

PROFIL STOMATOLOGIC ÎN DERMATOZELE ALERGICE

Leonid Gugulan
d.ș.m., conferențiar universitar




Eritemul polimorf

- Eritemul polimorf reprezintă un sindrom plurietiologic ce apare ca expresie a reacției tegumentului și a mucoaselor la un complex de factori care acționează fiziopatologic prin mecanisme similare.
- Boala afectează subiecți de ambele sexe, mai ales între vârsta de 15-30 ani și are dominanță sezonieră de primăvară și toamnă.

Etiologia

- Etiologia acestui sindrom este încă subiect de dezbatere a unor dispute științifice. factori incriminanți sunt:
 - infecțioși : - virusuri (v. herpes simplex, v. hepatitice, v. coxackie,
 - v.gripale, v.urlian, adenovirusuri și poxvirusuri)
 - bacterii: streptococi
 - mycoplasme : mycoplasma pneumoniae
 - - dermatofiți

- 
- medicamente: sulfamidele, anticonvulsivantele, barbituricele, antiinflamatorii nesteroidice de sinteză
 - evoluția altor afecțiuni generale: lupus eritematos cronic, limfoame, boala Behcet, periarterita nodoasă.
 - Agenții fizici (frigul, soarele, radiațiile ionizante sunt considerați astăzi drept factori favorizanți.

Eritemul polimorf

- Mecanismele de producere a leziunilor cutanate nu sunt încă exact precizate, se admite că sunt reacții de hipersensibilitate de tip III sau IV, mediate de limfocitele specifice stimulate antigenic și de secreția de citokine pe un teren uneori predispus genetic.
- Erupția clinică interesează tegumentele și mucoasele (mai frecvent pe cea bucală) și constă din leziuni eritemato –papulo- flictenulare sau veziculoase.

Eritemul polimorf

- Dispoziția cutanată a leziunilor este simetrică, preferențial la nivelul extremităților (dosul mâinilor, palme, plante, antebrațe, coate, genunchi, mai rar pe gât sau pe față).
- Debutul este însoțit de senzații de arsură sau de prurit discret și se face prin leziuni maculopapuloase de nuanță roz-roșietică, inițial de câțiva milimetri care cresc până la 1-2 cm și sunt centrate în faza de stare de o mică flictenă sau veziculă.

Eritemul polimorf

- Aspectul și combinația culorilor a dat leziunilor denumirea deja clasică "de leziuni în cocardă". Ele sunt rotunde cu zone concentrice de aspect și culori diferite: centrul poate fi o zonă deprimată, erozivă sau chiar necrotică, violacee mărginită de o papulo-roșietică a cărei intensitate se stinge treptat spre margini.

Eritemul polimorf

- Alte cocarde sunt centrate de o flictenă în tensiune de dimensiuni mici sau mijlocii, având în jur o zonă roșie închis și un halou roz la periferie - aspectul de "herpes iris". Erupția cutanată poate avea asociat și plăci urticariene sau flictene mici, în tensiune dispuse izolat.
- Eritemul polimorf, după evoluția sa îmbracă două forme-clinice distincte, forma minoră care corespunde descrierii clinice precedente și forma majoră denumită și sindromul Stevens- Johnson.

Eritemul polimorf

- Forma minoră după elementul clinic predominant se poate manifesta ca formă papuloasă, cu predominanța unor formațiuni papuloase de dimensiuni variate care evoluează rapid în 1-2 săptămâni, lăsând secundar melanoderмии discrete, fără afectarea mucoaselor; sau ca formă veziculo-buloasă în care domină leziuni cutanate de tip herpes iris și la peste jumătate din cazuri se asociază o stomatită erozivă dureroasă.
- În această ultimă formă clinică evoluția este mai lentă mergând până la 4-5 săptămâni.
- Forma minoră de eritem polimorf evoluează cu stare generală bună.





SINDROMUL STEVENS-JOHNSON

- Sindromul Stevens-Johnson, forma majoră de eritem polimorf, are un debut brusc cu alterarea stării generale, febră 39-40°. Rareori pacientul își amintește de existența unei simptomatologii "gripale" cu 4-5 zile înainte pentru care eventual a ingerat și unele medicamente.
- Domină manifestările de la nivelul mucoaselor.
- În 90% din cazuri conjunctiva bulbară oculară răspunde prin leziuni de conjunctivită catarală, fibrinoasă, membranoasă sau purulentă, bilaterală asociate sau nu cu keratită, se pot asocia și ulcerări corneene. Dacă nu se intervine prompt terapeutic după ulcerările corneene se pot instala opacități corneene și chiar cecitate.

