

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

REVIEW

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΥΠΟΔΥΟΝΤΑΙ ΒΛΑΒΕΣ

NORMAL STRUCTURES AND VARIATIONS OF THE ORAL MUCOSA THAT MAY MIMIC LESIONS

Ε. ΚΟΤΣΑΗΛΙΔΗ¹, Ι. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ², Κ.Ι. ΤΟΣΙΟΣ³, Α. ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ⁴E. KOTSAILIDI¹, I. TOUTOZAS², K.I. TOSIOS³, A. SKLAVOUNOU⁴

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Φυσιολογικές δομές και παραλλαγές του στοματικού βλεννογόνου μπορεί να γίνουν τυχαία αντιληπτές από τον ασθενή στη διάρκεια αυτοεξέτασης και να εκληφθούν ως παθολογικές εξεργασίες. Ακόμη και ο οδοντίατρος, που είναι εξοικειωμένος με τη φυσιολογική ανατομία της στοματικής κοιλότητας, μπορεί μερικές φορές να αντιμετωπίσει διαγνωστικό πρόβλημα όταν συναντά παραλλαγές του βλεννογόνου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις συχνότερες φυσιολογικές ανατομικές δομές ή παραλλαγές του στοματικού βλεννογόνου, οι οποίες μπορεί να υποδύονται βλάβες και η διαφοροδιάγνωσή τους από παθολογικές εξεργασίες. Έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας στις διαδικτυακές πλατφόρμες MEDLINE PubMed και Google Scholar με λέξεις-κλειδιά *ληυκοίδημα, κίρσοι γλώσσας, φυσιολογική μελάγχρωση, λευκή γραμμή, αυθακωτή γλώσσα, γεωγραφική γλώσσα, εντυπώματα γλώσσας, συγγενή βοθρία χείλους, διπλό χείλος, κοκκία Fordyce, οπισθοκυνοδοδοντική θηλή, σιαλική θηλή, θηλές της γλώσσας και έκτοπος λεμφικός ιστός* και περίοδο αναζήτησης από το 2000 έως το 2015. Η διαφοροδιάγνωση φυσιολογικών ανατομικών δομών ή παραλλαγών του στοματικού βλεννογόνου περιλαμβάνει ποικίλες βλάβες και στηρίζεται κατά κανόνα στο λεπτομερές ιστορικό και στην κλινική εξέταση. Συμπερασματικά, ο οδοντίατρος οφείλει να γνωρίζει τα χαρακτηριστικά των ανατομικών δομών και των παραλλαγών του βλεννογόνου, προκειμένου να μπορεί να τα διακρίνει και να καθυστεράσει τους ασθενείς αποφεύγοντας άσκοπες παρεμβάσεις.

ABSTRACT Normal structures and variations of the oral mucosa may be perceived as pathologic lesions by the patient during self-examination. This may also apply to the dental practitioner, who although familiar with the appearance of the normal oral mucosa may occasionally face a diagnostic problem upon their recognition. The aim of this paper is to review the literature on the common normal structures and variations of the oral mucosa that may mimic lesions, and to discuss their differential diagnosis. Using the key words *leukoedema, varicosities, racial pigmentation, linea alba, fissured tongue, geographic tongue, crenated tongue, congenital lip pits, double lip, Fordyce's granules, retrocuspid papilla, salivary papilla, tongue papillae and ectopic lymphoid tissue*, the literature search was conducted in the databases MEDLINE PubMed and Google Scholar during the time period 2000 to 2015. Differential diagnosis of these normal structures and variations of the oral mucosa includes pathologic lesions. A detailed medical history followed by a careful clinical examination is required to establish final diagnosis. In conclusion, knowledge of the morphological features and the frequency of occurrence of these variations as well as the clinical aspects of pathologic lesions with similar clinical appearance are mandatory, in order to reassure the patient and avoid unnecessary medical interventions.

Όροι ευρετηρίασεως Φυσιολογικές δομές, στοματικός βλεννογόνος, διαφορική διάγνωση

Key words Normal structures, oral mucosa, differential diagnosis

¹ Οδοντίατρος

² Dr. ΕΚΠΑ, Επιστημονικός συνεργάτης Εργαστηρίου Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

³ Επίκουρος Καθηγητής Εργαστηρίου Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

⁴ Καθηγήτρια Εργαστηρίου Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

¹ Dentist

² PhD, Clinical Associate Dept of Oral Pathology, School of Dentistry, NKUoA

³ Associate Professor, Dept of Oral Pathology, School of Dentistry, NKUoA

⁴ Professor, Dept of Oral Pathology, School of Dentistry, NKUoA

Υπεύθυνος επικοινωνίας

Ε. Κοτσαηλίδη
Ευριπίδου 1, 145 63, Αθήνα
Τηλ: 6937459988
E-mail: eliannakotsailidi@gmail.com

Correspondence

E. Kotsailidi
1 Evripidou Str, 14563, Athens
E-mail: eliannakotsailidi@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Φυσιολογικές δομές του στοματικού βλεννογόνου μπορεί να γίνουν τυχαία αντιληπτές από τον ασθενή στη διάρκεια αυτοεξέτασης και να εκληφθούν ως παθολογικές εξεργασίες. Ακόμη όμως και ο οδοντίατρος, που είναι κατά κανόνα εξοικειωμένος με τη φυσιολογική ανατομία της στοματικής κοιλότητας, μπορεί μερικές φορές να αντιμετωπίσει διαγνωστικό πρόβλημα όταν συναντά παραήλαγές του βλεννογόνου που υποδύονται βλάβες.¹ Οι φυσιολογικές δομές και οι παραήλαγές του βλεννογόνου μπορεί να εμφανίζονται κλινικά ως μεταβολές της χροιάς ή της μορφολογίας. Η συχνότητα εμφάνισης των παραήλαγών ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τη φυλή και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση.² Η γνώση και η εμπειρία, αλλήλα και η λήψη πλήρους ιστορικού που περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την εμφάνιση και τη διάρκεια της «βλάβης», την παρουσία συμπτωμάτων, τις συνήθειες του ασθενούς, όπως η χρήση καπνού, έξις κ.ά., είναι απαραίτητα για την ορθή διάγνωση.³

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η περιγραφή των συχνότερων φυσιολογικών ανατομικών δομών ή παραήλαγών του στοματικού βλεννογόνου οι οποίες μπορεί να υποδύονται βλάβες και η διαφοροδιάγνωσή τους από παθολογικές εξεργασίες.

