

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

## CASE REPORT

## ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΜΕΤΕΞΑΚΤΙΚΟΥ ΦΑΤΝΙΟΥ ΩΣ ΣΗΜΕΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

## DISTURBED HEALING OF EXTRACTION SOCKET AS MANIFESTATION OF SQUAMOUS CELL CARCINOMA: CASE REPORT

Ε- Μ. ΚΑΛΟΓΗΡΟΥ<sup>1</sup>, Η. ΚΑΡΒΕΛΕΑΣ<sup>2</sup>, Β. ΠΕΤΣΙΝΗΣ<sup>3</sup>, Δ. ΒΛΑΧΟΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ<sup>4</sup>, Κ. Ι. ΤΟΣΙΟΣ<sup>5</sup>

E-M.KALOGIROU<sup>1</sup>, I.KARVELEAS<sup>2</sup>, V.PETSIINIS<sup>3</sup>, D.VLAXODIMITROPOULOS<sup>4</sup>, K. I. TOSIOS<sup>5</sup>

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ** Η επούλωση του μετεξακτικού φατνίου προϋποθέτει μια καθορισμένη σειρά βιολογικών γεγονότων, που μπορεί να διαταραχθεί λόγω τοπικών ή συστηματικών αιτιών. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή περίπτωσης αδυναμίας επούλωσης μετεξακτικού φατνίου, που οδήγησε σε διάγνωση ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Άνδρας 69 ετών προσήλθε με ογκόμορφη βλάβη περιβάλλουσα το μετεξακτικό φατνίο του #47, ο οποίος είχε εξαχθεί πριν από τρεις εβδομάδες. Μετεγχειρητική ακτινογραφία αποκάλυψε ακανόνιστη οστεολυσία στην περιοχή της εξαγωγής. Διενεργήθηκε μερική βιοψία θέτοντας διάγνωση ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Κακοήθη νεοπλασμάτα μπορεί να μιμούνται ένα κακώς επουλούμενο μετεξακτικό φατνίο. Η έγκαιρη διάγνωσή τους είναι καθοριστική για την πρόγνωση του ασθενούς.

**ABSTRACT** The normal sequel of biological events characterizing the healing of the extraction socket might be disrupted due to topical or systemic factors. The aim of this study is to present a case of disturbed healing of extraction socket that led to the diagnosis of squamous cell carcinoma. A 69-year-old male presented with a tumor-like swelling surrounding the socket of #47 that was removed three weeks ago. Postsurgical radiograph revealed an ill-defined radiolucency in the extraction site. Incisional biopsy was performed, documenting the diagnosis of squamous cell carcinoma. Malignant neoplasms might mimic the appearance of delayed extraction socket healing. Early diagnosis is vital for patient's prognosis.

**Όροι ευρετηρίασης** Εξαγωγή, μετεξακτικό φατνίο, καρκίνος στόματος, ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα

**Key words** Extraction, extraction socket, oral cancer, squamous cell carcinoma

<sup>1</sup> Υποψήφια Διδάκτωρ Στοματολογίας, ΕΚΠΑ

<sup>2</sup> Οδοντίατρος

<sup>3</sup> Επίκουρος Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΕΚΠΑ

<sup>4</sup> Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογικής Ανατομικής, ΕΚΠΑ

<sup>5</sup> Αναπληρωτής Καθηγητής Στοματολογίας, ΕΚΠΑ

<sup>1</sup> PhD Candidate, Department of Oral Pathology and Medicine, NKUoA

<sup>2</sup> DDS

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, NKUoA

<sup>4</sup> Associate Professor Department of Pathological Anatomy, NKUoA

<sup>5</sup> Associate Professor, Department of Oral Pathology and Medicine, NKUoA

### Υπεύθυνος Επικοινωνίας

Κωνσταντίνος Ι. Τόσιος  
Γρηγορίου Λαμπράκη 15, 16675 Γλυφάδα  
Τηλ: +30-210-9852187  
Email: ktosios@dent.uoa.gr

### Correspondence

Konstantinos I. Tosios  
Grigoriou Lampraki 15, 16675  
Glydada, Athens, Greece  
Email: ktosios@dent.uoa.gr

