

Cheilitele



- **Cheilitele** - sunt afecțiuni inflamatorii benigne ale buzelor. AL Mashkilleyson și S. A Kutin au propus să împartă toate cheilitele în două grupuri:
 - 1. Cheilitele sinestătătoare și
 - 2. Cheilitele simptomatice
- Cheilitele sinestătătoare includ; cheilita exfoliativă, glandulară, de contact (simplă și alergică), meteorologică și actinică.
- Cheilitele simptomatice includ:- cheilita atopică, exematoasă, macrocheilita ca un simptom al sindromului Melkersson-Rosenthal, cheilită plasmocelulară, cheilită în ihtioza și hipovitaminozele.

- **Cheilita exfoliativă** - o afecțiune cronică în care este afectată doar bordura roșie a buzelor. Printre factorii etiologici mulți cercetători atribuie un rol principal dereglării funcției sistemului nervos, diferitor fenomene psihopatologice- reacțiilor depressive, de fobie. Rolul factorilor genetici a fost stabilit doar atunci când erau observate cazuri familiale de cheilită exfoliativă. **Există dovezi de disfuncție tiroidiană la pacienții cu această formă.** Sa constatat că această formă se întâlnește mai des la femei. Vârsta pacienților a variat de la 3 la 70 ani, dar cele mai multe ori 20-40 ani.

- **Din punct de vedere clinic**, există două forme de cheilită exfoliativă - **exudativă și uscată**.
- **Forma exudativa** se caracterizează prin durere pronunțată, prurit și edem al buzelor, de aceea bolnavii care suferă de această **formă țin gura deschisă**; pe margine roșie a buzelor apar, scoame (cruste) de culoare gri-galben sau galben-brun, care acoperă linia roșie (lui Klein), care împiedică la vorbire, alimentație iar **uneori aceste scoame atârnă ca un șorț**, însă marginea roșie la hotarul cu pielea nu este afectată. După îndepărtarea crustelor se observă o suprafață umedă, netedă a liniei roșii a buzelor de culoare roșu aprins, **dar caracteristic pentru cheilita exfoliativă este că nici odată nu se formează eroziuni**.

- **Formă uscată**, este caracterizată prin apariția scuamelor în centrul buzelor, care sunt legate de mucoasa bordurii roșii numai cu un capăt, iar celălalt fiind liber atârnat, iar bolnavii le mușcă foarte des. Afecțiunea ne amintește drept o lentă întinsă de la un unghi la altul al buzei. Peste 3-5 zile scuamele se înlătură ușor, mucoasa rămânând netedă fără eroziuni, observându-se doar un focar de hiperemie pronunțat. Peste 5-7 zile scuamele se formează din nou. Bolnavii acuză uscăciune, prurit și aspect inestetic al buzelor. Boala decurge monoton fără înclinație înspre remisiune sau autovindecare. Forma uscată poate trece în formă exsudativă.

Histologic cheilită exfoliativă se caracterizază prin para-și hiperkeratoză cu pierderea legăturii între celulele din straturile spinoase și stratului cornos.

Diagnostic diferențial- cheilita exfoliativă ar trebui diferențiată de alte forme de cheilite, care au manifestări clinice similare și anume de;-

1.cheilita atopică în care procesul inflamator afectează pielea buzelor în deosebi în regiunea unghiurilor gurii.

2.forma exudativă de- forma exudativă a cheilitei actinice.**3. Forma uscată de-** cheilita meteorologică, alergică, de contact, și lupusul eritematos.

Tratamentul-trebuie să fie complex și să includă;

- Deprinderea rațională a igienei cavității bucale
- Asanarea cavității bucale
- Șlefuirea marginilor ascuțite a dinților
- Înlăturarea tartrului supra și subgingival
- Înlăturarea resturilor radiculare
- Tratament ortopedic
- Înlăturarea deprinderilor vicioase



■ **Tratament general**

- 1. Terapie sedativă (valeriană, leonur, persen, novopasit)
- 2. Tranchilizante (elenium, relanium)
- 3. Antidepresante (amitriptilin)
- 4. Vitamine (A; B; C.)

- **Tratament local:**
- **1. Antiseptici (sol. călduțe de 0,1% apă oxigenată,; 0,05 clorhexidină sub formă de aplicații)**
- **2. Fermenți proteolitici(0,1% sol. Tripsină și chimotripsină) aplicații -20 min, pentru înmuierea scuamelor**
- **3. Glucocorticoizi(LorindenC, Telestoderm, Fluținar) badijonarea buzei afectate într-un strat foarte subțire, pentru înlăturarea edemului, pruritului și usturimii-2 ori pe zi după alimentare-timp de 7-10 zile.**
- **4. E.A. Rîbalchina și N.D. Brusenina(2005) au propus un unguent compus din; Vit. A;E;B1- insulin-ung. Telestoderm și –ung. Solcoseril. Se aplică pe buza afectată de 3 ori pe zi-7-10 zile.**
- **5. Trat. fizioterapic(laseroterapie și fonoforeză cu ung. corticosteroide)**

- Fig. 1, 2. Cheilita Exfoliativă, forma exudativa. Pe linia roșie buzei inferioare, mici fisuri longitudinale prezența cruste și scuame umede strâs atașate pe centru iar marginile liber detașate.



