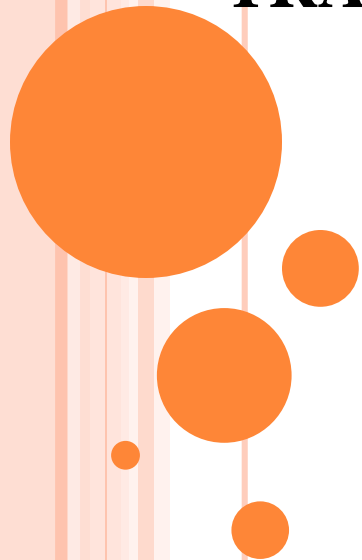


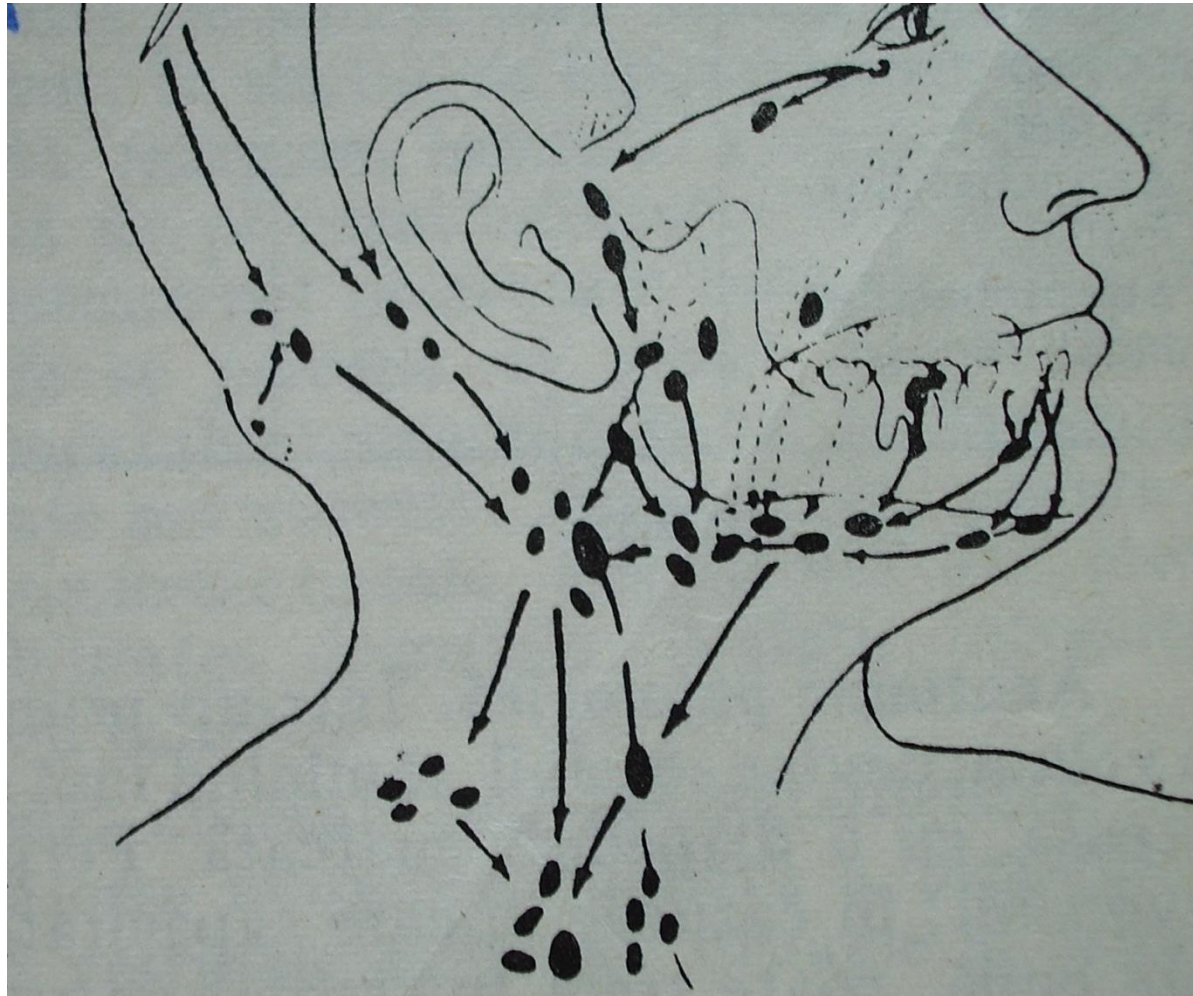


Catedra de chirurgie oro-maxilo-faciala si  
implantologie orala „Arsenie Guțan”

**LINFADENITA, ADENOFLEGMONUL:  
ETIOLOGIE, FORME CLINICE,  
SIMPTOMATOLOGIE, DIAGNOSTIC,  
TRATAMENT, PRONOSTIC, PROFILAXIE.**



**LIMFADENITA** este definită ca inflamație a ganglionului limfatic. Este **inflamație secundară** și este o consecință a unui proces inflamator, care se dezvoltă în regiunea maxilo-facială.




# CLASIFICARE

## **1. După topografie:**

- a) Amplasarea după profunzime - superficiale și profunde
- b) Localizare - submandibulare, perimandibulare, submentoniere, retromandibulare, bucale, parotidiene, etc.

## **2. După calea de penetrare:**

- a) odontogene
  - b) neodontogene - ca rezultat al proceselor infecțioase respiratorii și virale, stomatogene, otogene, rinogene, tonzilogene, dermatogene etc.
  - c) infecții specifice (tuberculoză, sifilis, actinomicoza, SIDA), metastatice (tumori).
- 

### **3. După evoluție:**

- a) Acute - seroasă, purulentă;
- b) cronice - hiperplastică, cronică acutizată, purulentă;

### **4. După etiologie:**

#### **1) infecțioasă**

- a) specifică (actinomicoza, sifilisul, tuberculoza)
- b) nespecifică (stafilococ, streptococ și alți agenți patogeni).

#### **2) traumatică**

- a) acută
- b) cronică



## PATOGENIE

- Nodulii limfatici îndeplinesc funcția unor filtre biologice, care rețin microorganismele, toxinele și produsele de degradare tisulară din limfa, care se drenează din zonele afectate de procesele inflamatorii.
- Funcția de barieră a ganglionilor limfatici se manifestă prin filtrarea, neutralizarea și precipitarea bacteriilor și toxinelor transportate de către lichidul limfatic. Reducerea funcției de barieră și apariția inflamației în ganglionii limfatici apare în cazul concentrației ridicate de microorganisme provenite din focarul primar, precum și de virulența microbiană sporită.



- Agentul cauzal al limfadenitelor acute ale feței și gâtului cel mai frecvent este o monocultură de stafilococ patogen, mai rar este o asociere cu alte microorganisme. Conform datelor, la 92% dintre pacienți cauza limfadenitei este **Staphylococul auriu**, și doar în 8% din cazuri este implicată microflora mixtă (streptococi, e. coli, proteus, și altele).