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επούλωση του μετεξακτικού φατνίου προϋποθέτει μια καθορισμένη σειρά βιολογικών γεγονότων.<sup>1,2</sup> Αμέσως μετά την εξαγωγή το μετεξακτικό φατνίο πληρούται με αίμα και δημιουργείται ασταθής θρόμβος, ο οποίος σταθεροποιείται στο πρώτο εικοσιτετράωρο, μέσω της συστολής των αιμοπεταλίων και του σχηματισμού δικτύου ινικής. Στη συνέχεια, ο θρόμβος διασπάται από την πηλασμήνη και αντικαθίσταται σταδιακά από κοκκιώδη ιστό, σε διάστημα περίπου πέντε ημερών. Παράλληλα, στα πρώτα εικοσιτετράωρα, ο πολλαπλασιασμός των επιθηλιακών κυττάρων του βλενογονίου στα χείλη του μετεξακτικού φατνίου κατά-

λήγει μέσω της επιθηλιοποίησης στην κάλυψη του θρόμβου. Στις επόμενες δύο εβδομάδες στο μετεξακτικό φατνίο εναποτίθεται οστεοειδές και σχηματίζεται δικτυωτό οστό, που θα δώσει τη θέση του στο πεταλιώδες οστό 3 μήνες περίπου μετά την εξαγωγή, οπότε η επούλωση του μετεξακτικού φατνίου ολοκληρώνεται και ιστολογικά.<sup>1,2</sup>

Αυτή η σειρά βιολογικών γεγονότων διαταράσσεται στο 1-11,5% των εξαγωγών με πρώτο σημείο την αποτυχία επιθηλιακής κάλυψης του οστού και, κατά συνέπεια, της σύγκλισης των χειλέων του μετεξακτικού φατνίου σε 3-4 εβδομάδες από την εξαγω-

γή.<sup>3</sup> Σε αυτές τις περιπτώσεις, μπορεί να συνυπάρχουν και άλλα σημεία και συμπτώματα, όπως πόνος ποικίλης έντασης, οίδημα ή τρισμαός.<sup>2,3</sup> Ως αίτια της διαταραχής επούλωσης αναφέρονται τοπικοί και συστηματικοί παράγοντες.<sup>2,4</sup> Στους τοπικούς παράγοντες ανήκουν η εντοπισμένη φατνιακή οστεΐτιδα (ξηρό φατνίο), οι υπολειμματικές κύστεις, η περιοδοντική ροίμωξη, ξένα σώματα, η οστεομυελίτιδα, η οστεοακτινονέκρωση, η νέκρωση του οστού, σχετιζόμενη με φάρμακα, το κάταγμα, οι ροιμώξεις, η στοματοκοιλιακή επικοινωνία, καθώς και η ανάπτυξη κακοθών νεοπλασμάτων. Στους συστηματικούς παράγοντες περιλαμβάνονται διατροφικές διαταραχές, η προχωρημένη ηλικία, το κάπνισμα, η χρόνια λήψη φαρμάκων, η ανοσοκαταστολή, αιματολογικές δυσκρασίες, ηπατική και νεφρική δυσλειτουργία, ενδοκρινολογικές και η μειωμένη ροή σιέλου.<sup>2,4</sup> Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή περίπτωσης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος, που διαγνώστηκε ύστερα από εξαγωγή δοντιού στην περιοχή λόγω διαταραχής στην επούλωση του μετεξακτικού φατνίου.

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Άνδρας 69 ετών παραπέμφθηκε για αξιολόγηση μη επουλούμενου μετεξακτικού φατνίου στην οπίσθια κάτω γνάθο δεξιά. Σύμφωνα με τον ασθενή, στην περιοχή εμφανίστηκε ήπιος, αυτόματος και διαλείπων πόνος περίπου 1 μήνα πριν. Τα συμπτώματα αποδόθηκαν από τον θεράποντα οδοντίατρο στον #47 και ο ασθενής υποβλήθηκε σε εξαγωγή του δοντιού από γναθοπροσωπικό χειρουργό. Μετεγχειρητικά χορηγήθηκαν συστηματικά αμοξικιλίνη και κλαβουλανικό οξύ 625mg x 3 φορές/ημέρα και μετρονιδαζόλη 500mg x 2 φορές/ημέρα, και πλύσεις με διάλυμα χλωρεξιδίνης 0,20% x 2 φορές/ημέρα, επί 10 ημέρες. Ωστόσο, το μετεξακτικό φατνίο δεν παρουσίασε σημεία επούλωσης και τα συμπτώματα επιδεινώθηκαν, καθώς προστέθηκε δυσκολία στην κατάποση και αίσθημα τάσης στη θέση της εξαγωγής με επέκταση προς τη σύστοιχη παρεία. Ο ασθενής εξετάστηκε από περιοδοντολόγο, ο οποίος χορήγησε παρακεταμόλη και κιτρική ορφενανδρίνη 485mg x 2 φορές/ημέρα για την ανακούφιση των συμπτωμάτων και σύστησε τη διενέργεια υπολογιστικής τομογραφίας κωνικής δέσμης (CBCT) και στοματολογικού ελέγχου.

Στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς περιλαμβανόταν μη-μικροκυτταρικό καρκίνωμα πνεύμονα, για το οποίο έγινε λοβεκτομή, και ακολούθησε χημειο- και ακτινο-θεραπεία πριν από 11 χρόνια, καθώς και στεφανιαία νόσος και υπερχοληστεριναιμία, για τις οποίες βρισκόταν σε αγωγή με ακετυλοσαλικυλικό οξύ, φελοδιπίνη και ροσουβαστατίνη, αντίστοιχα. Ο ασθενής ανέφερε πως δεν είχε καπνίσει ποτέ. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε πως το μετεξακτικό φατνίο ήταν ορατό και περιβαλλόταν από διόγκωση με μικροθηλώδη επιφάνεια, φυσιολογική και εστιακά λευκή χροιά, και ελαστική έως υπόσκληρη σύσταση. Η διόγκωση επεκτεινόταν στο σύστοιχο οπισθογόμφιο τρίγωνο άνω του μετεξακτικού φατνίου. Παρατηρή-

θηκε επίσης μελανή τριχωτή γλώσσα (Εικ.1). Δεν υπήρχε διόγκωση του φατνιακού οστού, ενώ στη σύστοιχη περιοχή του τραχήλου ψηλαφήθηκαν διογκωμένοι και ήπια επώδυνοι λεμφαδένες. Στην πανοραμική ακτινογραφία που είχε γίνει 1 μήνα πριν από την εξέταση παρατηρήθηκε ακτινοδιαυγαστική βλάβη διαμέτρου περίπου 2 εκ., με ασαφή όρια μεσορριζικά και άνω του #47, ο οποίος εμφάνιζε διεύρυνση του περιρριζικού χώρου και επιπλέον εγγύς γωνιώδη οστική απορρόφηση και εγγύς απόκλιση, αλλά όχι ακρορριζικές αλλοιώσεις (Εικ. 2). Η γενική ακτινογραφική εικόνα του φραγμού ήταν καλή, με περιορισμένες θέσεις γωνιώδους φατνιοθυσίας. Επίσης, παρατηρήθηκαν ακτινοσκιερές περιοχές στην οπίσθια δεξιά άνω γνάθο, που πιθανώς αντιστοιχούσαν σε υπολείμματα ριζών των #15 και #16. Στο CBCT διαπιστώθηκε ακανόνιστη οστεοθυσία στην περιοχή του εξαχθέντος #47, χωρίς ωστόσο να αναγνωρίζεται διάταση ή λύση των οστικών πετάλων (Εικ. 3). Με βάση τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα, τέθηκε η πιθανή διάγνωση ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Έγινε μερική βιοψία με τοπική αναισθησία από τη διόγκωση, από θέση εγγύς του μετεξακτικού φατνίου. Η ιστοπαθολογική εξέταση έδειξε πως το ιστοτεμάχιο ήταν διηθημένο από βλάστες νεοπλασματικών κυττάρων, που εξορμούσαν από το παρακερατινοποιημένο πολύστιβο πηκώδες καλυπτικό επιθήλιο, το οποίο παρουσίαζε δυσπλαστικούς χαρακτήρες. Οι νεοπλασματικές βλάστες διηθούσαν τον συνδετικό ιστό με μορφή νησίδων, δοκίδων ή χορδών. Αποτελούνταν από ευμεγέθη κύτταρα, με ηωσινόφιλο κυτταρόπληγμα και ανισομεγέθεις φυσαλιδώδεις πυρήνες με πολυηλεπλή εμφανή πυρήνια ή πυκνοχρωματικούς πυρήνες (Εικ. 4α). Παρατηρήθηκαν επίσης σφαίρες κερατίνης (Εικ. 4β) και πολυάριθμες μιτώσεις. Τα ιστοπαθολογικά ευρήματα έθεσαν τη διάγνωση ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Ο ασθενής σταδιοποιήθηκε κλινικά ως T4N0M0 και έγινε τμηματική γναθεκτομή με υπερωμοϋοειδικό λεμφαδενικό καθαρισμό και αποκατάσταση με πλάκα οστεοσύνθεσης. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε την παρουσία ακανθοκυτταρικού καρκινώματος μέσης προς χαμηλής διαφοροποίησης, ιστολογικού σταδίου pT4N0, με διήθηση μαλακών ορίων, γραμμωτού μυϊκού ιστού, παρακείμενου σιελογόνου αδένα και υποκείμενου οστού σε βάθος 10-11 κιβ. Ακολούθησαν ακτινοβολίες και χημειοθεραπεία. Ο ασθενής είναι ελεύθερος τοπικής υποτροπής ή μεταστάσεων και σε καλή κατάσταση αισθητικά και λειτουργικά 16 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Μέχρι σήμερα στην αγγλόφωνη βιβλιογραφία έχουν συνοδικά περιγραφεί 92 περιπτώσεις ή/και σειρές περιπτώσεων με ιστορικό πρόσφατης εξαγωγής στην περιοχή διάγνωσης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος.<sup>2,5-21</sup> Επίσης, σε πρόσφατη μελέτη που περιελάμβανε 2.087 ακανθοκυτταρικά καρκινώματα με εντόπιση στα ούλα και στο φατνιακό οστό, αναφέρεται πως σε 200 (9,6%) περιπτώσεις (168 άνδρες και 32 γυ-

