

**Diagnosticul diferențial al  
stomatitelor veziculoase și  
buloase. Principii de tratament.**  
**Conf. univ., d.m. Alexeev Valeriu**

- **Stomatitele** sunt inflamații nespecifice sau specifice ale mucoasei bucale, produse de acțiunea directă a unor agenți patogeni variați, localizate pe porțiuni mai mari, în mai multe zone topografice ale acesteia.
- De asemenea, stomatitele pot reprezenta manifestarea bucală a unor afecțiuni generale.
- Multiplele cauze locale și generale care stimulează apariția stomatitelor, făcând aproape imposibilă clasificarea etiologică, au determinat în ultimele decenii (CHARLES RUPPE – 1931) **clasificarea stomatitelor după aspectul macroscopic**: eritemul, papula, vezicula, pustula, bula, ulcerația sau eroziunea, fisura.

# Stomatitele sunt grupate în:

- Eritematoase
- Veziculoase
- Veziculo – pustuloase
- Buloase
- Ulcero – necrotice

# Stomatite veziculoase

Leziunea de bază este **vezicula**, care la rîndul său apare ca rezultat a unui proces morbid.

**Vezicula** este o leziune elementară cu conținut lichidian transparent, cu diametrul cuprins între 2 – 5 mm.

Este o leziune fină, care se traumează ușor transformîndu-se în ulcerăție superficială cu risc sporit de suprainfecție bacteriană.

# Stomatite veziculoase

Sunt caracterizate de aparitia unor vezicule diseminate in cavitatea bucala, izolate sau în buchet.

Virusurile frecvent implicate în declanșarea maladiilor, care au sindromul de afectare a mucoasei

bucale sunt: herpes simplex 1;  
varicelo-zosterian si enterovirusurile.

# Gingivostomatita herpetică

**Infectia primară** cu HSV 1 este obișnuit inaparentă. Formele simptomatice afectează mai ales copiii între 1 și 14 ani.

**perioadă de incubatie între 2 și 26 zile**

**Debutul** - acut cu febră, starea generală este alterată, disfagie, inapetentă, uscăciunea mucoasei bucale cu senzație de arsură.

Din primele zile se constată **stomatita veziculoasă**, ulterior aftoasă.

# Gingivostomatita herpetică

**Mucoasa bucală** este hiperemiată, edemațiată, cu multiple vezicule localizate pe mucoasa jugală, palatină, gingivală, linguală, amigdaliană, deseori și pe buze și perioronazal.

Leziunile se transformă în eroziuni superficiale, albicioase, extrem de dureroase, uneori ulcerază și sunt acompaniate de sangerări gingivale, hipersalivare, halenă fetidă, tulburări de masticăție, adenopatie submandibulară și laterocervicală.

- **Prognosticul este favorabil**
- leziunile vindecandu-se complet in 1-2 saptamani.
- **La adulti** herpesul labial este forma cea mai frecventă, cu implicarea amigdalelor si faringelui in unele cazuri leziunile herpetice pot fi răspândite prin autoinoculare pe față, gât, torace ;
- **la copiii mici**, care sug degetul se poate dezvolta panarițiu herpetic.
- **Imunodeprimatii si copiii malnutriți** sunt predispuși la suprainfectii bacteriene ce pot duce la ulceratii cu necroză cu prognostic rezervat.



# Herpesul secundar

Apare în urma reactivării virusului latent din ganglionii senzitivi ai nervilor cranieni sau spinali, ca urmare a unor **factori stimulanți**: febra, stres, expunere la raze ultraviolete, traume locale, dereglări hormonale, după manipulații stomatologice ; la copii mici în perioada erupțiilor dentare, etc.



DOIA

(c) University Erlangen,  
Department of Dermatology



**Первичный герпетический стоматит у ребенка.**



**Герпетический стоматит с поражением кожи.**



Though more common near the lips, grouped blisters (vesicles) can occur anywhere in herpes infections.



This picture shows the early vesicular stage of the infection.



