

Γυναίκα ηλικίας 45 ετών, παραπέμφθηκε από την οδοντίατρό της, η οποία παρατήρησε την εικονιζόμενη ασυμπτωματική βλάβη στον βλεννογόνο του αριστερού πλαγίου χείλους της γλώσσας (εικ.3).

Ιστορικό:

Ουδέν.

Κλινική εικόνα:

Λευκωπό δίκτυο, που περιβάλλει ερυθρή περιοχή στον βλεννογόνο του αριστερού πλαγίου χείλους της γλώσσας. Η βλάβη περιβάλλεται από φυσιολογικό βλεννογόνο και είναι ασυμπτωματική.



Εικόνα 3

Απέναντι από την βλάβη, η ασθενής φέρει στεφάνη ολική μεταλλική χυτή, στον αριστερό πρώτο κάτω γομφίο, καθώς και εμφράξεις αμαλγάματος στα παρακείμενα δόντια.

Ο υπόλοιπος βλεννογόνος του στόματος είναι φυσιολογικός.

α) Πού σας οδηγεί διαγνωστικά η κλινική εικόνα και το ιστορικό της ασθενούς;

β) Για την αντιμετώπιση της βλάβης:

- Θα χορηγήσετε φάρμακα; Εάν ναι, τι φάρμακα;
- Τι θα συστήσετε στην ασθενή;
- Τι άλλο θα κάνετε για την αντιμετώπιση της βλάβης;

4η

Γυναίκα ηλικίας 19 ετών προσήλθε παραπονούμενη για «πολύ επώδυνες πληγές στον ουρανίσκο».

Ιστορικό:

Η ασθενής αναφέρει ότι οι βλάβες αυτές εμφανίστηκαν προ τριών ημερών, συνοδευόμενες από πυρέτριο και αίσθημα κακουχίας. Όπως μας εξήγησε, το τελευταίο διάστημα είναι ιδιαίτερα αγχώδης, λόγω αναμονής αποτελεσμάτων εξετάσεων εισαγωγής στο πανεπιστήμιο.

Δεν είναι καπνίστρια, δεν λαμβάνει φάρμακα, ούτε υπάρχουν υποκείμενα νοσήματα.



Εικόνα 4

Κλινική εικόνα:

Ο ενδοστοματικός έλεγχος έδειξε την ύπαρξη διαβρώσεων στον βλεννογόνο της σκληρής υπερώας, ιδίως αριστερά (εικ. 4). Οι διαβρώσεις αυτές είχαν ακανόνιστο σχήμα και κιτρινωπό πυθμένα. Παρόμοιες βλάβες υπήρχαν στην κορυφή της γλώσσας (μία), καθώς και στο ερυθρό κράσπεδο του κάτω χείλους (διάσπαρτες).

- α) Ποια είναι η διάγνωσή σας;
- β) Υποστηρίξτε την διάγνωσή σας.
- γ) Πώς θα βοηθήσετε την ασθενή σας;

Γυναίκα ηλικίας 75 ετών, προσήλθε ύστερα από σύσταση της οδοντιάτρου της, για ογκοειδείς βλάβες στην κάτω γνάθο (εικ. 5).

Ιστορικό:

Ουδέν. Η ασθενής φέρει την ίδια ολική οδοντοστοιχία άνω και κάτω από 14ετίας. Παραπονείται ότι «το τελευταίο διάστημα δεν βολεύομαι με τα δόντια μου στο φαγητό και την ομιλία».



Εικόνα 5

- α) Περιγράψτε την βλάβη.
- β) Προσεγγίστε διαγνωστικά την βλάβη.
- γ) Τι κάνουμε;

6^η

Άνδρας ηλικίας 40 ετών, προσήλθε έντρομος και πεπεισμένος ότι πάσχει από καρκίνο του στόματος. Αναφέρει ότι επισκέφθηκε μερικούς ιατρούς και οδοντιάτρους κατά το τελευταίο εξάμηνο, οι οποίοι του χορήγησαν διάφορα φάρμακα, για τοπική (αντισηπτικά, αντιφλεγμονώδη και επουλωτικά) ή συστηματική (αντιβιοτικά, αντιφλεγμονώδη) χρήση, χωρίς αποτέλεσμα.