- Fig. 3; 4. Cheilita Exfoliative (forma exudativă). Pe linia roșie a buzei uscate, prezența scuamelor strâns atașat la acesta în centrul și libere pe margini.



- Fig. 5. Cheilită Exfoliative (forma uscata). Scuame pe fundalul unei hiperemii stagnante a liniei roșii a buzei.



- Fig. 6. Cheilită Exfoliative (forma uscata).
Fig. 7. Cheilită Exfoliativă, forma uscata.



- **Cheilita glandulară** . Această boală se dezvoltă ca rezultat al hiperplaziei, hipertfuncției, și, adesea, heterotopia glandelor salivare, în reg. liniei roșii a buzelor și linia de tranziție. Distingem forma **primară** și **secundară** de cheilită glandulară.
- **Cheilită primară glandulară** este o boala care mulți autori au asociat-o ca anomalie înăscută a glandelor salivare. Aceasta boala se întâlnește destul de des, mai ales la barbatii cu vârsta 50-60 de ani și, de obicei nu apare la persoanele tinere sub 20 de ani.

- **Din punct de vedere clinic**, cheilita primar glandulară se caracterizează prin apariția în regiunea de tranziție a membranei mucoase a buzei, (Zona Klein) și, uneori, **chiar și pe linia roșie a buzei ducturile deschise a glandelor salivare sub forma de puncte rosii din care se elimină saliva ca picăturile de rouă, și acoperă buza întreagă.** Adesea, **in jurul ducturilor glandelor salivare se dezvoltă hiperkeratoza în formă de inele,** asemănător leucoplaziei. Datorită faptului că buza la pacienții cu cheilită glandulară este constant umezită cu salivă, care se evaporă, frontiera rosie devine uscată, și este expusă la exfoliere. Pe fonul acesta, se dezvoltă frecvent fisuri, eroziuni, leziuni pre-canceroase.

- **Fig. 8,- 9.Cheilita Glandulară. Pe fondul mucoasei buzei inferioare puțin schimbate sunt vizibile picături de salivă (simptom al picăturii de rouă). Sectorul este rotunjit, proeminent deasupra nivelului epiteliului, se aseamănă cu un chist de retenție.**



- Fig. 10, 11. Cheilita Glandulară. În mucoasa buzei superioare sunt vizibile picături de saliva și ducturile deschise a glandelor salivare mici.



- **Cheilita glandulară secundară** este o consecință a bolilor infecțioase cronice în care pot fi afectate mucoasa sau chenaru roșu a buzei. În acest caz, pe fondalul manifestării bolii de baza, **mai ales în mucoasa liniei de trecere se observă ducturile deschise ale glandelor din care se elimină picături de salivă.**
- În caz de cheilită glandulară pacienții acuză dureri atunci când vorbesc, și la alimentație, în deosebi **picantă și fierbinte.** Cheilită glandulară nu este precancer, dar aceasta creează un mediu favorabil pentru dezvoltarea unor boli precanceroase. **De stabilit diagnosticul de cheilita glandulară** pentru stomatolog este ușor. Cu toate acestea, trebui să se facă distincția între cheilita primară glandulară și cea secundară cauza, căreia pot fi diferite boli inflamatorii ale buzei.

- **Tratament.** Cheilita primară glandulară în lipsa acuzelor și inflamației mucoasei buzelor nu necesită tratament. În caz că pacientul acuză (uscăciune, dureri, exfoliere, fisuri, ardere) se va efectua un tratament complex. În cheilita glandular secundară, care apare pe fondul de diverse boli ale buzelor (lichen plan, leucoplazie), este necesar de a trata afecțiunea de bază a buzelor. Tratamentul cheilitei glandular purulente, care rezultă în urma pătrunderii infecției în ducturile deschise ale glandelor salivare, este complicat pentru medicul stomatolog și se va efectua pe etape.

- **Tratament local.** *Prima etapă a tratamentului va include:*
 - - deprinderea pacientului la o igienă rațională orală.
 - - asanarea cavit.bucale.
 - - șlefuirea marginilor ascuțite ale dinților.
 - - înlăturarea dinților distruși și a resturilor radiculare.
 - - consultarea medicului ortoped pentru un tratament ortopedic .
 - - un tratament local antiinflamator : - cu unguent ce conține glucocorticosteroizi și antibiotice (Sinalar, triderm,) 2 ori pe zi timp de 5-7 zile ; - aplicații de enzime (tripsina, chimotripsina), 1 pe zi, cu o expunere de 20-30 minute ; - solkoseril- pastă adezivă dentară de 1-2 ori zi, cu o expunere de 20-30 minute.
- *-A doua etapă a tratamentului constă în :*
 - - îndepărtarea fiecărei glande salivare hiperplastică prin electrocoagulare; - tratament chirurgical (excizie și decorticarea glandelor salivare hipertrofiate), ducând la o eliminare radicală a bolii.
- Din metode fizioterapeutice se bucură de succes terapia cu laser.

