

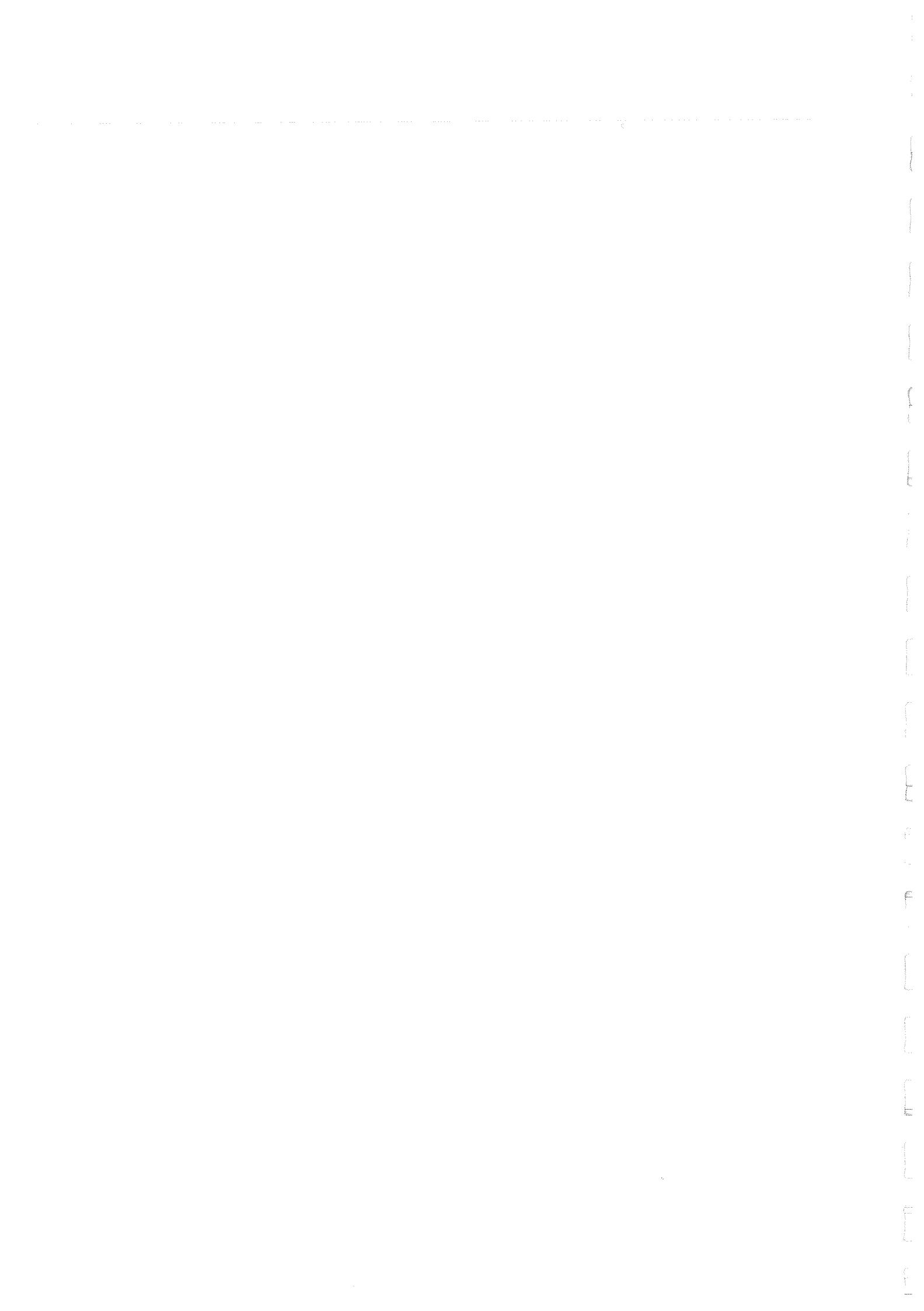
WILHELM HEINE
HERIBERTO GARNIER
DIEGO VILLEGRAN

PAVIMENTO DE CIRCUITOS CHICANA

CONFERENCIA

Editora  *gües*





CUPRINS

1. Introducere	1
2. Limitele și particularitățile morfo-funcționale ale teritoriului oro-maxilo-facial	3
3. Examenul clinic al teritoriului oro-maxilo-facial.....	10
4. Interrelația dintre patologia oro-maxilo-facială și restul organismului	15
5. Patologia erupției dentare	35
6. Infecții oro-maxilo-faciale	54
7. Traumatisme dento-maxilo-faciale	97
8. Tumori ale părților moi oro-maxilo-faciale	144
9. Tumori ale maxilarelor	178
10. Patologia glandelor salivare	212
11. Malformații congenitale ale feței și maxilarelor	233
Bibliografie selectivă	244



1. INTRODUCERE

Manualul de patologie orală și maxilo-facială își propune să prezinte studentilor și absolvenților Facultății de Medicină Generală problematică complexă a unui domeniu, cu largi și directe implicații în pregătirea și activitatea lor.

Patologia orală și maxilo-facială are un loc deosebit de important în rândul specialităților chirurgicale prin morbiditatea foarte ridicată a leziunilor inflamatorii, pseudo-tumorale sau tumorale sau prin leziunile traumaticice ce interesează în ultimii ani predominant față și maxilarele.

În prezent, este bine precizată și demonstrată interdependența dintre patologia orală și maxilo-facială și restul organismului, după cum numeroase afecțiuni generale pot determina, complica sau agrava patologia oro-maxilo-facială.

Un examen general și loco-regional al teritoriului oro-maxilo-facial corect, complet și competent, poate descopöeri elemente esențiale în precizarea unor maladii cu diverse localizări la distanță.

Scopul manualului nostru este de a pune la dispoziția medicului de medicină generală, cunoștințele necesare privind diagnosticul clinic al bolilor și complicațiilor din patologia orală și maxilo-facială.

Considerăm de asemenea ca deosebit de valoroase informațiile pe care le oferim în ceea ce privesc aspectele de profilaxie și tratament de urgență, a celor mai frecvente afecțiuni din sfera oro-maxilo-facială.

Pentru atingerea acestor deziderate, am insistat asupra semnelor și simptomelor patognomonice, asupra orientării diagnosticului pozitiv și diferențial, încercând să precizăm atitudinea practică, terapeutică, cea mai eficientă ce trebuie adoptată de către medicul practician de medicină generală, în domeniul celor mai curente boli din teritoriul oro-maxilo-facial.

Experiența ne-a demonstrat că noțiunile de *patologie orală și maxilo-facială* fac parte din formarea informativă obligatorie a medicului de medicină generală, de aceea am conceput acest manual, redactându-l într-un stil concret, clar și concis, cu o orientare practică, precisă, ilustrată sugestiv.

Sperăm ca manualul de “*Patologie Orală și Maxilo-Facială*” să constituie un îndreptar necesar, diagnostic și terapeutic pentru medicii de medicină generală, să le completeze informațiile și pregătirea generală, să-i ajute în activitatea cotidiană.

2. LIMITELE ȘI PARTICULARITĂȚILE MORFO-FUNCȚIONALE ALE TERITORIULUI ORO-MAXILO-FACIAL

Teritoriul oro-maxilo-facial are următoarele limite anatomicice:

- superior: linia orizontală ce trece prin rebordurile orbitare superioare
- inferior: linia orizontală dusă prin osul hioid
- lateral: linia oblică ce trece pe marginea anteroară a sternocleidomastoidiului și apofiza mastoidă, înconjoară lobul urechii după care trece vertical prin tragus până întâlneste limita superioară (fig. 2.1).



Figura 2.1.

În profunzime este delimitat de (fig. 2.2):

- superior: etajul anterior și mijlociu al bazei craniului
- posterior: mușchii prevertebrați cervicali
- inferior: comunică larg cu regiunile gâtului.

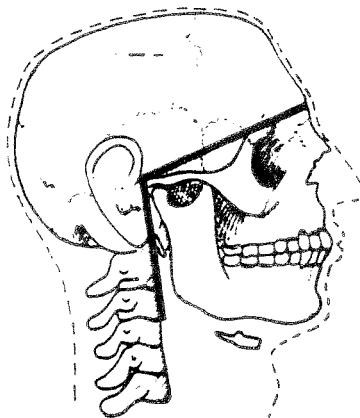


Figura 2.2.

Se exclud din teritoriul oro-maxilo-facial regiunile orbitare, fosete nazale precum și laringo-farinxul deoarece acestea au o patologie proprie; se adaugă însă regiunile pericraniene și latero-cervicale, ~~Cavitățile craneo-cervicale~~. Din punct de vedere structural, teritoriul oro-maxilo-facial are două componente distincte:

- a) cavitățile feței reprezintă începutul căilor aero-digestive
- b) pereții acestor cavități au dublu înveliș epitelial (pielea la suprafață și mucoasa pe pereții interni).

Planul osos împarte teritoriul oro-maxilo-facial în:

- *regiuni superficiale* care reprezentă totalitatea părților moi situate pe părțile antero-laterale ale planului osos
 - regiuni mediane: nazală, labială, mentonieră, submentonieră
 - regiuni laterale: geniană, parotido-maseterină, submandibulară (fig. 2.3);

- regiuni profunde alcătuite din părțile moi situate intern și posterior de planul osos cuprinzând:
 - cavitatea orală cu regiunile jugale, dento-parodontale, palatină și planșeul bucal (regiuni supramilohioidiene) (fig. 2.4)
 - regiunea zigomatică
 - spațiul latero-faringian.

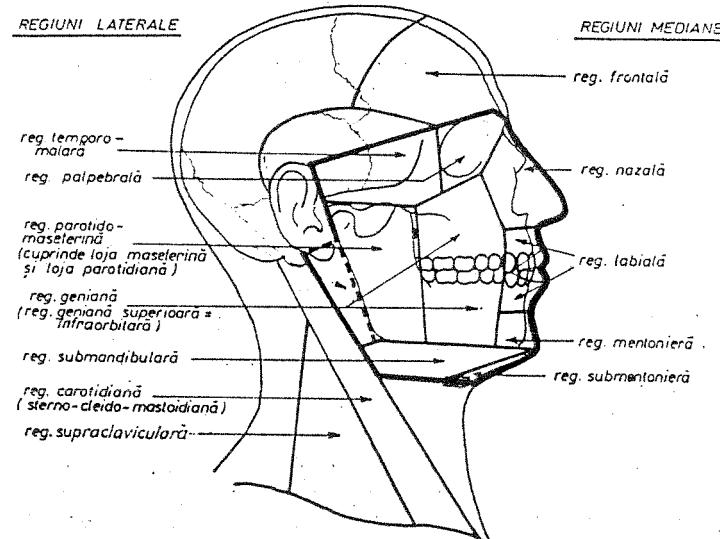


Figura 2.3.

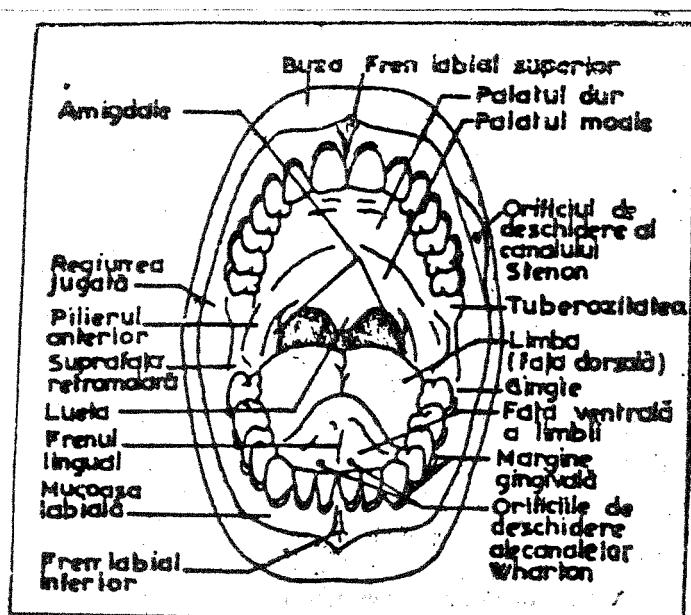


Figura 2.4.

Particularitățile teritoriului oro-maxilo-facial - morfologice și funcționale, îl diferențiază de alte regiuni ale corpului.

Morfologice

Regiunile topografice sunt mici ca întindere dar cu structură complexă, conțin elemente anatomicice esențiale vieții sau care țin sub dependența lor funcții importante. Au relație de asemenei cu principalele organe senzoriale (văz, auz, miros, gust) ce pot fi afectate în cursul unor boli.

Pielea este subțire, fină, mobilă, bogat vascularizată. Direcția fibrelor elastice (liniile de tensiune LANGER) are importanță deosebită în chirurgia reparatorie a feței, în chirurgia plastică.

Fascia superficială lipsește la față.

Tesutul celular subcutanat este traversat de mușchii pieloși, mobilizatori ai tegumentelor și orificiilor faciale, inervați de nervul facial cu rol esențial în mimica feței.

Tesutul grăsos are rolul de a ușura alunecarea diferitelor componente anatomicice unele pe altele, contribuind la realizarea funcției fizionomice a feței.

Absența maselor musculare importante.

Vascularizația bogată asigură o vitalitate excelentă țesuturilor și o bună apărare contra infecției.

Inervatia bogată și complexă.

Prezența glandelor salivare (principale și accesori) mărește complexitatea teritoriului.

Mucoasa căptușește cavitățile și comunică larg cu exteriorul; este septică dar rezistentă la infecții.

Scheletul este format din mandibulă (os mobil în formă de potcoavă cu un corp și 2 ramuri verticale) și din masivul osos facial (alcătuit din 13

oase subțiri, fragile, sudate între ele și fixate la baza craniului având ca piloni centrali cele 2 maxilare).

Mandibula și cele 2 maxilare se “ansamblează” prin 2 sisteme articulare:

- anterior - ocluzia sau articulația dentară
- posterior și superior - bilateral - ATM (articulația temporo-mandibulară).

Scheletul feței prezintă particularități care nu se întâlnesc în restul organismului:

- aderența mucoasei la periost în zona crestelor alveolare și a palatului dur
- persistența resturilor embrionare intraosooase
- canale intraosooase numeroase, cu vase și nervi
- prezența dinților implanatați în alveole - 20 dinți temporari și 32 dinți permanenți.

Dintele (fig. 2.5) este un organ dur, viu, compus din țesuturi de origine conjunctivă și epitelială, cu metabolism propriu, în strânsă relație cu cel general.

Este format dintr-o matrice organică, impregnată cu substanțe minerale, în continuu schimb ionic cu întreg organismul, prin intermediul săngelui și salivei.

Dintele este format din coroană (a), colet (b) și rădăcină (c), în interiorul căruia se găsește camera (3) și canalul pulpar (4).

Rădăcina este fixată, prin intermediul ligamentelor alveolo-dentare (6) în osul alveolar (7), acoperit de mucoasa gingivală (10). Spațiul dintre osul alveolar și rădăcină se numește spațiul periodontal (desmodontal - 8). Spațiul periodontal este constituit din fibre ligamentare alveolo-dentare, țesut conjunctiv lax, celule conjunctive și epiteliale, vase sanguine,

limfatice și nervi. Ţesutul conjunctiv diferențiat din spațiul parodontal se numește desmodonțiu sau periodonțiu.

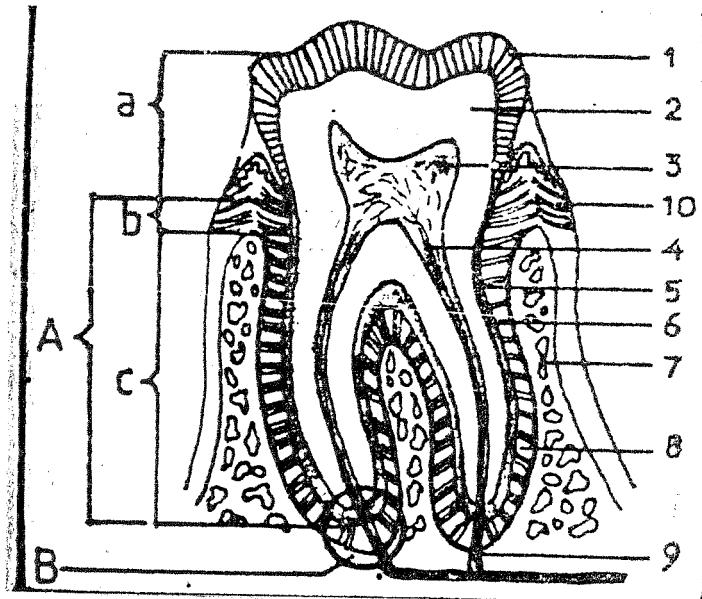


Figura 2.5.

Dintele este hrănit și inervat de pachetul vasculo-nervos (9) ce străbate apexul radicular și de filete ce trec prin pereții lateralai ai rădăcinii, formând împreună pulpa dentară, grație căreia dintele își menține vitalitatea.

Coroana este acoperită de smalț (1) - cel mai dur țesut din organismul uman, de origine ectodermică - sub care se găsește dentina (2) de proveniență mezenchimatoasă ce formează întregul corp coronar și radicular. Dentina radiculară este acoperită de un strat de cement (5) în structura căruia sunt inserate capetele dinspre dintă a ligamentelor alveolo-dentare.

La *dinții temporari* grosimea substanței dure dentare (smalț, dentină) este mai mică, mineralizarea mai redusă, osul alveolar este mai subțire și

mai puțin dens, coroanele sunt mai mici, mai rotunjite și mai puțin cuspidate. Dinții suferă un proces de involuție prin rezorbția rădăcinii.

Dintii permanenti tineri au stratul de dentină mai subțire, rădăcina formată incomplet, apexul larg deschis, camera pulpară mai mare, pulpa voluminoasă și bogat vascularizată.

Ligamentele alveolo-dentare împreună cu cementul radicular, procesul alveolar și mucoasa gingivală, formează sistemul de susținere al dintelui numit *parodonțiu*. Topografic, parodonțiul se împarte în două zone: *parodonțiul marginal (A)* și *parodonțiul apical (B)*.

Dintele împreună cu aparatul său de susținere constituie o unitate funcțională numită *organul dentar sau odonton*.

Funcționale

In teritoriul buco-maxilo-facial se îndeplinesc *funcțiile*: masticatie, fonatorie, de deglutiție, gustativă și fizionomică. Teritoriul oro-maxilo-facial adăpostește aparatele senzoriale optic și olfactiv, precum și segmentele inițiale ale căilor respiratorii și digestive.

Fața, a cărei expresie morfologică și estetică constituie una din principalele ei funcții, are un rol important în relațiile interumane și viața socială. Distribuția armonioasă și echilibrată a părților moi și reliefurilor osoase, realizează un ansamblu morfo-funcțional optim. Distrugerea reliefurilor și contururilor feței duce la desfigurări, uneori grave. Acestea se răsfrâng în majoritatea cazurilor asupra psihicului bolnavului perturbând sever viața de familie, viața socială, activitatea profesională.

3. EXAMENUL CLINIC AL TERITORIULUI ORO-MAXILO-FACIAL

I. INTEROGATORIU

- Stabilirea identității pacientului (nume, prenume, vârstă, sex, stare civilă; ocupație, adresă, condiții de muncă și viață; se va insista asupra consumului de tutun, alcool, condimente).
- Motivele prezentării (se notează principalele semne și simptome care l-au determinat pe pacient să consulte medicul).
- Istoricul bolii.
- Antecedente personale (AP) (fiziologice, patologice).
- Antecedente heredo-familiale (AHC) (sifilis, TBC, coagulopatii, boli ale sistemului osos, genetice etc.).

II. EXAMENUL LOCO-REGIONAL

Teritoriul oro-maxilo-facial este expus vederii, accesibil examenului clinic. Examenul clinic face sistematic, complet, minuțios, prin inspecție, palpare, percuție. El cuprinde:

A. Examenul extraoral (cervico-facial)

Inspectia - față

- profil.

4. Trofice

- Gingivostomatita odontiazică (eritematoasă, ulceroasă, ulcero-membranoasă, ulcero-necrotică).

Mucoasa gingivală roșie, edemațiată, cu papile interdentare turgescente, decolate, sângerânde, ulcerații dureroase, adenopatie, alterarea stării generale.

*

* *

Molarul 3 superior - produce mai puține accidente și complicații și indiscutabil mai ușoare decât M3 inferior. Ele sunt asemănătoare cu cele descrise la M3 inferior în plus poate apărea o sinuzită maxilară sau osteomielita tuberozității maxilare.

Tratament:

- profilactic :
 - igienă orală
 - controale periodice
 - germectomie
- curativ :
 - tratamentul complicațiilor
 - tratamentul cauzal :
 - decapușonare
 - extracția M3.

6. INFECȚII ORO-MAXILO-FACIALE

Infecțiile teritoriului oro-maxilo-facial continuă să constituie una din principalele afecțiuni, prin frecvență și gravitate.

Îmbunătățirea stării de igienă orală precum și marea încredere în capacitatea de vindecare a antibioticelor, au lăsat impresia la un moment dat că numărul infecțiilor orale a scăzut. Totuși, literatura de specialitate conține rapoarte semnificative privind morbiditatea și mortalitatea prin infecții dentare care pot produce complicații grave: pansinuzitele, celulita orbitei, tromboza sinusului cavernos, edemul glotic cu tulburări respiratorii grave, mediastinite supurate.

Infecțiile oro-maxilo-faciale sunt mai frecvente decât cele din alte regiuni ale organismului. Apar la orice vârstă, la ambele sexe, cu frecvență mare între 20-40 ani.

Deoarece supurațiile oro-maxilo-faciale sunt provocate în cea mai mare parte de afecțiuni dento-parodontale, transmiterea, difuzarea și localizarea infecțiilor în diferite regiuni și loje, este determinată de o serie de *factori anatomici*, specifici teritoriului oro-maxilo-facial (fig.6.1.- a și b):

- *Grosimea și structura* tablelor osoase în raport cu direcția rădăcinilor dinților.

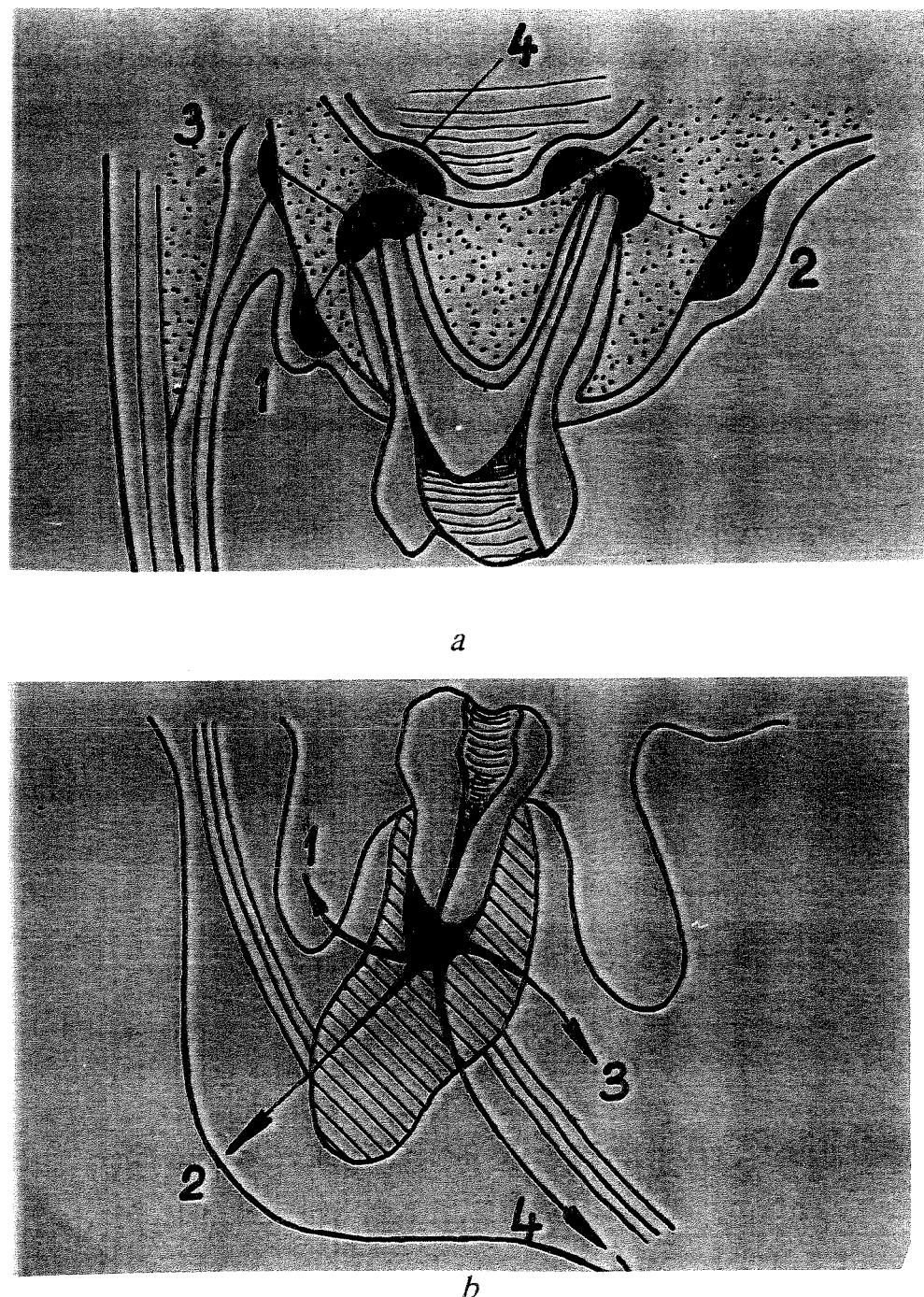


Figura 6.1. Modalități de difuzare a infecțiilor periapicale la maxilar (a) și mandibulă (b) - după RUPPE.

a = 1-vestibul; 2-boltă palatină; 3-obraz; 4-sinus maxilar.

b = 1-vestibular; peribazilar; 3-sublingual; 4-submaxilar.

La maxilar, propagarea se face mai ușor vestibular deoarece osul este mai subțire; dinții cu rădăcini palatinizate (IL, PM1, M1, M2) produc supurații și în bolta palatină.

La mandibulă, tabla vestibulară este mai subțire în dreptul frontalilor (IC, IL, C) difuzarea infecției realizându-se la acest nivel; la molari este mai ușor de traversat tabla linguală care este mult mai subțire decât cea vestibulară.

- *Insertiile* mucoasei mobile în raport cu apexurile dinților și inserțiile muscularare perimaxilare.

La maxilar, nivelul apexurilor dentare este în general sub inserția mucoasei, producându-se în general supurații superficiale. Rădăcina lungă a caninului favorizează difuzarea spre obraz și orbită.

La mandibulă - infecțiile plecate de la incisivi sunt dirijate de inserțiile pătratului bărbiei și moțului bărbiei fie spre șanțul vestibular și buza inferioară, fie spre regiunea submentonieră; la canini, premolari și molari cu rădăcinile adânci, infecțiile se dezvoltă mai profund (sub inserția milohioidianului), având tendința de invazie a lojelor planșeului bucal.

- Dispoziția părților moi și structura lojelor perimaxilare cu abundență de țesut grăsos, conjunctiv și limfatic, favorizează difuzarea infecțiilor spre lojele vecine, spre baza craniului sau mediastin.

ETIOLOGIE

Infecțiile din teritoriul oro-maxilo-facial se datoresc unor agenți patogeni a căror poartă de intrare poate fi directă sau indirectă (de la infecții primare localizate la dinți, maxilare, tegumente etc.). În producerea lor sunt incriminate următoarele cauze:

- leziuni dentare și parodontale (cele mai frecvente): gangrena pulpară complicată cu parodontita apicală acută, pungi parodontale adânci cu secreție purulentă, pericoronarita supurată, alveolita postextractională
- leziuni traumatice ale părților moi și oaselor maxilare, corpi străini pătrunși accidental
- tumorile chistice ale maxilarelor
- litiaza salivară
- leziuni ale tegumentelor: piodermita, furunculul
- infecții faringo-amigdaliene.

MICROBIOLOGIE

Obișnuit, flora microbiană este nespecifică, mixtă, polimorfă. Cel mai frecvent se întâlnesc streptococi, escherichia, stafilococi alb și auriu, corinebacterii, lactobacili, fusobacterii, colibacili. Se mai întâlnesc și anaerobi sporulați (*Clostridium perfringens*, *Clostridium oedematiens*) precum și numeroase levuri.

MECANISME PATOGENICE

Constituirea proceselor supurative urmează anumite căi în funcție de cauza lor:

a. *Calea transosoasă* este mai frecvent întâlnită. Ea apare în procesele infecțioase care au drept cauză infecțiile dentare apicale: parodontita apicală acută.

Survine la dinții devitali și se caracterizează prin inflamația țesutului parodontal din jurul apexului dentar. Prezintă 4 stadii de evoluție anatomo-clinică (fig.6.2).

- *Stadiul periapical (A)* - stadiul I, localizează procesul inflamator numai în spațiul alveolo-dentar periapical. Subiectiv, bolnavul acuză

durere (care domină tabloul clinic) intensă, spontană, cu exacerbări nocturne dar mai ales în timpul masticăției, senzație de egrediune, (de înălțare a dintelui). Obiectiv, se constată ușoară tumefiere congestivă a mucoasei în dreptul apexului, durere la percuția în ax, prezența unei leziuni carioase, modificarea de culoare a dintelui care este devital, uneori febră, adinamie.

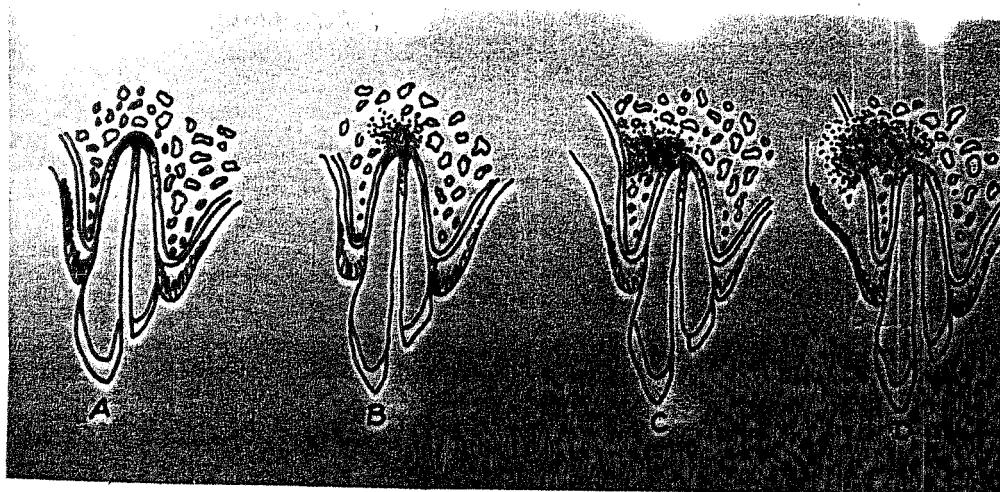


Figura 6.2. Parodontita apicală acută.

- *Stadiul endoosos (B)* - stadiul II, se manifestă prin senzație dureroasă mai intensă, spontană, pulsatilă, exacerbată de microtraumatisme. Senzația de egrediune este mai accentuată, dintele este devital, mobil, dureros la percuție. Țesuturile moi din jurul dintelui sunt ușor tumefiate, mucoasa congestionată, dureroasă la presiune. Ganglionii loco-regionali mariți de volum, dureroși, mobili. Starea generală este ușor alterată, febră 37,5-38,5°.
- *Stadiul subperiostal (C)* - stadiul III. Puroiul se acumulează sub periost (abces subperiostal), după ce a străbătut întreaga grosime a osului. Datorită bogatei intervenții a acestuia, senzația dureroasă este intensă, lancinantă, pulsatilă, iradiantă, exacerbată de presiunea pe părțile moi din jur. Dintele este mobil, dureros. Țesuturile adiacente

sunt tumefiate, roșii, dureroase, în profunzime se palpează fluctuență. Starea generală este proastă, bolnavul are febră, frison.

- *Stadiul “submucos”* (D) - stadiul IV. El rezultă prin necrozarea periostului și fuzarea puroiului în părțile moi, determinând supurații perimaxilare în lojile superficiale sau profunde ale feței.

b. Calea submucoasă (în procesele infecțioase cu punct de plecare afecțiunile parodontale, accidentele de erupție dentară, fracturile maxilarelor): infecția se dezvoltă la nivelul unei pungi pioreice, sub capușonul mucos sau între mucoasă și os; mucoasa este decolată, procesul supurativ localizându-se superficial.

c. Calea limfatică și venoasă - intervine atunci când infecția faringo-amigdaliană, odonto-parodontală, osoasă, difuzează prin *vasele limfaticice* localizându-se în ganglionii tributari perimaxilari sau prin *vene* realizând însămânțarea flebo-flegmonoasă.

d. Calea directă întâlnită în supurațiile ce au drept cauză punctiile septice, prezența corpilor străini.

MANIFESTĂRI CLINICE

Locale: Galen a descris 5 semne cardinale ale infecției ca răspuns al organismului la agentul microbian: rubor, calor, dolor, tumor și functio laesa.

- *Rubor* (roșeață) rezultă din dilatarea vaselor sanguine în aria inflamată; se observă pe piele sau mucoasă.
- *Calor* (căldură) evidențiată prin palparea regiunilor simetrice, cu fața dorsală a degetelor mâinii.
- *Dolor* (durere) legată de edemul regiunii respective. Este mai redusă în faza incipientă. Cedează după incizia și drenajul colecției.

- *Tumor* (tumefiere) în infecțiile superficiale este evidentă, în cele profunde se observă greu. Se descriu limitele anatomicice ale tumefierii, relațiile cu mușchii, osul, fluctuența.
- *Functio laesa* (alterarea funcțiilor) semn nelipsit în infecțiile teritoriului:
 - *Trismus* - limitarea tranzitorie a deschiderii gurii. Este cauzat de prezența infecției în mușchii masticatori și traduce o infecție profundă.
 - *Tulburări de respirație* prin edem glotic important ceea ce poate determina obstrucția căilor aeriene superioare cu instalarea asfixiei.
 - *Disfagie* - tulburare de înghițire care este inițial dureroasă apoi imposibilă, chiar și pentru lichide.
 - *Masticatie dureroasă* sau imposibilă din cauză că mișcările mandibulei sunt dureroase.
 - *Fonația* se face cu dificultate deoarece există ojenă dureroasă la mișcările limbii.
 - *Salivăție abundantă*, saliva nu poate fi înghițită.

Generale: indică o evoluție serioasă a bolii:

- *Febra* crescută este un semn de gravitate. Se măsoară intra oral, intra rectal.
- *Deshidratarea* prin pierderea apei prin transpirații. Pielea este uscată și fierbinte, buzele arse, mucoasa orală uscată, saliva redusă. Copilul deshidratat plângе fără lacrimi. Necessarul de lichide pentru un adult de 70 kg este de 2400 cc/zi în condiții normale; în caz de febră crescută, necesarul crește la 3000 cc/zi.
- *Puls accelerat*.
- *Lipsa poftei de mâncare*, slăbăciune, lipsă de energie, de interes, disconfort generalizat.

- *Insomnie, agitație.*
- *Limfadenopatia* poate însoții adesea o infecție (ganglionii palpabili, mobili).
- *Semne hematologice:*
 - creștere a VSH-ului (10-20 mm/h)
 - creștere a leucocitelor peste $10000/\text{mm}^2$ cu modificarea formulei leucocitare.

FORME ANATOMOCLINICE

Infecțiile teritoriului oro-maxilo-facial se clasifică astfel:

A. Infectii nespecifice

Ale părților moi perimaxilare

1. *Abcese periosoase*: abcesul vestibular, palatinal, sublingual, în semilună.
2. *Abcesele lojilor superficiale*: submandibulară, sublinguală, submentonieră, maseterină, a obrazului, parotidiană, a limbii, a orbitei.
3. *Abcesele lojilor profunde*: groapa zigomatică, spațiul latero faringian.
4. *Supurații difuze*: flegmonul difuz al planșeului bucal, flegmonul difuz hemifacial.
5. *Limfadenite acute și cronice.*
6. *Fistule cronice perimaxilare.*

B. Ale oaselor maxilare

1. *Osteomielita maxilarelor.*
2. *Sinuzita maxilară odontogenă.*

C. Infecții specifice:

- Ale părților moi.
- Ale oaselor maxilare:
 - 1. Sifilis
 - 2. TBC
 - 3. Actinomicoză

A.1. ABCESE PERIOSOASE

Cel mai adesea sunt consecința unei parodontite apicale acute. Colecția purulentă se formează subperiostic sau submucos, evoluția fiind de obicei intraorală. Se exteriorizează mai rar la piele.

