

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

CASE REPORTS

ΛΕΙΧΗΝΟΕΙΔΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΩΝ ΧΕΙΛΕΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

LICHENOID REACTION OF THE LIP MUCOSA: REPORT OF THREE CASES

Π. ΤΑΜΙΩΛΑΚΗΣ¹, Ε. ΠΙΠΕΡΗ², Κ.Ι. ΤΟΣΙΟΣ², Α. ΜΗΤΣΕΑ³, Α. ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ-ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΥ⁴

P. TAMIOUAKIS¹, E. PIPERI², K.I. TOSIOS², A. MITSEA³, A. SKLAVOUNOU-ANDRIKOPOULOU⁴

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η λειχηνοειδής αντίδραση του βλεννογόνου των χειλέων αποτελεί μια υποδιαγνωσμένη οντότητα ασαφούς αιτιολογίας, η οποία μπορεί να συσχετίζεται με ερυθρότητα των σύστοιχων προστομακίων ούλων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση τριών περιπτώσεων λειχηνοειδούς αντίδρασης του βλεννογόνου των χειλέων. Οι λειχηνοειδείς αντιδράσεις του βλεννογόνου των χειλέων θεωρείται πως σχετίζονται με την παρουσία τοπικού μικροβιακού παράγοντα. Αν και η κλινική εικόνα και η εντόπιση έχουν διαγνωστική σημασία, πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση από άλλες οντότητες, όπως ο ομαλός λειχήνας. Λόγω της ιδιαιτερότητας της αιτιοπαθογένειάς τους, σε αντίθεση με τον ομαλό λειχήνα και άλλες λειχηνοειδείς αντιδράσεις, η τοπική αντιμικροβιακή αγωγή σε συνδυασμό με τη βελτίωση της στοματικής υγιεινής αποτελούν την πρώτη θεραπευτική επιλογή.

ABSTRACT Lichenoid reaction of the lip mucosa represents an underdiagnosed entity of unknown etiology that may be associated with erythema of the labial gingiva. The aim of this report is to present three cases of lichenoid reaction of the lip mucosa and lay emphasis on differential diagnosis, pathogenesis and management of this uncommon lesion. Lichenoid reaction of the lips mucosa is thought to be associated with the presence of oral microorganisms. Although the clinical presentation as well as the site of involvement are useful for the diagnosis, differential diagnosis from other entities such as lichen planus should always be considered. Due to its peculiar pathogenesis, unlike lichen planus and other lichenoid reactions, local application of antimicrobial agents and improvement is the treatment of choice.

Όροι ευρετηρίασης Λειχηνοειδής αντίδραση, ούλα, χείλος

Key words Lichenoid reaction, gingiva, lip

- 1 Μεταπτυχιακός Φοιτητής, Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- 2 Επίκουρος/η Καθηγήτρια/τρια, Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- 3 Λέκτορας, Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- 4 Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

- 1 Postgraduate Student, Department of Oral Medicine and Oral Pathology, School of Dentistry, NKUoA
- 2 Assistant Professor, Department of Oral Medicine and Oral Pathology, School of Dentistry, NKUoA
- 3 Lecturer, Department of Oral Diagnosis & Radiology, School of Dentistry, NKUoA
- 4 Professor, Head of Department of Oral Medicine and Oral Pathology, School of Dentistry, NKUoA

Υπεύθυνος επικοινωνίας

Πάρις Ταμιωλάκης
Αμυκλών 41 Λαμπρινή, 11142 Αθήνα
Τηλ.: 6947550504
E-mail: ptamiolakis@hotmail.com

Correspondence

Paris Tamiolakis
41 Amyklon Street, Lamprini,
11142 Athens
E-mail: ptamiolakis@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι λειχηνοειδείς αντιδράσεις του στοματικού βλεννογόνου συνιστούν ετερογενή ομάδα βλαβών που μοιάζουν κλινικά και ιστοπαθολογικά με τον ομαλό λειχήνα, αλλά έχουν συγκεκριμένα και ταυτοποιήσιμα αίτια¹ (Πίν. 1). Οι Blomgren et al το 1996 περιέγραψαν λειχηνοειδείς αντιδράσεις που εντοπίζονταν στο βλεννογόνο των χειλέων σε σχέση με εμφράξεις σύνθετης ρητίνης, τις οποίες θεώρησαν ως αντιδράσεις υπερευαισθησίας εξ επαφής.⁴ Ανάλογοι βλάβες αναφέρθηκαν από τους Robinson et al ως «λειχηνοειδής και κοκκιωμάτωδης στοματίτιδα», με βάση τα

