

# Obrzęk warg

lek. Iwona Kuczborska,  
lek. Agnieszka Rusin-Tupikowska,  
dr n. med. Alina Jankowska-Konsur

Katedra i Klinika Dermatologii,  
Wenerologii i Alergologii  
Akademii Medycznej we  
Wrocławiu

Medycyna po Dyplomie 2010;  
(19); 8 (173): 90-92

Program edukacyjny  
akredytowany przez  
Polskie Towarzystwo  
Dermatologiczne  
i koordynowany przez  
prof. dr. hab. med.  
Eugeniusza Barana

## Opis przypadku

**33**-letni pacjent został przyjęty do Kliniki Dermatologii po raz pierwszy w celu diagnostyki i leczenia nasilonego, rozwijającego się od 2 lat izolowanego obrzęku okolicy czerwieni wargowej, któremu nie towarzyszyły inne objawy stanu zapalnego (ryc. 1 i 2). Pacjent zauważył, że obrzęk jest bardziej nasilony rano, po przebudzeniu. Podczas konsultacji laryngolog stwierdził nieznaczny obrzęk błony śluzowej jamy ustnej, a stomatolog obecność licznych ognisk zaawansowanej próchnicy i zalecił leczenie oraz ekstrakcję zębów.

W badaniach dodatkowych stwierdzono nieznaczną leukocytozę, znacznie zwiększoną aktywność enzymów wątrobowych (AspAT, AlAT i GGTP), zwiększone stężenie bilirubiny całkowitej i pośredniej oraz zwiększoną aktywność fosfatazy alkalicznej. Próby benzydynamowa (badanie krwi utajonej w kale) i tuberkulinowa były ujemne. W USG jamy brzusznej stwierdzono masywne stłuszczenie wątroby wymagające dalszej diagnostyki. Wykryto ponadto przeciwciała przeciw HCV.

## Pytania (prawidłowych odpowiedzi może być kilka, wybierz najpełniejszą)

**1. W opisanym przypadku w różnicowaniu należy wziąć pod uwagę:**

- Obrzęk Quinckego
- Różę
- Ziarniniakowe zapalenie czerwieni wargowej Mieschera (*cheilitis granulomatosa*)
- Zespół Melkerssona-Rosenthala

**2. Do objawów zespołu Melkerssona-Rosenthala należą:**

- Utrwalony obrzęk warg
- Porażenie nerwu twarowego
- Pobrudzowanie błony śluzowej języka
- Nasilony świąd

**3. Ziarniniakowe zapalenie czerwieni wargowej Mieschera może mieć podłoże:**

- Autoimmunologiczne
- Genetyczne
- Infekcyjne
- Alergiczne

**4. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące zespołu Melkerssona-Rosenthala:**

- Występuje zawsze w formie pełnoobjawowej (triada objawów)
- Zdarzają się przypadki niepełnoobjawowe
- Mężczyźni i kobiety chorują z tą samą częstością
- Częściej występuje u kobiet

**5. Wybierz nieprawdziwe stwierdzenie dotyczące obrzęku warg w zespole Melkerssona-Rosenthala oraz ziarniniakowym zapaleniu czerwieni wargowej Mieschera:**

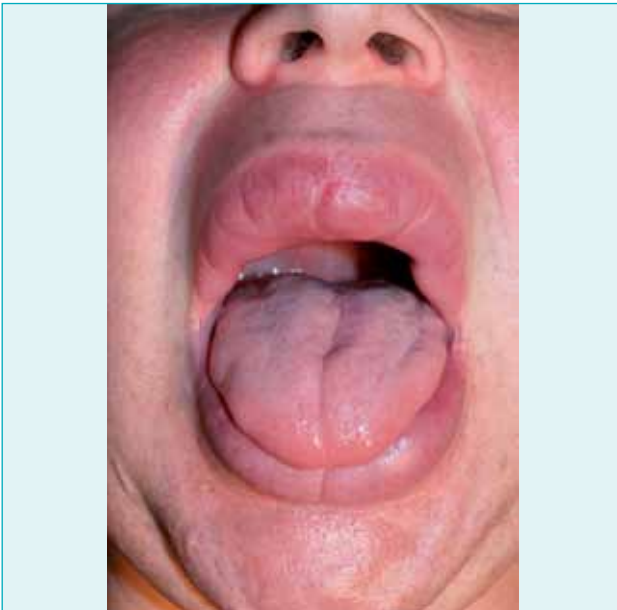
- Może zajmować jedną lub obie wargi
- Może obejmować również błonę śluzową jamy ustnej oraz spojówki
- Dotyczy wyłącznie warg
- Zawsze zajmuje obie wargi

