

Zmiany w jamie ustnej według ich umiejscowienia

Celem nauczania w zakresie stomatologii jest umiejętność:

- definiowania i stosowania terminologii diagnostycznej do opisanja najczęstszych zmian oraz obrzęków warg, języka, dna jamy ustnej, podniebienia i twarzy,
- rozpoznawania przyczyn oraz objawów klinicznych najczęstszych zmian i obrzęków warg, języka, dna jamy ustnej, podniebienia i twarzy,
- stosowania właściwych metod diagnostycznych dla zróżnicowania podobnie wyglądających innych chorób jamy ustnej oraz obrzęków warg, języka, dna jamy ustnej, podniebienia i twarzy,
- wskazywania właściwych metod leczenia tych chorób.

Celem nauczania w zakresie higieny dentystycznej jest umiejętność:

- definiowania i stosowania terminologii diagnostycznej do opisanja zmian występujących na języku, wargach, dnie jamy ustnej, podniebieniu i twarzy przedstawionych w tym rozdziale,
- opisywania w badaniu klinicznym charakterystycznych widocznych cech klinicznych oraz odchyłeń od stanu prawidłowego, które występują na wargach, języku, dnie jamy ustnej, podniebieniu i twarzy wraz z informacją dla pacjenta na temat choroby oraz odchyłeń od stanu prawidłowego,
- rozpoznawania chorób jamy ustnej przedstawionych w tym rozdziale, (1) które wymagają leczenia stomatologicznego i/lub (2) mają wpływ na możliwość przeprowadzenia zabiegów periodontologicznych oraz stosowania środków higieny jamy ustnej.

Umieszczona w opisie rycin gwiazdka (*) oznacza tego samego pacjenta.

ZMIANY CHARAKTERYSTYCZNE DLA JĘZYKA

Język karbowany (*lingua crenata*) (ryc. 45.1 i 45.2) **Język karbowany** jest często spotykaną zmianą kliniczną charakteryzującą się występowaniem impresji, wgłębień na bocznej powierzchni języka. Zmiana spowodowana jest nieprawidłowym uciskiem (np. ssaniem) u osób z nawykiem zaciskania zębów i bruksizmem. Występuje najczęściej obustronnie, ale także jednostronnie lub w pojedynczych ograniczonych okolicach, gdzie język jest przyciskany do zębów. Ten nieprawidłowy ucisk języka prowadzi do tworzenia się owalnych zagłębień, czasem opisywanych jako wyniosły biały karbowany brzeg. Przyczyny powstania języka karbowanego obejmują sytuacje, które powodują nadmierny ucisk języka, na przykład pocieranie o zęby, wypychanie i ssanie języka, bruksizm lub powiększenie języka. Zmiany mogą się uwidocznić w przypadku nieprawidłowego nacisku na język w miejscu **diastem**, przestrzeni międzyzębowych. Język karbowany można obserwować u zdrowych pacjentów oraz u pacjentów ze schorzeniami stawu skroniowo-żuchwowego, chorobami ogólnoustrojowymi, jak akromegalia, amyloidoza oraz w zaburzeniach genetycznych, jak zespół Downa. Stan ten jest niegroźny i bezobjawowy. Celem leczenia jest wyeliminowanie szkodliwych nawyków. Linia biała, widoczna na błonie śluzowej policzka, jest często współwystępującą zmianą kliniczną spowodowaną przez nieprawidłowe ujemne ciśnienie wewnątrzustne związane z ssaniem języka u osób z nawykiem zaciskania zębów i bruksizmem.

Język olbrzymi. Przerost języka (makroglossia) (ryc. 45.3 i 45.4) **Makroglossia** jest terminem stosowanym do określenia patologicznie powiększonego języka. Podczas oceny wielkości języka powinien on znajdować się w spoczynku (w stanie rozluźnienia). W prawidłowych warunkach powierzchnia grzbietowa języka powinna znajdować się na wysokości powierzchni żującej zębów żuchwy. Boczne powierzchnie języka powinny stykać się z guzkami językowymi zębów żuchwy, ale nie zachodzić na nie. Język o wymiarach przekraczających te granice jest określany jako powiększony.

Język olbrzymi może mieć charakter wrodzony lub nabyty. Wrodzona makroglossia może być spowodowana idiopatyczną (samoistną) hipertrofią mięśniową, połowicznym przerostem mięśniowym, obecnością guzków łagodnych i potworniaków oraz rozwojowymi wadami naczyń i reakcjami alergicznymi. Wrodzona makroglossia, która występuje we wczesnym okresie życia, jest składową zespołu Beckwitha–Widemanna i zespołu Downa. Nabyta makroglossia może być rezultatem biernego powiększenia się języka po utracie zębów żuchwy. W tym przypadku powiększenie języka może być ograniczone lub uogólnione w zależności od wielkości utraty uzębienia w żuchwie. Choroby ogólnoustrojowe, jak akromegalia, skrobiawica, niedoczynność tarczycy, nowotwory złośliwe, które mogą utrudniać spływ chłonki prowadzący do obrzęku języka, mogą być także przyczyną makroglossi. Objawem wskazującym na powiększenie języka są miejscowe lub uogólnione przerosty języka, trudności w mówieniu, przemieszczone zęby, wada zgryzu lub język karbowany. Jeżeli powiększony język upośledza czynność narządu żucia, zalecana jest eliminacja przyczyny, a w niektórych przypadkach może być konieczne leczenie chirurgiczne. Powiększony język powoduje, że pacjenci mają trudności z przystosowaniem się do nowych protez.

Język włochaty (*lingua villosa*) (ryc. 45.5 i 45.6) **Język włochaty** charakteryzuje się występowaniem nieprawidłowo

wydłużonych brodawek nitkowatych, co sprawia wrażenie języka pokrytego włosami. Jest to reakcja o typie hipertrofii, przerostu, związana ze zwiększonym odkładaniem się keratyny albo z zaburzeniem procesu oddzielania się zrogowaciałej warstwy. Na tego typu zmiany najbardziej narażeni są pacjenci nieoczyszczający swego języka. Stan ten również często występuje podczas terapii przeciwnowotworowej, wskutek infekcji wywołanej przez *Candida albicans* w okresie napromieniowania, w przypadku złej higieny jamy ustnej, zmian pH w jamie ustnej, u palaczy tytoniu, w czasie kuracji antybiotykowej i płukania jamy ustnej środkami utleniającymi.

