

USMF “N. Testemițanu”

Catedra odontologie, parodontologie și  
patologie orală

Compartimentul – *Patologia orală*

*Anul universitar 2019 - 2020*

*Prof. Sergiu CIOBANU*

Manifestări alergice în cavitatea bucală.  
Eritemul exudativ polimorf. Stomatita  
aftoasă cronică recidivantă

# Eritemul exudativ polimorf (EEP)

**EEP** - afecțiune acută a pielii și mucoaselor, se caracterizează prin polimorfismul elementelor lezante, cu evoluție ciclică și predispunere către recidive în perioada primăvară-toamnă

Sunt afectate persoanele tinere și de vârstă medie, mai rar persoanele de vârstă înaintată

**Etiologia** se consideră necunoscută, însă este reprezentată de două forme de bază: **infecțio-alergică, toxico-alergică.**

**EEP** poate fi provocat de diverși agenți infecțioși (virusul herpesului simplu, gripei, coci, folosirea medicamentelor – antibiotice, barbiturate, salicilate etc.)

**Mecanismul patogenic** de asemenea nu este clar, însă un rol important îl are factorul imunodificitar

**Factorii favorizanți** sunt reprezentați de suprarăcirea organismului, stresul, prezența focarului de infecție (frecvent - odontogen)

După evoluție deosebim două forme de bază:

- forma ușoară;
- forma gravă sau **sindromul Stiven-Djonson** (la 20-30% din pacienți se întâlnesc recideve).

În prezent teoria unitară consideră că eritemului exudativ polimorf este o forma minoră a sindromului Stevens-Johnson.

EEP, sindromul Stevens-Johnson și sindromul Lyell pot fi considerate forme clinice de gravitate și intensitate diferită ale aceleiași maladii (Bazex și colab).

- Stadiul I- eritem polimorf
- Stadiul II- sindromul Stevens-Johnson
- Stadiul III- sindromul Lyell

## Tabloul clinic

**Forma infecțio-alergică** debutează acut deseori după o suprarăcire cu unele semne prodromale – cefalee, dureri în gât, febră (38-39° C), slăbiciuni, dureri musculare și articulare.

Elementul primar este *pată inflamatorie sau bula* de culoare roșie bine delimitată de formă rotundă sau ovală care se mărește (1-2 cm în zi).

Bula sau vezicula este localizată în centru petei (***simptomul de cocardă***)



Elementele lezante se pot grupa pe perioada activă a afecțiunii, ulterior pot dispărea spontan lăsând o pată depigmentată sau hiperpigmentată

Localizarea leziunilor cutanate este caracteristică cu predilecție pentru mâini, antebrațe, picioare, mai rar gât, față



Localizarea elementelor lezante pe mucoasa CB – preponderent în partea anterioară a cavității bucale: buzele, obrajii, limba, palatul dur





În cavitatea bucală EEP debutează acut cu apariția pe mucoasa cavității bucale (CB) a elementelor de inflamație acută.

Pe fundalul eritematos apare polimorfismul elementelor lezante – bule, care rapid se sparg formând eroziuni întinse deseori confluyente cu depuneri dense de culoare gălbuie foarte dureroase, având la periferie rupturi de epiteliu (*simptomul Nicolski negativ*)



Durata menținerii elementelor lezante este de la 7 la 14 zile  
Crustele dense de pe buze datorită sângelui au o culoare  
brună-neagră.