Cheilita alergică de contact. Se dezvoltă ca rezultat al sensibilizării roșului buzei, mai rar a pielii și mucoasei buzelor în urma folosirii unor substanțe chimice ca; (produse cosmetice, pasta de dinți, apa de gura ș.a.) Mai frecvent suferă femeile cu vârsta 20-60 ani.

Clinic cheilită alergică se localizează pe linia roșie a buzei, dar poate să afecteze și membrana mucoasă a cavității bucale. Pe regiunea care a fost în contact cu un alergen se dezvoltă brusc un eritem limitat și o exfoliere nepronunțată. Mai târziu, chenarul roșu al buzelor devine uscat, cu mici șanțulețe și fisuri. În unele cazuri afecțiunea poate decurge cu reacție acut inflamatorie severă, pot apărea mici bule, care se deschid rapid, formând niște sectoare umede. Pacienții acuză usturime pronunțată a buzelor și modificări estetice.

Fig.12. Cheilită alergică de contact pe fonul linii-roșii a buzelor edemată și hiperemiată,prezența scuamelor galben deschise cu mici bule și fisuri.



Cheilita alergică de contact trebuie diferențiată de; **1.cheilita atopică** care se caracterizază prin infiltrarea roșului buzei și a pielii înconjurătoare în deosebi în colțurile gurii și de **2.formă uscată a cheilitei exfoliative** în care procesul este localizat strict pe linia Klein și niciodată nu se va extinde pe pielea din jurul buzelor, și în forma uscată a cheilitei exfoliative lipsește eritema, care este obligatorie în cheilita alergică de contact.

Tratament. Mai întâi de toate –excluderea factorului alergic (rujul, pasta de dinti, proteze noi, și alți alergeni)care cauzează boala.

- **Tratament general** terapie hiposensibilizantă nespecifică: suprastin, Claritin, klemastin, suplimente de calciu; Calciu-Sandoz forte). **Tratament local.** Pentru înmuierea și curățarea zonelor afectate, se aplică enzimele proteolitice (0,1% tripsina, chimotripsina), care se aplică pe servetele pe buze, pe 20-30 minute. Pentru a elimina crustele și scuamele de pe suprafața buzelor și a pielii se aplică anti-septici (soluție 1% călduță de peroxid de hidrogen și sol. de 0,05% clorhexidina). Antiseptice sunt aplicate pe buze și leziune cu un tampon înmuiat în soluții pentru a elimina țesutul deteriorat. În scopul local antiinflamator, antialergic, se va prescrie unguente glucocorticosteroide (Lorinden C, Elokom, flucinar, ftorokort, Advantan, lokoid), de aplicat într-un strat subțire de 5 ori pe zi.

- **Cheilită meteorologică** este o boală inflamatorie a buzelor, pricina dezvoltării fiind factorii meteorologici ca: umiditate, praf, vant, frig, radiatii solare, ploii acide, temperaturi scăzute sau înalte. Sunt afectați mai des bărbații, deoarece nu folosesc rujul igienic.
- Rol important în dezvoltarea bolii este durata lungă de ședere a pacienților în condiții meteorologice nefavorabile. Boala apare mai frecvent la persoanele cu piele uscată(dermatita seboreica, dermatita atopica).
- **Clinic** cheilita meteorologică se caracterizează prin afectarea roșului buzei, de obicei a celei inferioare. Buza devine uscată, hiperemiată, roșu buzei acoperit cu scuame. Pielea din jurul gurii și membranelor mucoase nu sunt modificate. Pacienții acuză uscăciune a buzelor. Deseori, pacienții simt nevoia de a-și umezi buzele ceea ce duce la o uscăciune și descuamare mai avansată.

Fig.13. Cheilită meteorologică. Prezența fisurilor minore și scuame pe fonul roșului buzei uscat și hiperemiat.