ιστοπαθολογικά ευρήματα.⁵ Οι «λειχηνοειδείς αντιδράσεις» του άνω χείλους θεωρήθηκαν από τους Bäckman & Jontell ως διακριτή νοσολογική οντότητα, σχετιζόμενη με μικροοργανισμούς και επιστημάνθηκε η συχνή συνύπαρξή τους με ερυθρότητα των σύστοιχων προστομακίων ούλων.⁶

Στις δημοσιευμένες μελέτες οι λειχηνοειδείς αντιδράσεις των χειλέων εμφανίζονται με σχεδόν διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (27:16), σε άτομα που βρίσκονται συνήθως στην 7^η δεκαετία της ζωής.⁴⁻⁶ Κλινικά εκδηλώνονται

Πίνακας 1. Αιτιολογία λειχνηοειδών αντιδράσεων.

ΤΥΠΟΣ ΛΕΙΧΗΝΟΕΙΔΟΥΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ	ΑΙΤΙΟ
Φαρμακευτική	Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αντιεπιληπτικά, αντιυπερτασικά, ανθελμοσιακά και αντιικά φάρμακα ²
Υπερευαισθησία εξ επαφής	Επανορθωτικά υλικά, κυρίως αμάληγμα Αρωματικές ουσίες, συχνότερα τα παράγωγα της κανέλλας ²
Χρόνια νόσος μοσχεύματος κατά ξενιστή	Αντίδραση του ανοσοολογικού μηχανισμού στο μόσχευμα, σε αλληλογενή μεταμόσχευση μυελού των οστών ³

κατά κανόνα στο άνω χείλος με ερυθρότητα ή σπανιότερα έλκωση, και λευκές βλατίδες που μπορεί να σχηματίζουν δίκτυο, ενώ μπορεί να συνυπάρχει ερυθρότητα στα σύστοιχα προστοματικά ούλα. Ενδέχεται να συνοδεύονται από οξύ άηλος, καύσο ή οίδημα του χείλους.^{5,6} Σχεδόν σε όλους τους ασθενείς υπάρχει σχέση των βλαβών με εμφράξεις σύνθετης ρητίνης στα πρόσθια δόντια.^{4,6} Η αιτιοπαθογένεια δεν έχει αποσαφηνιστεί, αλλά συνήθως αποδίδονται σε τοπικούς μικροβιακούς παράγοντες.⁶

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή τριών περιπτώσεων λειχνηοειδούς αντίδρασης του βλεννογόνου των χειλέων.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^Η

Γυναίκα 60 ετών, μη καπνίστρια, προσήλθε για αξιολόγηση επώδυνων βλαβών στο κάτω χείλος διάρκειας τεσσάρων μηνών, οι οποίες δεν είχαν υποχωρήσει παρά την τοπική εφαρμογή κορτιζονούχου αλοιφής και αντιμυκητιασικών σκευασμάτων. Η ασθενής λάμβανε καθημερινά φαρμακευτική αγωγή για κατάθλιψη (βενλαφαξίνη επί 5 μήνες), αρτηριακή υπέρταση (καντεσартάνη επί 1,5 έτος και ατενολόλη επί 3 έτη) και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (παντοπραζόλη επί 2 έτη). Δεν ανέφερε αλλεργίες και ο αιματολογικός έλεγχος που είχε γίνει έναν μήνα νωρίτερα ήταν φυσιολογικός.

Κλινικά, παρατηρήθηκε ερυθρότητα με συρρέουσες λευκές βλατίδες στο βλεννογόνο του κάτω χείλους σε επαφή με χυτό μεταλλικό άξονα στον πρώτο προγόμφιο της κάτω γνάθου δεξιά (#44) (Εικ. 1.1A). Τα προστοματικά ούλα της κάτω γνάθου στην περιοχή μεταξύ #43-42, #32-33 ήταν λεία, στιλπνά και εξέρυθρα (εικ. 1.1B), έφεραν αυχενικές εμφράξεις σύνθετης ρητίνης και λίγες εναποθέσεις τρυγίας. Παρατηρήθηκε επίσης μελάνι στα δόντια #32-33, το οποίο είχε τοποθετήσει η ασθενής «για επούληση». Ο υπόλοιπος στοματικός βλεννογόνος ήταν φυσιολογικός. Με την πιθανή κλινική διάγνωση ομαλού λειχίνα πραγματοποιήθηκε διαγνωστική βιοψία από το κάτω χείλος. Η ιστολογική εξέταση έδειξε τμήμα βλεννογόνου το πολύστιβο πλάκώδες επιθήλιο του οποίου παρουσίαζε υπερπαρακερατίνωση, εναθλασσομένες περιοχές ατροφίας και υπερακάνθωσης, καθώς και υδρωπική εκφύλιση της βασικής στιβάδας με ασαφопоίηση της χοριοεπιθηλιακής συμβολής. Στον υποκείμενο πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό παρατηρήθηκε πυκνή μέτρου