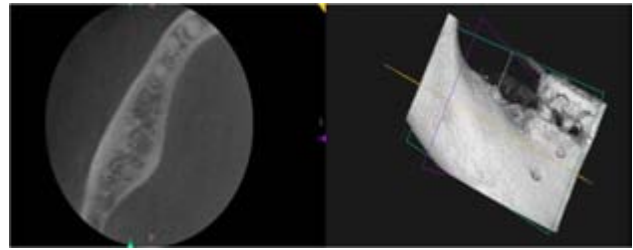


**Εικόνα 1:** Κλινική εξέταση. Μη επουλωμένο μεταξαστικό φατνίο, περιβαλλόμενο από διόγκωση με μικροθηλώδη επιφάνεια, φυσιολογική και εστιακά λευκή χροιά, και ελαστική έως υπόσκληρη σύσταση που επεκτεινόταν προς τα άνω, στο σύστοιχο οπισθογόμφιο τρίγωνο. Παρατηρήθηκε επίσης μελανή τριχωτή γλώσσα.

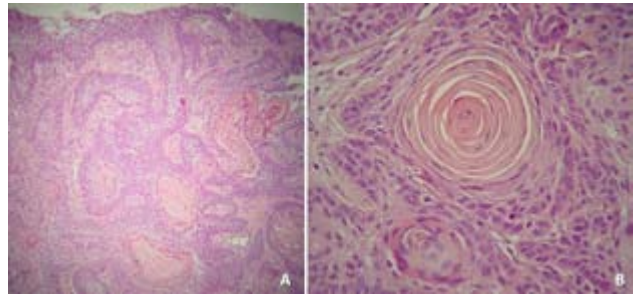


**Εικόνα 2:** Πανοραμική ακτινογραφία (πριν την εξαγωγή του #47). Ακτινοδιαγνωστική βλάβη διαμέτρου περίπου 2 εκ. με ασαφή όρια μεσορριζικά και άνω του #47, ο οποίος εμφάνιζε διεύρυνση του περιρριζικού χώρου και επιπλέον εγγύς γωνιώδη οστική απορρόφηση και εγγύς απόκλιση, αλλά όχι ακρορριζικές αλλοιώσεις.