# ETIOLOGIA LIMFADENITELOR

***Factorii predispozanți:*** Gripa, IVA, Cașecsa, stressul, diabetul, psihozele, suprarăcirea, supraîncălzirea.

***Factorii determinanți:***

**Odontogene (58%)** -pulpita, periodontita, parodontita, pericoronarita, periostita, ostiomielita, chist suprainfectat, alveolita, abces, flegmon, granulom migrant.

**Stomatogene** –stomatita ulceronecrotică, gingivita, stomatita,

**Specifice** -tuberculoza, lues, actinomicoza, SIDA,

**ORL** -tonzilogenă-(10%), rinogene, otogene, sinusitele,

**Dermatogene** -piodermite, acnee, furuncul, carbuncul,

**Boli ale glandelor salivare** - sialodochita, sialolitiaza, sialoadenitele.

**Traumatice**

**Tumorale** (metastaze)



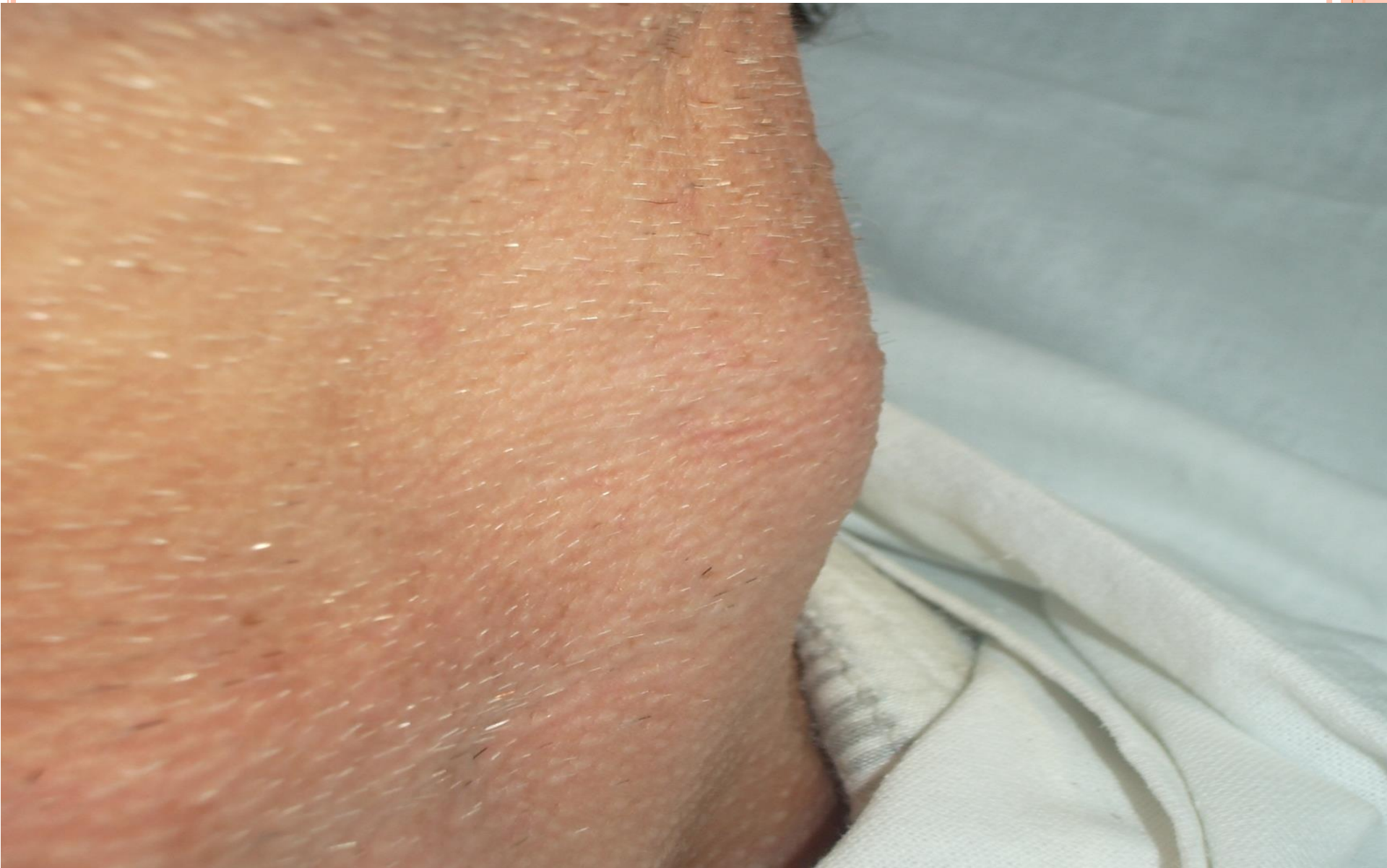


# LIMFADENITĂ ACUTĂ SEROASĂ ODONTOGENĂ SUBMENTONIERĂ





# TUMOARE A PLANȘEULUI BUCAL, PACHETUL LIMFONODULILOR SUBMANDIBULARI



# TUMOARE A PLANȘEULUI BUCAL



# ANATOMIE PATOLOGICĂ

- Studiul morfologic remarcă dilatarea pereților vaselor limfatice și sporirea permeabilității lor. Țesutul fibros de-a lungul vaselor se impregnează cu leucocite (perilimfangoită). Ca urmare, a îngustării lumenului și a descuamării celulelor endoteliale din vasele limfatice, se formează cheaguri, care produc o limfostază persistentă. Cu menținerea în timp a procesului inflamator se observă obliterarea vaselor limfatice, cu apariția edemelor semnificative.



- În **limfadenitele acute** nodulii limfatici sunt măriți, vasele limfatice sunt dilatate, congestionate, apare edemul țesuturilor interesate. Parenchimul ganglionilor limfatici este impregnat cu exudat seros.
- Crește volumul și gradul de infiltrare a țesuturilor ganglionilor limfatici, se observă proliferarea celulelor limfatice și sporirea cantității de leucocite.
- În limfadenita acută capsula ganglionară este edemațiată, cu ramolirea țesutului conjunctiv. În caz de abcedare a limfonodulului capsula se infiltrează cu leucocite.





- În limfadenite, din cauza edemației nodulului limfatic, încetează refluxul lichidului limfatic periferic, fapt care crează condiții optime pentru acumularea de limfocite și fagocite, precum și scindării limfocitelor cu macrofagele. Prin acest mecanism se manifestă funcția de barieră a ganglionului limfatic în inflamație. Cu toate acestea, microorganismele pot afecta funcția de barieră și chiar a se înmulți în nodul, iar apoi, cu timpul pătrund în fluxul sanguin.