Sunt cele mai frecvente forme de supurații întâlnite în stomatologie.

Abcesul vestibular

Evoluează în vestibulul superior sau inferior, în dreptul dintelui cauzal care prezintă simptome de parodontită apicală acută (dureri spontane și provocate la atingerea dintelui care se accentuează treptat, devenind violente și rebele la tratament; senzația de dintă “înalt”, senzație de egressiune).

Semne locale (fig.6.3 și 6.4): tumefiere bine delimitată cu mucoasa lucioasă, congestivă, fluctuantă la palpare, dureroasă, ce umple șanțul vestibular în dreptul dintelui cauzal. Dintel este devital, mobil, dureros. Trismusul este prezent în abcesele cu punct de plecare molarii inferioiri. Edem al buzei superioare (“buza de tapir”) în localizările pe incizivii centrali; tumefierea pleoapei inferioare în abcesele de la canini.

Starea generală - alterată: febră, agitație.

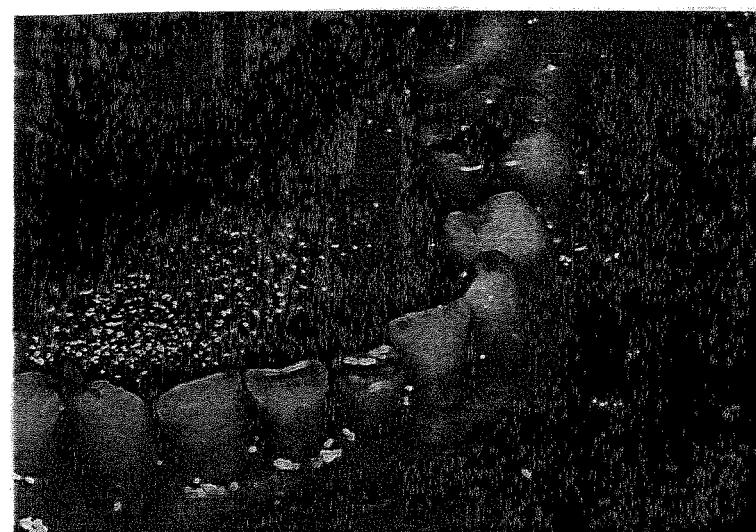


Figura 6.3.

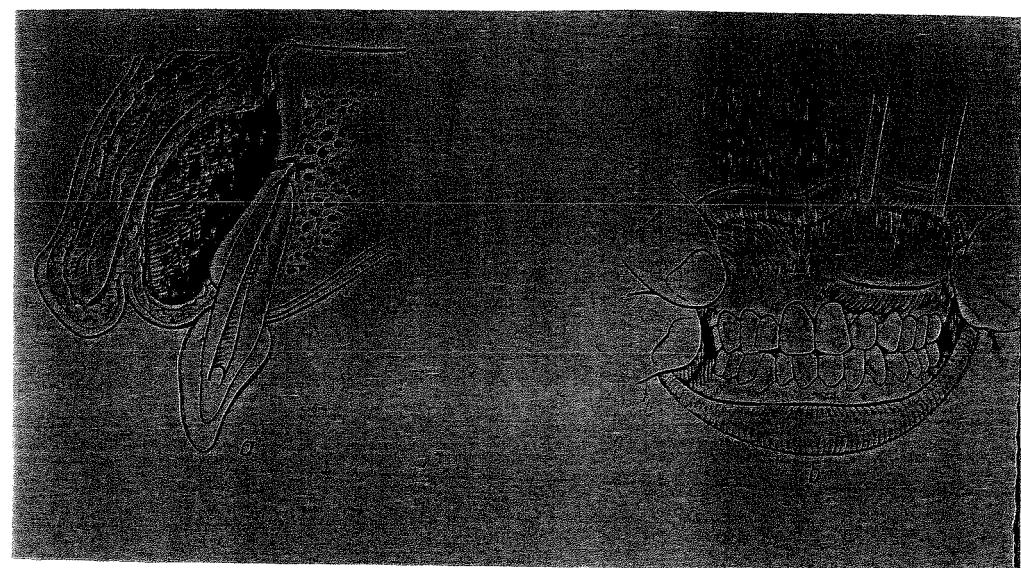


Figura 6.4.

Abcesul palatinal

Are ca punct de plecare incisivul lateral și rădăcina palatină a primului premolar și a molarului 1,2.

Semne Locale (fig.6.5). În localizările anterioare (IL) apare o tumefiere în 1/3 anteroară a bolții palatine, paramediană, alungită; în abcesele posterioare (M1, 2) tumefierea este rotunjită, localizată în șanțul palatin. Fibromucoasa este roșie, destinsă. La palpare, tumefierea este extrem de dureroasă, fluctuantă.

Dintele cauzal este devital, dureros la percuție.

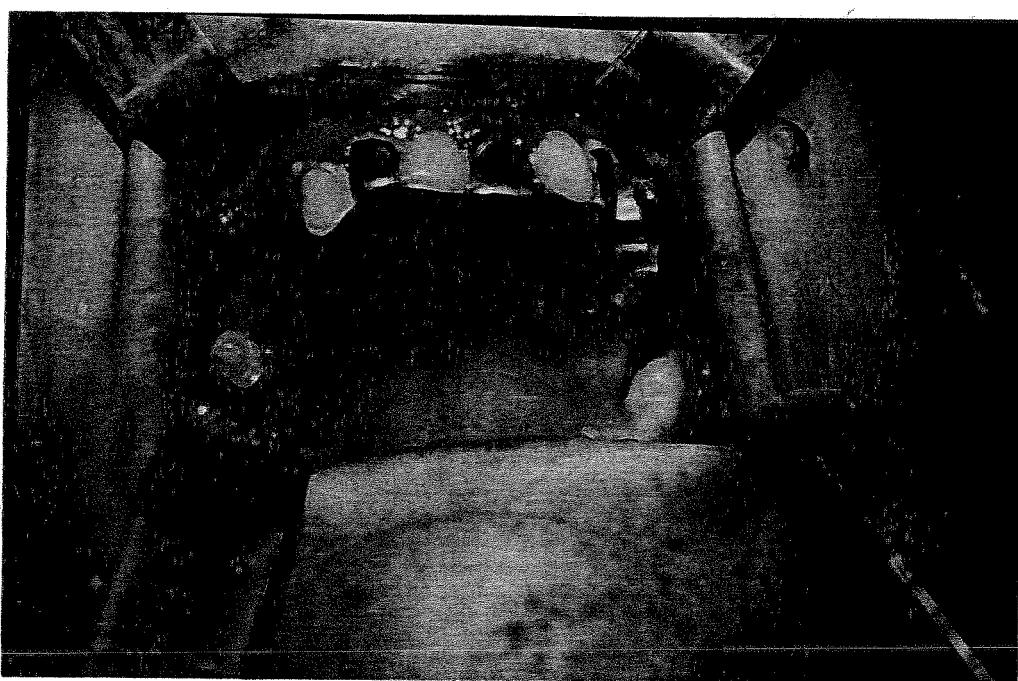


Figura 6.5.

Abcesul sublingual submucos (perimandibular intern)

Colecția se formează pe fața internă, linguală a mandibulei, având ca punct de plecare: *molarii*, *premolarii* sau *corpii străini* ce pătrund accidental în planșeul bucal.

Clinic : tumefiere limitată pe fața internă a mandibulei, cu maximum de bombare în dreptul dintelui cauzal, mucoasa congestionață, edemațiată; tendință de difuzare spre loja sublinguală și submandibulară.

Abcesul perimandibular extern ("în semilună")

Se formează prin difuzarea puroiului de la apexul *premolarilor* sau *molarilor inferiori* de-a lungul feței externe a mandibulei către marginea bazilară, procesul septic evoluând între fața externă a osului și mușchiul buccinator exteriorizându-se la piele.

Clinic: abcesul bombează sub marginea bazilară a mandibulei, tegumentele sunt congestionate, lucioase; la palpare tumefierea face corp comun cu osul și este dureroasă și fluctuantă. Mucoasa vestibulară congestionată, împăstată în dreptul dintelui cauzal. Apare trismus dacă dintele cauzal este un molar.

Tratamentul abceselor periosoase

Local :

- incizia și evacuarea colecției (pe cale intra orală. Excepție abcesul "în semilună" unde incizia este cutanată)
- drenaj cu lamă de cauciuc sau meșă iodoformată (în abcesul palatinal)
- drenaj endodontic al dintelui cauzal
- spălături bucale cu antiseptice, mecanoterapie.

General :

- antialgice
- sedative
- antibiotice (de la caz la caz): ampicilină 2 capsule/6 h sau eritromicină 2 capsule/6 h sau penicilină injectabilă 2000000 u/zi.

Cauzal - după retrocedarea supurației tratamentului dintelui cauzal:

- conservator sau
- radical (extracție).

A.2. ABCESELE LOJILOR SUPERFICIALE

Lojile superficiale ale teritoriului oro-maxilo-facial au pereții anatomici destul de bine individualizați astfel supurațiile rămân de obicei limitate la loja respectivă. Uneori, procesul septic poate depăși pereții osoși sau fibroși ai lojei, difuzând în spațiile vecine, situație în care starea locală și generală se agravează.

Simptomatologia clinică este specifică fiecărei localizări.

Abcesul lojii submandibulară

Loja submandibulară face parte din regiunea submandibulară care este parte componentă a planșeului bucal, segmentul submilohioidian. Ea comunică cu: loja sublinguală, loja parotidiană, obraz, spațiul laterofaringian, fosa infratemporală. Porțiunea sa postero-superioară, distal de milohioidian, constituie “recessusul” care este separat de cavitatea orală doar prin mucoasa planșeului bucal la nivel M2, M3. Loja submandibulară este considerată *loja “de răscrucă”* între cap și gât.

Ea conține: glanda submandibulară, limfonoduli dispuși în 3 grupe, nervul lingual și hipoglos, artera și vena facială, țesut conjunctiv lax, bogat.

Etiologie : - procese septice de la molarii inferiori
- pericoronarita supurată M3 inferior
- litiaza salivară submandibulară
- adenită supurată
- extinderea supurațiilor din lojele vecine.

Sимptome: tumefiere submandibulară ce acoperă marginea bazilară a mandibulei, difuză, tegumente destinse, lucioase, congestive, dureroasă la palpare, fluctuantă (fig.6.6, 6.7).

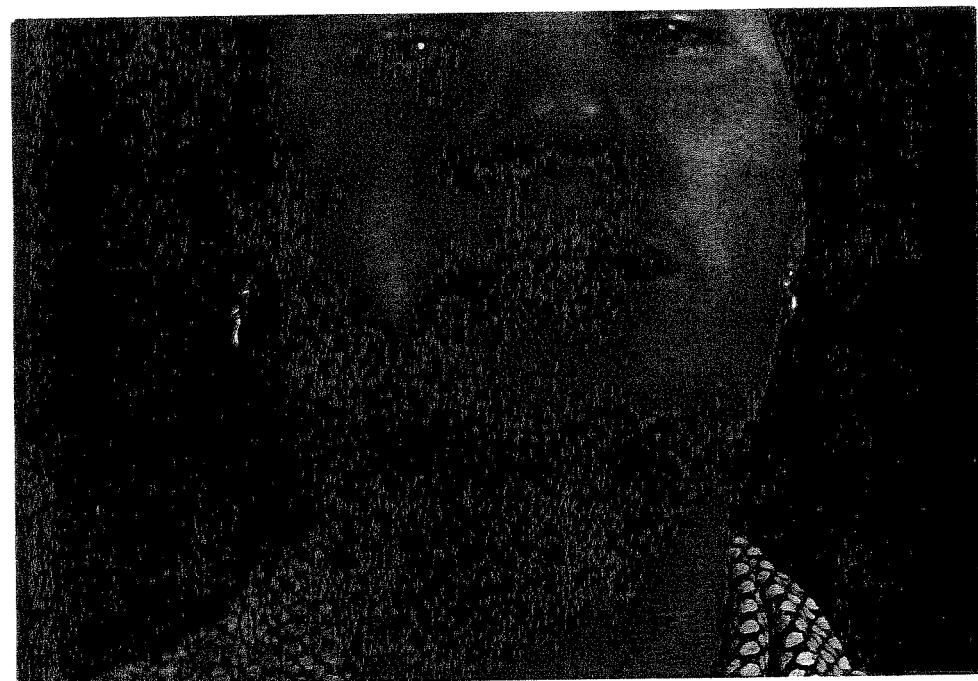


Figura 6.6.

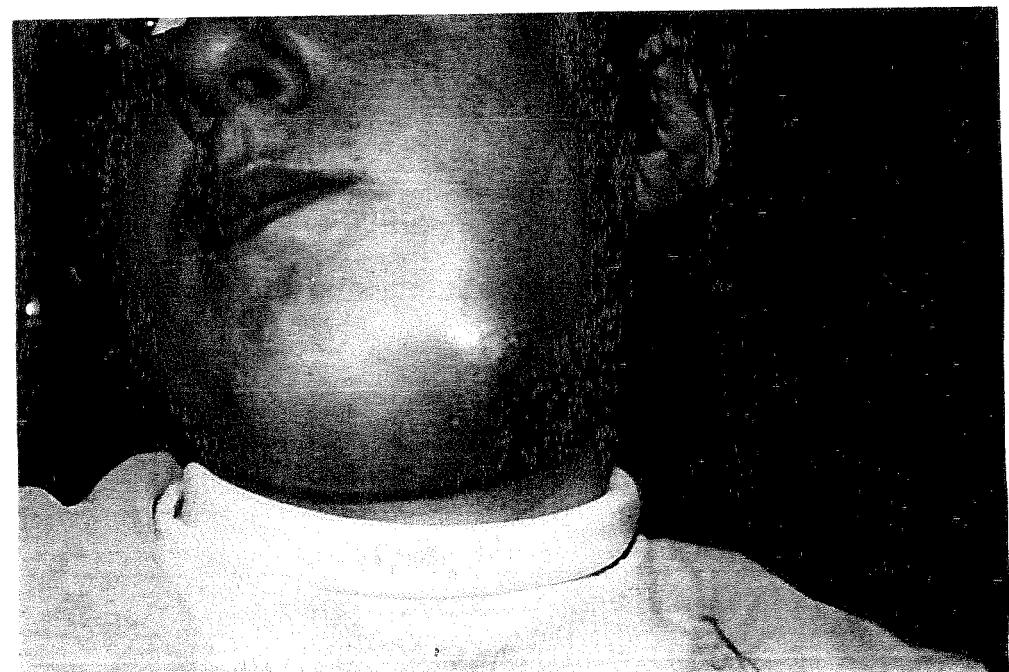


Figura 6.7.

Intraoral - examenul este dificil din cauza trismusului.

Mucoasa planșeului bucal și pilierul amigdalian anterior sunt congestive, edemațiate. Fața internă a mandibulei este îngroșată iar loja submandibulară este plină (la palpare bimanuală).

Masticăția, deglutiția, fonația sunt dureroase, trismus precoce și strâns.

Starea generală alterată, septică, cu febră, frisoane, curbatură.

Tratament

- *Local*: - incizie, evacuare, drenaj - cutanat sau intraoral (rar)
 - drenaj endodontic
 - spălături bucale
 - mecanoterapie.
- *General*: - antibioterapie, sedative, antialgice.
- *Cauzal*: - extracție dentară.

Abcesul obrazului (regiunii geniene)

Este o regiune fără pereți bine constituși, bogată în țesut grăsos și fibro-conjunctiv, vase și limfonoduli. Procesele septice pot difuza din această regiune în lojile vecine: regiunea temporală, orbită, regiunile profunde; de asemenea pot determina tromboflebita sinusului cavernos sau abces cerebral.

Etiologie:

- procese septice ale premolarilor și molarilor superiori și inferiori
- pericoronarite ale molarului 3 inferior
- corpi străini pătrunși transcutanat sau transmucos
- litiaza canalului Stenon.

Forme clinice:

1. *Supurații limitate* (abcesul buccinato-mandibular sau migrator) (fig.6.8).

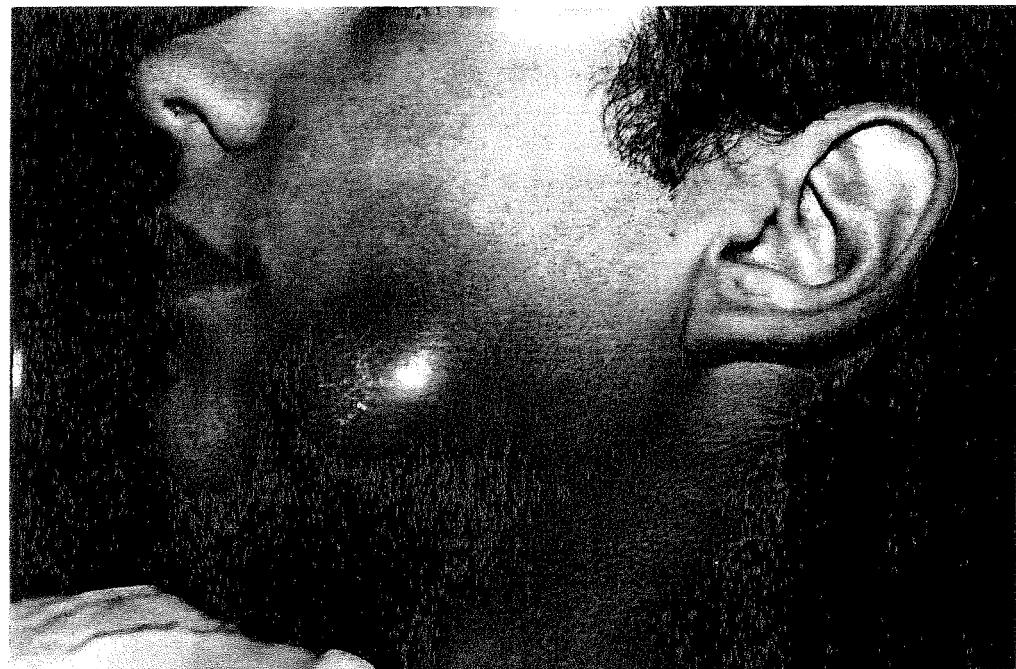


Figura 6.8.

Etiologie: - pericoronarita M3 inferior

Clinic : colecție purulentă, bine delimitată, situată pe fața externă a mandibulei sau spre marginea bazilară (între tăblia vestibulară mandibulară și mușchiul buccinator), în dreptul PM-lor inferioiri, congestivă, dureroasă la palpare. Colecția cutanată este legată printr-un cordon - ce se află în grosimea obrazului, cu capușonul mucos ce acoperă M3 inferior.

La presiune pe abcesul cutanat, se scurge puroi pe sub capușonul M de minte.

Trismusul este prezent.

Tratament: incizie, drenaj, extracția M3 inferior.

2. Supurații extinse (difuze):

- cu evoluție intraorală (între buccinator și mucoasă) sau
- în toată grosimea obrazului (de la mucoasă la tegumente) (fig.6.9, 6.10).

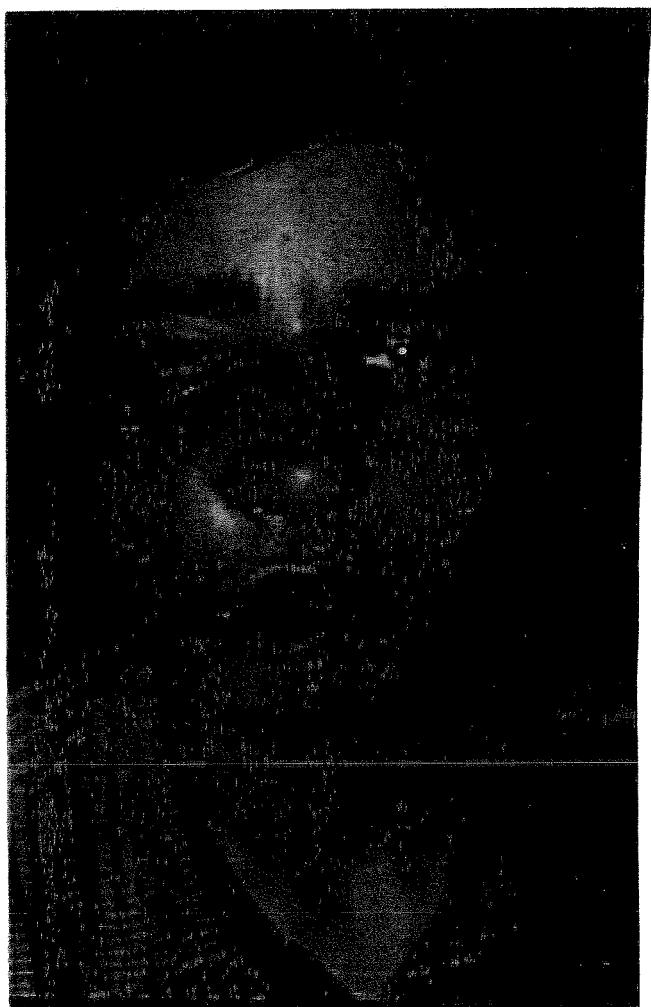


Figura 6.9.

Clinic : tumefiere voluminoasă cu pielea întinsă, lucioasă, roșie, edem al pleoapelor și regiunii temporale, chiar și a regiunii submandibularare. Șanțurile feței sunt șterse. Mucoasa jugală edemațiată, bombează în vestibul și pătrunde între arcadele dentare (dinții lasă amprente pe ea).



Figura 6.10.

Palparea bimanuală dureroasă, evidențiază fluctuență (mai aproape de mucoasă sau de tegument).

Trismusul este constant prezent.

Starea generală alterată, septică, hipersalivatie, halenă fetidă.

Tratament :

- incizie - intraorală, cutanată sau mixtă - evacuare, drenaj
- tratament general: antibiotice, sedative, antialgice
- tratament cauzal.

Abcesul lojii maseterine

Loja maseterină (lojă osteofibroasă) este situată în regiunea maseterină și conține mușchiul maseter. Supurațiile pot fuza ascendent și retromandibular dar și anterior spre obraz.

Etiologie : - infecții de M3 inferior

- osteomielita ramului ascendent al mandibulei.

Clinic :

Extraoral tumefiere de la unghiul mandibulei (fig.11) la arcada zigomatică, pielea în tensiune, edem de vecinătate în obraz, regiunea temporală, submandibular, retromandibular. Palparea este dureroasă, percepându-se o împăstare - în supurațiile profunde (între os și mușchi) sau fluctuantă când colecția purulentă este situată între mușchi și piele.

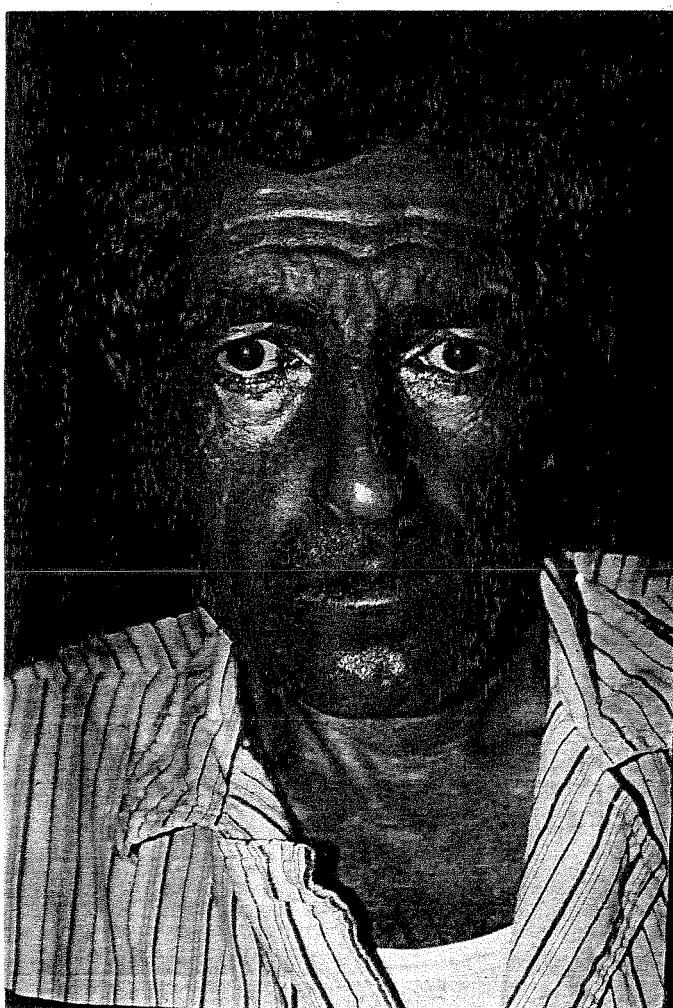


Figura 6.11.

Semn funcțional dominant - trismusul puternic (fig.6.12).

Endobucal - tumefiere și congestia mucoasei, în lungul marginii anterioare a ramului vertical al mandibulei.

Stare generală septică, febră de supurație.

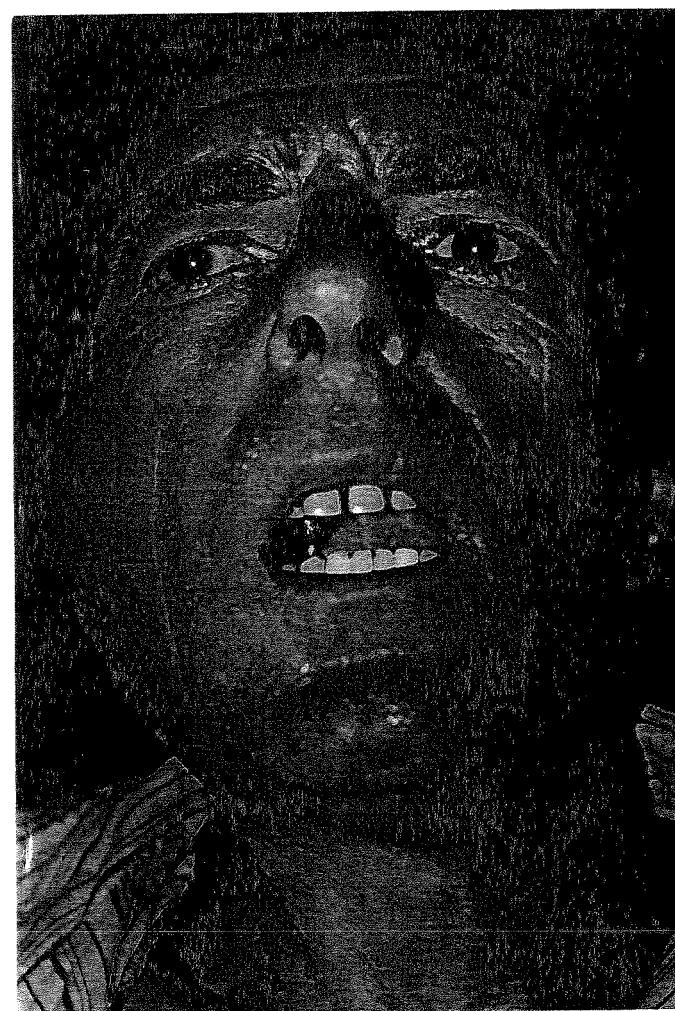


Figura 6.12.

Tratament:

- *incizie intraorală* (în colecții profunde, sub maseter cu evoluție anteroară);
- *cutanată* (submandibulară)

Tratament general - antibioterapie, mecanoterapie

Tratament cauzal.

*

* * *

Din această grupă a supurațiilor superficiale mai fac parte:

- abcesul lojii parotidiene (fig. 6.13)
- abcesul lojii sublinguale
- abcesul spațiului submentonier
- abcesul mentonier
- abcesul orbitei
- abcesul limbii.

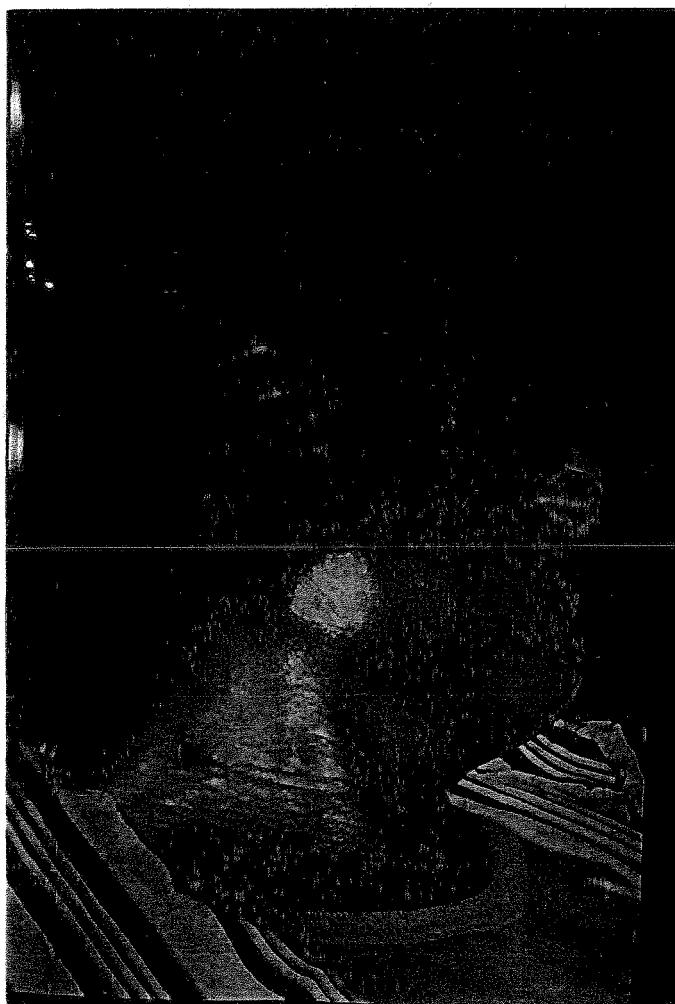


Figura 6.13.

In toate aceste abcese de loji superficiale, la simptomele comune ale supurațiilor, se adaugă și cele specifice fiecărei localizări în parte.

A.3. ABCESELE LOJILOR PROFUNDE

(al fosei infratemporale și al spațiului latero-faringian)

Aceste supurații prezintă o gravitate deosebită datorită:

- posibilităților de difuziune spre craniu (prin orificiile de la baza sa) și către mediastin (în lungul marilor vase)
- prezenței în aceste spații a elementelor anatomicice deosebit de importante.

Abcesul fosei infratemporale

(gropii zigomactice sau a regiunii faringo-mandibulare).

Fosa infratemporală este limitată între fața internă a ramului vertical al mandibulei, tuberozitatea maxilarului, peretele lateral al faringelui, baza craniului cu aripa sfenoidului și osul temporal, glanda parotidă. Mușchiul pterigoidian intern și fascia interpterigoidiană o separă în 2 compartimente : unul extern = pterigomandibular și altul intern = pterigomaxilar. În acest spațiu se găsesc trunchiurile nervoase ale nervilor maxilar și mandibular, precum și ramurile terminale ale arterei maxilare interne, alături de o cantitate abundentă de țesut lax, plexuri venoase.

Etiologie : - infecții dentare

- infecții osoase
- infecții sinusale
- puncții anestezice septice (la tuberozitate, spina Spix)
- puncții sinuzale defectuoase
- supurații extinse din orbită, loja submandibulară, spațiul latero-faringian, glanda parotidă, fosa temporală.

Clinic:

Supurația debutează cu dureri nevralgiforme iradiate în hemicraniu, febră, agitație, trismus. Semnele extraorale sunt șterse. În această fază anamneza are un rol deosebit. Tardiv apare edem genian situat sub și înapoia osului malar ce se extinde în regiunea temporală, parotido-maseterină și submandibulară sau spre orbită când apar semne oculare (edem palpebral inferior, chemosis, exoftalmie).

Examenul intraoral se face greu din cauza trismusului strâns (edem de împăstare retromaxilară sau pterigomandibulară, dureri).

Stare septică cu dureri spontane ce nu cedează la analgezicele obișnuite.

Tratament:

Incizia și drenajul:

- *calea intraorală* (când colecția este într-unul din cele 2 compartimente)
- *calea cutanată* - submandibulară
- *calea transinusală*
- *calea asociată* (intra și extraorală).

Tratament general intens.

Tratamentul dintelui cauzal.

A.4. SUPURAȚII DIFUZE

(flegmonul difuz al planșeului bucal și flegmonul difuz hemifacial)

Se caracterizează prin:

1. *Absența colecțiilor limitate* (țesuturi siderate, infiltrate cu o serozitate sanguinolentă foarte fetidă).
2. *Tendința de invadare a regiunilor vecine.*

3. *Liză și necroză tisulară marcată* (cu degajare de bule gazoase prin acțiunea anaerobilor).
4. Floră microbiană asociată, nespecifică, extrem de polimorfă (ce duce la *eliminarea unor toxine foarte puternice*; neurotoxine, miotoxine, neurolizine).
5. *Fenomene generale grave toxicoo-septice* (discordanță între puls și temperatură, leziuni organice la distanță).

Etiologie:

- *Factori favorizați*: rezistență scăzută a organismului (boli cașectizante, intoxicații cronice, surmenaj, frig), tratamente cu imunosupresoare sau cu antibiotice conduse incorect.
- *Factori determinanți*: procese septice dento-parodontale.

Flegmonul difuz al planșeului bucal (angina Ludwig)

Proces infecțios gangrenos, hipertoxic, ce cuprinde rapid planșeul bucal (lojile submandibulare, sublinguale, spațiul submentonier) difuzând către limbă, spațiul laterofaringian, fosa infratemporală și regiunile cervicale anterioare.

Clinic:

Debut în loja sublinguală sau submandibulară, cu extindere rapidă și de partea opusă (tumefierea cuprinzând întreg planșeul bucal, însoțindu-se de edem difuz, gelatinos, uneori extinzându-se către obraz, regiunile cervicale, supraclavicular și presternal - “*edem în pelerină*”). Tegumente în tensiune, palparea evidențiază o duritate lemnoasă, mai târziu instalându-se crepitații gazoase.

Intraoral - regiunile sublinguale bombează bilateral “*în creastă de cocos*”, depășind dinții inferiori, mucoasa roșie-violacee, acoperită de false membrane. Limba este mărită de volum, împinsă spre fundul gâtului (fig. 6.14)



Figura 6.14.

Funcțiile sunt afectate: trismus moderat, deglutiție-fonație-masticație-respirație - dificile, salivație abundantă cu salivă vâscoasă, halenă fetidă. În cazuri severe, edem al glotei sau toxicarea centrilor respiratori bulbari.

Stare generală toxico-septică: adinamie sau agitație, facies pământiu, cianotic sau subicteric. Febră de 39-40° la început, apoi discordanță între pulsul tahicardic (120 bătăi/minut) și febra scăzută 37°; dispnee toxică bulbară; oligurie cu albuminurie, glicozurie, anemie marcată, formulă leucocitară deviată spre stânga.

Evoluție rapidă cu apariția de complicații grave: spre craniu - meningite, tromboflebite, spre mediastin - mediastinită (fig. 6.15) sau în plămâni - gangrene pulmonare.

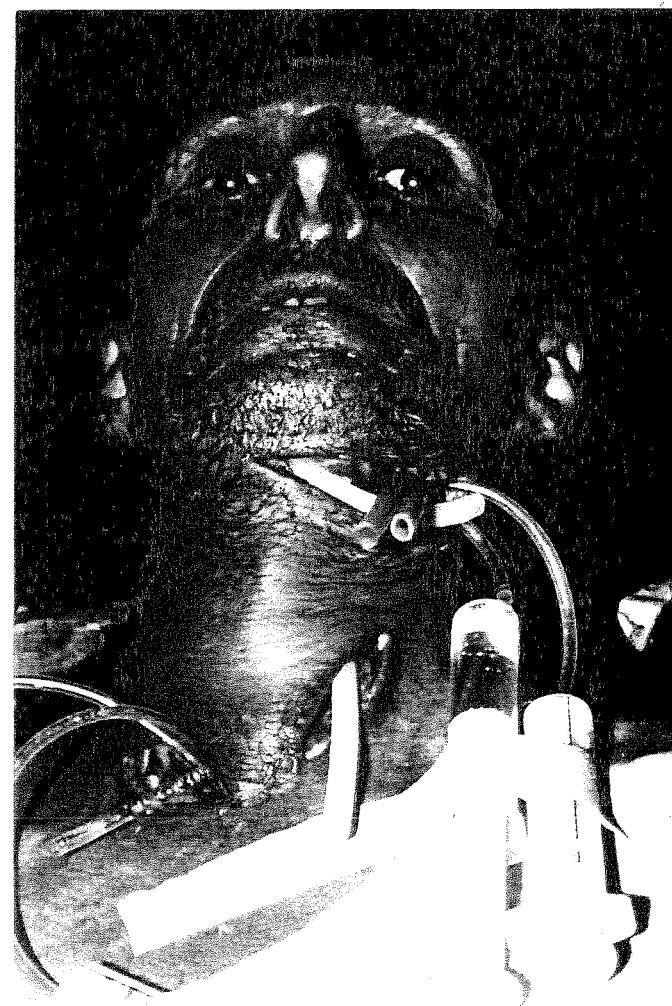


Figura 6.15.

