

**Opis przypadku**  
**Case report**

© Borgis

# Rzadki przypadek rozległego nadziąślaka zapalnego w żuchwie – opis przypadku

**\*Lidia Hryniewiecka, Wojciech Popowski, Andrzej Wojtowicz**

Zakład Chirurgii Stomatologicznej Instytutu Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
Kierownik Zakładu: prof. dr hab.n. med. Andrzej Wojtowicz

---

## GIANT INFLAMMATORY EPULIS OF MANDIBLE – RARE CASE REPORT

### Summary

The purpose of this paper is to report a rare case of giant inflammatory epulis of a 53-year-old women with high recurrence despite earlier CO2 laser treatment. Different views on the classification, aetiology and treatment of epuli regarding their high growth potential was presented.

---

**Key words:** epulis, gingival diseases, recurrence

---

### WSTĘP

Nadziąślak zapalny (*epulis inflammatoria*) jest zmianą rozrostową zlokalizowaną na dziąśle wyrostka żębowo-łowego szczęki lub żuchwy. Zazwyczaj wywodzi się z włókien ozębnej lub mucoperiosteum i ma charakter odczynowy, co wyraźnie odróżnia go od przerostu dziąsła w przebiegu *gingivitis*, którego główną przyczyną jest zakażenie bakteryjne ściśle związane ze złogami płytki nazębnej (1).

Etiologia nadziąsłaków zapalnych pozostaje niejasna. Przypuszcza się, że główną rolę w ich powstawaniu mogą mieć czynniki drażniące (nawisające wypełnienia, obecność złogów kamienia nazębnego). Niektórzy do czynników etiologicznych nadziąsłaków zaliczają również zaburzenia hormonalne, immunologiczne (2, 3). Zachorowalność jest 1,5-2-krotnie większa u kobiet niż u mężczyzn, częściej występują w szczęce niż w żuchwie, zazwyczaj przy zębach przednich.

W piśmiennictwie anglojęzycznym w rozpoznaniu histopatologicznym nie stosuje się nazwy *epulis inflammatoria*. W obrazie mikroskopowym jego odpowiednikiem jest *angiogranuloma* lub *pyogenic granuloma* (4).

Nadziąsłaki mają charakter egzofityczny, przeważnie gładką powierzchnię często z cechami owrzodzenia oraz szpikulę wnikałą w głąb kieszonki dziąsłowej. Postać zapalna/angiogranuloma ma charakterystyczny żywoczerwony lub purpurowy kolor oraz dużą tendencję do krwawienia w przypadku nawet niewielkich

urazów, co jest związane z jej utkaniem naczyniowym. W trakcie swojego rozwoju może przejść w postać o wolnym wzroście z przewagą tkanki włóknistej, wówczas klinicznie przypomina nadziąślaka włóknistego (tzw. *peripheral fibroma*). Przypuszcza się, że zarówno nadziąślak zapalny, jak i nadziąślak włóknisty mogą stanowić kolejne stadia rozwoju tej samej zmiany rozrostowej (5, 6).

### CEL PRACY

Przedstawienie przypadku rozległego nadziąślaka zapalnego będącego nawrotem po nie dość radykalnym leczeniu chirurgicznym.

### OPIS PRZYPADKU

53-letnia pacjentka zgłosiła się do Zakładu Chirurgii Stomatologicznej IS WUM w celu leczenia zmiany rozrostowej dziąsła w przednim odcinku żuchwy.

W trakcie wywiadu ustalono, że podobna zmiana, jednak o dużo mniejszych rozmiarach, pojawiła się u pacjentki 8 lat temu w okolicy zębów siecznych żuchwy. Guz został usunięty przy użyciu lasera CO2 i rozpoznany w badaniu histopatologicznym jako *epulis inflammatoria exulcerans*.

Zmiana, z powodu której pacjentka zgłosiła się obecnie do Zakładu Chirurgii Stomatologicznej IS WUM, powstała i powiększała się przez ostatnie 6 miesięcy, nie dawała dolegliwości bólowych, jednak ze

względu na znaczne rozmiary utrudniała przyjmowanie pokarmów oraz użytkowanie częściowej osiadającej protezy dolnej.