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΧΡΟΙΑΣ

Λευκοίδημα. Στο λευκοίδημα ο βλεννογόνος εμφανίζει γκριζα ή λευκωπή χροιά και μεμβρανώδη όψη με επιφανειακές πτυχώσεις.^{1,4} Παλαιότερα θεωρείτο ότι εμφανιζόταν μόνο σε ενήλικες, όμως έχει περιγραφεί και σε παιδιά και έχει ιδιαίτερη προτίμηση στη μαύρη φυλή.^{3,5} Παρατηρείται συχνά στον παρειακό βλεννογόνο, συνήθως αμφοτερόπλευρα και είναι ασυμπτωματικό. Χαρακτηριστικό σημείο για τη διάγνωση του λευκοιδήματος αποτελεί η εξαφάνισή του όταν διαταθεί ο βλεννογόνος της παρειάς.

Πρόκειται για κατάσταση πολυπαραγοντικής μάλλον αιτιολογίας. Το κάπνισμα έχει προταθεί ως προδιαθεσικός ή κύριος αιτιολογικός παράγοντας και αναφέρεται πως οι γηραιότεροι ασθενείς με λευκοίδημα έχουν δέκα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με άτομα που δεν φέρουν λευκοίδημα.⁵ Δεν απαιτείται θεραπεία. Κατά καιρούς έχουν δοκιμαστεί η εφαρμογή ρετινοϊκού οξέως ή η απόξεση, χωρίς καλά αποτελέσματα, αφού το λευκοίδημα επανεμφανίζεται.²

Κιρσοί γλώσσας. Οι κιρσοί προκύπτουν από διεύρυνση του φλεβικού δικτύου, πιθανώς λόγω απώλειας των στηρικτικών ιστών γύρω από τα αγγεία ύστερα από μείωση των ελαστικών ινών. Αποτελούν πολύ συχνά ευρήματα σε άτομα ηλικίας άνω των 60-65 ετών. Η επίπτωσή τους υπολογίζεται περίπου στο 60% του πληθυσμού και αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας.^{1,6,7} Εμφανίζονται με συχνότητα 59,3% στον γενικό πληθυσμό, τόσο σε γυναίκες όσο και σε άντρες.⁷ Κλινικά εκδηλώνονται ως συρρέουσες, μικρές κυανές

διογκώσεις στην κοιλιακή επιφάνεια της γλώσσας («caviar tongue»)^{1,8}. Μπορεί επίσης να εμφανιστούν στο έδαφος του στόματος, κυρίως γύρω από τα στόμα των υπογλώσσιων σιελογόνων αδένων και περιστασιακά στις παρειές ή στα χείλη. (εικ. 1) Στην περίπτωση που συνοδεύονται από θρομβώσεις, αποκτούν σκληρή-ελαστική σύσταση και ενδεχομένως να είναι συμπτωματικοί.^{1,8}

Οι κιρσοί είναι ασυμπτωματικοί και δεν απαιτούν θεραπεία.⁸ Έχει προταθεί, χωρίς να τεκμηριωθεί, η σχέση τους με καρδιοπνευμονικά προβλήματα και με κιρσούς στα κάτω άκρα.¹

Φυσιολογική ή φυλετική Μελάγχρωση. Πρόκειται για φυσιολογική αύξηση της μελανίνης και παρατηρείται συχνά σε άτομα με σκούρο δέρμα, δηλαδή σε πληθυσμούς της Ασίας, της Αφρικής και της Μεσογείου.⁹⁻¹³ Συνήθως, εμφανίζεται κατά τις δύο πρώτες δεκαετίες της ζωής, επεκτείνεται με την πάροδο της ηλικίας και το χρώμα γίνεται πιο σκούρο κατά την εφηβεία.^{9,13} Κλινικά εμφανίζεται με ασυμπτωματικές μελαγχρωματικές κηλίδες σε διαφόρους σχηματισμούς και μεγέθη, με χρώμα που ποικίλλει από καστανό, κυανό έως μαύρο, ανάλογα με την ποσότητα και την εντόπιση της μελανίνης στους ιστούς. Εντοπίζεται συχνότερα στην περιοχή των προσεφυκότων ούλων ως μία σαφώς οριοθετημένη σκούρα καστανή ζώνη, η οποία συνήθως διακόπτεται στην περιοχή των ελευθέρων ούλων. (εικ. 2) Άλλα σημεία εντόπισης είναι ο παρειακός βλεννογόνος και η υπερώα, όπου αναγνωρίζονται συνήθως καστανές κηλίδες με ασαφή όρια, τα χείλη και η γλώσσα, ενώ συχνή είναι και η εμφάνιση μελάγχρωσης σε μυκτοειδείς θηλές.^{9,13}



Εικόνα 1. Κιρσοί γλώσσας.



Εικόνα 2. Φυσιολογική μελάγχρωση ελευθέρων ούλων.

Η τάση για μελάγχρωση καθορίζεται γενετικά, ενώ η έντασή της επηρεάζεται από φυσικούς, χημικούς και ορμονικούς παράγοντες.¹² Έχει υποστηριχθεί ότι η χρήση καπνού, οι ορμονικές μεταβολές που επέρχονται στην εφηβεία, καθώς και η λήψη ορισμένων φαρμάκων επιτείνουν την προϋπάρχουσα φυσιολογική μελάγχρωση.⁹

Απαιτούν αντιμετώπιση μόνον όταν οι ασθενείς παραπονούνται για αισθητικούς λόγους, π.χ. σε ουλικό χαμόγελο. Στις περιπτώσεις αυτές η χρήση laser θεωρείται ασφαλής και επιφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα τόσο για τον ασθενή όσο και για τον επεμβαίνοντα. Έχει αναφερθεί πως με laser Er:YAG δεν παρατηρήθηκε επανεμφάνιση της μελάγχρωσης ύστερα από χρονικό διάστημα παρακολούθησης 6 έως 18 μηνών,^{14,15} ενώ με laser CO₂ τα αισθητικά αποτελέσματα δεν διαρκούν μακροπρόθεσμα, καθώς η μελάγχρωση ενδέχεται να επανεμφανιστεί μερικώς εντός των επόμενων 12 ή 24 μηνών.¹⁶

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ

Λευκή Γραμμή. Πρόκειται για λευκή επηρμένη γραμμή που αποδίδεται σε γραμμοειδή υπερκερατινοποίηση σε μη-κερατινοποιημένο επιθήλιο.¹ Πιο συχνά εντοπίζεται στον βλεννογόνο των παρειών αμφοτερόπλευρα, εκτεινόμενη από τη γωνία του στόματος μέχρι και τον τελευταίο γομφίο κατά μήκος του επιπέδου σύγκλησης των δοντιών, ενώ μπορεί να εμφανισθεί και στα πλάγια χείλη της γλώσσας.^{1,3} (εικ. 3) Αναφέρεται συχνότερη εμφάνιση στις γυναίκες.¹⁷

Η ύπαρξη ενδοστοματικής αρνητικής πίεσης, η οποία διευκολύνει την είσοδο του παρειακού βλεννογόνου μεταξύ των μαστικών επιφανειών των δοντιών, καθώς και η τριβή που προκαλείται κατά τη μάσηση, έχουν προταθεί ως μηχανισμοί δημιουργίας της λευκής γραμμής.^{1,3} Δεν χρειάζεται θεραπεία, εκτός και αν προβάλλει έντονα και τραυματίζεται, οπότε ενδείκνυται η ρύθμιση της σύγκλησης του ασθενούς.