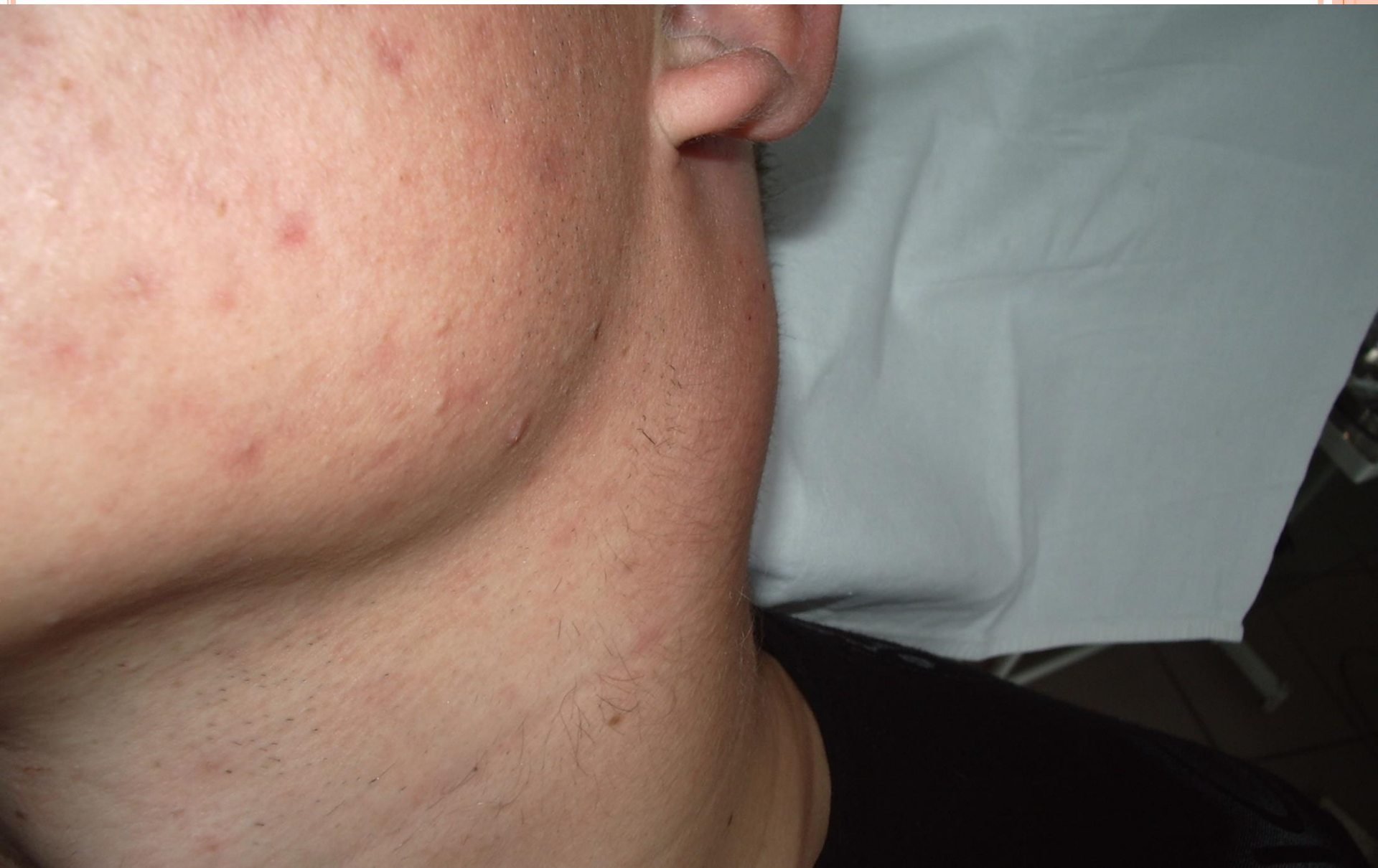


- În **limfadenita acuta**, în faza inițială, modificările structurale se reduc la **congestia tegumentelor** adiacente nodulului afectat, se extinde dilatarea sinusurilor ganglionare și descuamarea endoteliului. După aceasta urmează imbibiția seroasă a parenchimului nodular și infiltrația leucocitară. Dezvoltarea în continuare a procesului inflamator lichidul limfatic poate lua un **caracter purulent**.
- În funcție de intensitatea factorului provocator a limfadenitei, de durata acțiunii și reacției proprii a organismului la procesul inflamator, este posibilă parcurgerea rapidă a tuturor acestor etape, sau limitarea la una dintre ele.









## În dependență de faza atinsă distingem următoarele forme de limfadenită:

- simplă sau **catarală**
- **hiperplastică**
- **purulentă**
- Unele **particularități morfopatologice** determină apariția și a altor forme de limfadenite:
  - în caz de stopare a procesului la stadiul de exudație, dar cu acumularea abundantă de fibrină - limfadenită fibrinoasă;
  - în caz de necroză rapidă și extensivă a ganglionilor limfatici - limfadenită necrotizantă.
  - Ca o formă specială de limfadenită este relatată limfadenita hemoragică, în care o sporire semnificativă a permeabilității capilare duce la îmbibiția sanguină (impregnarea) ganglionilor limfatici (în caz de antrax, ciumă).



- În fazele inițiale, adică în formele mai puțin severe (limfadenita seroasă și hiperplastică), inflamația poate evolua în regresivitate. În formele predominant destructive (limfadenita purulentă, necrozantă), survine destrucția ganglionilor limfatici – faza purulentă.

Colecția purulentă poate rămâne în interiorul capsulei ganglionului pe o perioadă destul de îndelungată, fiind delimitată de membrana piogenă, formând un **abces**.

În alte cazuri, are loc o distrugere rapidă a capsulei ganglionilor limfatici și conținutul infectat invadează în țesuturile înconjurătoare - **flegmon**. În formele inițiale ale limfadenitei, adeseori procesul inflamator nu depășește capsula ganglionului limfatic, fiind limitat prin infiltrarea seroasă a nodulului.

- În limfadenitele purulente, de obicei, se dezvoltă și periadenita - inflamația țesuturilor adiacente nodulului, la care se observă hiperemie, edem și infiltrat leucocitar. Periadenita purulentă apare în principal ca urmare a erupției colecției purulente din nodulul limfatic. În funcție de timpul evoluției limfadenitei purulente periadenita poate lua forma fie a unui abces care înconjoară resturile unui ganglion limfatic, sau a unui flegmon, așa-numitul adenoflegmon, ca exemplu poate servi angina Ludwig.