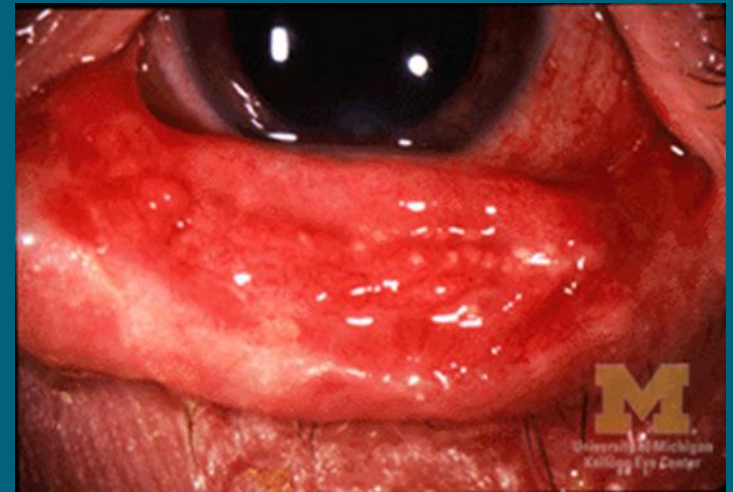
Mucoasa CB este afectată la 1/3 din pacienți cu EEP (forma cutano-mucozală) și 5% din cazuri - forme izolate (afectează numai mucoasa CB). **C.Shklar (1965)** indică afectarea mucoasei CB la 80% din cazuri. **Djordj Laskaris (2006)** menționează că mucoasa CB în EEP este afectată în 20-30% din cazuri, uneori această localizare este unica formă de manifestare a EEP.

**Forma gravă EEP** sau sindromul *Stiven –Djonson* se caracterizează cu un debut acut și rapid – febră până la 40 ° C, dureri articulare, bronho-pneumonie, etc.

Cei care au descris pentru prima data (in 1922) acest sindrom au fost doi medici americani, **Stevens si Johnson**. Din 1922 pana in zilele noastre, conceptul a urmat un traseu mai mult sau mai putin sinuos, fiind incadrat in 1950 de catre **Bernard Thomas** ca o forma severa de eritem polimorf major si ajungand ca in prezent sa fie considerat o entitate distincta de eritemul polimorf, dar din acelasi spectru cu **necroliza toxica epidermica (sindromul Lyell)**.

SSJ si NTE sunt afectiuni rare (incidenta anuala de 1.2-6, respectiv 0.4-1.2 la un milion) ce pot afecta insa mai frecvent categoriile cu risc crescut: **acetilatorii lenti; imunosupresatii (HIV/SIDA, limfoame, imunosupresie medicamentoasa etc.); pacientii cu tumori cerebrale sub radioterapie si tratament concomitent cu anticonvulsivante.**

Apar erupții abundente (pata eritematoasă papule, bule) cu localizare și în alte zone ale corpului – pe pielea pieptului, tălpi, palme (**necrofiza toxică epidermică – sindromul Lyell**), totodată este afectată și mucoasa ochilor și organelor genitale.



În evoluție (ore → zile) apar bulele („basicile”) de dimensiuni variate, pline cu lichid, decolarea devenind tot mai importantă și pielea capătănd aspectul tipic „oparit”.

**Sindromul Stevens-Johnson** și necrofiza toxică epidermică sunt două afecțiuni rare, acute, caracterizate prin eroziuni severe nazale, cutanate și ale mucoasei bucale, cu un indice de mortalitate variind de la 25% la 80% și cu o incidență de 1 la 1 000 000 de persoane pe an. În cele mai multe cazuri aceste afecțiuni sunt produse de medicamente precum antibioticele, antiepilepticele sau sulfamidele.

1. Vera Onu<sup>1</sup> , Marina Casapciuc<sup>2</sup> , Diana Raspopa<sup>3</sup> , Cristina Ogorodnic<sup>3</sup> ,Iraida Serebreanschi<sup>2</sup>. „SINDROMUL STEVENS JOHNSON INDUS DE MEDICAMENTE”. Accesat în 2/9/2019.
2. DR. MĂDĂLINA GEANTĂ. „Reactii postmedicamentoase severe: sindromul Stevens-Johnson si necroliza toxica epidermica”. Accesat în 2/9/2019.
3. Mercedes E. Gonzalez, MD, Clinical Assistant Professor of Dermatology, University of Miami Miller School of Medicine;; Clinical Assistant Professor of Dermatology, Florida International University Herbert Wertheim College of Medicine; Medical Director, Pediatric Dermatology of Miami. „Stevens-Johnson Syndrome (SJS) and Toxic Epidermal Necrolysis (TEN)”. Accesat în 2/9/2019.