Photo courtesy of CDC - Dr. Thomas Sellars, Emory University



**Герпетическое поражение пальца.**

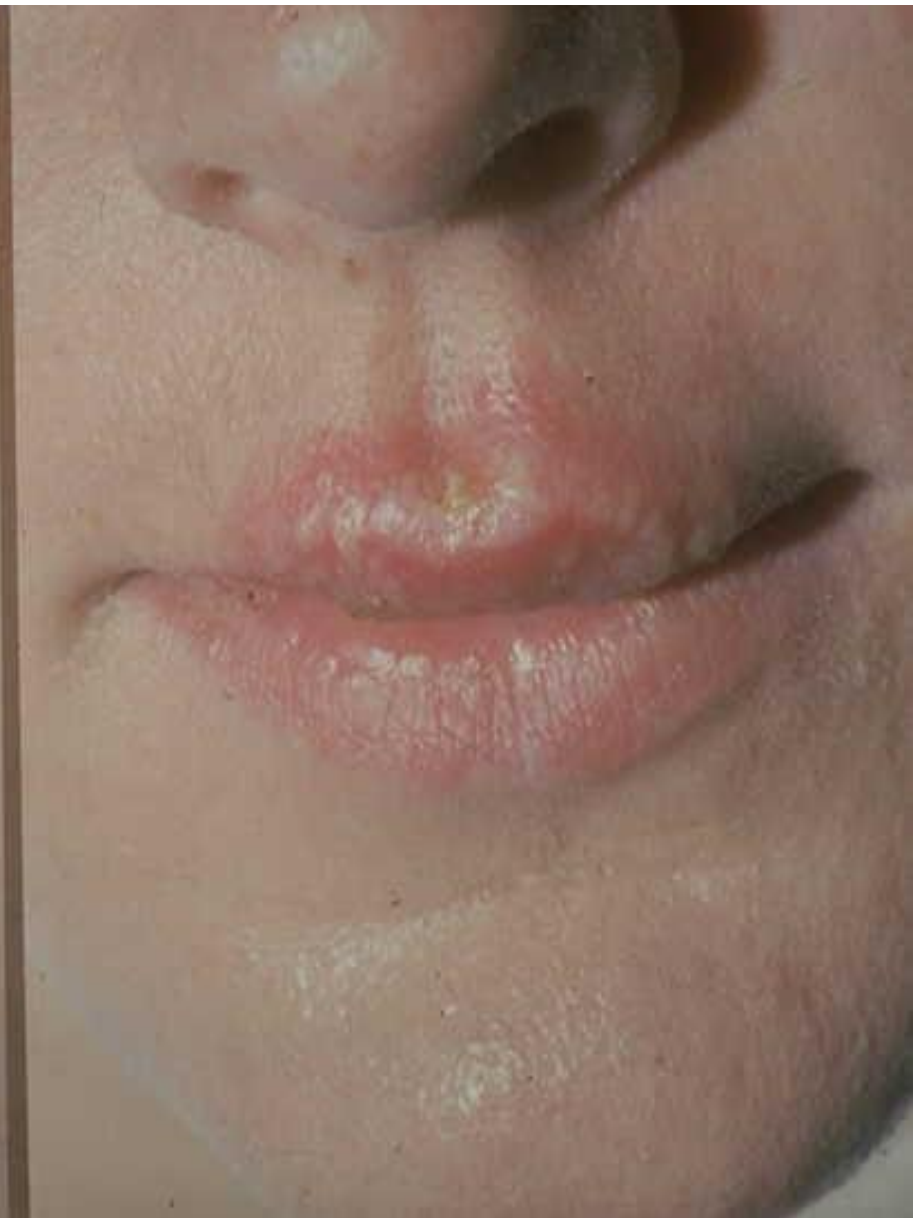
# Other forms of cutaneous herpes







(c) University Erlangen,  
Department of Dermatology  
Phone: (+49) 9131-85-2727





**Cold sores, which are typical of oral herpes infection, are seen clustered on the rim of the lip.**





**Рецидив герпетической инфекции.**

# Diagnosticul

se stabilește în baza datelor :