W chwili badania pacjentka użytkowała jedynie protezę całkowitą górną.

Pacjentka była ogólnie zdrowa, nie przyjmowała żadnych leków, nie zgłaszała przebytych urazów w obrębie twarzoczaszki, z którymi można by wiązać powstanie zmiany.

W badaniu klinicznym węzły chłonne podżuchwowe i szyjne nie były wyczuwalne.

Wewnątrzustnie stwierdzono rozległy guz o wymiarach 10x4 cm w przednim odcinku żuchwy obejmujący zęby 33, 32 oraz 43, 44. Zęby tkwiące w masie guza stanowiły resztkowe uzębienie pacjentki. Zmiana była spoista o szerokiej szypule oraz gładkiej, łatwo krwawiącej powierzchni, koloru od jasnoróżowego do sinoczerwonego (ryc. 1).

Wzrost guza spowodował znaczne rozchwianie zębów znajdujących się w jego obszarze – wykazywały one III stopień ruchomości. W wywiadzie ustalono, że nie były one rozchwiane przed pojawieniem się zmiany.

W badaniu radiologicznym stwierdzono znacznego stopnia zanik na całej długości części zębodołowej

żuchwy z widoczną eksfoliacją zębów 33, 32, 43, 44. W rzucie guza kość miała gładkie brzegi i nie wykazywała cech patologicznej resorpcji (ryc. 2).

Na podstawie badania klinicznego i rtg postawiono wstępne rozpoznanie – nawrót nadziąsłaka zapalnego. Pacjentka zakwalifikowana została do zabiegu chirurgicznego usunięcia guza w warunkach ambulatoryjnych.

W obustronnym znieczuleniu przewodowym w okolicy otworów bródkowych i nasiękowym od strony językowej roztworem 2% lignokainy + NA wykonano ekstrakcję zębów 44, 43, a następnie usunięto guz w całości z marginesem tkanek zdrowych wraz z tkwiącymi w nim zębami 33 i 32. Kość części zębodołowej żuchwy wyłżeczowano, a ranę pooperacyjną zaszyto. Pobrany materiał utrwalony w 10% formalinie oddano do badania histopatologicznego (ryc. 3). Przebieg gojenia odbywał się bez powikłań. Szwy zdjęto po 7 dniach (ryc. 4).

Wynik badania histopatologicznego potwierdził rozpoznanie wstępne – *epulis inflammatoria exulcerans*.

W badaniu kontrolnym przeprowadzonym po 6 miesiącach od zabiegu nie stwierdzono nawrotu (ryc. 5). U pacjentki 1,5 miesiąca po zabiegu wykonano nowe uzupełnienia protetyczne, obecnie pacjentka użytkuje górną i dolną protezę całkowitą.



Ryc. 1. Znaczących rozmiarów nadziąsłak zapalny.



Ryc. 2. Badanie radiologiczne ukazuje brak patologicznej resorpcji kości w obrębie zmiany.



Ryc. 3. Materiał do badania histopatologicznego.



Ryc. 4. Stan po zdjęciu szwów 7 dni po zabiegu.



Ryc. 5. Stan błony śluzowej 6 miesięcy po zabiegu.

## DYSKUSJA

Nadziąsłak zapalny jest jednym z najczęściej występujących typów nadziąsłaków określanych obecnie jako zlokalizowane zmiany rozrostowe dziąseł (7-9). Nazwa „nadziąsłaki” jest terminem klinicznym i wskazuje na ich usytuowanie na dziąśle wyrostka zębodołowego. Mogą one znajdować się w odcinkach uzębionych i wówczas rozwijają się z tkanek przyzębia (ozębnej, warstwy łącznotkankowej dziąsła, okostnej), rzadziej stwierdza się ich obecność w odcinkach nieuzębionych.

