di rilevare:

- gli elementi obiettivi (sede, forma, volume, limiti, superficie, colorito, ecc.) relativi alle eventuali alterazioni morfologiche;
- gli aspetti funzionali della zona in esame, attraverso lo studio dell'atteggiamento o postura e della mobilità;
- le caratteristiche delle regioni vicine e dei tessuti circostanti la lesione.

La sede di una manifestazione patologica va sempre individuata in rapporto al distretto anatomico-topografico interessato e, se necessario, può essere definita con più precisione facendo riferimento a particolari punti anatomici. L'esatta localizzazione della lesione è di notevole ausilio diagnostico perché consente di ipotizzare la sua appartenenza a una determinata entità anatomica e permette di seguirne l'evoluzione nel tempo.

Le alterazioni della forma di una regione possono essere dovute a uno spostamento di organi e tessuti (fratture, lussazioni, contratture muscolari) e alla variazione in eccesso (edema, ipertrofia, tumefazione, ascesso) o in difetto (ipotrofia, atrofia) dei suoi costituenti normali o patologici.

Intimamente connesse alle modificazioni di forma sono le variazioni del volume, in aumento o in diminuzione, che possono essere assolute, cioè legate a una reale modificazione della massa, oppure relative, perché dovute a contratture muscolari o a spostamento di parti ossee fratturate o lussate.

Importanti per la diagnosi sono, infine, una precisa delimitazione dei limiti della lesione e un'accurata caratterizzazione della superficie cutanea o mucosa della parte interessata, per quanto riguarda l'integrità, l'umidità e il colore.

L'esame delle caratteristiche funzionali consta di una fase statica e di una fase dinamica: la prima studia l'atteggiamento o postura, la seconda la mobilità attiva e passiva.

L'atteggiamento anormale è obbligato, quando dipende da cause anatomiche, siano esse scheletriche, muscolari, nervose o cutanee, e preferito o antalgico, quando è determinato da cause funzionali, quali il tentativo da parte del paziente di attenuare il dolore (per esempio la semiapertura della bocca in presenza di una paradentite apicale acuta).

Le alterazioni della mobilità possono consistere nell'esagerazione o nella limitazione, parziale o totale, di un movimento normale oppure nella comparsa di movimenti abnormi per sede e per modalità e sono dovute a cause scheletriche (deformità, fratture, lussazioni), muscolari (lesioni traumatiche o non, contratture) e nervose (alterazioni centrali o periferiche, traumatiche e non).

Le caratteristiche delle regioni vicine e le alterazioni dei tessuti circostanti vanno messe in evidenza perché, oltre a completare il quadro patologico delineando l'entità e l'estensione della lesione principale, possono talvolta indirizzare verso una corretta diagnosi.

1.2 Palpazione

La palpazione è la fase semeiologica che segue l'ispezione e consente di apprezzare, mediante il tatto, i caratteri e le particolarità delle alterazioni morfologiche e funzionali.

Questa manovra è semplice quando viene eseguita con il solo ausilio delle mani, e strumentale quando si avvale di mezzi idonei a rilevare elementi diagnostici altrimenti non determinabili.

La palpazione semplice è classicamente distinta in superficiale e profonda. In odontostomatologia si ricorre quasi esclusivamente a quella superficiale, che ha il compito di far rilevare le caratteristiche delle formazioni facilmente accessibili e può essere praticata con varie tecniche: manuale, bimanuale, digitale, bidigitale, combinata, bilaterale.

La palpazione è manuale (Fig. 1.1) o bimanuale (Fig. 1.2) quando viene eseguita utilizzando i polpastrelli o la superficie palmare di tutte le dita, o almeno delle ultime quattro, rispettivamente di una o di entrambe le mani; è digitale (Fig. 1.3) nel caso in cui venga impiegato il polpastrello di uno o due dita della stessa mano e bidigitale (Fig. 1.4) qualora vengano usati in contrapposizione il pollice e l'indice della mano esploratrice oppure dita omologhe delle due mani; è combinata (Fig. 1.5) quando all'esplorazione intraorale si associa quella esterna; è infine bilaterale (Fig. 1.6) qualora entrambe le mani vengano impiegate contemporaneamente nel valutare per comparazione le stesse strutture di ciascun lato.

Le manovre bimanuale, bidigitale e combinata sono utilizzate in particolare nella palpazione dei tessuti molli, in quanto il movimento contrapposto fornisce il supporto necessario all'esecuzione dell'indagine semeiologica.