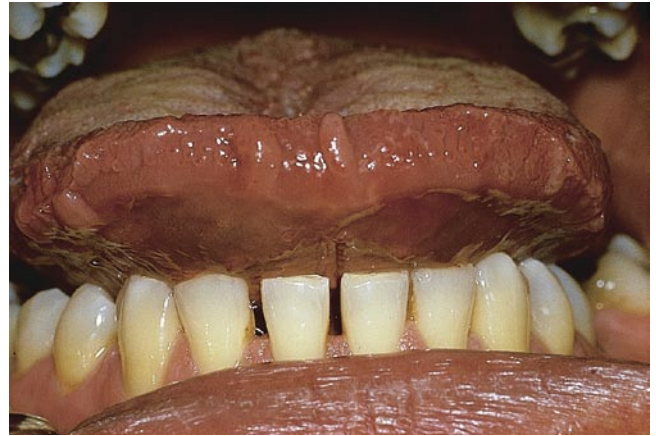
Język włochaty może mieć białą, żółtą, zieloną, brązową lub czarną barwę – stąd wywodzą się określenia język biały, obłożony oraz język żółty, brązowy i czarny. Kolor zmiany zależy od działania czynników wewnętrznych (drobnoustroje chromogenne wytwarzające barwnik) i czynników zewnętrznych (przebarwienia związane z pokarmem, płynami, np. kawa, herbata, oraz paleniem tytoniu). Język włochaty występuje częściej u mężczyzn, przede wszystkim u osób powyżej 30. roku życia. Częstość występowania tej zmiany wzrasta wraz z wiekiem i spożywaniem miękkich pokarmów. Zmiana zaczyna się tworzyć w linii środkowej języka w okolicy otworu ślepego i szerzy się na boki i do przodu. Objęte procesem brodawki nitkowate zmieniają kolor, stopniowo wydłużają się i mogą osiągnąć długość kilku milimetrów. Ogólnie język włochaty to tylko problem kosmetyczny. Zmiana na języku nie wywołuje objawów subiektywnych. Szczotkowanie języka w ciągu dnia z użyciem past ściernych wraz z eliminacją czynników predysponujących prowadzi do wyleczenia. W przypadkach opornych powinny być brane pod uwagę także stany sprzyjające, jak suchość jamy ustnej i cukrzyca.

Leukoplakia włochata (ryc. 45.7 i 45.8) **Leukoplakia włochata** jest chorobą, która charakteryzuje się obecnością uniesionych, białych, pomarszczonych zmian widocznych na bocznej powierzchni języka. Choroba spowodowana jest namnażaniem się wirusa Epsteina–Barra w zaatakowanych komórkach nabłonkowych. Zmiany występują prawie wyłącznie u pacjentów zakażonych ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) lub u osób w stanie immunosupresji w wyniku pobierania leków w związku z przeszczepem lub chorobami ogólnoustrojowymi. Biała zmiana jest początkowo umiejscowiona na bocznej powierzchni języka, ale może szerzyć się dalej i pokrywać jego powierzchnię grzbietową i brzuszną. Nazwa leukoplakia włochata pochodzi stąd, że w obrazie histopatologicznym widoczne jest podobne do włosów złuszczenie warstwy parakeratynowej nabłonka. W tej zmianie często jest obserwowane zakażenie *Candida albicans*.

Wczesne zmiany składają się z występujących naprzemiennie delikatnych białych fałdów i sąsiadujących z nimi zagłębień o prawidłowej różowej barwie, dzięki czemu powstaje charakterystyczny obraz pionowych białych pasów przypominających tarkę do prania. Pasy te mogą ewentualnie zlewać się ze sobą i tworzyć delikatne białe płytki lub duże grube pofałdowane plamy. Nawet duże zmiany są zwykle bezobjawowe, mają słabo zaznaczone granice i są nieścieralne. Najczęściej zmiany występują obustronnie, ale możliwe jest także ich jednostronne występowanie. Leki przeciwwirusowe, które blokują lub zmniejszają replikację wirusa Epsteina–Barra są pomocne w zmniejszeniu rozmiarów zmiany lub w jej eliminacji. Terapie poprawiające stan immunologiczny pacjenta także prowadzą do ustąpienia zmian.



Ryc. 45.1. Język karbowany: zmiany związane z zaciskaniem zębów.



Ryc. 45.2. Język karbowany: spowodowany nawykiem ssania.



Ryc. 45.3. Język olbrzymi: wrodzona połowicza hipertrofia.



Ryc. 45.4. Język olbrzymi: stan spowodowany obecnością naczylniaka.



Ryc. 45.5. Język włochaty biały: zmiany polekowe.



Ryc. 45.6. Język włochaty brązowy: zmiany po kuracji antybiotykowej.



Ryc. 45.7. Leukoplakia włochata: białe pofałdowania w AIDS.



Ryc. 45.8. Leukoplakia włochata: zmiany widoczne podczas leczenia stomatologicznego.

ZMIANY CHARAKTERYSTYCZNE DLA JĘZYKA

Język geograficzny (łagodny wędrujący zapalenie języka, rumień wędrujący) (ryc. 46.1–46.4) Język geograficzny jest łagodnym stanem zapalnym charakteryzującym się występowaniem nieregularnych plam widocznych najczęściej na grzbietowej powierzchni języka. Nieregularna forma plam powoduje, że powierzchnia języka jest podobna do mapy, stąd nazwa język geograficzny. Zmiana występuje u około 1% populacji. Najczęściej jest obserwowana u kobiet i młodych dorosłych. Przyczyna jest nieznana, jednakże stres, niedobory pokarmowe, zaburzenia hormonalne oraz choroby wrodzone mogą być czynnikiem sprzyjającym. Zmiana zazwyczaj występuje na grzbietowej powierzchni języka i na powierzchniach bocznych, obejmując przednie dwie trzecie powierzchni języka. Zmiany obejmują tylko brodawki nitkowate, natomiast brodawki grzybowate pozostają niezmienione.

Język geograficzny występuje w trzech postaciach: (1) powierzchnie o charakterze plam ze złuszczoneymi brodawkami nitkowatymi; (2) plamy ze złuszczoneymi brodawkami nitkowatymi otoczone wyniosłym, białym, obrączkowym (pierścieniowym) brzegiem; (3) powierzchnie z plamami ze złuszczoneymi brodawkami nitkowatymi otoczone rumieniowym zapalnym obrzeżem. Mogą występować postaci mieszane. Poszczególne postaci zmian obserwowane na języku mogą często zmieniać swoją wielkość i umiejscowienie (z dnia na dzień). W pierwszej i drugiej postaci języka geograficznego objawy subiektywne rzadko występują, natomiast obecność czerwonego zapalnego obrzeża jest często związana z podrażnieniem wywołanym ostrym jedzeniem i może być przyczyną pieczenia. Zmiana może wystąpić nagle, a następnie utrzymywać się przez miesiące lub lata. Spontaniczne remisje lub nawroty są typowe dla tej zmiany.