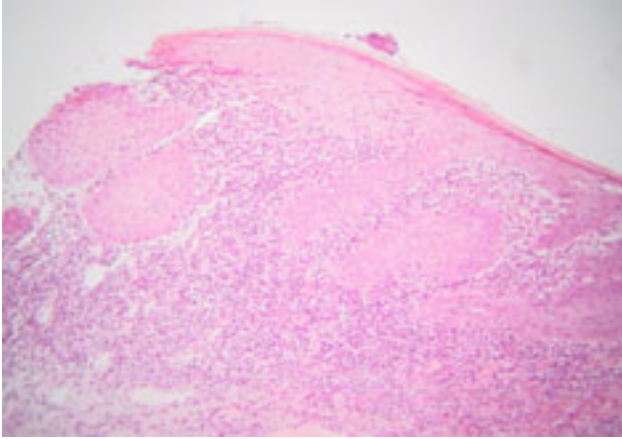


Εικόνα 1.1A. Συρρέουσες λευκές βλατίδες με συνοδό ερυθρότητα στο βλεννογόνο του κάτω χείλους δεξιά.

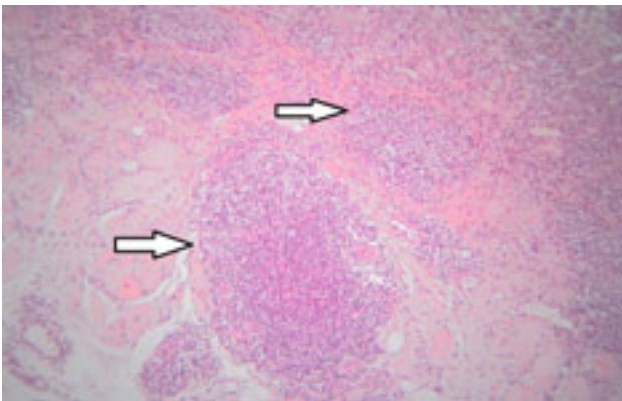


Εικόνα 1.1B. Λεία, στιλπνά και εξέρυθρα ούλα. Στα δόντια #32, 33 έχει παραμείνει μελάνι, το οποίο είχε τοποθετήσει η ασθενής για να αντιμετωπίσει τη βλάβη.

βαθμού φλεγμονώδους διήθηση, κυρίως από λεμφοκύτταρα, με υποεπιθηλιακή ταινιοειδή και περιαγγειακή κατανομή, λίγες εστίες χρόνιας φλεγμονώδους διήθησης περιφερικά εκφορτικών πόρων σιαλογόνων αδένων (εικ. 1.2A) και διάσπαρτα κοκκίωματα επιθηλιοειδών μακροφάγων χωρίς τυροειδή νέκρωση (εικ. 1.2B). Τα ευρήματα αυτά ήταν συμβατά με λειχνηοειδή και κοκκιωματοώδη φλεγμονή και τέθηκε η διάγνωση της λειχνηοειδούς αντίδρασης.



Εικόνα 1.2A. Παρατηρείται μέτρια λεμφοκυτταρική διήθηση με ταινιοειδή κατανομή, υδρωπική εκφύλιση των κυττάρων της βασικής στιβάδας και ασαφιοποίηση της χοριοεπιθηλιακής συμβολής (H&E, x200).



Εικόνα 1.2B. Παρατηρείται σχηματισμός κοκκιωμάτων από επιθηλιοειδή μακροφάγα χωρίς τυροειδή νέκρωση (βέλη) (H&E, x200).

Στην ασθενή συστήθηκε απομάκρυνση του τοπικού παράγοντα, τοποθέτηση μεταβατικής αποκατάστασης στο #44 και τοπική εφαρμογή γέλης χλωρεξιδίνης 0,2% χωρίς οινόπνευμα τρεις φορές την ημέρα για 15 ημέρες. Κατά την επανεξέταση, παρότι η ασθενής δεν είχε επισκεφθεί τον οδοντίατρό της, ανέφερε απουσία συμπτωμάτων και κλινικά παρατηρήθηκε βελτίωση της κλινικής εικόνας των βλαβών τόσο στο βλεννογόνο του χείλους (Εικ. 1.3A) όσο και στα ούλα. Συστήθηκε εκ νέου πραγματοποίηση επίσκεψης στον οδοντίατρο, συνέχιση της τοπικής αγωγής και επανεξέταση σε τρεις εβδομάδες, αλλά η ασθενής δεν προσήλθε στον προγραμματισμένο επανέλεγχο.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2^η