Według klasyfikacji kliniczno-morfologicznej stosowanej do tej pory przez większość polskich autorów poza nadziąsłakiem zapalnym do tej grupy zmian rozrostowych zalicza się nadziąsłaki włókniste oraz olbrzymiokomórkowe (10).

Najnowsza nomenklatura, która stosowana jest w zagranicznych publikacjach, dzieli zlokalizowane zmiany rozrostowe jamy ustnej na:

1. grupę hiperplazji włóknistych,
2. angiogranuloma lub *granuloma pyogenicum*,
3. obwodowe ziarniniaki olbrzymiokomórkowe.

W obrazie mikroskopowym *epulis inflammatoria* składa się z licznych drobnych naczyń krwionośnych, komórek nacieku zapalnego, tj. histiocyty, komórki plazmatyczne, granulocytów obojętnochłonnych oraz włókien tkanki łącznej. Jego obraz histopatologiczny odpowiada ziarniniakowi ropotwórczemu (*granuloma pyogenicum*), inaczej zwanemu angiogranuloma. Przyjmuje się więc, że postaci angiogranuloma znajdujące się na dziąśle wyrostka zębodołowego stanowią odpowiednik nadziąsłaka zapalnego (11, 12).

Etiologia powstawania ograniczonych hiperplastycznych zmian wyrostka zębodołowego jamy ustnej jest wieloczynnikowa.

Przypuszcza się, że istotny wpływ na rozwój nadziąsłaków ma przewlekłe drażnienie związane z nieprawidłowo wykonanymi wypełnieniami, stanami zapalnymi przyzębia oraz uzupełnieniami protetycznymi, stanowiącymi miejsca retencji dla zalegających resztek pokarmowych.

Znaczna przewaga występowania tego typu zmian u kobiet, potwierdzona w licznych publikacjach, może sugerować również wpływ hormonów na proces tworze-

nia angiogranuloma, ale wyniki badań nie potwierdzają jednoznacznie tej tezy (13).

Warto w tym miejscu podkreślić, że istnieją zmiany klinicznie i morfologicznie podobne do angiogranuloma, które związane są z zaburzeniami hormonalnymi i występują u kobiet w ciąży. Noszą one nazwę guzów ciążowych lub HT (ang. *hormonal tumor*), pojawiają się zazwyczaj w I trymestrze ciąży i mają tendencję do samoistnej regresji po porodzie. Ich występowanie prawdopodobnie jest związane z nadmierną proliferacją naczyń krwionośnych pod wpływem nadmiaru estrogenów i progesteronu (14).

Zmiany o charakterze angiogranuloma/nadziąsłaka zapalnego charakteryzują się szybkim wzrostem w pierwszej fazie powstawania, dorastając do 1-3 cm średnicy i w większości przypadków nie osiągają znacznych rozmiarów. W miarę upływu czasu dochodzi do zahamowania tempa wzrostu, zwiększa się ilość tkanki łącznej, a klinicznie zmiana z kruchej, łatwo krwawiącej zmienia się w guz o dużej spoiwości z gładką, różową powierzchnią mającą czasem cechy płytkiego owrzodzenia. W tej postaci nadziąsłak zapalny zarówno klinicznie, jak i w obrazie mikroskopowym zaczyna przypominać nadziąsłaka włóknistego. Wobec tego część autorów uważa, że nadziąsłak zapalny może przekształcać się w postać włóknistą.

W literaturze przypadki osiągnięcia przez nadziąsłaki zapalne dużych rozmiarów należą do rzadkości i najczęściej dotyczą one wznowy po nieradykalnym postępowaniu chirurgicznym.

W tych nielicznych sytuacjach ze względu na szybki rozwój i możliwość osiągnięcia znacznych rozmiarów nadziąsłaki zapalne mogą budzić niepokój zarówno u pacjentów, jak i lekarzy dentystów. Również tendencja do krwawienia oraz owrzodzeń na powierzchni guza może sugerować zmianę neoplastyczną. Niezbędne jest wobec tego wnikliwe badanie pacjenta obejmujące badanie palpacyjne węzłów chłonnych głowy i szyi oraz diagnostykę radiologiczną.