Tratament - trebuie instituit imediat:

- *General* : antibiotice cu spectru larg în doze mari, vitaminoterapie, hidratare, tonice cardiaice.
- *Local* :
 - *incizie largă*, în potcoavă, sub arcul mandibular și drenajul lojelor cu tuburi multiple.
 - *irigații* din 2 în 2 ore în plagă cu H_2O_2 , cloramină, Dakin.

Flegmonul difuz hemifacial

Interesează toate lojile superficiale și profunde ale feței (obraz, loja maseterină, fosa temporală, fosa infratemporală, loja submandibulară, sinusul maxilar, orbita).

Etiologie:

- *Factori determinanți:* procese septice ale dinților superiori și inferiori, complicații ale unui traumatism, furuncul al feței.
- *Factori favorizanți în difuzarea infecțiilor:* țesut grăsos - bula Bichat, comunicare largă între spații, prezența plexurilor venoase anastomotice.

Tratamentul local și general instituit cât mai precoce.

A.5. LIMFADENITE NESPECIFICE

În teritoriul maxilo-facial există o rețea limfatică extrem de bogată, reprezentată de numeroase grupe ganglionare care culeg limfa din teritoriu bine individualizate:

- ganglioni mastoidieni
- ganglioni parotidiensi - superficiali (preauriculari) și profunzi
- ganglioni genieni (superiori, mijlocii, inferiori)
- ganglioni submandibulari (în 3 grupe: anteriori, mijlocii, posteriori)
- ganglioni submentonieri
- ganglioni latero-cervicali (superficiali, profunzi).

Etiologie: - infecții dentoparodontale

- infecții amigdaliene
- piodermite, furuncule.

Bacteriologie: floră microbiană polimorfă.

Anatomie patologică:

- *Adenita congestivă:* mărirea de volum a ganglionului, dureri, mobilitate păstrată. Periadenită redusă. Reacție inflamatorie intensă, diapedeză marcată. Această fază este reversibilă.
- *Adenita supurată:* ganglionul se ramolește, parenchimul devine friabil, apar focare de supurație în interiorul ganglionului care se unesc și formează un abces voluminos, cu o capsulă la exterior. Din cauza periadenitei, ganglionul este fix. Ruperea capsulei duce la invadarea țesuturilor din jur cu puroi, constituindu-se o supurație a lojei în care este localizat ganglionul respectiv - adenoflegmon.
- *Adenita cronică:* cu reacție fibrolimfatică și periadenită moderată.

Clinic

- *Adenite acute:* submandibulare, parotidiene, jugulo-carotidiene, geniene.
- *Adenite cronice* - greu de diagnosticat deoarece ganglionii cervico-faciali pot fi afectați de o serie de alte procese patologice:
 - de origine inflamatorie specifică (TBC, lues, mononucleoza infecțioasă)
 - de origine virală (boala ghearelor de pisică, SIDA),
 - parazitoze (toxoplasmoza)
 - boli de sânge (leucoze acute și cronice)
 - tumori maligne primare (limfosarcom, boala Hodgkin)
 - metastaze ale tumorilor maligne.
- *Micropoliadenopatii* (“corpii limfatici”) de cauză faringo-amigdaliană.

A.6. FISTULE CRONICE PERIMAXILARE

Supurațiile perimaxilare pot avea uneori o evoluție cronică, trenantă, tradusă clinic prin prezența unei fistule cronice cutanate, prin care la presiune se scurge puroi.

Etiologie - procese septice dentare.

Clinic:

- *Orificiu de fistulă* acoperit cu țesut de granulație sau cruste, pe unde se elimină puroi (fig.6.16, 6.17), cu localizare diversă în funcție de dintele cauzal.
- *Traiectul fistulos* (evidențiat prin palpare cu stiletul) care conduce spre dintele cauzal.
- *Factorul cauzal* (dinte devital cu procese periapicale evidențiate prin radiografii simple sau cu substanță de contrast).

Tratament:

- extracție dentară, chiuretarea procesului cronic periapical și excizia fistulei și a trajectului fistulos în aceeași ședință operatorie.

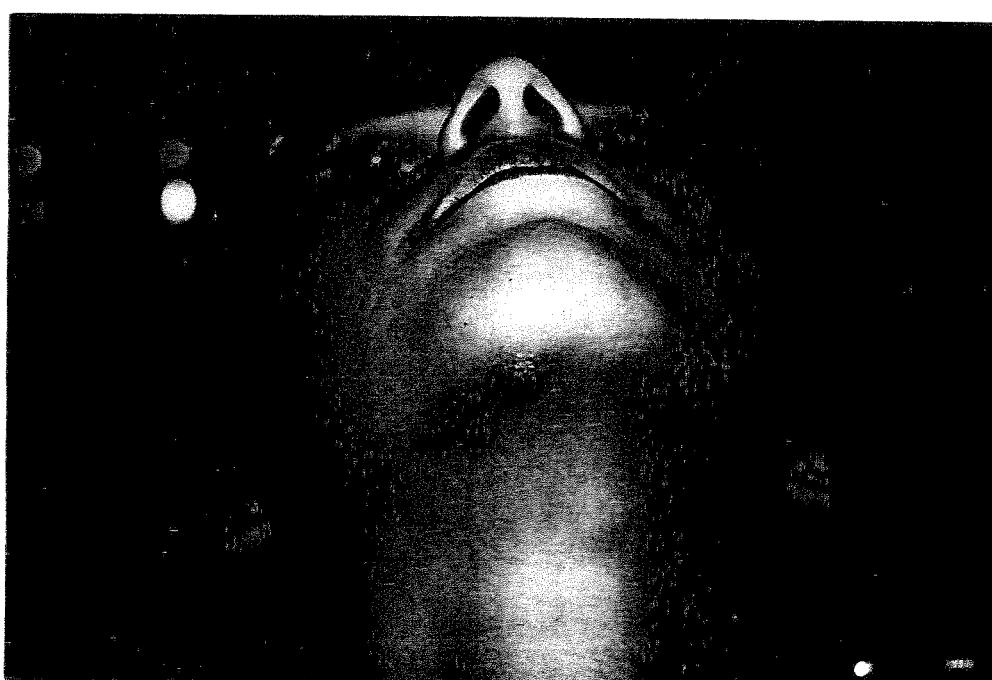


Figura 6.16.



Figura 6.17.

B.1. OSTEOMIELITA MAXILARELOR

După Morestin infecția osoasă îmbracă 3 aspecte:

Periostita = reacția inflamatorie a periostului.

Osteita = infecție localizată la corticala osoasă sau la procesul alveolar (alveolita).

Osteomielita = proces infecțios ce cuprinde osul în totalitate (corticalele și medulara).

Osteomielita maxilarelor

Osteomielita oaselor maxilare reprezintă 50% din totalul infecțiilor osoase ale corpului uman, ca urmare a *particularităților* existente la acest nivel:

- prezența dinților ce pot deveni focare septice
- aderența periostului la procesul alveolar (ceea ce face ca traumatismele osoase să se însoțească de plăgi gingivale prin care pătrund germeni patogeni)
- rapoarte anatomici de vecinătate cu cavitatea bucală, sinusul maxilar și fosetele nazale (favorizează extinderea infecțiilor).

Procesele infecțioase sunt localizate mai frecvent la mandibulă decât la maxilar datorită diferențelor anatomici dintre cele două oase: *maxilarul* cu o corticală subțire favorizează un drenaj mai rapid și o irigație sanguină mai bogată ceea ce îi asigură o rezistență crescută față de infecții; *mandibula* cu corticala groasă și țesutul medular dispus central face ca infecția să rămână cantonată mult timp în os. Vascularizația mandibulei este săracă, de tip terminal, ca urmare condițiile de apărare sunt mai slabe iar prezența canalului alveolar favorizează difuzarea supurației în lungul său. Eruptiona dificilă a M3 determină adesea complicații septice care se extind la planul osos.

Infectarea osului se realizează pe două căi:

Calea directă (cea mai frecventă) în care sursa de infecție poate fi:

- *odontogenă*:

- *dinți cu gangrene pulpare* complicate cu procese periapicale
- *plăgi postextractionale* complicate cu alveolite
- *pericoronarita supurată a M3*
- *supurații parodontale*
- *chisturi supurate*

- *traumatică*:

- *fracturi deschise* (în cavitatea bucală, sinus maxilar, fose nazale)
- *fracturi cu dinți în focar*
- *plăgi zdrobite* ale părților moi și periostului

- *furuncule* ale bărbiei sau buzei

Calea indirectă (hematogenă - rară la oasele maxilare - 10%).

Infecția primară plecată de la amigdale, tegumente (furuncul, erizipel, plăgi), oase lungi (osteomielită), urechea medie, boli infecto-contagioase etc., pe cale sanguină produce microembolii capilare și necroze ale țesutului conjunctiv osos.

Microbiologie: stafilococul auriu și alb este responsabil în 90% din cazuri de infecția osului. Mai pot fi găsiți asociați streptococul hemolitic, pneumococul, Escherichia Coli etc.

Clasificare:

După Laskin se întâlnesc următoarele forme clinice:

1. osteomielite supurate - acute
 - cronice
2. osteomielite nesupurate cronice sclerogene (GARR)
3. osteomielite de însoțire în infecții cronice specifice (TBC, actinomicoză, sifilis).

1. *Osteomielita acută supurată*

Debutul este brusc, cu simptome caracteristice factorului cauzal: tumefiere difuză, dureroasă, tegumente lucioase, întinse, coingestionate. La palpare, infiltrat inflamator, dur, dureros, cu îngroșare osteoperiostică. Mucoasa edemațiată, congestionată, dureri la palparea rebordului alveolar. Dinții dureroși la percuție, mobili, cu papilele interdentare hipertrrofiate inflamator. Hipersalivăție, disfagie, trismus.

Stare generală alterată, febră 39-40°, frisoane, tahicardie (faza de supurație osoasă).

In perioada de stare (*necroză osoasă*) tulburările locale și generale diminuă și apar semne locale de supurație osoasă. Apar abcese cutanate și intraorale ce fistulizează spontan eliminând un puroi gălbui, cremos, bine legat. Fistulele nu au tendință de vindecare și pot fi explorate prin cateterism, percepându-se osul denudat de periost, rugos. Dacă sechestele sunt complet izolate, se percep și mobilitatea lor (fig. 6.18).

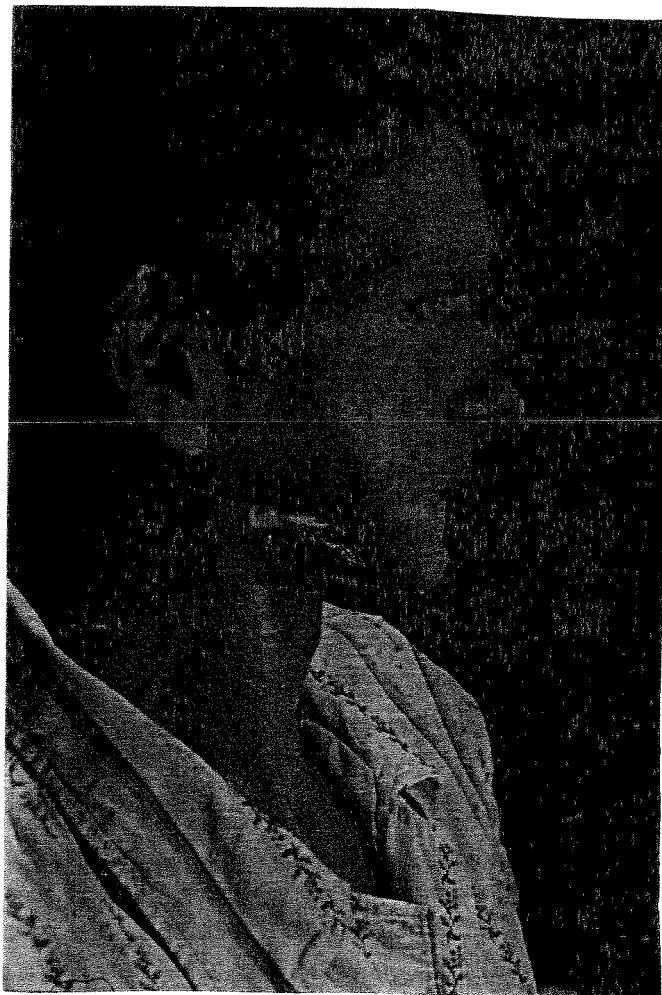


Figura 6.18.

Dintii se mobilizeaza în grup și par a pluti într-o masă purulentă. Se instalează hipo sau anestezie pe nervul alveolarul inferior (la mandibulă) și pe nervul infraorbital (pentru maxilar). După 8-10 zile de la debut, examenul radiografic arată o ștergere a desenului trabecular, apoi zone radioopace, imagini de “os pătat”, “zahăr topit”, “miez de pâine”, “os marmorat”, după care se remarcă izolarea sechestrului (os condensat înconjurat de o zonă de radiotransparență). După eliminarea sechestrului apare la periferia zonei o *regenerare osoasă* ce duce la dispariția geodelor cu refacerea imaginii de os trabecular normal (fig. 6.19).



Figura 6.19.

Tratament:

- *profilactic* - asanarea focarelor de infecție
- *curativ*:
 - incizii cutanate și intraorale cu evacuarea puroiului
 - extracția dinților cauzali și ai celor cu mobilitate mare de pe sechestre; imobilizarea celor ce pot fi conservați

- sechesteiectomii
- antibioterapie (în faza congestivă).

- Sechele:*
- tulburări de creștere ale mandibulei
 - comunicări bucosinusale
 - constrictii ale mandibulei.

B.2. SINUZITA MAXILARĂ ODONTOGENĂ

Definiție: Inflamația mucoasei sinusului maxilar.

Etiologie:

- leziuni periapicale acute și cronice la premolarii și molarii superiori
- greșeli de tratament endodontic (împingerea infecției din canal dincolo de apex, sau a materialelor de obturare în sinus)
- deschiderea traumatică a sinusului maxilar în timpul extracției dentare sau împingerea unui rest radicular în sinus
- pungi parodontale profunde
- pericoronarita supurată a M3 superior.

Anatomie patologică

- *Empiem sinusal:*

- puroi în sinus fără apariția unor modificări ale mucoasei sinusale.

- *Sinuzită acută:*

- *catarală:* hiperemie, edem, infiltrat inflamator, exudat în sinus
- *supurată:* mucoasă inflamată, țesut de granulație și exudat purulent în sinus.

- *Sinuzita cronică:*

- mucoasa hiperplaziată, îngroșată, polipoidă
- puroi cazeificat, fetid
- osteita pereților osoși sinusali.

Clinică

- *Empiem:*

- simptome de parodontită periapicală acută la dintele cauzal
- cacosomie
- puroi pe narina de partea sinusului bolnav.

- *Sinuzita acută:*

- stare generală alterată
- dureri difuze în maxilar, accentuate de mișările capului sau la aplacarea sa
- dureri suborbitare la palpare
- cacosomie unilaterală subiectivă și obiectivă
- scurgere de puroi unilateral pe o narină.

- *Sinuzita cronică:*

- secreție purulentă nazală galbenă-verzuie, unilaterală
- cacosomie subiectivă
- dureri reduse
- obstrucție nazală unilaterală.

Examene complementare:

1. Rinoscopia anterioară: - semnul lui Fränkel
 - bureletul lui Kaufmann
2. Diafanoscopia (transparența sinusului maxilar).
3. Radiografia simplă: - opacificare sinus (voalare)
 - nivel de lichid
 - chenar marginal
4. Radiografia cu substanță de contrast

5. Radiografii intraorale
6. Puncția sinusului
7. Examenul bacteriologic al puroiului
8. Examen citologic
9. Examen de laborator (leucocitoză, VSH crescut).

Complicații:

- faringită, laringită, traheită
- tulburări digestive, intoxicații generale
- boli de focar
- osteomielita maxilarului cu supurații ale părților moi, fistule cutanate, nevralgii de nerv infraorbital.

Tratament:

Sinuzita maxilară acută:

- antibioterapie generală
- local: căldură locală, ultrasunete, instilații nazale, puncții sinusale.

Sinuzita cronică:

- tratament chirurgical: cura radicală a sinusului prin metoda Caldwell-Luc, concomitent cu tratamentul dintelui cauzal.

C. INFECȚII SPECIFICE (TBC, sifilis, actinomicoză)

1. Sifilis

- *Primar:* săncru de inoculare pe buze, gingie, amigdale (ulcerație rotundă cu margini reliefate, suprafața roșie, lucioasă, baza dură, nedureroasă; adenopatii)

- *Secundar:* sifilide (leziuni eritematoase, papuloase, erozive, cheratozice pe mucoasa bucală și tegumente)
- *Terțiar:*
 - la părțile moi: *tuberculi* (noduli mici în derm sau pe mucoasa palatină, 1b); *goma* (leziune unică cu aspect tumoral în bolta palatină)
 - la oasele maxilare: *sifilom* circumscris sau difuz.

2. TBC (localizat pe mucoasa cavității orale, în oasele maxilare, ganglioni, glande salivare - în ganglionii intraglandulari).

- *Primar:*
 - adenopatie singulară subangulomandibulară
 - ulcerație superficială cu margini subțiri, decolate, roșie, violacee, dureroasă, înconjurată de granulațiile lui Trélat.
- *Secundar* - la purtătorii de TBC pulmonar:
 - ulcerații pe mucoasa bucală
 - goma TBC (pe limbă)
 - lupus tuberculos.

3. Actinomicoza

Infecție subacută sau cronică produsă de *Actinomyces Israelli*. Localizarea cervico-facială este de 4 ori mai frecventă decât în restul organismului.

Anatomie patologică - caracteristică este reacția de apărare a organismului prin formare de țesut de granulație care se extinde lent, în suprafață și profunzime. În etape diferite de evoluție, apar la suprafață abcese, în stadii evolutive diferite (nodul, abces, fistule), cu tegumentele din jur roșii-violacee, aderente în profunzime.

Microscopic = nodulul actinomicotic este caracteristic cu 3 zone:

- centrală cu puroi filant în care se găsesc grăunți liberi sau fixați, prevăzuți cu măciuci
- stratul de celule mononucleare - cel de tip epitheloid plasmatic
- stratul periferic - cu celule ce se fibrozează dând aspect de scleroză.

Afectiunea se propagă prin contiguitate, fără a respecta nici un țesut, afectând cu predilecție țesutul conjunctiv.

Simptomatologie

Debut lent fără semne caracteristice (ca o supurație banală).

In perioada de stare:

- tumefacție dură, lemnoasă
- abcese în diferite stadii de evoluție
- tegumentele dintre abcese roșii-violacee, aderente
- fistule "în stropitoare" (fig. 6.20) prin care se elimină o secreție seroasă, nelegată, conținând grunji albi-gălbui (ca polenul)
- starea generală nu este alterată
- trismus accentuat, precoce
- lipsește adenopatia.

Tratament:

Chirurgical: incizie, evacuarea, aerisirea abceselor, meșe cu soluție Lugol sau protargol.

Medicamentos:

- *antibioterapie* - Penicilină G i.m. 6-8 ml/zi 14 zile, apoi 6-12 luni
Penicilina V 3 mg/zi în 3 prize.

La alergici:

- *Tetraciclină* 2 g/zi 2 săptămâni, *Clindamicină*
- *Metronidazol* 1 g/zi - 60 zile.

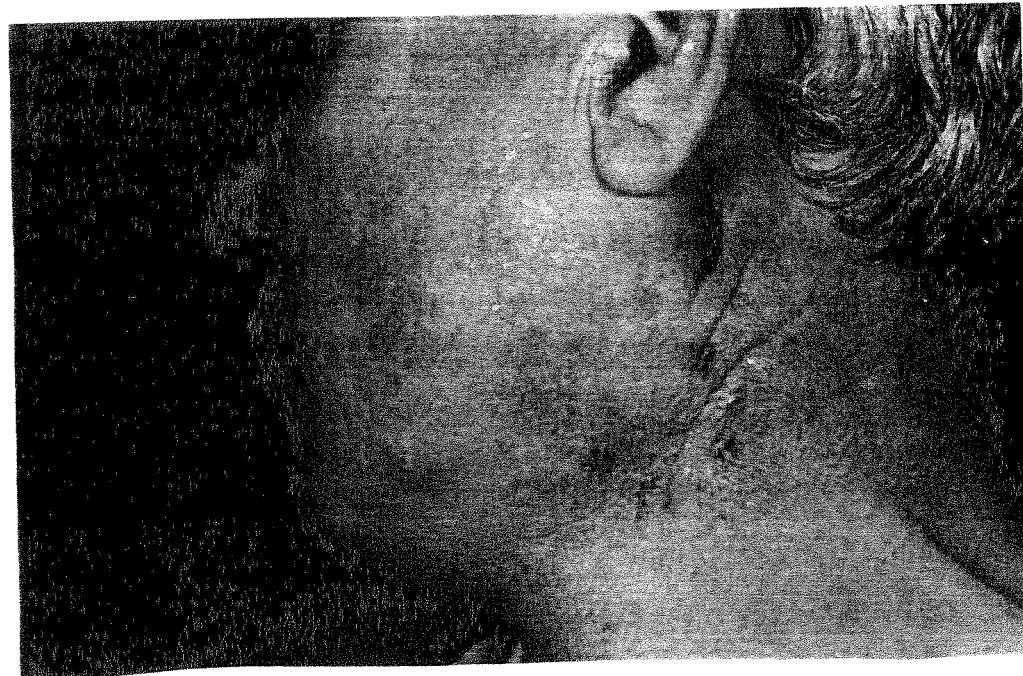


Figura 6.20.

PRINCIPII DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN SUPURAȚII

După Peterson (1989) în cazul unei supurații trebuie să cunoascute și respectate următoarele principii:

I. Stabilirea severității infecției

După:

- semne subiective
- semne obiective
- rapiditatea evoluției simptomelor
- importanța tulburărilor funcționale (trismus, disfagie, torticolis)
- alterarea stării generale.

II. Evaluarea stării mecanismelor proprii de apărare ale pacientului

- investigarea antecedetelor personale:
 - rezistența bolnavului la infecții
 - boli metabolice: diabet, uremie, alcoolism cronic, hepatită cronică
 - leucemie, tumori maligne
 - utilizarea medicamentelor imunosupresoare
- examenul locoregional:
 - verificarea integrității mucoasei orale
 - pungi parodontale
 - carii, gangrene pulpare
 - incizii preexistente.
- examenul de laborator:
 - imunoglobulinele (anticorpi) favorizează fagocitoza bacteriilor
 - complementul imunoglobulinelor
 - formula leucocitară (PMN, limfocite).

III. Competența necesară efectuării intervenției respective

- Cabinet stomatologic:
 - drenaj endodontic
 - drenaj transosos (abcese periosoase limitate)
 - incizia și drenajul (antibioterapie).
- În clinicele de specialitate: de către cadre competente se rezolvă supurațiile grave.

Criterii de gravitate ale unei infecții:

- rapiditatea instalării fenomenelor clinice
- tulburări funcționale severe: de respirație, deglutiție, masticație, trismus foarte strâns
- interesarea lojelor și spațiilor perimaxilare

- febră peste 38°
- existența deficiențelor de apărare ale organismului.

IV. Tratamentul chirurgical care urmărește incizia și drenajul colecției și îndepărarea agentului cauzal.

- In cabinetul stomatologic:

- incizii intraorale
- drenaj endodontic
- drenaj transosos
- extracția dentară.

- In clinicele de specialitate:

- incizii intra și extraorale, largi, multiple care să permită o bună evacuare a puroiului
- drenajul lojilor, spațiilor anatomici cu lame sau tuburi din cauciuc sau polietilen
- îndepărarea cauzei.

V. Tratament medical:

- hidratarea, hrănirea, (aport de glucide și proteine)
- analgezice
- antiinflamatoare nesteroidiene.

VI. Indicația și alegerea corectă a antibioticelor

- Antibioticele:

- adjuvant important în profilaxia și terapia infecțiilor de cauză dentară
- nu pot înlocui *tratamentul chirurgical* în colecțiile constituite sau supurațiile difuze.

- Indicații:

- la debutul infecțiilor dentare
- capacitate de apărare a organismului redusă

- tendința de extindere în lojile superficiale sau profunde perimaxilare sau cervicale
- osteomielita acută a maxilarelor
- pericoronarita supurată severă.
- Se folosește: penicilina, eritromicina, cefalosporine, metronidazol.

VII. Administrarea corectă a antibioticelor

- Se vor lua în doze și la intervale eficiente.

Concentrația plasmatică a antibioticelor este necesară să fie de 4-5 ori mai mare decât cea minimă, pentru a inhiba bacteriile implicate în infecții.

- Se administrează minimum 7 zile.

VIII. Urmărirea clinică a răspunsului la terapia cu antibiotice

- Ameliorarea stării generale
- Remiterea semnelor clinice loco-regionale (edem, durere, secreții).

CAUZE DE ESEC ÎN TRATAMENTUL SUPURAȚIILOR

1. Tratamentul chirurgical neadecvat (incizie incorect plasată, drenaj inefficient).
2. Nesuprimarea factorului cauzal.
3. Apărarea organismului deficitară, lipsa tratamentului medicamentos adekvat, deshidratarea.
4. Existența corpilor străini ce întrețin procesul supurativ.
5. Administrarea incorectă a antibioticelor, refuzul ~~dacă ar respecta recomandările~~ pacientului, apariția candidozelor bucale sau ~~dacă~~ germenii patogeni sunt rezistenți la antibioticele prescrise.

7. TRAUMATISME DENTO-MAXILO-FACIALE

Leziunile traumatice dento-maxilo-faciale ocupă, în cadrul patologiei umane contemporane și al traumatologiei moderne, un loc special, din ce în ce mai important. Frecvența lor este evaluată la aproximativ 15-20% (1996) din totalul traumatismelor întregului organism. Pot fi unice sau multiple, localizate numai în teritoriu sau asociate cu alte leziuni traumatice din regiunile vecine sau la distanță în cadrul unor politraumatisme. Existența unor leziuni concomitente grave face ca uneori leziunile maxilo-faciale să nu fie diagnosticate sau să fie neglijate crescând astfel numărul sechelelor.

Datorită complexității morfolo-funcționale a teritoriului, a vecinătății cu elemente vitale, a faptului că interesează față - zonă expusă permanent, traumatismele oro-maxilo-faciale prezintă caracteristici proprii anatomo-clinice, evolutive și de tratament.

ETIOLOGIE

Structurile faciale sunt afectate frecvent de toate tipurile de traumatisme incluzând:

- accidente de circulație (automobil, motocicletă)
- violență între persoane (agresiunea)
- accidente sportive

- căderi accidentale
- traumatisme produse de animale (lovitură copită cal)
- răniri prin împușcare.

Vârsta cea mai afectată este cuprinsă între 21-30 ani.

Bărbații dețin procentul major de peste 80%, copiii de circa 12%.

CLASIFICARE

I. Leziuni traumatiche ale părților moi (pot fi afectate: tegumentul, mucoasa, mușchii, glandele salivare, vase, nervi).

- Înhise (contuzii): echimoză, hematom, serom, stupoare și zdrobire musculară.
- Deschise (răni): escoriația, plaga.

II. Leziuni traumatiche ale țesuturilor dure:

- Dinți: - traumatisme dentoparodontale
- Oase: - fracturi de mandibulă
- fracturi ale masivului facial.

LEZIUNILE PĂRȚILOR MOI

Frecvență

Fața este mult mai expusă traumatismelor decât oricare altă regiune a corpului. Numărul leziunilor din teritoriu sunt în continuă creștere.

Pot fi interesante:
- numai părțile moi (în 50% din cazuri)
- părțile moi și planul osos (frecvent)
- țesuturile moi intraorale (relativ rar).

Etiologie

La agenții cauzali enumerați se adaugă:

- mușcătura de animale (câine, urs, cal), de om sau automușcare
- înțepare accidentală cu diverse corpuri ascuțite (plăgi ale bolții palatine la copii)
- iatrogenie (în extracția dentară, utilizarea instrumentului rotativ).

Forme anatomo-clinice

- a) *Ieziuni inchise*: echimoze, contuzii, hematoame (fig. 7.1), serom, stupoare și zdrobire musculară



Figura 7.1.

b) leziuni deschise (cu soluție de continuitate):

- escoriații (fig. 7.2)



Figura 7.2.

- plăgi de diferite tipuri:

- cutanate (fig.7.3)
- mucoase (fig.7.4)
- cuprinzând toate planurile sau canalul Stenon (fig.7.5)
- asociate cu fracturi ale oaselor feței (fig.7.6)
- asociate cu leziuni dento-patodontale
- cu pierderi de substanță (fig.7.7).



Figura 7.3.



Figura 7.4.



Figura 7.5.

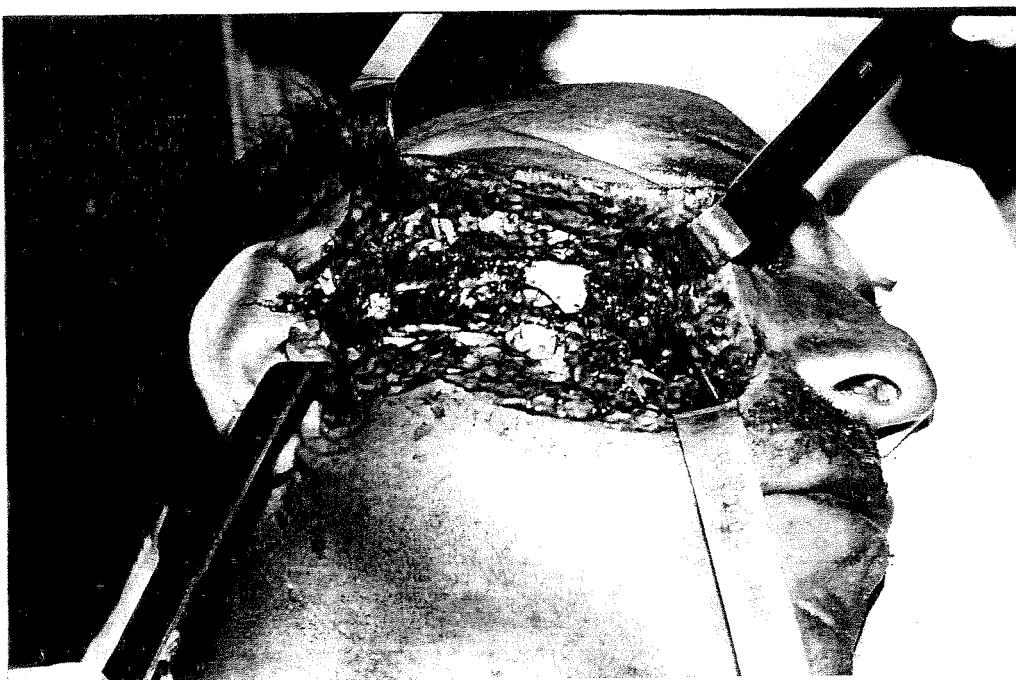


Figura 7.6.



Figura 7.7. Plagă mușcată de câine cu pierdere de substanță.

Semne și simptome comune

- Soluția de continuitate a părților moi
- Dureri spontane sau provocate de mobilizarea părților moi sau a oaselor
- Hemoragia în jet sau difuză (cu formarea hematoamelor interstițiale)
- Hipersalivație
- Tulburări de masticație, deglutiție, fonație (în plăgi ale cavității orale)
- Tulburări nervoase prin lezarea nervului VII și V
- Incontinența cavității orale (saliva se scurge pe față)
- Tulburări generale: febră, agitație, sindrom hipovolemic, modificări ale tensiunii arteriale, pulsului, respirației, tulburări psihice.

Complicații

1. Imediate grave (se instalează în primele minute sau în următoarele ore și pun în pericol viața pacientului).

- *Șocul traumatic* (este rar). Apare în traumatisme puternice sau cu hemoragii mari.
- *Hemoragia* - abundantă, masivă prin lezarea vaselor mari (carotida externă, artera facială, artera maxilară internă, temporală superficială).
- *Asfixia* produsă prin:
 - căderea limbii, relaxarea țesuturilor moi perifaringiene, deplasarea masivului facial sau al arcului anterior mandibular etc.
 - corpi străini (cheaguri, conținut gastric, sânge, salivă, fragmente de dinți, osoase, proteze etc.)
 - edem și hematom perifaringian.
- *Comoția cerebrală* (leziune craniană închisă).

2. Primitive (septice): datorită septicității cavității orale sau a contactului cu corpii străini, plăgile se contaminează rapid dând:

- plăgi infectate cu floră microbiană banală și mai rar
- tétanos, erizipel, gangrenă gazoasă.

3. Secundare

- *Infectioase* (cele mai frecvente):
 - supurații părți moi
 - fistule cronice (în retenția de corpi străini)
 - osteite, osteomielite
 - fistule salivare (de parotidă sau Stenon)
 - generale: septicemii, complicații pulmonare, renale, gastrointestinale.

- Hemoragii secundare.

4. Tardive (sechele):

- cicatrici vicioase
- pierderi de substanță cu tulburări psihice grave
- incontinență cavității orale
- constrictii de maxilare
- paralizii de facial.
- *fistule salivare*

Tratament

Inaintea oricărui tratament, rănitul va fi scos de la locul accidentului și așezat în poziție “de securitate” (întins pe o suprafață plană în decubit lateral cu capul ușor decliv întors pe o parte pentru a favoriza scurgerea lichidelor din cavitatea orofaringiană și a ușura respirația și circulația (fig. 7.8).

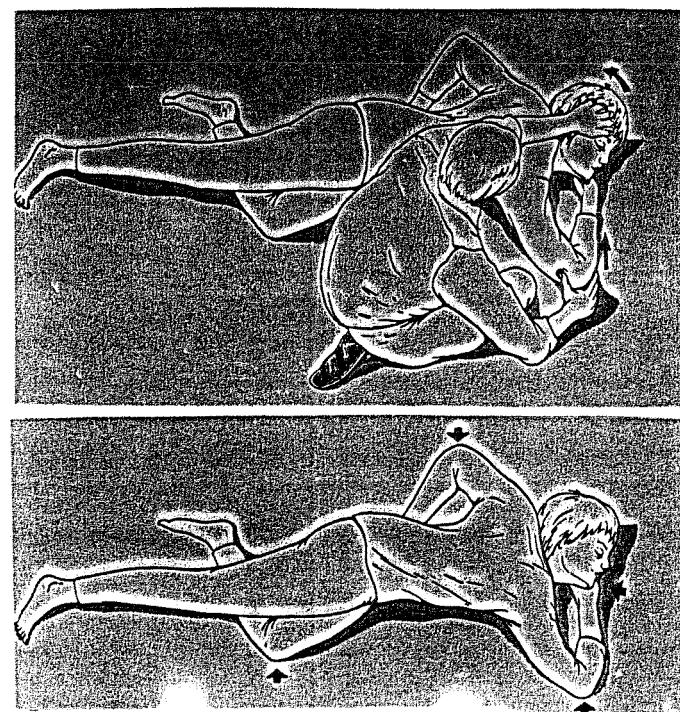


Figura 7.8.

Se va face apoi un bilanț rapid, complet și netraumatizant a stării generale a pacientului (funcțiile vitale) a leziunilor traumatice din teritoriul oro-maxilo-facial, din vecinătate (ochi, craniu, coloană cervicală) și a celor de la distanță (torace, abdomen, coloana vertebrală, membre) după care se va trece la etapizarea tratamentului.

A. Tratamentul de urgență

1. Tratamentul complicațiilor imediate grave se adresează tulburărilor ce pun viața în pericol:
asigurând oxigenarea optimă pulmonară:

- *Combaterea asfixiei*: restabilind permeabilitatea căilor respiratorii și asigurând oxigenarea optimă pulmonară:

- Așezarea bolnavului în poziție “de lucru și siguranță” (decubitus dorsal cu capul rotit lateral și gâtul orizontal), se prinde vârful limbii cu un compres sau cu o pensă de limbă trăgându-se în afara (fig. 7.9) astfel se eliberează fundul gâtului de unde se aspiră sau se îndepărtează cu degetul înfășurat în compresă secrețiile, sângele, corpii străini, cheagurile (fig. 7.10).

