

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

ΟΥΛΙΤΙΔΑ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ:  
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣΠ. ΚΙΟΣΠΕΣ<sup>1</sup>, Ε. ΠΙΠΕΡΗ<sup>2</sup>, ΣΤ. ΠΕΛΕΚΑΝΟΣ<sup>3</sup>, Κ.Ι.ΤΟΣΙΟΣ<sup>4</sup>

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ** Η ουλίτιδα ξένου σώματος οφείλεται στην είσοδο στα ούλα, εκτός από αμάλγαμα, ανόργανων εξωγενών ουσιών. Στην παρούσα εργασία περιγράφεται περίπτωση ουλίτιδας ξένου σώματος σε άνδρα 47 ετών, η οποία εκδηλώθηκε με πόνο, ερυθρότητα και οίδημα στα ούλα περιφερικά του #23, ο οποίος ήταν καλυμμένος με προσωρινή προσθετική αποκατάσταση από εν ψυχρώ πολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη που είχε συκολληθεί με κονία οξειδίου του ψευδαργύρου χωρίς ευγενόλη. Στη μικροσκοπική μελέτη παρατηρήθηκαν κοκκίωματα αποτελούμενα από πολυπύρνα γιγαντοκύτταρα τύπου ξένου σώματος και αθροίσεις από κρυσταλλικά, διηλοδιαθλαστικά σωματίδια. Ένα έτος μετά την επέμβαση και την τοποθέτηση των μόνιμων προσθετικών εργασιών, τα ούλα είναι φυσιολογικά και ο ασθενής δεν αναφέρει ενοχλήματα. Η ουλίτιδα ξένου σώματος πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση φλεγμονών των ούλων χωρίς εμφανές αίτιο. Η αναγνώρισή της προφυλάσσει τον ασθενή από το να υποβληθεί σε ατελέσφορες θεραπείες ή σε εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις. Παράλληλα, ο οδοντίατρος πρέπει να παίρνει τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης για την αποφυγή πρόκλησης της βλάβης.

**Όροι ευρετηρίασεως** Ουλίτιδα, ουλίτιδα ξένου σώματος, κοκκίωματώδης ουλίτιδα

<sup>1</sup> Οδοντίατρος<sup>2</sup> Λέκτορας Στοματολογίας, ΕΚΠΑ<sup>3</sup> Επίκουρος Καθηγητής Προσθητικής, ΕΚΠΑ<sup>4</sup> Επίκουρος Καθηγητής Στοματολογίας, ΕΚΠΑ**Υπεύθυνος Επικοινωνίας**

Παναγιώτης Κιοσπές  
Χαριλάου Τρικούπη 80, 18120, Κορυδαλλός  
Τηλ.: 6978688245  
E-mail: panagiotis.kiospes@gmail.com

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ουλίτιδα ξένου σώματος είναι η φλεγμονή που οφείλεται στην είσοδο, εκτός από αμάλγαμα στα ούλα, ανόργανων εξωγενών ουσιών.<sup>1,2</sup> Κατατάσσεται στις κοκκίωματώδεις ουλίτιδες και θεωρείται βλάβη ιατρογενούς αιτιολογίας, καθώς οι εξωγενείς ουσίες προέρχονται συνήθως από οδοντιατρικά υλικά.<sup>1-5</sup> Περιγράφηκε από τους Daley & Wysocki το 1990,<sup>2</sup> αν και ο όρος ουλίτιδα ξένου σώματος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Deereberg το 1971 σε πειραματική μελέτη.<sup>6</sup> Οι μεγαλύτερες σειρές περιπτώσεων έχουν περιγραφεί από τους Gordon & Daley<sup>4</sup> και

## CASE REPORT

FOREIGN BODY GINGIVITIS:  
A CASE REPORTP. KIOSPES<sup>1</sup>, E. PIPERI<sup>2</sup>, ST. PELEKANOS<sup>3</sup>, K.I. TOSIOS<sup>4</sup>

**ABSTRACT** Foreign body gingivitis is caused by the implantation of, other than amalgam, inorganic exogenous materials, into the gingival connective tissue. A case of foreign body gingivitis in a 47-year old male is reported. The lesion presented as a painful, erythematous and edematous enlargement of the gingiva of the upper canine tooth that was covered with an acrylic resin temporary prosthetic restoration bonded with a eugenol-free zinc oxide cement. Microscopically, granulomas consisting of foreign body giant cells and particles of a crystalloid birefringent material were observed. A year after the placement of the final restorations, the gingiva are healthy and the patient is free of symptoms. Foreign body gingivitis should be included in the differential diagnosis of inflammatory gingival lesions without an obvious cause. Early identification protects the patient from useless treatments or expensive diagnostic tests. The dentist should take all necessary precautions in order to avoid this lesion.