W przeważającej ilości przypadków są to zmiany na tyle ograniczone, że leczeniem z wyboru jest ich wycięcie w całości z zachowaniem marginesów tkanki zdrowej i przesłanie pobranego materiału do badania histopatologicznego, które pozwoli na weryfikację rozpoznania klinicznego.

W szczególnych przypadkach, kiedy duże rozmiary guza z towarzyszącymi cechami klinicznymi, takimi jak rozległe owrzodzenia na powierzchni, budzą wątpliwości co do zapalnego charakteru zmiany, pobranie wycinka do badania histopatologicznego pozwoli na potwierdzenie diagnozy. Prawidłowe rozpoznanie zmiany ma istotne znaczenie w planowaniu zasięgu zabiegu i wpływa na odległe wyniki leczenia.

Nadziąsłaka zapalnego należy różnicować z:

– obwodowym ziarniniakiem olbrzymiokomórkowym (również należy do zmian o charakterze odczynowym, klinicznie może osiągać znacznie większe rozmiary, w odróżnieniu od nadziąsłaka zapalnego powoduje resorpcję kości),

- guzem ciążowym (związany jest on ze zmianami hormonalnymi okresu ciąży, często ustępuje samoistnie),
- fałdami włóknistymi (są to zmiany rozrostowe występujące w przedsionku jamy ustnej ściśle związane z długotrwałym użytkowaniem nieprawidłowo dopasowanych uzupełnień protetycznych; o charakterystycznym kształcie, przebiegające równolegle do bezzębego wyrostka żębodołowego),
- rozrostami dziąsła w przebiegu chorób przyzębia (najczęściej uogólniony rozrost brodawek dziąsłowych towarzyszący zapaleniu dziąseł, ulega zmniejszeniu po leczeniu periodontologicznym),
- nowotworami łagodnymi tkanek miękkich jamy ustnej (włókniakami, brodawczakami).

Obserwuje się bardzo dużą tendencję do wznowy nadziąsłaków zapalnych po ich nie dość radykalnym wycięciu nieuwzględniającym miejsca wywodzenia się zmiany lub w przypadku nieusunięcia czynników miejscowo drażniących. Pozostawienie fragmentów tkanek przyczynia może skutkować szybkim nawrotem guza, dlatego należy pamiętać o dokładnym wyłuszczeniu podłoża. W niektórych przypadkach (tendencja do wznowy, silne tempo wzrostu, znaczne rozmiary guza) należy rozważyć bardziej radykalne postępowanie chirurgiczne obejmujące ekstrakcje zębów znajdujących się w obrębie zmiany (15-17).

#### WNIOSKI

Na podstawie opisanego przypadku oraz w oparciu o dostępne piśmiennictwo można wnioskować, że:

1. Nadziąsłaki zapalne charakteryzują się, przy nie dość radykalnym postępowaniu chirurgicznym, bardzo dużą tendencją do wznowy.
2. Nawrót w szybkim czasie może osiągać znaczne rozmiary i prowadzić do rozchwiania zębów znajdujących się w jego obszarze, co może budzić podejrzenie zmiany nowotworowej.
3. Mimo osiągnięcia znacznych rozmiarów, w obrazie radiologicznym brak cech destrukcji kości.
4. Każdorazowo wymagana jest weryfikacja rozpoznania klinicznego badaniem histopatologicznym.
5. Całkowite usunięcie zmiany wraz z ekstrakcją objętych chorobowo zębów, dokładne wyłuszczenie podłoża kostnego oraz eliminacja czynników drażniących pozwalają uzyskać efekt trwałego wyleczenia. □