# METODELE DE DIAGNOSTIC

- 1.termografia
2. ecografia
3. tomografia computerizată
4. citologică
5. metode citochimice
6. metode histologice
- 7.biopsia (puncție, prin excizie)





# Antibiograma. Patomorfologia





# Limfadenita cervicala laterală profundă tonzilogenă

1. Clinic
2. Tomografia computerizată



# DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

## I. LOCALE (regionale)

1. Infecții locale bacteriene (faringite, otita medie, etmoidita, sinuzita, abcese odontogene, osteomielita), virale, fungice (actinomicoza, candidoza), limfogranulomatoza (maladia Hodgkin, limfomul non-Hodgkin (limfomul amigdalelor). Carcinom (secundar).

## II. GENERALIZATE

1. Infecțiile bacteriene (septicemia, tuberculoza, bruceloza, sifilisul și altele.)

virale (rubeola, infecția adenovirală, gripa, SIDA, mononucleoza infecțioasă și altele.), fungice (histoplasmoza, actinomicoza), protozoice (toxoplasmoza, listerioza, leishmanioza)

2. Bolile autoimune (artrita reumatoidă, lupus eritematos sistemic, dermatomiozita, sclerodermia, arterita granulomatoasă, etc.)

### **3. maladii tumorale benigne**

**4. maladii tumorale maligne primare** (limfomul - boala Hodgkin), limfomul non-Hodgkin (limfom al limfonodulului periferic, limfomul malign, leucemie, neuroblastomul, rabdomiosarcomul, sarcomul Kaposhi, cancerul pulmonar etc.

**5. reacții la medicamente și produse chimice** (boala serului, alergie la medicamente, polinoza)


**6. alte maladii.**



## TABLOUL CLINIC

Inflamația acută începe cu o senzație de jenă la rotirea capului, o durere surdă în nodulul afectat sau grupul de noduli. Cât în formele seroase și hiperplastice limfonodulii crescuți în volum sunt bine determinați prin palpate, fiind puțin dureroși, de consistență dur-elastică. Semnele generale ale inflamației la început pot fi șterse sau chiar absente.

Inflamația seroasă rareori trece în proces purulent, ea va diminua în urma unui tratament eficient a maladiei de bază, care a provocat inflamația vaselor limfatice și a ganglionilor. Limfonodulii scad treptat în dimensiuni și devin mai puțin dureroși și în câteva săptămâni revin la forma și consistența sa normală.





# LIMFADENITA ACUTĂ SEROASĂ SUBMANDIBULARĂ





**În caz de evoluție nefavorabilă a inflamației seroase, ea se poate transforma în purulentă:** în regiunea ganglionului apare o zonă de infiltrare (perilimfadenită) nodulul se fixează, formând aderențe cu nodulii vecini și abcedează . Temperatura corpului crește la 37.2 la 37.8 ° C, în sânge apar schimbări inflamatorii tipice. Starea generală a pacientului este adesea alterată - apare o stare de disconfort, fatigabilitate, pierderea poftei de mâncare, etc.

Nodulul limfatic inflammat se topește treptat și duce la formarea fistulei (cu trecerea bolii în forma cronică) sau la dezvoltarea adenoabcesului ori adenoflegmonului.



# LIMFADENITĂ ACUTĂ PURULENTĂ



În limfadenitele acute purulente indicii generali (modificări în sânge, urina, reacția termică) pot fi sterși, fapt explicat prin prezența schimbărilor apărute în urma inflamației de bază odontogene sau neodontogene, care a cauzat limfadenita.

Procesul purulent de ramolire a ganglionului (sau grupului de ganglioni) se poate dezvolta rapid - în termen de câteva zile, iar uneori lent, chiar și după eliminarea procesului inflamator cauzal.



În regiunea maxilo-facială cel mai frecvent este prezentă limfadenita ganglionilor limfatici submandibulari, deoarece aceștea sunt nodulii de bază ale primei etape pe calea drenajului limfatic a regiunii respective. Apoi, ca frecvență de afectare urmează procesele inflamatorii a ganglionilor submentonieri, parotidieni și paramandibulari.

Limfadenitele odontogene, care se dezvoltă pe fondalul unei leucemii acute sau cronice, de obicei sunt multiple, fiind localizate în același timp pe față, regiunea submandibulară și cervicală. Sursa odontogenă de infecție, fiind localizată pe de o parte, poate genera o limfadenită bilaterală, deoarece în leucemie sunt reduse toate tipurile de mecanisme imunologice protectoare.



# LIMFADENITA ACUTĂ BILATERALĂ (2)



25.06.2006



# LIMFADENITA ACUTĂ BILATERALĂ (2)



25.06.2006

# LIMFADENITA CRONICĂ

Limfadenitele cronice nespecifice se dezvoltă ca urmare a atenuării limfadenitei acute sau se datorează virulenței scăzute a agentului patogen implicat în procesul inflamator acut. Acestea se caracterizează prin creșterea volumului ganglionilor limfatici și limitarea mobilității acestora. Se palpează noduli separați, nedurereroși, dar destul de denși. Starea generală a pacientului de obicei nu este afectată. Supurația ganglionilor limfatici în inflamația nespecifică cronică este rară; aceasta fiind un semn de tranziție al procesului din cronic în acut, din cauza activizării infecției latente. Dacă sursa de infecție odontogenă sau neodontogenă în cursul inflamației cronice "bombardează", nodulul o lungă perioadă de timp, atunci ganglionul este distrus treptat, fiind înlocuit cu țesut de granulație; uneori acutizându-se procesul cronic, fapt care duce la perforarea tegumentului și formarea fistulei, care cu timpul se cicatrizează.

# LIMFADENITĂ CRONICĂ



**Limfadenita specifică cronică** este de obicei, de etiologie tuberculoasă sau actinomicotică și afectează ganglionii paramandibulari, submandibulari, retromandibulari și cervicali. Uneori este combinată cu afectarea ganglionilor limfatici în alte regiuni ale corpului, inclusiv cei bronșici și retroperitoneali. Limfadenita specifică cronică tuberculoasă sau actinomicotică prezintă o evoluție aproape identică, creând tabloul așa-numitului granulom migrant subcutanat al regiunii faciale sau submandibulare. Ulterior, limfadenita actinomicotică prezintă mai frecvent tendința către supurație și fistulizare față de limfadenita tuberculoasă. Evoluția limfadenitei tuberculoase este foarte variată, în funcție de stadiul bolii, numărului de ganglioni limfatici implicați, reacția țesuturilor înconjurătoare și alți factori.

# TRATAMENTUL

Tratamentul limfadenitei acute seroase și cronice trebuie să fie conservativ, doar în cazul în care medicul nu poate identifica sursa primară de infecție în cavitatea orală, dinți, maxilare, tegumentele faciale, organele ORL etc. În astfel de cazuri se aplică căldură uscată, terapie cu raze ultraviolete, electroforeza cu antibiotice, antiseptice.

Efectiv (Timofeev) este badijonarea cu soluție alcoolică de iod. Sunt utile aplicațiile de comprese cu sol. diluată (1:3) la 30% de Dimexid. Trebuie de menționat că, înainte și după badijonarea cu soluție alcoolică de iod sunt contraindicate, deoarece sunt posibile reacții iritative.



