

ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΛΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

A. ΦΟΥΡΟΥΝΤΖΟΓΛΟΥ*, A. ΒΑΣΙΛΑΣ**, K. ΤΟΣΙΟΣ***

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Περιγράφεται περίπτωση τραυματικής έλκωσης στην επιφάνεια γλωσσικής εξόστωσης της κάτω γνάθου, κάτω από τη βάση άμεσης μερικής οδοντοστοιχίας, την οποία ακολούθησε νέκρωση και αυτόματη απολυματοποίηση τμήματος του υποκείμενου οστού. Η έλκωση δεν επουλώθηκε μετά τη ρύθμιση της βάσης της οδοντοστοιχίας και την αναπροσαρμογή της με μαλακό ακρυλικό. Περίπου τρεις εβδομάδες μετά την αρχική εμφάνιση, μέσα από την έλκωση αφαιρέθηκε μικρό οστικό απόλυμα, η απομάκρυνση του οποίου οδήγησε σε ταχεία επούλωση. Ανασκοπείται η βιβλιογραφία σχετικά με την εμφάνιση οστεΐτιδας και την εντοπισμένη απολυματοποίηση του οστού μετά από έλκωση του βλεννογόνου, και περιγράφεται ο πιθανός παθογενετικός μηχανισμός.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το έλκος είναι μία από τις συνηθέστερες στοιχειώδεις βλάβες του στοματικού βλεννογόνου. Χαρακτηρίζεται από απώλεια ιστού, συνήθως του επιθηλίου και του υποκείμενου χορίου, ή επεκτείνεται και στον υποβλεννογόνο¹. Το έλκος αποτελεί κύριο σημείο σε πολλές νοσολογικές οντότητες, όπως αντιδραστικές βλάβες, συστηματικά νοσήματα, βακτηριακές και μυκητιασικές λοιμώξεις, ανοσολογικές διαταραχές και νεοπλασίες. Μπορεί επίσης να αποτελεί εξέλιξη φυσαλίδων, όπως αυτών που αναπτύσσονται σε ιογενείς λοιμώξεις και δερματοβλεννογόνια νοσήματα.

Το τραυματικό έλκος είναι μία συχνή βλάβη του στοματικού βλεννογόνου². Οφείλεται κατά κανόνα σε ακούσιο οξύ ή χρόνιο μηχανικό τραυματισμό του βλεννογόνου από την επαφή με σκληρές τροφές, την εργώδη ψήκτριση των δοντιών, την παρουσία τραυματογόνου σύγκλεισης, κακότεχνων εμφράξεων ή προσθετικών εργασιών, τραυματογόνες έξεις κλπ^{1,2}.

Μπορεί επίσης να είναι εκούσιο, σε άτομα με ψυχολογικές διαταραχές, ή να οφείλεται σε θερμικό, χημικό ή ηλεκτρικό έγκαυμα².

Τα οξέα τραυματικά έλκη εντοπίζονται σε κάθε θέση του βλεννογόνου. Καλύπτονται από λευκοκίτρινη ψευδομεμβράνη που περιβάλλεται από ερυθρή ζώνη, και είναι συνήθως επώδυνα¹. Η κλινική εικόνα και η εμφανής, συνήθως, σχέση με την παρουσία τραυματογόνου παράγοντα θέτουν εύκολα τη διάγνωση. Κατά κανόνα επουλώνονται πλήρως μέσα σε λίγες ημέρες από την άρση του τραυματογόνου αιτίου, χωρίς να καταλείπουν δευτερογενείς βλάβες^{1,2}. Σπάνια ωστόσο, τραυματικές ελκώσεις του βλεννογόνου μπορεί να παραμείνουν ημέρες ή και μήνες μετά την άρση του πιθανού αιτίου, χωρίς τάση επούλωσης².

Στην παρούσα εργασία περιγράφεται περίπτωση τραυματικής έλκωσης σε εξόστωση κάτω από προσωρινή άμεση μερική οδοντοστοιχία. Η έλκωση δεν επουλώθηκε μετά τη ρύθμιση της βάσης της οδοντοστοιχίας, αλλά εμφανίστηκε νέκρωση και εντοπισμένη απολυματοποίηση μέρους του υποκείμενου οστού.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