SINDROMUL STEVENS-JOHNSON

- La nivelul cavității bucale erupția debutează tot prin flictene sau vezicule care se rup repede transformându-se în eroziuni dureroase, de obicei acoperite de pseudomembrane. Eroziunile de pe semimucoasa buzelor se acopăr în scurt timp de cruste groase, rigide, care se detașează greu și dureros.
- La nivelul mucoasei genitale, frecvent incriminată, prin spargerea bulelor rămân eroziuni de dimensiuni mari dureroase.
- Secundar leziunilor genitale erozive se pot instala sinechii cicatriciale vulvare sau vaginale sau chiar fimoze.
- Erupția cutanată prezintă polimorfism lezional dominat de elementele veziculo-buloase, leziunile în cocardă, papule și plăci urticariene și, este generalizată (predominând pe trunchi spre deosebire de erupția din forma minoră unde topografia este electivă pe extremități).

SINDROMUL STEVENS-JOHNSON

- Sindromul Stevens-Johnson asociază la simptomatologia cutaneo-mucoasă descrisă și manifestări viscerale.
- La cca. 50% dintre pacienți se înregistrează suprainfecții pulmonare cu mycoplasme.
- Suferința renală supra adăugată se manifestă prin hematurie, glomerulonefrite mergând chiar până la insuficiență renală.
- Manifestările digestive sunt prezente în 35% din cazuri.
- Interesarea cardiacă este mai rară, în schimb manifestările neurologice asociate sunt multiple (meningism, sindrom meningo encefalitic, microhemoragii cerebrale, poliradiculonevrite).
- Sunt asociate mialgii și altralgii.

SINDROMUL STEVENS-JOHNSON

Examenul histopatologic

- Examenul histopatologic evidențiază existența unor leziuni de necroză epidermică în grade variate.
- În imunofluorescența directă se pun în valoare depozite de imunoglobuline și C3 la nivelul pereților vaselor superficiale dermice, evocând aspectul unei vasculite cu complexe imune.
- Evoluția sub terapie eficientă, poate fi favorabilă în 3-6 săptămâni, însă într-un procent de până la 20% din cazuri se înregistrează decesul.

Tratamentul

- Tratamentul vizează atât îndepărtarea cauzei, dacă aceasta este cunoscută cât și medicație patogenică.
- Tratamentul general pentru formele minore de eritem polimorf constă din doze moderate de corticoterapie (40 mg/zi) sau antihistaminice și hiposensibilizante.
- Pentru sindromul Stevens-Johnson, corticoterapia masivă instituită corect și precoce, asociată cu antibioterapie cu spectrul larg, izolarea bolnavilor în spații de reanimare cu condiții de sterilitate păstrate și reechilibrarea hidroelectrolitică pot însenina prognosticul vital al bolnavului.
- La cazurile ce au drept etiologie infecția virală este utilă asocierea acyclovirului.
- Ca tratament local folosirea antisepticelor neiritante (betadine) asociată cu dermatocorticoizi și antibiotice (oxiderm, oxicort spray) pentru leziunile cutanate cât și dermatocorticoizi cu antilevurice incorporate în oral baze pentru leziunile bucale ameliorează simptomatologia cutaneo-mucoasă.



Sindromul Lyell

- Supranumit și necroliza epidermică toxică este o reacție hiperalergică de sensibilizare la medicamente cu excepția formei copilului care are la origine sensibilizarea la stafilococul de tip fagic 71.
- Clinic, brusc apare o erupție cu pete mari eritematoase (de tip scarlatiniform) pe care se organizează rapid flictene întinse ce se sparg și lasă zone de decolare epidermică masivă. Fragilitatea cutanată este evidențiable ușor prin semnul Nicolsky pozitiv.
- Decolările cutanate depășesc 30% din suprafața corpului.
- Starea generală se alterează urgent și se asociază frisoane, delir, convulsii și febră 39-40°.
- Mucoasa cavității bucale și mucoasa genitală sunt sediul unor leziuni erozive sau ulcerate întinse și dureroase.

SINDROMUL LYELL

Examenul histopatologic si tratamentul

- Examenul histopatologic evidențiază arii de necroză epidermică întinsă. Maladia este o urgență medico- chirurgică.
- Tratamentul este asemănător cu cel din sindromul Stevens-Johnson.

SINDROMUL LYELL

