

STORNELLANDODONTOJAC!



ASSOCIAZIONE MEDICI DENTISTI ITALIANI

Estratto linee guida ministeriali.

Di seguito le domande a cui le linee guida cerca di dare delle risposte.

PREVENZIONE DELLA CARIE

1. E' ancora possibile ridurre la prevalenza della carie nei bambini italiani?
2. E' possibile ridurre il rischio di carie e con quali interventi?
3. L'alimentazione ricca di carboidrati fermentabili è un fattore di rischio per la carie?
4. Il fluoro è utile nella prevenzione della carie?
5. Le sigillature dei solchi e delle fossette prevengono la carie?

PREVENZIONE DELLA GENGIVITE

1. Quali indicazioni possono essere fornite per prevenire la gengivite?

PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DELLE MUCOSE

1. Ci sono segni clinici a carico delle mucose orali che possono far sospettare una patologia sistemica?
2. Lesioni ulcerative traumatiche a carico dei tessuti molli orali nella prima infanzia possono far sospettare deficit neurologici e/o di sviluppo?
3. Neoformazioni a carico dei tessuti molli orali possono avere eziologia virale a trasmissione materna?

Significato della terminologia usata.

Forza delle raccomandazioni

A	esecuzione di quella particolare procedura è fortemente raccomandata. Indica una raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità , anche se non necessariamente di tipo I o II
B	Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
C	Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
D	L'esecuzione della procedura non è raccomandata. E si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

Livelli delle prove o evidenze

I	Prove ottenute da pi studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati o da Linee Guida Internazionali
II	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato

III	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
IV	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
V	Prove ottenute da studi di casistica (serie di casi) senza gruppo di controllo
VI	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference , o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee guida

Valutazione rischio carie

La valutazione del rischio di carie risulta complessa comprendendo fattori fisici, biologici, ambientali e comportamentali. Un'elevata concentrazione di batteri cariogeni, abitudini alimentari inappropriate, un inadeguato flusso salivare, un'esposizione al fluoro insufficiente, una scarsa igiene orale e un basso stato socio-economico sono riconosciuti come importanti fattori di rischio per la malattia

Biofilm.

La predominanza di specie cariogene nel biofilm batterico orale (placca) rappresenta il pre-requisito senza il quale non è possibile l'instaurarsi della patologia. Il biofilm è un'aggregazione complessa di batteri organizzati all'interno di una matrice extracellulare la cui composizione varia durante la vita dell'individuo contribuendo a modificare il rischio di carie

Dieta.

Un fattore di fondamentale importanza è rappresentato dalle abitudini alimentari del soggetto. I batteri cariogeni costituenti il biofilm necessitano di carboidrati per vivere e riprodursi. Il metabolismo di tali sostanze, specie dei carboidrati semplici, produce acidi deboli che provocano la demineralizzazione dei tessuti duri dentali, causa dei segni clinici della malattia. Ogni volta che alimenti di questo tipo sono introdotti nel cavo orale, avviene un calo del pH del biofilm causato dagli acidi prodotti dal metabolismo batterico. Con la riduzione del pH sotto la soglia limite di circa 5,5 (soglia di demineralizzazione per lo smalto), i tessuti duri orali cedono minerali all'ambiente (demineralizzazione). I sistemi tampone salivari sono, tuttavia, in grado di tamponare gli acidi e riportare il pH della superficie dentale oltre la soglia di rischio in circa 30 minuti. Con questo processo, i minerali persi durante la fase di demineralizzazione saranno poi reintegrati attraverso un processo inverso (remineralizzazione). Se nel cavo orale sono introdotti con elevata frequenza alimenti e/o bevande ricchi di carboidrati, la diminuzione del pH sotto la soglia di rischio sarà frequente e la somma dei tempi in cui il valore è basso diventa elevata superando la somma dei tempi in cui il pH è sopra la soglia (remineralizzazione). Se la demineralizzazione avrà tempo di agire, potranno instaurarsi sulle superfici dentali le cosiddette white spot, ovvero il primo stadio della lesione cariosa, possibili di restitutio ad integrum. Se questo processo non viene interrotto, la perdita di componente minerale da parte dei tessuti duri orali prosegue e dalla lesione iniziale avrà origine la lesione cavitaria. Il saccarosio, comune zucchero da cucina, è il carboidrato semplice (disaccaride) più efficacemente metabolizzato dai batteri cariogeni. Bisogna sottolineare, tuttavia, che esistono altri carboidrati che presentano la possibilità di essere fermentati efficacemente dai batteri. Oltre al saccarosio, in ordine di cariogenicità, vi sono il glucosio, il maltosio, il fruttosio e il lattosio. Gli alimenti ricchi di amido, senza l'aggiunta di zuccheri, invece, giocano un ruolo limitato nella patogenesi della carie.