Geograficzne zapalenie jamy ustnej (rumień wędrujący strefowy) (ryc. 46.5 i 46.6) Zapalenie jamy ustnej jest zapaleniem błony śluzowej obejmującym różne okolice tkanek miękkich jamy ustnej. Język geograficzny czasem współwystępuje z geograficznym zapaleniem jamy ustnej oraz często z językiem pobruzdowanym. W geograficznym zapaleniu jamy ustnej rozwijają się czerwone obrączkowe plamy, które mogą obejmować błonę śluzową warg, policzków, podniebienia miękkiego oraz rzadziej dna jamy ustnej. Plamy mają charakter łagodnych nadżerek błony śluzowej. W przypadku braku objawów subiektywnych leczenie języka geograficznego i geograficznego zapalenia jamy ustnej nie jest konieczne. Jeżeli występują objawy subiektywne, to najczęściej zaleca się leki miejscowo znieczulające i miejscowo steroidy w połączeniu z ograniczeniem stresu.

Niedokrwistość (anemia) (ryc. 46.7) Anemia jest stanem, w którym dochodzi do zaburzenia dostarczenia tlenu do tkanek organizmu, co jest spowodowane spadkiem liczby erytrocytów, hemoglobiny (białka, które w krwince transportuje tlen) oraz zmniejszeniem całkowitej objętości krwi. Do przyczyn anemii zalicza się: zmniejszoną produkcję erytrocytów spowodowaną niedoborami pokarmowymi i supresją szpiku kostnego, zwiększoną destrukcją erytrocytów, zwiększoną utratę krwi po krwotokach. Najczęściej występuje niedobór

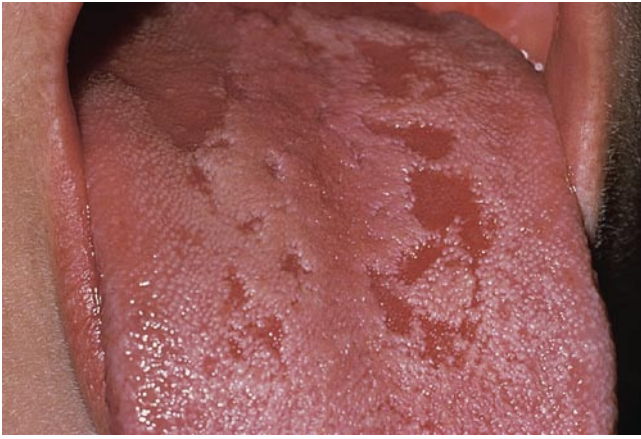
żelaza, głównie u kobiet w średnim wieku i nastoletnich dziewcząt. Dochodzi tu do rozwoju mikrocytemii (z małymi czerwonymi komórkami krwi – mikrocytami). Niedobory witaminy B₁₂ i kwasu foliowego powodują anemię makrocytową (duże czerwone komórki krwi).

Anemia jest objawem chorób, które ją wywołują. Dlatego też przyczyna anemii musi zawsze zostać określona. Niedokrwistość powoduje powstanie charakterystycznego obrazu błony śluzowej jamy ustnej, ale zmiany te nie są pomocne w różnicowaniu typów niedokrwistości. Analiza wskaźników erytrocytów jest konieczna do uzyskania dokładnej diagnozy. Wewnątrz ustne zmiany związane z anemią najbardziej widoczne są na języku. Początkowo grzbietowa powierzchnia języka jest blada z wygładzonymi brodawkami nitkowatymi. Postępujący zanik brodawek nitkowatych doprowadza do powstania obszarów całkowicie ich pozbawionych, gładkich, suchych, jakby polakierowanych. Stan ten jest często określany mianem łysego języka. W najbardziej zaawansowanym stadium zmian język jest krwisto- lub ognistoczerwony, czasem mogą współwystępować również afty.

Niedokrwistość może powodować bolesność (glossodynia) i pieczenie języka (glossopyrosis). Wargi mogą być ścięcałe i napięte, a szerokość ust może zostać zmniejszona. Inne objawy kliniczne związane z anemią to zapalenie kątów ust, afty, dysfagia, rumień i nadżerki błon śluzowych, bladeść, przyspieszony oddech, zmęczenie, zawroty głowy, skaczące tętno, mrowienie kończyn oraz trudności w chodzeniu. Terapia powinna być ukierunkowana na leczenie przyczynowe. Po leczeniu wygląd tkanek jamy ustnej się poprawia.

Język pobruzdowany (ryc. 46.8) Język pobruzdowany jest stosunkowo często obserwowaną zmianą, w której występują liczne rowki, bruzdy, szczeliny na grzbietowej powierzchni języka. U dzieci często współwystępuje z chorobami wrodzonymi, jest także jednym z objawów zespołu Melkerssona–Rosenthala (język pobruzdowany, obrzmienie warg i porażenie nerwu twarzowego; ryc. 50.4–50.6). U dorosłych często jest związany z kserostomią. Wiele stosowanych leków, przede wszystkim antydepresyjnych, przeciwnadciśnieniowych, nasercowych, zmniejszających przekrwienie, brokerów zwojowych, uspakajających może wywoływać kserostomię i język pobruzdowany.

Język pobruzdowany może występować w zróżnicowanych postaciach. W dużej liczbie przypadków obserwuje się wyraźną bruzdę pośrodkową i liczne odgałęzienia w postaci bruzd bocznych. W innych przypadkach widoczne są liczne nieregularne, kręte rowki. Szczeliny mają zazwyczaj 2–5 mm głębokości i różną szerokość, ze zwężeniem obwodowym. Pomiędzy szczelinami występują pola brodawek językowych, z objawami suchości, zaniku oraz zapalenia typu geograficznego. Język pobruzdowany jest ściśle związany z językiem geograficznym. U większości pacjentów zmiana jest bezobjawowa, jednak niektórzy podają niewielki dyskomfort oraz pieczenie. Zmiana jest łagodna i nie wymaga leczenia. Jednakże pacjenci powinni być zachęceni do szczotkowania zmian na języku, ażeby ograniczyć retencję resztek pokarmowych i bakterii.



Ryc. 46.1. Język geograficzny: bezobjawowe, obnażone, atroficzne obszary.