**Key words** Gingivitis, foreign body gingivitis, granulomatous gingivitis

<sup>1</sup> Dentist<sup>2</sup> Lecturer, Dept of Oral Pathology and Medicine, UoA<sup>3</sup> Assistant Professor, Dept of Prosthodontics, UoA<sup>4</sup> Assistant Professor, Dept of Oral Pathology and Medicine, UoA**Correspondence**

Panagiotis Kiospes  
Charilaou Trikoupi 80, 18120, Korydallos, Greece  
E-mail: panagiotis.kiospes@gmail.com

Korppang et al,<sup>5</sup> και περιλαμβάνουν 61 και 85 περιπτώσεις, αντίστοιχα. Η ουλίτιδα ξένου σώματος δε θεωρείται σπάνια, καθώς στην τελευταία μελέτη αποτελούσε το 0,3% των 19.534 βιοψιών της χρονικής περιόδου που μελετήθηκε.<sup>5</sup>

Εκδηλώνεται συχνότερα σε γυναίκες μέσης ηλικίας με τη μορφή μεμονωμένων ή πολυεστιακών, ερυθρών ή ερυθρόρρεκων διογκώσεων στη μεσοδόντια θηλή, που επεκτείνονται στα ελεύθερα και προσπεφυκτότα ούλα, και συνοδεύονται από πόνο, ευαισθησία ή καύσο.<sup>2,4,5</sup> Λόγω της παρουσίας των συ-

μπτωμάτων, οι περισσότεροι ασθενείς αναζητούν ιατρική βοήθεια σε σύντομο χρόνο μετά την ανάπτυξη της βλάβης.<sup>5</sup> Δεν καταγράφεται σημαντική προτίμηση για συγκεκριμένη ανατομική θέση<sup>4,5</sup> και η εμφάνιση των βλαβών συμπίπτει με τη διενέργεια οδοντιατρικών εργασιών στην περιοχή, όπως στίλβωσης ή προσθετικών αποκαταστάσεων.<sup>5</sup>

Κύριο ιστολογικό εύρημα είναι η παρουσία κοκκιωμάτων αποτελούμενων από πολυπύρνα γιγαντοκύτταρα ξένου σώματος και ιστιοκύτταρα, καθώς και εξωγενούς ουσίας.<sup>1,4</sup> Κοκκιώματα αναγνωρίζονται περίπου στο 20%-50% των περιπτώσεων,<sup>4,5</sup> ενώ η εξωγενής ουσία δεν είναι εύκολα ορατή όταν είναι κρυσταλλική ή τα σωματίδιά της έχουν μέγεθος <1μm.<sup>1,4,5</sup> Άλλα ιστολογικά ευρήματα είναι η παρουσία ηιχνοειδούς φλεγμονής με ταινιοειδή υποεπιθηλιακή κατανομή και υδρωπική εκφύλιση της βασικής στιβάδας, ενώ συχνά η κοκκιωμάτωδης και η ηιχνοειδής φλεγμονή συνυπάρχουν στην ίδια βλάβη.<sup>4</sup> Για την ταυτοποίηση του ξένου σώματος απαιτείται μικροανάλυση ακτίνων Χ από διασπορά ενέργειας (energy-dispersive x-rays microanalysis, EDX).<sup>1,4,5,7</sup>

Η καλή στοματική υγιεινή και η περιοδοντική θεραπεία δεν έχουν αποτέλεσμα, και η χειρουργική αφαίρεση ενδείκνυται όταν η βλάβη προκαλεί συμπτώματα ή αισθητική διαταραχή.<sup>2,4,5</sup>

Στην παρούσα εργασία περιγράφεται περίπτωση ουλίτιδας ξένου σώματος, με σκοπό την ενημέρωση του οδοντιάτρου για αυτή την υποδιαγνωσμένη ιατρογενή βλάβη.