University of  
Zurich<sup>UZH</sup>

Zurich Open Repository and  
Archive  
University of Zurich  
Main Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
www.zora.uzh.ch

Year: 2017

Clinical Review & Education

JAMA Dermatology | Consensus Statement

## Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis Standard Reporting and Evaluation Guidelines Results of a National Institutes of Health Working Group

Emanuel Maverakis, MD; Elizabeth A. Wang, BS; Kanade Shinkai, MD, PhD;  
Surakameth Mahasirimongkol, MD, MSc, PhD; David J. Margolis, MD, PhD; Mark Avigan, MD, CM;  
Wen-Hung Chung, MD, PhD; Jennifer Goldman, MD; Lois La Grenade, MD, MPH; Munir Pirmohamed, PhD, FRCP;  
Neil H. Shear, MD, FRCP, FACP; Wichitra Tassaneeyakul, PhD; Wolfram Hoetzenecker, MD, PhD;  
Jettanong Klaewsongkram, MD; Ticha Rerkpattanapipat, MD; Wiparat Manuyakorn, MD, PhD;  
Sally Usdin Yasuda, MS, PharmD; Victoria R. Sharon, MD; Andrea Sukhov, BA; Robert Micheletti, MD;  
Jeff Struewing, MD, MS; Lars E. French, MD; Michelle Y. Cheng, MD

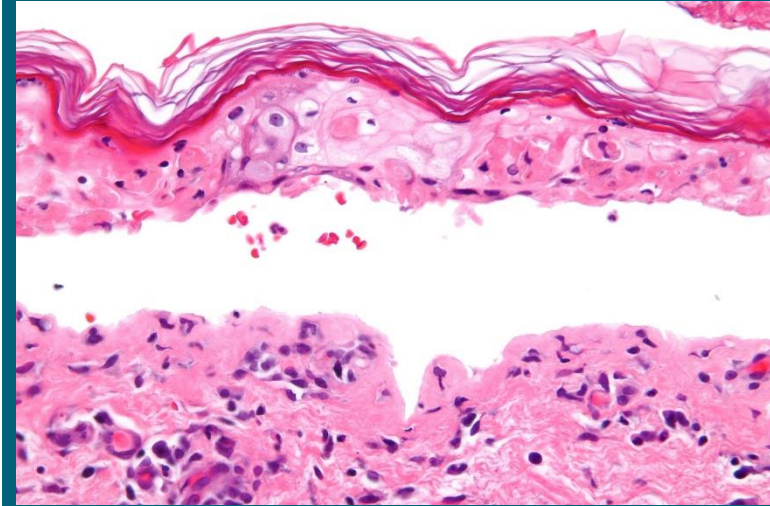
**IMPORTANCE** Toxic epidermal necrolysis (TEN) and Stevens-Johnson Syndrome (SJS) are rare, acute, life-threatening dermatologic disorders involving the skin and mucous membranes. Research into these conditions is hampered by a lack of standardization of case reporting and data collection.

+ Supplemental content



În 2015, the [NIH](#) and the [Food and Drug Administration \(FDA\)](#) organized a workshop entitled “Research Directions in Genetically-Mediated Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis”.

**T**oxic epidermal necrolysis (TEN) and Stevens-Johnson Syndrome (SJS) are acute life-threatening dermatologic disorders that involve the skin and mucous membranes and arise mostly from severe adverse drug reactions. These conditions are characterized by epidermal necrosis, leading to erosions of the mucous membranes, widespread detachment of the epidermis, and severe constitutional symptoms.<sup>1,2</sup> The incidence of TEN is estimated at 0.4 to 1.2 cases per million person-years, while SJS is estimated at 1.0 to 6.0 cases per million person-years.<sup>3</sup> Although rare, these disorders are associated with high morbidity and mortality even in previously healthy patients.<sup>4</sup>



*JAMA Dermatol.* 2017;153(6):587-592. doi:10.1001/jamadermatol.2017.0160  
Published online March 15, 2017. Last corrected on June 28, 2017.