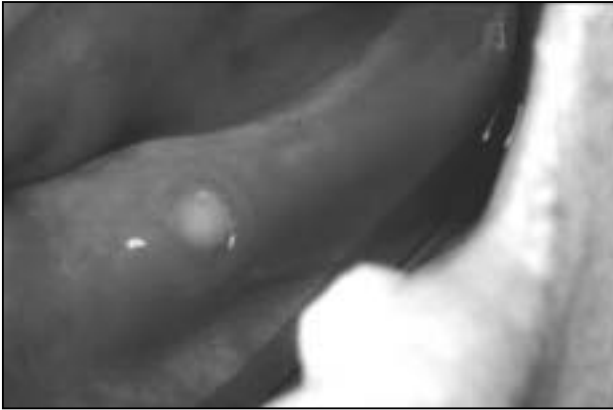
Γυναίκα 49 ετών, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, υποβλήθηκε σε εξαγωγές των περιοδο-

* Οδοντίατρος.

** Οδοντίατρος, MSc in Prosthodontics.

*** Λέκτορας Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΟΡΟΙ ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ: Έλκωση στόματος, Τραύμα, Εξόστωση, Κάτω γνάθος.

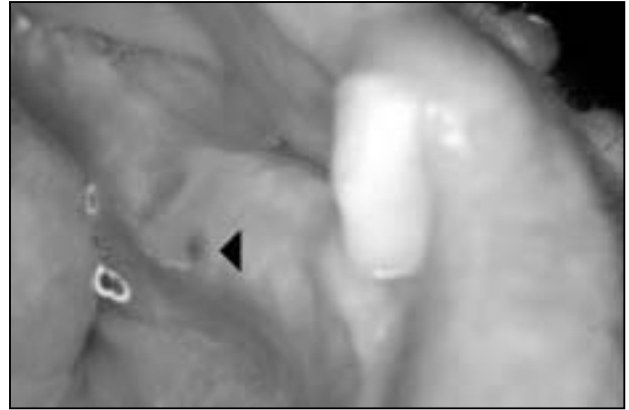


Εικ. 1. Έλκωση στο φατνιακό βλεννογόνο γλωσσικά της περιοχής όπου βρισκόταν το δόντι 34, σε έδαφος εξόστωσης.

ντικών δοντιών 34, 32, 31, 41 και 42. Μετά από την προσεκτική διαμόρφωση και λείανση των μετεξακτικών φατνίων με ρίνη, έγινε συρραφή των τραυμάτων και τοποθετήθηκε άμεση προσωρινή μερική οδοντοστοιχία με στηρίγματα τα δόντια 33 και 43. Η επούλωση των μετεξακτικών τραυμάτων ήταν ομαλή και μία εβδομάδα μετά τις εξαγωγές αφαιρέθηκαν τα ράμματα.

Τρεις ημέρες αργότερα παρατηρήθηκε έλκωση διαμέτρου 3 χιλιοστών στο φατνιακό βλεννογόνο, γλωσσικά της περιοχής όπου βρισκόταν το δόντι 34, πάνω σε εξόστωση που προϋπήρχε στην περιοχή. Η βλάβη αποδόθηκε σε τραυματισμό του λεπτού βλεννογόνου ο οποίος κάλυπτε την εξόστωση, από τη βάση της οδοντοστοιχίας. Έγινε ρύθμιση της βάσης της οδοντοστοιχίας και τρεις ημέρες αργότερα αναπροσαρμογή της με μαλακό ακρυλικό.

Δύο εβδομάδες αργότερα η ασθενής προσήλθε παραπονούμενη για έντονο πόνο στην περιοχή της έλκωσης που δεν είχε ακόμη επουλωθεί. Κλινικά, στον πυθμένα της έλκωσης διακρινόταν το υποκείμενο οστό (Εικ. 1). Ρυθμίστηκε και πάλι η βάση της οδοντοστοιχίας και συστήθηκαν στην ασθενή μαλακή διαίτα και πλύσεις με υδατικό διάλυμα χλωρεξιδίνης 0,2%, δύο φορές την ημέρα. Πέντε ημέρες αργότερα παρατηρήθηκε μέσα στην έλκωση ένα μικρό και ευκίνητο μόρφωμα, με υπόλευκο χρώμα και σκληρή σύσταση (Εικ. 2). Η πιθανή κλινική διάγνωση ήταν ενσφήνωση ξένου σώ-



Εικ. 3. Πλήρης επούλωση του τραύματος, επτά ημέρες μετά την αφαίρεση του απολύματος.

ματος, πιθανώς τροφής ή σύνθετης ρητίνης από εμφράξεις που υπήρχαν στα εξαχθέντα δόντια. Το μόρφωμα αφαιρέθηκε με βαμβακολαβίδα. Σε επτά ημέρες το τραύμα είχε επουλωθεί πλήρως (Εικ. 3).