- clinice obiective
- epidemiologice
- anamneza actualei boli
- anamneza veștii
- investigații paraclinice



## Diagnostic de laborator

- Izolarea HSV 1 se realizeaza prin inocularea lichidului din vezicule pe culturi de celule, cu aparitia rapida, in 24-48 ore, a unui efect citopatic caracteristic ce include celule gigante multinucleate cu incluzii intranucleare acidofile.
- Un test rapid (în câteva ore) de diagnostic **este examenul prin tehnica imunofluorescență,**
- **analiza imunoenzimatică pentru determinarea anti-HSV IgM și anti-HVS IgG,**
- **determinarea ADN-ului viral prin metoda (PCR), etc.**

# Tratament.

- Chimioterapicul de elecție este **Aciclovir** (Zovirax, Virolex) capsule (200 mg. 5 ori/zi) timp de 5 - 10 zile. In forme severe se va aplica endovenos în condiții de spital.
- **Igiena mucoaselor** cu soluții antiseptice, local – unguente cu aciclovir (virolex, zovirax). Se pot recomanda comprimate de imudon care au efect imunomodulator, antimicrobian și antiinflamator local.
- **Detoxifiere** prin aport de lichide (ciai cald, apă plată), în forme severe perfuzii endovenoase în spital.
- In suprainfecții bacteriene – **antibioticoterapie**.
- **In convalescență** se recomandă aplicări locale cu ulei de cătină, aevit, regesan(ulei din semințe de struguri) și altele.

# Stomatita veziculoasă produsă de virusul varicelo-zosterian

- Această stomatită poate fi întâlnită în **varicelă**.
- boală eruptivă a copilăriei, dar o fac și persoanele adulte, care nu au imunitate față de acest virus. Este **extrem de contagioasă**.
- Perioada de incubație de la **7 pînă la 21 zile**.
- **Debutul este acut**, cu semne generale de intoxicație, febră și apariția elementelor eruptive pe corp, mucoase. La început apare macula – papula – vezicula – crusta.
- **Pe tegumente** avem un « **polimorfizm fals** » al erupțiilor
- **Pe mucoasa bucală** apar vezicule izolate pe partea dorsală a limbii, pe boltă și vălul palatin.
- Rar veziculele apar și pe mucoasa laringiană ( "**crup varicelic**" ).
- **Erupțiile apar în pusee**, la interval de 2-3zile, încît putem vedea » polimorfizmul fals » eruptiv.





**Везикула на конъюнктиве.**



**Везикулы на языке.**



**Везикулы на нёбе.**



**Кровоизлияния на нёбе.**

This is a picture of an early [chickenpox](#) lesion in the mouth.



Photo Courtesy of CDC

**Полиморфизм сыпи.** Сыпь при ветряной оспе очень быстро проходит стадии пятна, папулы, везикулы, пустулы и корки.





# Локализация сыпи



# Chickenpox - Typical Early Lesion



Photo Courtesy of CDC - Joe Miller



This is a classic early chickenpox lesion - a vesicle on an erythematous base also known as "a dew drop on a rose petal."



Photo Courtesy of CDC - Dr. Heinz F. Eichenwald

## zona-zoster

este provocat de virusul **Varicella- zoster**.

Se întâlnește de obicei la adulți mai rar la copii, care au suportat varicela.

Se caracterizează prin exantem și enantem vezicular, unilateral, pe fond eritematos pe traectul unuia din cele trei ramuri ale **nervului Trigeminal (n. Mandibular, n. Maxilar, n. Oftalmic)**.

Debut brutal, cu cefalee, febra, alterarea stării generale, iar local prin senzație de usturimi, arsură și mai ales durere pe traectul pe care va arăta erupția. Peste 2-4 zile apare erupția.

Erupția este însoțită de dureri și adenopatie regională.

Nevralgiile pot persista mult după vindecarea leziunilor.