Ospite.

Tra i fattori riconducibili all'ospite, quello che maggiormente influenza il rischio di carie è la saliva. Questa, infatti, svolge molteplici funzioni nel mantenimento della salute orale; costantemente prodotta dalle ghiandole salivari maggiori e minori secondo un ritmo circadiano, fluisce su tessuti duri e molli con un'azione di detersione e lubrificazione; contiene, inoltre, sostanze che le conferiscono capacità antibatteriche di tipo specifico e aspecifico, quali sistemi enzimatici come lattoferrina, lisozima, lattoperossidasi etc. Un'altra proprietà la capacità tampone, costituita principalmente dal sistema bicarbonato e fosfato. Questi sistemi legano gli ioni H⁺, tamponando il pH acido e riportandolo sopra la soglia di rischio per la demineralizzazione. La saliva contribuisce a remineralizzare le superfici dentali grazie al suo contenuto in minerali come gli ioni calcio e fosfato e sistemi proteici quali le statine e le proteine ricche in prolina. La saliva, quindi, influisce sotto numerosi aspetti sul rischio di carie. La raccolta di saliva permette di valutare flusso e potere tampone. Il flusso salivare basale inferiore a 0,1 ml/min, o stimolato inferiore a 1,0 ml/min, indica una riduzione del flusso sotto la soglia di rischio per la patologia cariosa. La produzione salivare, tuttavia, dipende da svariati fattori e, quindi, è sempre auspicabile una rivalutazione nel tempo. Il campione salivare permette, inoltre, la valutazione del potere tampone, che, se ridotto, contribuisce a incrementare il rischio.

Categorie di farmaci che possono indurre riduzione della secrezione salivare:

Analgesici, antispastici, anticolinergici Antiemetici Antimalarici, antiprotozoari, antelmintici
Broncodilatatori, antiasmatici Diuretici Mucolitici Narcotici Neurolettici, antipsicotici Sali di Litio Sedativi della tosse (codeina).

Raccomandazione 1

Il rischio individuale di sviluppare lesioni cariose deve essere valutato attraverso l'esperienza di carie, le abitudini alimentari e di igiene orale, la fluoroprofilassi e lo stato di salute generale di ciascun individuo, oltre che attraverso lo stato socioeconomico della famiglia.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Tabella 4

Valutazione del rischio di carie in soggetti di età compresa tra 6 mesi e 5 anni

Fattori	Alto rischio	Rischio moderato	Rischio basso
Biologici			
Cattive condizioni orali materne	Si		
Basso stato socioeconomico	Si		
Assunzione > 4/die fuori pasto di cibi o bevande dolci	Si		
Uso notturno del biberon con bevande dolci o latte	Si		
Disabilità psichica o fisica		Si	
Protettivi			
Corretta esposizione a composti fluorati			Si
Buona igiene orale			Si
Clinici			

Presenza di white spot o difetti dello smalto	Si		
Presenza di almeno una lesione cariosa	Si		
Presenza di depositi di placca batterica	Si		