Άνδρας 27 ετών, μη καπνιστής, παραπέμφθηκε από τον οδοντίατρό του για την αξιολόγηση ανώδυνης βλάβης στο βλεννογόνο του άνω χείλους διάρκειας 4 ετών. Το ατομικό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο και ο τελευταίος αιματολογικός έλεγχος που είχε γίνει πριν από ένα έτος ήταν φυσιολογικός. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε περιγεγραμμένη ερυθρόλευ-

κη, μη αποκολληόμενη πλάκα διαστάσεων 1,5 x 0,5 cm στο βλεννογόνο του άνω χείλους δεξιά σε επαφή με τον έκτοπο #13 (εικ. 2.1A). Παράλληλα, παρατηρήθηκε εξεσημασμένη εναπόθεση οδοντικής μικροβιακής πλάκας (ΟΜΠ) και τρυγίας σε όλο τον οδοντικό φραγμό, καθώς και αιμορραγία κατά την απλή επίθιξη των ούλων (εικ. 2.1B). Ο υπόλοιπος στοματικός βλεννογόνος ήταν φυσιολογικός. Η πιθανή κλινική διάγνωση ήταν λειχήνοειδής αντίδραση, ενώ στη διαφορική διάγνωση συμπεριλήφθηκε η ερυθρολευκοπλάκια.



Εικόνα 1.3A. Σαφής υποχώρηση της βλάβης του χείλους 2 εβδομάδες μετά τη χρήση τοπικής γέλης χλωρεξιδίνης.



Εικόνα 2.1A. Ερυθρόλευκη μη αποκολληόμενη πλάκα στο βλεννογόνο του άνω χείλους δεξιά, αντίστοιχα με έκτοπο #13.



Εικόνα 2.1B. Κακή στοματική υγιεινή με έντονες εναποθέσεις ΟΜΠ και τρυγίας.

Στον ασθενή συστήθηκε, πριν από τη λήψη βιοψίας για την τεκμηρίωση της διάγνωσης, να γίνει αποτρίγωση, καλή στοματική υγιεινή και πλύσεις με διάλυμα χλωρεξιδίνης 0,2% χωρίς οινόπνευμα 3 φορές την ημέρα. Κατά την επανεξέταση μία εβδομάδα αργότερα, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της κλινικής εικόνας των ούλων (εικ. 2.2A), ενώ η βλάβη του άνω χείλους είχε υποχωρήσει πλήρως (εικ. 2.2B). Η υποχώρηση της βλάβης μετά την αποτρίγωση και την τοπική αντιμικροβιακή θεραπεία επιβεβαίωσε την αρχική κλινική διάγνωση της λειχνοειδούς αντίδρασης στον μικροβιακό παράγοντα και στον ασθενή συστήθηκε να συνεχίσει την καλή στοματική υγιεινή. Επτά μήνες μετά την αρχική εξέταση δεν έχει αναφερθεί υποτροπή.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3^Η

Γυναίκα 65 ετών, μη καπνίστρια, προσήλθε παραπονούμενη για ερυθρή βλάβη στο βλεννογόνο του άνω χείλους διάρκειας τριών μηνών, η οποία συνοδευόταν από καύσο. Από το ατομικό αναμνηστικό ανέφερε ανάπτυξη μη Hodgkin B-κυτταρικού λεμφώματος τύπου MALT σε έδαφος πρωτοπαθούς συνδρόμου Sjögren 1,5 έτος νωρίτερα, το οποίο είχε αντιμετωπισθεί με έξι κύκλους χημειοθεραπείας με ριτουξιμάμπη και τελούσε πλέον υπό ύφεση. Η ασθενής λάμβανε επίσης καθημερινά αγωγή για αρτηριακή υπέρταση (καντεσαρτάνη επί 6 έτη), δεν ανέφερε αλλεργίες και ο τελευταίος αιματολογικός έλεγχος πριν από 3 μήνες ήταν φυσιολογικός.