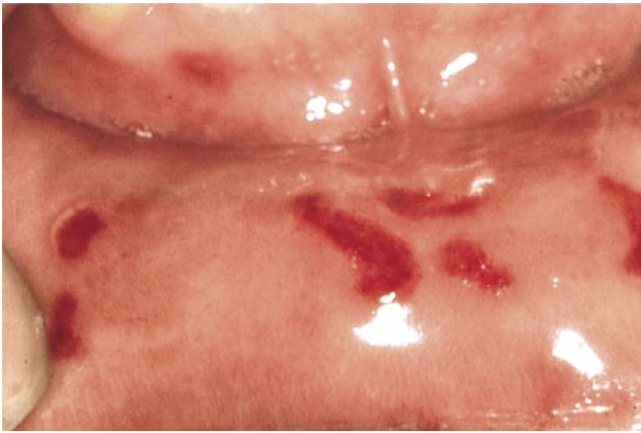
Ryc. 46.2. Język geograficzny: bezobjawowe białe pola.



Ryc. 46.3. Język geograficzny: czerwony i bolesny.



Ryc. 46.4. Język geograficzny: czerwony i bolesny.



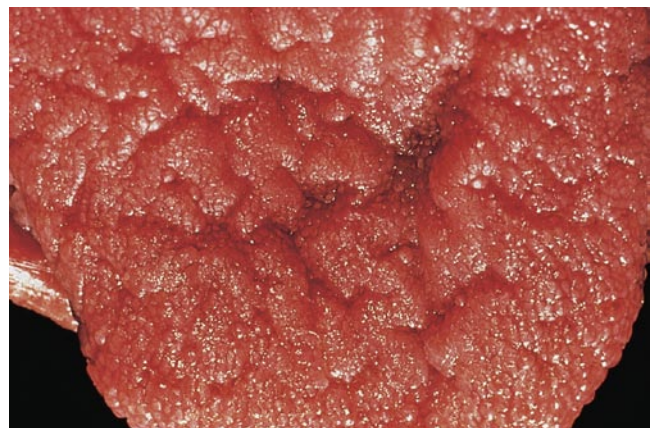
Ryc. 46.5. Geograficzne zapalenie jamy ustnej: objawy na błonie śluzowej wargi.



Ryc. 46.6. Geograficzne zapalenie jamy ustnej: zmiany obrączkowe na podniebieniu.



Ryc. 46.7. Anemia z niedoboru żelaza: łysy, gładki język z pieczeniem.



Ryc. 46.8. Język pobruzdowany: suchy, pobruzdowany i zanikowy.

Torbiel Blandina–Nuhna (torbiel zastoinowa śluzowa języka) (ryc. 47.1) Gruczoły **Blandin-Nuhna** są małymi gruczołami ślinowymi na dolnej powierzchni języka, które są zbudowane z mieszanym elementom surowiczym i śluzowym. Torbiel zastoinowa rozwija się w następstwie urazu dolnej powierzchni języka, doprowadzającego do przesączenia śliny do otaczających tkanek. Uwidacznia się jako mały obrzęk z uniesionym, dobrze odgraniczonym brzegiem. Zmiana jest miękka i chełbocząca. Jeżeli torbiel jest powierzchowna, przypomina balon i ma uszypułowaną podstawę. Głębiej położone zmiany mają szeroką podstawę. Torbiele Blandina–Nuhna najczęściej powstają po urazie, jednakże mogą być także wrodzone. Wrodzona zmiana może być związana z nabłonkiem przewodu ślinowego torbieli. Ten typ torbieli rzadko przekracza 1 cm średnicy. Leczenie polega na wycięciu zmian i ocenie histopatologicznej.

Zapalenie języka romboidalne środkowe (ryc. 47.2–47.4) Romboidalne zapalenie środkowej części języka uważano dawniej za zaburzenie rozwojowe związane z niecałkowitym zstąpieniem nieparzystego guzka języka. Ostatnio poglądy na temat etiologii schorzenia uległy zmianie. Obecnie uważa się, że **zapalenie języka romboidalne środkowe** jest bezobjawowym romboidalnym lub owalnym polem na powierzchni języka, które powstaje w wyniku przewlekłego zakażenia spowodowanego przez *C. albicans*. Zmiana jest najczęściej obserwowana w linii środkowej grzbietowej powierzchni języka nieco do przodu od brodawek okolnych. Zmiana może mieć zróżnicowaną wielkość i kształt, ale najczęściej jest dobrze ograniczona, o wielkości 1–2,5 cm, koloru czerwonego, z nieregularnym obrzeżem. Występuje u osób w średnim wieku, rzadko u dzieci. Nie obserwuje się zależności między częstością występowania zmiany a rasą. Natomiast występowanie zmiany jest częste u osób chorujących na cukrzycę, w stanach immunosupresji oraz leczonych niedawno antybiotykami o szerokim zakresie działania.

Zapalenie języka romboidalne początkowo ma postać gładkiej, obnażonej, krwistoczerwonej plamy pozbawionej brodawek nitkowatych. Z upływem czasu powierzchnia zmiany staje się ziarnista i płatowata. Rumieniowe zmiany na podniebieniu związane z zakażeniem *Candida* bezpośrednio nad zmianami językowymi są rzadko obserwowane. W tym przypadku są określane jako **przewlekła wieloogniskowa kandydoza** (ryc. 47.3 i 47.4).

Zapalenie języka romboidalne środkowe jest łatwe do rozpoznania na podstawie obrazu klinicznego, charakterystycznego umiejscowienia i bezobjawowego przebiegu. Wczesne rozpoznanie i leczenie środkami przeciwgrybicznymi zwykle prowadzi do wyleczenia. Zaawansowane postaci są zwykle bezobjawowe, ale odporne na leczenie przeciwgrybiczne, ponieważ zmiana z czasem staje się włóknista i mało unaczyniona.

Guz z komórek ziarnistych (guz Abrikosowa, mięśniak mioblastyczny, mięśniak zarodkowy ziarnistokomórkowy) (ryc. 47.5 i 47.6) **Guz ziarnistokomórkowy** jest rzadko spotykanym łagodnym guzem tkanek miękkich, zbudowanym z wielokątnych owalnych komórek zawierających cytoplazmę z bardzo licznymi ziarnistościami. Guz ten może występować w różnych okolicach, ale w około 50% przypadków jest stwierdzany na grzbietowo-bocznej powierzchni języka. Poglądy dotyczące histogenezy guza są zróżnicowane, ale większość badaczy uważa, że jest to łagodna proliferacja komórek neurogennych i wewnątrzwydzielniczych.

Guz ziarnistokomórkowy może pojawić się w każdym wieku, u przedstawicieli każdej rasy, ale nieco częściej występuje u kobiet. Zwykle zmiana ma postać bezobjawowego, pojedynczego, kopulastego podśluzówkowego guzka pokrytego klinicznie prawidłową, żółtą lub białą tkanką. Powierzchnia jest przeważnie gładka, ale może ulec owrzodzeniu pod wpływem urazu. Guz jest zwykle osadzony na szerokiej podstawie, dobrze odgraniczony i spoisty w badaniu palpacyjnym. Rośnie bardzo powoli i bezboleśnie. Niektóre guzy mogą osiągnąć rozmiary kilku centymetrów. W przypadku większych zmian środkowa ich część może być lekko zagłębiona. Opisujący guz rzadko występuje na brzusznej powierzchni języka i błonie śluzowej policzków. U około 10% pacjentów mogą być widoczne zmiany wieloogniskowe.