**Author Affiliations:** Author affiliations are listed at the end of this article.

**Corresponding Author:** Emanuel Maverakis, MD, Department of Dermatology, University of California, Davis School of Medicine, 3301 C St, Ste 1400, Sacramento, CA 95816 (emaverakis@ucdavis.edu).

© 2017 American Medical Association. All rights reserved.

587

În cavitatea bucală în forma gravă sunt prezente suprafețe erozive întinse pe mucoasa obrjilor, limbii, planșeului bucal, marginea roșie a buzelor





**Forma toxico-alergică a EEP** apare după administrarea medicamentelor, după imunizări și vaccinări

Se caracterizează cu erupții cutanate simetrice în zona antebrațelor, palmelor, tălpilor și pe mucoasa cavității bucale și a buzelor.



EEP f/toxico-alergică. Eroziuni și cruste hemoragice pe roșul buzei



Eroziuni întinse cu depuneri fibrinoase pe mucoasa buzei inferioare și superioare



**Diagnosticul EEP** se stabilește în baza datelor clinice (legătura cu factorul infecțio-alergic), rezultatele testelor imunologice (reacția de transformare a limfocitelor, degranularea bazofilelor Șhelli).

**Diagnosticul diferențial cu:**

- pemfigusul;
- stomatita herpetică acută;
- stomatita medicamentoasă

# Tratamentul EEP

## Local:

- analgezice;
- înlăturarea depozitelor dentare moi
- utilizarea substnțelor antiseptice (peroxidul de oxigen – 1%), clorhexidina – 0,05%, miramistina 0,05%
- fermenți proteolitici – pentru înlăturarea membranelor fibrinoase
- preparate antiinflamatoare – hexoral, rotocan, unguente de 0,5% prednisolon, 1% hidrocortizon, 0,25 fluținar, 0,1 ftorocort – aplicații pe elementele lezante timp de 10-15 min, 2-3 x zi x 7-10 zile

După înlăturarea procesului acut se administrează preparate ce stimulează regenerarea – ulei de cătină albă, vit.A, retinol-acetat, ulei de măcieș, ung. de solcoseril, pastă adezivă cu slocoseril.

- Proceduri fizioterapeutice – terapia cu laser.
- Asanarea cavității bucale

## Tratament general

### - Preparate antiinflamatoare

- paracetamol 0,5 x 1p. x 4 x zi
- acidul acetilsalicilic 0,5 x 1p. x 3-4 x zi

### -Antiinflamatorii nespecifice - diclofenac 25-50 mg x 2-3 x zi

### -Terapia desensibilizantă:

- tavegil/erolnă 0.001 x 1p. x 2 x zi după masă
- claritin 0,01 x 1p. la 24 ore
- histoglobulin 1-2-3ml pentru un curs x 4-10 injecții

### -Terapia de detoxicare:

- tiosulfat de Na x 10 ml i/v x 1 x 24 ore x 10-12  
injecții pentru un curs

### -Vitamino-terapia –vit. C, PP

- În formele grave (sindromul Stiven-Djonson) - corticosteroizi
- prednizolon x 60-80 mg, poliglukin, hemodeză etc.

## Stomatita aftoasă cronică recidivantă

Reprezintă un proces inflamator cronic al mucoasei cavității bucale și se caracterizează prin apariția aftelor, decurge cu remisiuni periodice și agravări frecvente. **Frecvența de 5% din totalul afecțiunilor mucoasei CB.**

- Conform datelor lui Djordj Laskaris (2006) este una dintre cele mai răspândite afecțiuni ale mucoasei CB și afectează 15-30% din populație.
- Femeile sunt afectate mai frecvent decât bărbații.
- Aftele pot apărea la orice vârstă, însă mai des apar la vârsta 20-30 de ani.
- Destul de frecvent SACR (30-40%) poartă un caracter de familie.

# Etiologie

SACR este una dintre cele mai vechi afecțiuni ale mucoasei CB, cunoscută fiind încă pe timpurile lui Hipocrate, totodată etiologia rămâne necunoscută.