ναίκες, εύρος ηλικίας 22-79 έτη, διάμεση ηλικία 53 έτη) υπήρχε ιστορικό πρόσφατης (2-6 μήνες) εξαγωγής δοντιού και διάγνωση του καρκίνου στη θέση της εξαγωγής<sup>22</sup>. Σε 168 (89%) από αυτούς τους ασθενείς, όπως και στην παρούσα περίπτωση, η διαταραχή στην επουλίωση του μεταξαστικού φατνίου αποτέλεσε το αρχικό σημείο που οδήγησε στη διάγνωση του καρκίνου.<sup>22</sup> Σε 113 (56.5%) περιπτώσεις δεν είχε γίνει ακτινογραφικός έλεγχος πριν από την εξαγωγή του δοντιού, ενώ σε 35 (17,5%) περιπτώσεις αποφασίστηκε να γίνει εξαγωγή με κύρια αιτία τον αναφερόμενο από τους ασθενείς πόνο, χωρίς να υπάρχει διαγνωσμένη οδοντική ή περιοδοντική παθολογική κατάσταση στο δόντι που αφαιρέθηκε.<sup>22</sup> Στην παρούσα περίπτωση ο οδοντικός πόνος αποτέλεσε, σύμφωνα με τον ασθενή, την αιτία προσέλευσης, χωρίς ωστόσο να είναι γνωστό αν τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, όπως οι δοκιμασίες ζωτικότητας ή η κινητικότητα του δοντιού ήταν συμβατά με οδοντικής ή περιοδοντικής αιτιολογίας νόσο. Κλινικά, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα εκδηλώνεται ως επώδυνη διόγκωση ή έλκωση



**Εικόνα 3:** Υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (μετά την εξαγωγή του #47). Ακανόνιστη οστεολυσία στην περιοχή του εξαχθέντος #47, χωρίς ωστόσο να αναγνωρίζεται διάταση ή λύση των οστικών πετάλων.



**Εικόνα 4:** Ιστοπαθολογική εξέταση. (α) Ιστοτεμάχιο διηθημένο από βλάστες νεοπλασματικών κυττάρων που εκπορεύονταν από το παρακερατινοποιημένο πολύστιβο ηλιακώδες καθυπτικό επιθήλιο διηθούσαν τον συνδετικό ιστό υπό μορφή νησίδων, δοκίδων ή χορδών. Οι νεοπλασματικές βλάστες αποτελούνταν από εμμεγέθη κύτταρα, με ημισφαιρικό κυτταρόπλασμα και ανισομεγέθεις φυσαλιδώδεις πυρήνες με πολλαπλά πυρήνια ή πυκνοχρωματικούς πυρήνες. (β) Παρατηρήθηκαν επίσης σφαίρες κερατίνης.

σε σχέση με το μη επουλωθέν φατνίο και ακτινογραφικά παρατηρείται εκτεταμένη ακτινοδιαγνωστική βλάβη με ασαφή όρια.<sup>2,5-21</sup> Το χρονικό διάστημα μεταξύ εξαγωγής και διάγνωσης του καρκίνου στις δημοσιευμένες περιπτώσεις κυμαίνεται από 3 ημέρες έως και 24 μήνες.<sup>2,5-21</sup> Στην περίπτωση που περιγράφεται, ο χρόνος μεταξύ εξαγωγής και διάγνωσης του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος ήταν περίπου 1 μήνας, καθιστώντας βέβαιη την ύπαρξη του καρκινώματος πριν από την εξαγωγή. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα στην παρούσα περίπτωση θα μπορούσε να προέρχεται από τα ούλα-φατνιακή ακροβοφία ή να έχει πρωτοπαθή ενδοστική εντόπιση. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα των ούλων και της φατνιακής ακροβοφίας συνήθως αναπτύσσεται στην οπίσθια κάτω γνάθο, είναι συχνά ανώδυνο, αλλά μπορεί να οδηγήσει σε απορρόφηση του υποκείμενου φατνιακού οστού, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κινητικότητας στα δόντια της περιοχής.<sup>23</sup> Σε αρχικά στάδια της ανάπτυξης του μιμείται φλεγμονώδους αιτιολογίας παθολογικές καταστάσεις των περιοδοντικών ιστών, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διάγνωσης.<sup>23</sup> Η εξαγωγή δοντιού θα μπορούσε να διεγείρει την ταχύτερη επέκταση του νεοπλασματος,<sup>23</sup> για παράδειγμα λόγω της μικροβιακής επιλοίμωξης του όγκου μετά την εξαγωγή<sup>14</sup> ή λόγω της εξασφάλισης χώρου, για την ανεμπό-