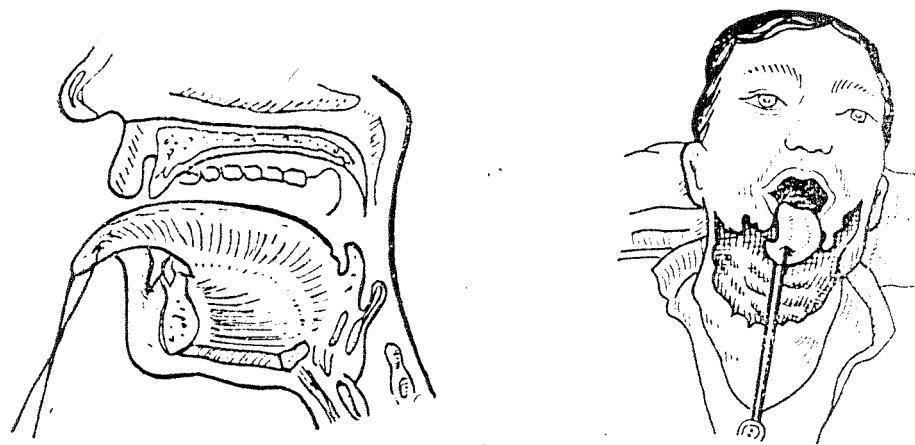


Figura 7.9.



Figura 7.10.

- Când există risc de asfixie prin căderea limbii, fie se fixează limba în afară (cu fir de mătase, agrafă (fig. 7.11) fie se trece o pipă Gueddel sau tuburi de latex moale în orofaringe (fig. 7.12).

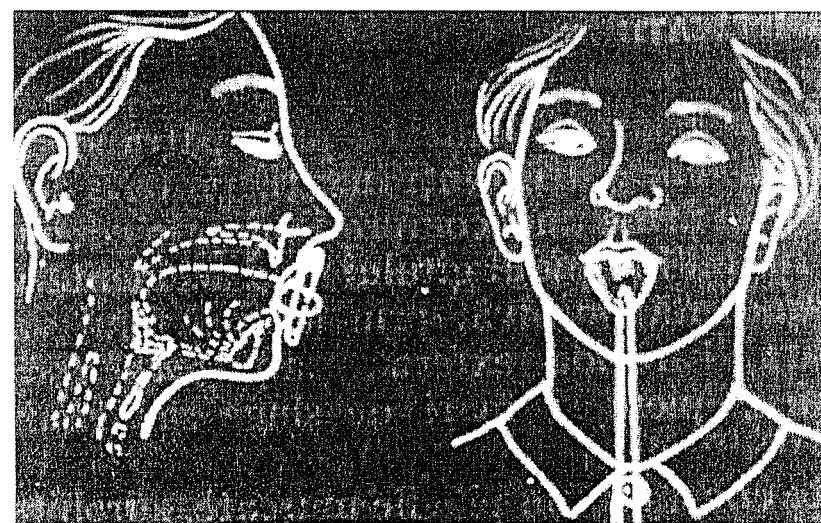


Figura 7.11.

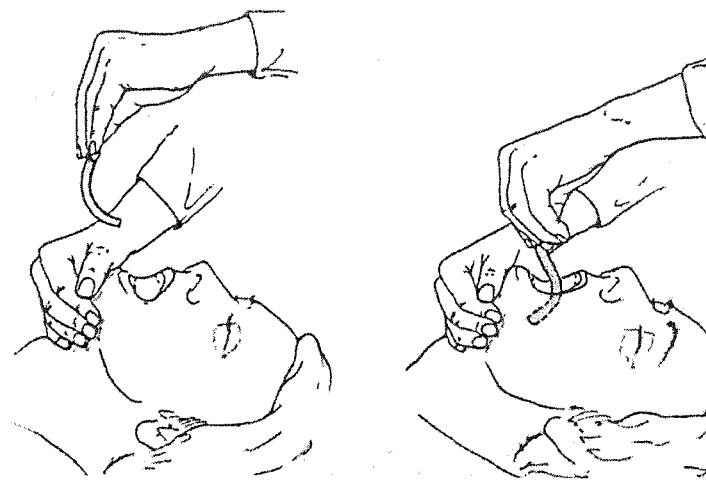


Figura 7.12.

- Dacă respirația spontană nu s-a reluat se trece de urgență la respirație artificială prin metodele cunoscute. Când asfixia este provocată de edem, hematorm sau corpi străini ce nu se pot îndepărta se vor practica:

- puncții cu trocare în spațiul intercricotiroidian sau primele inele traheale,
- traheotomia sau
- intubația laringo-traheală.

Concomitent se începe și resuscitarea cardiocirculatorie (fig. 7.13).

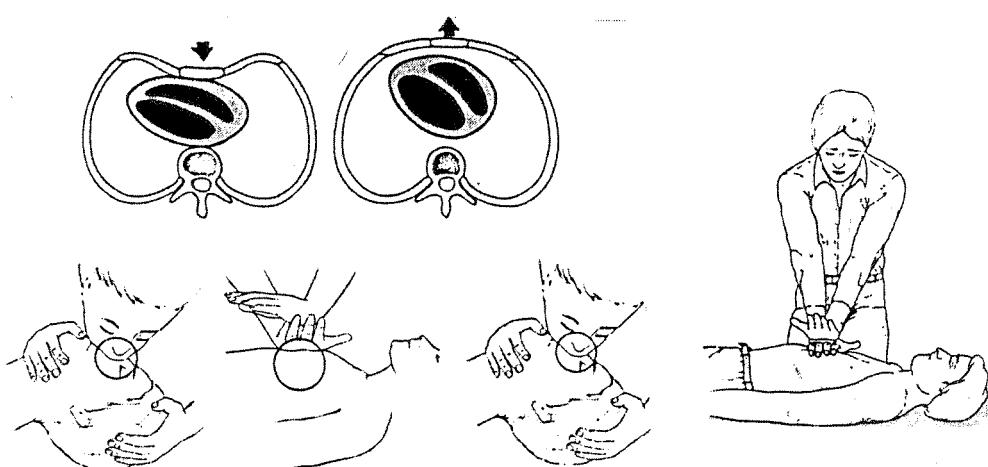


Figura 7.13.

- *Oprirea hemoragiei* se realizează prin:

- Identificarea, pensarea și ligaturarea vaselor care sângerează în jet.

- Pansament compresiv în sângerări difuze.

Când aceste mijloace nu sunt eficiente se face hemostază prin compresiune digitală pe artera carotidă externă (fig. 7.14) la nivelul hioidului, pe facială la marginea bazilară a mandibulei sau pe temporală superficială preauricular.

- Hemoragiile nazale abundente se opresc prin tamponament nazal (anterior, posterior, asociat).

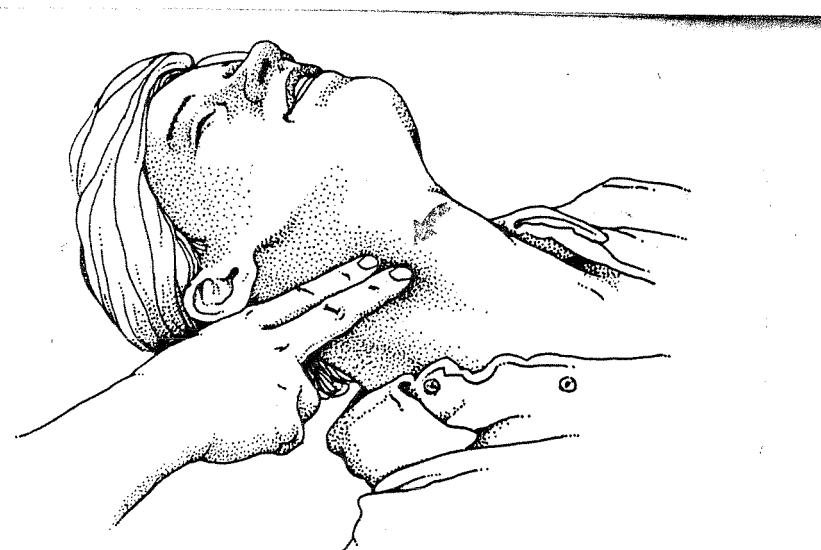


Figura 7.14.

In hemoragiile abundente se va compensa pierderea de sânge prin: transfuzii, perfuzii cu plasmă și substituenți, ser fiziologic. Se va relua cât mai rapid hidratarea pe cale naturală.

- *Combaterea șocului* se face prin resuscitare cardio-respiratorie, încălzire, hidratare, tonice cardiace, perfuzii cu plasmă, transfuzii, sedative sau tranchilizante.

2. Tratamentul imediat al plăgii

Local:

- spălarea și antiseptizarea tegumentelor din jurul plăgii; igienizarea gurii
- curățirea mecanică și antiseptizarea plăgii
- hemostază în plagă
- pansament steril peste plagă (fig. 7.15).



Figura 7.15.

In plăgile zdrobite, cu decolări de lambouri muco-musculo-cutanate, cu deschiderea cavitărilor, se aplică benzi de leucoplast de apropiere și menținere a lambourilor (fig. 7.16) sau se practică sutura provizorie de

poziție cu fire în "U" trecute la distanță prin marginile plăgii (pentru fixarea părților moi în poziție corectă și realizarea continuității cavității bucale). Pansament steril deasupra.



Figura 7.16.

- General:*
- calmarea durerilor (analgezice, hipnotice);
 - seroterapie antitetanică și antirabică (când este cazul);
 - antibioprofilaxie.

3. *Transportul traumatizatului* în serviciu de specialitate, în poziție de securitate (fig. 7.17).

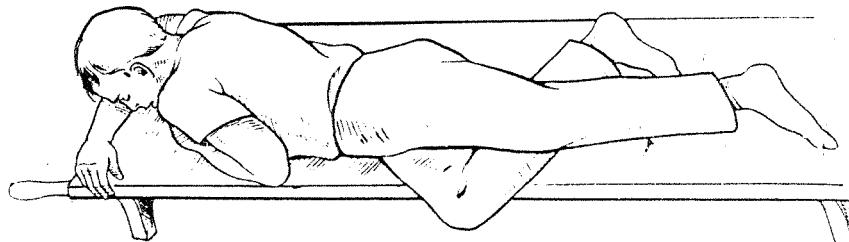


Figura 7.17.

B. Tratamentul definitiv al plăgii

Se realizează în servicii de specialitate bine dotate și unde se poate asigura colaborarea cu alți specialiști: neurochirurgi, ORL-iști, oftalmologi.

Particularitățile anatomo-funcționale ale teritoriului oro-maxilo-facial și anatomo-clinice și evolutive ale plăgilor oro-faciale impun o serie de *principii generale de tratament*:

- Se vor îngriji de urgență, în primul rând, leziunile care *amenință imediat* (șoc, asfixie, hemoragie) sau *în zilele următoare* (leziuni traumatici abdominale, toracice, cerebrale etc.) viața bolnavului, ori *pot compromite organe de importanță majoră* (globi oculari, măduva spinării etc.).
- Întreaga conduită terapeutică trebuie să respecte cerințele de refacere *morfologică, funcțională, estetică și psihică*.

- Înaintea oricărui act terapeutic definitiv *se va igieniza și asana cavitatea orală* și se va păstra o igienă buco-dentară riguroasă pe tot parcursul tratamentului și după.
- Se va adopta o atitudine *cât mai puțin traumatizantă și cât mai conservatoare* față de părțile moi, osoase și dinți:
 - sunt contraindicate exciziile profilactice de regularizare a marginilor plăgii sau de secționare a lambourilor cutanate chiar dacă par devitale
 - se vor înlătura numai fragmentele osoase mici fără periost păstrându-se fragmentele mari chiar deperiostate
 - se vor extrage numai dinții irecuperabili sau care defavorizează procesul de vindecare.
- *Sutura plăgilor se va efectua numai după reducerea și imobilizarea fracturilor* în relație cu soluția de continuitate a părților moi și după rezolvarea leziunilor traumaticice dento-parodontale.
- *Fixarea și sutura marginilor plăgii* se va face în poziție anatomică fixând în prealabil “*punctele cheie*” ale feței: pliurile naturale; linia cutaneo-mucoasă (labială, palpebrală etc.), marginea narinară, șanțurile vestibulare și paralinguale etc.

C. Tratamentul reparator tardiv (al sechelelor)

Se execută după vindecarea completă a tuturor leziunilor (după cel puțin 6 luni de la traumatism). Consta în excizia cicatriciilor vicioase, retractile sau hipertrofice și reconstrucția pierderilor de substanță cutanată și de părți moi prin variate metode (plastii în Z, alunecarea sau rotația lambourilor, grefe dermoepidermice, lambouri de vecinătate sau de la distanță directe - frunte, gât, torace sau prin migrări succesive.

LEZIUNI TRAUMATICE DENTO-PARODONTALE

Pot fi singulare sau asociate la fracturile oaselor maxilare, plăgi cervico-faciale.

Frecvență : relativ ridicată. Mai frecvente la băieți.

Interesează: - dinții temporari (la vîrstă de 1,5 -2,5 ani)
- dinții permanenți (între 7-18 ani).

Etiologie.- accidente de joacă (în jurul vîrstei de 10 ani)

- accidente de stradă
- căderi accidentale
- accidente de circulație, sportive
- agresiune
- iatrogene (deschiderea forțată a gurii - aplicarea deschizătoarelor de gură sau în extracția dentară).

Clasificare

A. Leziuni dentare:

1. Fisuri ale smalțului
2. Fracturi coronare
 - nepenetrante în camera pulpară
 - penetrante în camera pulpară.
3. Fracturi radiculare (transversale, oblice):
 - în 1/3 cervicală
 - în 1/3 medie
 - în 1/3 apicală.
4. Fracturi corono-radiculare (oblice sau longitudinale):
 - nepenetrante
 - penetrante

↗ în camera pulpară

B. Leziuni parodontale:

1. Contuzii parodontale (ruperea fibrelor periodonțiului și a vaselor mici).
2. Luxații dentare parțiale (ruperea incompletă a ligamentului alveolo-dentar).

Dintele este deplasat:

- vestibular sau oral
- mezial sau distal într-un spațiu liber
- în ax.

3. Luxații dentare totale (ruperea completă a ligamentului alveolo-dentar).

Dintele poate fi:

- scos din alveolă (expulzie dentară)
- introdus în cavitățile feței sau țesuturile moi din vecinătate (intruzie dentară).

C. Dento-parodontale.

Semnele și simptomele clinice sunt în raport cu forma anatomo-clinică a leziunii.

In fracturi:

- *coronare* - cu pierderi de substanță - smalț
 - cu deschiderea pulpei dentare - dureri spontane și la atingere
 - sărac în manifestări clinice
 - mobilitatea coroanei, ușoare dureri
 - radiografia stabilește sediul liniei de fractură
- *radiculare* - dinte sfărâmat în fragmente.
- *cominutive* - hiperestezii
- dentină

Contuzie parodontală: - dureri spontane, surde
- echimoză gingivală
- ușoară mobilitate a dintelui.

Luxație parțială: - dureri accentuate de mobilizarea dintelui
- dinte deplasat, mobil, ce tulbură ocluzia dentară
(fig. 7.18).

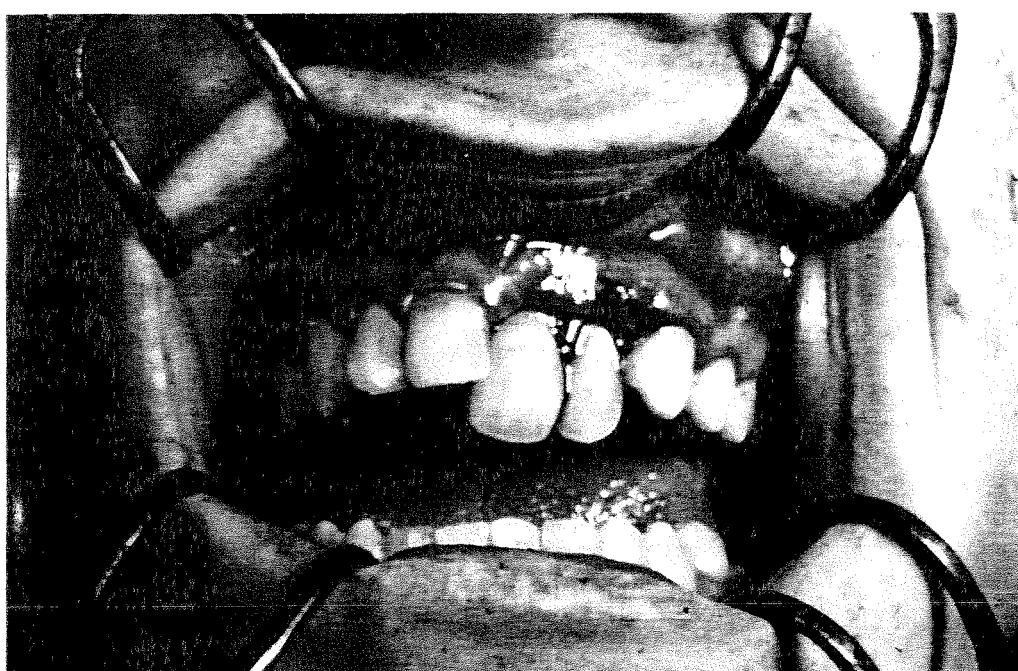


Figura 7.18. Luxație dentară 21-22.

Luxații totale: - alveolă goală sau cu cheag
- lezarea fibromucoasei
- contuzia buzei.

Tratament:

- *De urgență:* - calmarea durerilor
- igienizarea gurii
- seroprofilaxie antitetanică și antibiotică

- în luxații parțiale: reducere și imobilizare (fig. 7.19 și 7.20)

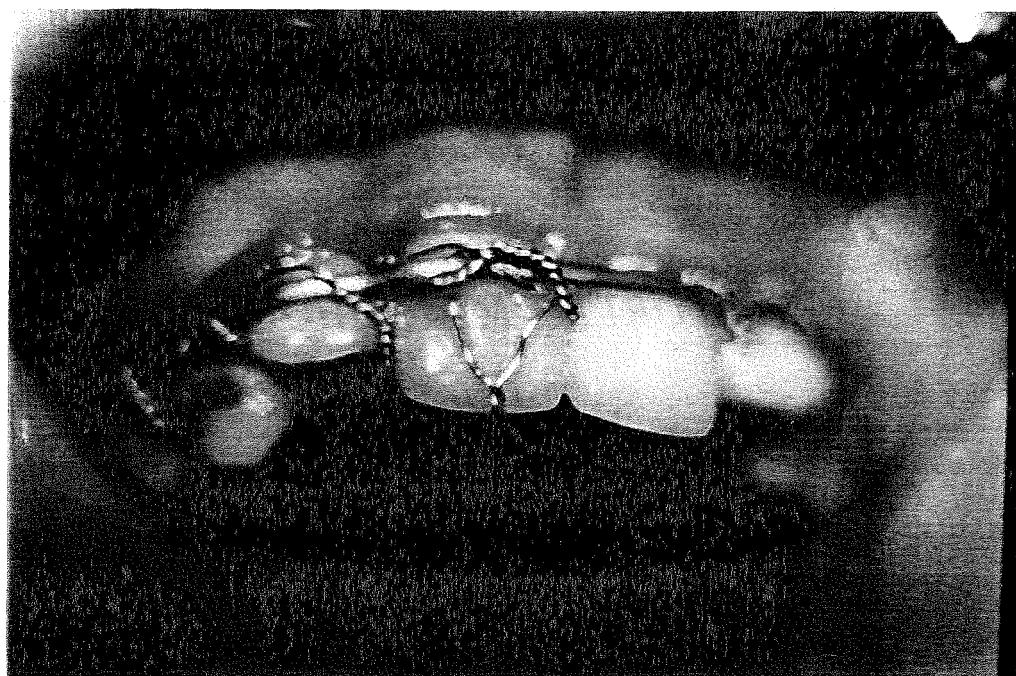


Figura 7.19.

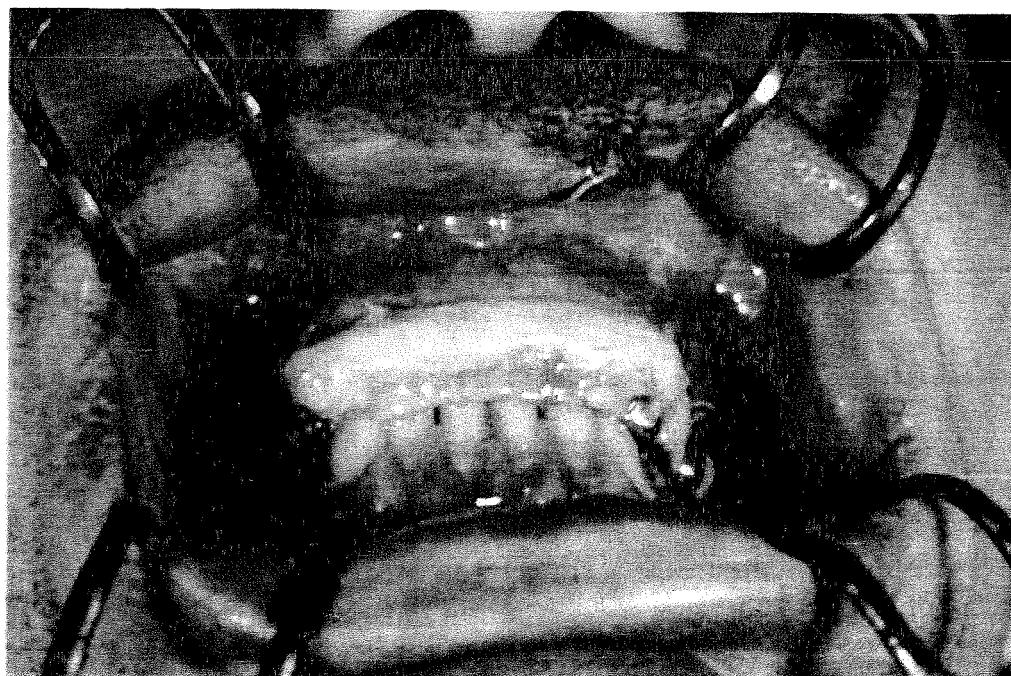


Figura 7.20.

- în expulzii dentare (persoane tinere sănătoase într-un interval de 2 ore, de la accident) replantarea dintelui și imobilizare.
- *Definitiv:* efectuat de specialist.

FRACTURI DE MANDIBULĂ

Frecvență

Sunt cele mai frecvente (peste 60% din fracturile oaselor feței) deoarece:

- mandibula este un os proeminent având rol de “parașoc” pentru oasele feței, deci este mai expusă la traumatisme
- are formă multicurbată
- este mobilă datorită articulației temporo-mandibularare.

- Etiologie:*
- accidente de circulație,
 - împușcare,
 - agresiune, accidente de muncă, de sport, loviri accidentale,
 - fracturi pe os patologic,
 - iatrogenii.

- Mecanisme:*
- direct - presiune și flexie,
 - indirect - flexie, smulgere,
 - mixt.

- | | | |
|--------------------|------------|---|
| Deplasări în focar | - cauze | <ul style="list-style-type: none"> - forța traumatismului, - contracția mușchilor inserați pe mandibulă, - locul și direcția liniei de fractură, - articulația dentară; |
| | - direcții | <ul style="list-style-type: none"> - decalaj, - încălcare, - angulație. |

Anatomie patologică (fig. 7.21)

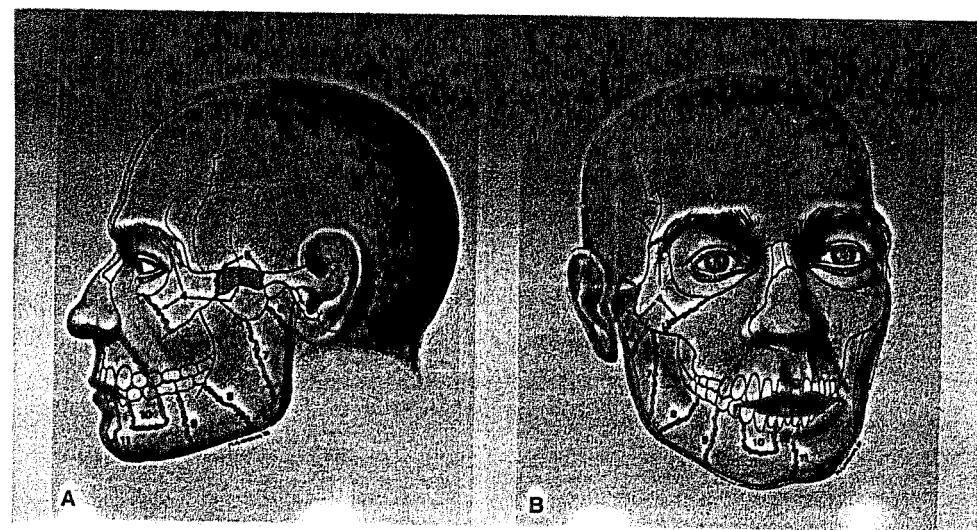
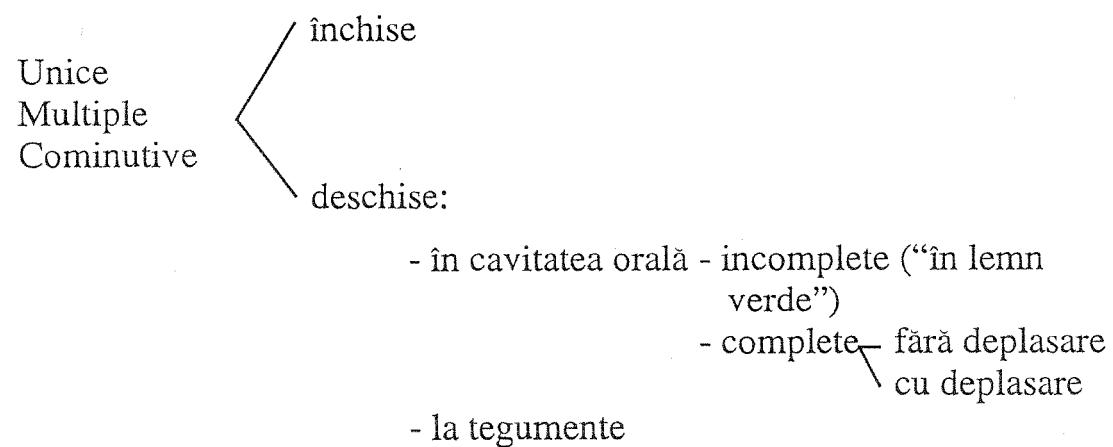


Figura 7.21.

A. Leziuni osoase propriu-zise ale mandibulei:

- Fracturi parțiale (interesează porțiuni limitate de os)
 - de rebord alveolar
 - de margine bazilară
 - apofiză coronoidă, cap condilian
 - perforante
- Fracturi totale (întrerup continuitatea mandibulei)



Forme anatomo-clinice

1. Fracturi mediane (mediosimfizare) între incisivii centrali inferiori
2. Fracturi paramediane (parasimfizare) între IC și IL și IL-C
3. Fracturi laterale (ale corpului mandibular): de la C la M de minte
4. Fracturi de unghi (corespunzătoare M3 inferior)
5. Fracturi de ram ascendent (verticale, orizontale, oblice)
6. Fracturi subcondiliene (joasă, înaltă, intracapsulară).

B. Fracturi asociate ale mandibulei cu:

- leziuni de părți moi orofaciale
- leziuni dento parodontale
- fracturi ale masivului facial
- traumatisme ale neurocraniului, extremităților, coloanei vertebrale, abdominale, toracice etc.

Sимптоматология

• *Comună tuturor fracturilor*

Simptome de probabilitate:

1. Durerea vie, puternică, exacerbată la mișcările mandibulei sau presiune pe os.
2. Tulburări funcționale - masticatie, deglutiție, fonărie, hipersalivație cu scurgerea salivei din gură.
3. Poziția analitică a mandibulei.
4. Echimoze, tumefieri, plăgi sau hematoame cutanate și mucozale limitrofe focarului de fractură.
5. Latero-deviația liniei mediane.

Simptome de certitudine

1. Mobilitatea osoasă anormală (evidențiată prin palpare bimanuală) însoțită de crepitații sau cracmente.

2. Întreruperea continuității osoase cu sau fără deformarea reliefului osos (prin deplasările din focar (fig. 7.22).

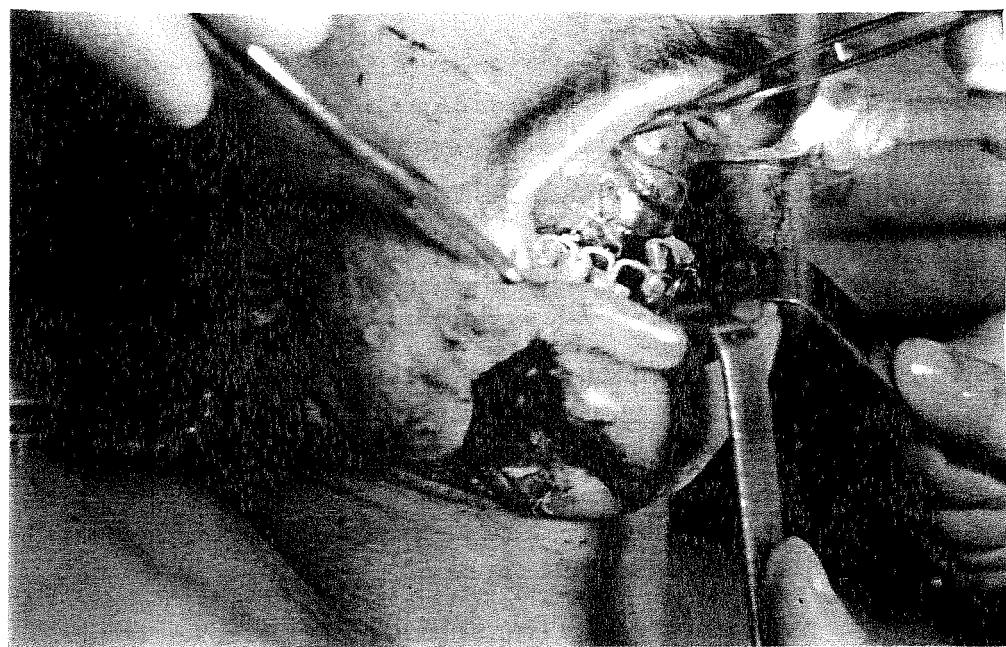


Figura 7.22.

3. Tulburări de ocluzie dentară (fig.23).

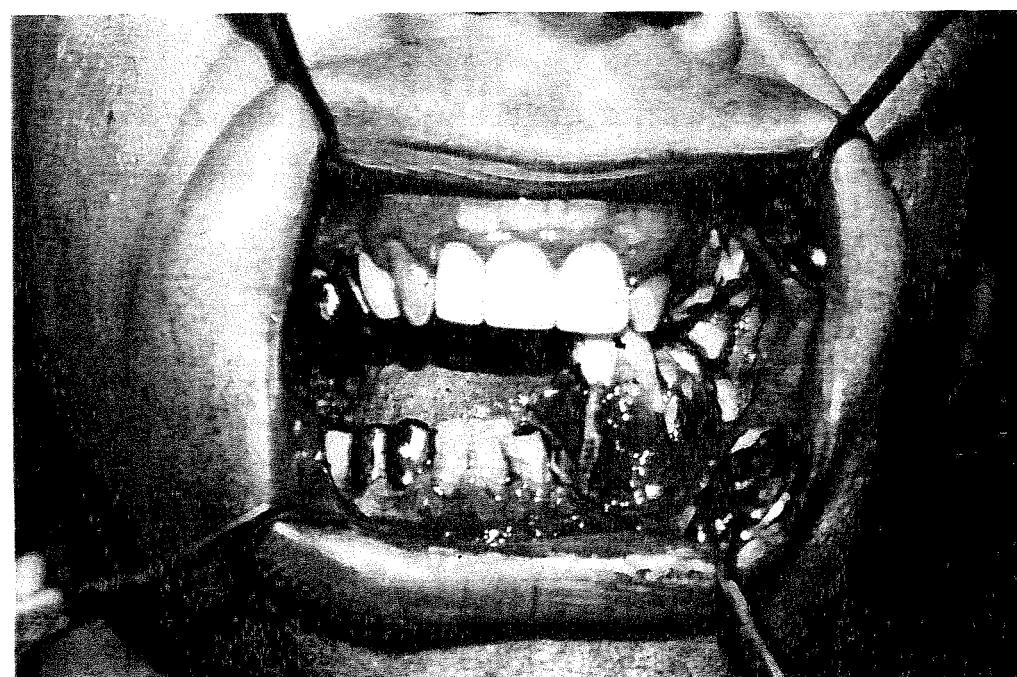


Figura 7.23.

Radiografia dă relații asupra localizării focarului, deplasării fragmentelor, rapoartelor focarului cu dinții limitrofi.

- *Specifică fiecărei forme anatomo-clinice*

Evoluție

Tratătă corect o fractură de mandibulă se consolidează în 4-6 săptămâni.

La copii consolidarea este mai rapidă în 3-4 săptămâni.

La bătrâni este mai înceată - 7-8 săptămâni.

Consolidarea este influențată de:

- vârstă bolnavului
- diferite stări fiziologice
- factori alimentari
- factori mecanici (imobilizare incorectă sau tardivă).

Complicații

I. Imediate grave:

- řoc traumatic (în fracturi cominutive asociate cu leziuni crano-encefalice).
- Hemoragia (lezarea arterei alveolare inferioare).
- Asfixia (prin căderea limbii și obturarea faringelui, prezența de cheaguri, corpi străini).

II. Secundare (septice):

- Supurații în părțile moi din jurul focarului de fractură (fig. 7.24).
- Osteite, osteomielite în focar.



Figura 7.24.

III.Tardive:

- Întârzierea de consolidare (menținerea mobilității anormale a fragmentelor după 8-10 săptămâni).
- Consolidarea vicioasă (deformații mandibulare, tulburări de ocluzie dentară, tulburări funcționale).
- Calus vicios (voluminos, enorm).
- Pseudartroza (absența consolidării după 6 luni). Apare în fracturi:
 - cu pierderi de substanță
 - incorect imobilizate
 - complicate cu osteomielite.
- Constricția mandibulei (în fracturile subcondiliene sau de coronoidă) datorită cicatricilor din grosimea mușchilor ridicători, de pe mucoase sau tegumente.
- Anchiloza TM - apare după fracturi intracapsulare prin formare de calus între cavitatea glenoidă și condil. Mai frecventă la copii.

Tratament

A. De urgență (imediat) urmărește:

- *Tratamentul complicațiilor grave imediate ce amenință viața traumatizatului.*
- *Calmarea durerii.*
- *Combaterea infecției* (seroterapie antitetanică, antibioterapie).
- *Reducerea și imobilizarea de urgență a fracturii* prin diverse *procedee* ce pot fi aplicate la locul accidentului sau într-un cabinet medical.

Procedee:

• *Intercranio-maxilare:*

- bandaj mentocefalic care realizează cu o fașă de tifon (fig. 7.25), bandă de pânză (fig. 7.26) etc. trecută peste creștet și bârchie, blocajul mandibulei fracturate la maxilarul intact

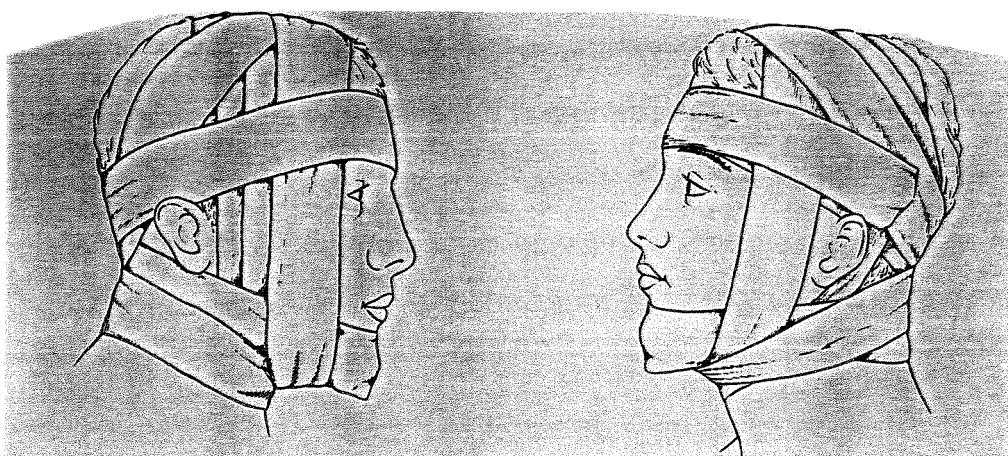


Figura 7.25.