Dacă pe parcursul tratamentului conservativ al limfadenitei acute are loc o progresare marcată a inflamației, este necesar să se recurgă la intervenție chirurgicală cu scop de drenare a adenoabcesului, fiind înlăturate, totodată și resturile de nodul limfatic ramolit. În timpul îndepărtării ganglionului ramolit trebuie de avut grijă să evităm deteriorarea capsulei care este o barieră de demarcare naturală. Resturile de nodul limfatic înlăturat sunt îndreptate obligator la analiza morfologică.

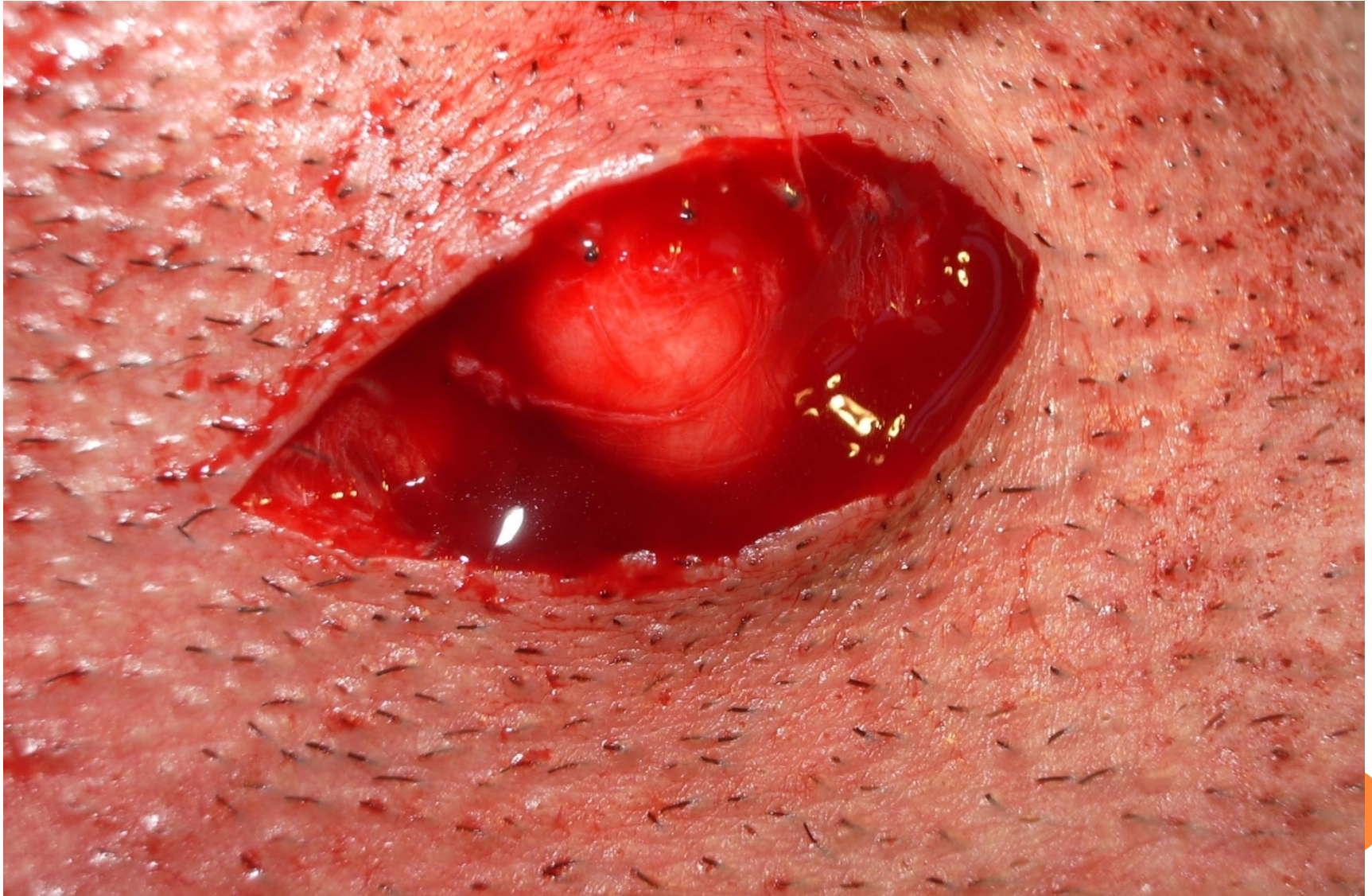


# LIMFADENITĂ CRONICĂ





# ÎNLĂTURAREA GANGLIONULUI



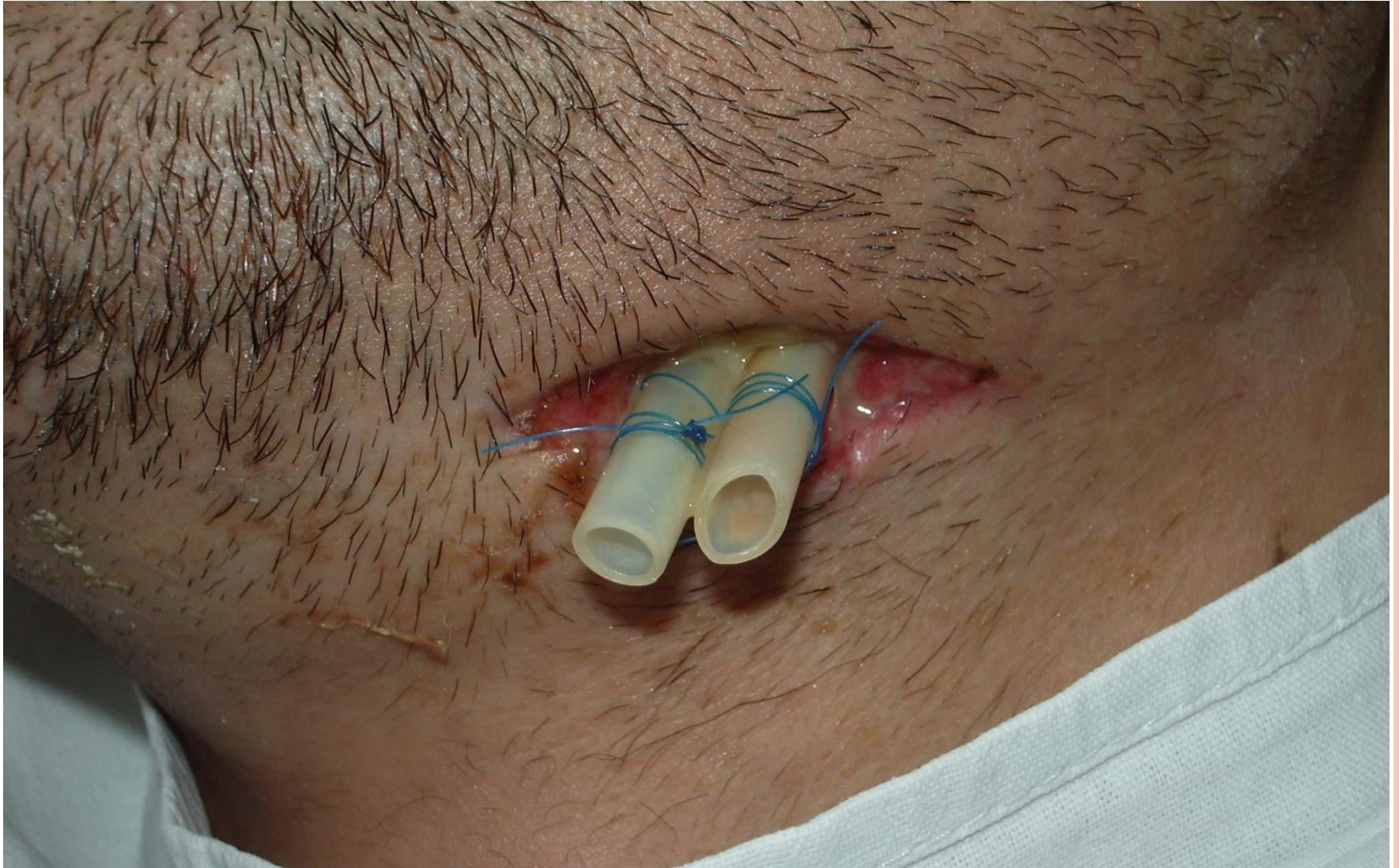








# DRENAREA ADENOABCESULUI SUBMANDIBULAR





# CAZ CLINIC. DRENAJ CU PANGLICĂ DE CAUCIUC





# APLICAREA SUTURILOR SECUNDARE



Dacă sursa de infecție primară a fost stabilită cu certitudine, este necesară eliminarea ei prin utilizarea de medicamente antibacteriene sau intervenții chirurgicale (extracția dintelui afectat, chistectomia, decapitașonarea, tratamentul sinusitei, osteomielitei, periostitei etc.).

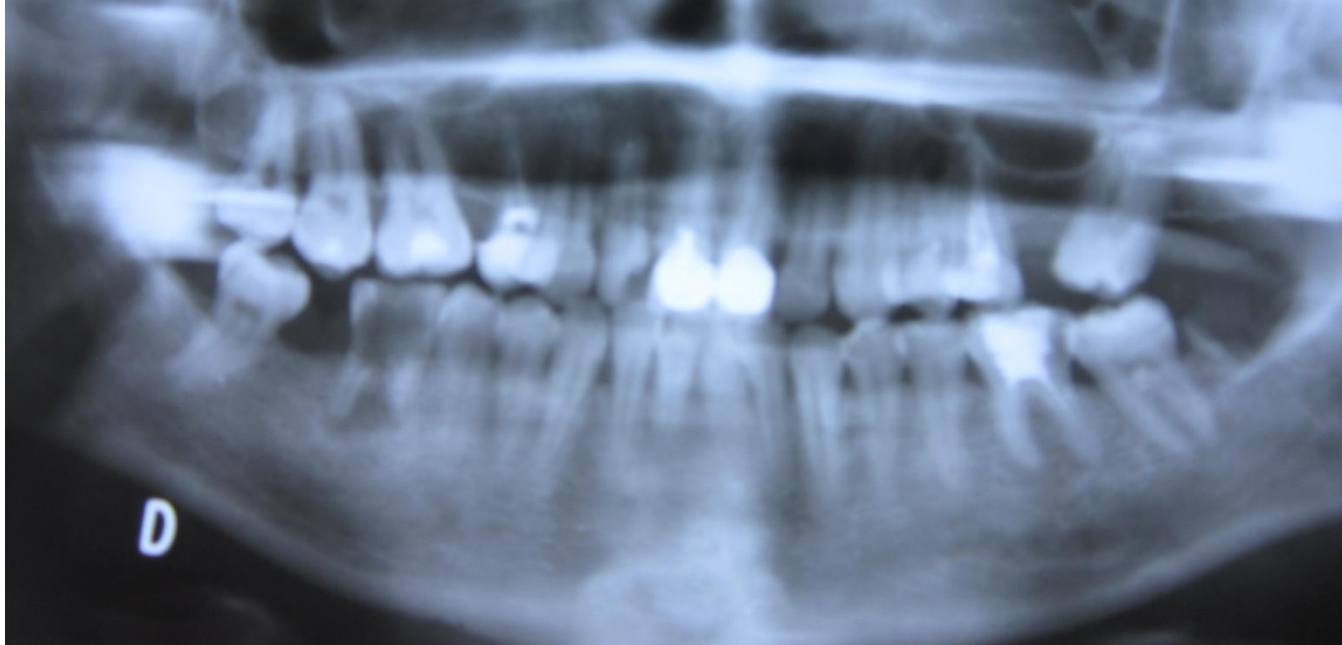




Dacă există legătură între sursa de infecție odontogenă și inflamația nodulului limfatic, de obicei este suficient de a o elimina pentru stoparea infecției ganglionare. Cu toate acestea, în unele cazuri, în plus față de intervenția asupra dintelui (extracția, rezecția apexului radicular etc.) este necesară incizia