

Catedra de odontologie, parodontologie și patologie orală

Diagnosticul diferențial a unor procese cu fenomene de
necrozare a mucoasei bucale. Principii de tratament

Anul de studii 2019-2020

Dr.h.m., prof.universitar Sergiu Ciobanu

GENERALITĂȚI

- ✓ În diagnosticul afecțiunilor mucoasei bucale ne întâlnim cu elemente lezionale și pentru a concretiza diagnosticul, este necesar de a face diferența dintre aceste elemente.
- ✓ Adesea se încurcă noțiunea de **eroziune, aftă și ulcer**, deși toate aceste elemente sunt însoțite de deteriorarea integrității mucoasei bucale, așadar:

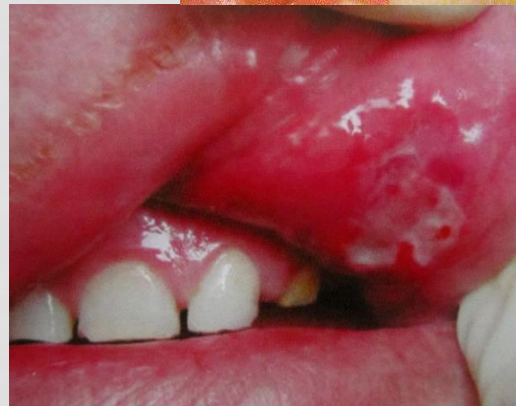
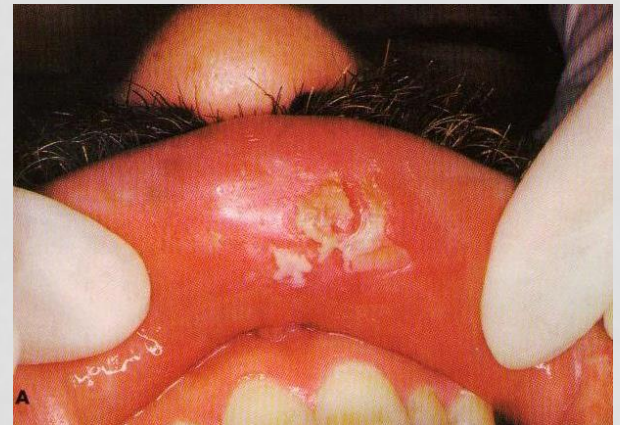


Eroziunea - este o leziune a mucoasei bucale, care apare după un traumatism, sau ruperea/spargerea unei bule, vezicule, sau apare pe locul unei papule, plăci. Ea nu depășește limitele epiteliului și se vindecă fără a lăsa/forma cicatrice. Ea nu are limite bine conturate.

GENERALITĂȚI

Afta - este o eroziune de formă rotundă sau ovală acoperită cu o membrană fibrinoasă și delimitată de un inel/lizereu de hiperemie – lizereu roșu.

Ulcerul – este un defect ce afectează toate straturile mucoasei bucale. Spre deosebire de eroziune, ulcerul este mai profund și are fund și pereți (ex. ulcerăție traumatică, tuberculoasă, canceroasă, etc.). După vindecare rămâne o cicatrice în funcție de profunzimea ulcerăției.



Diagnosticul diferențial

Ulcerul traumatic sau de decubit	Ulcerație tuberculoasă	Șancrul dur	Ulcerul trofic	Ulcerul canceros
<p>1. Apare în locuri unde persistă o traumă cronică (marginii ascuțite ale dinților, obturații, croșete) mai frecvent marginea limbii, buze, palatul dur, jugal</p>	<p>1. Nu este asociată cu trauma. Frecvent pe mucoasa jugală, pe linia de angrenare a dinților, părțile laterale ale limbii, palatul moale. Trauma poate intensifica procesul.</p>	<p>1. Treponema palidă pătrunde în mucoasa deteriorată: prin sânge, cale sexuală. Mai frecvent pe roșul buzelor, limbă, amigdale și gingie</p>	<p>1. Factorul traumatizant este slab pronunțat. Apare pe părțile laterale ale limbii, palatul dur, planșeul bucal</p>	<p>1. Apare pe fundalul unui ulcer traumatic și a afecțiunilor cu fenomene de hiperkeratoză</p>
<p>2. Ulcere solitare care coincid cu locul traumei</p>	<p>2. Pot fi 1-2-3 ulcerații cu o formă oblongată, solitare și multiple</p>	<p>2. 1-3 ulcece, solitare și multiple</p>	<p>2. Unul sau câteva ulcere</p>	<p>2. Un ulcer solitar profund, care progresează rapid</p>