- fronda mentonieră compusă din dispozitiv mentonier preconfeționat (fig. 7.27) și dispozitiv cefalic realizat din pânză, fașă gipsată, unite între ele prin tracțiuni elastice, sârmă etc. (fig. 7.28);

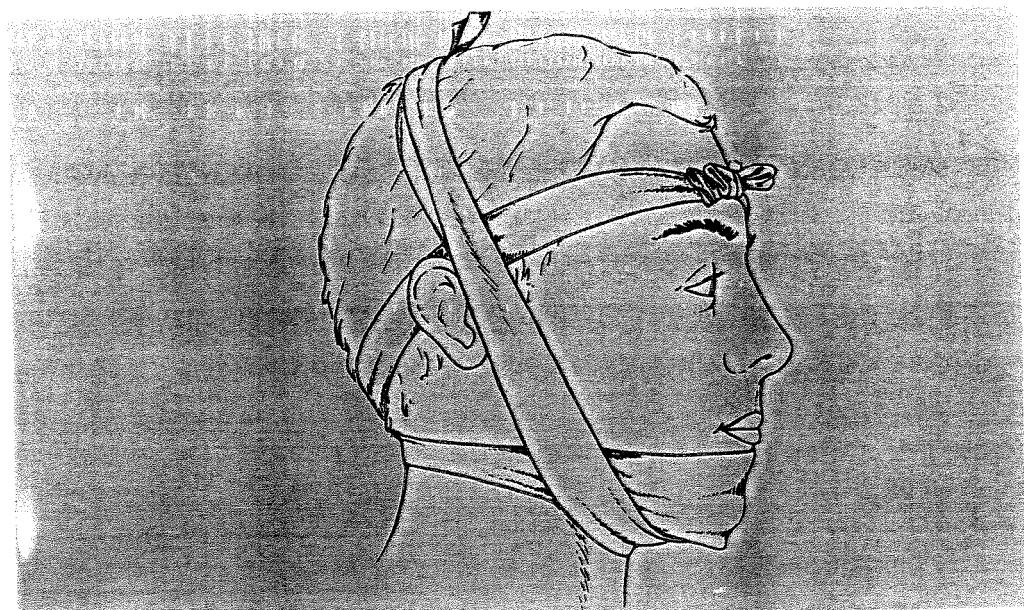


Figura 7.26.

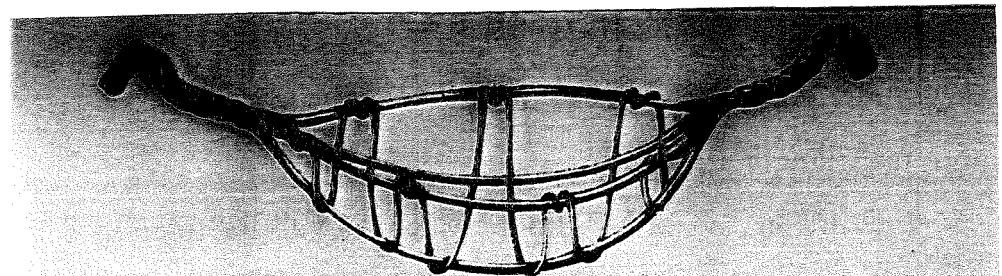


Fig. 268 — Dispozitiv dental din silicon.

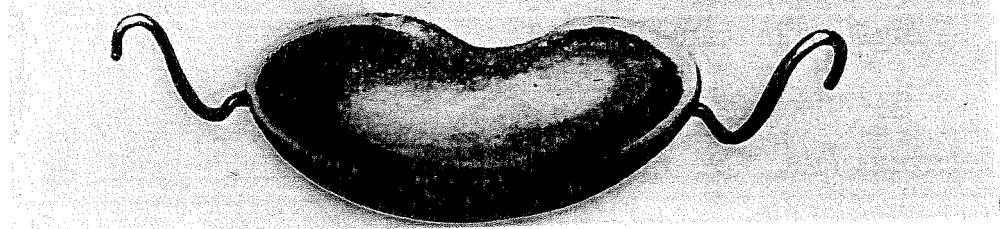


Figura 7.27.

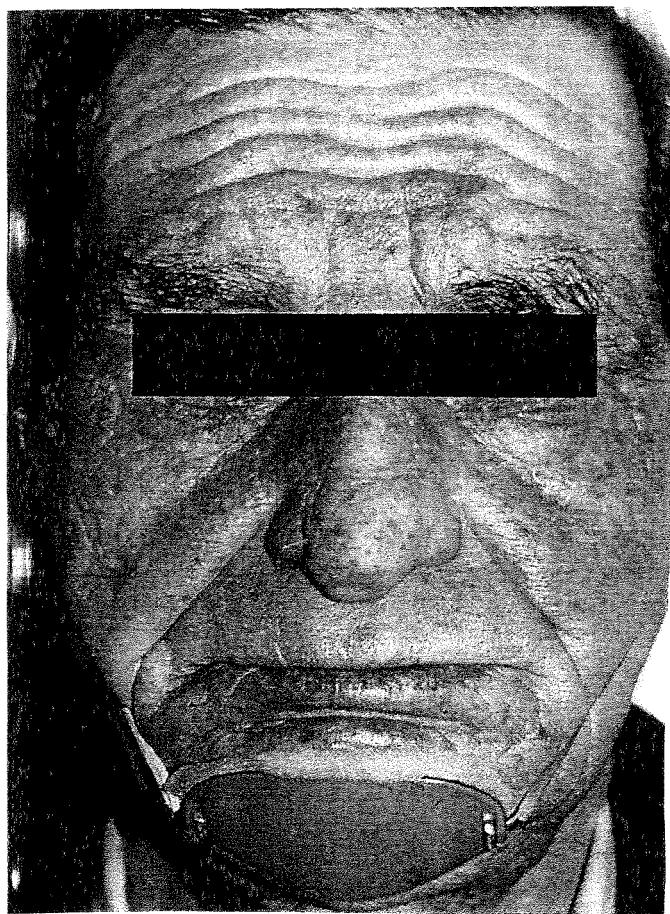


Figura 7.28.

- *Monomaxilare* care folosesc frecvent ligaturile de sârmă interdentare monomaxilare de tipul:
 - ligatura în “8” a lui Hipocrat (sârma subțire trece în 8 în jurul coletului a 2-4 dinți pe fiecare fragment vecin focarului de fractură, strângându-se la unul din capete) (fig. 7. 29)
 - ligatura în scară (Ponroy)
 - ligatura în punte.
- *Intermaxilare*. Cel mai frecvent se utilizează ligaturi de sârmă interdentare-intermaxilare de tip:
 - *Leblanc* - se răsucesc câte un fir de sârmă în jurul coletului a 2 dinți antagoniști, iar capetele se răsucesc între ele (fig. 7.30)

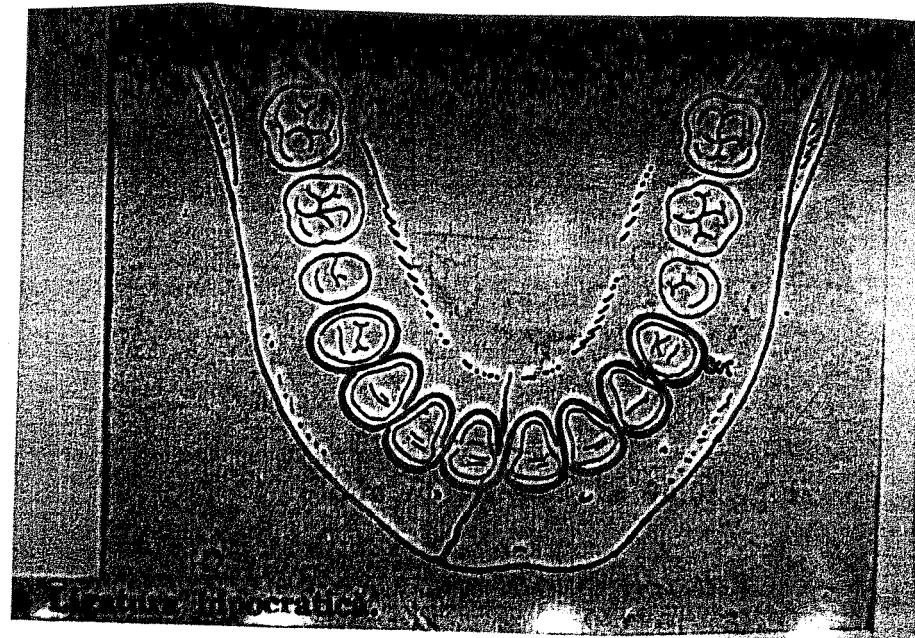


Figura 7.29.

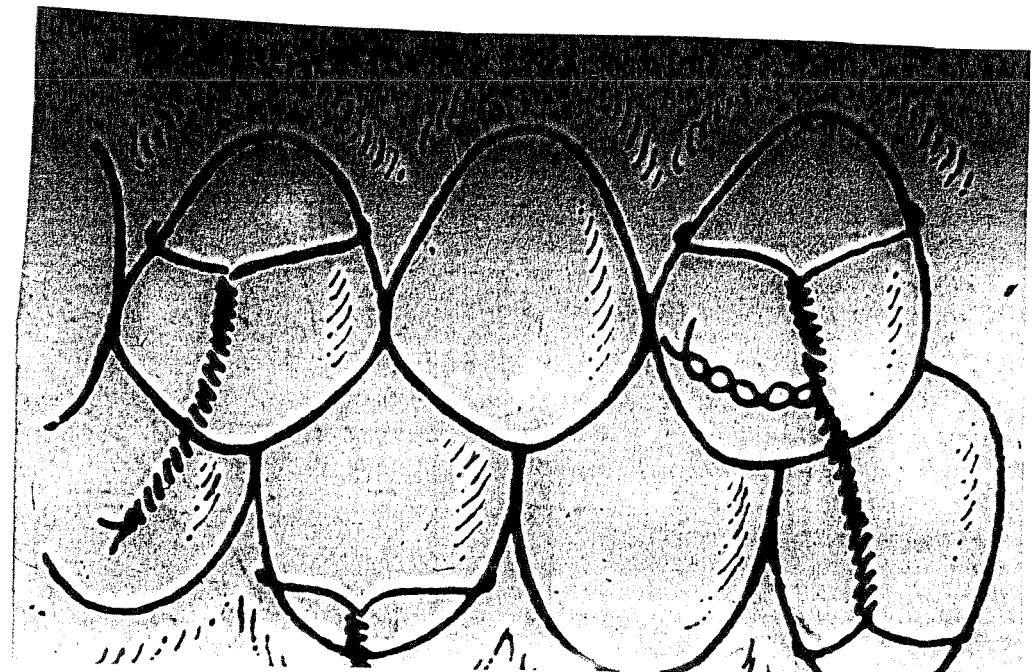


Figura 7.30. Ligaturi Leblanc.

- *Ivy* (utilizează ca punct de sprijin câte 2 dinți antagoniști) (fig. 7.31). În acest mod se blochează deschiderea gurii.

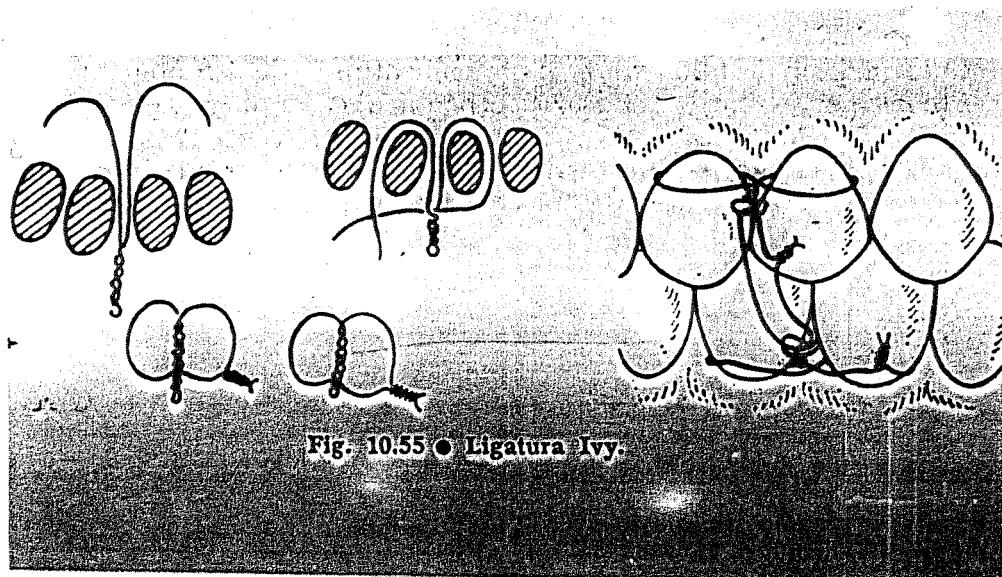


Figura 7.31. Ligatura Ivy.

Imobilizarea de urgență înlătură durerea, hemoragiza, asfixia și favorizează tratamentul definitiv, reducând riscul infecției.

- *Transportul bolnavului* în serviciu de specialitate.

B. Definitiv

Se realizează în servicii de specialitate după înlăturarea pericolului vital și tratamentul leziunilor grave asociate (cranio-cerebrale, abdominale, toracice etc.).

- Igienizarea și asanarea completă a activității orale.

- Prevenirea și combaterea infecției (antibioterapie, drenajul colecțiilor purulente sau a hematoamelor; tratamentul dinților din focarul de fractură).
- Reducerea și imobilizarea în poziție anatomică a focarelor de fractură:
 - *reducerea* se realizează:
 - manual (sub anestezie locală)
 - ortopedic (prin tracțiuni elastice intermaxilare) (fig. 7.32)
 - chirurgical (metodă sângerândă);



Figura 7.32.

- *imobilizarea* prin:

- mijloace ortopedice
- mijloace chirurgicale
- mixte.
- monomaxilare (fig. 7.33)
- bimaxilare (fig. 7.34)
- osteosinteza cu fir metalic sau plăcuțe metalice (fig. 7.35)
- osteosinteza chimică,



Figura 7.33.

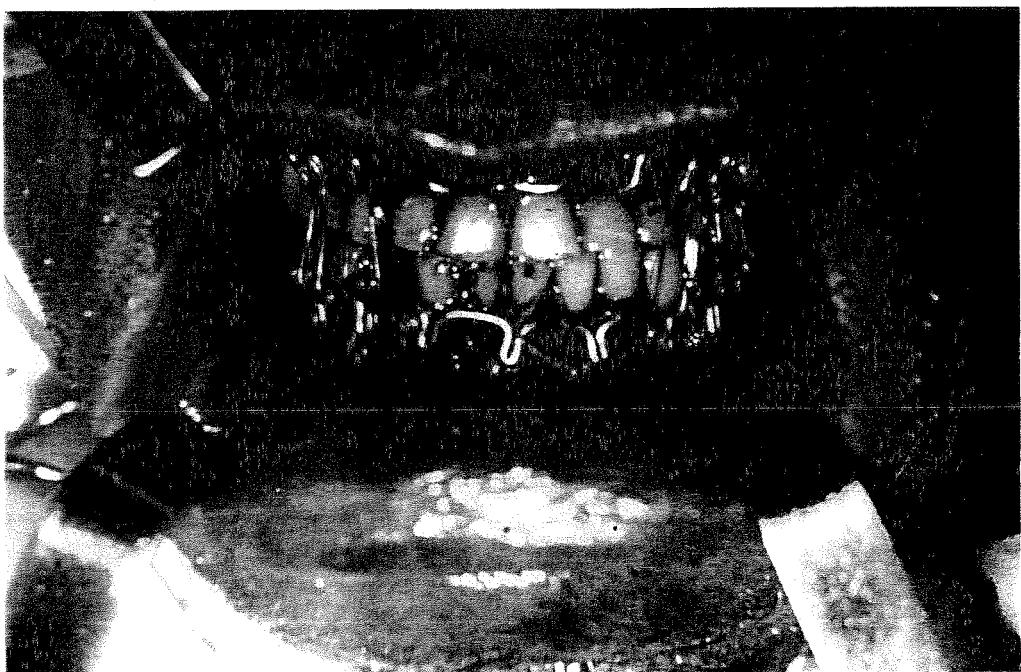


Figura 7.34.

C. De întreținere:

- medicație
- alimentație → corespunzătoare
- igienă orală

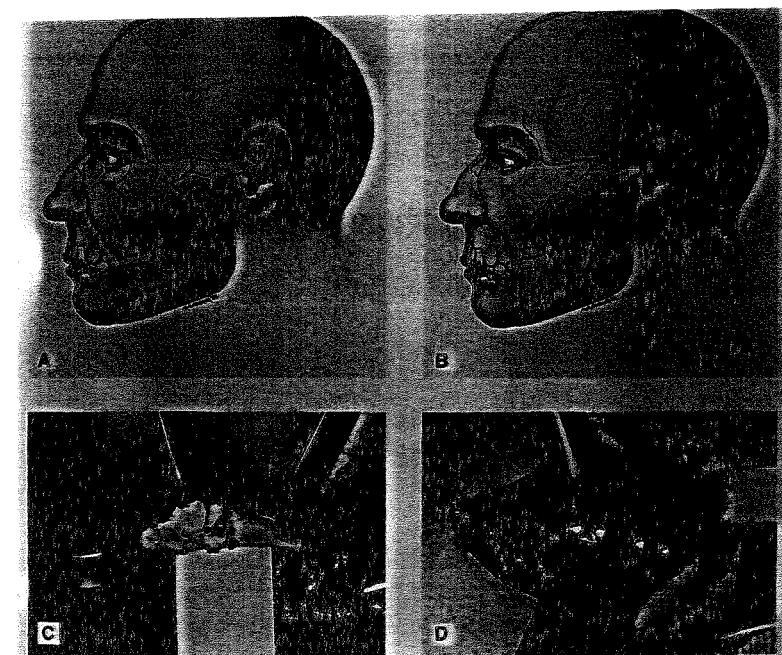


Figura 7.35. Osteosinteza cu plăcuțe.

D. Tardiv (sechele) - numai în servicii de specialitate.

FRACTURI ALE MASIVULUI FACIAL

Interesează cele 13 oase ale masivului facial (scheletul etajului mijlociu al feței) sudate între ele și fixate la baza craniului (oasele maxilare, zigomatice, nazale, lacrimale, apofizele palatine, cornetele inferioare și vomerul. Se adaugă masele laterale ale etmoidului și apofizele pterigoide.

Frecvență: mai redusă ca a fracturilor de mandibulă deși există o anumită arhitectură la acest nivel ce-i oferă o structură mai puțin rezistentă.

Etiologie: accidente de circulație, arme de foc, agresiuni, accidente de muncă, căderi accidentale, etc.

Mecanisme:

- *direct* (cel mai frecvent) când agentul cauzal acționează, fie pe maxilar, proieminența nazală sau zigomatică
- *indirect* (rar) - traumatismul acționează pe arcul mentionier, mandibula izbindu-se violent prin intermediul dinților de maxilar.

Anatomie patologică

S-au descris peste 100 liniide fractură. Ele sunt sistematizate în:

I. Fracturi localizate (fig. 7.36)

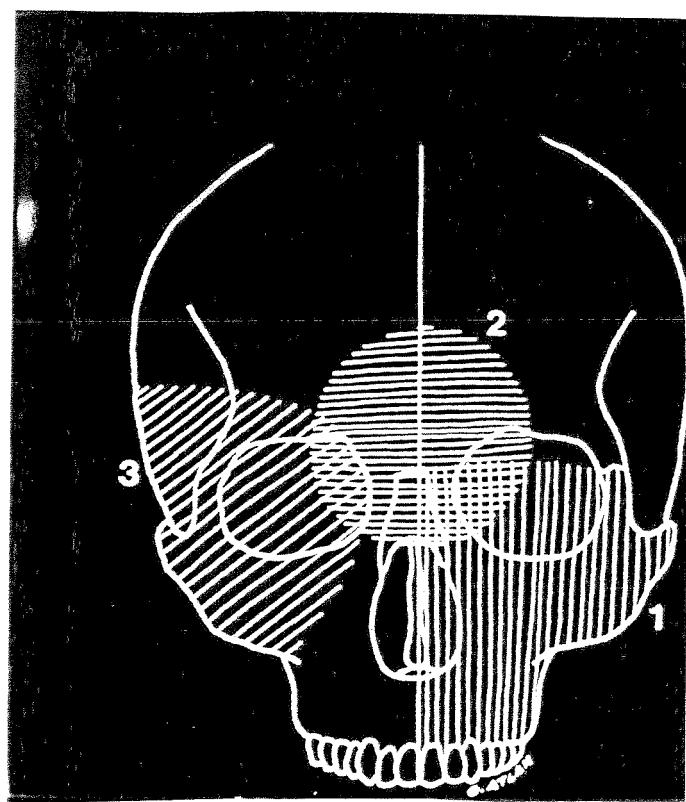


Figura 7.36. Clasificarea fracturilor de masiv facial.

- 1 - ocluzo-faciale
- 2 - centro-faciale
- 3 - latero-faciale

1. Ocluzo-faciale:

- *totale*: - transversale (Le Fort I, II, III)(fig. 7.37)
 - verticale (mediană, paramediană)
 - mixte (Richet, Huet, Bassereau, Walther)
- *partiale*: - ale rebordului alveolar
 - ale tuberozității.

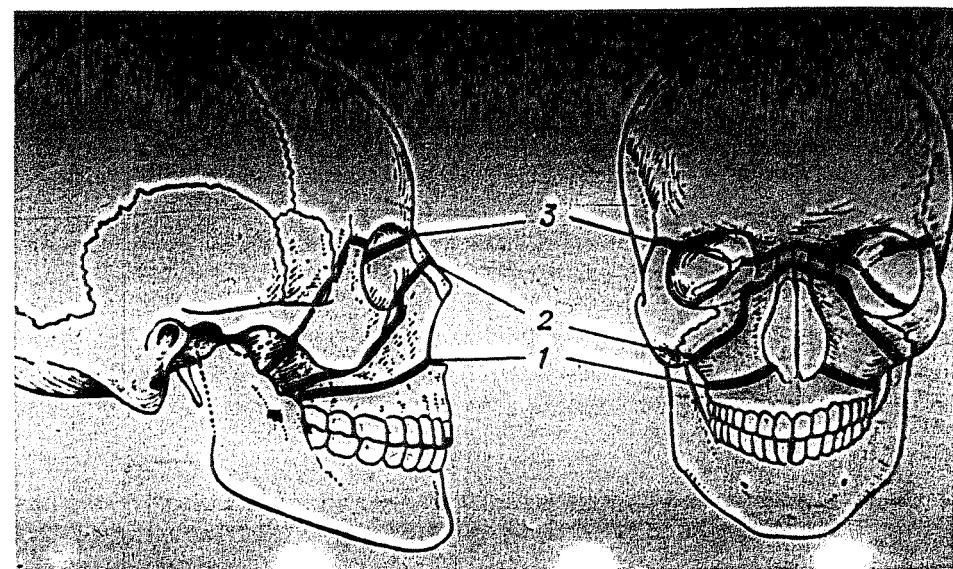


Figura 7.37.

2. Centrofaciale:

- *totale*: - ale oaselor nazale
 - ale complexului nazo-etmoido-maxilar
- *partiale*: - ale apofizei ascendente a maxilarului
 - ale bolții palatine.

3. Latero-faciale (ale complexului zigomatic):

- *anterioare:* - totale (incompletă, disjuncție, cominutivă)
 - parțiale (rebord orbital, planșeu orbital)
- *posteroare* (ale arcadei zigomatice)
- *mixte* (anteroposteroare sau zigomato-malare).

II. Fracturi combine:

- ocluzo-latero-faciale
- ocluzo-centro-faciale
- latero-centro-faciale.

III. Fracturi nesistematizate:

- dislocații multiple ale masivului facial
- fractura cominutivă amasivului facial.

IV. Fracturi asociate:

- crano-faciale (masiv facial + craniu)
- pan faciale (masiv facial + craniu + mandibulară)
- cu traumatisme la distanță (abdomen, torace, membre).

*Simptomatologie**Comună:*

- durerea mai ales provocată prin masticație, palpare
- deformare a etajului mijlociu al feței prin (fig. 7.38):
 - edem
 - emfizem subcutanat
 - hematom
 - echimoze palpebrale, cutanate și mucoase
 - deplasări ale fragmentelor osoase cu înfundarea feței, a piramidei nazale și a regiunii zigomatiice (fig. 7.39)



Figura 7.38.

- tulburări oculare (echimoze în monoclu sau în ochelari, chemozis-conjunctival, epiforă, exoftalmie, enoftalmie, diplopie)
- epistaxis (uni sau bilateral)
- hipo sau anestezie pe infraorbital
- tulburări funcționale: deglutiție, fonație, respirație, masticație
- mobilitate osoasă anormală a complexului alveolo-maxilar în sens vertical, lateral sau toate sensurile (decelată manual sau la deschiderea și închiderea gurii)
- discontinuitatea reliefurilor osoase
- tulburări ale ocluziei dentare (deschisă, inversă, încrucișată).



Figura 7.39.

De localizare - specifică focarului respectiv.

Examenul radiologic este indispensabil.

Evoluție. Calusul osos se formează repede (țesut spongios abundant, vascularizație bogată) în aproximativ 30 zile:

- la adult în 3-4 săptămâni
- la copil în 3 săptămâni.

Complicații:

I. Imediate grave: hemoragie, asfixie, soc, comotie cerebrală.

II. Secundare (infecțioase):

- ale părților moi periosoase
- ale sinusului maxilar
- orbitare
- osteite - osteomielite
- ascendentă:
 - tromboflebita sinusului cavernos
 - meningite.

III. Tardive: - consolidări vicioase

- deformări ale feței
- tulburări oculare
- tulburări de ocluzie dentară
- comunicări buco-nazale
- tulburări nervoase
- tulburări psihice.

Tratament

I. De urgență

- Înlăturarea complicațiilor grave: asfixie, hemoragie, soc.
- Combaterea durerii - administrare de antilagice.
- Combaterea infecției - administrare de antibiotice.
- Reducere și imobilizare de urgență a fracturilor cu dispozitive:

- *inter cranio-maxilare:*

- bandaj mentocefalic
- frondă mentionieră
- dispozitiv "în zăbală" (când este fracturată și mandibula) (fig. 7.40)



Figura 7.40.

- *intermaxilare*:

- ligaturi de sârmă - interdentare - intermaxilare pe 2 sau mai mulți dinți

- *monomaxilare*:

- ligaturi de sârmă.

- Transportul traumatizatului în serviciu de specialitate (în poziție laterală sau ventrală a corpului).

II. Definitiv (în servicii de specialitate)

- Igienizarea și asanarea cavității orale
- Antiseptizare a foselor nazale, conduct auditiv extern, oculară
- Antibioterapie

- Reducere și imobilizare definitivă prin mijloace:

- *ortopedice - craniomaxilare:*

- placuța palatină cu tije extraorale (cu mustați)(fig. 7.41)
- monomaxilare (cu atele)
- intermaxilare - blocaj intermaxilar rigid



Figura 7.41.

- *chirurgicale:* - osteosinteze (fig. 7.42)

- suspendări la distanță (fig. 7.43)
- osteoplastii (fracturi Blowout)

- *mixte.*

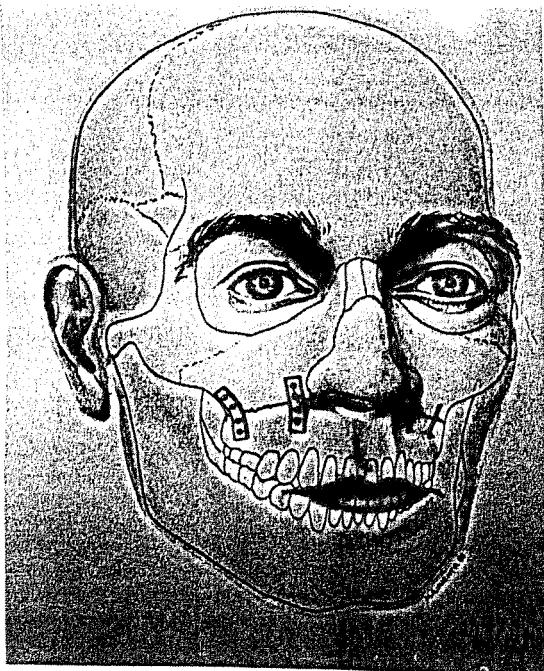


Figura 7.42

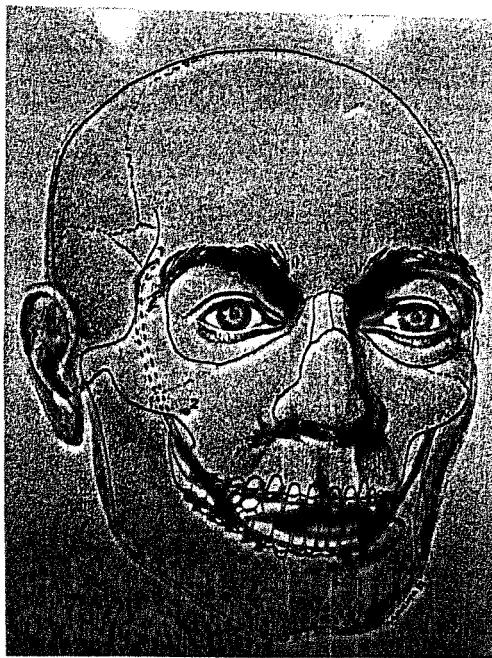


Figura 7.43.

III. Secundar - supravegherea formării calusului, a alimentației, igienei orale.

IV. Tardiv - sechele.

*

* * *

In cadrul fracturilor de masiv facial o entitate aparte o constituie fracturile complexului zigomatic (fracturi latero-faciale).

FRACTURILE COMPLEXULUI ZIGOMATIC

(Zigomato-malare)

Complexul zigomatic este format din osul malar (piramidă tetrapodală cu sprijin pe osul maxilar, frontal, sfenoid și zigoma temporalului) și arcada zigomatică, având rol în conformația feței (fizionomic), de asemenei participă la formarea orbitei, sinusului maxilar ca și a culoarului de comunicare între groapa zigomatică și regiunea temporală.

Etiologie: traumatisme directe (loviri, căderi).

Anatomie patologică

Izolate

- *Fracturi anterioare:*

- | | |
|------------|---|
| - totale | - incomplete |
| | - disjuncție (molarul se desprinde în totalitate) |
| | - cominutive (în fragmente multiple) |
| - parțiale | - rebord orbital inferior |
| | - rebord orbital lateral |
| | - planșeu orbital (blowout) |
| | - perete anterolateral al sinusului maxilar. |

- *Fracturi posterioare* (ale arcadei zigomatice) unice, duble, triple.

- *Fracturi antero-posterioare* (zigomato-malare).

- | | |
|-----------------|--|
| <i>Asociate</i> | - cu fracturi ale masivului facial, de mandibulă |
| | - cu plăgi oro-maxilo-faciale, leziuni dento-parodontale |
| | - cu traumatisme la distanță. |

Simptomatologie

- Înfundarea reliefului malar sau al arcadei zigomatice (fig. 7.44).
- Discontinuitate sau denivelări la nivelul marginii orbitare sau a crestei zigomato-alveolare.
- Blocarea deschiderii gurii (în fracturile posterioare).
- Echimoze și edem al pleoapei inferioare ("în monoclu") (fig. 7.45).
- Epistaxis unilateral.
- Hipoestezie sau anestezie pe infraorbital.
- Tulburări oculare (diplopie, enoftalmie, chemozis conjunctival, scăderea acuității vizuale).

Radiografia evidențiază dislocarea fragmentelor, direcția și sediul liniilor de fractură.

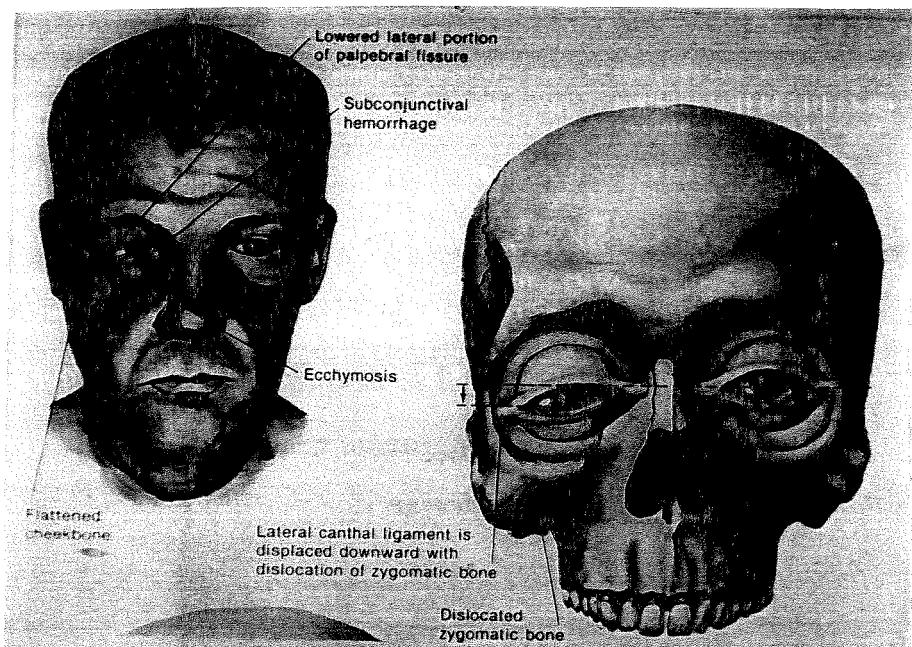


Figura 7.44.



Figura 7.45.

Evoluție

Favorabilă pentru fracturile fără deplasare sau cele cu reduse corecții.
Consolidarea în 2 săptămâni (14 zile).

Complicații - fracturi netratate sau tratate târziu:

- sinuzita maxilară
- trismus strâns
- diplopie, enoftalmie
- tulburări de sensibilitate
- asimetrie facială
- conștricție de maxilare.

Tratament

Instituit cât mai repede pentru că fragmentele se fixează foarte rapid:

- *Tratamentul de urgență*:
 - tamponament nazal
 - antibioterapie
 - comprese reci pe zona traumatizată.
- *Tratament definitiv* (în servicii de specialitate).
 - Reducerea chirurgicală a fracturii:
 - pe cale temporală (Gillies-Theodorescu);
 - pe cale suborbitară
 - pe cale endobucală
 - prin incizii vestibulare
 - pe cale transsinusală (fracturi cominutive).
 - Osteoplastii (plastii de adiție) - în fracturi ale planșeului orbital.

8. TUMORI ALE PĂRȚILOR MOI ORO-MAXILO-FACIALE

Marea varietate a țesuturilor ce intră în componența părților moi oromaxilo-faciale determină prezența în teritoriu a diverselor tipuri de tumori benigne (congenitale sau dobândite) și maligne.

Unele varietăți histologice le întâlnim oriunde în organism, altele sunt specifice teritoriului oral și maxilo-facial, având localizarea pe tegumente sau mucoasă.

I. TUMORI BENIGNE

În funcție de țesutul de origine se pot clasifica în:

A. Epiteliale

Tumorile epiteliale se formează:

- fie printr-un proces de hiperplazie a epidermului sau a epitelialui oral (papilom);
- fie prin retenție, când apar chisturi a căror conținut variază după natura lor.

Tumori epiteliale hiperplazice

1. *Papilomul*: relativ frecvent întâlnit în cavitatea orală (8% din tumorile orale la copii - JONES) apare la orice vîrstă, pe limbă (fig. 8.1), obrajii, buze, boltă palatină, dar și pe tegumente.

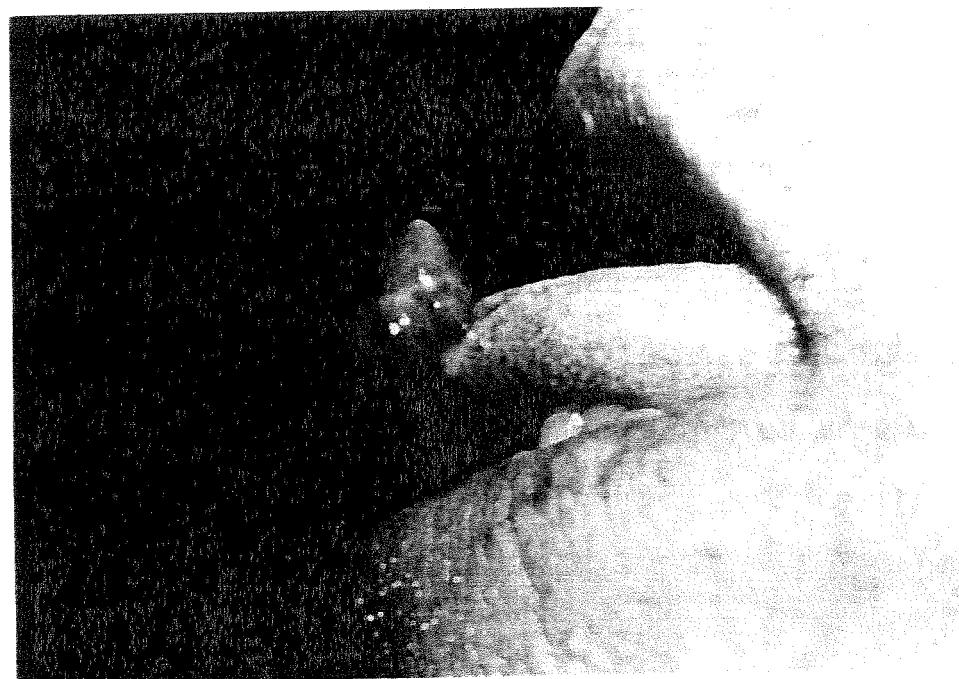


Figura 8.1.