La metodica palpatoria segue essenzialmente due fasi:

- verifica e integrazione delle informazioni raccolte con l'ispezione, valutando l'estensione in profondità e il volume reale del processo patologico, definendone i limiti e consentendo l'apprezzamento della morfologia di superficie di lesioni superficiali e profonde;

Tabella 2.1 – Linfonodi del collo di interesse odontostomatologico e zone di afferenza

Linfonodi	Zone di afferenza
Sopraioidei o sottomentonieri	denti incisivi inferiori e gengiva corrispondente regione sublinguale porzione media del labbro inferiore cute del mento apice della lingua
Sottomandibolari	naso porzione laterale del labbro inferiore labbro superiore guance ghiandole salivari margini e superficie dorsale della lingua denti superiori e inferiori e gengiva corrispondente, a eccezione degli incisivi mandibolari porzione anteriore del palato pavimento della bocca
Parotidei superficiali (auricolari anteriori e inferiori)	cute della porzione superiore delle guance cute della porzione laterale delle palpebre cute della regione temporale e frontale condotto uditivo esterno cute della radice del naso cute della faccia laterale e della porzione inferiore del padiglione auricolare
Cervicali profondi	base della lingua solchi alveolo-linguali porzione posteriore del palato orofaringe tonsille linfonodi sottomandibolari linfonodi sopraioidei linfonodi auricolari linfonodi sottoioidei
Cervicali superficiali	padiglione auricolare e regioni cutanee vicine linfonodi pre- e post-auricolari

CAPITOLO 6

Caratteri semeiologici delle soluzioni di continuo

Le soluzioni di continuo della cute e delle mucose possono essere di natura traumatica o conseguenti a processi patologici.

Le *lesioni traumatiche* d'interesse stomatologico sono a carico della mucosa orale e possono essere causate da margini taglienti di denti cariati o fratturati, malposizioni dentarie, otturazioni o protesi incongrue, oggetti appuntiti o taglienti, uso scorretto dello spazzolino e del filo interdentale, morso accidentale durante la masticazione, corpo estraneo (spina di pesce), ecc.. Indipendentemente dalla natura e in funzione dell'intensità, la noxa traumatica determina: l'*abrasione* (Fig. 6.1 a) quando la perdita di sostanza interessa il solo epitelio di rivestimento; l'*escoriazione* (Fig. 6.1 b) quando è coinvolta anche la parte più superficiale del derma; la *ferita* (Fig. 6.1 c) quando si ha discontinuità a tutto spessore con eventuale interessamento dei piani sottostanti.

Le *lesioni di continuo conseguenti a processi patologici* sono rappresentate dall'erosione, dall'ulcera e dalla fistola.

L'*erosione* è una perdita di sostanza superficiale limitata alla componente epiteliale, che può essere primitiva o secondaria. È primitiva quando non è preceduta da altre alterazioni, come nel caso del lichen erosivo (Fig. 6.2 a), delle forme lichenoidi da farmaci e da materiali dentali (amalgama) (Fig. 6.2 b) o del lupus eritematoso discoide. È secondaria quando consegue a lesioni di natura vescicolare o bollosa (Tab. 6.1) (Fig. 6.2 c, d) che nel cavo orale, per il continuo traumatismo determinato dai movimenti della lingua e della mandibola e per l'umidità legata alla secrezione salivare, vanno incontro a macerazione e caduta del sottile epitelio di rivestimento, talvolta con interessamento dei piani sottoepiteliali (ulcera).

L'*ulcera* (Fig. 6.3) è una perdita di sostanza che interessa l'epitelio e il derma e ha una scarsa tendenza alla guarigione. I fattori eziologici coinvolti nel suo determinismo, oltre alle malattie vescicolo-bollose sopra menzionate, sono meccanici (stimoli traumatici ripetuti nel tempo), fisici (calore, radiazioni ionizzanti), chimici (farmaci, caustici), microbici (*treponema pallidum*,

Tabella 6.1 – *Malattie vescicolo-bollose.*

Virali	Herpes simplex Herpes della Varicella-Zoster Coxsachie (malattia bocca, mani e piedi, Herpangina) Rosolia
da difetti immunologici	Pemfigo volgare Pemfigoide cicatriziale Pemfigoide bolloso Lichen bolloso Dermatite erpetiforme Malattia da Iga lineari
ereditarie	Epidermolisi bollosa

mycobacterium tuberculosis), micotici (histoplasmosi, coccidio-micosi, blastomicosi, criptococchi), neoplastici, tossici (esogeni: arsenico, mercurio; endogeni: acido urico), carenziali (deficit di ferro e di vitamine). Forme particolari di ulcera sono la ragade e l'afte.