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Άνδρας 47 ετών παραπέμφθηκε για «πόνος στα ούλα» περιφερικά του #23. Ο πόνος εμφανίστηκε πριν από 9 μήνες περίπου, ήταν συνεχής με επίταση κατά το βούρτσισμα και δε βελτιώθηκε με τοπική περιοδοντική θεραπεία. Ο ασθενής συσχέτιζε την εμφάνισή του με την τοποθέτηση προσωρινής προσθετικής εργασίας. Το ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό ήταν ελεύθερα και δεν αναφερόταν κάπνισμα ή λήψη φαρμάκων.

Στην κλινική εξέταση τα ούλα περιφερικά του #23 ήταν εξέρυθρα και οίδηματώδη (εικ. 1), με πόνο

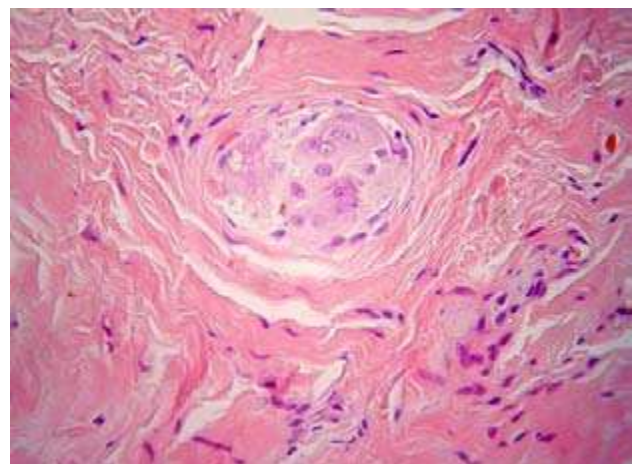


**Εικόνα 1.** Εξέρυθρα και οίδηματώδη ούλα περιφερικά του #23.

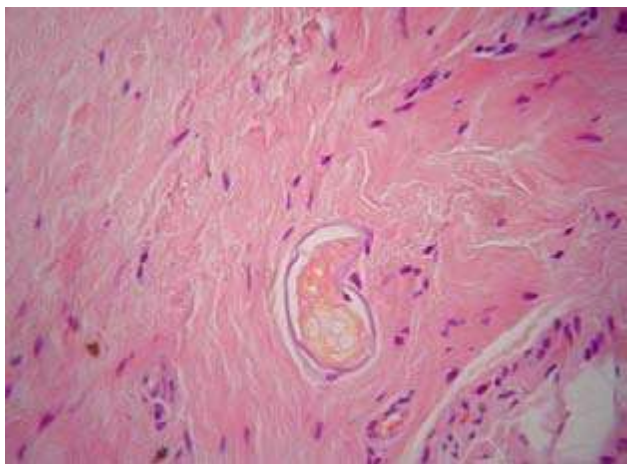
στην πίεση και αιμορραγία στην εξέταση με περιοδοντική μύλη. Τα βάθος της ουλοδοντικής σχισμής ήταν <4 mm. Ο #23 ήταν καλυμμένος με προσωρινή προσθετική αποκατάσταση από εν ψυχρώ πολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη που είχε συγκολληθεί με κονία οξειδίου του ψευδαργύρου χωρίς ευγενόλη. Η προσθετική αποκατάσταση ήταν ήγεια και ανατομικά άψογη, η στοματική υγιεινή ήταν καλή, δεν υπήρχαν σημεία ουλίτιδας σε άλλες θέσεις, και ο υπόλοιπος βλεννογόνο ήταν εντός φυσιολογικών ορίων.

Αρχικά, έγινε προσπάθεια βελτίωσης της στοματικής υγιεινής με οδηγίες για προσεκτική ψήκτριση με μαλακή οδοντόβουρτσα και χρήση οδοντόκρεμας χωρίς αποτριπτικούς παράγοντες, καθώς και τοπική εφαρμογή γέλης χλωρεξιδίνης 0,20%, 3-4 φορές την ημέρα. Μετά από 15 ημέρες δεν παρατηρήθηκε βελτίωση στην κλινική εικόνα ή τα ενοχλήματα, οπότε έγινε ολική εξαίρεση της βλάβης με τοπική αναισθησία και κάλυψη του χειρουργικού τραύματος με περιοδοντική κονία. Κατά την αφαίρεση του παθολογικού ιστού παρατηρήθηκαν μακροσκοπικά λευκά τεμαχίδια εξωγενούς ουσίας, περισσότερο συμβατής με κονία προσωρινής συγκόλλησης. Η επούλωση ήταν ομαλή.