Κατά την κλινική εξέταση, παρατηρήθηκε στο βλεννογόνο του άνω χείλους σαφώς περιγεγραμμένη ερυθρή περιοχή με παρουσία σε περιφερικές θέσεις δικτύου λευκωπών βλατίδων, καθώς και συνοδός ερυθρότητα στα προστομακιά ούλα των #11-21 (εικ. 3.1A). Διαπιστώθηκαν επίσης στιλπνότητα του στοματικού βλεννογόνου, απουσία ελεύθερου σιάλου από το έδαφος του στόματος, καθώς και ερυθρότητα στη ραχιαία επιφάνεια της γλώσσας. Με πιθανή κλινική διάγνωση λειχνοειδούς αντίδρασης χειλιών και προστομακίων ούλων για τις βλάβες του άνω χείλους και των ούλων και ερυθματώδους καντιντίασης για τη γλώσσα, συστήθηκε τοπική εφαρμογή γέλης χλωρεξιδίνης 0,2% χωρίς οινόπνευμα στο βλεννογόνο του άνω χείλους και στα ούλα, τρεις φορές την ημέρα για μία εβδομάδα. Επιπροσθέτως, συστήθηκαν τοπικά αντιξηροστομικά σκευάσματα με τη μορφή γέλης και στοματικού διαλύματος, καθώς και εφαρμογή γέλης μικοναζόλης στη ραχιαία επιφάνεια της γλώσσας 3 φορές ανά ημέρα για 1 εβδομάδα. Κατά την επανεξέταση μία εβδομάδα αργότερα παρατηρήθηκε σχεδόν πλήρης αποδρομή των βλαβών του χείλους και των ούλων (εικ. 3.1B), καθώς και της ερυθρότητας της ραχιαίας επιφάνειας της γλώσσας. Τέσσερις μήνες μετά την πρώτη εξέταση δεν έχει αναφερθεί υποτροπή.



Εικόνα 2.2A. Σαφής βελτίωση της κλινικής εικόνας των ούλων μετά την απομάκρυνση του τοπικού παράγοντα.



Εικόνα 2.2B. Πλήρης αποδρομή της βλάβης του χείλους.



Εικόνα 3.1A. Παρατηρείται ερυθρή περιοχή με δίκτυο λευκών βλατίδων στο βλεννογόνο του άνω χείλους δεξιά, καθώς και ερυθρότητα στα ελεύθερα ούλα των #11 και 21.



Εικόνα 3. 1B. Πλήρης αποδρομή των βλαβών στο χείλος και στα ούλα μία εβδομάδα μετά την εφαρμογή γέλης χλωρεξιδίνης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στις περιπτώσεις που παρουσιάζονται η κλινική εικόνα των βλαβών ήταν συμβατή με λειχηνοειδή αντίδραση του βιεννογόνου των χειλιών. Η πρώτη περίπτωση παρουσιάζει την ιδιαιτερότητα εντόπισης στο κάτω χείλος, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων λειχηνοειδών αντιδράσεων που έχουν περιγραφεί αναφέρονται αποκλειστικά στο άνω χείλος.⁴⁻⁶ Λόγω της άτυπης κλινικής εικόνας, έγινε βιοψία και τα ιστοπαθολογικά ευρήματα ήταν παρόμοια με τα αναφερόμενα στη βιβλιογραφία για τις βλάβες στο άνω χείλος, δηλαδή παρουσία φλεγμονής από λεμφοκύτταρα με υποεπιθηλιακή ταινιοειδή κατανομή,⁴ καθώς και κοκκιωμάτων επιθηλιοειδών μακροφάγων, χωρίς γιγαντοκύτταρα ή τυροειδή νέκρωση.⁵ Στους άηλους δύο ασθενείς της παρούσας μελέτης δεν έγινε βιοψία, λόγω της χαρακτηριστικής κλινικής εικόνας της βλάβης και της καλής ανταπόκρισης στην αντιμικροβιακή αγωγή, όπως αναφέρεται σε πολλές δημοσιευμένες περιπτώσεις.⁶

Ερυθρότητα των προστοματικών ούλων παρατηρήθηκε στις δύο από τις τρεις περιπτώσεις μας. Ανάλογη συνύπαρξη βλαβών των χειλιών με ερυθρότητα στα ούλα έχει αναφερθεί από τους Robinson et al σε 3 από τους 6 ασθενείς και από τους Bäckman & Jontell «σε κάποιους ασθενείς», ο αριθμός των οποίων δεν προσδιορίζεται.^{5,6} Σε καμία από τις παραπάνω περιπτώσεις δεν έγινε βιοψία από τα ούλα, προκειμένου να αποσαφηνιστεί αν πρόκειται για λειχηνοειδείς βλάβες ή μικροβιακή φλεγμονή, ωστόσο και αυτές ανταποκρίθηκαν στην τοπική αγωγή.⁶

Στη διαφορική διάγνωση της λειχηνοειδούς φλεγμονής του χείλους συμπεριλαμβάνονται ο ομαλός λειχήνας του στόματος, η φαρμακευτική λειχηνοειδής αντίδραση, οι λειχηνοειδείς αντιδράσεις υπερευαισθησίας εξ επαφής, οι στοματικές εκδηλώσεις του ερυθρηματώδους λύκου, καθώς και η ερυθρολευκο-