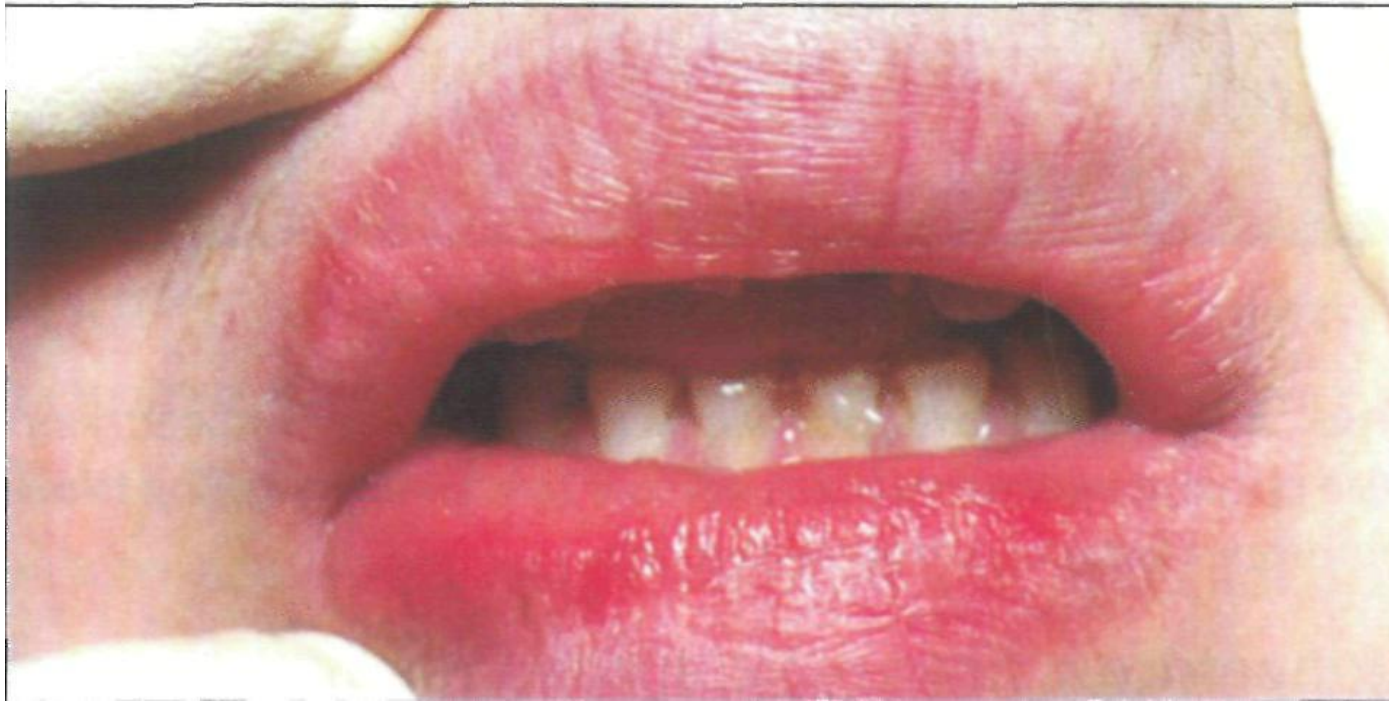


Fig. 14. Cheilită meteorologică. Mici fisuri și scuame, în roșu buzei hiperemiat și edemat.



- **Cheilita Meteorologică se va diagnostica dificil**, pentru că seamănă cu cheilită alergică de contact, exfoliativă, atopică și cheilita actinică. Deaceia în stabilirea diagnosticului diferential este foarte importantă colecție istoriei vieții și a bolii. Cheilita Meteorologică are o evoluție favorabilă, ea foarte rar poate maligniza, dar pe fonul ei se pot dezvolta leziuni precanceroase.
- **Tratament** în primul rând excluderea factorului meteorologic cauzal.
- **Tratament general** include;
- **1. Hiposensibilizante:** suprastin 1 comprimat (25 mg) de 2-3 ori pe zi, fenkarol 1 comprimat (5 mg) de 2-3 ori pe zi, Claritin 1 comprimat (5 mg) de 2-3 ori pe zi, klemastin 1 comprimat (2 mg) de 2-3 ori pe zi, suplimente de calciu (calciu-Sandos Forte) timp de 7-10 zile.
- **2. Vitamine și minerale** (Complivit, Centrum, Vitrum, etc): 1 comprimat o data pe zi după mese timp de 1-2 luni → Pentru a elimina starea asthenoneurotică intensă și reacții depresive, se prescriu
- **3. Sedative** (rădăcină de valeriană, novopasit), cu 20 de picături de 3 ori pe zi. În scopul de a corecta sfera psiho-emoțională ;
- **4. Neuroleptice:** sonapaks de 10 mg de 2-3 ori pe zi; teralen 5 mg de 2 ori pe zi; eglonil 1 comprimat (100 mg) de 2-3 ori pe zi. Cursul de tratament timp de 1-2 luni.