Το ιστοτεμάχιο μονιμοποιήθηκε σε ουδέτερη φορμόλη 10%, εγκλείστηκε σε παραφίνη και μικροτομές 5μm χρώσθηκαν με αιματοξυλίνη και νωσίνη. Στη μικροσκοπική μελέτη παρατηρήθηκε ιστοτεμαχίδιο παρακερατινοποιημένου στοματικού βλεννογόνου, το οποίο εμφάνιζε διηθήσεις από ηιμφοπλάσματοκύτταρα, κοκκιώματα αποτελούμενα από πολυπύρνα γιγαντοκύτταρα τύπου ξένου σώματος και επιθηλιοειδή ιστιοκύτταρα, χωρίς τυροειδή νέκρωση ή περιφερική ανάπτυξη ηιμφοκυττάρων (εικ. 2), καθώς και αθροίσεις από αποστρογγυλεμένα, κρυσταλλικά, ηευκοκίτρινα σωματίδια σε νωσινόφιλη βάση με βασιόφιλη παρυφή (εικ. 3). Τα σωματίδια είχαν μέγεθος >20μm και εμφάνιζαν ηευκοκίτρινη διηλοδιάθλαση



**Εικόνα 2.** Κοκκιώματα αποτελούμενα από πολυπύρνα γιγαντοκύτταρα τύπου ξένου σώματος και επιθηλιοειδή ιστιοκύτταρα (χρώση αιματοξυλίνης-νωσίνης, αρχική μεγέθυνση x400).



**Εικόνα 3.** Αποστρωγγυημένα, κρυσταλλικά, ηευκοκίτρινα σωματίδια σε ηωσινόφιλη βάση που περιβάλλονταν από βασεόφιλη ουσία (χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης, αρχική μεγέθυνση x400).

στο πολωμένο φως. Η τελική διάγνωση ήταν κοκκιωματώδης φλεγμονή, συμβατή με αντίδραση ξένου σώματος. Από τη συνεκτίμηση των κλινικών και ιστοπαθολογικών ευρημάτων τέθηκε η διάγνωση ουλίτιδας ξένου σώματος και δε θεωρήθηκε σκόπιμος ο περαιτέρω έλεγχος του ασθενούς για κοκκιωματώδεις φλεγμονές. Ένα έτος μετά την επέμβαση και την τοποθέτηση των μόνιμων προσθετικών εργασιών, τα ούλα είναι φυσιολογικά και ο ασθενής δεν αναφέρει ενοχλήματα.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην περίπτωση που παρουσιάζεται, η βλάβη είχε τη μορφή εντοπισμένης ουλίτιδας που αναπτύχθηκε μετά τη συγκόλληση προσωρινής προσθετικής αποκατάστασης και δεν ανταποκρίθηκε στην καλή στοματική υγιεινή, την τοπική χρήση αντιμικροβιακού παράγοντα, τη συντηρητική περιοδοντική θεραπεία και την άρση πιθανών τραυματογόνων παραγόντων, όπως η έντονη ψήκτριση και η χρήση οδοντόπαστας με αποτριπτικούς παράγοντες. Στην ιστολογική εξέταση παρατηρήθηκαν κοκκίωματα και σωματίδια εξωγενούς ουσίας. Τα παραπάνω ευρήματα συνεκτιμήθηκαν ως διαγνωστικά της ουλίτιδας ξένου σώματος<sup>4,5</sup> και η αφαίρεση του παθολογικού ιστού σε συνδυασμό με την τοποθέτηση της μόνιμης προσθετικής εργασίας οδήγησαν σε πλήρη αποκατάσταση των ούλων.