Ιστορικό:

Ουδέν. Συστηματικός καπνιστής από εικοσαετίας.

Κλινική εξέταση:

Κατά την ψηλάφηση, η βλάβη έχει σύσταση σκληροελαστική, ενώ κατά την πίεση είναι ανώδυνη, χωρίς αιμορραγία (εικ. 6α).



Εικόνα 6α

- α) Περιγράψτε τη βλάβη.
- β) Θέσατε κλινικά την διάγνωση.
- γ) Προσεγγίστε διαφοροδιαγνωστικά την βλάβη.
- δ) Θεραπεία:
 - Χειρουργική αφαίρεση και βιοψία;
 - Χορήγηση φαρμάκων: ναι ή όχι και εάν ναι, ποια;

Γυναίκα ηλικίας 65 ετών, παραπέμφθηκε από τον οδοντίατρό της για ενδοστοματικό έλεγχο, επειδή παρατήρησε βλάβες λευκού χρώματος και μελανά στίγματα στο έδαφος του στόματος (εικ. 7).

Ιστορικό:

Βαρεία συστηματική καπνίστρια (40 τσιγάρα ημερησίως) από 40ετίας. Αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία υπό αγωγή.

Κλινική εικόνα:



Εικόνα 7

Ο ενδοστοματικός έλεγχος έδειξε την ύπαρξη λευκών πλακών μεγέθους από 3mm x 5mm, έως 2mm x 3mm στο έδαφος του στόματος. Οι βλάβες είχαν ομοιογενή σύσταση και ήταν ασυμπτωματικές.

Στο έδαφος του στόματος, στην μέση γραμμή, παρατηρούνται μερικές μελανές κηλίδες.

α) Ποια είναι η κλινική διάγνωση;

β) Τι θα κάνετε;

8η

Ο νέος αυτός άνδρας, ηλικίας 41 έτους, προσήλθε για «τις πληγές που έχει στο στόμα και δεν περνούν». Ο ασθενής επισκεπτόταν τα δύο τελευταία έτη διαφόρους ιατρούς, χωρίς αποτέλεσμα. Ο τελευταίος μάλιστα -παθολόγος- ήταν ιδιαίτερα καθησυχαστικός. Μας επισκέφθηκε ύστερα από την επιμονή του οδοντιάτρου του.

Ιστορικό:

Είναι βαρύς καπνιστής από 20ετίας, περίπου 100 τσιγάρα ημερησίως, καθώς και συστηματικός πότης, κυρίως μπίρας. Ως χαρακτήρας είναι αγχώδης.

Ιατρικό ιστορικό: ουδέν.

Κλινική εικόνα:

Έντονη διόγκωση του αριστερού ημιμορίου της γλώσσας (εικ. 8α), επεκτεινόμενη στην υπογλώσσια περιοχή και στο σύστοιχο ημιμόριο του εδάφους του στόματος. Στην υπογλώσσια περιοχή (κοιλιακή χώρα της γλώσσας), παρατηρούνται ελκώσεις, καθώς και λεπτές λευκές πλάκες (εικ. 8β). Η



Εικόνα 8α



Εικόνα 8β

βλάβη είναι ανώδυνη κατά την ψηλάφηση και εμφανίζει σανιδώδη σκληρία που επεκτείνεται και πέραν της μέσης γραμμής της γλώσσας.

Οι σύστοιχοι τραχηλικοί λεμφαδένες εμφανίζονται διογκωμένοι, ακίνητοι και σκληροί κατά την ψηλάφηση.

α) Προσεγγίστε την διάγνωση.

β) Ποιες είναι οι επόμενες ενέργειές σας;

9η

Άνδρας ηλικίας 34 ετών, προσήλθε παραπονούμενος για διόγκωση, ελαφρά επώδυνη, υπερωίως των δεξιών άνω γομφίων, χρονολογούμενη από τριμήρου (εικ. 9).