Cechą charakterystyczną guza jest występowanie pseudonabłonkowej hyperplazji powyżej neoplastycznych komórek ziarnistych. W niektórych przypadkach ten typ hiperplazji może być mylączo podobny do raka naskórkowego. W leczeniu zalecane jest oszczędne chirurgiczne wycięcie. Zmiany te mają tendencję do nawrotów.

Tarczycza językowa (ryc. 47.7) Tarczycza językowa jest rzadko występującym guzkiem tkanki tarczycowej spotykanym tuż za otworem ślepym w obrębie jednej trzeciej tylnej części języka. Do jej powstania dochodzi na skutek zaburzeń migracji embrionalnych tkanek gruczołu tarczowego w kierunku przedniej i bocznych powierzchni tchawicy. Przetrwiała na języku tkanka gruczołu tarczowego występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn (stosunek częstości występowania wynosi 4 : 1) i może ujawniać się w każdym wieku. Z pozostałości tkankowych może powstać **torbiel przewodu tarczowo-językowego**.

Tarczycza językowa jest bezobjawową, wyniosłą zmianą o średnicy około 2 cm. Charakterystyczną cechą kliniczną jest zwiększone unaczynienie powierzchni. Często występują objawy dysfagii, dysfonii, niedoczynności tarczycy, szczególnie w okresie dojrzewania, ciąży i menopauzy. Różnicowanie kliniczne tej zmiany z podobnymi zmianami polega na potwierdzeniu charakterystycznego umiejscowienia do tyłu od brodawek okolnych i wykonaniu badań z użyciem izotopów promieniotwórczych jodu. Biopsja powinna być odroczone do momentu potwierdzenia obecności i czynności pozostałej części gruczołu tarczowego. U ponad 50% pacjentów z przemieszczeniem wrodzonym tego typu narządu tarczycza językowa jest jedyną istniejącą w organizmie czynną tkanką tarczycową.

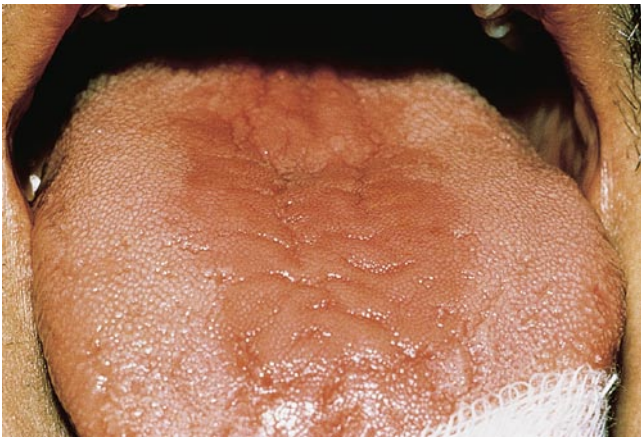
Przekłuwanie ciała różnymi przedmiotami (ustna biżuteria) (ryc. 47.8) Przekłuwanie ciała wykonane dla ozdoby polega na umieszczeniu różnych obcych przedmiotów w różnych tkankach. Często obserwowane poza jamą ustną miejsca obejmują uszy, brwi, skrzydełka nosa, skórę brzucha. Wewnątrzustnie często umieszczawiane są na fałdzie śluzówkowo-policzkowym wargi dolnej oraz na języku. Do często umieszczanych przedmiotów poprzez nakłucie języka należy metalowa kulka, tzw. barbella. Przedmioty te mogą być wprowadzane bez znieczulenia i bez uwzględnienia aseptyki. Do częstych obserwowanych objawów ubocznych należą tu zakażenia, obrzęki, krwawienie, reakcje alergiczne, złamania zębów i uszkodzenia śluzówkowo-dziąsłowe. Biżuterię ustną należy usunąć przed wykonaniem zdjęcia radiologicznego, a pacjent powinien być poinformowany o potencjalnych zagrożeniach zdrowia jamy ustnej spowodowanych przez te przedmioty.



Ryc. 47.1. Torbiel Blandina–Nuhna: odmiana typu torbieli śluzowej.



Ryc. 47.2. Zapalenie języka romboidalne środkowe: typowy obraz kliniczny.



Ryc. 47.3. Zapalenie języka romboidalne środkowe: gładkie zagłębione plamy*.



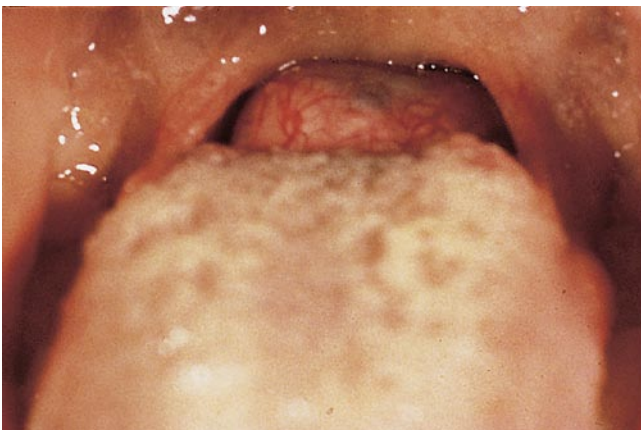
Ryc. 47.4. Kontaktowe zmiany na podniebieniu: czerwone nieregularne obrzeże*.



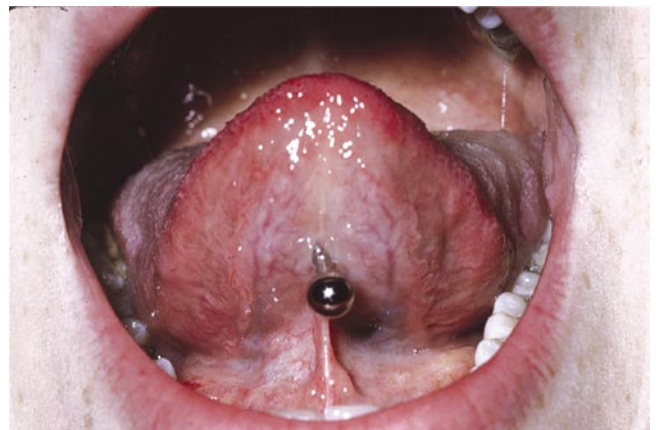
Ryc. 47.5. Guz z komórek ziarnistych: różowy guzek na języku**.



