
Capitolo 5

Le vie di ingresso

Capitolo 5

Le vie di ingresso

La bocca

Per un esame efficiente è utile che il bambino sia seduto in braccia alla madre, che mantiene la mano destra sulla fronte del bambino, sollevandogli un po' la testa, mentre la mano sinistra mantiene ferme le mani. Piuttosto che utilizzare abbassalingua, è più utile che l'operatore attenda l'apertura spontanea della bocca.

Si inizia con la ispezione delle **labbra** verificandone la struttura, il colore, le fissurazioni e le anomalie.

Normalmente le labbra hanno un colore rosato tenue, che può tendere al pallido chiaro nell'anemia severa, od al violaceo negli stati anossici. Reazioni allergiche e dermatiti persistenti, come l'eczema, provocano un colore rosso-vinoso, spesso associato a gonfiore delle labbra. Un colore caffè-latte alle labbra od intorno ad esse, può far sospettare una sindrome di poliposi familiare.

Nel lattante può essere presente un nodulo più consistente al centro un po' calloso, connesso alla suzione energica. Lesioni superficiali sono frequenti durante i periodi freddi o provocate da comportamenti del bambino. Una fissurazione profonda dell'angolo delle labbra, cheilite angolare, è associata a carenza di Vitamina B o ad infezioni persistenti. La presenza di afte indica una infezione virale, spesso da Herpes o da Cocksakie.

Una bava persistente è normale nel lattante da 3 a 13 mesi, ma, dopo questa età, può indicare un ritardo di sviluppo con mancato controllo della secrezione salivare.

Molti bambini sani e puliti hanno un **alito** veramente insopportabile, che non ha nulla di patologico, ma è solo il prodotto di prodotti solforati della flora buccale. Non ha relazione con la funzione del fegato.

Nel piccolo lattante si possono osservare macchie biancastre sulla **mucosa buccale**, se vengono facilmente rimosse dall'abbassalingua sono da attribuire a depositi di latte o alimenti, mentre infezioni micotiche non vengono rimosse con questa manovra.

Alcuni enantemi, come le macchie di Koplik, sono associati ad esantemi infantili. La stomatite erpetica causa la presenza diffusa di afte ed ulcere su tutta l'area buccale, dalle gengive, al palato.

Con una buona luce si può osservare, più chiaro sulla mucosa rosea delle guance in prossimità del 2° molare superiore, il meato di uscita del dotto di Stenone delle ghiandole salivari parotidiche. Nella **guancia** si possono palpare piccole masse originate da cisti, calcoli o linfonodi nella ghiandola salivare. Per valutarle è utile inserire in bocca il dito della mano destra, in guanto, e palpare con la mano sinistra l'esterno della guancia.

La lingua

È spesso sede di disegni geografici variegati, con solchi e cerchi (detta Lingua a

Carta Geografica), che non riflettono altro che il rinnovamento continuo dell'epitelio linguale e non sono associati a patologie. Può invero essere sede di afte ed ulcere da stomatite erpetica.

Nel neonato si può notare la presenza di isolette biancastre, che, se non facilmente rimuovibili, sono segno di candidosi. Una lingua rosso-vinoso può associarsi a patologia infettiva acuta, come la Scarlattina.

Il frenulo linguale è normalmente molto breve nel lattante (anchiloglossia) e si allunga con la crescita e lo sviluppo della deglutizione. Non vi sono indicazioni basate sull'evidenza della necessità di tagliare il frenulo linguale nel lattante.

Il palato

La prima ispezione permette di valutare l'integrità del palato e la eventuale presenza di

palatoschisi associata, o meno, a **labioschisi** (labbro leporino) (vedi anche **Figura 1.7**).

A seconda della mancata saldatura, intorno al 4 mese di vita embrionale, delle tre parti che formano il labbro superiore, si possono avere vari gradi di malformazione, che vanno da una semplice fissurazione del labbro alla completa fissurazione del labbro, del palato osseo, di quello molle (**Figura 5.1**).

La simmetria del palato molle, con centralità dell'ugula, che può essere normalmente bifida, valuta la corretta funzione del IX (glossofaringeo) e del X (vago) nervo cranico.