Ιστορικό:

Βαρύς καπνιστής (50-60 τσιγάρα ημερησίως).

Κλινική εικόνα:

Διόγκωση σαφώς περιγεγραμμένη, διαμέτρου περίπου 2 cm, υπερωίως των δεξιών άνω γομφίων. Έχει σχήμα ημισφαιρικό και χρώμα κυανέρυθρο. Η διόγκωση στην ψηλάφηση είναι ελαφρά επώδυνη και εντόνως κλυδάζουσα. Η στοματική υγιεινή του ασθενούς είναι πτωχή.



Εικόνα 9

Ποια είναι η διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση και η τελική διάγνωση;

3^η**α) Πού σας οδηγεί διαγνωστικά η κλινική εικόνα και το ιστορικό της ασθενούς;**

Η βλάβη μιμείται τον ομαλό λειχήνα του στόματος και, συγκεκριμένα, την δικτυωτή του μορφή. Όμως, ο ομαλός λειχήνας του στόματος στην πλειοψηφία των ασθενών είναι διάσπαρτος στην στοματική κοιλότητα, και σχεδόν ποτέ δεν εμφανίζεται με ετερόπλευρη κατανομή. Επίσης, η περιοχή της βλάβης έρχεται σε επαφή με την μεταλλική στεφάνη. Επομένως, κλινικά είναι μία **λειχηνοειδής αντίδραση έναντι του υλικού αποκαταστάσεως της μεταλλικής στεφάνης** (*Lichenoid reaction*).

Οι λειχηνοειδείς αντιδράσεις στον βλεννογόνο του στόματος, μπορεί να εμφανιστούν εξαιτίας συστηματικής λήψης διαφόρων φαρμάκων, κάτι όμως που αποκλείεται από το ιστορικό της ασθενούς.

β) Για την αντιμετώπιση της βλάβης:

- Θα χορηγήσετε φάρμακα; Εάν ναι, τι φάρμακα;
 - ♦ Όχι.
- Τι θα συστήσετε στην ασθενή;
 - ♦ Αλλαγή της μεταλλικής στεφάνης με ολοκεραμική ή μεταλλοκεραμική στεφάνη, με σκοπό να μην εφάπτεται ο βλεννογόνος με μεταλλική επιφάνεια. *Προσοχή:* Καθησυχάζουμε όμως την ασθενή, ότι δεν κινδυνεύει η υγεία της και την ενημερώνουμε ότι, ενδεχομένως, και μετά από την αντικατάσταση της μεταλλικής στεφάνης, η βλάβη μπορεί να μην υποστραφεί.
- Τι άλλο θα κάνετε για την αντιμετώπιση της βλάβης;
 - ♦ Τίποτα.
 - ♦ Επί έντονης αγχώδους αντιδράσεως εξαιτίας της βλάβης, καθαρά για λόγους ψυχικής ηρεμίας, χειρουργική αφαίρεση και βιοψία της βλάβης και αντικατάσταση της μεταλλικής αποκαταστάσεως.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, et al. Oral manifestations of adverse drug reactions: guidelines. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008 Jun;22(6):681-91. doi: 10.1111/j.1468-3083.2008.02637.x. Epub 2008 Mar 7. PMID: 18331319.
2. Fitzpatrick SG. Reactive and Nonreactive White Lesions of the Oral Mucosa. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2023 May;35(2):237-246. doi: 10.1016/j.coms.2022.10.010. PMID: 37019506.
3. Gawkrödger DJ. Investigation of reactions to dental materials. *Br J Dermatol*. 2005 Sep;153(3):479-85. doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.06821.x. PMID: 16120131. *Med Oral Pathol Oral Gir Bucal* 2004; 9:421-423.
4. Grossmann SMC, Oliveira CNA, Souto GR, et al. Oral lichenoid lesion: A review of the literature. *World J Stomatol* 2015; 4(2): 103-107 [DOI: 10.5321/wjs.v4.i2.103]
5. Islam NM, Alramadhan SA. Lichenoid Lesions of the Oral Mucosa. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2023 May;35(2):189-202. doi: 10.1016/j.coms.2022.10.005. Epub 2023 Feb 15. PMID: 36805899.
6. Lu R, Zhou G. Oral lichenoid lesions: Is it a single disease or a group of diseases? *Oral Oncol*. 2021 Jun;117:105188. doi: 10.1016/j.oraloncology.2021.105188. Epub 2021 Feb 6. PMID: 33558136.
7. Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2004 Jul 1;15(4):221-39. doi: 10.1177/154411130401500405. PMID: 15284187.
8. Segura-Egea JJ, Bullón-Fernández P. Lichenoid reaction associated to amalgam restoration. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2004 Nov-Dec;9(5):423-4; 421-3. English, Spanish. PMID: 15580119.