- **Tratament local.** Va include;
- **1.Enzime proteolitice-** (0,1% soluție de tripsina, chimotripsina), care se aplică pe servetele pe buze, cu o expunere de 20-30 minute.
- **2. Antiseptici** (soluție 1% de peroxid de hidrogen și de 0,05% clorhexidină caldă).
- **3.Corticosteroizi** (0,5% prednizolon, hidrocortizon 1%). Pentru a proteja buzele de influențele meteorologice se recomandă în mod regulat ruj igienic. Pentru a menține o stare fiziologică normală a buzelor, L.A. Tsvetkova (2005) recomandă acoperirea buzelor cu creme grase (Radevit, Teralip ș.a.) de 1-2 ori pe zi. În cazul în care locul de muncă este în spațiul aerian deschis pentru a proteja frontiera roșului buzei de insolatie, pacienții trebuie să-și aplice pe buze creme cu protecție solară.

- **Cheilita Actinica** este o boală cronică inflamatorie ale buzelor, la baza cărora se află sensibilitatea mărită sub acțiunea îndelungată a razelor solare. Afecțiunea este întâlnită mai frecvent la bărbați în vârstă de 20-60 ani.
- **Clinic** distingem 2 forme de cheilită; **exudativă și uscată**.
- **Forma exudativă** bolnavii acuză-prurit și senzație de arsură a buzei, apariția eritemei, vezicule mici, cruste și eroziuni pe marginea roșie a buzei inferioare.
- **Tabloul clinic al formei uscate** de cheilită actinică se caracterizează prin faptul că, în primăvară, granița roșie a buzei inferioare devine de culoare rosu aprins, care se acoperă cu scuame mici, uscate, de culoare alb-argintiu. Mai târziu pot apărea excoriații și eroziuni. Buza superioara si pielea fetei este rareori afectată.

- **Forma uscată a cheilitei actinice** se diferențiază de forma uscată a cheilitei exfoliative, iar forma exudativă se va diferenția de cheilita alergică de contact și cheilita atopică.
- Cheilita actinica histologic se caracterizază prin hiperplazia epiteliala severă cu hipercheratoză ușoară.
- Tratatamentul actinice cheylita include, mai presus de toate, activitățile care vizează stoparea efectelor adverse ale insolației solare.
- **Tratament general;** 1. *hyposensibilizante* : suprastin 1 comprimat (25 mg) de 2-3 ori pe zi, fenkarol 1 comprimat (5 mg) de 2-3 ori pe zi, Claritin 1 comprimat (5 mg) de 2-3 ori pe zi , klemastin 1 comprimat (2 mg) de 2-3 ori pe zi, suplimente de calciu Sandoz forte;), - 7-10 zile.
2. *Vitamine* și minerale complexe. Atribuirea eficientă de vitamine B (B2, B6, B12), sub forma de injectii intramusculare.
- **Tratament local.** (Vezi cheilita meteorologică).

- **Cheilita Atopică** - un simptom de dermatita atopica, sau neurodermatita difuză. Cheilită atopica este mai **frecvent întâlnită la copii și adolescenți de ambele sexe în vârstă de 7-17 ani.**
- **În etiologia bolii** rolul principal îi revine factorului genetic care creează o predispoziție pentru așa-numita alergie atopica. Ca factori alergici pot fi; produse alimentare, medicamente, polen, praf de uz casnic, bacterii, produse cosmetice și alte. Cheilită atopică clinic se caracterizează prin afectarea roșului buzei, și cu siguranță a pielii, mai ales în colțurile gurii. Procesul nu se va răspândi pe mucoasă. La începutul bolii apare o eritemă clar delimitată iar mai apoi – edem al pielii și roșului buzei. După atenuarea stărilor acute inflamatorii, se observă descuamare, lichenizare, infiltrație și uscăciune în colțurile gurii, care duce la formare de fisuri în colțurile gurii. Pacienții acuză mâncărime, defect cosmetic. Pruritul intens este însoțit de zgarieturi și cruste pe buze.

Fig. 16,-17. Cheilită atopică. Frontieră roșului buzei și a pielii periorale hiperemiată, acoperită cu scuame mici. Suprafața de trecere a roșului buzei este întretăiată de șanțulețe mici radiale.



Fig. 18, -21. Cheilită atopică pe fon de dermatita. Afecțiune combinată a buzelor și a pielii. Zona pielii periorale este uscată, exfoliată. În regiunea retro auriculară - fisuri, scuame.



Ris.22, 23, 24, 25. Cheilită atopică. Pe fon de hiperemie și edem a roșului buzei – prezența scuamelor și fisuri




Рис. 412.



Рис. 413.