La *ragade* (Fig. 6.4 a) è una discontinuità di tipo fissurale, con scarsa tendenza alla guarigione, che a livello del cavo orale interessa le labbra, determinandone limitazione antalgica della mobilità e sanguinamento provocato dall'attività funzionale. Si riscontra più frequentemente a livello delle commessure per la minore elasticità ed estensibilità dei tessuti presente nelle persone anziane che abbiano perduto la dimensione verticale, nei bruxisti, negli stati carenziali da tiamina e da riboflavina e nelle infezioni da candida (*cheilite angolare* o "*perlèche*") (Fig. 6.4 b). In quest'ultimo caso è caratterizzata da un alone periferico eritematoso e da una desquamazione della cute adiacente e si sviluppa in seguito all'accumulo di piccole quantità di saliva, che inducono una macerazione tissutale con successiva colonizzazione da parte di microrganismi fungini (candida) e/o dello stafilococco aureo.

L'*afte* è un'ulcerazione su base immunologica, di forma circolare od ovalare, localizzata essenzialmente sulla mucosa non cheratinizzata (Fig. 6.5 a) tranne nei pazienti HIV+, in cui può interessare indifferentemente tutto il cavo orale (Fig. 6.5 b). Se ne possono distinguere una forma minore e una maggiore, le cui dimensioni sono rispettivamente inferiori e superiori a 1 cm, e una erpetiforme che si presenta con piccole ulcere disposte a grappolo come nell'infezione erpetica. Afte ricorrenti della mucosa orale sono tipiche della *Sindrome di Behçet*, malattia multisistemica a genesi immunitaria.

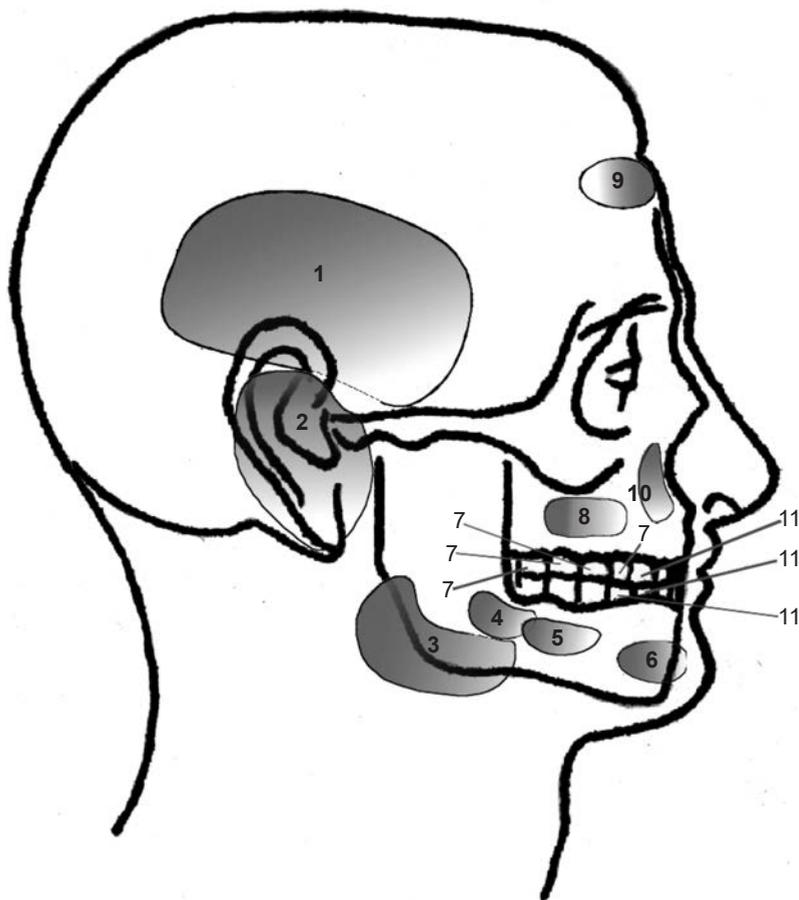


Fig. 8.1 – Aree di localizzazione del dolore dentale riferito: regione temporale (1); orecchio (2); angolo della mandibola (3); terzo medio del ramo della mandibola (4); terzo medio della branca orizzontale della mandibola (5); regione mentoniera (6); molari superiori (7); apofisi piramidale del mascellare (8); regione frontale (9); solco naso-labiale e foro infraorbitario (10); premolari inferiori e superiori (11).



Fig. 1.1 – Palpazione manuale: **a)** con i polpastrelli; **b)** con la superficie palmare delle dita.



Fig. 1.2 – Palpazione bimanuale.



Fig. 1.3 – Palpazione digitale.

