

误诊为息肉样毛细血管瘤的牙源性皮瘻 1 例

马臣臣 宋业强

【关键词】 皮肤窦道;牙源性;慢性根尖周炎

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2022.04.030

1 病例资料

患者,男性,17岁,半年前因局部毛囊炎后,下颏部出现红色丘疹,并逐渐增大,不伴痛痒。于山东中医药大学附属医院普外科诊为“皮肤肉芽肿”,予修剪皮损、换药治疗,偶有脓血分泌物流出,后皮损可变扁平。因反复发作,诊断为“息肉样毛细血管瘤”住院治疗。查体:患者一般情况良好,各系统检查无异常。专科检查:下颏部红色丘疹,色鲜红,边界清,活动度差,高

于皮面,基底部凹陷,直径约0.5 cm,触之可见少量血色、淡黄色渗出,见图1。实验室辅助检查未见明显异常。手术所见:探针探及皮损内部一约1.5 cm长窦道。术中快速病理结果:(下颏部)鳞状上皮增生覆盖的纤维结缔组织及脂肪组织呈慢性炎症,见图2。术后下颌部CT示:左侧中切牙牙根周围骨质破坏,局部下颌骨前缘皮质不完整,相邻下颌前部及颌下部软组织增厚,其内可见气体影,局部表皮破损。考虑左侧中切牙根尖周围脓肿并骨质破坏,临近下颌前部及颌下部软组织炎症可能

作者单位:250000 山东济南 山东中医药大学第一临床医学院(马臣臣)
250000 山东济南 山东中医药大学附属医院美容皮肤科(宋业强)
通信作者:宋业强,c870403@126.com



图1 DSA示右侧颈内动脉起始段血栓形成(红色箭头)

另一方面可能是凝血功能异常导致血栓形成,7月27日患者APTT明显升高,联系检验科确认血样没有凝集、溶血等情况,与复测结果一致,推测可能是因为初期蛇毒导致血液高凝形成血栓,转入本院时处于消耗性低凝期,表现为APTT明显延长。目前能检索到的文献较少对毒蛇咬伤后脑梗死患者进行脑血管成像检查。Zhang等^[3]利用三维CTA对毒蛇咬伤后脑梗死患者进行了影像学诊断,发现右侧大脑中动脉发育异常,未见血栓形成。而本例患者DSA直接显示了右颈内起始部血栓形成并顺利进行了取栓术,这是目前尚未见报道的。

早期使用抗蛇毒血清可减少血栓并发症。Thomas等^[4]发现在毒蛇咬伤后6 h内注射抗蛇毒血清能够减少血栓并发症的发生。2018年中国蛇伤救治专家共识也明确提出^[5],只要存在中毒症状,蛇咬伤后几天甚至几周仍可考虑注射抗蛇毒血清。但尽管早期注射了抗蛇毒血清,本例患者还是出现了严重的神经系统并发症。因此,蛇咬伤后出现脑梗死症状,应及早进行

血管内成像检查明确有无血栓形成,必要时行血管内治疗,以降低患者的死亡率和残疾率。

参考文献

- [1] MOSQUERA A, IDROVO L A, TAFUR A, et al. Stroke following Bothrops spp. snakebite [J]. Neurology, 2003, 60 (10):1577-1580.
- [2] DURJOY L, VISHAL S, SOUVIK D, et al. Status epilepticus and bilateral middle cerebral artery infarction: A rare presentation after viper bite [J]. Ann Afr Med, 2019, 18 (2):111-114.
- [3] ZHANG T, WANG Y, YE P, et al. Three-dimensional computed tomography reconstructive diagnosis of snakebite-induced cerebral infarction [J]. J Xray Sci Technol, 2018, 26 (1):165-169.
- [4] THOMAS L, TYBURN B, BUCHER B, et al. Prevention of thromboses in human patients with Bothrops lanceolatus envenoming in Martinique; failure of anticoagulants and efficacy of a monospecific antivenom. Research group on snake bites in Martinique [J]. Am J Trop Med Hyg, 1995, 52 (5):419-426.
- [5] 李其斌,吕传柱,梁子敬,等. 2018年中国蛇伤救治专家共识 [J]. 蛇志, 2018, 30 (4):561-567.

