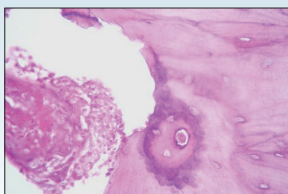


Inflammatory bone diseases of the jaws



N. Theologie¹, E. Chrysomali²

Osteomyelitis initiates as an infection of the medullary cavity which progresses and extends involving the cortical plate and periosteum of the insulted area. The occurrence of jaw osteomyelitis appears to be rare in immunologically normal host; it is more likely to occur when there is an underlying pathological substrate that predisposes to the development of inflammation, such as in individuals with a history of immunosuppression or patients with head and neck cancer who have undergone radiation therapy. The nature of such infection is mainly polymicrobial, commonly attributed to pathogenic microorganisms present in dental infections (periapical lesion, periodontitis, infection after tooth extraction) or from previous trauma (fracture or implant complication). The risk of common odontogenic infections to develop into osteomyelitis is generally low in healthy immunocompetent individuals. Osteomyelitis is divided into acute and chronic, and it may be productive, to create pus and fistulae or non-productive, in the absence of suppuration. The diagnosis is mainly made by clinical signs, confirmed by the presence of sequestrum or bony destruction on radiography. A microbiological study of the pus may be needed in the productive osteomyelitis for the management of the disease. The importance of histopathological examination is essential for the confirmation of osteomyelitis diagnosis contributing in the differential diagnosis of "nonspecific" osteomyelitis from "specific" infections, such as tuberculous osteomyelitis or actinomycosis. However, the histopathological evaluation is insufficient, if not taking into account the clinical and imaging features of each case, as well as the patient's history. The clinician should determine the cause of the infection and immediately proceed to the appropriate treatment that may include medication or and surgery.

Key words: osteomyelitis, jaw, infection

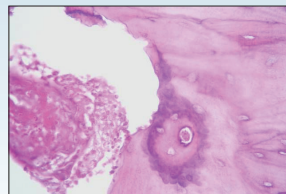
Odontostomatological Progress 2018, 72 (2): 310-324

1. DDS, MS, DrDent
2. DDS, DrDent

Clinic of Oral and Maxillofacial Surgery and Department of Oral Medicine and Pathology School of Dentistry, National and Kapodistrian University of Athens, 2 Thivon Str., Goudi, 115 27 Athens

Φλεγμονώδεις παθήσεις των οστών των γνάθων

Ν. Θεολόγη¹, Ε. Χρυσομάλη¹



Ο όρος «οστεομυελίτιδα» αναφέρεται στη φλεγμονώδη εξεργασία που αναπτύσσεται αρχικά στη μυελώδη μοίρα των οστών, καταλαμβάνει τους οστικούς μυελοχώρους και επεκτεινόμενη μπορεί να εξαπλωθεί στο φλοιώδες οστό και στο περίοστεο. Η εμφάνιση οστεομυελίτιδας των γνάθων έχει αυξημένες πιθανότητες να παρουσιαστεί όταν συνυπάρχει επιβαρημένο ή παθολογικό υπόστρωμα που προδιαθέτει στην ανάπτυξη φλεγμονής, όπως σε ασθενείς με αρρυθμισμό σακχαρώδη διαβήτη, σε άτομα με ιστορικό ανοσοκαταστολής ή σε HIV οροθετικούς ή ενδοноσοκομειακούς ασθενείς, σε αλκοολικούς, σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών μέσω αιματογενούς μικροβιακής διασποράς, αλλά και σε ασθενείς που έχουν υποστεί ακτινοθεραπεία στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου. Συνιστά λοίμωξη που οφείλεται κυρίως σε παθογόνους μικροοργανισμούς, που συχνά προέρχονται από οδοντοφατνιακές λοιμώξεις ή από προηγούμενο τραύμα. Η εμφάνιση οστεομυελίτιδας είναι πιο συχνή στην κάτω γνάθο, λόγω της παρουσίας ως επί το πλείστον συμπαγούς οστού, καθώς και της φτωχότερης αιμάτωσης σε σύγκριση με την άνω γνάθο, που χαρακτηρίζεται από λεπτότερο φλοιώδες πέταλο, πλουσιότερη μυελώδη μοίρα και πυκνό αγγειακό δίκτυο. Γενικά, όμως, στα ανοσοϊκανά άτομα θεωρείται μικρή η πιθανότητα οι συνήθεις οδοντογενείς λοιμώξεις να εξελιχθούν σε οστεομυελίτιδα, η οποία διακρίνεται σε οξεία και χρόνια και μπορεί να είναι παραγωγική, με δημιουργία πύου και συρίγγια ή μη παραγωγική, με απουσία διαπύησης. Διαγνωστικά στις παραγωγικές μορφές οστεομυελίτιδας είναι σωστό να λαμβάνεται καλλιέργεια πύου από την περιοχή πριν χορηγηθεί αντιβίωση, ώστε να προσδιοριστεί ο παθογόνος μικροοργανισμός και να εφαρμοσθεί το πλέον κατάλληλο αντιβιοτικό σχήμα. Η σημασία της ιστοπαθολογικής εξέτασης για την τεκμηρίωση της διάγνωσης της οστεομυελίτιδας είναι ουσιώδης και συμβάλλει στη διαφορική διάγνωση της «μη ειδικής» οστεομυελίτιδας από τις «ειδικές» λοιμώξεις, όπως η φυματιώδης οστεομυελίτιδα ή η ακτινομυκητίαση. Η αξιολόγηση όμως μόνο των ιστοπαθολογικών ευρημάτων είναι ανεπαρκής, εάν δεν γίνεται συνεκτίμηση με τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα της κάθε περίπτωσης, αλλά και με πληροφορίες από το ιστορικό του ασθενούς. Η αντιμετώπιση της οστεομυελίτιδας ανάλογα με την επιμέρους εντόπισή της στη στοματογναθοπροσωπική περιοχή είναι δυνατόν να παρουσιάζει δυσκολίες, ειδικά για την άνω γνάθο λόγω της εγγύτητάς της με πολυσύνθετες ανατομικές δομές του κρανίου. Η θεραπεία, φαρμακευτική ή και χειρουργική, εξαρτάται από τη φάση στην οποία βρίσκεται η φλεγμονή, ενώ επιβάλλεται να αντιμετωπιστεί ριζικά και η γενεσιονογός αιτία της.

Λέξεις ευρετηρίου: οστεομυελίτιδα, γνάθοι, φλεγμονώδεις παθήσεις

Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 2018, 72 (2): 310-324

1. Επίκουρη Καθηγήτρια

Κλινική Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Θηβών 2, Γουδή, 115 27 Αθήνα