Η κλινική διαφορική διάγνωση περιέλαβε την ουλίτιδα αποκλειστικά από οδοντική μικροβιακή πλάκα, το χρόνιο τραυματισμό από ψήκτριση, την αλλεργία εξ επαφής, την αποφλοιωτική ουλίτιδα, την πησματοκυτταρική ουλίτιδα και την κοκκιωματώδη ουλίτιδα. Η καλή κατασκευή της προσωρινής προσθετικής αποκατάστασης, η καλή στοματική υγιεινή, η απουσία ουλίτιδας από άλλες θέσεις και η έλλειψη ανταπόκρισης της βλάβης στη συντηρητική περιοδοντική θεραπεία απέκλεισαν την ουλίτιδα από οδοντική μικροβιακή πλάκα.<sup>8</sup> Ο χρόνιος τραυματισμός από έντονη ψήκτρι-

ση συνήθως οδηγεί σε απώλεια της μεσοδοντίου θηλής και διάβρωση ή εξέλκωση στα προσπεφυκώτα ούλα,<sup>3</sup> και η τροποποίηση της τεχνικής στοματικής υγιεινής είναι θεραπευτική. Αλλεργία εξ επαφής (αλλεργική αντίδραση τύπου IV) μπορεί να αναπτυχθεί τόσο στο εν ψυχρώ πολυμεριζόμενο ακρυλικό, όσο και σε συντηρητικά ή διορθωτικά γεύσης οδοντόπαστας.<sup>3</sup> Και στις δύο περιπτώσεις, ωστόσο, θα αναμένονταν βλάβες και σε άλλες θέσεις του βλεννογόνου που έρχονταν σε επαφή με την ακρυλική ρητίνη ή των ούλων γενικότερα, αντίστοιχα.<sup>3</sup> Η αποφλοιωτική ουλίτιδα τίθεται στη διαφορική διάγνωση, ιδιαίτερα όταν στην ιστολογική εικόνα παρατηρείται λειχηνοειδής φλεγμονή, καθώς αποτελεί συχνή εκδήλωση του ομαλού λειχήνα. Ωστόσο, τόσο ο λειχήνας, όσο και άλλα νοσήματα που εκδηλώνονται με αποφλοιωτική ουλίτιδα, όπως το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων και η πέμφιγα, παρουσιάζουν τυπικά γενικευμένες βλάβες στα ούλα ή και στο στοματικό βλεννογόνο, ενώ, επιπλέον, στις τελευταίες η στοιχειώδης βλάβη είναι η πομφόλυγα.<sup>1,4,9</sup>

Η μικροσκοπική διαφορική διάγνωση κοκκιωματωδών φλεγμονών περιλαμβάνει νοσήματα λοιμώδους αιτιολογίας, όπως η φυματίωση, η τριτόγονος σύφιλη, εν τω βάθει μυκητιάσεις ή παρασιτώσεις, ή νοσήματα μη-λοιμώδους αιτιολογίας, όπως η νόσος του Crohn, η σαρκοείδωση και η κοκκιωματώση του Wegener.<sup>10</sup> Απαιτείται, συνεπώς, προσεκτική συνεκτίμηση των κλινικών, μικροσκοπικών και λοιπών εργαστηριακών ευρημάτων, προκειμένου να τεθεί η ορθή διάγνωση. Στην περίπτωση που παρουσιάζεται, η παρουσία ξένων σωμάτων στο ιστολογικό παρασκεύασμα προσανατόλησε τη διάγνωση προς την ουλίτιδα ξένου σώματος.

Οι εξωγενείς ουσίες εισέρχονται στα ούλα μέσω του επιθηλίου της ουλοδοντικής σχισμής, το οποίο έχει ειδικθεί είτε λόγω προϋπάρχουσας περιοδοντικής νόσου είτε λόγω οδοντιατρικών χειρισμών, όπως η υποουλική απόξεση ή η στίλβωση αποκαταστάσεων, και η παρουσία τους προκαλεί φλεγμονώδη ή φαγοκυτταρική αντίδραση.<sup>1,2,4</sup> Πρόκειται για κυτταροτοξικές ουσίες, όπως το πυρίτιο, η άργιθος και ο σίδηρος, αλλεργιογόνες, όπως ο άργυρος, το χρώμιο, ο κασίτερος, το ζρκόνιο και ο χρυσός, και ουσίες που έχουν και τις δύο ιδιότητες, όπως το νικέλιο, ο χαλκός κι ο υδράργυρος.<sup>4</sup> Η κλινική και ιστολογική εικόνα των βλαβών δε σχετίζεται με την κυτταροτοξική ή αλλεργιογόνο δράση της εξωγενούς ουσίας,<sup>4</sup> αλλά ενδεχομένως επηρεάζεται από άλλους παράγοντες, όπως το μέγεθος, το σχήμα και η θέση των σωματιδίων, η επιφανειακή τάση, το επιφανειακό φορτίο, η μηχανική και ηλεκτρική συμβατότητα, η επιφανειακή πόρωση και ο ρυθμός αποδόμησης, ο χρόνος έκθεσης, και η ανοσολογική αντίδραση του ξενιστή.<sup>5</sup>