Tabella 5

Valutazione del rischio di carie in soggetti di età >6 anni

Fattori	Alto rischio	Rischio moderato	Basso rischio
Biologici			
Basso stato socioeconomico	Si		
Assunzione >4/die , fuori pasto, di cibi o bevande dolci	Si		
Disabilità psichica o fisica		Si	
Protettivi			
Corretta esposizione a composti fluorati			Si
Buona igiene orale			Si
Clinici			
Presenza di white spot o difetti dello smalto	Si		
Presenza di almeno una lesione cariosa interprossimale	Si		
Presenza di flusso salivare ridotto	Si		
Presenza di restauri incongrui		Si	
Presenza di apparecchiature ortodontiche		Si	

Sottoraccomandazione 1.1

La presenza anche di un solo elemento dentale, deciduo o permanente, cariato, curato o mancante per carie rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di nuove lesioni cariose.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Sottoraccomandazione 1.2

L'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici è sconsigliata fuori dai pasti principali; in particolare, l'uso del succhiotto edulcorato e l'uso non nutrizionale del biberon contenente bevande zuccherine devono essere fortemente sconsigliati.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Sottoraccomandazione 1.3

Lo stato della salute orale di chi si occupa del bambino e lo stato socioeconomico della famiglia influiscono sul suo rischio di sviluppare lesioni cariose.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza II

Forti evidenze hanno dimostrato che le madri rappresentano la fonte primaria per la colonizzazione di *Streptococcus mutans* dei loro figli.

L'obesità, la cui prevalenza è in aumento, deve essere considerata una vera e propria forma di malnutrizione, spesso associata a sviluppo di ipoplasie dello smalto ed elevata incidenza di carie.

Sottoraccomandazione 1.4

Un'insufficiente esposizione ai composti fluorati rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di lesioni cariose.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

I composti fluorati prevedono modalità di somministrazione e posologia differenti in base all'età e alle necessità dell'individuo. Vedi raccomandazione 2.

Sottoraccomandazione 1.5

I trattamenti ortodontici, le disabilità e le patologie sistemiche rappresentano potenziali fattori di rischio per l'insorgenza di lesioni cariose.

Forza della raccomandazione B

Grado dell'evidenza III

Sottoraccomandazione 1.6

La rimozione dei depositi molli dalle superfici orali è importante per il mantenimento della salute dento-parodontale.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza II

Raccomandazione 2

La prevenzione della carie attraverso l'utilizzo del fluoro è necessaria per tutti gli individui.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

I mezzi di fluoroprofilassi maggiormente utilizzati sono quelli per via topica (dentifrici, collutori o gel); questa via di somministrazione, inoltre, è in grado di fornire concentrazioni molto più elevate di fluoro rispetto a quelle contenute, ad esempio, nell'acqua potabile. Il declino della prevalenza della carie registrato nei paesi industrializzati è stato principalmente attribuito all'incremento della diffusione dei

dentifrici fluorati. Il dentifricio fluorato, quindi, rappresenta un mezzo di somministrazione di primaria importanza nella prevenzione della carie.

Sottoraccomandazione 2.1

Modalità 1 (dentifricio in dose pea-size) Dai 6 mesi ai 6 anni di età, la fluoroprofilassi può essere effettuata attraverso l'uso di un dentifricio contenente almeno 1000 ppm di fluoro, 2 volte al giorno, in dose pea-size. Ovvero delle dimensioni di un pisello.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Modalità 2 (integratori, dopo valutazione dell'assunzione di fluoro da altre fonti) Nei casi di oggettiva difficoltà all'uso del dentifricio come unica metodica di fluoroprofilassi e nei soggetti ad alto rischio di carie come metodica aggiuntiva all'uso del dentifricio: - da 6 mesi ai 3 anni: somministrare 0,25 mg/die di fluoro con gocce; - da 3 a 6 anni: somministrare 0,50 mg/die di fluoro con gocce o pastiglie.