διστη επέκταση του νεοπλάσματος κατά μήκος της περιοδοντικής μεμβράνης και εν συνεχεία διαμέσου του μετεξακτικού φατνίου.<sup>5</sup> Το πρωτοπαθές ενδοστικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι σπάνιο κακόηθες νεόπλασμα, προερχόμενο από οδοντογενή επιθηλιακά υπολείμματα,<sup>24</sup> το οποίο μπορεί να γίνει αντιληπτό ύστερα από εξαγωγή δοντιού επί παραμονής μη επουλούμενου μετεξακτικού φατνίου.<sup>21</sup> Προσβάλλει κυρίως την οπίσθια κάτω γνάθο, από την περιοχή των προγομφίων έως τον κήαδο της κάτω γνάθου και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων προκαλεί διόγκωση της γνάθου, ορισμένες φορές με συνοδό αιμωδία ή τρισμό, ενώ ακτινογραφικά απεικονίζεται ως ακτινοδιαύγαση με σαφή ή συνηθέστερα ασαφή όρια.<sup>21,24</sup> Η απουσία διόγκωσης της γνάθου κλινικά και καταστροφής των οστικών πετάλιων ακτινογραφικά, καθώς και η παρουσία δυσπηλασίας στο καλυπτικό επιθήλιο ιστοπαθολογικά συνηγορούν περισσότερο υπέρ της προέλευσης από τα ούλα του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος στην παρούσα περίπτωση. Η παρουσία εκτεταμένης οστεολυτικής βλάβης στον συγκεκριμένο ασθενή, σε συνδυασμό με το ιστορικό καρκίνου του πνεύμονα, θα έπρεπε να προβληματίσουν αναφορικά με την πιθανότητα ύπαρξης μεταστατικής νόσου. Τα μεταστατικά νεοπλάσματα είναι σπάνια στη στοματική κοιλότητα και εντοπίζονται κυρίως στις γνάθους, ενώ μεταξύ αυτών που προσβάλλουν τα μαλακά μόρια συνηθέστεροι είναι οι μεταστατικοί όγκοι στα ούλα.<sup>25</sup> Ειδικότερα για τους άνδρες, η πιο συχνή πρωτοπαθής εστία των ενδοστοματικών μεταστάσεων είναι οι πνεύμονες.<sup>25</sup> Το μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα των πνευμόνων αποτελεί το συνηθέστερο υπότυπο κακοήθειας των πνευμόνων<sup>26</sup> και έχουν αναφερθεί μεταστατικές περιπτώσεις στα ούλα.<sup>27,28</sup> Συνεπώς, στον ασθενή μας η πιθανότητα ύπαρξης μετάστασης επέβαλε πιο προσεκτική αντιμετώπιση, όπως καλύτερο απεικονιστικό έλεγχο και κλινικο-ακτινογραφική συνεκτίμηση. Συμπερασματικά, πριν από οποιαδήποτε οδοντιατρική πράξη απαιτείται συνεκτίμηση των στοιχείων του ιστορικού και ενδελεχής κλινικός έλεγχος του στοματικού βλεννογόνου, προκειμένου να αποφευχθούν ανάηθες καταστάσεις. Επίσης, η διαταραχή στην επούλωση ενός μετεξακτικού φατνίου πρέπει να αποτελεί αιτία προβληματισμού και να αντιμετωπίζεται ανάηθα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΜΑΡΔΑΣ Ν., ΑΡΖΟΥΜΑΝΙΔΗ Μ, ΔΟΝΟΣ Ν. Μετεξακτική επούλωση και διατήρηση της φατνιακής ακρολοφίας. *Περιοδοντολογικά Ανάλεκτα* 2010, 21: 1-24.
2. HENRY CJ, STASSEN LFA. The non-healing extraction socket: a diagnostic dilemma - case report and discussion. *J Ir Dent Assoc* 2016, 62: 215-20.
3. ADEYEMO WL, LADEINDE AL, OGUNLEWE MO. Clinical evaluation of post-extraction site wound healing. *J Contemp Dent Pract* 2006, 7: 40-9.
4. KIM JH, SUSIN C, MIN JH, SUH HY, SANG EJ, KU Y, WIKESJÖ UM, KOO KT. Extraction sockets: erratic healing impeding factors. *J Clin Periodontol* 2014, 41: 80-5.
5. SHEIKH S, D'SOUZA J. A case of well-differentiated squamous cell carcinoma in an extraction socket. *J Indian Soc Periodontol* 2012, 16: 602-5.
6. SINGH T, SCHENBERG M. Delayed diagnosis of oral squamous cell carcinoma following dental treatment. *Ann R Coll Surg Engl* 2013, 95: 369-73.
7. SUZUKI K, SHINGAKI S, NOMURA T, NAKAJIMA T. Oral carcinomas detected after extraction of teeth: a clinical and radiographic analysis of 32 cases with special reference to metastasis and survival. *Int. J. Oral Maxillofac Surg* 1998, 27: 290-4.
8. VENTÄ I, OIKARINEN VJ, SÖDERHOLM AL, LINDQVIST C. Third molars confusing the diagnosis of carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993, 75: 551-5.
9. VINCENT SD, BOOTH DF. A soft-tissue mass in a maxillary extraction site. *J Oral Maxillofac Surg* 1993, 51: 177-80.
10. VAN ZILE WN. Carcinoma in a healing alveolus after a dental extraction: report of case. *J Oral Surg Anesth Hosp Dent Serv* 1959, 17: 82-5.
11. OBUEKWE ON, AKPATA O, OJO MA, MADUKWE IU, OSAGUONA AO. Malignant tumours presenting after dental extraction: a case series. *East Afr Med J* 2005, 82: 256-9.
12. PAPAGEORGE MB, LINCOLN RE. Nonhealing extraction sites: two case reports and a differential diagnosis. *J Mass Dent Soc* 1994, 43: 20-6.
13. BEATTIE A, STASSEN LF, EKANAYAKE K. Oral Squamous Cell Carcinoma Presenting in a Patient Receiving Adalimumab for Rheumatoid Arthritis. *J Oral Maxillofac Surg* 2015, 73: 2136-41.
14. KIM OS, UHM SW, KIM SC, LEE BA, KIM OJ, KIM YJ, CHUNG HJ. A case of squamous cell carcinoma presenting as localized severe periodontitis in the maxillary gingiva. *J Periodontol* 2012, 83: 753-6.
15. DE LATHOUWER C, VERHEST A. Malignant primary intraosseous carcinoma of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1974, 37: 77-83.
16. ABDELKARIM AZ, ELZAYAT AM, SYED AZ, LOZANOFF S. Delayed diagnosis of a primary intraosseous squamous cell carcinoma: A case report. *Imaging Sci Dent.* 2019, 49: 71-7.
17. NOLAN R, WOOD NK. Central squamous cell carcinoma of the mandible: report of case. *J Oral Surg* 1976, 34: 260-4.