Se dezvoltă lent având un pedicul de implantare (mai îngust sau mai larg) nu săngerează, nu este dureros. Apariția sa este legată de microtraumatisme repetitive, infecții (microbiene și virale). Se poate ulceră și infecta prin traumatizarea lui în timpul masticației. Este de obicei unic dar poate fi și multipli pe obraz, bolta palatină, rebord alveolar realizând papilomatoza orală (mai frecventă la bărbați în primele 4-5 decenii).

Tratamentul este chirurgical și constă în excizia tumorii împreună cu pediculul de implantare urmată de sutură.

2. *Nevul pigmentar* (nevocelular) este o formațiune ce apare pe piele sau mucoase, poate fi congenital sau dobândit, și este alcătuit prin proliferarea nevocitelor (celule asemănătoare melanocitelor). Se întâlnește la toate vîrstele, la ambele sexe. Din punct de vedere histopatologic se împart în 3 categorii: nevi jonctionali, intradermici și compuși.

Aspectul clinic este variat în funcție de dimensiunea, forma și culoarea nevului.

Problema cea mai importantă este aceea că unii din ei (jonționali și compuși) se pot maligniza transformându-se în melanoame maligne (excepțional înainte de pubertate).

Tumori epiteliale prin retenție: (chisturi)

1. *Chistul sebaceu* (chist epidermoid) rezultă din dilatarea și obturarea unui canal pilosebaceu. Localizat mai ales în regiunile seboreice, este situat subcutan, intradermic, sub forma unei tumorete de mărime variabilă, centrată de un orificiu care la exprimare lasă să apară o masă gălbuiie, păstoasă, rău mirositoare.

Se infectează foarte ușor. Chirurgical se extirpă complet membrana, altfel se produc recidive.

Uneori, se pot întâlni glande sebacee heterotope (în mucoasa cavității orale în special pe buze, față internă a obrajilor) sub formă de mici granulații gălbui-aurii constituind *boala Fordyce*.

2. *Chistul dermoid*, tumoră congenitală, se dezvoltă din resturi embrionare la nivelul locurilor de unire a arcurilor branhiale, conținând epiderm și anexe ale pielii (păr, unghii).

Mai frecvent este localizat în planșeul bucal, dar și în limbă sau regiunea orbito-malară.

Crește foarte lent în planșeul bucal, pe linia mediană, evoluând endobucal supramilohioidian când proiemină sub limbă (limba este împinsă în sus și înapoi) și mai rar cutanat, sub milohioidian, când ia aspectul unei gușe (fig. 8.2). Conținutul este cenușiu-gălbui, cremos. La presiune degetul lasă o amprentă ca un godeu.

Palparea bimanuală evidențiază o tumoră bine delimitată mobilă, nedureroasă. Peretele chistului prezintă microscopic toate caracteristicile pielii: epiderm bogat în glande sebacee și uneori foliculi pilosi.

Complicația cea mai frecventă este infecția chistului. Tratamentul este numai chirurgical și constă în extirparea tumorii.

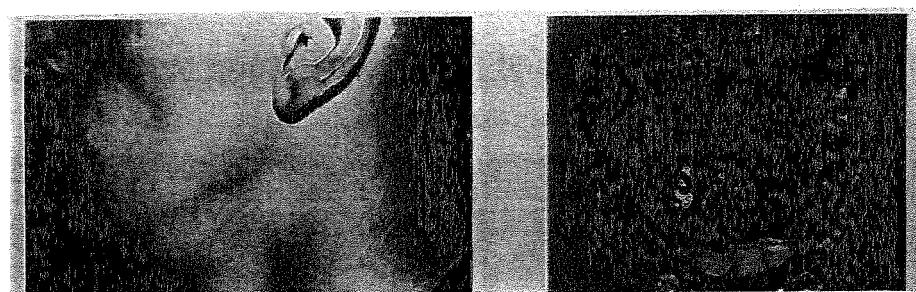


Figura 8.2.

B. Conjunctive

Sunt obișnuit întâlnite în părțile moi ale cavității orale, dar pot fi localizate și pe tegumentele cervicofaciale, cele mai multe formându-se prin hiperplazia țesutului conjunctiv adult sau embrionar ca și a țesuturilor care derivă din mezoderm (țesut adipos, vase sanguine, limfatice, nervi, musculatură netedă).

1. Fibromul (hiperplazie fibroasă, polip fibroepitelial) - cea mai frecventă tumoră a țesutului conjunctiv ce apare în cavitatea orală. Este întâlnit de asemenea pe piele. Apariția sa este adesea în legătură cu iritațiile cronice. Localizările pe gingie sunt mai frecvente la femeie. Poate avea pedicul sau o bază largă de implantare. Microscopic leziunea este constituită în principal din țesut conjunctiv.

Extirparea în țesut sănătos duce la vindecare fără recidive.

2. Botrimicomul, tumoră hiperplazică cauzată de botriococ, poate fi localizat pe buză, mucoasă jugală, linguală dar și pe tegumente.

Apare de obicei după microtraumatisme (mușcături, întepături) având aspectul unei tumorete cu diametrul până la 1 cm, pediculată, roșie, cu suprafață muriformă sau exulcerată, ușor sângerândă. În evoluție se poate ulcera, infecta și necroza, însoțindu-se de adenopatie inflamatorie satelită. Se confundă ușor cu carcinomul buzei inferioare.

Excizia tumorii trebuie extinsă în derm (pediculul pătrunde până în derm în localizările cutanate) pentru a nu avea recidive.

3. *Lipomul* este dezvoltat prin hiperplazia ţesutului adipos, este o tumoră încapsulată (*lipomul izolat*) neobișnuită pentru ţesuturile cavității orale, dar frecventă în alte regiuni ale corpului.

Se poate localiza în obraz în dreptul bulei lui Bichat, când evoluează spre piele, dar și pe limbă sau mucoasa orală, când tumora apare lobulată, de culoare galbenă (asemănătoare grăsimii), elastică.

Mai frecvent, se întâlnește lipomul solitar, de dimensiuni variabile de la o alună la un ou cu localizare superficială subcutanată (fig. 8.3 și 8.4) sau intraorală (fig. 8.5) dar și profundă (în fosa temporală). Tratamentul este chirurgical.

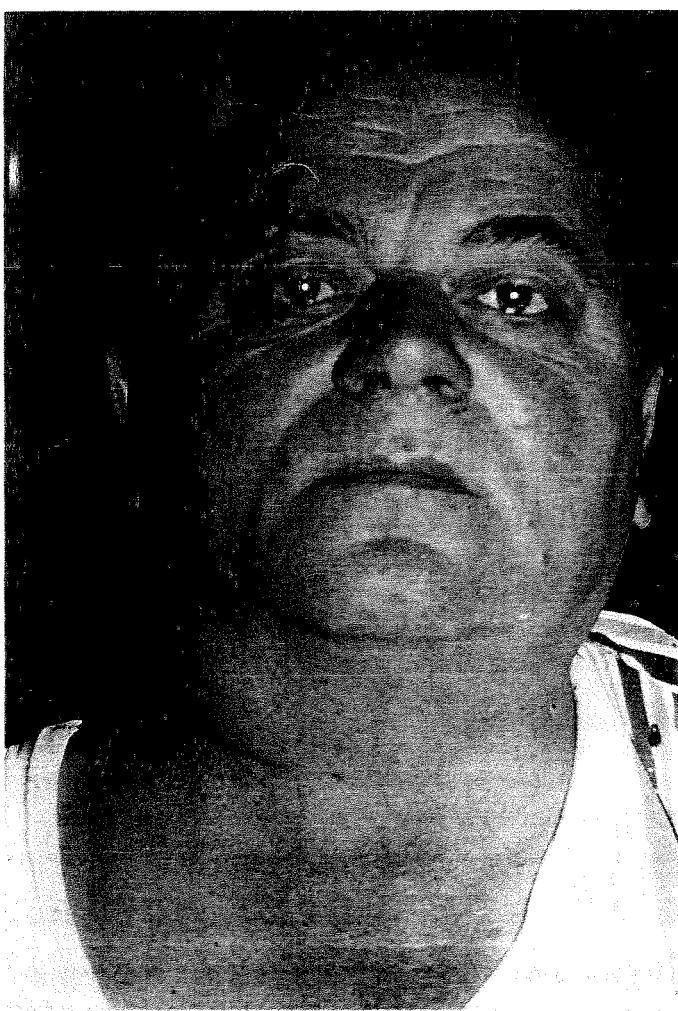


Figura 8.3.

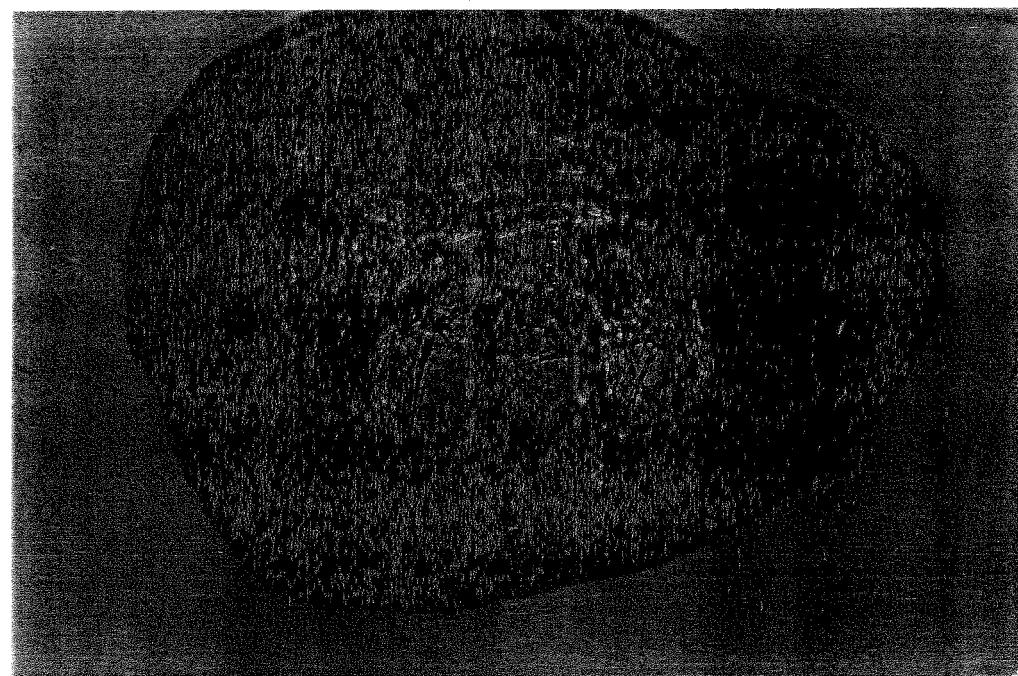


Figura 8.4. Piesă operatorie.

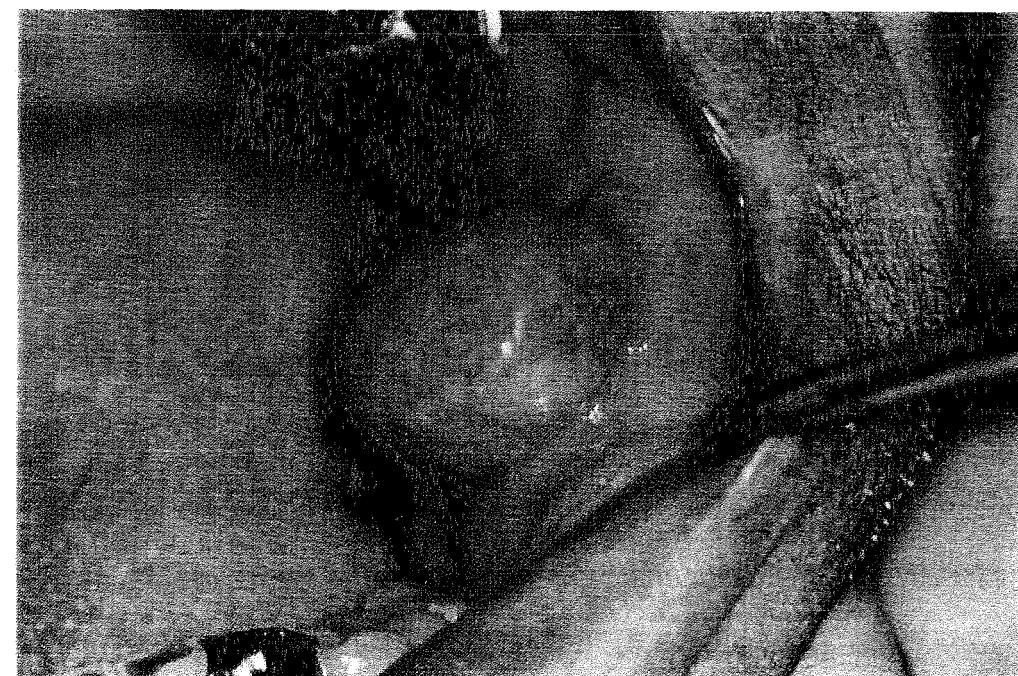


Figura 8.5. Lipom jugal.

Dispoziția simetrică și localizarea în anumite regiuni creează o entitate caracteristică:

- *Adenolipomatoza Launois-Bensaude* ce apare de obicei la bărbatul adult; masele lipomatoase se localizează mai ales la baza gâtului, ceafă, axile; pot deveni enorme deformante și progresează lent (fig. 8.6).

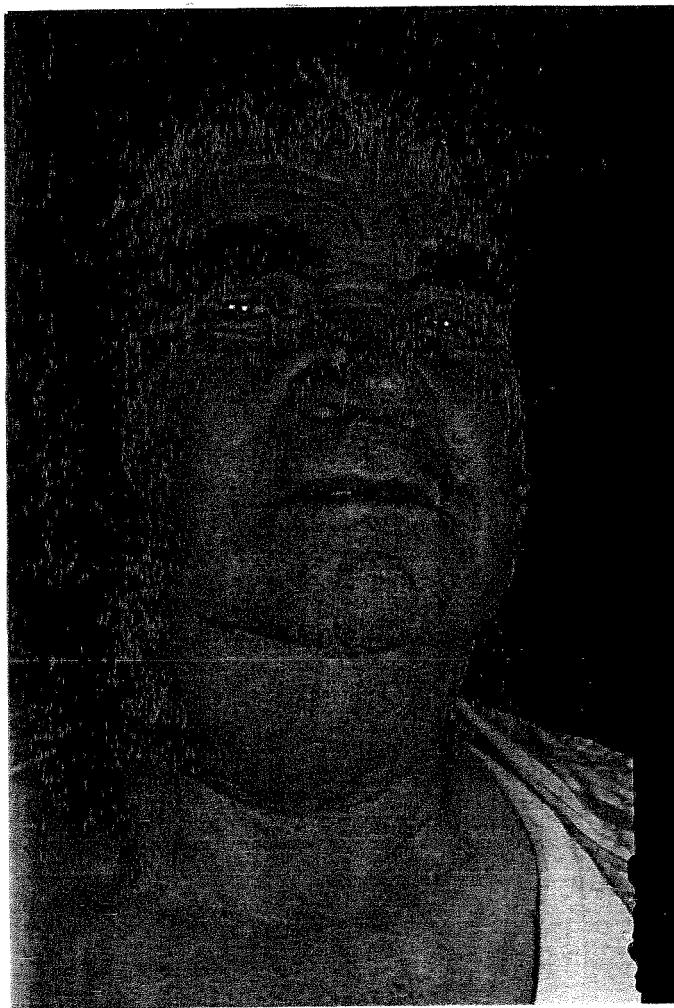


Figura 8.6.

4. Hiperplazii vasculare. Sunt malformații congenitale de 2 tipuri:

- localizate* (angiom, limfangiom, hemolimfangiom) cu interesarea structurilor vasculare de la nivelul pielii și mucoaselor;

b) de tipul angiomatozelor, malformații de dimensiuni mari care interesează nu numai pielea și mucoasele ci și structurile profunde și organele interne. Din acest grup amintim 2 sindroame mai cunoscute:

- *Sindromul Sturge-Weber-Krabe* (angiomatoza cranio-facială) (fig. 8.7 și 8.8): angioma plan unilateral al feței în teritoriul nervului trigemen asociat cu hipertrofia țesuturilor subjacente inclusiv a oaselor din regiune realizând o asimetrie cranio-facială. Se adaugă totodată tulburări oculare (glaucom unilateral, dezlipire de retină), nervoase (crize epileptice). În multe cazuri radiografic se constată atrofie unilaterală a contextului (parieto-occipitală).

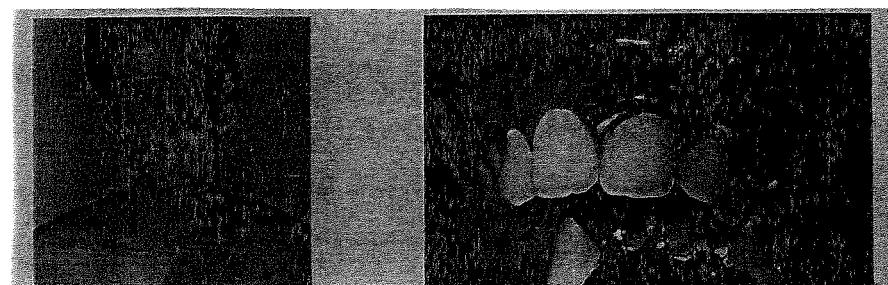


Figura 8.7.

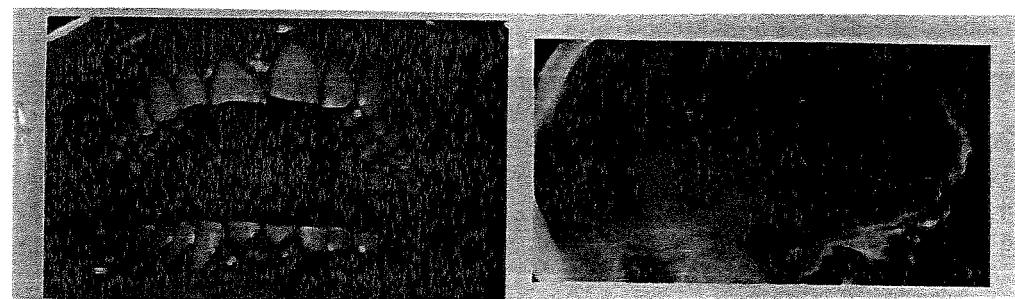


Figura 8.8.

- *Boala Rendu-Osler* (angiomatoza hemoragică familială) afecțiune ereditară manifestată prin epistaxis, telangiectazii reticulare (pe față și mucoasa nazală și bucală) și angioame

circumscrise (pe față și în cavitatea orală). Se poate însoții frecvent de ciroză hepatică (element cardinal al bolii).

Angiomul

Tumoră congenitală formată prin hiperplazia țesutului vascular apare mai frecvent în regiunea capului și gâtului decât în restul organismului. Majoritatea leziunilor oro-maxilo-faciale sunt localizate în părțile moi, dar pot apărea și în planul muscular sau centrale în oasele maxilare.

Formele cutaneo-mucoase pot îmbrăca după aspectul clinic și structura histologică, aspecte diferite:

- *angiomul stelat* (telangiectazic) - este constituit din mici dilatații capilare dispuse radiar având în centru un punct roșu;
- *angiomul plan* ("pată de vin") este superficial, ca o suprafață plană, netedă, viu colorată în roșu-violaceu cu marginile bine delimitate, de formă variabilă. Este rezistent la tratament;
- *angiomul tuberos simplu* (fig. 8.9) sau *cavernos* (fig. 8.10) apare



Figura 8.9.



Figura 8.10.

la naștere sau în următoarele 3 săptămâni. Are o evoluție capricioasă: în primele 3 luni crește, urmează o perioadă de stagnare (staționare), apoi începe să involueze. Apare ca un placard roșu-violaceu, proeminent pe tegument sau mucoasă, cu suprafața neregulată de aspect muriform, de consistență elastică, bine delimitat, reducându-se de volum la presiune sau mărindu-și volumul la aplecarea capului, sau efort (la copii crește în volum în timpul plânsului).

Prin ulcerare (în special cel intraoral) se poate infecta sau produce hemoragii, uneori greu de stăpânit.

Metodele de tratament sunt variate în funcție de forma clinică a angiului: roentgenoterapie, electrocauterizare, dermabrazie, crioterapie, izotopii radioactivi, injecții sclerozante, embolizare, corticoterapie generală și tratamentul chirurgical.

Limfangiomul

Este format prin hipertrofia vaselor limfatice; este o formă rară. Nu involuează spontan. Poate fi localizat superficial (în obraz), dar se poate extinde în planșeul bucal, spațiul latero-faringian, parotidă, limbă (fig. 8.11).

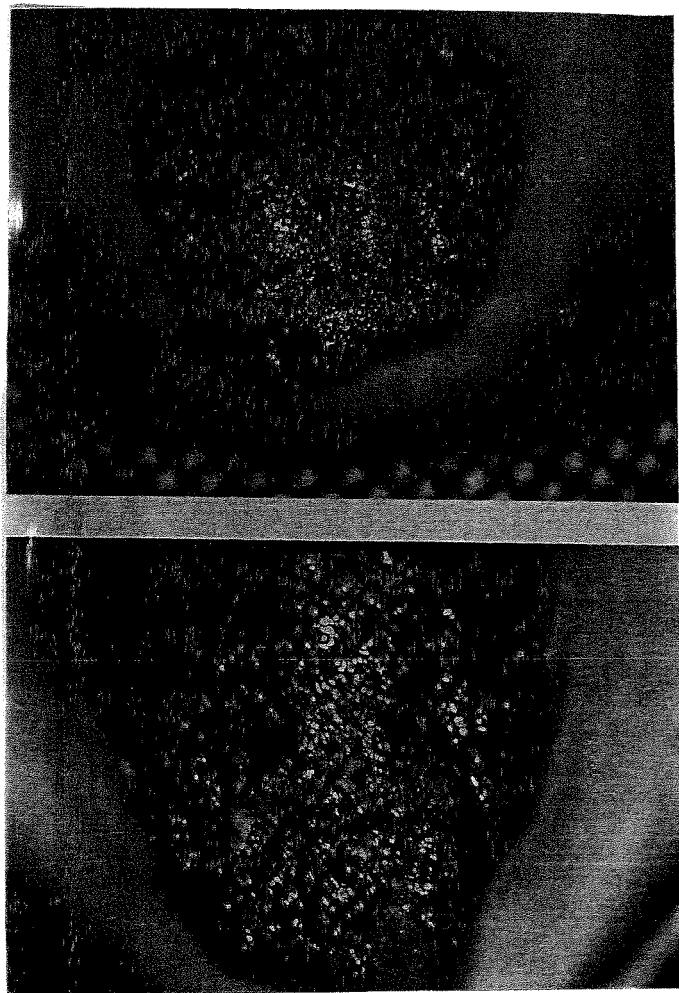


Figura 8.11.

Este moale la palpare, nereductibil, îmbrăcând dimensiuni apreciabile chiar la vârste tinere, determinând macroglosii sau macrochelii.

Tratamentul este numai chirurgical (extirpări limitate în etape succesive).

5. Tumori nervoase

Au ca origine diverse componente ale sistemului nervos periferic (îndeosebi fibrele nervoase și tecile lor).

- *Nevromul*: tumoră benignă, derivată din filetele nervoase, dură, unică, dureroasă, situată în dermul profund (fig. 8.12- jos).



Figura 8.12.

- *Neurinomul sau schwannomul* - derivă din teaca lui Schwann. Apare în lungul nervilor craneani (periferici) sau pe simpanic. Se pot întâlni uneori pe mucoasa orală (buze, limbă). Evoluția lor este necaracteristică.

- *Nneurofibromul Recklinghausen* (displazii neuroectodermică) apare într-un complex de manifestări clinice: tulburări neuropsihice, atingeri viscerale și osoase, tumori nervoase, subcutanate, pete pigmentate cutanate “*café au lait*”, tumori cu celule gigante a maxilarelor (fig. 8.12 - sus).

6. Tumori musculare

Provin din proliferarea celulelor musculare netede, intradermic sau subcutanat și extrem de rar în cavitatea bucală (baza limbii, palat moale). Aspectul clinic este a unui fibrom.

Tratamentul este chirurgical.

C. Tumori ale glandelor salivare accesorii

Pe seama glandelor salivare accesorii se dezvoltă frecvent chisturi (mucoid, ranula) și rar tumori propriu-zise (adenon, adenom pleomorf).

1. *Chistul mucoid* (mucocel) (fig. 8.13) se formează în urma microtraumatismelor legate de obiceiuri vicioase sau ticuri (mușcarea buzei).

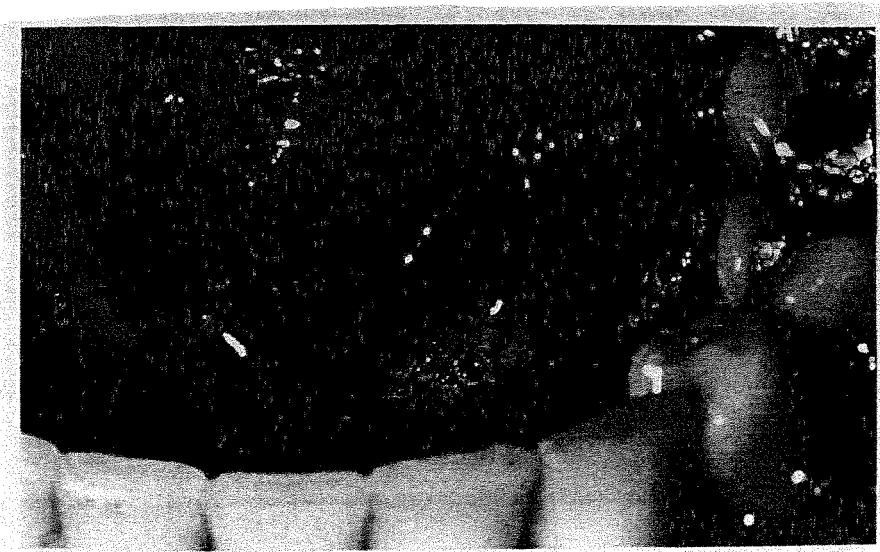


Figura 8.13.

Localizarea cea mai frecventă este la buza inferioară, dar se întâlnește și pe obraji, față ventrală a limbii. Clinic apare ca un nodul de 3-15 mm, nedureros, fluctuant, acoperit de mucoasă subțire ce lasă să se vadă prin transparență conținutul albăstrui (asemenea albușului de ou).

Microscopic, cavitatea chistică provenită prin dilatația unui canal excretor delimitată de o membrană (epiteliu pluristratificat + zonă de scleroză periferică) și este înconjurată de glande salivare mici ce prezintă dilatații canaliculară (realizând microchisturi).

Extrirea în totalitate împreñă cu glandele din jur duce la vindecarea fără recidive.

2. Ranula (grenouillette sau broscuță) este întâlnită în special la copii și adolescenți.

Există 2 teorii etiopatogenice:

- inclusia și transformarea chistică a resturilor embrionare din arcul II branхиal sau din canalul tireoglos (Neuman)
- transformarea chistică a acinilor unor glande salivare din planșeul bucal în urma obturării canalelor de excreție sau a infecției (van Hippel, Thoma, Delaire).

Clinic (fig. 8.14) apare ca o formațiune chistică localizată în planșeul bucal, frecvent în regiunea sublinguală (etajul supramilohiodian), paramedian, nedureroasă, de culoare albăstruie-deschis, acoperită de mucoasă subțire prin a cărei transparență se observă conținutul lichidian. La palpare este moale, elastică, nedureroasă. Rareori, ranula poate depăși mușchiul milohiodian și atunci evoluează și spre regiunea submandibulară pe care o deformează (ranula "în bisac").

In aceste cazuri la palparea bimanuală conținutul poate fi împins dintr-un compartiment în altul. Excepțional poate fi depășită linia mediană.

Pe măsură ce crește în volum, ranula determină tulburări funcționale: de fonație, masticație și deglutitione.



Figura 8.14.

Histologic, prezintă o membrană cu 3 straturi și un conținut lichidian clar, vâscos, ca albușul de ou, bogat în albumină și mucină.

Tratamentul este numai chirurgical.

3. Adenomul

Cel mai frecvent este localizat la buza superioară - dând aspect de buză dublă (prolaps labial). La palpare se percepse o aglomerare de noduli mici, rotunzi, nedureroși, însiruiți de la o comisură la alta.

Poate fi localizat și în alte zone unde se găsesc glande salivare mici.

4. Adenomul pleomorf (tumora "mixtă")

Poate fi întâlnit pe buze, obraji, limbă, planșeu bucal, palat moale și dur. Debutul este nodular cu evoluție lentă, de câțiva ani, nedureroasă, bine delimitată, de consistență renitentă, nu infiltrează țesuturile din jur, se poate ulcera și uneori degenerăză malign.

II. LEZIUNI CRONICE ALE MUCOASEI ORALE CU POTENȚIAL DE MALIGNIZARE

Sunt leziuni ce pot apărea sub formă de ulcerății sau placarde, zone albicioase, hipercheratozice cunoscute sub numele de discheratoze. Deși nu evoluează în mod obligatoriu către cancer ele prezintă un risc

degenerativ diferit de la o leziune la alta, de aceea pot fi denumite leziuni "cu potențial de malignizare" și impun o supraveghere riguroasă.

Leucoplazia

Definiție. Placă sau pată albă ce nu poate fi înlăturată prin ștergere (Pindborg 1980).

Etiologie:

- iritație tabagică
- consumul de alcool
- bimetalism
- sifilis terțiar (glosită atrofică)
- tulburări hormonale

Mai frecventă la bărbați, după 40 ani.

Clinic. Plăci albe sidefii, situate oriunde pe mucoasa orală (buza inferioară, limbă, jugal, planșeu bucal) de la 5 mm diametru la leziuni extinse.

Se descriu 3 forme clinice:

- *Leucoplazia simplă (plană)* - plăci albe cheratinizate, sidefii cu variații de la alb transparent "ca fumul" la alb-gălbui sau cenușiu. Se malignizează foarte rar.
- *Leucoplazia verucoasă* - proliferări verucoase.
- *Leucoplazia erozivă (complexă sau "pătata")* - leziuni albe alternând cu arii eritematoase sau eroziuni. Se malignizează cel mai frecvent.

Inițial leziunea este greu de sesizat de bolnav; pe măsură ce avansează, sau în formele verucoase, apare jenă în masticație, senzație de usturime la consumul de condimente, alcool, alimente acre.

Histologic sunt prezente grade diferite de hiper, orto, sau paracheratoză; acantoză; displazii epiteliale diverse.

Riscul de malignizare variază între 3-6%.

Lichenul plan

Este o dermatoză papuloasă cronică, aurovindecabilă, care afectează atât pielea cât și mucoasele. Se întâlnește mai frecvent la femei, după 40-50 ani, la persoane cu tulburări neuro-vegetative, imunitare, anemie feriprivă, diabet zaharat etc.

Leziunile orale se întâlnesc la aproximativ 50% din pacienții cu lichen plan cutanat. Dar lichenul plan poate apărea și ca o afecțiune independentă a mucoasei bucale.

Localizat inițial pe mucoasa jugală în dreptul molarilor se poate extinde ulterior cu caracter simetric spre limbă, gingie, palat, buze; are aspect de rețea cu striuri albicioase ramificate, liniare, inelare sau asociate în formă de “*frunză de ferigă*”. Uneori ia aspect atrofic și keratozic, rar bulos, eroziv sau ulceros.

Riscul degenerativ al lichenului plan este apreciat între 1-10%, mai frecvent pentru forma erozivă.

Candidoza orală

Este o infecție produsă de *Candida albicans*. Candidoza bucală adevarată este o afecțiune rară, apariția ei fiind totdeauna legată de prezența unor factori generali sau locali preexistenți favorizați (stări cașectice, tratamente cu imunosupresoare, diabet, radioterapie, antibioterapie cu spectru larg, deficiențe imunitare etc.).

Candidoza orală este o formă clinică rară, acută sau cronică, cu sediu adesea retrocomisural dar se localizează și pe limbă, palat dur. Apare sub formă de plăci sau placarde albicioase (ușor aderente) amintind de “laptele prins”, cu contur neregulat cu mucoasa din vecinătate inflamată, congestionată. Aceste pete pot fi înláturăte cu o oarecare dificultate lăsând eroziuni sau ulcerării.

Candidoza cutaneo-mucoasă cronică este de asemenei rară (interesează pielea, fanerele și mucoasa bucală) și este consecința unor afecțiuni grave ale sistemului imun sau ale unor glande endocrine.

Histologic, candidoza invadează epitelul care suferă un proces de parakeratoză, acantoză, iar uneori hiperplazii pseudoepiteliomatoase. În corion infiltrat inflamator cronic foarte dens.

Evoluția spre cancerizare o au cel mai adesea formele cronice papilomatoase, hiperkeratozice, instalate pe teren imunodeficitar.

Lupus eritematos

Boală sistemică de natură imunitară se întâlnește sub două forme clinice: lupus eritematos discoid și sistemic.

- *Lupus eritematos discoid* afectează pielea și mucoasele prezentând o evoluție cronică. Leziunile cutanate apar sub formă de placarde eritematoase bine delimitate prezentând pe suprafață scuame aderente. Sunt localizate pe față, gât, mâini (nasul și obrazul - sedii caracteristice - unde ia aspect de fluture).

Leziunile bucale se întâlnesc la 1/4 din bolnavi și se caracterizează prin 3 elemente: eritem, cheratoză și atrofie. Manifestările clinice sunt nespecifice.

- În *lupusul eritematis sistemic* apar simptome variate: pulmonare, cardiace, renale, articulare, ale SN. Cavitatea bucală este afectată în 10-25% din cazuri.

Leziunea poate constitui un teren favorabil acțiunii unor factori carcinogenetici.

Eritroplazia (maladia Bowen, carcinom "in situ")

Considerată de OMS ca singura leziune premalignă a mucoasei orale eritroplazia este o discheratoză tradusă clinic prin 2 forme:

- *Hipertrofică* (granulară) - are culoare roșie vie, catifelată, cu insule hipercheratozice.

- *Atrofică* (negrangulară) - zonă de inflamație cu aspect atrofic, denivelat față de epitelium din vecinătate, roșie, vie, netedă.

Se întâlnește mai frecvent la bărbați, mari fumători și bători de alcooluri distilate, între 40-60 ani. Este considerată cea mai frecventă formă de debut asimptomatic de cancer al mucoasei, în special în zonele de "mare risc" (planșeul bucal, fața ventrală a limbii, joncțiunea amigdalo-glosică, comisura inter-maxilară, vălul moale).

Eritroplazia poate coexista adesea cu leucoplazia generând forma clinică de "*leucoplazie pătată*".

Histologic leziunea se prezintă ca un carcinom "in situ" (cu păstrare intactă a membranei bazale).

Diagnosticul se stabilește prin biopsie, după ce aproximativ două săptămâni s-au suprimat toți factorii iritativi.

III. TUMORI MALIGNE

La nivelul teritoriului oro-maxilo-facial tumorile maligne ale părților moi se întâlnesc:

- pe tegumente (cancerul cutanat)
- pe mucoasa cavității orale (cancerul cavității orale).

A. CANCERUL CUTANAT

Pielea este sediul preponderent al cancerului cutanat.

Apare mai frecvent la bătrâni, în mediul rural. Se dezvoltă adesea pe leziuni cutanate preexistente: nevi pigmentari, veruci, papiloame, lupus, cicatrici post arsură sau iradiere etc.

Localizarea "la vedere" pe față, facilitează mult depistarea leziunilor încă din stadiul de debut, fiind accesibile observației clinice, examenului histopatologic și aplicării celor mai adecvate mijloace terapeutice, sunt

ușor de remarcat de bolnav ușurând astfel munca de educație sanitară și profilaxie oncologică.

Majoritatea autorilor clasifică tumorile maligne cutanate pe criteriul histogenezei lor, descriind 3 grupuri principale:

1. Carcinoame
2. Melanoame maligne
3. Sarcoame.

1. Carcinoame cutanate

Sunt cele mai frecvente forme - 90-96% din totalul cancerelor cutanate. Factorul carcinogenetic major în aceste forme îl reprezintă iradierile solare (în condițiile muncii la câmp a populației rurale).