Forza della raccomandazione C

Grado dell'evidenza VI

Sottoraccomandazione 2.2

Dopo i 6 anni la fluoroprofilassi viene effettuata attraverso l'uso di un dentifricio contenente almeno 1000 ppm di fluoro, 2 volte al giorno.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Raccomandazione 3

Le sigillature dei solchi dei molari permanenti prevengono la carie delle superfici occlusali.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

L'effetto preventivo di tale pratica per i primi molari permanenti si attesta all'87,1% valutata a tre anni dalla sua applicazione, al 76.3% a quattro anni e al 65.0% a nove anni. La sigillatura deve essere eseguita quando la superficie occlusale esposta lo permette. Una verifica dell'occlusione al termine della sigillatura è necessaria per escludere interferenze occlusali.

Raccomandazione 4

Tutti i soggetti a medio e alto rischio di carie richiedono misure preventive aggiuntive.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Sottoraccomandazione 4.1

È consigliato uno scrupoloso controllo dell'assunzione di carboidrati fermentabili.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Sottoraccomandazione 4.2

La somministrazione di integratori fluorati e l'applicazione domiciliare di gel o collutori al fluoro è efficace nella prevenzione della carie.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Sottoraccomandazione 4.3

L'applicazione professionale di fluoro (vernici, gel) è efficace nella prevenzione della carie.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Sottoraccomandazione 4.4

È consigliata l'applicazione professionale di vernici alla clorexidina una volta ogni tre mesi per la prevenzione della carie.

Forza della raccomandazione B

Grado dell'evidenza III

Chewing-gum e "cibi funzionali"

Gli effetti benefici sulla salute orale della masticazione di chewing-gum includono la rimozione dei residui di cibo e della placca dalle superfici dentali, la stimolazione del flusso salivare e l'incremento del pH della saliva e della placca. La masticazione del chewing-gum stimola il flusso salivare. La stimolazione salivare ottenuta utilizzando un chewing-gum dopo un pasto aumenta, inoltre, la concentrazione di ioni bicarbonato, causando un'elevazione del pH della placca batterica e migliorando la capacità tampone complessiva. La saliva stimolata, in più, si presenta in uno stato di sovra-saturazione minerale, promuovendo, quindi, il processo di remineralizzazione. Ad oggi, la maggior parte dei chewing-gum sugar-free in commercio viene dolcificata con polioli (polialcoli) o dolcificanti artificiali in sostituzione di saccarosio e fruttosio per evitarne l'effetto cariogeno. Lo xilitolo, in particolare, presenta un'importante attività cario-preventiva, anche a lungo termine, che viene esplicitata attraverso la riduzione della concentrazione degli streptococchi del gruppo mutans e una conseguente riduzione dei livelli di acido lattico prodotti.

I chewing-gum contenenti xilitolo possono essere considerati dei functional foods (“cibi/alimenti funzionali”), ovvero alimenti che, grazie ad alcuni principi in essi contenuti, presentano proprietà benefiche per la salute umana.

Esempi di protocolli clinici professionali per il trattamento dei soggetti a rischio di carie

Minore 6 anni d'età

Rischio	Visite	Intervento preventivo		Intervento terapeutico
		Fluoro	Dieta	
Basso	Visite di controllo ogni 12 mesi	Spazzolamento dei denti almeno due volte al giorno con dentifricio fluorato (pea-size)	Consigli alimentari	Sorveglianza periodica
Moderato	Visite di controllo ogni 6 mesi	Spazzolamento dei denti almeno due volte al giorno con dentifricio fluorato (pea-size) senza risciacquo Applicazione topica di fluoro ogni 6 mesi	Consigli alimentari	Sorveglianza periodica Terapia delle lesioni cavitare
Alto	Visite di controllo ogni 3 mesi	Spazzolamento dei denti almeno due volte al giorno con dentifricio fluorato (pea-size) senza risciacquo Applicazione topica di fluoro ogni 3 mesi	Consigli alimentari	Sorveglianza periodica Terapia delle lesioni cavitare