pe fundul de sac vestibular pentru a exciza cordonul inflamator, care provine de la dintele cauzal. În locul inciziei se aplică o lamă de dren din cauciuc ori o bandă filiformă de tifon cu iodoform. În cazul în care abcedarea nodulului limfatic a dus la distrugerea și formarea cicatricelor deformante a tegumentelor, este necesar de a exciza țesutul cicatriceal, cu eliminarea țesuturilor de granulație din profunzimea focarului inflamator, prelucrarea antiseptică a plăgii, urmând sutura pe straturi a plăgii.








Limfadenita specifică tuberculoasă se tratează în spitale de profil, fiind necesară asanarea obligatorie a cavității orale. Limfadenita actinomicotică este tratată cu succes cu ajutorul imunoterapiei; în cazul supurației ganglionilor limfatici este indicată deschiderea largă a colecției cu drenare adecvată și lavaje minuțioase. Cu toate acestea, trebuie reținut faptul, că drept sursă de infecție specifică este deseori un dinte gangrenos. Prin urmare, tratamentul limfadenitei specifice ar trebui să înceapă cu asanarea cavității orale.



Tratamentul imfadenitei, dezvoltate pe fondal de leucemie, se realizează de către stomatolog în clinică hematologică specializată cu utilizarea preparatelor citostatice moderne prin eliminarea obligatorie anticipată a surselor de infecție odontogenă (extracția dintelui, deschiderea abcesului subperiostal, tratamentul sinusului maxilar, chistectomia etc.).