Ryc. 47.6. Guz z komórek ziarnistych: wyraźnie uniesiona powierzchnia języka**.



Ryc. 47.7. Tarczycza językowa: unaczyniona zmiana w linii środkowej języka.



Ryc. 47.8. Przekłuwanie ciała: barbella na języku.

ZMIANY CHARAKTERYSTYCZNE DLA WARG

Zapalenie warg odsloneczne (ryc. 48.1 i 48.2) Zapalenie warg odsloneczne jest zmianą przedrakową rozwijającą się w obrębie czerwieni wargowej na wardze dolnej. Jest ona spowodowana nadmierną ekspozycją na działanie promieniowania słonecznego. Zmiana występuje zazwyczaj u osób starszych z jasną karnacją skóry, wykonujących zawody związane z długotrwałym przebywaniem na otwartej przestrzeni. W początkowym okresie dolna warga jest czerwona i zanikowa z nieznacznymi białymi polami i z zatarciem brzegu czerwieni wargowej. Wraz ze wzrostem intensywności ekspozycji na promienie słoneczne widoczne są nieregularne łuskowate pola, mogące się pogrubić i zawierać ogniska białych plam, które mogą się złuszczać. Wargi powoli stają się twarde, lekko obrzęknięte, pobruzdowane i wywinięte. Owrzodzenia z niewielkimi strupami na powierzchni są typowym objawem stanu przewlekłego. Owrzodzenia mogą być spowodowane urazem, utratą elastyczności, ale też mogą być wczesnym objawem zmian dysplastycznych lub transformacji nowotworowej. W obrazie histologicznym widoczna jest atrofia nabłonka, podnabłonkowa bazofilna degeneracja kolagenu oraz zwiększona ilość włókien kolagenowych. Zalecane jest wykonanie biopsji w celu wykluczenia podobnych zmian związanych z działaniem promieni słonecznych, jak dysplazja nabłonkowa, *carcinoma in situ*, rak podstawnokomórkowy, rak płaskokomórkowy, czerniak złośliwy, zapalenie warg gruczołowe i opryszczka wargowa.

W około 10% przypadków odslonecznego zapalenia warg może rozwinąć się rak. Lekarz klinicysta powinien poinformować pacjenta, że w przypadku niestosowania środków ochronnych może dojść do pogorszenia. W przypadku zmian dysplastycznych wymagane jest leczenie chirurgiczne lub miejscowe stosowanie 5-fluorouracylu.

Kandydoza czerwieni wargowej (ryc. 48.3 i 48.4) **Kandydoza czerwieni wargowej** jest procesem zapalnym warg wywołanym przez *C. albicans* (infekcja grzybicza) i nawykowe oblizywanie warg. Zazwyczaj w typowym przebiegu *Candida* może wnikać do powierzchownych warstw nabłonka warg w następstwie uszkodzeń błony śluzowej spowodowanych powtarzającym się procesem zwilżania i wysychania warg. W następstwie złuszczenia i pobruzdowania powierzchni nabłonka mogą być widoczne delikatne białawe łuski z wyschniętego śluzu śliny. U dzieci skóra wokół ust jest zaczerwieniona, atroficzna i pobruzdowana. Często zgłaszanymi skargami są spierzchnięte, suche wargi, swędzenie i pieczenie warg oraz trudności ze spożywaniem ostro przyprawionych pokarmów. Postać przewlekła tej infekcji charakteryzuje się występowaniem bolesnych, pionowych, szczelinowatych pęknięć ulegających owrzodzeniu, które goją się wolno. Pomocne w leczeniu jest stosowanie maści z nystatyną, jednak ostateczne rozwiązanie problemu wymaga usunięcia nawyku oblizywania warg. W przewlekłych, uporczywych przypadkach winny być eliminowane czynniki predysponujące (np. długotrwała terapia steroidami) oraz choroby ogólnoustrojowe (np. cukrzyca, zakażenia HIV). Reakcja z nadwrażliwości na substancje zawarte w balsamach do warg i pomadkach może być klinicznie podobna do kandydozy warg.

Zapalenie kątów ust (zajady, perlèche) (ryc. 48.5 i 48.6) **Zapalenie kątów ust** jest bolesną zmianą występującą

w postaci promieniście ułożonych, zaczerwienionych szczelinowatych pęknięć w kątach warg. Najczęściej stan ten jest obserwowany u osób powyżej 50. roku życia, częściej u kobiet oraz u użytkowników protez. Czynnikiem etiologicznym jest zakażenie mieszane spowodowane przez *C. albicans* i *Staphylococcus aureus*.

Początkowo widoczna jest czerwona, wrzodząca powierzchnia śluzówkowo-skórna w okolicy kątów ust. Z czasem rumieniowate szczeliny stają się głębsze i rozszerzają się do kilku centymetrów od spojenia warg w obrębie skóry okolicy okołowargowej lub ulegają owrzodzeniu, zajmując wargę i błonę śluzową policzków. W obrębie owrzodzeń często tworzą się strupy, które pękają w trakcie fizjologicznych czynności jamy ustnej i powodują odnawianie się owrzodzeń. Mogą występować niekiedy małe żółto-brązowe ziarninowe grudki. Krwawienie nie jest częstym objawem.

Zapalenie kątów ust jest stanem przewlekłym, występującym zwykle obustronnie i często związane jest z protetycznym zapaleniem jamy ustnej lub zapaleniem języka. Do czynników predysponujących zalicza się niedokrwistość, złą higienę jamy ustnej, częste przyjmowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania, zmniejszenie wymiaru pionowego dolnego odcinka twarzy, dietę z wysoką zawartością cukru, suchość jamy ustnej, pogłębienie bruzd skórnych dookoła ust oraz niedobór witaminy B. W leczeniu należy uwzględnić także zalecenia profilaktyczne (eliminacja czynników urazowych, dokładna higiena jamy ustnej, odtworzenie prawidłowej wysokości zwarcia i wydzielania śliny) w połączeniu z miejscowym stosowaniem środków przeciwgrzybiczych i antybiotyków. Uzupełnienie niedoborów witaminowych może mieć pozytywny wpływ na proces leczenia. Eliminacja nieprawidłowego nawyku dotyczącego oblizywania warg jest także ważnym elementem postępowania leczniczego.