Mulți autori consideră ca factori de bază în apariția SACR sunt:

- Predispunerea genetică
- traumele mucoasei bucale
- stările alergice (la alimente, medicamente, alergeni microbieni)
- stresul
- dereglările funcției pancreasului
- infecțiile aparatului respirator
- afecțiunile de sistem

*Datele științifice acumulate la acest capitol confirmă rolul dereglărilor imunologice, îndeosebi celulare*

# Tabloul clinic

În perioada latentă a afecțiunii pacienții **acuză**:

- Senzație de usturime, arsură,
- dureri de scurtă durată,
- parastezia mucoasei în locul unde v-a apărea afta.



## Obiectiv:

- Sunt prezente sectoare hiperemiate ale mucoasei bucale,
- edem neânsemnat și evidențierea vaselor sangvine,
- peste câteva ore apare **elementul lezant** – afta, dureroasă la palpare,
- afta are forma **ovală sau rotundă**, acoperită cu peliculă fibrinoasă de culoare alb-gri care foarte greu se înlătură. La înlăturarea membranei se expune o suprafață erozivă sângerândă și dureroasă.

**Localizare** – mucoasa buzelor, jugală suprafețele laterale ale limbii, pliurile de tranziție.



Aftele persistă 8-10 zile, recidivează peste 2-8 săptămâni, uneori peste câteva luni.



După gravitatea procesului deosebim 3 forme:

- **Forma ușoară** – afte *solitare (1-2)*, slab-dureroase acoperite cu pelicule fibrinoase, din anamneză se depistează patologia tractului digestiv – predispunere către metiorism.
- **Forma medie** – mucoasa slab hiperemiată, palidă, în partea anterioară a CB sunt prezente *până la 3 afte*, acoperite cu fibrină, foarte dureroase la atingere. Din anamneză deasemenea se depistează patologia tractului digestiv – predispunere către metiorism, constipații.
- **Forma gravă** – prezența *multiplelor afte* în diverse sectoare ale mucoasei bucale. Frecvent recidivează (lunar sau permanent). În primele zile apare febra, cefalee, slăbiciuni, apatie, adinamie.

La examenul fibrogastrosopic se depistează hiperemia mucoasei, prezența eroziunilor și a aftelor sângerânde și în stadiul de epitelizare. Din anamneză – gastrită hipo- sau hiperacide, suferă de constipații, dischinezia căilor biliare, etc.

I. Rabinovici evidențiază următoarele forme clinice a SACR: fibrinoasă, necrotică, glandulară, cicatrizantă, deformantă.

**Forma fibrinoasă** se caracterizează prin apariția a 3-5 afte pe mucoasa CB. Se epitelizează peste 5-10 zile. Apare în zonele unde lipsesc glandele salivare mici.

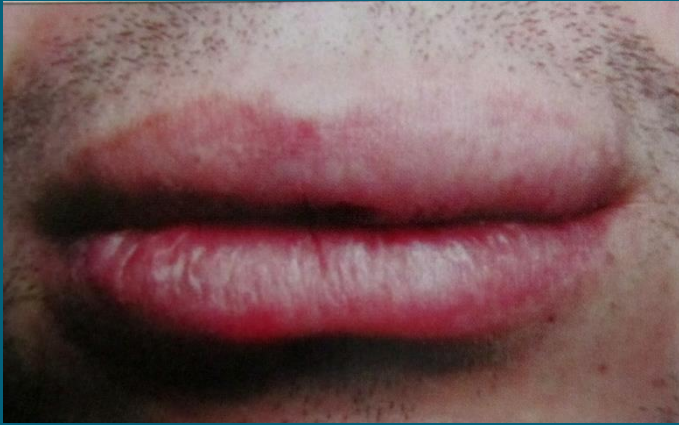
**Forma necrotică** – debutează cu spasmarea de scurtă durată a vaselor cu apariția sectoarelor de necroză și formarea eroziunilor. Elementele necrotizante ușor se detașează. Epitelizarea se petrece peste 10-20 de zile.