4η

α) Ποια είναι η διάγνωσή σας;

Δευτεροπαθής ερπητική ουλοστοματίτιδα, οφειλόμενη στον ιό του απλού έρπητα, τύπου 1 (HSV-1) (*Secondary Herpes Simplex Virus-1 infection*).

β) Υποστηρίξτε την διάγνωσή σας.

- Η δευτεροπαθής ερπητική ουλοστοματίτιδα, χαρακτηρίζεται από λίαν επώδυνες διαβρώσεις, που μπορούν να εμφανιστούν διάσπαρτες στην στοματική κοιλότητα. Χαρακτηριστική είναι η **ετερόπλευρη κατανομή του ενανθήματος** (δηλαδή των ερπητικών διαβρώσεων) **στην υπερώα**, περιοχή που «προτιμά» ο HSV-1 στην ερπητική ουλοστοματίτιδα.
- Οι ερπητικές διαβρώσεις **διακρίνονται από τις κοινές άφθες**, επειδή:
 - ♦ Τα όριά τους είναι ανώμαλα, σε αντίθεση με τις κοινές άφθες, που είναι σαφώς περιγεγραμμένες.
 - ♦ Αναπτύσσονται σε κερατινοποιημένο βλεννογόνο, σε αντίθεση με τις κοινές άφθες, που εκδηλώνονται αποκλειστικά σε μη κερατινοποιημένο βλεννογόνο.
- Ιστορικό: **Ψυχική καταπόνηση** (stress)

γ) Πώς θα βοηθήσετε την ασθενή σας;

- Εφησυχασμός της ασθενούς.
- Χορήγηση αντιιικών φαρμάκων, κυρίως βαλακυκλοβίρη.
- Οδηγίες για ενυδάτωση και καλή στοματική υγιεινή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Atyeo N, Rodriguez MD, Papp B, Toth Z. Clinical Manifestations and Epigenetic Regulation of Oral Herpesvirus Infections. *Viruses*. 2021 Apr 15;13(4):681. doi: 10.3390/v13040681. PMID: 33920978; PMCID: PMC8071331.
2. Bae EB. Recurrent herpes infection showing a new facial phenotype: A case report. *World J Clin Cases*. 2024 Aug 6;12(22):5271-5275. doi: 10.12998/wjcc.v12.i22.5271. PMID: 39109023; PMCID: PMC11238776.
3. Blostein F, Foote S, Salzman E, et al. Associations Between Salivary Bacteriome Diversity and Salivary Human Herpesvirus Detection in Early Childhood: A Prospective Cohort Study. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2021 Sep 23;10(8):856-863. doi: 10.1093/jpids/piab044. PMID: 34173666; PMCID: PMC8459089.
4. Costa ALF, Santos BA, Torregrossa VR, et al. Oral shedding of CMV and HSV-1 in hematopoietic stem cell transplantation patients. *Oral Dis*. 2021 Sep;27(6):1572-1579. doi: 10.1111/odi.13690. Epub 2020 Nov 8. PMID: 33085827.
5. Hachem H, Ayoub HH, Abu-Raddad LJ. Age-Dependent Assortativeness in Herpes Simplex Virus Type 1 Oral Transmission in the United States: A Mathematical Modeling Analysis. *J Infect Dis*. 2025 Jul 11;231(6):e1151-e1159. doi: 10.1093/infdis/jiaf157. PMID: 40132653; PMCID: PMC12247797.
6. Katz J, Yue S, Xue W. Herpes simplex and herpes zoster viruses in COVID-19 patients. *Ir J Med Sci*. 2022 Jun;191(3):1093-1097. doi: 10.1007/s11845-021-02714-z. Epub 2021 Jul 11. PMID: 34247308; PMCID: PMC8272836.
7. Piperi E, Papadopoulou E, Georgaki M, Dovrat S, Bar Illan M, Nikitakis NG, Yarom N. Management of oral herpes simplex virus infections: The problem of resistance. A narrative review. *Oral Dis*. 2024 Apr;30(3):877-894. doi: 10.1111/odi.14635. Epub 2023 Jun 6. PMID: 37279074.
8. Stoopler ET. Oral herpetic infections (HSV 1-8). *Dent Clin North Am*. 2005 Jan;49(1):15-29, vii. doi: 10.1016/j.cden.2004.07.005. PMID: 15567358.