(2021-04-12 收稿)

(本文编校:张迪,崔月婷)

大,见图 3。术后常规病理示:(下颈部皮肤组织)表皮鳞状上皮增生,真皮浅层淋巴管扩张;真皮深层大量慢性炎细胞及组织细胞浸润并肉芽组织形成,见图 4。遂修正诊断:牙源性皮瘘。

住院期间换药治疗,出院后就诊于口腔医院行多次根管治疗,期间于我科换药,可见窦道直径缩小,基本无分泌物。20 d 后随访,患者牙源性感染基本消退,皮瘘已完全封闭愈合,继续随访中。



图 1 术前

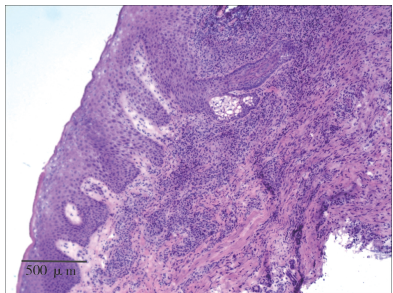


图 2 术中快速病理

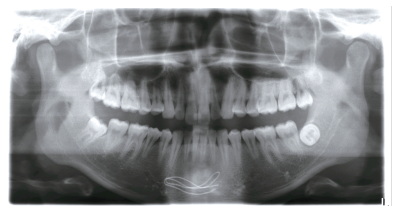


图 3 下颌 CT

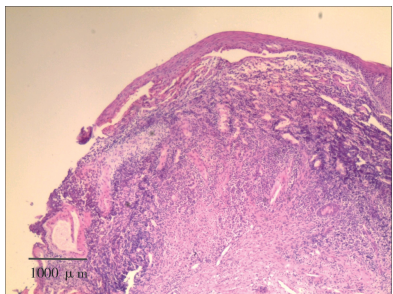


图 4 术后常规病理

2 讨论

牙源性皮瘘的形成主要是慢性感染。牙髓感染、牙齿外伤和根折等未得到及时、系统的治疗,致使发生慢性根尖周炎,一旦细菌毒力强或自身免疫力底下时,本病就会急性发作,牙齿周围组织液化并产生较多的炎症因子向周围释放,沿阻力较小

的组织结构扩散到牙槽骨内,再沿牙槽骨的网状疏松骨髓腔扩散到达骨膜,形成无症状骨膜下脓肿,若治疗不及时,则会突破骨膜和黏膜形成排脓通道,于口内或口外形成窦道口,其中口外窦道突破皮肤则形成瘘管^[1-2]。皮损可出现在目内眦至颈部,多数发生在下颌角、颈部、鼻旁等部位,其表现多样,可为丘疹、结节、息肉样隆起等,并伴有破溃、流脓流血、结痂,常误诊为息肉样毛细血管瘤、皮脂腺囊肿、皮肤疖肿、皮肤结核、基底细胞癌等疾病^[3]。放射线片或 CT 下可见患牙根尖区域骨质破坏,病理学检查可见慢性炎症。

本病的治疗关键是明确病因,积极治疗原发病,大多数窦道或瘘管可随牙源性感染的消退自行封闭愈合。慢性根尖周炎的治疗是采用多次根管治疗还是一次性根管治疗仍存在很大分歧,而对于窦道型慢性根尖周炎,一次性根管治疗减少了术后自发性疼痛和咬合疼痛,降低了继发性根尖周感染率^[4]。目前,临床多联合窦道通过术清除窦道内大量的病原感染物,辅以常规换药,加快窦道闭合速度。换药的目的是观察创面愈合情况和引流坏死组织,但油纱填塞过程中可能留有纱布细屑,新的异物会影响愈合速度,甚至形成假性愈合,因此,换药过程中应用碘伏、生理盐水反复冲洗,避免异物残留^[5]。

牙源性皮瘘误诊误治,延误病情可导致皮肤瘢痕甚至颌面部凹陷性畸形,影响美观。本病误诊的原因主要有以下 2 个方面:一是脓液可经瘘管排除,牙周压力减小,患者牙痛症状不明显;二是对本病临床特点认识不足。息肉样毛细血管瘤,又称化脓性肉芽肿,皮损表现与本病相似,病理学检查也可见炎细胞浸润,但最主要的特征是呈分叶状或簇状结构的毛细血管增生,故又称为分叶状毛细血管瘤^[6]。

本例患者提示皮肤科医师,遇到颌面部反复感染,破溃排脓,尤其伴有牙齿疼痛时,应高度怀疑本病,详询病史,完善相关口腔检查,必要时行病理学检查。

参考文献

- [1] 曹亚飞,陈晓阳. 牙源性皮肤瘘管的临床特点及诊疗分析[J]. 全科口腔医学电子杂志,2017,4(16):13-14.
- [2] 廖剑绚,苏小磊,熊洁萍. 鼻旁牙源性皮肤瘘管的诊断与治疗-附 2 例报道和文献复习[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2001(5):236-239.
- [3] 陈朝潮,曹智辉,吴丽娟,等. 面部牙源性皮瘘 10 例误诊分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2015,31(10):621,624.
- [4] 郭庭娜,赵永恒. 一次性根管治疗术治疗前牙慢性根尖周炎有瘘型患者的临床效果分析[J]. 中国医学创新,2021,18(4):124-127.
- [5] 顾佳,邵正宁. 慢性窦道创面的治疗进展[J]. 安徽医学,2021,42(6):699-702.
- [6] 郭以宝,倪代华,陈忠豪. 化脓性肉芽肿 32 例临床病理分析[J]. 医学理论与实践,2006(1):24-26.

(2021-08-13 收稿)

(本文编校:彭松,周雪春)