- **La nivelul mucoaselor veziculele sunt diseminate, pe fond eritematos, se ulcerează ușor, sunt dureroase, se vindecă fără cicatrice.**



**Herpes zoster**



**Сыпь на небе. При поражении  
тройничного  
ганглия сыпь может появиться на  
слизистой.**

# Herpes zoster (shingles) - close-up of lesion



- **Diagnosticul** se stabilește în baza datelor clinice, epidemiologice, virusologice și serologice.
- **Diagnostic diferențial** :  
gingivostomatita herpetică, otite acute, nevralgii faciale, dureri de origine dentară, etc.

# Tratamentul etiotrop cu Aciclovir

## Tratamentul paleativ.

- **Local** : la nivelul mucoaselor băi alcaline, antiseptice, analgezice, violet de gențiană, etc.
- **General** : analgezice, antiinflamatoare nesteroidice, vitamine din gr.B,
- **În suprainfecții bacteriene – antibioticoterapie** (ampicilină, eritromicină, metronidazol, tetraciclină contraindicată copiilor), băuturi calde abundente, alimentație semilichidă.

# Tratament antiviral

	<b>Copii</b>	<b>Adulți</b>	<b>Gravide</b>
<b>Aciclovir</b> (Euvirox, Virolex)	20 mg/kg per os x 4 ori/zi 5-7 zile sau 500 mg/m <sup>2</sup> i/v x 3 ori/zi 7-10 zile	800 mg per os x 5 ori/zi 5-7 zile, sau 10 mg/kg i/v x 3 ori/zi 7-10 zile	10 mg/kg i/v x 3 ori/zi 7-10 zile... 800 mg per os x 5 ori/zi 7 zile...
<b>Famciclovir</b>	-	500 mg per os x 3 ori/zi 7 zile	-
<b>Valaciclovir</b>	-	1000 mg per os x 3 ori/zi 7 zile	-



**Herpangina** este produsă de virusurile Coxsackie A și ECHO

apare sporadic, rar epidemic, mai ales vara și toamna.

Frecvent întâlnită la copii.

**Debutul** este brusc, cu sindrom febril, cefalee, mialgii, vomă, disfagie, dureri abdominale.

**Enanțemul** este initial eritematos, urmat de apariția unor vezicule mici cu conținut transparent pe amigdale, stâlpii amigdalieni și vălul palatin.

Acestea se ulcerează rapid și sunt înconjurate de un halou roșu, apoi se vindecă în 3-5 zile.

Boala este benignă.

- **Diagnosticul** se stabilește în baza datelor clinice, epidemiologice, virusologice și serologice.
- **Diagnostic diferențial** :  
gingivostomatita herpetică
- **Tratamentul** este simptomatic. Se recomandă gargare cu soluții antiseptice.



**Пятнисто-папулезная сыпь на  
лице  
(вирус ЕСНО-19).**



Герпес: дифференциальный диагноз с герпангиной. Герпетические поражения (снимок) могут быть похожи на сыпь при герпангине, однако при герпангине сыпь, как правило, не переходит на твердое небо.

# Stomatite buloase

- **Sunt afecțiuni caracterizate prin apariția bulelor (leziuni elementare de tip vezicular, mari, cu diametrul de la 5mm la câțiva cm) la nivelul tegumentelor și mucoaselor .**

- Apar la persoane trecute de 35 - 40 ani (pemfigusul), pot apărea bule în urma administrării unor medicamente, produse alimentare, iradiații, modificări de temperatură avînd la baza patogenică **componentul alergic – autoimun**.
- Stomatitele buloase mai frecvent întîlnite de stomatologi, care impune un diagnostic precoce sunt: **pemfigusul, eritemul polimorf, toxidermii buloase**.