Αυθακωτή γλώσσα. Η αυθακωτή ή οσχεοειδής γλώσσα αποτελεί συνήθη φυσιολογική παραλλαγή του βλεννογόνου της γλώσσας που απαντάται στον γενικό πληθυσμό με συχνότητα 3,9% ως 21,1%.^{6,18} Ορισμένες μελέτες δείχνουν πως εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες,^{6,19} άλλες διαπιστώνουν υπεροχή των γυναικών¹⁷ και άλλες δεν εντοπίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης μεταξύ των δύο φύλων.⁵ Κλινικά εμφανίζεται με αυθακώσεις που προκύπτουν ως βάθυνση των φυσιολογικών σχισμών της γλώσσας, κυρίως στη ράχη αλλά και στα πλάγια χείλη της. Χαρακτηριστική είναι η κεντρική αύλακα στη μέση γραμμή, από την οποία ξεκινούν άλλες μικρότερες, σε διάφορες κατευθύνσεις.^{3,20} Οι αυθακώσεις ποικίλλουν σε βάθος, μέγεθος και αριθμό και δεν συνοδεύονται από ενοχλήματα. (εικ. 4) Έχει συσχετιστεί με την ηλικία, την έλλειψη βιταμινών, την κακή στοματική υγιεινή, τη συχνή κατανάλωση τσαγιού και



Εικόνα 3. Λευκή γραμμή σε βλεννογόνο παρειάς.

το κάπνισμα, αλλά πιθανώς έχει κληρονομικό υπόβαθρο.^{5,6,19,21,22} Η αυθακωτή γλώσσα σε συχνότητα που κυμαίνεται από 1,3% ως 60% αναπτύσσεται ταυτόχρονα με τη γεωγραφική γλώσσα,^{6,22-24} μια φλεγμονώδη διαταραχή του βλεννογόνου της γλώσσας άγνωστης αιτιολογίας,²⁵ ο επιπολασμός της οποίας στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1% ως 2%.^{6,17,19,20,22,26}

Ορισμένες έρευνες δείχνουν συχνότερη εμφάνιση της γεωγραφικής γλώσσας σε γυναίκες²⁵ και άλλες υποστηρίζουν πως δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο φύλων.^{19,25} Κλινικά χαρακτηρίζεται από περιγεγραμμένες περιοχές με απόπτωση ή ατροφία των τριχοειδών θηλών, που μοιάζουν με ερυθρηματώδεις βλάβες και περιβάλλονται από επηρμένα όρια λευκωπής χροιάς, κυρίως στη ράχη και στα πλάγια χείλη της γλώσσας. (εικ.5) Οι περιοχές αυτές αλλιάζουν ταχέως χρώμα, μέγεθος και εντόπιση και χαρακτηρίζονται από εξάρσεις και υφέσεις, κατά τις οποίες εξαφανίζονται χωρίς να καταλείπουν ουλή. Όταν επανεμφανιστούν, εντοπίζονται σε διαφορετικό σημείο, δίνοντας έτσι στη διαταραχή αυτή «μεταναστευτικό» χαρακτήρα.²⁵

Η αυθακωτή γλώσσα είναι συχνή σε ασθενείς με σύνδρομα, όπως τα Down, Sjogren, Melkersson-Rosenthal, ακρομεγαλία, καθώς και με ψωρίαση.²⁷⁻³¹ Σημειώνεται πως ανάλογη αυξημένη συχνότητα εμφάνισής της σε ασθενείς με ψωρίαση έχει αναφερθεί και για τη γεωγραφική γλώσσα.³² Η οσχεοειδής γλώσσα ως παραλλαγή του βλεννογόνου δεν απαιτεί



Εικόνα 4. Αυθακωτή γλώσσα.



Εικόνα 5. Γεωγραφική γλώσσα.

θεραπεία, παρά μόνο εφυσουασμό του ασθενούς. Πολύ πιθανόν στις αυθακώσεις να παγιδούνται υπολείμματα τροφών και μικρόβια, τα οποία οδηγούν σε φλεγμονή των σχισμών, οπότε συστήνεται ήπιο βούρτσισμα της γλώσσας.^{3,27}

Εντυπώματα Γλώσσας. Πρόκειται για ρηχά εντυπώματα στα πλάγια χείλη της γλώσσας.³³ Η συχνότητα εμφάνισής τους υπολογίζεται από 3,9% ως 11,9% και ποικίλλει μεταξύ διαφορετικών φυλών. Έχει παρατηρηθεί συχνότερη εμφάνισή τους σε γυναίκες κατά την τρίτη δεκαετία της ζωής τους. Παρατηρούνται συχνά σε άτομα που έχουν την συνήθεια να πιέζουν τη γλώσσα πάνω στα δόντια ή έχουν την τάση να σφίγγουν τα δόντια τους.^{34,35} Ωστόσο, εντυπώματα στη γλώσσα απαντώνται και σε παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν μακρογλωσσία, όπως το μυξοίδημα, η αμυλοείδωση και η λιποειδική πρωτείνωση.^{35,36}

Συγγενή Βοθρία Χείλους. Πρόκειται για σπάνια συγγενή παραμόρφωση του κάτω χείλους.⁸ Κλινικά εμφανίζονται ως βαθύνσεις στο ερυθρό κράσπεδο του κάτω χείλους, συνήθως αμφοτερόπλευρες και συμμετρικές προς τη μέση γραμμή ή ως συρίγγια βάθους έως και 1,5 εκ., που διεισδύουν στους υποκείμενους σιελογόνους αδένες και μέσω των οποίων παρατηρείται μικρή ροή σάλιου.^{37,38} Προκύπτουν από την παραμονή των πηλαγίων αυθακων του κάτω γναθιαίου τόξου, οι οποίες κανονικά εξαφανίζονται κατά την έκτη εμβρυϊκή εβδομάδα.^{8,21} Μπορεί να εμφανίζονται μεμονωμένα ή να αποτελούν εκδηλώσεις συνδρόμων, όπως τα Van Der Woode,⁸ το σύνδρομο ιγνυακού πτερυγίου (Poptiteal pterygium syndrome),^{8,39} το στοματο-προσωπο-δακτυλικό σύνδρομο τύπου 1 και το σύνδρομο Kabuki.⁸ Αφαιρούνται χειρουργικά μόνο αν δημιουργούν αισθητικό πρόβλημα στον ασθενή.^{8,37}