Le tonsille

Se si attende che il bambino deglutisca, tenuto nella corretta posizione (in braccio alla madre, con una mano che mantiene la

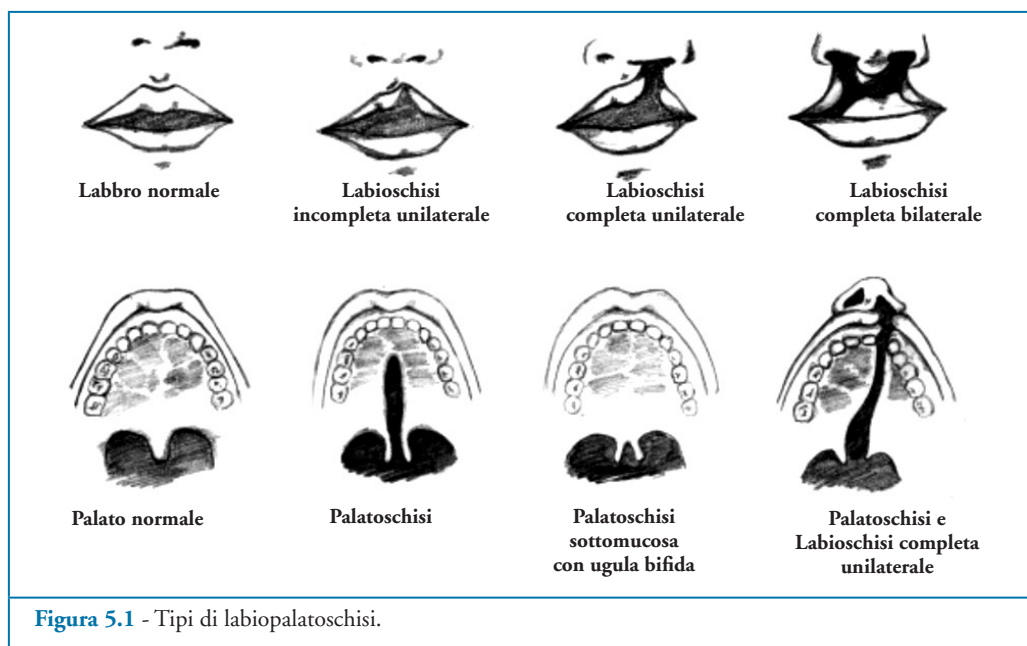


Figura 5.1 - Tipi di labiopalatoschisi.

fronte e l'altra che tiene le manine), è possibile avere uno sguardo soddisfacente dello stato delle tonsille, vedere il retrofaringe e, spesso, scorgere la presenza della epiglottide (**Figura 5.2**).

Le tonsille sono visibili entro i due anni di età e tendono ad ingrandirsi fino ai 6 anni d'età, per poi diminuire di dimensione progressivamente.

Le tonsille possono nascondersi a lati del velo palatino oppure occupare tutto lo spazio del faringe fino all'ugola, fin quasi a toccarsi, senza, per questo soltanto, causare una significativa ostruzione respiratoria. Al fine di stadiare la tonsillite è possibile valutare il grado di ipertrofia, solo allo scopo di seguirne l'evoluzione, secondo la **tabella 5.1**.

La Mononucleosi è causa, non infrequente, di marcata ipertrofia tonsillare. È frequente osservare sulle tonsille una secrezione bianco-grigiastra che può essere associata ad ipertrofia o essere del tutto normale. Una secrezione giallo-purulenta a placche sulle cripte tonsillari è segno di tonsillite acuta, in generale batterica, ma anche da Adenovirus. La faringodinia



Figura 5.2 - Attendere l'apertura spontanea per osservare la faringe.

(dolore al faringe) può essere presente nel bimbo di età scolare ed è frequente nell'adolescente. La linfadenopatia consensuale conferma il sospetto diagnostico di tonsillite batterica.

Una stomatite erpetica non risparmia le tonsille, sede di afte grigiastre. Se una tonsilla appare dislocata per la pressione di una massa laterale, bisogna sospettare la presenza di un ascesso peritonsillare, di notevole impegno clinico.

Con un po' di pazienza si può osservare il retrofaringe, sede di tessuto linfatico mammellonato, che definisce le adenoidi. Quest'area è anche definita tonsilla faringea o nasofaringea. Anche in questa sede posso-

Tabella 5.1 - Gradi di Ipertrofia Tonsillare.

Grado	Descrizione
1 +	Tonsille visibili fuori dei pilastri palatini
2 +	Tonsille al punto medio tra arco palatino ed ugola
3 +	Tonsille che toccano quasi l'ugola
4 +	Tonsille che toccano l'ugola e occupano tutto l'orofaringe

no essere presenti secrezioni e placche muco-purulente che contribuiscono alla ostruzione durante infezioni batteriche acute. Il complesso linfatico tonsille-adenoidi ha la fondamentale funzione di proteggere le vie respiratorie da infezioni, ma anche di allenare il sistema linfatico alla difesa da virus e batteri. Per questo le indicazioni ad interventi demolitori è andata recentemente scemando.

Lo sviluppo dei denti

L'eruzione dentale è influenzata dalla genetica familiare, dalla prematurità e da fattori nutrizionali. I denti erompono attraverso l'osso alveolare e le gengive, quando si è sviluppato almeno due terzi della radice del dente.

A 7-8 mesi erompono i primi due incisivi superiori, seguiti dagli incisivi centrali e mascellari.