- Termenul **PEMFIGUS** cuprinde un grup de boli buloase autoimune ce afectează pielea și mucoasele.
- **Caracteristica histologica** este reprezentată de bula intraepidermică al cărui mecanism de producere este acantoliza
- **imunopatologic** - autoAc de tip IgG împotriva suprafeței celulelor epidermei.
- În grupul PEMFIGUS sunt incluse 3 tipuri majore de boli:

In grupul **PEMFIGUS** sunt incluse 3 tipuri majore de boli:

- 1. PEMFIGUS VULGAR (PV)** – bula este situata deasupra stratului bazal
- 2. PEMFIGUS FOLIACEU (PF)** – bula este situata superficial, in stratul granulos
- 3. PEMFIGUS PARANEOPLAZIC (PP)** – localizare identica cu PV dar deosebita clinic, imunologic, histologic. Frecvent se asociaza cu neoplasme ale tesutului limfoid.



- Prevalenta bolii este egală la ambele sexe, vârsta medie de apariție este decada a-5 – 6-a de viață in 80 – 90 % din cazuri, deși au fost descrise cazuri care au debutat in copilărie.

- **PEMFIGUSUL VULGAR** (PV) – se manifestă clinic prin apariția erupțiilor succesive de bule pe tegumente și mucoase, cu lichid clar la început, apoi purulent sau hemoragic, care se lezează formînd eroziuni extrem de dureroase acoperite cu o membrană albicioasă-cenușie.

- **PV** se caracterizeaza prin leziuni precoce ale mucoasei cavității bucale in aproape toate cazurile.
- Din nefericire, frecvența crescută a debutului bolii la acest nivel (care poate să preceadă cu 5 luni uneori fiind unica localizare a bolii) nu conduce intotdeauna la un diagnostic precoce.
- Boala are o evoluție cronică. Inainte de introducerea corticoterapiei, boala era fatala.
- Dupa introducerea corticoterapiei, mortalitatea a scazut considerabil, in prezent cauzele principale de deces fiind datorate complicatiilor corticoterapiei

# Diagnostic diferențial

- Lichenul roșu plan,
- Pemfigoid,
- Eritem polimorf

## Diagnosticul clinic in Pemfigus Vulgar

- **Examenul clinic** obiectiveaza eroziuni si ulceratii multiple, de culoare rosie, alba sau o mixtura a celor doua culori, dureroase, fără depozite fibrinoase, cu colereta marginală epitelială, cu evolutie cronică; **semnul Nikolski pozitiv** (bule sau ulceratii după presiunea orizontală usoară aplicată pe mucoasa bucală) este un indicator pentru **Pemfigus Vulgar**

## Diagnostic de laborator

- **Examenul citologic** al produsului de grataj este util ca element orientativ înainte de biopsie, în formele orale incipiente;
- **Examenul histologic** din mucoasa perilezională arată clivajul orizontal intraepidermic, suprabazal, celule epidermice libere în cavitate.
- **Imunofluorescența directă** din fragment de mucoasă perilezională – depozite de IgG la nivelul membranei citoplasmatică a keratinocitelor;  
**Imunofluorescența indirectă** constituie confirmarea diagnostică. Ac circulanți IgG ce reacționează cu membrana citoplasmatică a keratinocitelor – 80 % din cazuri;
- **Imunoprecipitare și Imunotransfer**, utile pentru caracterizarea specificității autoAc circulanți.

## Conduita terapeutică în Pemfigus Vulgar

- **Corticoterapia sistemică** este tratamentul de elecție în PV, **trebuie prescris numai de clinicienii cu experiență în monitorizarea și evaluarea complicațiilor legate de corticoterapia sistemică.**
- Multi pacienți cu PV necesită asocierea de imunosupresoare pentru o remisie completă și permit scăderea dozelor de prednison
- Cu un diagnostic precoce și tratament agresiv, 50 – 80% din pacienții cu PV au o remisie completă.
- **Tratamentul local** impune o igienă riguroasă a mucoasei bucale cu antiseptice pentru prevenirea suprainfecției bacteriene.

- Orice pacient cu Pemfigus Vulgar sau Pemfigoid trebuie supus unui examen oftalmologic pentru determinarea unor eventuale afectări oculare si dermatologic, in cazul asocierii de leziuni cutanate.