Το μόρφωμα τοποθετήθηκε σε υδατικό διάλυμα φορμόλης 10% και στάλθηκε για ιστολογική εξέταση. Μακροσκοπικά, επρόκειτο για λευκό τεμάχιο σκληρής ουσίας, μέγιστης διάστασης 2 χιλιοστών. Μικροσκοπικά, παρατηρήθηκε τμήμα ώριμου πεταλιώδους οστού με κενές οστικές κρύπτες και έλλειψη οστεοβλαστικής ή οστεοκλαστικής δραστηριότητας (Εικ. 4). Από τη συνεκτίμηση κλινικών και ιστολογικών ευρημάτων θεωρήθηκε πιθανή η νέκρωση και απολυματοποίηση του οστού στην περιοχή της τραυματικής έλκωσης.

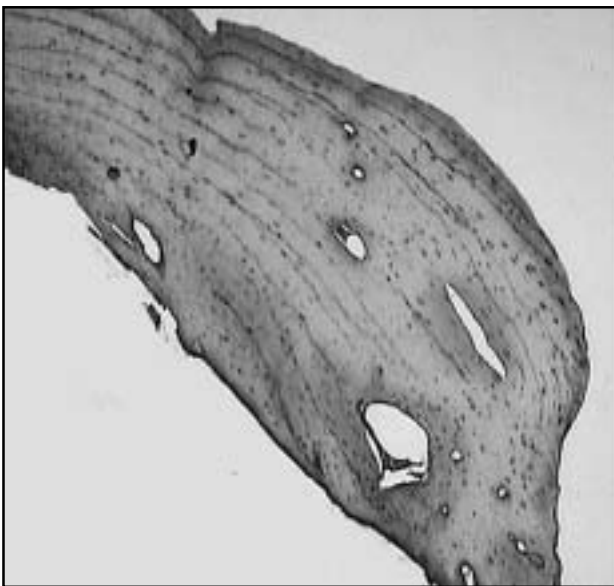


Εικ. 2. Μικρό και υπόλευκο μόρφωμα μέσα στην έλκωση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η νέκρωση και απολυματοποίηση του φατνιακού οστού μπορεί να αποτελεί επιπλοκή φλεγμονωδών νόσων, όπως οστεομυελίτιδας ή οξείας ελκονεκρωτικής ουλίτιδας, ή, σπάνια, οδοντιατρικών επεμβάσεων, όπως εξαγωγής τρίτων γομφίων ή περιοδοντικής χειρουργικής³⁻⁵. Απολυματοποίηση του φατνιακού οστού που δεν σχετίζεται με φλεγμονώδες νόσημα ή σοβαρό χειρουργικό τραυματισμό, δεν περιγράφεται συχνά στη βιβλιογραφία³⁻⁶.

Οι Peters και συν.⁵ ανέφεραν 11 περιπτώσεις εντοπισμένης, αυτόματης απολυματοποίησης στα γλωσσικά ούλα της κάτω γνάθου, στην περιοχή της έσω λοξής γραμμής. Σε όλους τους ασθενείς υπήρχε μικρή έλκωση του βλεννογόνου, διάρκειας μιας εβδομάδας έως τριών μηνών. Ως παράγοντες που σχετιζόνταν με την ανάπτυξη των βλαβών θεωρήθηκαν η έλλειψη οπισθίων δοντιών (πέντε περιπτώσεις) ή η παρουσία γλωσσικών εξοστώσεων (τρεις περιπτώσεις) και κακότεχνης στεφάνης (μία περίπτωση).



Εικ. 4. Μικροσκοπική εικόνα του οστικού απολύματος. Διακρίνεται τμήμα ώριμου πεταλιώδους οστού με κενές οστικές κρύπτες. (Χρώση αιματοξυλίνης - ηωσίνης, αρχική μεγέθυνση x40).

Οι Mangano και συν.³ περιέγραψαν σε έναν ασθενή την εμφάνιση αμφίπλευρων ελκώσεων σε γλωσσικές εξοστώσεις στην κάτω γνάθο, δύο εβδομάδες μετά από γενική αναισθησία. Οι βλάβες διαγνώστηκαν ως τραυματικές ελκώσεις που προκλήθηκαν από τον ενδοτραχειακό σωλήνα, αλλά η μία έλκωση παρέμενε περισσότερο από δύο εβδομάδες και συνοδευόταν από πόνο. Η χειρουργική διερεύνηση της περιοχής απεκάλυψε την παρουσία οστεΐτιδας στον πυθμένα της έλκωσης.