Zapalenie warg złuszczone (ryc. 48.7 i 48.8) **Zapalenie warg złuszczone** jest przewlekłym stanem obserwowanym na wargach, który charakteryzuje się występowaniem szczelinowatych pęknięć i tworzeniem krwotocznych strupów. *C. albicans*, zakażenia ustnopochoodne, stres, nawyk oblizywania i przygryzania warg oraz alergia kontaktowa są czynnikami etiologicznymi. Opiswane jest współwystępowanie zmian z zaburzeniami psychicznymi i chorobami tarczycy. Stan ten zwykle rozpoczyna się powstaniem pojedynczej szczeliny w pobliżu linii środkowej dolnej wargi i rozprzestrzenia się poprzez wytworzenie mnogich szczelin. Szczelinowate pęknięcia mogą ostatecznie pokryć się biało-żółtawymi łuskami, ulec owrzodzeniu i spowodować powstanie krwotocznych strupów na całej powierzchni wargi. Zmiany te są często przykre i szpecące, przy czym warga dolna jest objęta procesem chorobowym w większym stopniu niż górna. W przypadkach gdy stan ten wywołuje objawy subiektywne, zwykle główną skargą jest pieczenie jamy ustnej. Złuszczone zapalenie warg występuje u kilkunastoletnich dziewcząt i młodych kobiet, ponadto zaobserwowano gwałtowne zaostrzenia pod wpływem stresu. Ponieważ przyczyny tych zmian są złożone, złuszczone zapalenie warg jest trudne do leczenia i może utrzymywać się przez wiele lat. Najskuteczniejszym postępowaniem jest eliminacja czynników ogólnoustrojowych i psychologicznych sprzyjających powstawaniu zmian oraz miejscowe stosowanie maści przeciwgrzybiczych.



Ryc. 48.1. Zapalenie warg odsłoneczne: zatarta granica czerwieni wargowej, pokryta łuskami.



Ryc. 48.2. Zapalenie warg odsłoneczne: warga wywinięta, pogrubiała, ze strupami.



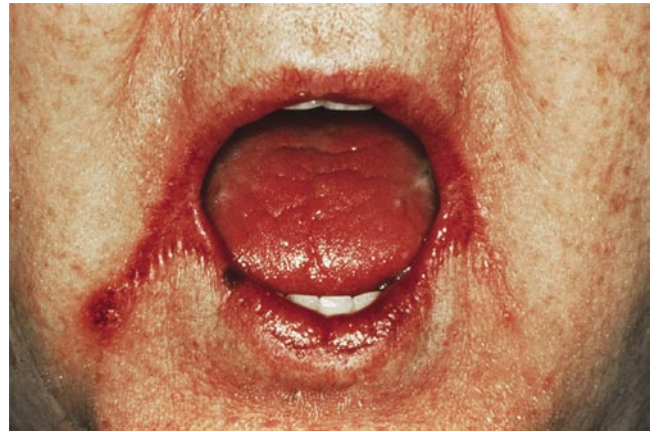
Ryc. 48.3. Kandydoza czerwieni wargowej: białawe łuski to wyschnięty śluz śliny.



Ryc. 48.4. Kandydoza czerwieni wargowej: pacjent z niekontrolowaną cukrzycą.



Ryc. 48.5. Zapalenie kątów ust: fałdy zwiótniętej skóry wokół ust*.



Ryc. 48.6. Zapalenie kątów ust: u starszego pacjenta*.



Ryc. 48.7. Złuszczające zapalenie warg: wczesne zmiany, pęknięcie wargi dolnej.



Ryc. 48.8. Złuszczające zapalenie warg: krwotoczne strupy.

Mucocele (torbiel śluzowa pozaprzewodowa) (ryc. 49.1 i 49.2) Mucocela jest obrzmieniem wargi lub błony śluzowej, które jest spowodowane śluzem wydzielanym z małych gruczołów ślinowych jamy ustnej do tkanek, w przypadku gdy dochodzi do uszkodzenia, przerwania przewodu wyprowadzającego gruczołu ślinowego. Większość mucoceli występuje na błonie śluzowej wargi dolnej. Nie mają one wysłania nabłonkowego (nie są to prawdziwe torbiele) i są otoczone przez tkankę ziarninową. **Torbiel podjęzykowa**, żabka (ang. *ranula*), jest odmianą mucoceli występującą na dnie jamy ustnej, która spowodowana jest urazem przewodu wyprowadzającego ślinianki podjęzykowej. W diagnostyce różnicowej mucoceli uwzględnia się rzadko występującą **torbiel przewodu ślinowego (torbiel ślinową zastoinową)**, która jest prawdziwą torbielą, wysłaną nabłonkiem przewodowym (ryc. 47.1).

Mucoceli tworzą się najczęściej na wardze dolnej w postaci guzkowatego obrzęku. Obrzęki te są bezobjawowe, miękkie, chęlboczące, niebieskawoszare, o średnicy zwykle < 1 cm. Powiększanie się zmiany związane z przyjmowaniem posiłków jest obserwowane sporadycznie. Najczęściej zmiana umiejscawia się na wardze dolnej w połowie odległości między linią pośrodkową a kątem ust, jednakże może być widoczna także w innych miejscach, jak błona śluzowa policzka, podniebienia, dna jamy ustnej i powierzchni dolnej języka.

Zmiany te najczęściej występują u dzieci i młodych dorosłych. Czynnikiem etiologicznym jest uraz. Powierzchnowe torbiele śluzowe często ustępują samistnie, podczas gdy usytuowane głębiej mają tendencję do długotrwałego utrzymywania się i zaostrzania w przypadku powtarzającego się urazu. Uporczywe, długo utrzymujące się torbiele śluzowe powinny być usunięte chirurgicznie. W przypadku gdy uszkodzone małe gruczoły ślinowe nie są usunięte lub inne przewody gruczołowe zostały przecięte podczas zabiegu, możliwe są nawroty.

Guz małych gruczołów ślinowych (ryc. 49.3 i 49.4) Guzkowe obrzmienia wargi górnej są rzadko spotykane i najczęściej są spowodowane **nowotworem łagodnym małych gruczołów ślinowych**. Około 90% nowotworów gruczołów ślinowych dotyczy dużych gruczołów, a tylko 10% małych. Do najczęściej występujących rodzajów łagodnych nowotworów gruczołów ślinowych należą **gruczolak kanalikowy** i **wielopostaciowy gruczolak**. Guzy te cechują się obecnością torebki, powolnym wzrostem i długim czasem rozwoju (kilka miesięcy). Częściej występują u osób powyżej 30. roku życia. Klinicznie gruczolak wielopostaciowy jest zmianą kulistą lub wieloguzkową o barwie różowopurpurowej, który wypukla się na wewnętrznej powierzchni wargi lub przedsionka. Zwykle jest to guz średnio spoisty, przesuwalny wobec otaczających tkanek, niebolesny i twardy w badaniu palpacyjnym. Aczkolwiek guz posiada możliwość nieograniczonego wzrostu, to najczęściej jest wielkości poniżej 2 cm średnicy. Zazwyczaj nie stwierdza się chęlbotania i owrzodzenia powierzchni.