Διπλό Χείλος. Πρόκειται για σπάνια δυσπλασία, κυρίως του άνω χείλους, που συνήθως είναι συγγενής και σπάνια επίκτητη. Συγγενώς εμφανίζεται κατά τη μετάβαση από τον δεύτερο στον τρίτο μήνα της κύησης. Η επίκτητη μορφή του οφείλεται σε τραυματικές συνθήκες, όπως η εισρόφηση του χείλους, ή αποτελεί εκδήλωση του συνδρόμου Ascher.⁸ Χαρακτηρίζεται από παχιά βλεννογόνια πτυχή που φέρεται εσωτερικά. Σπάνια εντοπίζεται στο κάτω χείλος ή και στα δύο συγχρόνως. Η πτυχή γίνεται αντιληπτή όταν ο ασθενής μιλάει, χαμογελάει και όταν το χείλος διατείνεται.^{8,21} Πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκειται από το σύνδρομο Ascher, στο οποίο συνυπάρχουν βλεφαροχάλαση και μη τοξική διόγκωση του θυρεοειδούς.²¹ Αφαιρείται μόνο αν δημιουργεί αισθητικό πρόβλημα στον ασθενή.²¹

Κοκκία Fordyce. Πρόκειται για αθροίσματα έκτοπων σμηγματογόνων αδένων σε διάφορες θέσεις του στοματικού βλεννογόνου.¹ Ο επιπολασμός τους ποικίλλει από 1,3% έως 82,8%, απόκλιση που αποδίδεται σε φυλετικές διαφορές.^{6,20,26,40} Εμφανίζονται κυρίως σε άνδρες, ενώ άλλες έρευνες δείχνουν επικράτηση



Εικόνα 6. Κοκκία Fordyce σε βλεννογόνο παρεϊάς.

των γυναικών.^{6,28,22,41-43} Απαντώνται κυρίως σε ενήλικες και σπανιότερα σε βρέφη και παιδιά, καθώς ως το τέλος της ενηλικίωσης δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως οι σμηγματογόνοι αδένες και τα τριχοθυλάκια.^{8,22} Κλινικά εμφανίζονται ως πολυάριθμες, ελαφρώς επηρμένες, κίτρινες ή λευκοκίτρινες βλατίδες μεγέθους «κεφαλής καρφίτσας».^{1,43} (εικ.6) Εδράζονται συνηθέστερα στο ερυθρό κράσπεδο και στην έσω επιφάνεια του άνω χείλους, αλλιά και στο κάτω χείλος. Άλλες συχνές θέσεις εντόπισης αποτελούν ο βλεννογόνος της παρεϊάς, όπου ευρίσκονται συνήθως αμφοτερόπλευρα, η περιοχή της συγχείλιας ή των γομφίων και πιο σπάνια η περιοχή κοντά στις αμυγδαλές.^{8,22,43} Είναι ασυμπτωματικά και με την πάροδο της ηλικίας προβάλλουν περισσότερο.⁴³

Η παθοφυσιολογία των κοκκίων Fordyce παραμένει άγνωστη, με επικρατέστερη την άποψη ότι οι σμηγματογόνοι αδένες εγκλείονται στο βλεννογόνο κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη.⁴³ Δεν απαιτούν θεραπεία, εκτός αν προκύπτουν αισθητικοί λόγοι.¹ Σε περίπτωση αφαίρεσης, η ιστοπαθολογική εξέταση δείχνει σμηγματογόνους αδένες που δεν σχετίζονται με τριχοθυλάκια.⁴³

Οπισθοκυνοδοντική θηλή. Είναι μια ογκόμορφη φυσιολογική ανατομική δομή ή ανατομική παραλλαγή των ούλων,⁴⁴ που παρατηρείται πιο συχνά σε παιδιά και νέους ενήλικες, με συχνότητα από 11,3% σε ενήλικες έως 38,5% σε νεαρές ηλικίες. Έρευνες αναφέρουν συχνότερη εντόπισή του στις γυναίκες.^{44,45} Εμφανίζεται ως σαφώς περιγεγραμμένο, άμισχο, φυσιολογικού χρώματος, μαλακής σύστασης ογκίδιο, διαμέτρου λίγων χιλιοστών, το οποίο εντοπίζεται στα γλωσσικά ούλα, αντίστοιχα με τους κυνόδοντες της κάτω γνάθου (εικ. 7). Είναι ασυμπτωματικό, αμφοτερόπλευρο,



Εικόνα 7. Οπισθοκυνοδοντική θηλή.

και με την πάροδο της ηλικίας μπορεί να υποστρέψει ή και να εξαφανισθεί.⁴⁴ Δεν απαιτεί χειρουργική αφαίρεση, πρέπει όμως να διαφοροδιαγιγνώσκεται από ογκόμορφες παθολογικές βλάβες των ούλων.⁴⁴

Σιαλική θηλή. Η σιαλική θηλή είναι η θέση στο βλεννογόνο της παρειάς, όπου εκβάλλει ο πόρος της παρωτίδας. Εντοπίζεται τοπογραφικά, αντίστοιχα με τη μύλη του πρώτου άνω γομφίου, και φαίνεται ως «ογκίδιο». (εικ. 8) Ο κλινικός οδοντίατρος είναι συνήθως εξοικειωμένος με την εικόνα της σιαλικής θηλής και η όποια ανατομική παραληλαγή είναι κατά κανόνα αμφοτερόπλευρη. Η σιαλική θηλή μπορεί να εμφανιστεί διογκωμένη έπειτα από φλεγμονή που μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες, όπως από ερεθισμό από τρυγία, τραυματισμό από δήξη, παρουσία σιαλόλιθου.