Maggiore o uguale ai 6 anni di età

Rischio	Visite	Intervento preventivo			Intervento terapeutico
		Fluoro	Dieta	Sigillature	
Basso	Visite di controllo ogni 12 mesi	Spazzolamento dei denti dopo i tre pasti principali con dentifricio fluorato	No	Si Ogni decisione viene lasciata all'odontoiatra che valuterà il	Sorveglianza periodica

				rischio in merito al singolo elemento dentario	
Moderato	Visite di controllo ogni 6 mesi Rx, dopo valutazione dell'odontoiatra	Spazzolamento dei denti dopo i tre pasti principali con dentifricio fluorato senza risciacquo Applicazione topica di fluoro ogni 6 mesi	Consigli alimentari	Si	Sorveglianza periodica Terapia delle lesioni cavitare
Alto	Visite di controllo ogni 3 mesi Rx ogni 12-24 mese	Spazzolamento dei denti dopo i tre pasti principali con dentifricio fluorato senza risciacquo Applicazione topica di fluoro ogni 3 mesi	Consigli alimentari	Si	Sorveglianza periodica Terapia delle lesioni cavitare

PREVENZIONE DELLA GENGIVITE

Raccomandazione 1

Il corretto spazzolamento dei denti, almeno due volte al giorno, previene la gengivite.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Le prime metodiche di igiene orale devono essere attuate precocemente con l'eruzione del primo dente deciduo. Le manovre di igiene orale devono essere effettuate dal genitore, almeno due volte al giorno, attraverso l'ausilio di spazzolini a setole morbide di dimensioni ridotte.

Sottoraccomandazione 1.1

L'igiene orale dei bambini deve essere demandata ai genitori o da questi supervisionata, fino all'acquisizione di una manualità adeguata.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Utili indicatori di raggiunta manualità sono la capacità di allacciare, in maniera autonoma, le scarpe e saper scrivere in corsivo.

Sottoraccomandazione 1.2

L'uso del filo interdentale richiede una buona manualità ed è consigliato solo quando sono presenti i punti di contatto fra i denti adiacenti.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Raccomandazione 2

Per tutti i soggetti ad elevato rischio di gengivite sono necessarie misure preventive aggiuntive di tipo domiciliare e professionale.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Soggetti ad alto rischio gengivite sono i portatori di apparecchi ortodontici o i quelli con disabilità fisiche o psichiche. In questi casi possono essere consigliabili l'uso di spazzolini elettrici. Sciacqui con colluttori o uso di gel contenenti clorexidina. Eseguire sedute di igiene professionale in tempi ravvicinati in base alle necessità cliniche.

PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DELLE MUCOSE

Raccomandazione 6

Nei bambini sotto i due anni di età che presentano lesioni ulcerative anche estese a carico della punta e bordo linguale è bene sospettare la sindrome di Riga-Fede.

Forza della raccomandazione B

Grado dell'evidenza V

La patologia di Riga-Fede è una rara lesione benigna caratterizzata da lesioni ulcerative reattive localizzate solitamente sulla lingua e associate a traumatismo dentale. E' tipica nei bambini sotto i 2 anni di età e può essere causata dalla presenza di denti neonatali o può comparire in coincidenza dell'eruzione dei primi elementi dentari.

In letteratura sono stati descritti casi associati a deficit neurologici e ritardi di sviluppo, che causano ipotonia e riduzione del senso del dolore.

Raccomandazione 7

La presenza di lesioni alle mucose orali in bambini con anamnesi positiva per HPV e cancro alla cervice uterina nella madre necessita di accertamento diagnostico.

Forza della raccomandazione C

Grado dell'evidenza V

Human Papillomavirus (HPV) è un DNA virus epitelio tropico della famiglia dei Papovavirus che infetta le cellule nello strato basale dell'epitelio squamoso. Una recente meta-analisi ha stabilito HPV come fattore di rischio per carcinoma orale .