Στους τρεις από τους ασθενείς των Sonnier και Horning⁴, η έκθεση του φατνιακού οστού στην περιοχή γλωσσικών εξοστώσεων της κάτω γνάθου δεν σχετιζόταν με ιστορικό τραυματισμού, αν και ως πιθανά αίτια προτάθηκαν η προώθηση της γλώσσας, ο τραυματισμός από σκληρές τροφές, η ψήκτριση των δοντιών ή έξεις. Η τέταρτη περίπτωση είχε αναπτυχθεί σε έδαφος φλεγμονής των ούλων, πιθανώς αλλεργικής αιτιολογίας. Κλινικά, οι βλάβες εμφανίζονταν ως ακίνητες, τραχείες ή αιχμηρές οστικές προεξοχές, που προέβαλαν μέσω του φατνιακού βλεννογόνου. Η χειρουργική αφαίρεση του απολύματος οδήγησε σε ομαλή επούλωση. Το νεκρωτικό οστό χαρακτηρίστηκε ως τριτογενές ή τριταίο απόλυμα (tertiary sequestrum), καθώς δεν είχε αποσπασθεί από το υποκείμενο φατνιακό οστό.

Ο Scully⁶ περιέγραψε δύο περιπτώσεις οστικής έκθεσης και απολυματοποίησης, ως επιπλοκή ελκώσεων του βλεννογόνου, σε ασθενείς με ιστορικό υποτροπιάζουσών αφθών. Κλινικά, παρατηρήθηκαν δύο μικρές άφθες (μικρότερες από 5 χιλιοστά) στην οπίσθια περιοχή της έσω λοξής γραμμής της κάτω γνάθου, διάρκειας 5 και 10 ημερών αντίστοιχα. Οι βλάβες δεν παρουσίαζαν τάση επούλωσης και ο πόνος ήταν αυτόματος και έντονος, ελεγχόμενος μόνο με αναλγητικά φάρμακα. Μέσα στις ελκώσεις υπήρχε, κατά το χρόνο της πρώτης προσέλευσης ή εμφανίστηκε αργότερα, οστικό απόλυμα, μετά την αφαίρεση του οποίου ο πόνος υποχώρησε σε λίγες ώρες και οι ελκώσεις επουλώθηκαν σε λιγότερο από επτά ημέρες. Κατά το Scully⁶, η εντόπιση των ελκώσεων στην περιοχή της έσω λοξής γραμμής ήταν ενδεικτική τραυματικής αιτιολογίας.

Όλες οι περιπτώσεις εντοπισμένης απολυματοποίησης που βρέθηκαν στη βιβλιογραφία, είχαν αναπτυχθεί σε ενήλικες, ηλικίας 33 έως 57 ετών, και συνοδεύονταν από ποικίλης έντασης πόνο. Δεν παρατηρήθηκαν αλλοιώσεις στην οπισθοφατνιακή ακτινογραφία^{4,5}, ενώ στην ακτινογραφία δήξης διαπιστώθηκαν μικρές και ανώμαλες ακτινοσκιάσεις, σε συνέχεια με το οστό⁵. Ένας ασθενής έπασχε από συστηματικό νόσημα που ενδεχομένως επηρέασε τις επουλωτικές διεργασίες (ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης), ενώ στους υπόλοιπους, ακόμα και όταν δεν υπήρχε ιστορικό τραυματισμού, η πιθανότητα τραύματος δεν αποκλείστηκε. Όπως και στην παρούσα περίπτωση, η εντοπισμένη απολυματοποίηση αναπτύχθηκε σε περιοχές της κάτω γνάθου με συμπαγείς οστικές προεξοχές, όπως εξοστώσεις και η έσω λοξή γραμμή, και σχετιζόταν με έλκωση του βλεννογόνου, ποικίλης αιτιολογίας.