**Forma glandulară** - se caracterizează prin afectarea epiteliului ductului glandelor salivare mici. Pe mucoasă apar eroziuni pe fundul cărora se observă sectorul terminal al glandelor salivare. La baza eroziunii este prezent infiltratul inflamator.

Localizarea elementelor lezante – planșeul bucal, mucoasa jugală, palatul dur și moale, buzele și baza limbii. Epitelizarea se durează de la 7 la 30 de zile



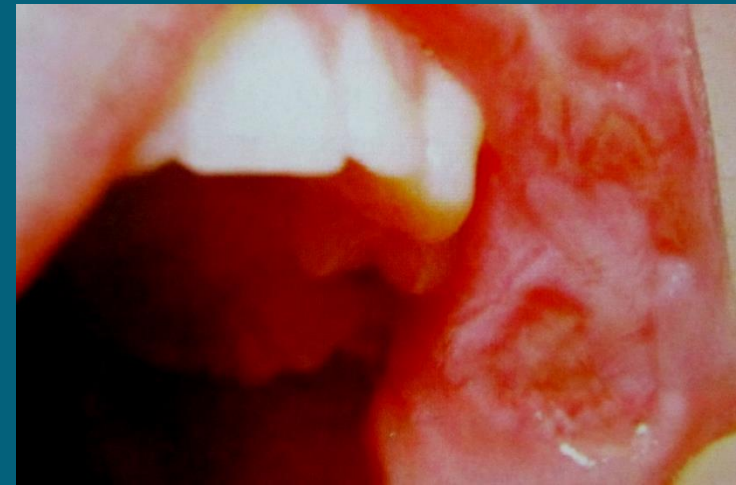
**Forma cicatrizantă și deformantă** se caracterizează prin apariția cicatricilor deformante în locul unde au persistat aftele (aftele lui Setton). Cicatrizarea se petrece peste 20-25 în unele cazuri peste 2-4 luni de zile cu formarea cicatricii deformante



*Aspectul exterior al pacientului cu forma cicatrizantă a SACR*



*Aftele Settona la diferite etape de evoluție*





*SACR. Aftă de formă ovală, gigantă, acoperită cu depuneri fibrinoase*



*SACR. Ulcer cu margini neregulate cu margini pronunțate și indurate*



*SACR. Cicatrice deformantă în locul ulcerațiilor*

## Diagnosticul diferențial cu:

- Stomatita herpetică cronică recidivantă
- EEP
- ulcere traumatice
- stomatita medicamentoasă
- sifilisul

## Tratamentul - Local:

- Asanarea focarelor de infecție și înlăturarea factorilor predispozanți.
- Asanarea cavității bucale.
- Anestezierea mucoasei cavității bucale.
- Prelucrarea antiseptică a mucoasei CB.
- Blocade sub elementele lezante după principiul anesteziei infiltrative.
- Aplicarea peliculelor de colagen cu diverse medicamente.

## General :

- Respectarea rației alimentare (dieta), se recomandă dietă antialergică și bogată în vitamine.
- Terapia de desensibilizare.
- Histoglobulină – 2 ml x 2 x săptămână i/m x 6-10 injecții pentru un curs.
- Levamisol (decaries) - 0,15 gr. x 1 x zi x 3p. pentru tot cursul peste 3-5 zile. Cursul se repetă (3 cursuri – 9 pastile).
- Vitamina U x 0,05 x 3 x zi x 30-40 de zile
- În formele grave – corticosteroizi (prednisolon x 15-20 mg în sucă).
- preparate sedative și tranchilizante după necesitate.
- Dalargină 1 mg x 2 x zi x 10 zile.

# Profilaxia

- Asanarea cavității bucale.
- Înlăturarea focarelor de infecție (Pt. cronică, PMC, tonzilita, etc.)
- Tratamentul patologiilor sistemice.
- Persoanele ce suferă de SACR trebuie să respecte dieta, regimul de muncă și odihnă.
- Evidența de dispensar în vederea efectuării tratamentelor antiricidive

MULTUMESC PENTRU ATENȚIE