Forme histologice:

- *Carcinomul bazocelular (bazaliom)*

Reprezintă aproximativ 1/2 din totalul cancerului cutant; nu se localizează pe mucoase. Afectează mai ales 2/3 superioare ale feței, în special șanțul nazogenian (fig. 8.15) unghiu intern al ochiului și marginea liberă a pleoapei inferioare, tâmpilele, fruntea, urechea, gâtul, mai rar pielea capului, trunchiul și foarte rar membrele.

Cel mai frecvent apare după 50 ani, fie pe o keratoză actinică sau pe alte leziuni preepiteliomatoase, fie în piele sănătoasă. Leziunile de debut pot fi:

- nodul translucid, o mică "perlă" sau o grupare de mai multe perle;
- placă eritemato-scuamoasă bine circumscrisă, infiltrată discret;
- ulceratie superficială în "zgârietură de unghie" acoperită de o crustă hematică.

Mai frecvente sunt următoarele forme clinice:

- *forme ulceroase (endofitice)*: ulcus rodens, forma terebrantă (destructivă ce determină mutilări grave);

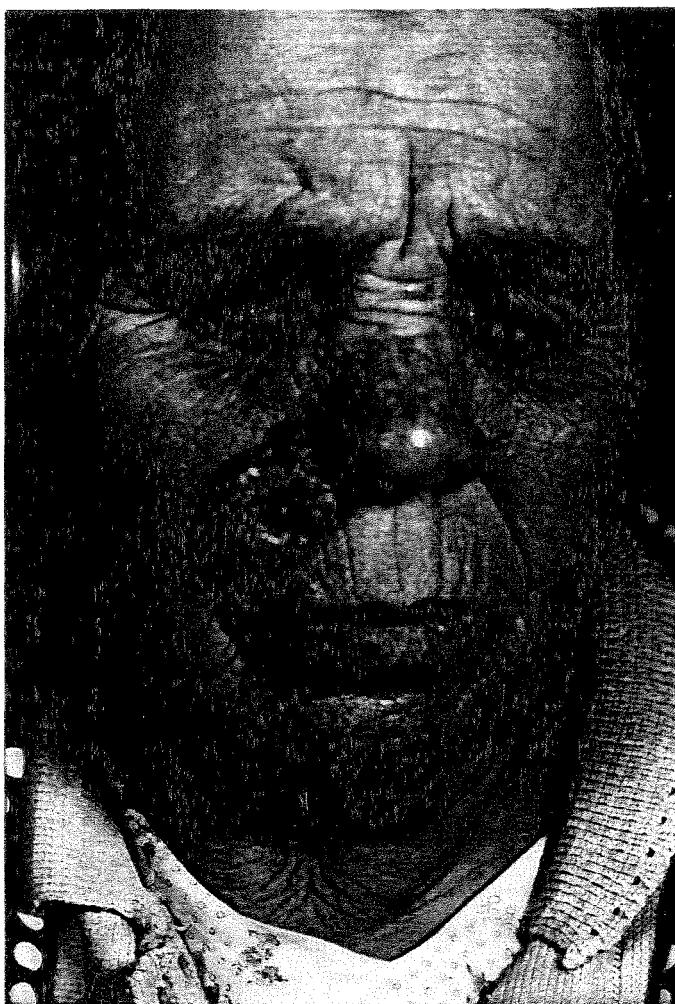


Figura 8.15.

- forme vegetante (exofitice): globulus, polilobat, vegetant-burjonant. Sunt mai puțin recidivante, nu dau aspecte terebrante.

- *Carcinomul spinocelular*

Mai puțin frecvent decât bazoliomul (3/1), are o evoluție rapidă invazivă, un prognostic mult mai sever prin capacitatea de diseminare pe cale limfatică. Mai frecvent la bărbați. Localizarea de elecție este pe față în regiunile: geniană - 30% (fig. 8.16), buza inferioară - 20-30%, pe nas - 15% (fig. 8.17), ureche - 6-8%. O mare preponderență au localizările pe linia cutaneo-mucoasă și pe mucoase (forme cu prognostic grav).



Figura 8.16.

Apariția pe piele aparent sănătoasă este mai rară, în majoritatea cazurilor se dezvoltă pe leziuni preexistente: cheratoze actinice, hipercheratoză, radiodermita cronică, cicatrici după arsuri, corn cutanat etc.

Pe piele, leziunea incipientă ia aspectul unei proieiminente papilomatoase, keratozice, rotund ovalară, discret infiltrată. Aceasta crește în suprafață și profunzime, se erodează și ulcerează luând aspectul unei tumori ulcerate de mărime variabilă, cu margini dure, proieiminente în burelet, cu fundul neregulat acoperit de cruste. Ca forme clinice mai frecvent întâlnite se descriu: carcinomul ulcero-vegetant, vegetant-conopidiform, keratozic, verucos sau cornul cutanat și carcinomul

ulcero-endofitic localizat pe mucoase cu dezvoltare rapidă în profunzime.

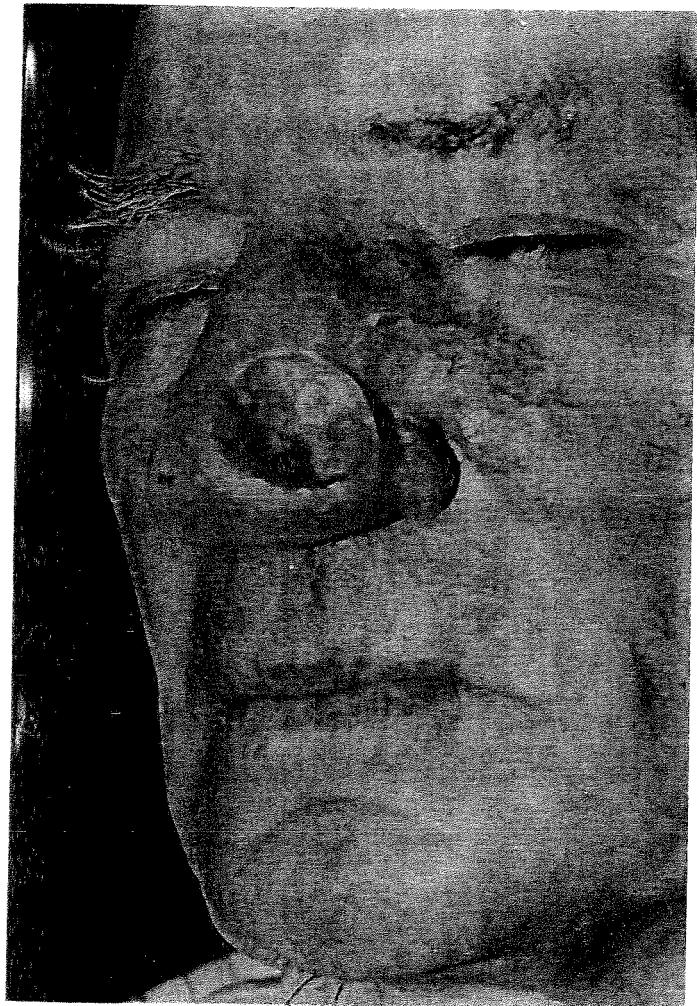


Figura 8.17.

Evoluția și prognosticul este în raport cu o serie de factori locali și generali: sediul leziunii, tipul clinic, histologic (gr.III, IV), vârstă și starea generală a bolnavului, metastazele limfoganglionare.

*

* * *

Prin localizarea lor superficială, carcinoamele cutanate (bazo sau spinocelulare) beneficiază nu numai de diagnostic precoce dar și de utilizarea celui mai larg evantai de metode de terapie anticanceroasă, izolate sau combinate. Aceste mijloace terapeutice judicios alese și adaptate fiecărui caz în parte pot asigura, în carcinoamele diagnosticate la timp, un procent de vindecare de 95-97%.

2. *Melanomul malign*

Tumoră malignă a sistemului pigmentar se dezvoltă pe seama melanocitelor. Reprezintă 1-2% din totalul tumorilor maligne și 2-7% din cancerele cutanate. Mai frecvent la femei înainte de 45 ani.

Se dezvoltă de multe ori pe leziuni pigmentare preexistente (nev albastru) dar frecvent și pe pielea clinic sănătoasă. Foarte rar apare și pe mucoasa cavității bucale (jugal, gingival, bolta palatină).

Formele clinice descrise sunt următoarele:

- *melanomul nodular* (proieminent) cel mai frecvent întâlnit (nodul rotund, cu suprafața netedă, pigmentat omogen, țesutul subjacent discret infiltrat depășind baza tumorii. Se erodează precoce, sângerează spontan, se acoperă de o crustă negricioasă, metastazează agresiv)
- *melanomul difuz superficial* este forma cea mai comună având o perioadă de evoluție foarte lentă, când se dezvoltă în suprafață, melanocitele extinzându-se mai ales către zona de joncțiune cu epiteliu sănătos. În al doilea stadiu extensiase face rapid, atât în profunzime cât și în suprafață producând și metastaze
- *melanomul pigmentat malign* localizat de obicei pe suprafețele expuse la lumină. La început se dezvoltă încet, radial, într-o perioadă de mai mulți ani, ca apoi evoluția să fie rapidă, dând metastaze.

Melanomul malign este considerat ca unul din cele mai grave tipuri de cancer; nefrata tratat produce moartea în 6-18 luni de la apariție prin generalizare limfatică și sanguină. Metastazele viscerale interesează ficatul, plămâni, creierul, miocardul, rinichii, oasele (în special vertebrele).

Exereza tumorii precoce, urmată obligatoriu de imunoterapie nespecifică (cu BCG sau vaccin Corynebacterium parvum) și chimioterapie mărește şansele de supraviețuire.

3. Sarcoame cutanate

Sunt tumori de origine conjunctivă ce pot produce distrugeri tisulare și metastaze pe cale sanguină.

Pot fi *sarcoame primitive și secundare* (de la piele sau metastatice).

Sarcoamele primitive la rândul lor pot fi:

- *solitare* ce debutează printr-un nodul dermic care crește, se ulcerează și invadază planul muscular, osos, dă metastaze ganglionare precoce și viscerale
- *generalizate* (tip Perrin) caracterizate prin noduli mulți, diseminati pe suprafața tegumentului, ce evoluează spre ulcerare, metastazare și exitus.

Formele histopatologice de sarcoame primitive cuprind:

- Sarcoame ale țesutului conjunctiv comun:

- fibrosarcomul adevarat
- dermatofibrosarcomul
- sarcom mezenchimatos
- histiocitosarcomul
- mixosarcomul

- Sarcoame provenite din derivatele ţesutului conjunctiv
 - liposarcom
 - angiosarcom
 - limfangiosarcom
 - leiomiosarcom.

Sarcoamele secundare provin de la sarcoamele viscerelor, ganglionilor, osoase (osteosarcom, condrosarcom).

B. CANCERUL CA VITĂȚII ORALE

Deși cavitatea orală este o zonă ușor accesibilă examenului clinic și deși peste 90% din populație beneficiază de un control stomatologic, totuși o parte din cancerele orale sunt diagnosticate relativ târziu, ajungând uneori la dimensiuni considerabile, când deja tratamentul lor este inefficient. Cauzele acestui diagnostic tardiv ar fi:

- leziunile incipiente sunt asimptomatice, greu sesizate de către bolnavi
- leziunile de debut precizează adesea un aspect surprinzător "de benign" neacordându-li-se importanța cuvenită
- dimensiunile uneori foarte mici le fac greu observabile unui examen clinic mai ales când sunt localizate în zonele mai puțin vizibile ale cavității orale (în zonele de risc)
- superficialitatea examenului stomatologic, insuficienta cunoaștere de către examinator a formelor incipiente de cancer fac ca ele să scape neobservate în multe cazuri.

1. Forme clinice de debut ale cancerului oral

Imbracă câteva aspecte de bază:

a) *Forma ulcerativă*: ulcerații discrete, de dimensiuni reduse, nedureroase care pot debuta sub forma unei fisuri greu observabile. Pe măsură ce se observă, leziunea se extinde în suprafață și profunzime, marginile devin proieminate cu tendință de "rulare" spre interior (aspect crateriform), baza ulcerației se indurează (formă ulcero-erozivă).

b) *Forma proliferativă* (exofitică) cu 2 aspecte:

- escrescență cu aspect papilomatos, *vegetant*, cu bază largă de implantare (sesilă) sau pediculată.

Suprafața netedă sau conopidiformă se poate ulcera în timp iar baza tumorii se indurează;

- ulcerație nedureroasă la debut (rezultată din spargerea unei vezicule) acoperită de cruste hematice care treptat se indurează, marginile devin proieminate, ulcerația se mărește, leziunea capătă un aspect *ulcero-proliferativ*.

c) *Forma nodulară* (endofitică) cu infiltrare în profunzime apare ca un mic nodul proieminent pe mucoasă, ferm la palpare, cu limite neprecise. Treptat devine infiltrativ pierzându-se în profunzimea țesuturilor (formă rară, întâlnită pe limbă, obraz, buză).

d) *Debut eritroplazic*: zonă roșie-vie, catifelată cu aspect neted sau granular, foarte mică.

e) *Debut leucoplazic* (în special leucoplazia "pătată").

Orice leziune oricât de banală ar părea la primul examen poate ascunde o formă de debut de cancer.

2. Metode de diagnostic precoce ale cancerului oral

- Pe primul plan se situează examenul clinic atent, folosind sau nu lupa. Orice zonă de leziune, proliferare, sau nodul va trebui identificată.
- Stomatoscopia (care nu este o metodă de investigare curentă) folosește un aparat adaptat după colposcopul Hinselmann denumit stomatoscop care oferă o iluminare bună și o mărire de 16-30 ori a zonei suspicionate.
- Colorația intravitală cu albastru de toluidină 1% (Richard). Metoda se bazează pe afinitatea acestei substanțe pentru nucleii celulari în mitoză. Intensitatea colorației este proporțională cu gradul de malignitate a leziunii. Colorația se menține după 24 ore de la aplicarea colorantului și nu se decolorează cu acid acetic.
- Citologia exfoliativă (Papanicolau) folosește produsul recoltat prin raclarea superficială a zonei suspicionate, etalarea pe lamă și colorare. Stabilirea malignității se face apreciind modificările componentelor celulare (nuclei, nucleoli, citoplasmă). Această metodă oferă criterii orientative privind gradul de malignitate al unei tumorii.
- Biopsia este singurul examen care precizează diagnosticul de tumoră.

3. Cancerul cavitații orale

Reprezintă 3-12% din totalul îmbolnăvirilor de cancer, făcând parte din primele 6 localizări cele mai frecvente ale cancerului uman. Incidența maximă este între 50-65 ani. Bărbații sunt mai expuși decât femeile. Un rol important în etiologie îl joacă: tutunul, alcoolul, traumatismele și infecțiile cronice, igiena orală defectoasă etc.

Tumora poate să apară în țesuturi aparent sănătoase sau pe o leziune cu potențial de malignizare.

Din punct de vedere histologic întâlnim la nivelul cavității orale următoarele tipuri: *carcinom spinocelular* (în proporție de 85%), *carcinom nediferențiat* sau *granular* (adenoid chistic).

După sediul de debut, există următoarele localizări ale cancerului cavității orale:

- Mucoasa bucală (fața mucozală a buzelor (fig. 8.18, 8.19), mucoasa jugală, sănțurile vestibulare și regiunile retromolare).



Figura 8.18.

- Gingivo-alveolar (superior și inferior)
- Bolta palatină
- Limba (fig. 8.20, 8.21)
- Planșeul bucal (fig. 8.22 și 8.23).

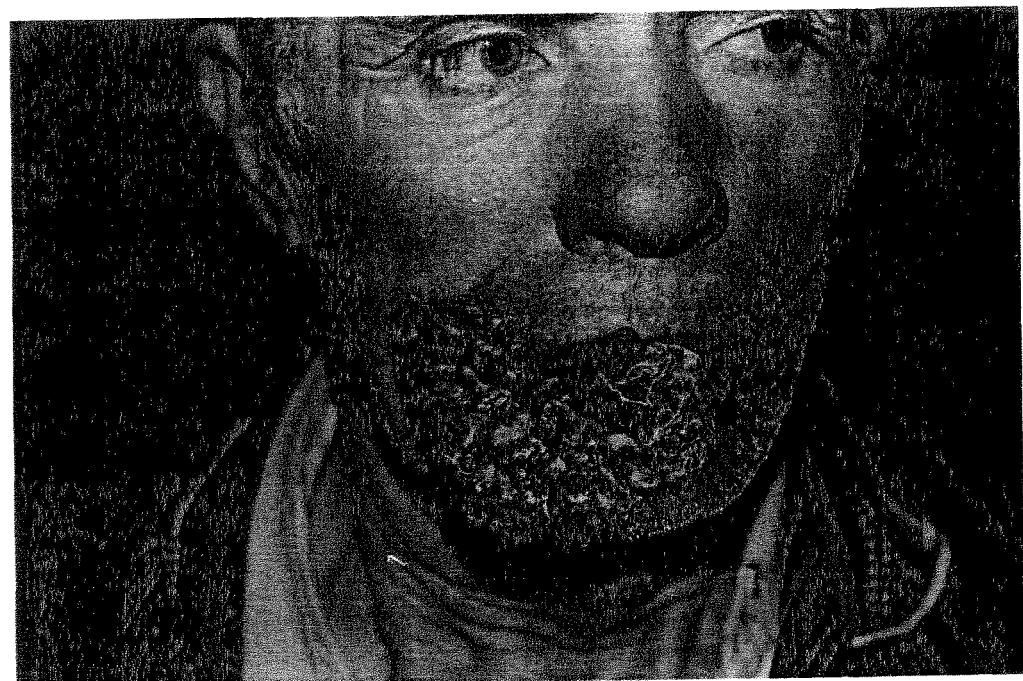


Figura 8.19.



Figura 8.20.

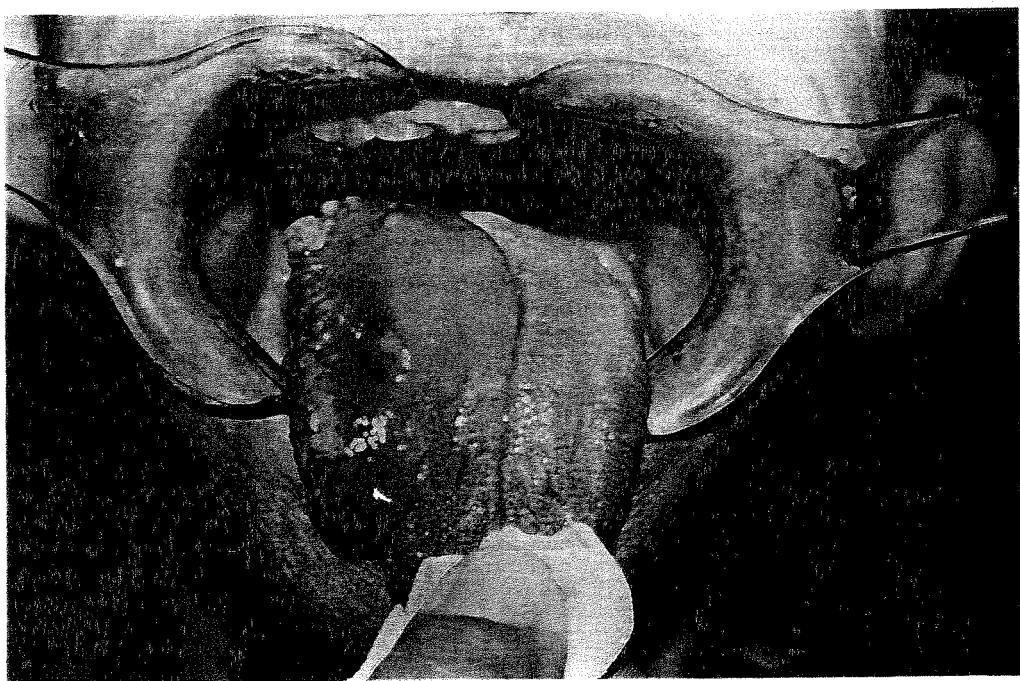


Figura 8.21.



Figura 8.22.

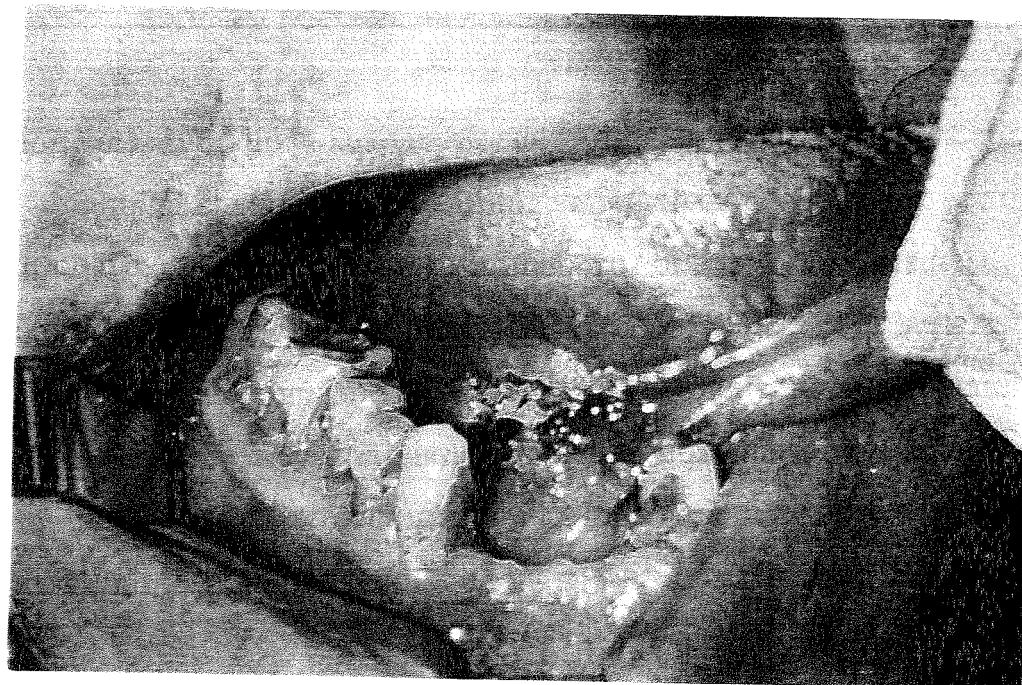


Figura 8.23.

Formele de debut întâlnite sunt diferite:

- *Forma ulcerativă* : ulcerație cu margini neregulate, fundul ulcerației cu aspect granular, proliferativ, acoperit cu secreție murdară, cu țesuturile din jur indurate (soclu pe care stă ulcerația). Ulcerația se extinde în suprafață și profunzime putându-se infecta. Este specifică cancerului de buză, planșeului bucal, jugal, lingual.
- *Forma vegetativă* : masă proliferativă, voluminoasă ce infiltrează țesuturile din jur. Ulcerează repede exteriorizând vegetații sângerânde cu aspect cărnos acoperite cu secreție murdară și țesuturi necrozate, urât mirositoare.

Localizate în special pe ginge și creasta alveolară superioară și inferioară; dar și la nivelul buzelor.

- *Forma infiltrativă* (nodulară) - se exteriorizează printr-un nodul situat în grosimea țesuturilor, mobil la început care se fixează apoi. Țesuturile din jur sunt infiltrate, dure, mucoasa este fixată la tumoră și

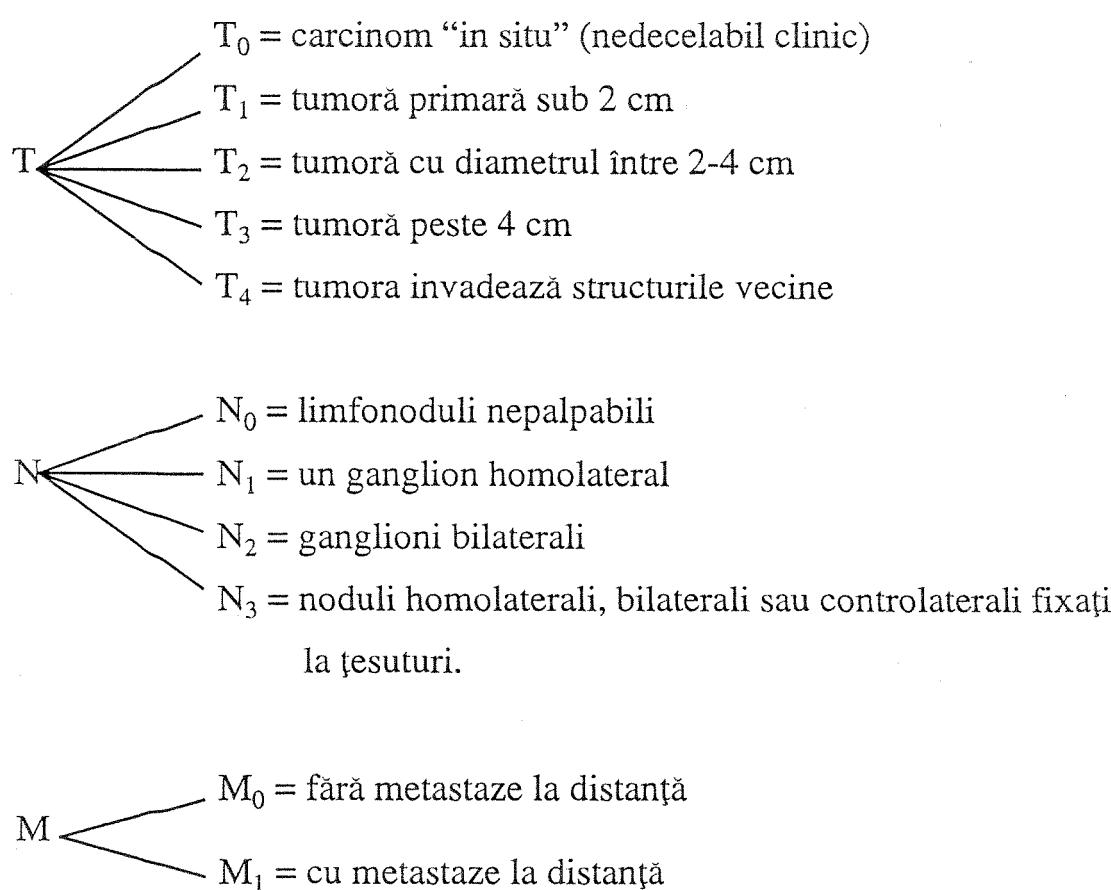
ulcerează săngerând ușor. Se poate localiza în grosimea buzelor, a limbii, a obrazului.

Pe măsura evoluției leziunilor de debut apar tulburări funcționale, trismus, tulburări de masticație, deglutiție, fonație, halenă fetidă.

De asemenei, caracteristic cancerului oral este apariția adenopatiei metastatice regionale precoce. Ganglionii se măresc de volum, sunt nedureroși, duri, aderenți sau nu la planurile profunde, uni sau bilateral.

Metastazele la distanță apar în plămâni, mediastin și cerebral.

În funcție de întinderea tumorii (T), de gradul de invazie (N) și de prezența metastazelor la distanță (M), carcinoamele cavității orale se încadrează în 4 stadii clinice preterapeutice:



Stadializare:

- Stadiul I : $T_0 T_1$ $N_0 M_0$
- Stadiul II : T_2 $N_0 M_0$
- Stadiul III: T_3 $N_0 M_0$
 T, T_2, T_3 $N_1 M_0$
- Stadiul IV: T_4 $N_0 N_1 M_0$
 orice formă de $T N_2 N_3 M_0$

Tratamentul este:

- *profilactic* : constând în depistarea și înălțarea factorilor de risc (în special a noxelor exogene din mediul de muncă și trai ca și din modul de viață: alcooluri distilate, tutunul, condimente) ca și a factorilor iritativi și traumatizanți locali (proteze prost adaptate, margini ascuțite ale dinților cariați sau a resturilor radiculare, igienă orală defectuoasă); depistarea, diagnosticarea și dispensarizarea cât mai precoce a leziunilor cu potențial de malignizare;
- *curativ* : trebuie instituit cât mai precoce pentru a fi eficient. În funcție de stadiul de evoluție, vîrstă, starea generală a bolnavului, tratamentul se adresează atât *leziunii primare* (de pe buză, limbă, planșeu bucal, obraz, gingivoalveolar); cât și *metastazelor ganglionare* utilizând mijloace chirurgicale (extirpare în țesut sănătos a tumorii și plastia pierderilor de substanță prin metode diverse; evidare ganglionară), radioterapie, chimioterapie.

Cu o terapie adecvată, aplicată cât mai timpuriu, procentul de supraviețuire peste 5 ani este de aproximativ 30%.

9. TUMORI ALE MAXILARELOR

TUMORILE sunt neoformațiuni rezultate din înmulțirea celulelor organismului, adulte sau embrionare, a căror structură histologică se aseamănă cu structura țesutului sau organului din care derivă (tumori benigne), alteori se deosebește având tendința de a persista și de a-și multiplica celulele în mod nelimitat (tumori maligne).

La nivelul oaselor maxilare multe din leziunile ce apar clinic ca tumori nu sunt neoplasme adevărate ci sunt “anomalii nonneoplazice evolutive” sau reacții inflamatorii (PSEUDOTUMORI).

CLASIFICARE

I. Pseudotumori:

A. Chisturi

B. Pseudotumori de granulație

II. Tumori benigne

(Cresc încet, histologic se aseamănă cu țesutul din care provin, nu dau adenopatii, nu dau metastaze, rareori degeneră malign)

A. Odontogene

B. Neodontogene

III. Tumori maligne

(Creșterea este continuă, ireversibilă, infiltrativă și distructivă, dau adenopatii și metastaze).

C. Chimioterapie

Folosită ca:

- metodă unică de tratament (rar)
- asociată la tratamentul chirurgical sau radioterapie.

Substanțe chimioterapice:

- fluorouracil
- methotrexat
- vincristină
- bleomicină.

Rezultatele bune se obțin prin perfuzii intraarteriale.

10. PATOLOGIA GLANDELOR SALIVARE

In structura teritoriului oro-maxilo-facial întâlnim ca o caracteristică specifică prezența glandelor salivare. Ele sunt repartizate astfel:

- 3 perechi de glande salivare mari (principale) - parotide, submandibulare, sublinguale
- câteva sute de glande accesorii (mici) diseminate în mucoasa cavității orale (buze, obraji, palat, limbă și planșeu bucal).

Patologia salivară este bogată și variată. Ea poate fi sistematizată în:

- I - Disfuncții secretorii
- II - Leziuni traumaticе
- III - Leziuni inflamatorii
- IV - Sialolitiază
- V - Tumori.

I. DISFUNCTII SECRETORII

Secreția salivară are un rol important în digestia alimentelor, protecția dinților și mucoasei bucale, apărarea împotriva agresiunilor microbiene.

Ea poate fi modificată:

- *cantitativ* - în exces: sialoree, ptialism sau hipersalivatie
 - diminuată parțial: hiposalie
 - absență totală: asialie
- *calitativ* - modificare fizico-chimică sau citologică.

II. LEZIUNI TRAUMATICE

Plăgi

Se întâlnesc plăgi de etiologii diferite ce interesează cel mai adesea glandele parotide producând hemoragii grave, prin secționarea vaselor mari (ACE), distrucția ţesutului glandular și lezarea canalului Stenon, precum și lezarea nervului facial.

Sechelele cele mai frecvente și mai importante sunt paralizia nervului facial și fistule salivare.

Fistule salivare

Sunt căi anormale de scurgere parțială sau totală a salivei, cu sediul la nivelul unei glande salivare mari (fistulă glandulară) sau a canalului său excretor. Localizarea poate fi intraorală (pe mucoasă) sau la piele. Cele mai frecvente se întâlnesc la nivelul canalului Stenon (fig. 10.1; 10.2), glanda parotidă și foarte rar la glanda submandibulară.



Figura 10.1.



Figura 10.2.

III. LEZIUNI INFLAMATORII

Pot fi limitate la canalele secretorii (sialodochite) sau interesează glandele salivare (sialadenite) fiind produse de flora microbiană din cavitatea orală (pe cale ascendentă canaliculară) sau din focare de la distanță (hematogen sau limfatic) și mai rar direct (de la supurații de vecinătate sau prin plăgi ale parenchimului glandular ce comunică cu exteriorul).

Sialadenite

Pot fi: *acute* și *cronice* (localizate egal la glanda parotidă (parotidite) și submandibulară (sialadenită submandibulară).

- *Parotidita acută (microbiană)*

Leziunile inflamatorii intersează parenchimul parotidian și canalele excretorii. Este produsă de stafilococul auriu. Se poate prezenta sub 3 forme:

- *Catarală* : mai frecventă unilateral, cu debut insidios marcat de dureri spontane în regiunea parotidiană, trismus, tumefierea precoce a regiunii, cu pielea întinsă, congestivă (fig. 10.3), edemațiată, împăstare la palpare, secreție tulbure, redusă cantitativ pe Stenon a cărui orificiu este edemațiat, congestionat.

Bolnavul prezintă frison, febră, insomnie, inapetență.



Figura 10.3.

- *Supurată* : fenomenele locale și generale se accentuează, durerea este pulsată, în masa tumefiată apar zone fluctuante iar pe canalul Stenon se elimină puroi (fig. 10.4).

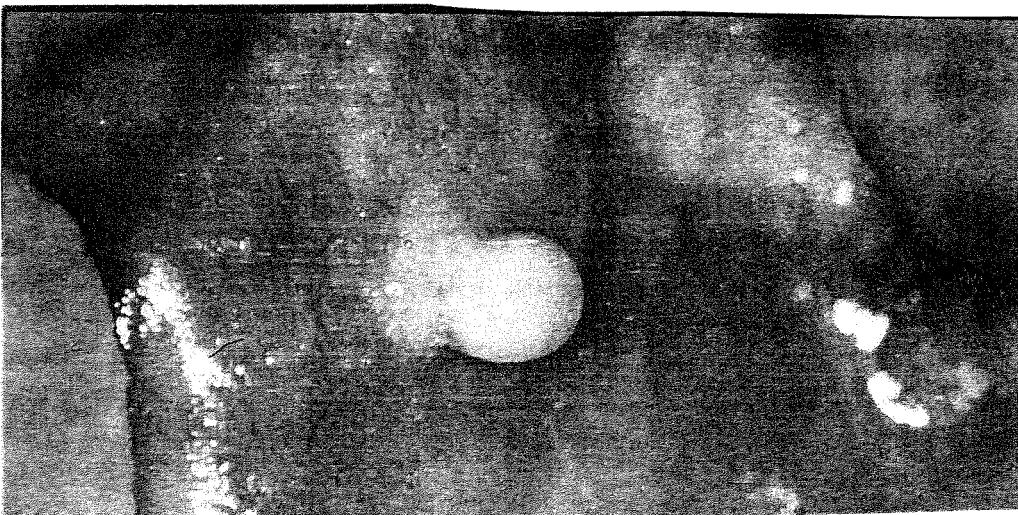


Figura 10.4.

- *Gangrenoasă* : se întâlnește rar. Starea generală este gravă: adinamie, delir, dispnee. Regiunea parotidiană este mult tumefiată, pielea roșie-violacee, la palpare se percep crepitații datorită gazelor. Glanda este un burete cu puroi care se scurge prin canal și prin fistule și ulcerații cutanate.

Survine la pacienți cu deficiențe grave ale organismului: epuizări organice accentuate, stări cașectice.

• *Sialadenita acută submandibulară* (submaxilită acută)

Este adesea o complicație a litiazei submandibulare și se manifestă prin marirea de volum a glandei, dură, dureroasă. Mucoasa sublinguală este edematiată, congestionată, iar prin canalul Wharton se elimină puroi.

*

* *

Tratamentul sialadenitelor acute este:

- *Profilactic*: constând în păstrarea unei igiene bucale corespunzătoare, detarraj, tratamentul cariilor, rehidratarea bolnavilor operați, convalescenți sau cu infecții grave, creșterea activității glandelor salivare.
- *Curativ* - se efectuează în servicii de specialitate:
 - *antibioterapie* cu spectru larg sau după antibiogramă, pe cale generală, cât și instilații intracanaliculare în amestec cu tripsină;
 - *incizie și drenaj* (în colecții purulente).

• *Sialadenite cronice*

Inflamații cronice ale glandelor salivare, interesează în special parotida.

Pot fi:

- nespecifice
- specifice (sifilis, TBC, actinomicoză, sarcoidoză)
- alergice (pusee de tumefiere parotidiană declanșată de un element olfactiv, alimentar, medicamentos).

Parotiditele cronice nespecifice pot succeda evoluției unei parotidite acute sau a unei sialodochite netratate. Se pot prezenta sub 2 forme:

- parotidita cronică simplă
- parotidita cronică recidivantă.