Θηλές της γλώσσας. Οι περικεχαρκαωμένες θηλές αποτελούν γνωστή ανατομική δομή της γλώσσας. Η εμφάνιση και χαρακτηριστική διάταξή τους στο γευστικό λάμδα αποτελούν κλασική οδοντιατρική γνώση. Ωστόσο, μερικές φορές η τυχαία παρατήρησή τους από τους ασθενείς στη διάρκεια αυτοεξέτασης, π.χ. για φαρυγγίτιδα, δημιουργεί προβληματισμό, ανησυχία, και πολλές φορές αναίτιες διαγνωστικές και «θεραπευτικές» ενέργειες. Οι μυκτοειδείς θηλές δεν δημιουργούν συνήθως προβληματισμό. Πρόσφατα ωστόσο, έχει αναφερθεί φλεγμονώδης διογκωση μίας ή περισσότερων μυκτοειδών θηλών της γλώσσας ως *παροδική φλεγμονή των γλωσσικών θηλών (transient lingual papillitis)*.⁴⁶ Διακρίνονται δύο κύριες κλινικές μορφές, η *εντοπισμένη*, που περιορίζεται σε μία ή περισσότερες θηλές σε περιορισμένη περιοχή της γλώσσας, κυρίως στην κορυφή, στα πλάγια χείλη ή στη ραχιαία επιφάνεια (εικ. 9),^{8,46,47} τη *γενικευμένη*, όπου προσβάλλεται μεγάλο ποσοστό των μυκτοειδών θηλών σε ολόκληρη τη γλώσσα. Είναι οξείες καταστάσεις.^{46,47} Οι μυκτοειδείς θηλές εμφανίζουν χροιά συνήθως εξέρυθρη, φυσιολογική, λευκωπή ή κιτρινωπή⁴⁶ και μπορεί να συνοδεύονται από πόνο, καύσο, κνησμό, αίσθηση νυγμού, ευαισθησία σε θερμές τροφές, δυσκολία στη σίτιση.^{8,46,47} Περιγράφονται επίσης ως *οικογενής γενικευμένη μορφή* και *βλατιδοκερατωτική μορφή*, που χαρακτηρίζονται από χρονιότητα, γενικευμένη προσβολή της γλώσσας, και ασυμπτωματικές ή λευκές ή λευκοκίτρινες διογκωμένες μυκτοειδείς θηλές παρακεράτωσης.⁴⁶

Η αιτιολογία της νόσου είναι αδιευκρίνιστη και πιθανώς πολυπαραγοντική. Έχει συσχετιστεί με οξύ ή χρόνιο μηχανικό τραυματισμό της γλώσσας, γεωγραφική γλώσσα, άγχος, έλλειψη ύπνου, κακή διατροφή, κατανάλωση όξινων ή ερεθιστικών τροφών, αθηρογία σε τρόφιμα, προϊόντα στοματικής υγιεινής ή toner φωτοτυπικού μηχανήματος, ενοχλήματα από το πεπτικό και ορμονικές μεταβολές, προσβολή από ρινογόνο παράγοντες, κυρίως ιούς, ενώ σε πολλές περιπτώσεις θεωρείται ιδιοπαθής.^{46,47} Η αντιμετώπιση της νόσου είναι συμπτωματική και έχει στόχο την ανακούφιση των ασθενών.^{46,47}



Εικόνα 8. Σιαλική θηλή.



Εικόνα 9. Διογκωμένες περικεχαρκαωμένες θηλές.

Έκτοπος λεμφικός ιστός. Ο έκτοπος λεμφικός ιστός εμφανίζεται με τη μορφή λευκοκίτρινης ή ελαφρά εξέρυθρης υπέγερσης, ωοειδούς σχήματος και μεγέθους έως λίγα εκατοστά, κυρίως στα οπίσθια πλάγια χείλη της γλώσσας, όπου εντοπίζονται οι φυλλοειδείς θηλές, στη μαλακή υπερώα, στο έδαφος του στόματος και στην κάτω επιφάνεια της γλώσσας.^{1,48,49} Συνήθως, παραμένει ασυμπτωματικός,^{1,48} αλλά ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν πως η ύπαρξη του σχετίζεται με τη δημιουργία λεμφοεπιθηλιακών κύστεων.¹ Δεν απαιτεί θεραπεία, εκτός αν εμφανίσει συμπτώματα.^{1,48}

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφέρθηκαν οι ανατομικές δομές και οι παραληλαγές του φυσιολογικού βλεννογόνου του στόματος, οι οποίες μπορεί να υποδύονται βλάβες του βλεννογόνου και να εκλαμβάνονται ως σημεία νόσων. Στοιχεία του ιστορικού, όπως η εμφάνιση και η διάρκεια της «βλάβης», η ύπαρξη πιθανών συνοδών συμπτωμάτων και οι συνθήκες του ασθενούς, σε συνδυασμό με τα κλινικά χαρακτηριστικά, θέτουν σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις τη διάγνωση, χωρίς να απαιτούνται περαιτέρω εξετάσεις. Το λευκοίδημα, η λευκή γραμμή και τα κοκκία Fordyce λόγω της λευκής χροιάς πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από τον ομαλό λειχήνα, κυρίως τη

δικτυωτή και την υπερπληστική μορφή, τη λευκοπληκία, την ψευδομεμβρανώδη και την υπερπληστική μορφή καντιντίασης. Στον ομαλό λειχήνα μπορεί να υπάρχει πόνος,⁵⁰ ενώ η δικτυωτή μορφή που εμφανίζεται συχνά στο βλεννογόνο της παρειάς δίνει βλάβες αμφοτερόπλευρα, που έχουν τη μορφή δικτύου διαπλεκόμενων λευκών βλατίδων.⁵¹ Η λευκοπληκία είναι εντοπισμένη, σπάνια πολυεστιακή, και μπορεί να παρατηρηθεί και σε περιοχές που δεν δέχονται τριβές.⁵² Στην ψευδομεμβρανώδη καντιντίαση συχνά παρατηρείται αίσθημα καύσου, ξηρότητας και δυσγευσία⁵³ και η λευκή πλάκα αποκολλάται καταλείποντας ερυθρή επιφάνεια.⁵⁴ Επιπλέον, το λευκοίδημα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από τον λευκό σπογγώδη σπίλο που εμφανίζεται με λευκές πλάκες στον παρειικό βλεννογόνο, οι οποίες δεν εξαφανίζονται ύστερα από διάταση του βλεννογόνου της παρειάς.⁵⁵ Οι κίρσοι της γλώσσας μπορεί να μοιάζουν με καλοήθεις βλάβες των αγγείων, όπως το αιμαγγείωμα, πετέχειες ή εκχυμώσεις, αλλά και βλάβες του μελαγχρωματικού ιστού. Σημαντικό διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο είναι η ισχαιμία μετά την άσκηση πίεσης. Η φυσιολογική μελάγχρωση στην περιοχή των προσπεφυκτών ούλων είναι διάχυτη και εμφανίζεται συνήθως σε άτομα με σκούρο δέρμα, χαρακτηριστικό που τη διαφοροποιεί από κηλίδες του βλεννογόνου, όπως η στίξη αμαλγάματος, καλοήθεις βλάβες του μελαγχρωματικού ιστού, όπως οι σπίλοι, αλλά και από το μελάνωμα, το οποίο χαρακτηρίζεται από ασυμμετρία, ανώμαλα όρια και χρωματική ποικιλία.¹³ Η πιθανή σχέση της μελάγχρωσης με το κάπνισμα (μελάγχρωση των καπνιστών) ή τη λήψη φαρμάκων (μελάγχρωση οφειλόμενη σε φάρμακα) θα προκύψει από τα στοιχεία του ιστορικού. Τέλος, μελάγχρωση του στοματικού βλεννογόνου παρατηρείται και σε συστηματικά νοσήματα, όπως στη νόσο του Addison, όπου συνοδεύεται όμως και από άλλα σημεία και συμπτώματα, εμφανίζεται δε σε όλο το βλεννογόνο και το δέρμα.⁵⁶