- **Tratament.** În tratamentul cheylitei atopice , mai presus de toate,- eliminarea factorului alergic. În acest scop, pacienții cu cheyliă atopica trebuie să consulte un medic alergolog. Pacientului I se recomandă dieta hipoalergică, care exclude , alimente sărate, condimentate. Nu se recomandă alcool, ciocolata, fructe citrice. Se efectuează tratamentul general și local.
- **Tratament General.** În scopul de a elimina reacții alergice, pruritul și edemul buzelor și pielii, se va efectua o **terapie hyposensibilizantă**: tavegil 0.001 g, 1 comprimat de 2 ori pe zi, suprastin 0.025 g, 1 comprimat de 3 ori pe zi, fenkarol 5 mg, 1 comprimat de 2-3 ori pe zi, 5 mg Claritin 1 comprimat de 2-3 ori pe zi timp de 7-10 zile. Pentru stimularea proceselor metabolice, creșterea rezistenței organismului se va prescrie **histaglobulin** o injecție de 2 ml intradermic, cursul de 7--8 inecții (2 ori pe săptămână). **Sedative** (rădăcină de valeriană, planta Leonurus, novopassit) 20 picături de 2 ori pe zi, timp de 10-20 zile. Cu scopul de detoxifiere soluție 30% din tiosulfat de sodiu intravenous- 10 ml 1 pe zi timp de 5-10 zile. Pentru normalizarea balanței de vitamine și microelemente în organism se prescriu vitamine și minerale (Complivit, Centrum, Vitrum, etc): 1 comprimat o data pe zi după mese timp de 1-2 luni. În mod eficient Vitamine gr. B(B2, B6, B12), prin injectare intramusculară. Cursul de 10 preparate injectabile.

- 
- **Tratament local** include: - Instruire privind igiena cavității bucale; asanarea cavității bucale; șlefuirea marginilor ascuțite ale dinților; înlăturarea tartrului supra și subgingival; înlăturarea resturilor radiculare.

- Având în vedere că cheilita atopică este observată mai des în rândul tinerilor (7-17 ani), **Barer GM, (2005)** propune de a utiliza la copii un remediu homeopatic - **unguent Traumeel-C**, în locul preparatelor steroidiene. Acest unguent are efect antiinflamator și elimină simptomele bolii. Traumeel -C se aplică pe zona buzei afectate și pe pielea din jur. **Enzime proteolitice** (tripsina, chimotripsina) pentru înmuiere a tesuturilor neviabile. **Pentru a elimina crustele** se vor **folosi antiseptice-un** tampon umezit cu soluție caldă de 1% de peroxid de hidrogen este aplicat pe suprafața buzelor și se curăță țesuturile moarte.
- **Brusenina N.D, Pescuit, și Rîbalchina E.A, (2005)** propune să folosească un unguent compus din: vitamina B1;A;E; insulină ; unguent Telestoderm și unguent Solcoseril. Acest unguent se aplica pe suprafața roșului buzei, a unghiurilor gurii și a regiunii periorale pe 20 min.-cu scop de înlăturare a pruritului, usturimii și a inflamației.

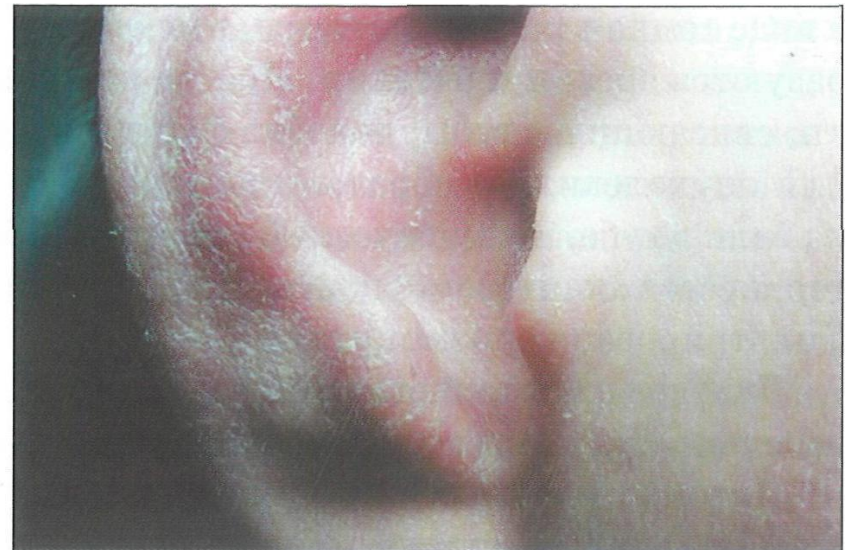
- **Cheilita Eczematoasă a buzelor** este o manifestare de boală sistemică, pe care A.L .Mashkilleyson o definește ca inflamație a straturilor superficiale ale pielii de natură neuro-alergice , care apare ca rezultat al **factorilor interni** și **externi**.
- **Clinic** se manifestată în principal prin hiperemie și vezicule, însoțite de prurit. Ca factori alergeni pot fi microbii, produse alimentare, medicamente, metale ca: nichel și crom, acrilatele, amalgamul, pasta de dinți și altele. Cheilita exematoasă, poate să evolueze acut, subacute și cronic- și sa decurgă izolat doar pe roșu buzelor sau cu afectarea pielii fieții.
- **Din punct de vedere clinic**, cheilita eczematoasă acută este caracterizată prin polimorfism;-mai întâi de toate apare hiperemie, noduli mici, vezicule, cruste și scuame. Procesul este însoțit de un semnificativ edem a buzelor,implicând în procesul inflamator și pielea din jurul buzelor.