**6. Termin hiposialgia oznacza:**

- Zaburzenia smaku
- Niedostateczne wydzielanie śliny
- Zaburzenia połykania
- Zaburzenia wchłaniania pokarmów



□ Rycina 1 . Widoczny obrzęk w obrębie obu warg



□ Rycina 2 . Lepiej uwidoczniiony obrzęk w obrębie wargi górnej podczas otwarcia ust. Brak cech języka mosznowego.

**7. Obrzęk warg może być jednym z objawów:**

- a. Amyloidozy
- b. Cukrzycy
- c. Choroby Leśniowskiego-Crohna
- d. Nadciśnienia tętniczego

**8. W leczeniu zapalenia czerwieni wargowej Mieschera i zespołu Melkerssona-Rosenthala można stosować:**

- a. Leki przeciwbakteryjne
- b. Leki przeciwhistaminowe
- c. Jontoforezę
- d. Radioterapię

**9. Wybierz prawdziwe stwierdzenie dotyczące opisywanego przypadku:**

- a. Pacjent wymaga sanacji jamy ustnej, gdyż ogniska zakażenia w jej obrębie są prawdopodobną przyczyną rozwoju reakcji zapalnej w obrębie warg
- b. Korzystne mogą być wstrzyknięcia kortykosteroidów w obrzękniętą wargę
- c. Korzyści może przynieść leczenie przeciwbakteryjne
- d. Ze względu na nieprawidłową czynność wątroby leki podawane ogólnie powinny być dobierane ostrożnie

**10. Jontoforeza to:**

- a. Forma elektroterapii polegająca na wprowadzeniu do organizmu przez skórę lub błony śluzowe cząstek obdarzonych ładunkiem elektrycznym
- b. Metoda lecznicza polegająca na bezpośrednim wstrzykiwaniu substancji leczniczych w miejsca zmienione chorobowo
- c. Metoda diagnostyczna wykorzystująca jony metali ciężkich
- d. Metoda diagnostyczna polegająca na przyżyciowej ocenie krążenia krwi w bardzo małych naczyniach w obrębie skóry i błon śluzowych

## Dermatologia 19/5 – rozwiązanie i komentarz

### Trądzik różowaty

Trądzik różowaty (*acne rosacea*) jest przewlekłą chorobą skóry o nie do końca poznanej etiologii. Zmiany skórne powstają na podłożu zaburzeń naczynioruchowych, a u niektórych chorych również na podłożu łojotoku. W obrazie histologicznym widoczne jest poszerzenie naczyń krwionośnych, obecność nacieków zapalnych oraz przerost gruczołów łojowych – bez nadmiernego wydzielania łoju. Trądzik różowaty występuje tak samo często u obydwu płci, jednak zawsze po okresie dojrzewania.

Najwcześniejszym objawem choroby jest okresowe czerwienienie się, które z czasem staje się coraz częstsze, aż pojawiają się teleangiektazje i utrwalony rumień, w którego obrębie powstają grudki, a na ich szczycie krosty. Do obrazu choroby należy też zapalenie brzegów powiek, spojówek oraz rogówki. Powikłaniem przewlekłego trądziku różowatego bywa przerost gruczołów łojowych nosa w postaci tzw. *rhinophyma*. Zmiany są zlokalizowane najczęściej na środkowej części twarzy.