Tabella riassuntiva

Argomento	Raccomandazione
Rischio carie	Il rischio individuale di sviluppare lesioni cariose deve essere valutato attraverso l'esperienza di carie, le abitudini alimentari e di igiene orale, la fluoroprofilassi e lo stato di salute generale di ciascun individuo, oltre che attraverso lo stato socio-economico della famiglia.
	La presenza anche di un solo elemento dentale, deciduo o permanente, cariato, curato o mancante per carie rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di nuove lesioni cariose.
	L'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici è sconsigliata fuori dai pasti principali; in particolare, l'uso del succhiotto edulcorato e l'uso non nutrizionale del biberon contenente bevande zuccherine, devono essere assolutamente sconsigliati.
	Lo stato della salute orale di chi si occupa del bambino e lo stato socio-economico della famiglia influiscono sul suo rischio di sviluppare lesioni cariose.
	Un'insufficiente esposizione ai composti fluorati rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di lesioni cariose.
	Trattamenti ortodontici, disabilità, patologie sistemiche rappresentano potenziali fattori di rischio per l'insorgenza di lesioni cariose.
	La rimozione dei depositi molli dalle superfici orali è importante per il mantenimento della salute dentoparodontale.
Fluoroprofilassi	La prevenzione della carie attraverso l'utilizzo del fluoro necessaria per tutti gli individui.
	<p>La fluoroprofilassi, fino ai 6 anni di età, può essere effettuata optando tra:</p> <p>Modalità 1 (solo uso del dentifricio in dose pea-size): da 6 mesi a 6 anni di età, utilizzare un dentifricio contenente almeno 1000 ppm di fluoro, 2 volte al giorno.</p> <p>Modalità 2 (nei casi di oggettiva difficoltà all'uso del dentifricio come unica metodica di fluoroprofilassi e nei soggetti ad alto rischio di carie come metodica aggiuntiva all'uso del dentifricio):</p> <ul style="list-style-type: none"> - da 6 mesi ai 3 anni: somministrare 0,25 mg/die di fluoro con gocce o pastiglie - da 3 a 6 anni: somministrare 0,50 mg/die di fluoro con gocce o pastiglie. <p>La fluoroprofilassi, dopo i 6 anni di età, viene effettuata attraverso l'uso di un dentifricio contenente almeno 1000 ppm di fluoro, 2 volte al giorno.</p>
Sigillature	Le sigillature dei solchi dei molari permanenti prevengono la carie delle superfici occlusali.
Trattamento degli individui a rischio carie (medio e alto)	Tutti i soggetti a medio e alto rischio di carie richiedono misure preventive aggiuntive.
	È consigliato uno scrupoloso controllo dell'assunzione di carboidrati fermentabili.
	La somministrazione di integratori fluorati e l'applicazione domiciliare di gel o collutori al fluoro è efficace nella prevenzione della carie.
	L'applicazione professionale di fluoro (vernici, gel) efficace nella prevenzione della carie.

	È consigliata l'applicazione professionale di vernici alla clorexidina una volta ogni 3 mesi per la prevenzione della carie.
Prevenzione della gengivite	Il corretto spazzolamento dei denti almeno due volte al giorno previene la gengivite.
	L'igiene orale dei bambini deve essere demandata o supervisionata dai genitori fino all'acquisizione di una manualità adeguata.
	L'uso del filo interdentale richiede una buona manualità ed è consigliato solo quando siano presenti i punti di contatto fra i denti adiacenti.
	Per tutti i soggetti a elevato rischio di gengivite sono necessarie misure preventive aggiuntive di tipo domiciliare e professionale.
Prevenzione patologie delle mucose	Nei bambini sotto i due anni di età che presentano lesioni ulcerative anche estese a carico della punta e bordo linguale è bene sospettare la sindrome di Riga-Fede.
	La presenza di lesioni alle mucose orali in bambini con anamnesi positiva per HPV e cancro alla cervice uterina nella madre necessita di accertamento diagnostico.