5^η**α) Περιγράψτε την βλάβη.**

Στον βλεννογόνο της φατνιακής ακρολοφίας της κάτω γνάθου, παρατηρείται υπερπλασία, κατά τόπους λοβωτή, ερυθρής χροιάς, που ακολουθεί την πορεία του προστομιακού πτερυγίου της κάτω ολικής οδοντοστοιχίας.

β) Προσεγγίστε διαγνωστικά την βλάβη.

- **Αντιδραστική Ινώδης Πτυχωτή υπερπλασία του βλεννογόνου** (*Epulis Fissuratum*) της κάτω φατνιακής ακρολοφίας. Η βλάβη ακολουθεί την πορεία του πτερυγίου της ολικής οδοντοστοιχίας και είναι αποτέλεσμα του συνεχούς μηχανικού ερεθισμού, λόγω πλημμελούς σταθερότητας και συγκρατήσεως της ολικής οδοντοστοιχίας.
- Το ιστορικό της ασθενούς και η ύπαρξη της ολικής οδοντοστοιχίας, μας οδηγούν εύκολα στην παραπάνω διάγνωση.

γ) Τι κάνουμε;

- Χειρουργική αφαίρεση της υπερπλασίας, με συνακόλουθη βιοψία και ιστοπαθολογικό έλεγχο.
- Διευθέτηση της ουλοφατνιακής-ουλοπαρειακής αύλακας (προπρωσθητική χειρουργική).
- Επανεφαρμογή της παλαιάς οδοντοστοιχίας ή, προτιμότερο, κατασκευή νέας, σύμφωνα με την νέα κατάσταση των υποκειμένων ιστών.

Σχόλιο:

Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς με Αντιδραστική Ινώδη Πτυχωτή υπερπλασία του βλεννογόνου (*Epulis Fissuratum*), για τον αποκλεισμό καρκινικής βλάβης. Η χρονιότητα της βλάβης, σε συνδυασμό με την έλλειψη θορυβωδών συμπτωμάτων, οδηγούν στην προσαρμογή του ασθενούς

στην υπάρχουσα κατάσταση. Τοιουτοτρόπως, μπορεί το πτερύγιο της οδοντοστοιχίας να μην είναι βυθισμένο μόνο στην αντιδραστική βλάβη του βλεννογόνου, αλλά και σε καρκινική εκ πλακωδών κυττάρων μάζα του βλεννογόνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cutright, Duane E. The histopathologic findings in 583 cases of epulis fissuratum. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol. 1974; 37 (3): 401 – 411.
2. Esmeili T, Lozada-Nur F, Epstein J. Common benign oral soft tissue masses. Dent Clin North Am. 2005 Jan;49(1):223-40, x. doi: 10.1016/j.cden.2004.07.001. PMID: 15567370.
3. Wright T, Narayana N. Epulis Fissuratum: comparison of clinical impression to histopathologic diagnosis. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol Oral Radiol. 2019;128(1):e31, ISSN 2212-4403, <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2019.02.048>.