Η αυθαισθητή γλώσσα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από τη χρόνια διόγκωση των θηλών της γλώσσας (chronic lingual papulosis), η οποία χαρακτηρίζεται από εστιακή ή διάχυτη μεγέθυνση των θηλών της γλώσσας και συνήθως εμφανίζεται ύστερα από χρόνια ήπιο ερεθισμό ή ξηρότητα της γλώσσας.⁵⁷ Πρέπει επίσης να διαχωρίζεται από τη μέση ρομβοειδή γλωσσίτιδα, η οποία σε άτυπες μορφές χαρακτηρίζεται από ακανόνιστες διογκώσεις στη μεσότητα της ραχιαίας επιφάνειας της γλώσσας, μπροστά από τις περικερακωμένες θηλές.⁵⁸

Στα εντυπώματα της γλώσσας η λεπτομερής λήψη του ιστορικού θα αποκαλύψει χρονιότητα και πολλές φορές έξις, όπως πίεση της γλώσσας στα δόντια ή σφίξιμο των δοντιών, ενώ από την κλινική εξέταση θα φανεί πως τόσο το μέγεθος όσο και η σύσταση της γλώσσας είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια. Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και σε παθολογικές καταστάσεις με μακρογλωσσία, όπως το μυξοίδημα, η αμυλοείδωση και η λιποειδική πρωτεΐνωση. Τα συγγενή βοθρία του

χείλους όταν εμφανίζονται μεμονωμένα, πρέπει να διαχωρίζονται από τα σύνδρομα στα οποία μπορεί να εμφανίζονται μαζί με άλλες εκδηλώσεις, όπως το σύνδρομο Van Der Woode, όπου συνυπάρχει με χειλεοσχιστία ή/και υπερωιοσχιστία,⁸ το σύνδρομο του ιγνυακού πτερυγίου κ.ά.²¹

Η οπισθοκυνοδοντική θηλή έχει χαρακτηριστική αμφοτερόπλευρη εντόπιση γλωσσικά των κάτω κυνοδόντων, που καθιστά εύκολη τη διαφοροδιάγνωσή της από αντιδραστικές βλάβες των ούλων, όπως είναι το περιφερικό ίνωμα των ούλων και το περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα. Η ετερόπλευρα διογκωμένη λόγω φλεγμονής σιαλική θηλή μπορεί να μοιάζει με αντιδραστικό όγκο, όπως το τραυματικό ίνωμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η συνεκτίμηση της ακριβούς θέσης με τη ροή σάλιου από το κέντρο του «ογκιδίου» έπειτα από μάλαξη της παρωτίδας είναι διαγνωστική. Η εικόνα των διογκωμένων θηλών γλώσσας, όσον αφορά τις τριχοειδείς θηλές, μπορεί να μοιάζει με αυτή του θηλώματος, το οποίο όμως έχει όψη ανθοκραμβοειδή και είναι συνήθως μονήρες.³ Όσον αφορά τις φυλλοειδείς και τις περικερακωμένες θηλές, όταν εμφανίζονται διογκωμένες, μπορεί να μοιάζουν με καλοήθεις βλάβες του μεσεγχυματικού ιστού, όπως το τραυματικό ίνωμα και το νευροίνωμα. Τέλος, το λεπτομερές ιστορικό θα καταδείξει αν η διόγκωση οφείλεται στη λήψη κυκλοσπορίνης A, η οποία έχει συσχετιστεί με διόγκωση των μυκτοειδών θηλών.⁴⁷ Ο έκτοπος λεμφικός ιστός πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από καλοήθεις όγκους του μεσεγχυματικού ιστού, όπως το λίπωμα, και ογκίδια αντιδραστικής φύσεως, όπως το ίνωμα, αλλά και από τη λεμφοεπιθηλιακή κύστη, η οποία έχει κατά κανόνα μικρότερο μέγεθος.⁵⁹ Σε πολλές περιπτώσεις, η τελική διάγνωση θα γίνει έπειτα από βιοψία και ιστοπαθολογική εξέταση.

Συμπερασματικά, ο οδοντίατρος οφείλει να γνωρίζει τα χαρακτηριστικά των ανατομικών δομών και των παραληθγών του βλεννογόνου, προκειμένου να μπορεί να τα διακρίνει και να καθιστά τους ασθενείς, αποφεύγοντας άσκοπες ιατρικές εξετάσεις ή πράξεις.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. LESTON JMS, AGUADO SANTOS A, VARELA-CANTELES PI, VAZQUEZ GARCIA J, ROMERO MA, PIAS VILLAMOR L. Oral mucosa: variations from normalcy, part I., *Cutis* 2002, 69:131-4.
2. CASTELLANOS JL, DÍAZ-GUZMÁN L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008, 105:79-85.
3. REAMY BV, DERBY R, BUNT CW. Common tongue conditions in primary care. *Am Fam Physician* 2010, 81:627-34.
4. SCULLY C, FELIX DH. Oral Medicine - Update for the dental practitioner: Oral white patches. *Br Dent J* 2005, 199:565-72.