Diagnosticul diferențial

Ulcerul traumatic sau de decubit	Ulceratie tuberculoasă	Șancerul dur	Ulcerul trofic	Ulcerul canceros
3. Mai frecvent se observă la persoanele în vârstă cu turgorul micșorat al mucoasei	3. TBC primar la maturi practic nu se întâlnește. Mai frecvent secundar	3. Mai frecvent la persoane tinere	3. La persoane tinere și în vârstă cu afecțiuni renale, cardiovasculare	3. Mai frecvent la maturi
4. Marginile sunt dense, netede, slab dureroase la palpare. Ulcerile sunt înconjurat cu lizereu hiperemiat cu infiltrație	4. Marginile sunt festonate și subminate neinfiltrate; ulcerile au dimensiuni mici, dureroase la papare. Procesul evoluiază rapid	4. Margini netede, cartilaginoase, indolore la palpare. Suprainfectarea este însoțită de durere. Decurge 6-7 săptămâni, până la 2-3 luni	4. Margini festonate, mai puțin dureroase. Ulcere extinse	4. Marginile proemină, netede, pereții cartilaginoși, indolori la palpare. Înconjurată de hiperkeratoză, infiltrații.

Diagnosticul diferențial

Ulcerul traumatic sau de decubit	Ulceratie tuberculoasă	Șancrul dur	Ulcerul trofic	Ulcerul canceros
5. Fundul/planșeu l dens acoperit cu depuneri necrotice	5. Planșeul și pereții granuloși din contul tuberculilor mici, moale. Acoperit cu depuneri galben-cenușii-purulente	5. Îngust, neted, lucitor, roșu aprins sau acoperit cu depuneri gălbui-cenușii, aspect de slănină	5. Fundul și pereții sunt acoperiți cu depuneri necrotice surii.	5. Fundul cartilaginos, acoperit cu depuneri gălbui murdare și cancerială
6. Țesuturile adiacente sunt puțin inflamate	6. Țesuturile adiacente sunt edemațiate, hiperemiate cu mici abcese, granulele lui Trelat	6. Fără modificări, se modifică la suprainfectare	6. Țesuturile adiacente sunt fără modificări, inflamație minimală	6. Țesuturile adiacente se modifică odată cu aderarea infecției secundare

Diagnosticul diferențial

Ulcerul traumatic sau de decubit	Ulceratie tuberculoasă	Șancrul dur	Ulcerul trofic	Ulcerul canceros
7. Profunzimea ulcerului este evidentă pe palatul dur, poate fi perforația osului	7. Ulcere superficiale	7. Profunzimea diferă în funcție de faza procesului dar profundă cu formarea cicatricelor cu caracter radiant	7. Profunzimea diferă, dar este tendința spre aprofundare	7. Are tendință spre extindere, sângerează
8. Nodulii limfatici măriți, mobili, sensibili la palpare, dureroși	8. La început nu sunt măriți, apoi se măresc, dar sunt elastici și dureroși	8. Nodulii măriți, cartilaginoși, <u>indolori</u> , <u>neconrescuți</u> , între ei și cu țesuturile adiacente	8. Indolri	8. Noduli <u>măriți, indolori</u> , <u>conrescuți cu</u> țesuturile adiacente

Diagnosticul diferențial

Ulcerul traumatic sau de decubit	Ulceratie tuberculoasă	Șancrul dur	Ulcerul trofic	Ulcerul canceros
9. Fără febră	9. t° subfibrilă, stare generală dereglată	9. Fără febră, starea generală normală	9. Stare generală derglată, simptome ale unei boli generale	9. Fără modificări
10. Inlăturarea factorului traumatic și tratamentul ameliorează situația.	10. Tratamentul local – ineficient, ameliorare după tratament general.	10. Factorul local și trat. nu influențează (hiperemie, indurație, eroziune, ulcer în locul inoculării).	10. Cicatrizare lentă, ameliorarea stării generale, inclusiv și procesul local.	10. Fără modificări, lipsa cicatrizării.
11. Citologic-sperochete, bacterii.	11. Celule epiteliale gigante Pirogov-Lanhans, micobacteriele Koch.	11. Treponema palidă.	11. Microflora bucală.	11. Celule epiteliale atipice caracteristice pentru cancer

MULȚUMESC PENTRU ATENȚIE