#### Piśmiennictwo

1. Savage NW, Daly CG: Gingival enlargements and localized gingival overgrowths. *Australian Dental Journal* 2010; 55: (1 Suppl): 55-60.
2. Niedzielska I: Nadziąsłak – guz zapalny czy nowotworowy. *Pol Merk Lek* 2008; XXIV, 140-149.
3. Lipska W, Galecka-Wanatowicz D, Chomyszyn-Gajewska M: Przerostowe zapalenie dziąseł – opis przypadków. *Implantoprotetyka* 2009; tom X, nr 4 (37).
4. Rezvani G, Azarpira N, Bitá G, Zeynab R: Proliferative activity in oral pyogenic granuloma: A comparative immunohistochemical study. *Indian J Pathol Microbiol* 2010 Jul-Sep; 53 (3): 403-7.
5. Fowler Craig B: Benign and malignant neoplasms of the periodontium. *Periodontology* 2000, vol. 21, 1999, 33-83.
6. Filioreanu AM, Popescu E, Cotrutz C, Cotrutz CE: Immunohistochemical and transmission electron microscopy study regarding myofibroblasts in fibroinflammatory epulis and giant cell peripheral granuloma. *Romanian Journal of Morphology and Embryology* 2009; 50 (3): 363-368.
7. Denisiewicz KB, Łotowska JM, Małyszko M, Sobaniec-Łotowska ME: Analiza histopatologiczna 114 przypadków zmian hiperplastycznych błony śluzowej jamy ustnej, poprzednio określanych jako nadziąsłaki, w materiale biopsyjnym ze szczególnym uwzględnieniem procesu metaplastyki kostnej. *Czas Stomatol* 2007; LX, 5, 306-311.
8. Panaś M, Kaczmarzyk T, Romankiewicz P et al.: Guzy naczyń warg i jamy ustnej. *Kliniczna i immunohistochemiczna analiza 122 przypadków z materiału Zakładu Chirurgii Stomatologicznej IS CMUJ*. *Por Stomat* 2005; 11: 40-48.
9. Buchner A, Shnaiderman-Shapiro A, Vered M: Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 1675 cases from Israel. *J Oral Pathol Med* 2010; 39: 631-638.
10. Zielińska-Kaźmierska B: Guzy zwane nadziąsłakami w przeglądzie piśmiennictwa. *Czas Stomat* 2000; LIII, 1: 52-57.
11. Murata M, Hara K, Saku T: Dynamic distribution of basic fibroblast growth factor during epulis formation: an immunohistochemical study in an enhanced healing process of the gingiva. *J Oral Pathol Med* 1997; 26: 224-32.
12. Epivatianos A, Antoniadou D, Zaraboukas T et al.: Pyogenic granuloma of the oral cavity: comparative study of its clinicopathological and immunohistochemical features. *Pathology International* 2005; 55: 391-397.
13. Bugala-Musiłowicz B, Sulkowska M, Musiłowicz B, Sulkowski S: Badania ekspresji receptorów estrogenowych i progesteronowych w nadziąsłakach olbrzymiokomórkowych. *Czas Stomat* 2003; LVI, 7: 475-478.
14. Paradowska A, Sławecki K, Gwiazda-Chojak E: Pregnancy tumor - review of the literature. *Dent Med Probl* 2008; 45, 1: 51-54.
15. Janas A: Rozległy ziarniniak ropotwórczy zlokalizowany w bocznym odcinku części żębodołowej żuchwy. *Por Stomat* 2010; X, 4: 124-126.
16. Drożdżik A, Rudziński R, Trąbska-Świsłelnicza M, Banach J: Leczenie zlokalizowanych zmian rozrostowych dziąseł – obserwacje własne. *Czas Stomatol* 2008; 61, 8: 564-570.
17. Grzesiak-Janias G, Białkowska-Głowacka J, Ratajek-Gruda M, Janas A: Porównanie klasycznego leczenia chirurgicznego z nożem laserowym nadziąsłaków olbrzymiokomórkowych. *Por Stomat* 2005; 1: 20-22.

nadesłano: 01.03.2011

zaakceptowano do druku: 29.03.2011

Adres do korespondencji:

\*Lidia Hryniewiecka

Zakład Chirurgii Stomatologicznej IS WUM

ul. Nowogrodzka 59, 02-006 Warszawa

tel.: (22) 502 12 42

e-mail: lidia6@wp.pl