În cazul în care perilimfadenita se complică prin flegmon, este necesară deschiderea și drenarea supurației, fără a aștepta fluctuența, pentru a preveni dezvoltarea de necroză secundară în alte regiuni. Plaga se drenează eficient, cu lavaje antiseptice intensive și tratament antimicrobian țintit conform antibiogramei.



# PROFILAXIA

Profilaxia limfadenitei acute și cronice constă în acțiuni generale și locale: tratamentul precoce a cariei dentare și a complicațiilor carioase, suprimarea surselor de infecție neodontogenă (tratamentul stomatitei, rinitei, gingivitei, glositei, infecțiilor ORL, furunculelor, abceselor, etc., tratamentul leziunilor traumatiche ale mucoasei orale și a tegumentelor stimularea rezistenței organismului etc.



# COMPLICAȚII

1. Periadenita
2. Abcesul
3. Adenoflegmonul
4. Dezvoltarea unei infecții generale
5. Tromboflebita vaselor adiacente
6. Eroziunea vaselor sanguine, urmată de hemoragie





## ADENOFLEGMONUL. CLINICA

Acest tip de flegmon este o inflamație secundară, ca sursă primară fiind focarele de infecție odontogene, cel mai frecvent parodontitele apicale acute, cronice acutizate ori parodontita marginală, sau alte surse odontogene . Infecția ajunge în nodulul limfatic prin fluxul limfatic. Cu toate acestea, chiar și după eliminarea focarului primar de inflamație odontogenă, infecția se dezvoltă de sine stătător în ganglionul limfatic.



- Evoluția procesului inflamator este lentă, cu sporirea infiltrației țesuturilor, și formarea treptată a exudatului purulent. Apoi, are loc ramolirea necrotică a capsulei limfonodulului, procesul purulent răspândindu-se în țesutul adipos.
- În adenoflegmon reacția periostului lipsește, contractura inflamatorie a mușchilor masticatori nu este tipică. Infiltratul este distribuit pe întreaga arie cuprinsă de proces. Tegumentele supraiacente infiltratului sunt hiperemiate, dureroase.



# ADENOPHLEGMON



- Microflora depistată în puroiul din adenoflegmon, după unii autori, frecvent este reprezentată de o monocultură (mai frecvent stafilococul auriu).
- Simptomele clinice generale, caracteristice procesului inflamator sunt șterse: temperatura corpului este normală sau subfebrilă, numărul leucocitelor din sânge este normal sau este prezentă o leucocitoză neânsemnată.





- Astfel, procesul inflamator în dezvoltarea adenoflegmonului parcurge următoarele etape:
- 1) limfadenita acută seroasă;
- 2) limfadenita acută purulentă
- 3) adenoflegmonul.
- Semnele tipice de dezvoltare a adenoflegmonului, menționate de către V. Lukyanenko (1968), sunt: debutul lent, răspândire continuă, lipsa reacției periostale și caracterul limitat al procesului la debutul maladiei.



# DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

- Pentru practica clinică este importantă diferențierea tipurilor
- abcese și flegmoane de alte etiologie,
- carbunculul în faza inițială,
- erizipelul,
- inflamația acută a glandelor salivare,
- chisturile cervicale mediene și laterale suprainfectate,
- procesele inflamatorii cronice specifice.



Diferențierea diferitor tipuri de flegmoane.

- **Comun pentru toate** (odontogene, osteoflegmoane și adenoflegmoane) este cauza primară odontogenă, deși, după cum sa menționat de către V. Lukyanenko (1968), în adenoflegmoane clinic legătura vizibilă între acesta și sursa primară de supurație odontogenă nu este certă.



- Toate cele trei tipuri de flegmoane sunt caracterizate de aceleași semne locale (durere, inflamație, hiperemie, infiltrarea țesuturilor, creșterea temperaturii locale) și simptome nespecifice generale (reacția de temperatură, modificări în hemoleucogramă și altele.).
- Dar intensitatea manifestărilor acestor simptome în flegmoanele odontogene și osteoflegmoane, față de adenoflegmoane sunt diferite.





- **Adenoflegmonul** rareori apare ca un proces acut.
- Se începe prin o **inflamație dureroasă a nodullui limfatic**,
- **se dezvoltă treptat**, trecând prin anumite etape.
- Numai atunci când are loc ramolirea (necroza) nodului limfatic, puroiul defuzează în țesutul adipos, sporește volumul infiltratului și apare congestia tegumentelor, fiind clar delimitat de țesuturile sănătoase.
- Tegumentele acoperitoare de obicei nu sunt lucioase, extinse având aspect de coajă de lamaie. **Contractura mușchilor masticatorii nu este prezentă.**
- Temperatura corporală a pacienților, de regulă, nu atinge valori mari. Modificările în indicii hemoleucogramei sunt minime. Uneori, crește nivelul VSH.



- **Flegmoanele odontogene**, de obicei au un **debut acut** cu o **evoluție rapidă**, fiind localizate la suprafață, edemul și infiltratul țesuturilor moi sunt clar pronunțate.
- Tegumentele sunt tensionate, lucioase cu plicile naturale șterse. Nu există limite clare ale hiperemiei. În cazul amplasării profunde a acestor flegmoane tumefierea și hiperemia sunt moderat exprimate.
- Simptomele generale nespecifice sunt exprimate în măsură considerabilă.



- Diagnosticul diferențial se face cu:
- Maladiile glandelor salivare (parotidita, submaxilita, parotidita acută epidemică)
- Chisturile cervicale congenitale suprainfectate (medial și cervical)



# TRATAMENTUL

- Tratamentul este complex și intensiv
- Chirurgical
- Antimicrobian
- Analgetic
- Desensibilizant