La eruzione completa dei 20 denti primari avviene, in media, tra il 24° ed il 30° mese d'età.

La **Figura 5.3** mostra l'età media di eruzione dei denti decidui. Per ciascun dente viene indicato l'intervallo di età durante il quale la grande maggioranza dei bambini hanno la fuoriuscita del dente. Nella colonna a destra sono invece indicati gli intervalli d'età durante i quali gli stessi denti vengono persi. Ad esempio il canino superiore sorge dai 16 ai 22 mesi e viene perduto dai 10 ai 12 anni. Agli 11-12 anni erompe il canino permanente (**Figura 5.4**).

Nell'esame dell'arcata dentale è importante valutare lo stato dello smalto che può essere lesionato verticalmente od orizzontalmente. Lesioni orizzontali simmetriche e cronologiche, corrispondenti agli anelli di crescita della dentina e dello smalto, sono una caratteristica tipica della celiachia.

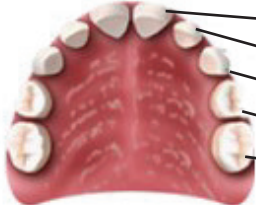

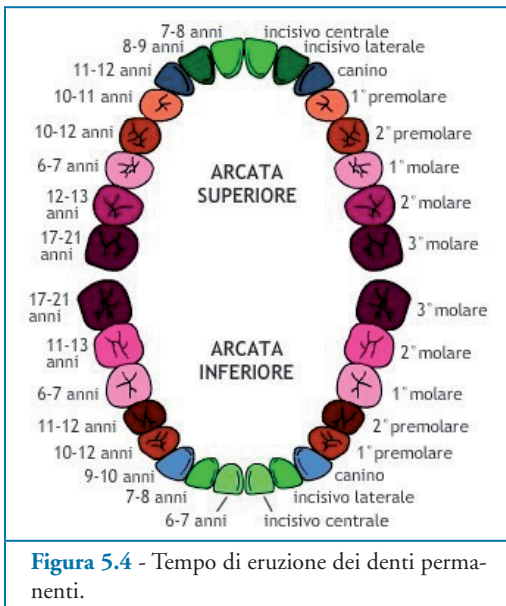
DENTI SUPERIORI		Eruzione mesi	Perdita anni
	Incisivo centrale	8 - 12	6 - 7
	Incisivo laterale	9 - 13	7 - 8
	Canino	16 - 22	10 - 12
	Primo molare	13 - 19	9 - 11
	Secondo molare	25 - 33	10 - 12
		Eruzione mesi	Perdita anni
	Secondo molare	23 - 31	10 - 12
	Primo molare	14 - 18	9 - 11
	Canino	17 - 23	9 - 12
	Incisivo laterale	10 - 16	7 - 8
	Incisivo centrale	6 - 10	6 - 7
DENTI INFERIORI			

Figura 5.3 - Eruzione e perdita dei denti decidui



Il bruxismo (digrignamento dei denti durante il sonno) può portare a marcata erosione dello smalto dentario.

Le gengive

Con un abbassalingua si può sollevare il labbro gentilmente per ispezionare sia le gengive che l'interno della guancia.

Talora, specie nel bambino di colore, è presente una linea nera lungo il margine delle gengive senza significato patologico. (L'avvelenamento da piombo ne è rara causa).

Se, sfiorando con l'abbassalingua, si causa un facile sanguinamento, bisogna considerare che possa essere un segno di allarme per una patologia ematologica grave.

Le gengive possono essere sede di infezione cronica sia di tipo virale che batterica, con afte, ulcere o approfondimento del solco crevicolare che espone la base del dente. Alcuni farmaci, come gli anticonvulsivanti,

provocano una iperplasia del tessuto gengivale.

Nel neonato si possono osservare le 'Perle di Epstein' piccole cisti epiteliali sulla mucosa buccale, di alcun significato patologico.

L'Epulide è invece una iperplasia del tessuto gengivale e del parodonto sull'arcata dentaria ed è segno di patologia parodontale.

Tra il primo ed il secondo molare non è infrequente osservare un piccolo ematoma transitorio associato alla eruzione del dente.

Il naso

Una prima ispezione, senza contenimento del bambino, permette di valutare la forma del naso, la simmetria delle due narici, la presenza e la qualità di secrezioni (Figura 5.5).

Un naso 'a sella' con la base del ponte molto infossata è associato ad una serie di sindromi malformative, oltre che alla labio-palatoschisi. Un alitamento evidente delle pinne nasali è segno di ostruzione respiratoria. Le secrezioni possono essere chiare da rinite allergica, fluide da infezioni virali o mucopurulente, verdastre e maleodoranti da infezioni batteriche.