Οι περιοχές αυτές παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ήπιου χρόνιου τραυματισμού, καθώς καλύπτονται από λεπτό και εύθραυστο βλεννογόνο². Ο κίνδυνος αυτός επιτείνεται από τη νωδότητα, επειδή τα φυσικά δόντια αποκλίνουν γλωσσικά, απομακρύνοντας τις τροφές από το βλεννογόνο της φατνιακής απόφυσης κατά τη μάσηση⁵. Ο τραυματισμός και η απώλεια του βλεννογονοπεριστέου θα έχει ως αποτέλεσμα την τοπική ισχαιμία του οστού, διότι το περιφερικό συμπαγές οστό αιματώνεται μόνον από το μικροαγγειακό δίκτυο του περιστέου^{2,5}. Παράλληλα, οι περιοχές αυτές δεν αυτοκαθαρίζονται από τη γλώσσα και το σάλιο, οπότε ενδέχεται να κατακρατούν αποικίες μικροβίων που συμβάλουν στην ανάπτυξη οστεΐτιδας στον πυθμένα μιας έλκωσης ποικίλης αιτιολογίας^{5,6}. Ο συνδυασμός των παραπάνω παραγόντων μπορεί να δικαιολογήσει την εντοπισμένη νέκρωση του οστού, που αποβάλλεται με τη μορφή απολύματος.

Η συχνή εμφάνιση ανάλογων βλαβών στην περιοχή εξοστώσεων, γλωσσικών αλλά και υπερώων⁵, ακόμα και απουσία τραυματισμού, οδηγεί ορισμένους συγγραφείς στην υπόθεση, ότι τα άτομα με γενετική προδιάθεση για εξοστώσεις έχουν ταυτόχρονα γενετική

προδιάθεση και για την ανάπτυξη αυτόματης απολυματοποίησης^{2,5}. Η ύπαρξη οξυαιχμών οστικών προεξοχών στις εξοστώσεις μπορεί επίσης να προκαλέσει έλκωση του βλεννογόνου με ανάλογα αποτελέσματα⁴, όπως συμβαίνει και με τις οστικές προεξοχές που παραμένουν μετά από την εξαγωγή δοντιών.

Η εμφάνιση μικρής έλκωσης στο βλεννογόνο με συμπτώματα και σημεία οξέος τραυματικού έλκους, συνήθως προβληματίζει μόνον αναφορικά με τη γενεσιουργό αιτία. Ο κλινικός οδοντίατρος, ωστόσο, οφείλει να έχει υπόψη του ότι έλκωση στην περιοχή των γλωσσικών ούλων της κάτω γνάθου που παραμένει μετά την αφαίρεση του τραυματογόνου αιτίου και συνοδεύεται από οξύ πόνο, πιθανόν να σχετίζεται με την ανάπτυξη απολύματος. Η αφαίρεση του οστικού απολύματος, χειρουργικά ή διαμέσου του έλκους, οδηγεί σε άμεση υποχώρηση των ενοχλημάτων και πλήρη επούλωση σε σύντομο χρόνο⁴⁻⁶. Η ασυνήθιστη αυτή επιπλοκή επισημαίνει επίσης την ανάγκη προσεκτικής εξομάλυνσης της φατνιακής ακρολοφίας πριν από την τοποθέτηση κινητών οδοντοστοιχιών.

SUMMARY

A. FOUROUNTZOGLOU,
A. VASILAS, K. TOSIOS

TRAUMATIC SEQUESTRATION A CASE REPORT

STOMATOLOGIA 2004,61(3): 122-126

A case of a patient with a non-healing traumatic ulceration under the base of an immediate partial denture is presented. The ulceration appeared on a lingual exostosis and did not heal after relinement of the denture. Three weeks later, a small bone sequestrum was removed from the ulceration, and the lesion healed uneventfully. A review of the literature on traumatic sequestration is presented and pathogenesis is discussed.

KEY WORDS: Oral ulceration, Trauma, Torus mandibularis, Mandible.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΑΠ, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ, ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε. Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Παθολογία. 3η Έκδοση. Λίτσας, Αθήνα, 2000: 99
2. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, ΒΟΥΚΟΥΟΤ JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 2002: 276-277
3. MANGANARO AM, EGGLESTON JF, SCHANZER RB, DAGOSTINO M. Osteitis in a torus mandibularis secondary to trauma. *Gen Dent* 1997,75: 74-77
4. SONNIER KE, HORNING GM. Spontaneous bony exposure: a report of 4 cases of idiopathic exposure and sequestration of alveolar bone. *J Periodontol* 1997,68: 758-762
5. PETERS E, LOVAS GL, WYSOCKI GP. Lingual mandibular sequestration and ulceration. *Oral Surg* 1993,75: 739-743
6. SCULLY C. Oral ulceration: a new and unusual complication. *Br Dent J* 2002,192: 139-140

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Κωνσταντίνος Ι. Τόσιος
Εργαστήριο Στοματολογίας
Οδοντιατρική Σχολή
Θηβών 2
115 27 ΑΘΗΝΑ