πληκία.^{1,2,7-10} Ο ομαλός λειχήνας εμφανίζεται συχνότερα με τη μορφή λευκού δικτύου και προσβάλλει στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τις παρειές αμφοτερόπλευρα, ενώ με μικρότερη συχνότητα τη γλώσσα, τα ούλα και το κάτω χείλος.^{1,7} Σπανίως προσβάλλεται μόνο ο βιεννογόνος των χειλιών με τα ποσοστά στη βιβλιογραφία να κυμαίνονται από 0,51%-8,9%, ενώ το κάτω χείλος προσβάλλεται συχνότερα από το άνω.⁸ Η φαρμακευτική λειχηνοειδής αντίδραση εμφανίζεται συχνότερα ως ετερόπλευρη διαβρωτική βλάβη, ακόμη και αρκετά χρόνια μετά την έναρξη του φαρμάκου, ενώ είναι χαρακτηριστική η αποδρομή των βλαβών με τη διακοπή του φαρμάκου και η επανεμφάνιση σε επανέναρξη (rechallenging test).¹ Οι λειχηνοειδείς αντιδράσεις υπερευαισθησίας εξ επαφής βρίσκονται σε στενή σχέση με επανορθωτικό υλικό ή το σημείο που έρχονται σε επαφή οι αρωματικές ουσίες, εντοπίζονται συχνότερα στις παρειές και στη γλώσσα, ενώ εξάλειψη του αιτίου οδηγεί σε αποδρομή τους.² Ο ερυθρηματώδης λύκος σπάνια εντοπίζεται μόνο στη στοματική κοιλότητα και συνήθως συνυπάρχει με δερματικές βλάβες.^{9,10} Εντοπίζεται συχνότερα στις παρειές, στην υπερώα, στα ούλα και στο κάτω χείλος, ενώ κλινικά χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα περιβαλλόμενη από λευκή άλω.^{9,10} Τέλος, η ερυθρολευκοπληκία δεν φαίνεται να έχει προτίμηση φύλου, εντοπίζεται συχνότερα στο έδαφος του στόματος, στη γλώσσα και τη μαθηακή υπερώα.¹⁰

Μικροσκοπικά, στη λειχηνοειδή αντίδραση του άνω χείλους αναγνωρίζεται λειχηνοειδής φλεγμονή⁴ και, σε μερικές περιπτώσεις, επιθηλιοειδή κοκκιώματα, χωρίς γιγαντοκύτταρα ή τυροειδή νέκρωση.⁵ Ανάλογη εικόνα περιγράφεται στον ομαλό λειχήνα, στη φαρμακευτική λειχηνοειδή αντίδραση, στις λειχηνοειδείς αντιδράσεις υπερευαισθησίας εξ επαφής και στον ερυθρηματώδη λύκο, με κατά περιπτώσεις επιμέρους διαφορές.^{1,2,9,10} Στη φαρμακευτική λειχηνοειδή αντίδραση η φλεγμονώδης διήθηση είναι διάχυτη και εν τω βάθει, με παρουσία πλάσματοκυττάρων και ηωσινόφιλων.¹ Όταν οι βλάβες σχετίζονται με επανορθωτικά υλικά, παρατηρούνται λεμφοζύδια και όταν σχετίζονται με κανέληλα, παρατηρούνται ηωσινόφιλα και περιαγγειακή κατανομή της φλεγμονής.² Στον ερυθρηματώδη λύκο διακρίνονται στικτές εναποθέσεις PAS υλικού στη βασική μεμβράνη, υποεπιθηλιακό οίδημα και περιαγγειακή κατανομή του φλεγμονώδους διηθήματος.^{9,10} Τέλος, στην ερυθροπληκία παρατηρείται συνήθως επιθηλιακή δυσπλασία ή ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.¹⁰

Η τελική διάγνωση τίθεται από τη συνεκτίμηση του ιστορικού, τη λεπτομερή κλινική εξέταση και, σε περιπτώσεις διαγνωστικής ασάφειας, τη βιοψία.^{1,2,7-10}

Η αιτιοπαθογένεια των λειχηνοειδών αντιδράσεων του χείλους δεν έχει αποσαφηνιστεί. Σημαντικό ρόλο θεωρείται πως διαδραματίζει το τοπικό μικροβιακό περιβάλλον, καθώς οι βλάβες ανταποκρίνονται σε τοπική αντιμικροβιακή θεραπεία σε ποσοστό 80%,⁶ ενώ τα τοπικά και συστηματικά κορτικοστεροειδή δεν