Tratament chirurgical. Marcarea cu verde  
de brilliant a cimpului operator





# ANESTHESIA





# INCIZIA



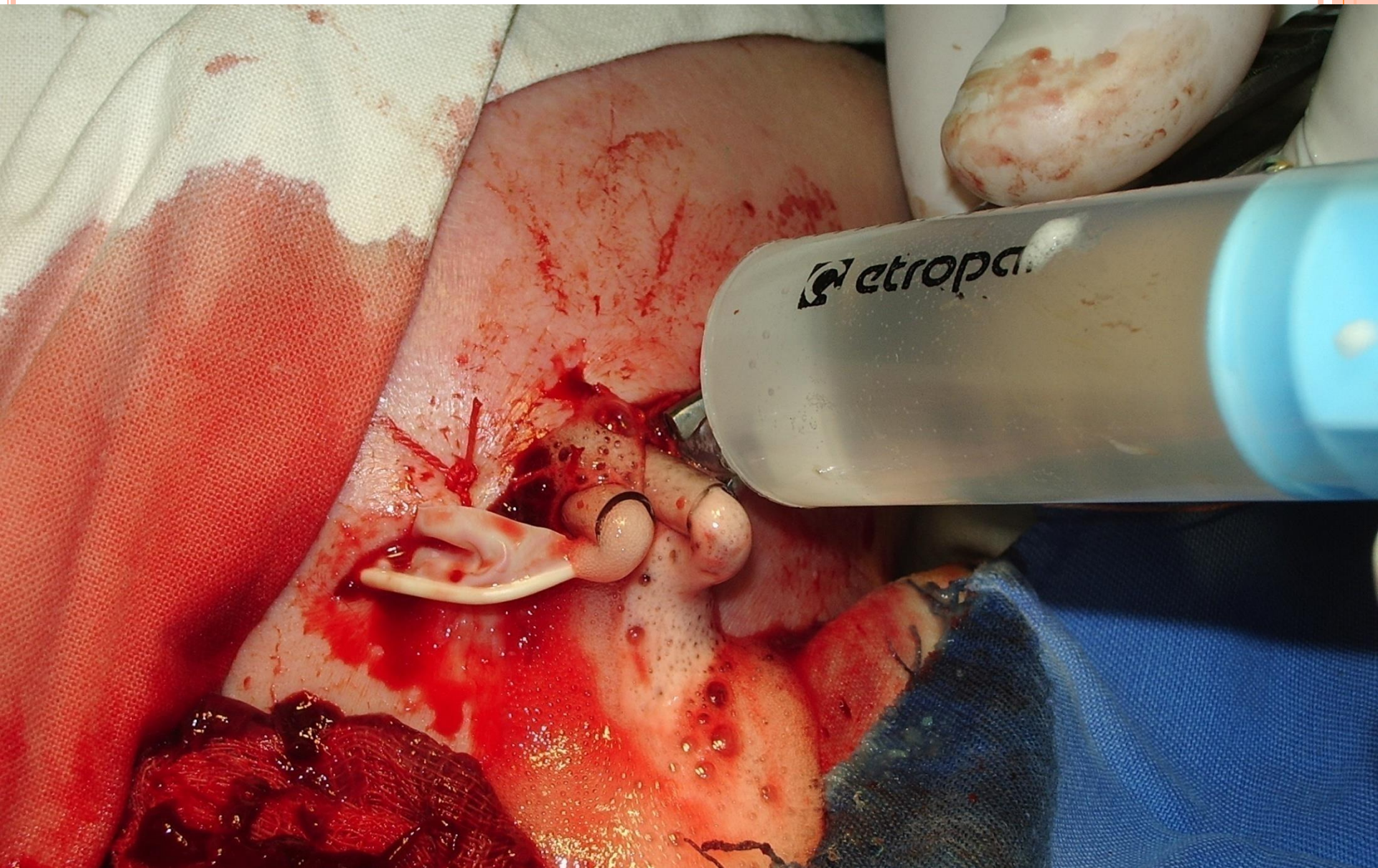


# EVACUAREA CONTINUTULUI PURULENT



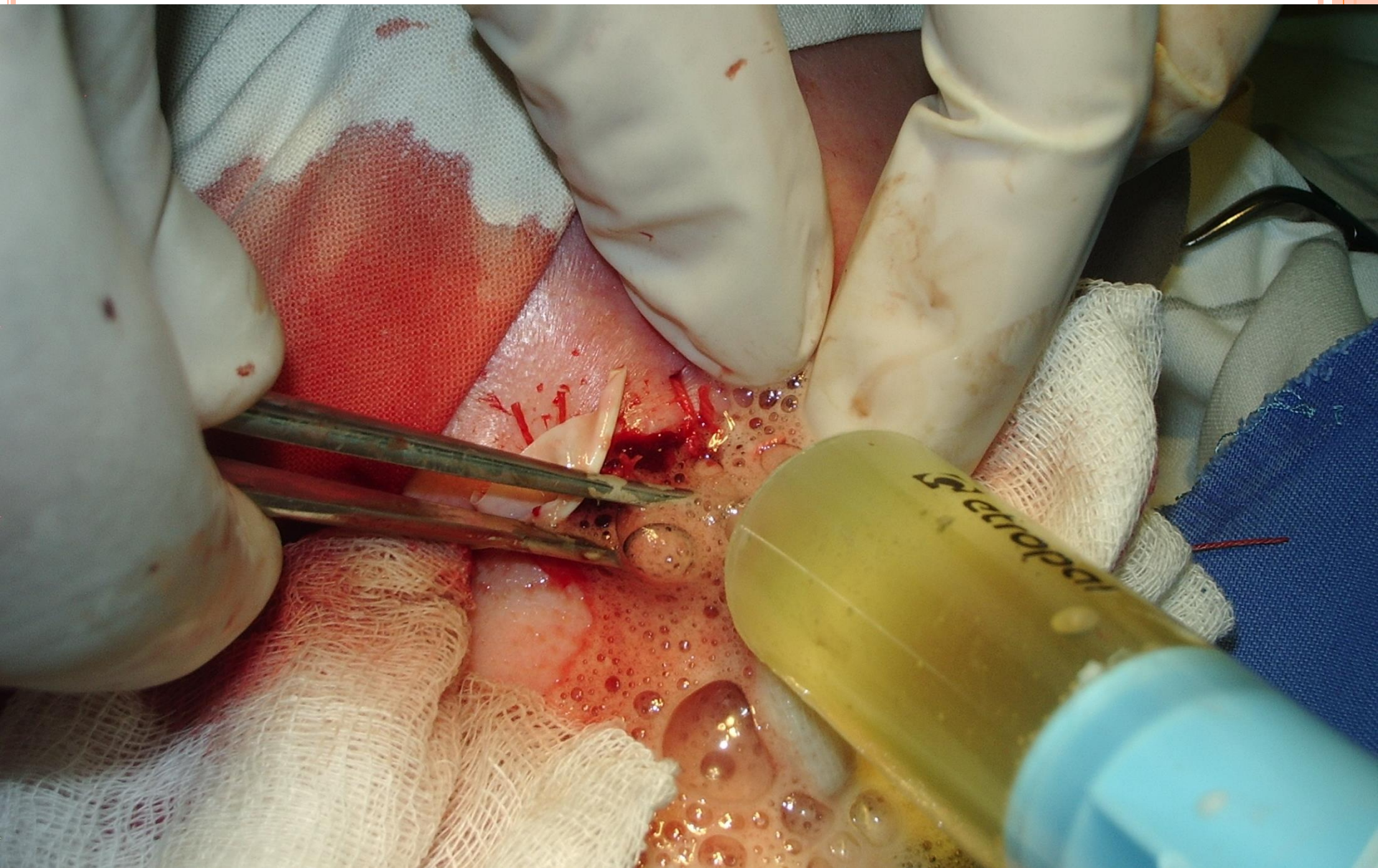


LAVAJ SOL.H2O2 3%





# LAVAJ SOL.FURACILINI





# DREN