Οι ουσίες που αναγνωρίζονται συχνότερα σε μελέτες με EDX είναι το πυρίτιο, το αλουμίνιο, ο σίδηρος και το τιτάνιο,<sup>1,4,5,7</sup> ενώ συχνότερη πηγή προέλευσης είναι οι αποτριπτικοί παράγοντες σε πάστες στίλβω-

σης, δίσκους και ταινίες λείανσης, οδοντόκρεμες, κ.λπ.<sup>4,7</sup> Εξωγενείς ουσίες μπορεί, επίσης, να προέρχονται από χυτά κράματα, κονίες συγκόλλησης, όπως η κονία οξειδίου του ψευδαργύρου, καθώς και από τα εξεταστικά γάντια.<sup>5,9</sup> Ακόμη και όταν η χημική σύσταση της εξωγενούς ουσίας προσδιορίζεται με ακρίβεια, δεν είναι πάντα εφικτή η συσχέτιση με συγκεκριμένο υλικό, καθώς πολλές φορές ο ασθενής δεν μπορεί να θυμηθεί την οδοντιατρική εργασία που προηγήθηκε της εμφάνισης των βλάβων.<sup>2,5</sup>

Με βάση το ιστορικό και την κλινική εικόνα στον ασθενή της παρούσας μελέτης, η εξωγενής ουσία θα μπορούσε να προέρχεται από την η εν ψυχρώ πολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη της προσωρινής προσθετικής αποκατάστασης ή την κονία οξειδίου του ψευδαργύρου της προσωρινής συγκολλητικής ουσίας. Η ακρυλική ρητίνη μπορεί να προκαλέσει φλεγμονή στα ούλα λόγω επιφανειακής αδρότητας, παραμονής υπολειμμάτων, χαιρόντων ορίων ή χημικού τραύματος, ακόμη και όταν είναι καλά γυαλισμένη και εφαρμόζεται καλή στοματική υγιεινή.<sup>11</sup> Η προέλευση από την κονία προσωρινής συγκόλλησης υποστηρίζεται τόσο από τη μακροσκοπική παρατήρηση τεμαχιδίων κατά την αφαίρεση της βλάβης, όσο και από ανάλογη αναφορά σε προηγούμενη μελέτη.<sup>5</sup> Ωστόσο, με τη μορφή κρυστάλλων, επιμήκων ή βελινοειδών, εμφανίζεται κατά κανόνα το Al, που χρησιμοποιείται με τη μορφή κορουνδίου (Al<sub>2</sub>O<sub>3</sub>) και σε συνδυασμό με άηλα μέταλλα ως αποτριπτικός παράγοντας σε δίσκους λείανσης, κονίες στίλβωσης, οδοντόπαστες, ή βρίσκεται σπανιότερα σε υλικά αποκατάστασης.<sup>5</sup> Στην παρούσα μελέτη, όμως, οι κρυστάλλοι ήταν αποστρωγγυλιμένοι και με βάση τα μορφολογικά χαρακτηριστικά και τις διπλοδιαθλαστικές ιδιότητες δεν έμοιαζαν με αυτούς που περιγράφονται σε προηγούμενες μελέτες.<sup>2,4,5,7,12,13</sup> Σημειώνεται πως μία περίπτωση κοκκιωμάτωδους ουλίτιδας μετά την τοποθέτηση μόνιμης προσθετικής αποκατάστασης αποδόθηκε στην παρουσία αποτριπτικού παράγοντα και όχι στη συγκολλητική κονία.<sup>14</sup>