Una volta contenuto il bambino, si può osservare la mucosa nasale alzando dolcemente verso l'alto la punta del naso ed utilizzando l'otoscopio senza speculo. Si nota la presenza di epistassi, spesso monolaterale da trauma. Puntando verso il setto si ha una buona osservazione della mucosa: il sito più frequente di origine dell'epistassi è la punta anteriore del setto. Una mucosa rossa infiammata è indice di infezione,

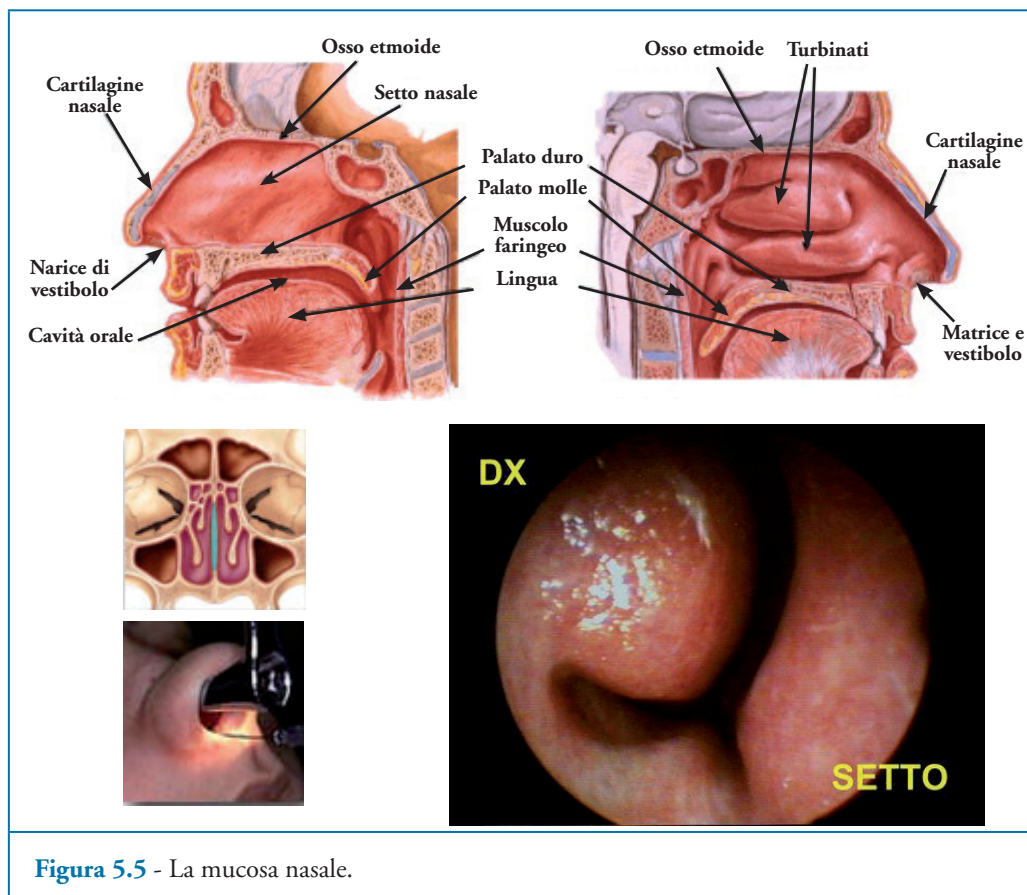


Figura 5.5 - La mucosa nasale.

mentre la mucosa pallida è spesso associata a rinite allergica. La rinite cronica può causare una mucosa edematosa e grigiastra. Si passa poi all'osservazione dei turbinati, che potranno essere pallidi ed edematosi nella rinite allergica, o rossi ed infiammati durante infezioni locali.

La presenza di polipi, in genere pendenti dalla parte alta del naso, è segno di rinosinusite cronica severa, non infrequente nella Fibrosi Cistica. Un meato nasale dilatato, con mucosa grigiastra e croste maleodoranti, indica la presenza, nel ragazzino, di una rinite atrofica.

Bibliografia

- American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. (2000) Clinical Indicators: *Tonsillectomy, adenoidectomy, adenotonsillectomy*. Available at www.entlink.net/practice/products/indicators/tonsillectomy.html.
- BLUESTONE CD, SIMONS JP, HEALY GB. *Pediatric Otolaryngology*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2014.
- CALIFANO JV. RESEARCH, *Science and Therapy Committee American Academy of Periodontology*.
- GRIFFEN AL, *Pediatric oral health*. *Pediatr Clin North Am* 2000;47.
- Position paper: periodontal diseases of children and adolescents*. *J Periodontol*. 2003;74:1696-1704.
- SCHOEM SR, DARROW DH. *Pediatric Otolaryngology*. Elk Grove, IL; American Academy of Pediatrics; 2012
- SONIS A, ZARAGOZA S. *Dental health for the pediatrician*. *Curr Opin Pediatr*. 2001;13:289-295.