5. JAHANBANI J, SANDVIK L, LYBERG T, AHLFORS E. Evaluation of oral mucosal lesions in 598 referred Iranian patients. *Open Dent J* 2009, 3:42-7.
6. KOVAC-KAVCIC M, SKALERIC U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 2000, 29:331-5.
7. JAINKITTIVONG A, ANEKSUK V, LANGLAIS RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis* 2002, 8:218-23.
8. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM. Oral and Maxillofacial Pathology, 4th Edition, Elsevier, Inc 2015, p. 4-6, 13, 14, 303.
9. EISEN D. Disorders of pigmentation in the oral cavity. *Clin Dermatol* 2000, 18:579-87.
10. LENANE P, POWELL FC. Oral pigmentation. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000, 14:448-65.
11. GAETA GM, SATRIANO RA, BARONI A. Oral pigmented lesions. *Clin Dermatol* 2002, 20:286-8.
12. ÇICEK Y, ERTAS U. The normal and pathological pigmentation of oral mucous membrane: a review. *J Contemp Dent Pract* 2003, 3:76-86.
13. KAUZMAN A, PAVONE M, BLANAS N, BRADLEY G. Pigmented lesions of the oral cavity: review, differential diagnosis, and case presentation. *J Can Dent Assoc* 2004, 70:682-3.
14. TAL H, OEGIESSER D, TAL M. Gingival depigmentation by erbium: YAG laser: Clinical observations and patient responses. *J Periodontol* 2003, 74:1660-7.
15. AZZEH MM. Treatment of gingival hyperpigmentation by erbium-doped: yttrium, aluminum, and garnet laser for esthetic purposes. *J Periodontol* 2007, 78: 177-84.
16. ESEN E, HAYTAC MC, OZ IA, ERDOGAN O, KARSLI ED. Gingival melanin pigmentation and its treatment with the CO2 laser. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004, 98: 522-7.
17. VIEIRA-ANDRADE RG, GUIMARAES Z, DE FARIA F, VIEIRA CDS, FREIRE STC, RAMOS-JORGE ML et al. Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. *Braz Oral Res* 2011, 25:393-400.
18. VALLEJO GMJ, DIAZ-CANEL M, MARTIN GMJ, GARCIA GM. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002, 30:277-85.
19. AVCU N, KANLI A. The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients. *Oral Dis* 2003, 9:188-95.
20. SHULMAN JD, CARPENTER WM. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. *Oral Dis* 2006, 12: 381-6.
21. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΑΠ, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ, ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε. Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Παθολογία. 3η έκδοση. *Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2003, σελ:183, 184, 194.*
22. CHIANG ML, HSIEH YJ, TSENG YL, LIN JR, CHIANG CP. Oral mucosal lesions and developmental anomalies in dental patients of a teaching hospital in Northern Taiwan. *J Dent Sci* 2013, 9:1-9.
23. VOROS-BALOG T, VINCZE N, BANOCZY J. Prevalence of tongue lesions in Hungarian children. *Oral Dis* 2003, 9:84-7.
24. JAINKITTIVONG A, LANGLAIS RP. Geographic tongue: clinical characteristics of 188 cases. *J Contemp Dent Pract* 2005, 6:123-35.
25. ASSIMAKOPOULOS D, PATRIKAKOS G, FOTIKA C, ELISAF M. Benign migratory glossitis or geographic tongue: an enigmatic oral lesion. *Am J Med* 2002, 113:751-5.
26. MUMCU G, CIMILLI H, SUR H, HAYRAN O, ATALAY T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Dis* 2005, 11:81-7.
27. BYRD JA, BRUCE AJ, ROGERS III RS. Glossitis and other tongue disorders. *Dermatol Clin* 2003, 21:123-34.
28. DANESHPAZHOOH M, MOSLEHI H, AKHYANI M, ETESAMI M. Tongue lesions in psoriasis: a controlled study. *BMC dermatology* 2004, 4:16.
29. DANESHPAZHOOH M, NAZEMI TMJ, BIGDELOO L, YOOSEFI M. Mucocutaneous findings in 100 children with Downs syndrome. *Pediatric Dermatol* 2007, 24: 317-20.
30. MARGAIX-MUNOZ M, BAGAN JV, POVEDA R, JIMENEZ Y, SARRION G. Sjögren's syndrome of the oral cavity. Review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009, 14:325-30.
31. OZGURSOY OB, KARATAYLI OS, TULUNAY O, KEMAL O, AKYOL A, DURSUN G. Melkersson-Rosenthal syndrome revisited as a misdiagnosed disease. *Am J Otolaryngol* 2009, 30:33-7.
32. FEMIANO F. Geographic tongue (migrant glossitis) and psoriasis. *Minerva Stomatol* 2001, 50: 213-7.
33. KOAY CL, LIM JA, SIAR C. H. The prevalence of tongue lesions in Malaysian dental outpatients from the Klang Valley area. *Oral Dis* 2011, 17:210-6.
34. CRESPO MDRR, DEL POZO PP, GARCIA RR. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005, 10:376-87.

35. JAINKITTIVONG A, ANEKSUK V, LANGLAIS RP. Tongue lesions: prevalence and association with gender, age and health-affected behaviors. *CU Dent J* 2007, 30:269-78.
36. XANTHINAKI AA, DONTA C, GATOU V, TSICHLAKIS C. Hyalinosis cutis et mucosae: diagnosis based on oral manifestations-report of a case. *J Clin Pediatr Dent* 2008, 33:171-4.
37. CALISTA D. Congenital lower lip pits. *Pediatr Dermatol* 2002, 19:363-4.
38. ZARANDY MM, GIVEHCHI G, MOHAMMADI M. A familial occurrence of lip anomaly. *Am J Otolaryngol* 2005, 26:132-4.
39. WONG FK, GUSTAFSSON B. Popliteal pterygium syndrome in a Swedish family-clinical findings and genetic analysis with the Van der Woude Syndrome locus at 1q32-q41. *Acta Odontologica* 2000, 58:85-8.
40. DOS SANTOS PJB, BESSA CFN, DEAGUIAR MCF, DO CARMO MAV. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian community, Brazil. *J Oral Pathol Med* 2004, 33:7-12.
41. REICHART PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000a, 28:390-8.
42. AL-MOBEERIEK A, ALDOSARI AM. Prevalence of oral lesions among dental patients. *Ann Saudi Med* 2009, 29:365-8.
43. LEE JH, LEE JH, KWON NH, YU DS, KIM GM, PARK CJ et al. Clinicopathologic Manifestations of Patients with Fordyce's Spots. *Ann Dermatol* 2012, 24:103-6.
44. BRANNON RB, POUSSON RR. The retrocuspid papillae: a clinical evaluation of 51 cases. *J Dent Hyg* 2003a, 77:80-184.
45. AL-SHAWAF M. Retrocuspid papilla in a sample of Saudi dental patients. *Pak Oral Dental J* 2008, 28:33-6.
46. BRANNON RB, FLAITZ CM. Transient lingual papillitis: a papulokeratotic variant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003b, 96:187-91.
47. FLAITZ CM, CHAVARRIA C. Painful tongue lesions associated with a food allergy. *Pediatr Dent* 2001, 23:506-7.
48. KASHIMA K, TAKAMORI K, IGAWA K, YOSHIOKA I, SAKODA S. Oral tonsil in the floor of mouth: Ectopic oral tonsillar tissue simulating benign neoplasms. *Oral Science International* 2012, 9:29-31.
49. KIMURA M, NAGAO T, SAITO T, WARNAKULASURIYA S, OHTO H, TAKAHASHI A et al. Ectopic Oral Tonsillar Tissue: A Case Series with Bilateral and Solitary Presentations and a Review of the Literature. *Case Reports in Dentistry* 2015.
50. HUBER MA. White oral lesions, actinic cheilitis, and leukoplakia: confusions in terminology and definition: Facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010, 28:262-8.
51. EDWARDS PC, KELSCH R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. *J Can Dent Assoc* 2002, 68:494-9.
52. WARNAKULASURIYA S, JOHNSON NW, VAN DER WAAL I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007, 36:575-80.
53. SHARON V, FAZEL N. Oral candidiasis and angular cheilitis. *Dermatol Ther* 2010, 23:230-42.
54. REICHART PA, SAMARANAYAKE LP, PHILIPSEN HP. Pathology and clinical correlates in oral candidiasis and its variants: a review. *Oral Dis* 2000b, 6:85-91.
55. LUCCHESI A, FAVIA G. White sponge naevus with minimal clinical and histological changes: report of three cases. *J Oral Pathol Med* 2006, 35:317-9.
56. MELETI M, VESCONI P, MOOI WJ, VAN DER WAAL I. Pigmented lesions of the oral mucosa and perioral tissues: a flow-chart for the diagnosis and some recommendations for the management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008, 105:606-16.
57. BOUQUOT JE, ADIBI SS, SANCHEZ M. Chronic lingual papulosis: new, independent entity or "mature" form of transient lingual papillitis? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 2012, 113: 111-7.
58. SAMARANAYAKE LP, KEUNG LEUNG W, JIN L. Oral mucosal fungal infections. *Periodontol* 2000 2009, 49: 39-59.
59. SACHDEVA SK, ROUT P, DUTTA S, VERMA P. Oral lipoma: An uncommon clinical entity. *J Oral Maxillofac Radiol* 2013, 1:118-21.

ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

CLINICOSTATISTICAL STUDY

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΞΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

STUDY OF ORAL PARAFUNCTIONAL HABITS AMONG DENTAL STUDENTS OF SCHOOL OF DENTISTRY, UNIVERSITY OF ATHENS

Ν. ΛΟΥΜΠΡΙΝΗΣ¹, Π. ΜΑΝΙΑΤΑΚΟΣ¹, Κ. ΣΙΩΤΟΥ¹,
Π. ΜΑΤΣΟΥΚΑ¹, Μ. ΤΖΑΚΗΣ²

N. LOUBRINIS¹, P. MANIATAKOS¹, K. SIOTOU¹,
P. MATSOUKA¹, M. TZAKIS²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Οι παραλειτουργικές έξεις αποτελούν διαφορετικές συμπεριφορές από αυτές που απαιτούνται ή συνδέονται με φυσιολογικές λειτουργίες του στοματογναθικού συστήματος, όπως η μάσηση, η κατάποση, η επικοινωνία, η αναπνοή. Οι παραλειτουργικές έξεις έχουν σημαντικές συνέπειες, όπως οδοντικά προβλήματα, φθορά των δοντιών και πόνο στην περιοχή του προσώπου, και μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής. Η εργασία αυτή έχει ως στόχο την αξιολόγηση της συχνότητας εμφάνισης παραλειτουργικών εξεων μεταξύ των προπτυχιακών φοιτητών της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, αλλά και τη μελέτη και συσχέτιση των αναφερόμενων συμπτωμάτων του στοματογναθικού συστήματος. Από τους 675 φοιτητές, οι 489 δέχτηκαν να συμμετέχουν και συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα έρευνα. Οι φοιτητές συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τη συμπεριφορά τους, την ποιότητα του ύπνου τους και διάφορες συνήθειες, όπως το σφίξιμο των δοντιών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι παραλειτουργικές έξεις είναι πολύ συχνές στο σύνολο των φοιτητών της Οδοντιατρικής. Το τρίξιμο των δοντιών, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, σχετίζεται με το άγχος των φοιτητών ($p < 0,01$) και συνοδεύεται από πόνο στην περιοχή του στοματογναθικού συστήματος ($p < 0,01$) και με μη ικανοποιητικό ύπνο ($p < 0,01$). Παράλληλα, βρέθηκαν σχετικές συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας του ύπνου και του πόνου στην περιοχή του στοματογναθικού συστήματος και των κεφαλαλγιών ($p < 0,01$). Αντιθέτως, δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ συχνότητας κεφαλαλγιών και δαγκώματος ονύχων, μάσησης τσίχλας και φύλλου. Οι παραλειτουργικές

ABSTRACT Oral parafunctional activities refer to oral habits that differ significantly compared to the functional activities of the stomatognathic system like chewing, swallowing, breathing, speech. Oral parafunctions have significant consequences on the stomatognathic system like dental problems, tooth wear and orofacial pain and may also affect the quality of patient's life. The aim of this study is to evaluate the frequency of parafunctional habits among undergraduate dental students of School of Dentistry, University of Athens and study and correlate common symptoms of the stomatognathic system reported by the patients. From the total of the 675 students of School of Dentistry, 489 accepted to participate and were included in the present study. A questionnaire was given to the students including questions concerning evaluation of their behavior, the quality of their sleep and various habits like teeth clenching and grinding. The results of the study revealed that parafunctional habits are very common among the dental students. Teeth grinding, associated with the stress of the students (p -value <0.01) was reported in the majority of the cases and was accompanied by pain in the stomatognathic system area (p -value <0.01) and unsatisfactory sleep (p -value <0.01). Alongside relevant correlations were found between sleep quality and pain in the stomatognathic system area, and headaches (p -value <0.01). However headache wasn't correlated with nail biting, gum chewing and gender. Parafunctional habits are subconscious and therefore difficult to be diagnosed. They are correlated to certain behaviors and signs. Specifically,

Όροι ευρετηρίασης Παραλειτουργικές έξεις, βρυγμός, κρανιογναθικές διαταραχές, άγχος, ποιότητα ύπνου, στοματοπροσωπικός πόνος, κεφαλαλγία

Key words Parafunctional habits, bruxism, headache, sleep quality, craniomandibular disorders, stress, orofacial pain

¹ Προπτυχιακοί φοιτητές Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

² Αναπληρωτής Καθηγητής Κλινικής Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου ΕΚΠΑ

¹ Undergraduate student of School of Dentistry, NKUoA

² Associate Professor of Orofacial Pain Management Clinic School of Dentistry, NKUoA

Υπεύθυνος επικοινωνίας
Παναγιώτα Μτσούκα
Αμαζόνων 46, 167 77 Ελληνικό
Τηλ. 6981455116
E-mail: Panagiota.matsouka@gmail.com

Correspondence
Panagiota Matsouka
46 Amazonon Str. 167 77 Elliniko
E-mail: Panagiota.matsouka@gmail.com