Cheilită eczematoasa (forma cronica). Roșu ambelor buze este infiltrat, indurat. Pe pielea din jurul buzelor și roșu buzelor- bule mici, vezicule, eroziune, nodule și pigmentare.

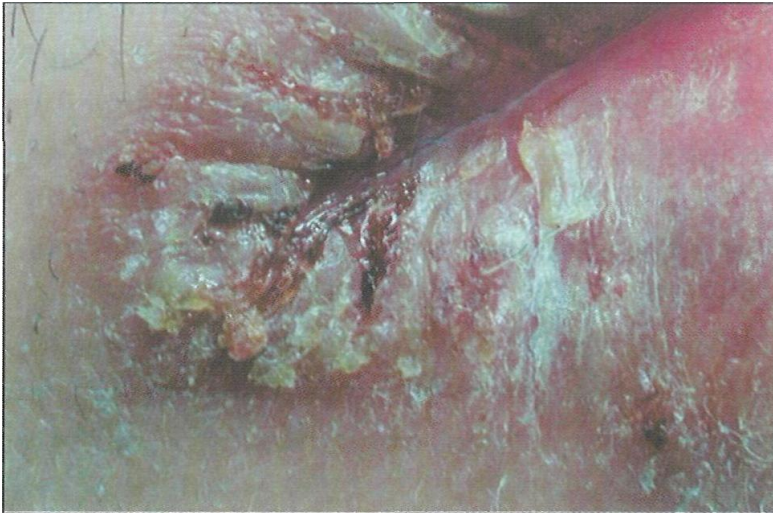


- **Pacienții acuză** prurit , arsuri, deschiderea gurii și vorbirea dificilă. Ca urmare semnele acute dispar, dar în cazul în care alergenul persistă, atunci boala recidivează, trecând în forma cronică care se caracterizează prin mixorarea semnelor acute inflamatorii(edem, hiperemie) și apariția indurării pe contul infiltrării inflamatorii, formării nodulilor mici, vezicule, cruste și scuame. Deseori, tabloul clinic este completat prin formarea de fisuri mici sângerânde. Pacienții acuză prurit , arsuri, defect cosmetic al buzelor.

Cheilită exematoasă pe fon de exemă a pielii cu prezența polimorfizmului,-erupții pe roșul ambelor buze în combinație cu exema pielii(în reg. auriculară).



Cheilita exematoasă, prezența polimorfizmului cu afectarea roșului buzei, unghiurilor gurii și a pielii periorale (prezența eritemei, vezicule, scuame, cruste, fisuri și eroziuni).



- **Histologic cheilită eczematoasa** se relevă spongios, cu formare de vezicule în stratul spinos a epidermei.
- Diagnosticul diferențiat se va face cu cheilita alergică de contact, cheilita atopică și actinică forma exudativă.
- **Tratamentul include o examinare atentă pentru a identifica boala de bază** (nevroza, focare cronice de infecție, boli ale organelor interne) și tratament la un medic specialist (dermatolog alergolog, neurolog). Foarte important este identificarea alergenului care a cauzat proces ekzematos, și eliminarea efectelor sale. În tratamentul cheilitei eczematoase se va utiliza schema pentru tratamentul exemei pielii.
- **Tratament General.** Terapie cu hiposensibilizante, sedative, vitamine grupului B (B1, B6, B2, B12). Se recomandă dieta hiposensibilizantă. In formele clinice severe de eczeme se vor prescrie și glucocorticosteroizi.
- **Tratament local.** Creme aplicate local care conțin corticosteroizi (Lorinden C, Lorinden A ,flucinar, ftorokort). În present se utilizează cu succes tratament local cu laser în asociere cu tratament local medicamentos al buzelor.

- **Cheilita plasmocelulară.** Cauza acestei patologii nu este clară. Cu toate acestea, multi cercetatori presupun factorul traumatic cronic ale buzelor, inclusiv microtraumele și acțiunea razelor solare. **Clinic este** cel mai adesea localizat pe buza inferioara, sub forma unui eritem rosu-inchis, care are suprafata lacuita. Uneori, pe suprafata ei pot apărea eroziuni și peteșii. Uneori, pe bordură roșie a buzelor pot apărea cruste și scuame masive agățate de buze, **ca un șorț**, iar sub ele prezența eroziunilor dureroase sau formațiuni tumorale, cu o consistenta moale. Pacienții acuză; dureri și defect cosmetic al buzelor.
- **Histologic**, cheilita plasmocelulară este caracterizată prin acantoză, spongiosă, hiperkeratoză epitelială. Derma edemată și infiltrată cu celulele plasmaticice.
- **Diagnosticul** se va baza pe rezultatele examenului histologic.
- **Tratamentul** cheilitei plasmocelulare este redus la excizia chirurgicala a leziunii.