έχουν ανάλογο αποτέλεσμα.^{5,6} Σημειώνεται πως συσχέτιση με μικρόβια, μερικά από τα οποία συμμετέχουν στη περιοδοντική νόσο, έχει πρόσφατα αναφερθεί για τον ομαλό λειχήνα του στόματος.¹¹ Στην πρώτη περίπτωση που παρουσιάζεται, η βλάβη ερχόταν σε επαφή με χυτό μεταλλικό κολλόβωμα με αδρή επιφάνεια, η οποία ευνοούσε την άθροιση ΟΜΠ. Η συνύπαρξη λειχνοειδούς και κοκκιωματώδους φλεγμονής, που παρατηρείται μικροσκοπικά σε μερικούς ασθενείς, είναι συμβατή με απάντηση σε ενεργό μόλυνση ή μικροβιακό αντιγόνο,^{5,2} ενώ ο ρόλος των μυκήτων δεν είναι σαφής.⁶ Η ιδιοπαθής ή φαρμακοπαγώμενη λειχνοειδής αντίδραση, π.χ. στα αντιυπερτασικά, δεν μπορεί επίσης να αποκλειστεί.^{5,2} Τα φάρμακα αυτά μπορεί επίσης να προκαλούν μειωμένη ροή σιάλου, που, όπως και η στοματική αναπνοή, πιθανόν να εξηγούν την προτίμηση της βλάβης για το βλεννογόνο του άνω χείλους και των σύστοιχων προστομακίων ούλων, καθώς ευνοεί τη συσώρευση οδοντικής μικροβιακής πλάκας και τρυγίας στα πρόσθια άνω δόντια.⁶ Δύο ασθενείς της παρούσας μελέτης λάμβαναν αντιυπερτασικά φάρμακα, ενώ η τρίτη ασθενής εμφάνιζε ξηροστομία λόγω του συνδρόμου Sjögren. Τέλος, στην παθογένεια των βλαβών ενδέχεται να συμμετέχει και λειχνοειδής αντίδραση εξ επαφής στη σύνθετη ρητίνη⁴ ή σε ουσίες που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση μεταξύ εμφρακτικού υλικού και των μικροβίων της ΟΜΠ.⁶

Η συνύπαρξη, μικροσκοπικά, λειχνοειδούς και κοκκιωματώδους φλεγμονής έχει αναφερθεί σε σπάνιες περιπτώσεις στο δέρμα, ως λειχνοειδής και κοκκιωματώδης δερματίτιδα σε ασθενείς με συστηματικά νοσήματα, όπως ηπατοχολική νόσο, ρευματοειδή αρθρίτιδα, νόσο του Crohn, ενδοκρινολογικές, δερματικό T-λέμφωμα, ή εν τω βάθει ερυθρηματώδη λύκο (lupus erythematosus profundus).^{5,12} Ανάλογο συσχέτιση δεν έχει προκύψει στις περιπτώσεις λειχνοειδούς και κοκκιωματώδους στοματίτιδας. Σε μία από τις παρούσες περιπτώσεις υπήρχε ιστορικό μη Hodgkin B-κυτταρικού λεμφώματος τύπου MALT σε έδαφος πρωτοπαθούς συνδρόμου Sjögren, ωστόσο η πλήρης ανταπόκριση στην τοπική αγωγή περιορίζει την πιθανότητα εμπλοκής των υποκείμενων νοσημάτων στην παθογένεια των βλαβών, αλλά και απέκλεισε τη λήψη βιοψίας.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των λειχνοειδών βλαβών του άνω χείλους είναι εμπειρική. Οι Bäckman & Jontell⁶ παρατήρησαν πως σε 18 από 22 ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκαν 10ml διαλύματος χλωρεξιδίνης 0,2% δύο φορές την ημέρα επί 14 ημέρες, υπήρξε πλήρης ή σχεδόν πλήρης ανακούφιση από τα συμπτώματα, ενώ οι βλάβες επουλώθηκαν ή υποχώρησαν «σε σημαντικό βαθμό». Σε 3 ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε τοπικό κορτικοστεροειδές, σε συνδυασμό με αντιμυκητιασικό τα αποτελέσματα, περιγράφηκαν ως «ποικίλα».⁶ Κορτικοστεροειδή χρησιμοποιήθηκαν και από τους Robinson et al, που έδωσαν

συστηματικά πρεδνιζολόνη σε έναν ασθενή, τοπικά τριαμσινολόνη σε έναν άλλο ασθενή και πλύσεις με βηταμεθαζόνη ή βεκλομεθαζόνη (Becodide) σε 2 και 3 ασθενείς, αντίστοιχα. Σε κανέναν ασθενή δε παρατηρήθηκε πλήρης υποχώρηση των βλαβών.⁵