Złośliwe guzy gruczołów ślinowych, jak **rak śluzowo-naskórkowy** i **gruczolakorak** występują rzadko na wardze górnej i mogą być różnicowane z nowotworami łagodnymi ze względu na ich gwałtowny i agresywny wzrost z tendencją do wytwarzania owrzodzeń i wywoływania objawów neurologicznych. Leczenie złośliwych guzów gruczołów ślinowych polega na ich chirurgicznym wycięciu. Nawroty choroby są możliwe w przypadku niecałkowitego usunięcia zmiany.

Torbiel nosowo-wargowa (torbiel nosowo-wyrostkowa) (ryc. 49.5 i 49.6) **Torbiel nosowo-wargowa** jest torbielą tkanek miękkich, umiejscowioną zewnątrzustnie w obrębie wargi na wysokości kła i boczno-siekacza. Etiologia nie jest w pełni poznana, ale przedstawia się dwie teorie na temat przyczyn powstania tej zmiany. Najbardziej akceptowana teoria zakłada, że torbiel wywodzi się z pozostałości nabłonkowych, które zostały otoczone przez przylegające tkanki w czasie odbywającego się w życiu zarodkowym połączenia wyrostków nosowego boczno, gałeczkowego i szczękowego. Według bardziej współczesnych poglądów zmiana ta powstaje z przewodu nosowo-łzowego. Proliferacja i proces tworzenia się torbieli zwykle nie są klinicznie dostrzegane przed 30. rokiem życia, chociaż do „uwięzienia” komórek nabłonkowych dochodzi przed urodzeniem. Zmiana ta częściej występuje u kobiet.

Torbiel nosowo-wargowa jest wyczuwalnym palpacyjnie obrzękiem górnej wargi, rozszerzającym się do fałdu śluzówkowo-policzkowego, co może powodować uniesienie się skrzydełek nosa, rozszerzenie nozdrzy przednich i zmianę przebiegu bruzdy nosowo-wargowej. Torbiel w zależności od wielkości może być zwarta lub chęlbocząca, może także wpływać na utrzymanie się protezy w szczęce. W wyniku aspiracji uzyskuje się żółtawy lub słomkowy płyn. Torbiele występują najczęściej jednostronnie i zasadniczo nie łączą się z sąsiadującą kością, dlatego zęby szczęki pozostają żywe. W rzadkich przypadkach, gdy torbiel nosowo-wargowa wywiera ucisk na sąsiadującą kość, może dojść do resorpcji struktur kostnych. Leczenie polega na wycięciu zmiany.

Torbiel implantacyjna (torbiel nabłonkowa z wgłobienia) (ryc. 49.7) **Torbiel implantacyjna** jest rzadko występującą torbielą, która jest reakcją nabłonka powierzchniowego na ciało obce wszczepione w obręb skóry właściwej pod wpływem urazu. Torbiel może występować zarówno wewnątrz-, jak i zewnątrzustnie, w każdym wieku, niezależnie od płci i rasy. W jamie ustnej zmiana ma postać zwartego, kulistego, przesuwalnego względem otoczenia guzka, który znajduje się w miejscu zadziałania urazu, co często zdarza się w obrębie warg. Torbiele implantacyjne zwykle są małe, bezobjawowe i występują pojedynczo. Wielkość cyst raczej się nie zmienia, a pokrywająca je błona śluzowa jest gładka i różowa. Nie stwierdza się obrzęków związanych z przyjmowaniem posiłków ani samistnego drenażu śluzu związanego z obecnością torbieli. Diagnozę lekarza powinna ułatwić informacja o przebytym urazie. W leczeniu zalecane jest chirurgiczne wycięcie zmiany z oceną histopatologiczną.

Mezenchymalne guzki i guzy (ryc. 49.8) Wiele z nowotworów pochodzenia mezenchymalnego, jak m.in. włókniak, włókniakotłuszczak i nerwiak, może powodować guzkowe obrzęki warg. Przykładem takiej zmiany jest przedstawiony tu **guz typu włókniakonerwiaka** (ang. *neurofibroma*). Włókniakonerwiaki mogą być zmianami pojedynczymi lub występować w połączeniu z chorobą Recklinghausena (ryc. 70.7 i 70.8). W przypadku gdy włókniakonerwiak jest zmianą odosobnioną, nie daje zazwyczaj objawów subiektywnych, jest guzkiem szypułkowanym, o gładkiej powierzchni, umiejscowionym na błonie śluzowej policzka, dziąsła podniebienia lub warg. W obrazie histologicznym widoczna jest tkanka łączna i włókna nerwowe. W przypadku wykrycia pojedynczego włókniakonerwiaka wymagane jest dokładne badanie w celu wykluczenia nerwiakowłókniakowości (choroby Recklinghausena), która może być związana z tendencją do transformacji nowotworowej.



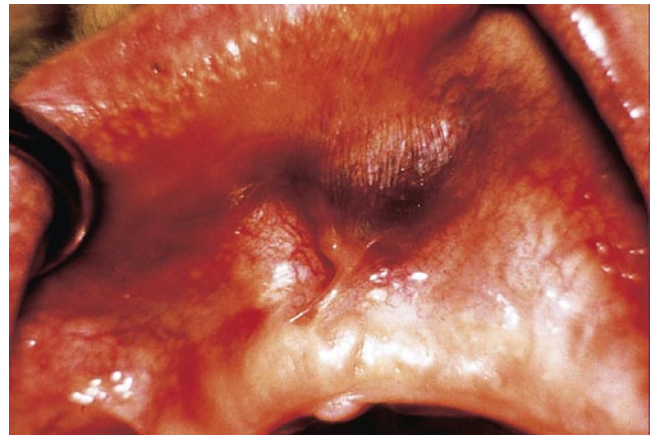
Ryc. 49.1. Mucocele: małe, niebieskawe, powierzchowne obrzmienie.



Ryc. 49.2. Mucocele: niebieskawa zmiana, głębsza i większa.



Ryc. 49.3. Gruczolak wielopostaciowy: spoisty i niebieskawy guzek.



Ryc. 49.4. Gruczolak kanalikowy: guzek o zabarwieniu purpurowym na wardze.



Ryc. 49.5. Torbiel nosowo-wargowa: chełboczący guzek w badaniu palpacyjnym.



Ryc. 49.6. Torbiel nosowo-wargowa: wypełniona środkiem kontrastowym.



Ryc. 49.7. Torbiel implantacyjna: pourazowa.



Ryc. 49.8. Włókniakonerwiak: uszypułkowany, bez zmiany zabarwienia.