- **Sindromul MELKERSSON-Rosenthal se caracterizază prin triada de simptome ;**
- **1.**Edemul buzelor persistent, **2.**Neurita nervului facial descris mai întâi de G.Rossolimo(1901), iar mai apoi de Melkersson, **și 3.**Simptomul limbii plicate descries de Rosenthal.
- **În etiologia** acestei afecțiuni cei mai mulți autori consideră această patologie ca angioneuroasă (neyrodistrofiya). Unii cercetatori considera macrokheylita de natură infecto-alergică. Alții autori o atribue la afecțiunile polietiologice.Sindromul Melkerssona-Rosenthal nu este o boală rară. Cel mai adesea suferă femeile. Boala poate debuta la orice varsta, de obicei, cu apariția edemului mucoasei bucale și, pielii feții. Mai întâi de toate apare edem la buza superioare, apoi – la buza inferioară, mai rar însă apare edem la ambele buze odată. Primele semne de boala poate fi o durere în reg.feții de tip neuralgic, și apoi se poate dezvolta pareza nervului facial.

- Boala, de obicei, începe brusc. **Primul simptom**: în câteva ore se umflă o buza sau ambele. Edemul durează mai multe zile, uneori, în termen de o lună. Uneori, din contul edemului buzele cresc de 3-4 ori. Edemul buzelor deseori este însoțită de formarea de fisuri. Buzele capătă culoare roz pal, uneori cu nuanță cianotică
- **Al doilea** simptom clinic se caracterizează prin rinopatie vasomotorie unilaterală, hipohipersalivare iar mai apoi și paralizia nervului facial.
- **Al treilea** simptom clinic se caracterizează prin edem lingval, prezența unor zone în formă de dungi și pete, limba devine ca o lentă. Histologic această boală se caracterizează prin inflamația granulomatoasă, care este combinată cu edemul musculaturii mimice. Sindromul Melkersson-Rosenthal evoluează cronic. La începutul bolii recidivile trec în faza de remisie timp în care toate simptomele dispar. Mai târziu, macrocheilită, și paralizia nervului facial capătă caracter persistent. Recidivarea bolii se remarcă după ce pacientul a suferit un virus, tensiunea nervoasă, o boală intercurrentă. La unii pacienți pot lipsi simptomul de limbă plicată și paralizia facială. Singurul simptom poate fi numai makrocheylita. Diagnosticul acestui sindrom în prezența celor trei simptome nu prezintă nici o dificultate. În caz când este prezent doar un singur simptom (makroheylită) atunci această formă a bolii ar trebui să fie diferențiată de elefantism care apare în erizipel cronic, edemul Quinske, limfangiom, și hemangiom.

- **Tratamentul sindromului Melkersson-Rosenthal** este o sarcină foarte dificilă pentru medicul stomatolog. Tratamentul poate fi chirurgical sau conservator. Tratamentul conservator este prescris după un studiu clinic și de laborator minuțios a pacientului pentru a identifica patologia care a cauzat boala. O atenție specială este acordată la identificarea de leziuni focale de infecție, inclusiv în reg. orală și maxilo-faciala, starea organelor interne, sistemului nervos, prezența de alergii bacteriene. Tratamentul chirurgical, care constă în excizia unui segment din buze, din păcate, nu de fiecare dată poate să împiedice recidiva și nu întotdeauna poate fi eficient.

- **Tratamentul general a fost propus de către Stoianov B.G. et al, (1973)-catedra dermatologie a Institutului de Medicină din Moscova cu următoarea schemă de tratament combinat**
- - corticosteroizi (prednisolon), la 20-30 mg pe zi
- - un antibiotic cu spectru larg (tetraciclina) 800 000 - 1 000 000 UI pe zi
- - preparate anti-malarie (hingamin), până la 0,25 g de 2 ori pe zi
- - preparate pirogene (pirogenal) 100-500 pentru unități-2 ori săptămână, un curs de injecții 14-16
- - terapie hiposensibilizantă (antihistaminice, preparate de calciu) în termen de 30-40 de zile. **Tratamentul local** al SMR – electroforeză cu unguent de heparină în asociere cu soluție de Dimexid. – imunocorecție cu T-activin- 1ml. intramuscular seara timp de 10 zile
- - terapia cu laser, un curs de 10-15 sedinte de 2 minute pe teren la 2 cm. patrati .
- - Multivitamine
- - antivirale (Aciclovir și vaccin antiherpetic în conformitate cu schema)
- - terapie hiposensibilizantă
- - asanarea cavității orale și tratamentul tractului respirator superior.