# Pemfigus vulgar



# Pemfigus vulgar



**igur 1** Bulløst pemfigoid i hud. Foto Haukeland Universitetssjukehus





**Figur 2** Bulløst pemfigoid med intakt blemme oralt. Foto Bjarte Grung



## Eritemul polimorf

este considerat o stare reactiva acuta, un raspuns alergic al pielii si mucoaselor la diferite antigene.

**Mecanismul fiziopatologic** implică o reactie alergică de tip III mediată prin complexe imune circulante ce au ca țintă microvascularizația din corion, în asociere cu o reacție de hipersensibilitate întârziată tip IV.

Reacțiile ar avea ca țintă celulele endoteliale.

## Tabloul Clinic :

Debut acut cu :

- febră,
- cefalee,
- adinamie,
- mialgii, artralгии,
- greață de intensitate variabila, ce preced cu câteva zile - o săptămâna erupția propriu-zisă.

- **Leziunile bucale** apar în asociere cu leziuni cutanate sub formă de macule eritematoase care se extind rapid; se asociază cu formarea de bule cu plafon subțire care se sparg destul de repede.
- Formează ulcerații cu contur policiclic, sângerânde, înconjurate de un halou intens congestiv.
- Pot fi observate zone ulcerative pe fond eritematos, cu contur neregulat cu sau fără prezența de bule.
- Eruptia afectează mucoasa zonelor anterioare ale gurii: buze, limba, regiunile jugale, rar gingiile și palatul dur.
- Rosul de buze este aproape totdeauna interesat prezentând bule și ulcerații sângerânde pe fond eritematos în asociere cu cruste hemactice.



# Eritemul polimorf



# Eritemul polimorf



- **Leziunile cutanate**, atunci când coexistă, prezintă aspectul tipic de "cocarda" sau "ținta" sau o asociere de macule eritematoase, vezicule și ulceratii.
- Unii autori privind leziunile bucale de **E.P.**, observă leziuni cutanate asociate în mai puțin de 50% din cazuri.
- **Formele extinse** de **E.P** ce cuprind tegumentul, mucoasa bucala, genitala, conjunctivala, sunt cunoscute ca sindromul **Stevens-Johnson**.

Ветряная оспа и буллезное импетиго. Гангрена кожи.



- **Tratamentul este simptomatic:**  
corticoterapia în cure scurte și doze medii
- **Tratament local** cu antiseptice
- **Vindecarea** se face fără cicatrici, iar stabilitatea rezultatului este legată de **eliminarea în măsura posibilului a factorului cauzal.**
- **Obligator se necesită consultația alergologului.**

## **Eruptiile ulcerative acute (toxidermii buloase)**

- Asemănătoare eritemului polimorf, dar cu o individualitate clinică aparte, aceste reacții pot fi asimilate toxidermiilor, având la bază mecanisme vasculare asemănătoare, posibile reacții tip III mediate prin complexe imune circulante .
- Antigenele cel mai frecvent incriminate sunt: analgeticele, sulfamidele, biseptolul sau conservanți alimentari; calea de patrundere este generală.

- **Clinic** se prezinta sub forma unor eruptii buloase ulcerative acute apărute la 2-3 zile după contactul cu substanta alergenă.
- Au o dispozitie simetrica în zonele posterioare ale cavitatii bucale: **văl palatin, pilierii amigdalieni, zona retromolară, mucoasa jugală.**
- Bulele sunt cu plafon gros, tip subepitelial dând naștere prin spargere unor ulceratii sângerânde întinse, cu contur policiclic.
- Plafonul necrozat al bulelor ramâne de cele mai multe ori pe suprafața sau pe marginile ulceratiilor.
- Nu prezintă un halou congestiv, nu se însoțesc de febră sau adenopatie.



- Leziunile au tendința de autolimitare după suprimarea alergenului.
- Formele acute, întinse răspund bine la corticoterapia generală și/sau locală,
- Nu răspund la tratamentul cu antihistaminice.
- Se necesită consultația alergologului.
- Tratament local cu antiseptice.