Glandele parotide sunt tumefiate (uni sau bilateral mai frecvent), elastice sau renitente (fig. 10.5); orificiile canalelor Stenon sunt roșii și ușor dilatate prin ele eliminându-se salivă redusă, opalescentă. Alteori, secreția salivară este absentă, bolnavul acuzând uscăciunea gurii. Sialografia (radiografia glandelor după introducerea pe canal a unei substanțe de contrast) prezintă aspecte patognomonice de: “*pom înflorit*” (fig. 10.6) sau “*măr cu fructe*” la care se adaugă dilatarea neregulată a canalului Stenon (cu aspect moniliform).

Tratamentul este de durată.



Figura 10.5.

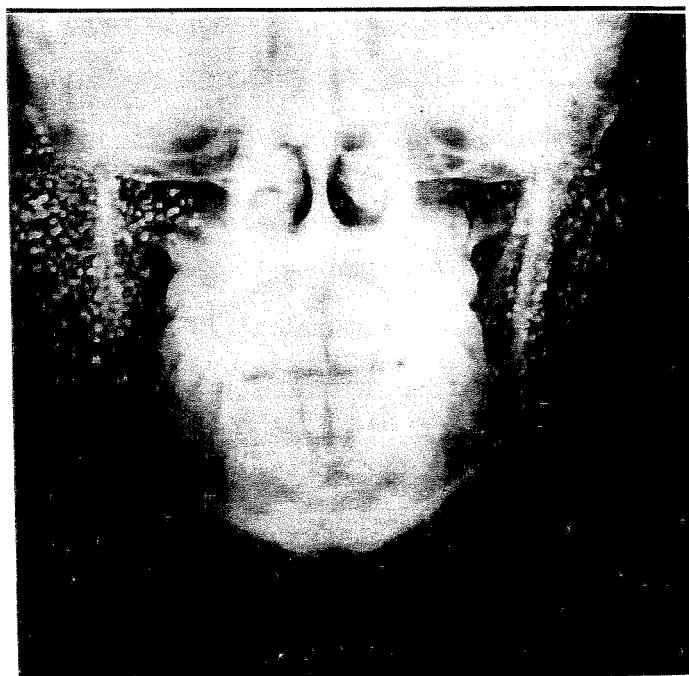


Figura 10.6.

IV. SIALOLITIAZA

Sialolitiaza (litiaza salivară) se caracterizează prin formarea de calculi în glandele salivare mari sau în canalele lor excretorii (mai ales). Frecvent se întâlnește la glanda submandibulară și canalul Wharton, mai rar la parotidă și excepțional în glanda sublinguală. Este mai rară decât alte litiază (biliară, renală).

Etiopatogenia este insuficient cunoscută. Cauze favorizante locale intervin în formarea calculilor salivari: igiena orală defectuoasă, tartru dentar, fumatul, hiposialia, staza salivară, corpi străini pe canalele excretorii, alcalinitatea salivei, concentrația crescută de săruri minerale etc. De asemenei intervin și cauze generale ca de exemplu terenul neuro-umoral, tulburări metabolice, abuzul de alimente conservate, acide și picante.

Deși sialolitiaza se întâlnește și la pacienți cu liatiază renală sau hepatică precum și la mai multe glande salivare concomitent sau succesiv, ea este o boală de organ și nu a organismului, rolul preponderent revenind factorilor locali. Calculii se formează în sistemul canicular intra sau extraglandular, pot sau nu migra și se măresc treptat în volum (fig. 10.7).

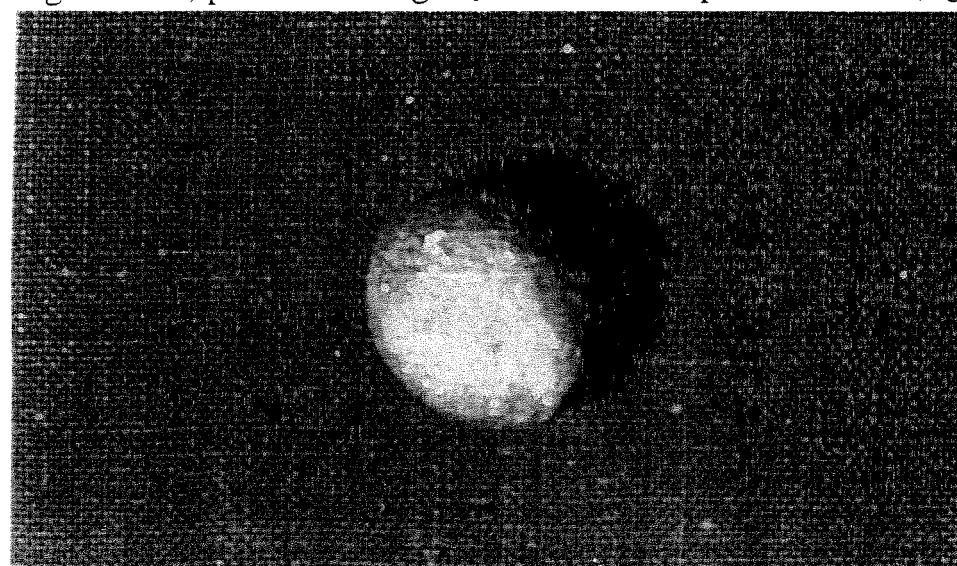


Figura 10.7.

Tabloul clinic este determinat de sediul calculilor. După o perioadă de latență, sialolitiază se manifestă clinic prin una din formele descrise de TEODORESCU sub numele de “triadă salivară”:

- *colica* care se traduce printr-o criză dureroasă și hernie salivară (instalate după un prânz copios ca urmare a retenției complete de salivă în glandă, sau migrării unui calcul sau contracției spasmodice a pereților canalului pe calculul salivar)(fig. 10.8);

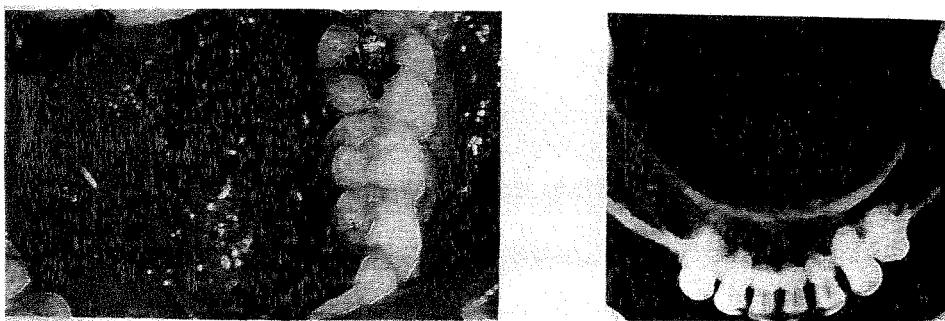


Figura 10.8.

- *abcesul salivar* rezultă prin adăugarea infecției pe canalul excretor (whartonita cu periwhartonită) sau în glandă (sialadenită acută supurată) (fig. 10.9);

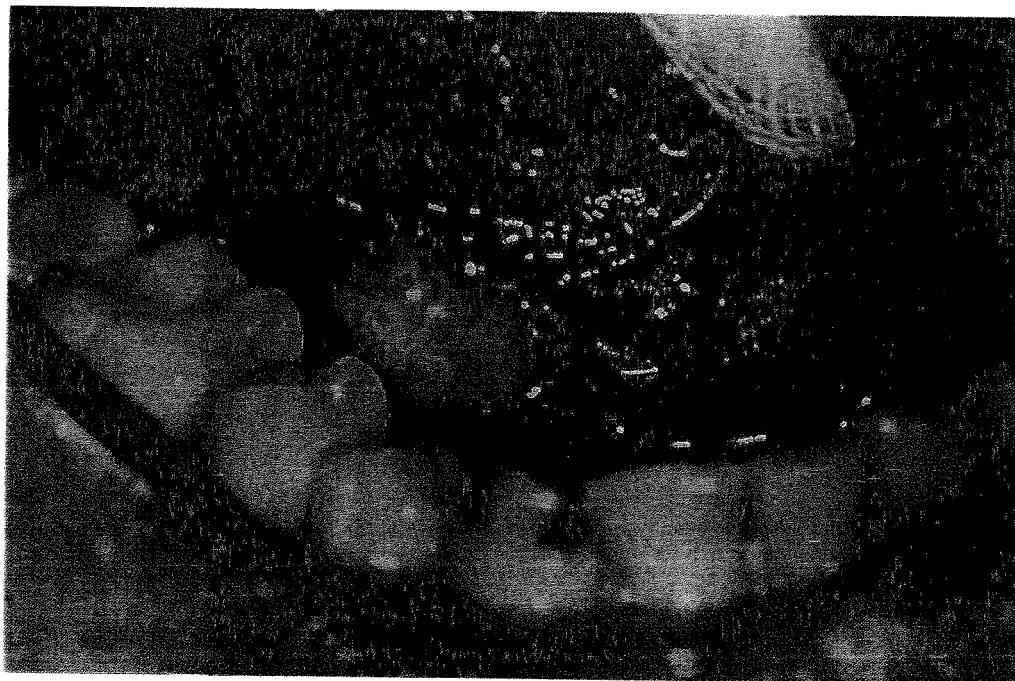


Figura 10.9.

- *tumora salivară* se constituie ca rezultat al unei sialadenite cronice cu evoluție lungă.



Figura 10.10. Sialografia glandei submandibulare.

Tratamentul trebuie să fie precoce și conservator. El se adresează calculului și leziunilor pe care acesta le-a determinat:

- eliminarea calculului prin procedee medicale (când el este mic, în porțiunea terminală a canalului)
- sialolitotomia (îndepărarea chirurgicală a calculului de pe canal când leziunile glandulare sunt apreciate ca reversibile)
- sialadenectomia (suprimarea glandei împreună cu calculii intralandulari).

V. TUMORI

Tumorile glandelor salivare (principale și accesorii) reprezintă 3% din toate tumorile organismului; majoritatea au sediul în parotide (80%), apoi în glandele accesorii (10-15%), submandibulară (5-10%) și în sublinguală (1%).

Clasificarea OMS-ului, după tipul histologic de tumoră, cuprinde:

- *Tumori epiteliale* cu origine în celulele secretorii sau în structurile canaliculare:
 - adenom - simplu (monomorf)
 - pleomorf (tumora mixtă)
 - carcinom mucoepidermoid
 - tumora cu celule acinoase
 - carcinoame: - adenoid chistic (cilindrom)
 - adenocarcinom
 - epidermoid.
- *Tumori neepiteliale* (hemangiom, limfom, neurofibrom)
- *Tumori neclasificate*
- *Leziuni înrudite* (leziuni limfoepiteliale, sialoza, metaplasie oncocitară).

Tumori epiteliale benigne

Adenomul pleomorf

Este cea mai frecventă din toate tumorile salivare (50-75%), are localizare în 80% din cazuri în parotidă. Apare mai frecvent la femei în jur de 50 ani.

Prezintă 3 caracteristici microscopice esențiale:

- falsă încapsulare;
- variabilitate histologică (aspect condroid, mixoid, mucoid etc.) în aceeași tumoră;
- pluralitatea focarelor tumorale (în jurul tumorii principale se pot găsi mulți noduli tumorali).

Clinic tumora debutează asimptomatic fiind descoperită întâmplător sub formă de nodul, dur, nedureros, mobil. Creșterea este lentă, ajungând la dimensiunea unei nuci (fig. 10.11) sau a unui măr (fig. 10.12; 10.13).



Figura 10.11.



Figura 10.12.

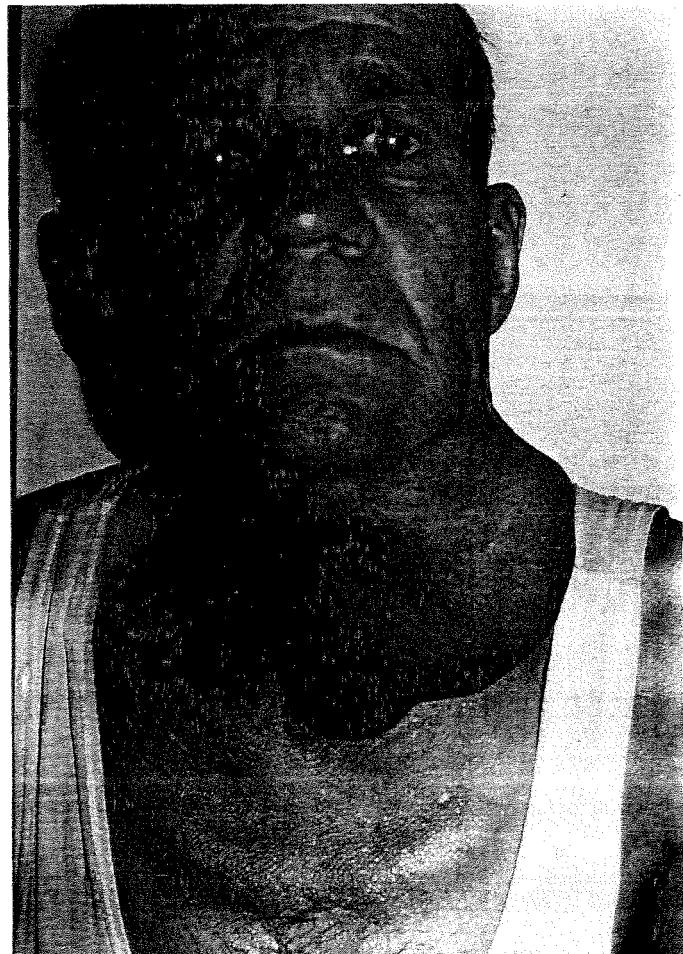


Figura 10.13.

Neatrata corect sau la timp util poate recidiva sau maligniza (carcinom în adenom pleomorf) (fig. 10.14).

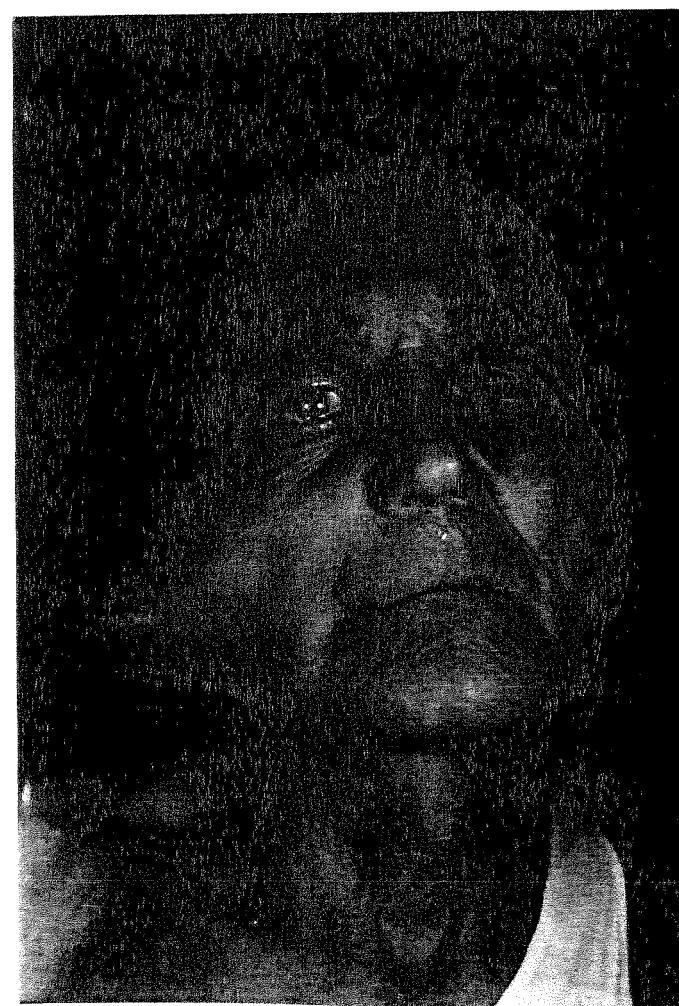


Figura 10.14.

Tratamentul este chirurgical și constă în extirparea în țesut sănătos împreună cu parenchimul glandular (datorită caracteristicilor histologice ale tumorii în scopul prevenirii recidivelor) intervenție denumită parotidectomie (când localizarea este în parotidă) subtotală sau totală cu păstrarea nervului facial și sialadenectomie submandibulară când localizarea tumorii este în glanda submandibulară.

Tumori epiteliale maligne

Carcinomul adenoid chistic (cilindrom)

Tumoră malignă mai frecventă între 45-55 ani. Se localizează mai ales în glandele submandibulare și sublinguale și în cele din bolta palatină.

Aparent încapsulată, tumora are caracter invaziv, evoluție mai rapidă, se însoțește de dureri din cauza extensiei perinervoase, dă recidive tardive și frecvent metastaze pulmonare, ganglionare sau osoase (progresează în lungul tecilor nervoase și dă metastaze pe cale sanguină) (fig. 10.15; 10.16).

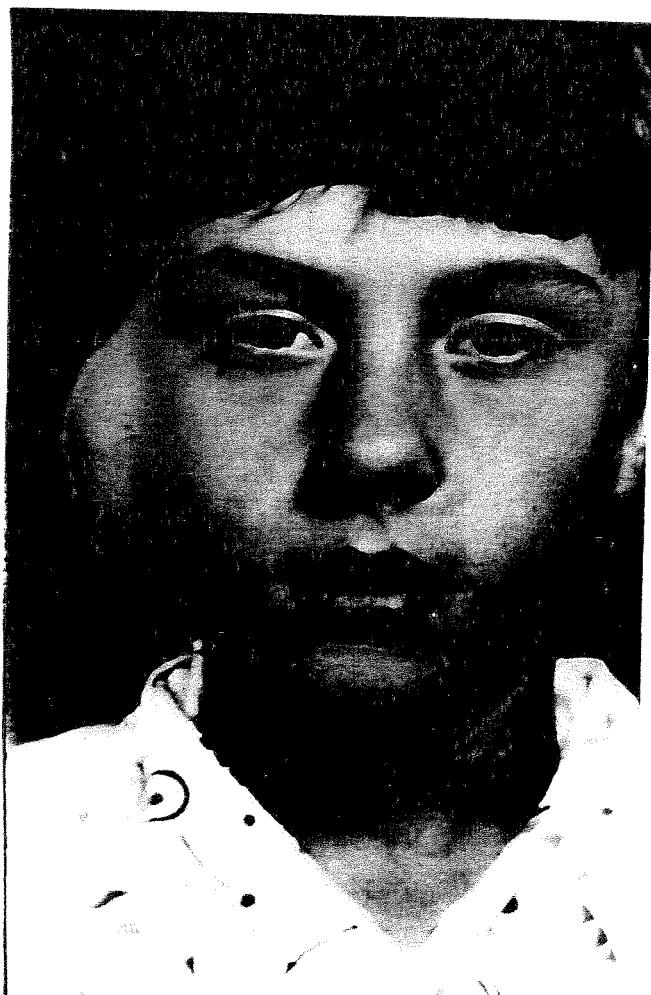


Figura 10.15.



Figura 10.16. Sialografie parotidiană.

Carcinoamele

(Adenocarcinomul, carcinomul epidermoid și nediferențiat)

Se întâlnesc mai ales la pacienți în vîrstă (50-60 ani), având predilecție pentru sexul masculin și glandele sublinguale.

Clinic se manifestă sub 2 forme:

- *Schiroasă* : tumoră mică, dură, lemnoasă, aderentă la țesuturile din jur, fixată la planul superficial, puțin vasculară. Paralizia nervului facial este precoce, tegumentele acoperitoare pot prezenta ulcerații atone. Adenopatie tardivă (fig. 10.17).
- *Encefaloidă* : tumoră voluminoasă, moale, păstoasă, cu evoluție rapidă, infiltrând țesuturile din jur și ulcerând pielea. Adenopatie regională precoce, dureri sub formă de hemicranie sau nevralgie, paralizia de facial se instalează repede (fig. 10.18).

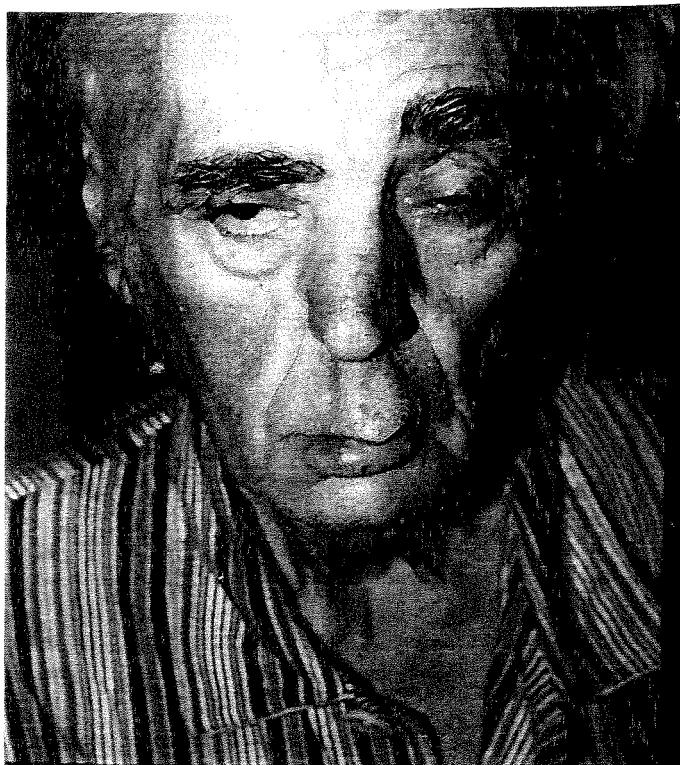


Figura 10.17.

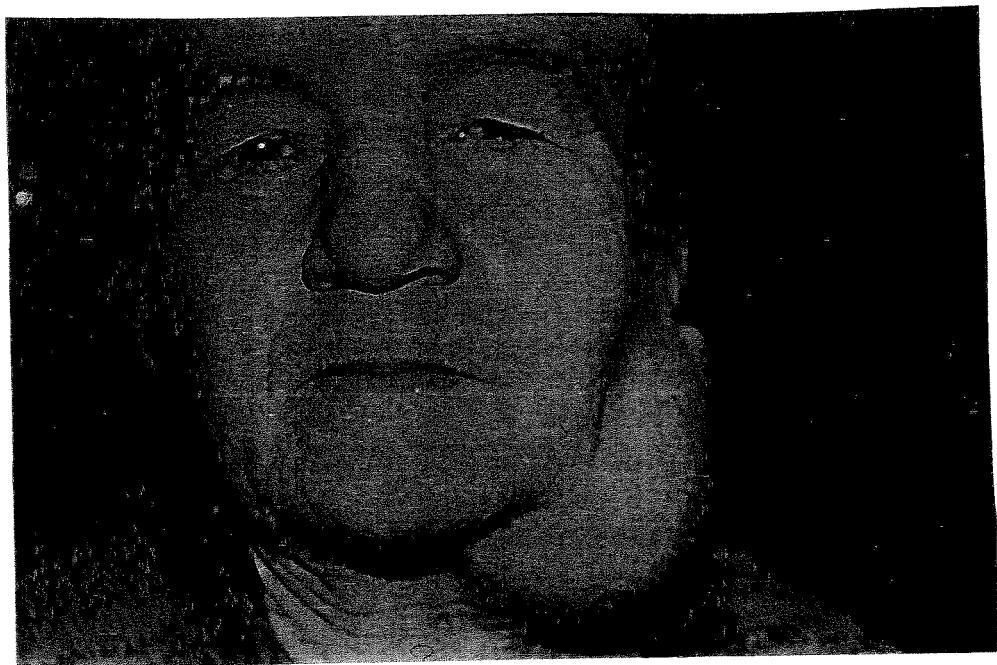


Figura 10.18.

Tratamentul tumorilor maligne a glandelor salivare constă în extirparea largă a tumorii în limite oncologice cu sau fără evidare ganglionară concomitentă, asociată cu radioterapie și/sau chimioterapie.

Tumorile propriu-zise ale glandelor salivare accesorii

Sunt rare și în peste 50% din cazuri se localizează în regiunea palatină (fig.10.19; 10.20; 10.21). Ele afectează însă și glandele labiale, geniene, linguale, retromolare (fig.10.22; 10.23).

Adenoamele polimorfe sunt rare. Mai frecvente sunt carcinoamele adenoid chistice, tumorile mucoepidermoide și adenocarcinoamele.

Extrirea completă a tumorii poate impune uneori rezecția întinsă sau chiar totală a maxilarului asociată cu radioterapie și/sau chimioterapie.

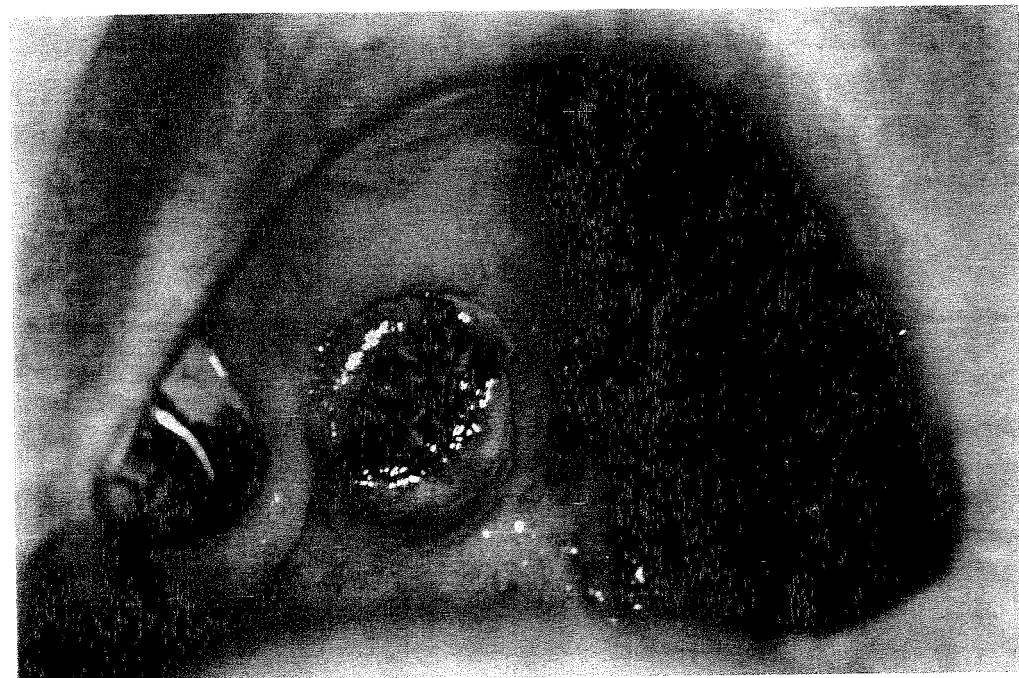


Figura 10.19.

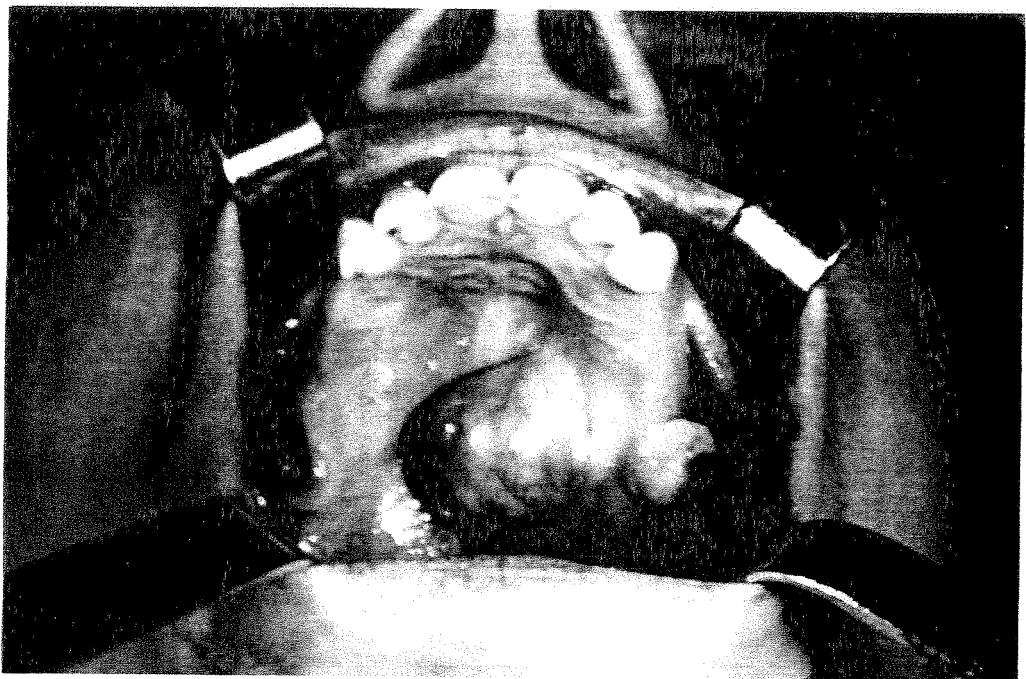


Figura 10.20.

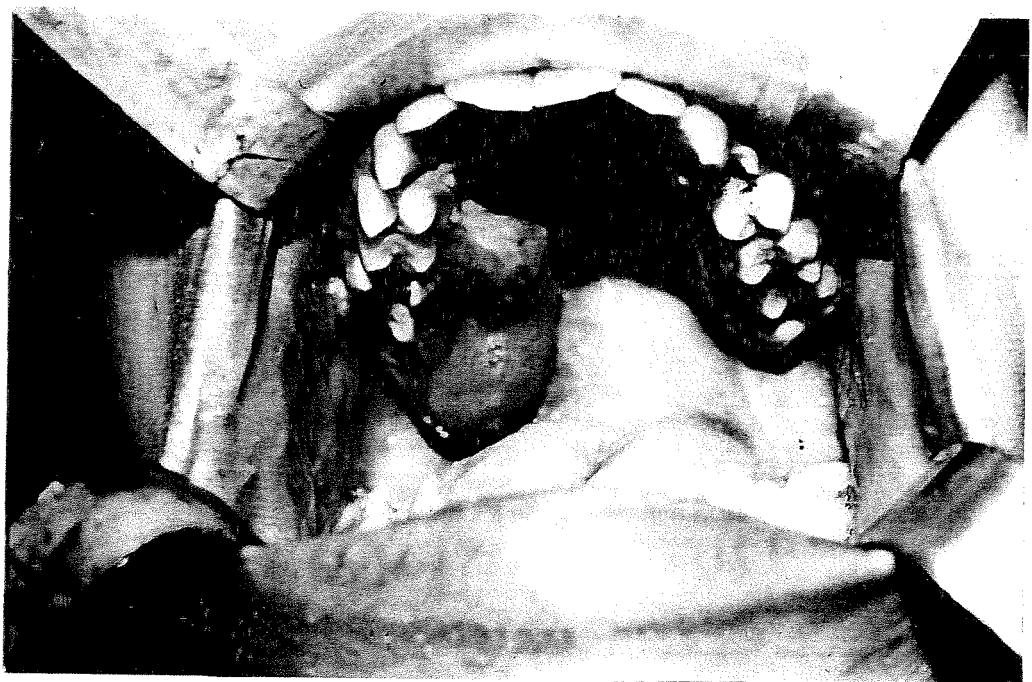


Figura 10.21.

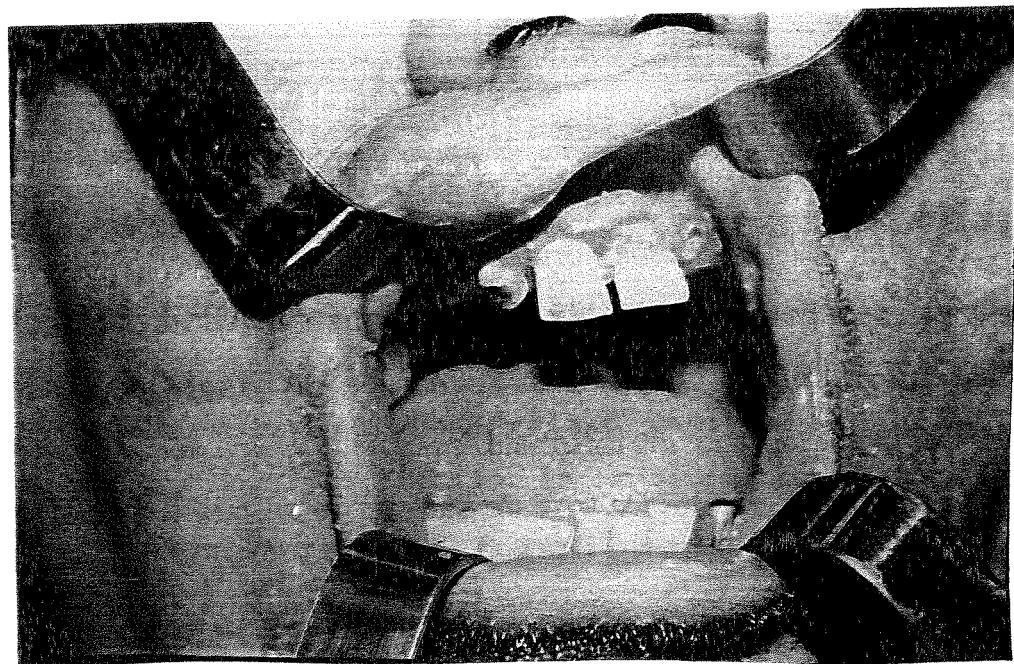


Figura 10.22.

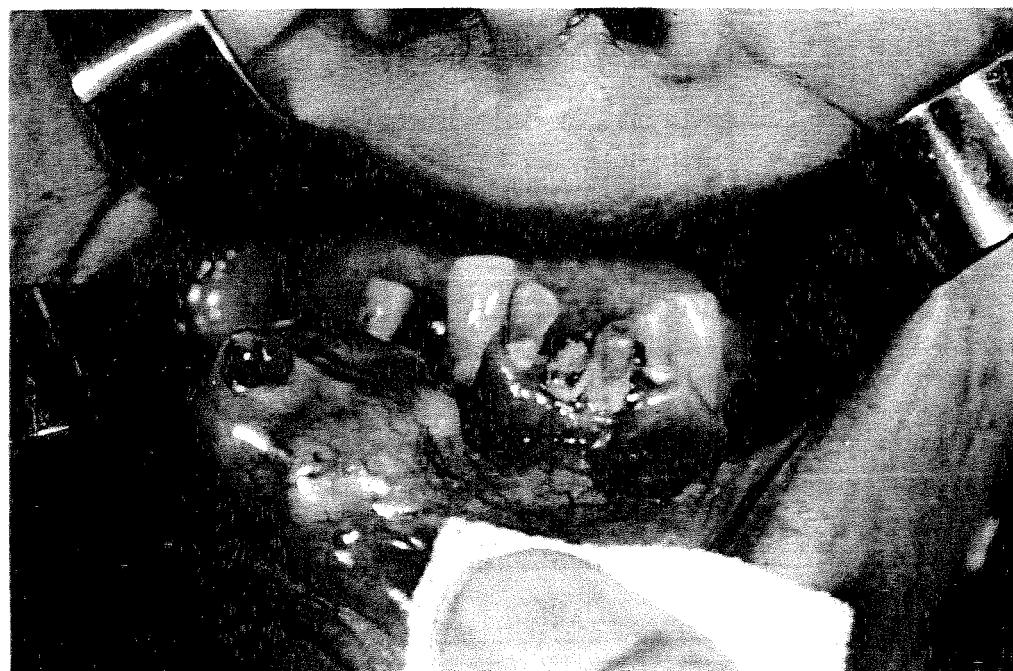


Figura 10.23.

Leziuni înrudite

A. Leziuni limfoepiteliale benigne

Se caracterizează histologic prin atrofia parenchimului glandular, infiltratie limfocitară și insule de celule epimioepiteliale ce înlocuiesc canalele intralobulare, iar clinic prin mărirea de volum a glandelor salivare și uneori a glandelor lacrimale.

Asemenea aspecte histologice însoțite sau nu de tulburări sistémice au fost descrise sub denumiri diferite: boala Mikulicz, sindromul Sjögren și leziunea limfoepitelială benignă (Godwin). Natura exactă și patogenia acestor leziuni sunt insuficient cunoscute. Considerate de natură inflamatorie mai ales, decât neoplazică, ele pot fi manifestări locale a unor boli autoimune sau reumatoide (THACKRAY și SOBIN, 1972).

B. Sialoze

Constituie un grup heterogen de boli caracterizat prin hiperplazii (neinflamatorii, netumorale) simetrice a glandelor parotide, rar submandibulară sau accesorie, însoțite de scădere a fluxului salivar.

Etiologia este diferită:

- hormonală (disfuncții ovariene, tiroidiene, pancreatice)
- netumorală (boli ale sistemului nervos central sau periferic)
- nutrițională
- disenzimatică (alcoolici, ciroze hepatice, pancreatite)
- toxică (saturnină, uremică)
- medicamentoasă (medicamente po bază de iod)

C. Metaplazia oncocitară (oncocitoza) - transformarea celulelor acinoase și canaliculară în totalitate sau parțial în oncocite.