18. MCGOWAN RH. Primary intra-alveolar carcinoma. A difficult diagnosis. *Br J Oral Surg* 1980, 18: 259-65.
19. AGRAWAL R, KUMAR N, GUPTA K, GUPTA N. Nonkeratinizing squamous cell carcinoma: A rare case report with oral involvement. *J Cancer Res Ther.* 2019, 15: 708-11.
20. SAITO R, NAKAJIMA T, SHINGAKI S, YOKOBAYASHI T. Primary intraosseous epidermoid carcinoma of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg* 1982, 40: 41-4.
21. HUANG JW, LUO HY, LI Q, LI TJ. Primary intraosseous squamous cell carcinoma of the jaws. Clinicopathologic presentation and prognostic factors. *Arch Pathol Lab Med* 2009, 133: 1834-40.
22. DHOLAM K, KHARADE P. Association of History of Tooth Extraction and Carcinoma of Alveolus as Well as Gingiva. *EC Dental Science* 2017, 14: 3-6.
23. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, CHI AC. *Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. Saunders, St. Louis, 2016: 381-2.*
24. NARUSE T, YANAMOTO S, SAKAMOTO Y, IKEDA T, YAMADA SI, UMEDA M. Clinicopathological Study of Primary Intraosseous Squamous Cell Carcinoma of the Jaw and a Review of the Literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2016, 74: 2420-7.
25. HIRSHBERG A, BERGER R, ALLON I, KAPLAN I. Metastatic Tumors to the Jaws and Mouth. *Head Neck Pathol* 2014, 8: 463-74.
26. DUMA N, SANTANA-DAVILA R, MOLINA JR. N-Small Cell Lung Cancer: Epidemiology, Screening, Diagnosis, and Treatment. *Mayo Clin Proc* 2019, 94: 1623-40.
27. ITO H, K ONIZAWA, H SATOH H. Non-small-cell lung cancer metastasis to the oral cavity: A case report. *Mol Clin Oncol* 2017, 6: 422-4.
28. OLSEN JB, SIM F, CHANDRU A. Non-small cell lung cancer metastasis to the oral cavity: a case report. *Aust Dent J* 2014, 59: 520-4.