6^η**α) Περιγράψτε τη βλάβη.**

Ογκίδιο σαφώς περιγεγραμμένο από τον περιβάλλοντα βλεννογόνο, διαμέτρου περίπου 1 cm, χροιάς ερυθρής έως λευκοκίτρινης, που εδράζεται επί ευρείας βάσεως στον βλεννογόνο του κάτω χείλους, στο ύψος της αριστερής συγχειλίας.

β) Θέσατε κλινικά την διάγνωση.

Πυογόνο κοκκίωμα (*Pyogenic Granuloma*).

γ) Προσεγγίστε διαφοροδιαγνωστικά την βλάβη.

- **Ίνωμα εξερεθισμού:**
 - ♦ Όχι, διότι η χροιά του ινώματος είναι ρόδινη έως λευκορόδινη.
- **Πυογόνο κοκκίωμα:**
 - ♦ **Ναι**, από την κλινική εικόνα, παρόλο που από το ιστορικό δεν προκύπτει τραυματισμός της περιοχής.
- **Βλεννοκύστη:**
 - ♦ Όχι, διότι δεν εμφανίζει κλυδασμό κατά την ψηλάφηση.
- **Κακοήθεια:**
 - ♦ Όχι, από την κλινική εικόνα, όσον αφορά στο καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων του στόματος καθώς και στο σάρκωμα Καρσι, πολύ σπάνιο στην στοματική κοιλότητα, αλλά με αναγκαία προϋπόθεση την ανοσοκαταστολή του ασθενούς (λοίμωξη HIV, φαρμακευτική ανοσοκαταστολή εξαιτίας μεταμοσχεύσεως οργάνου, κλπ.). Βεβαίως, σε κάθε περίπτωση η διάγνωση επιβεβαιώνεται με βιοψία και ιστοπαθολογικό έλεγχο.

δ) Θεραπεία:

- **Χειρουργική αφαίρεση και βιοψία;**
Η μοναδική θεραπεία.

- Χορήγηση φαρμάκων: ναι ή όχι και εάν ναι, ποια;
Όχι.

Σχόλιο:

1. Ο όρος Πυογόνο Κοκκίωμα, καθιερωμένος στην Στοματολογική βιβλιογραφία, δεν αποδίδει την φύση της βλάβης. Καθιερώθηκε κατά το παρελθόν και έκτοτε χρησιμοποιείται, επειδή κατά μία θεωρία, μη αποδεδειγμένη, η βλάβη οφειλόταν σε πυογόνα βακτήρια, μικρής λοιμογόνου δυνάμεως. Από την άλλη μεριά, το πυογόνο κοκκίωμα ιστοπαθολογικά, δεν αποτελεί αληθές κοκκίωμα, αλλά χαρακτηρίζεται από έντονη νεοαγγείωση (υπερπαραγωγή τριχοειδών αγγείων), κατά την φάση επουλώσεως της βλάβης, ύστερα από μικροτραυματισμό.
2. Σύμφωνα με παλαιότερη ορολογία, ένα ογκίδιο επί των ούλων ονομαζόταν επουλίδα (erulis) και ανάλογα με την ιστολογική του εικόνα, χαρακτηριζόταν ινώδης, κοκκιώδης (κοκκιωματώδης) και γιγαντοκυτταρική επουλίδα. Θεωρούμε ακριβέστερο τον όρο επουλίδα, αφού χαρακτηρίζει με σαφήνεια την εντόπιση του συγκεκριμένου ογκιδίου (επί του ούλου).
3. Η ογκοειδής βλάβη επί των ούλων της εικ. 6β, είναι επίσης ένα πυογόνο κοκκίωμα των ούλων (προστομιακά των 13,14). Παλαιότερα, η βλάβη αυτή θα ονομαζόταν «κοκκιωματώδης ή κοκκιώδης επουλίδα», όρος που δεν χρησιμοποιείται σήμερα. Τοιουτοτρόπως, η «ινώδης επουλίδα» καλείται ίνωμα των ούλων και η «γιγαντοκυτταρική επουλίδα», περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα των ούλων.



Εικόνα 6β