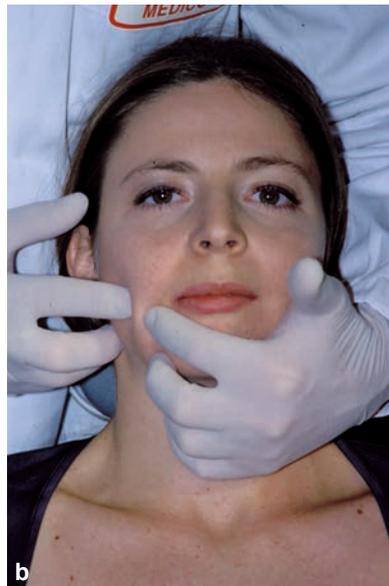


Fig. 1.4 – Palpazione bidigitale: **a)** con pollice e indice della stessa mano; **b)** con dita omologhe delle due mani.

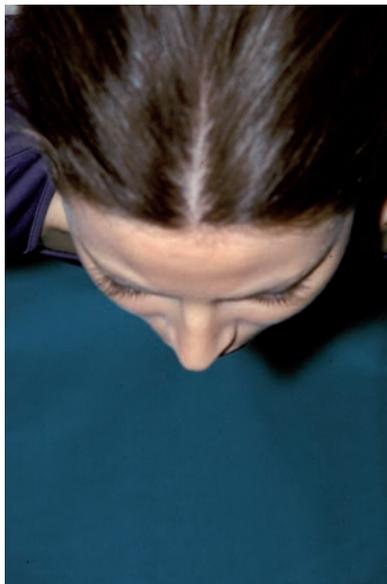


Fig. 3.3 – Valutazione della forma e della simmetria del viso mediante osservazione eseguita da dietro.



Fig. 3.4 – Paralisi di Bell.

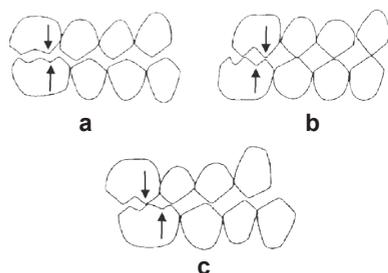


Fig. 4.65 – Classificazione dell'occlusione secondo Angle: **a)** classe I o normocclusione; **b)** classe II o distocclusione; **c)** classe III o mesiocclusione.

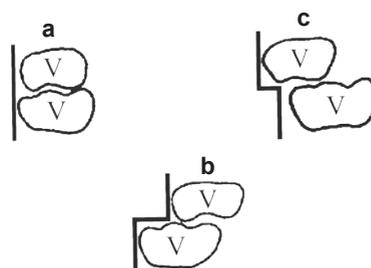


Fig. 4.66 – Piano terminale: **a)** rettilineo; **b)** con gradino distale; **c)** con gradino mesiale.

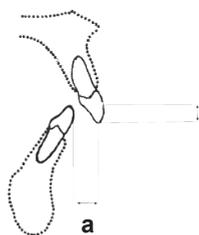


Fig. 4.67 – Rapporto occlusale degli incisivi: **a)** "over-jet" (y) ed "over-bite" (x); **b)** "over-jet" e "over-bite" normali; **c)** "over-jet" positivo; **d)** "over-jet" e "over-bite" neutri; **e)** "over-jet" negativo; **f)** "over-bite" positivo; **g)** "over-bite" negativo.

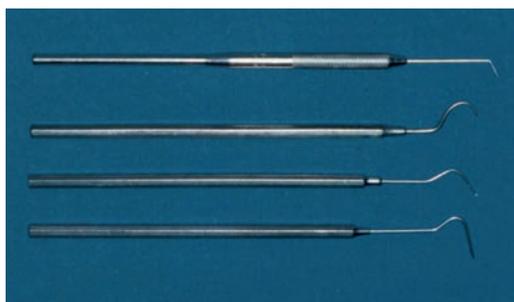
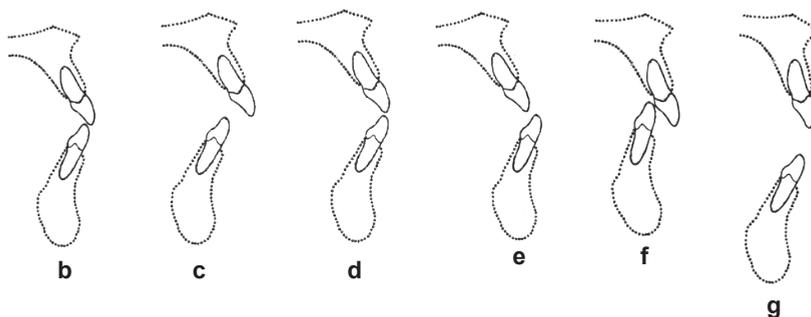


Fig. 4.68 – Specilli di vario tipo.