Σε περίπτωση μη ανταπόκρισης των βλαβών και εφόσον υπάρχουν αντίστοιχα εμφράξεις σύνθετης ρητίνης, συστήνεται η αντικατάσταση των εμφράξεων με νέες εμφράξεις σύνθετης ρητίνης ή με κεραμικό υλικό.⁴ Σε εμμένουσες περιπτώσεις, προτείνεται η λήψη κυτταρολογικού επιχρίσματος και, αν υπάρχουν μύκητες, συνδυαστική τοπική αντιμικροβιακή και αντιμυκητιασική αγωγή.⁴ Στη μελέτη των Blomgren et al βρέθηκε *C. albicans* σε 7 ασθενείς και δόθηκε αντιμυκητιασική αγωγή, ενώ σε 3 ασθενείς στους οποίους ιστολογικά επιβεβαιώθηκε η λειχνοειδής φλεγμονή χορηγήθηκε επιπροσθέτως τοπικό κορτικοστεροειδές. Σε 6 από τους ασθενείς αυτούς αναφέρθηκε παροδική μείωση των συμπτωμάτων και μόνο σε έναν με τοπική αγωγή με φλουκοναζόλη και αλοιφή υδροκορτιζόνης υπήρξε πλήρης ύφεση.⁴ Φαίνεται συνεπώς πως η τοπική αντιμικροβιακή θεραπεία αποτελεί την πρώτη θεραπευτική επιλογή, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της στοματικής υγιεινής.⁶

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Οι λειχνοειδείς αντιδράσεις του βλεννογόνου των χειλέων θεωρείται πως σχετίζονται με την παρουσία τοπικού μικροβιακού παράγοντα και μπορεί να συνυπάρχουν με ερυθρότητα των σύστοιχων προστομακίων ούλων.
2. Αν και η κλινική εικόνα και η εντόπιση έχουν διαγνωστική σημασία, πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση από άλλες οντότητες, όπως ο ομαλός λειχήνας.
3. Δεδομένης της ιδιαιτερότητας στην αιτιοπαθογένειά τους, σε αντίθεση με τον ομαλό λειχήνα και άλλες λειχνοειδείς αντιδράσεις, η τοπική αντιμικροβιακή αγωγή σε συνδυασμό με τη βελτίωση της στοματικής υγιεινής αποτελούν την πρώτη θεραπευτική επιλογή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΞΑΝΘΙΝΑΚΗ Α.Α., ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ Α. Ομαλός λειχήνας ή λειχνοειδείς αντιδράσεις της στοματικής κοιλότητας; Ένα σύγχρονο διαγνωστικό πρόβλημα. *Ελλ Επιθ Δερμ Αφρ* 2008, 19: 229-44.
2. CHENG YS, GOULD A, KURAGO Z, FANTASIA J, MULLER S. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 2016, 122:332-54.
3. SOCIÉ G, RITZ J. Current issues in chronic graft-versus-host disease. *Blood* 2014, 124:374-84.

4. BLOMGREN J, AXÉLL T, SANDAHL O, JONTELL M. Adverse reactions in the oral mucosa associated with anterior composite restorations. *J Oral Pathol Med* 1996, 25:311-3.
5. ROBINSON CM, OXLEY JD, WEIR J, EVESON JW. Lichenoid and granulomatous stomatitis: an entity or a non-specific inflammatory process? *J Oral Pathol Med* 2006, 35:262-7.
6. BÄCKMAN K, JONTELL M. Microbial-associated oral lichenoid reactions. *Oral Dis* 2007, 13:402-6.
7. ALRASHDAN MS, CIRILLO N, McCULLOUGH M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res* 2016, 308:539-51.
8. NUZZOLO P, CELENTANO A, BUCCI P, ADAMO D, RUOPPO E, LEUCI S et al. Lichen planus of the lips: an intermediate disease between the skin and mucosa? Retrospective clinical study and review of the literature. *Int J Dermatol* 2016, 55:473-81.
9. LOURENÇO SV, DE CARVALHO FR, BOGGIO P, SOTTO MN, VILELA MA, RIVITTI EA et al. Lupus erythematosus: clinical and histopathological study of oral manifestations and immunohistochemical profile of the inflammatory infiltrate. *J Cutan Pathol* 2007, 34:558-64.
10. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, CHI AC. Oral and Maxillofacial Pathology. 4th ed. Missouri, PA: Elsevier 2016, 27-30,355-64, 647-9.
11. CHOI YS, KIM Y, YOON HJ, BAEK KJ, ALAM J, PARK HK, CHOI Y. The presence of bacteria within tissue provides insights into the pathogenesis of oral lichen planus. *Sci Rep* 2016, 7:29186.
12. S BREZA T Jr, MAGRO CM. Lichenoid and granulomatous dermatitis associated with atypical mycobacterium infections. *J Cutan Pathol* 2006, 33:512-5.