Przyczyn trądziku różowatego upatruje się w wielu czynnikach. Oprócz zaburzeń naczynioruchowych, mających związek z układem autonomicznym, u chorych znamiennej częściej stwierdza się obecność *Demodex folliculorum* lub *Pityrosporum ovale*. Zakażenie *Helicobacter pylori* jako czynnik stymulujący procesy zapalne czasami zaostża przebieg choroby. Zmiany są także nasilane przez światło słoneczne i stosowanie miejscowo steroidów.

Trądzik różowaty należy różnicować z kilkoma innymi chorobami. W odróżnieniu od innych schorzeń ze spektrum toczenia (toczeń rumieniowaty układowy, podostry toczeń rumieniowaty skóry, toczeń rumieniowaty krążkowy) w trądziku różowatym występują zmiany grudkowo-krostkowe, nie stwierdza się natomiast objawów ogólnych, a na skórze: hiperkeratozy mieszkowej, zmian naciekowych ani bliznowacenia. Nie są również spełnione kryteria American College of Rheumatology. W trądziku pospolitym, który występuje częściej w młodszym wieku, nie obserwuje się charakterystycznych dla trądziku różowatego objawów naczynioruchowych, a grudki i krosty często rozprzestrzeniają się poza twarz, na dekolt lub plecy. Trądzik różowaty należy także różnicować z lupoidem prosówkowym rozsiałym twarzy – różnicujący jest dodatni objaw diaskopii w lupoidzie oraz odczyn tuberkulinowy, który w tej chorobie

może być dodatni. Również sarkoidoza może imitować trądzik różowaty. W tym przypadku w różnicowaniu pomocne jest badanie histopatologiczne wycinka skórnoo oraz obecność zmian narządowych.

W terapii trądziku różowatego stosuje się zarówno preparaty miejscowe, jak i leczenie ogólne.

Leki do stosowania miejscowego to zwykle 0,75-1% kremy z metronidazolem, antybiotyki, takie jak tetracyklina, erytromycyna, klindamycyna. Skuteczny, szczególnie w przypadkach, w których potwierdzono obecność *Demodex*, okazuje się krotamiton, stosowany w leczeniu świerzbu. Czasami pomocne jest stosowanie imidazolowych leków przeciwgrzybiczych (np. 2% krem z ketokonazolem). Gdy leczenie miejscowe nie jest wystarczające, stosuje się leki ogólne.

W leczeniu ogólnym stosuje się metronidazol (250-500 mg/24h) przez kilka tygodni, a w razie występowania zmian krostkowych antybiotyki: tetracyklinę – przez kilka tygodni 1000 mg/24h, a przez kolejne kilka tygodni zmniejszoną dawkę do 250 mg/24h, doksycyklinę – początkowo 100, a przez kolejnych kilka tygodni 50 mg/24h, minocyklinę 50-100 mg/24h (niedostępna w Polsce), a także erytromycynę 500-1000 mg/24h (oba leki stosować kilka tygodni). Przy rozległych zmianach krostkowych pomocna okazuje się izotretynoina w dawce 0,25-2 mg/kg m.c./24h przez przynajmniej kilka tygodni. Dokładny czas stosowania leków powinien być określany na podstawie stanu ogólnego i dynamiki poprawy stanu skóry pacjenta. W leczeniu ogólnym w przypadku zakażenia *H. pylori* stosuje się także eradykację tej bakterii.

W przypadku zmian przerostowych typu *rhinophyma* wskazane jest ścinanie nożem elektrycznym. Z kolei we wczesnej fazie, kiedy zmiany mają charakter naczynioruchowy, zaleca się laserowe zamykanie poszerzonych naczynek krwionośnych, bez podawania leków miejscowych.

Adres do korespondencji: lek. Agnieszka Rusin-Tupikowska, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, ul. Chałubińskiego 1, Wrocław, e-mail: rusinagnieszka@yahoo.com

#### Piśmiennictwo:

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, et al. Choroby gruczołów łojowych. (w:) Dermatologia. Czelej, Lublin 2000:991-1019.
2. Jabłońska S, Majewski S. Choroby gruczołów łojowych i potowych. (w:) Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001:431-433.

Prawidłowe odpowiedzi: 1. b, 2. c, 3. abc, 4. ad, 5. cd, 6. ac, 7. abcd, 8. bcd, 9. ac, 10. abc