Επειδή η ουλίτιδα ξένου σώματος δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική περιοδοντική θεραπεία ή στην τοπική εφαρμογή κορτικοστεροειδών, απαιτείται χειρουργική αφαίρεση, η οποία μπορεί να έχει επιπτώσεις στο δόντι, π.χ. να προκληθεί αυχενική αποκάθιση ή αποκάθιση των ορίων της αποκατάστασης, με αποτέλεσμα να προκύψει ανάγκη αποκατάστασης του ιστικού ελλείμματος με μόσχευμα.<sup>6</sup> Για αυτό είναι σημαντικό να λαμβάνονται μέτρα για την αποφυγή ανάπτυξης της κοκκιωμάτωδους ουλίτιδας, όπως η αποφυγή στίλβωσης αμέσως μετά από την περιοδοντική θεραπεία, οπότε η πιθανότητα έλκωσης του επιθηλίου της ουλοδοντικής σχισμής είναι πολύ μεγάλη, η αποφυγή χρήσης αμμοβολής ή οδοντόπαστας με αποτριπτικές ουσίες σε ασθενείς με τραυματισμένα ούλα, και προσεκτικοί χειρισμοί κατά την τοποθέτηση, λείανση και στίλβωση εμφράξεων ή προσθετικών εργασιών.<sup>2,5,7</sup>

Συμπερασματικά, η ουλίτιδα ξένου σώματος πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση φλεγ-

μονών των ούλων χωρίς εμφανές αίτιο, όπως άθροισμα οδοντικής μικροβιακής πλάκας, τραύμα και χρόνιος ερεθισμός. Η αναγνώρισή της προφυλάσσει τον ασθενή από το να υποβληθεί σε ατελέσφορες περιοδοντικές θεραπείες ή σε εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις. Παράλληλα, ο οδοντίατρος πρέπει να παίρνει τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης για την αποφυγή πρόκλησης της βλάβης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- NEVILLE BD, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. Periodontal Diseases. In: DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE, NEVILLE BD. *Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd Edition. V.B. Saunders Company, Philadelphia, 2002: 137-162.*
- DALEY TD, WYSOCKI GP. Foreign body gingivitis: an iatrogenic disease? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990, 69: 708-12.*
- HULMSTRUP P. Non-Plaque Induced Inflammatory Gingival Lesions. In: LAND NP, KARRING T, LINDHE J. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 5th Edition. Blackwell Munksgaard, Oxford, 2008, 377-404.*
- GORDON SC, DALEY TD. Foreign body gingivitis: clinical and microscopic features of 61 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997, 83: 562-70.*
- KOPPANG HS, ROUSHAN A, SRAFILZADEH A, STØLEN SØ, KOPPANG R. Foreign body gingival lesions: distribution, morphology, identification by X-ray energy dispersive analysis and possible origin of foreign material. *J Oral Pathol Med 2007, 36: 161-72.*
- DEERBERG F. Fremdkorperbedingte Gingivitis und Rhinitis bei Wistar AF-HAN-Ratten. *Etsch Tierarztl Wochenschr 1971, 78: 523-4.*
- GORDON SC, DALEY TD. Foreign body gingivitis: identification of the foreign material by energy-dispersive x-ray microanalysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997, 83: 571-6.*
- CARRANZA FA, RAPLEY JW, HAAKE SK. Gingival Inflammation. In: TAKEI HH, CARRANZA FA, NEWMAN MG. *Carranza's Clinical Periodontology. 9th Edition. W.B. SAUNDERS COMPANY, Philadelphia, 2002: 263-268.*
- GRAVITIS K, DALEY TD, LOCHHEAD MA. Management of patients with foreign body gingivitis: report of 2 cases with histologic findings. *J Can Dent Assoc 2005, 71: 105-9.*
- TETTAMANTI L, AZZI L, GRIMALDI A, KARANG D, FARRONATO D, BOMBECCARI G, et al. An unusual green macular lesion of the gingiva: a foreign-body granulomatous reaction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2014, 117: e65-9.*

11. TRIVEDI SC, TALIM ST. The response of human gingiva to restorative materials. *J Prosthet Dent* 1973, 29: 73-80.
12. CATALDO E, SANTIS H. Response of the oral tissue to exogenous foreign materials. *J Periodontol* 1974, 45: 93-106.
13. STEWART CM, WATSON RE. Experimental oral foreign body reactions. Commonly employed dental materials. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990, 69: 713-9.
14. GORDON S. Foreign body gingivitis associated with a new crown: EDX analysis and review of the literature. *Oper Dent* 2000, 25: 344-8.