

# Cheilitídy

## Cheilitis

Riznič, M., Kyjovská-Čičvákova, M., Ďurovič, E., Minčík, J.

MUDr. Marcel Riznič, PhD., MDDr. Martina Kyjovská-Čičvákova, doc. MUDr. Eugen Ďurovič, DrSc., MUDr. Jozef Minčík, PhD., SKZL – Regionálna komora zubných lekárov – výbor pre vzdelávanie, Košice

### Abstrakt

Autori v prehľadovej odbornej práci predkladajú dostupné klasifikácie cheilitíd podľa Borovského, Mashkillasona, Danilevského a spolupracovníkov. Predkladajú klinické delenie podľa doteraz známych etiologických súvislostí. V súlade s uvedenými klasifikáciami charakterizujú základné klinické poznatky o cheilitis traumatica, cheilitis meteorologica a cheilitis actinica.

**Kľúčové slová:** cheilitis, klasifikácie, cheilitis traumatica, cheilitis meteorologica, cheilitis actinica.

### Abstract

The authors of this review paper present possible classifications of cheilitis according to Borovský, Mashkillason, Danilevský and colleagues. They provide a clinical division according to known aetiological characteristics. In accordance with these classifications, they characterize the basic clinical knowledge of traumatic cheilitis, meteorological cheilitis and actinic cheilitis.

**Key words:** cheilitis, classification, traumatic cheilitis, meteorological cheilitis, actinic cheilitis.

### Klinická anatómia pier

#### Opis pier

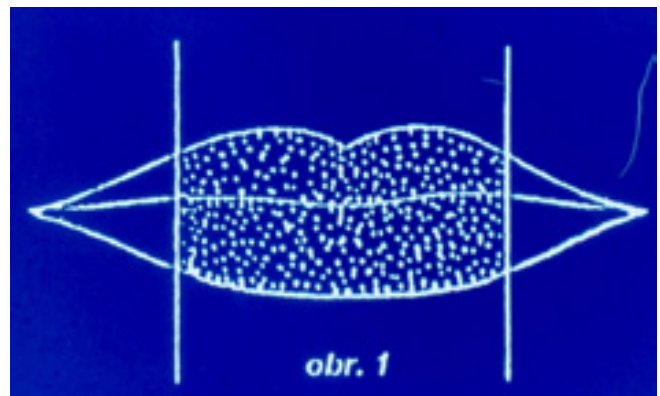
Podklad pier tvorí musculus orbicularis oris. Na vonkajšej strane je pera pokrytá kožou, na vnútornej strane sliznicou ústnej dutiny. Obe pokrývky prechádzajú na voľnom okraji pier do tzv. červene pier. Koža na vonkajšom okraji pier je tenkého typu s rohovitou vrstvou, ktorá smerom k červeni pier vymizne. Sú tu bežné kožné adnexe (vlasové folikuly, mazové a potné žľazy).

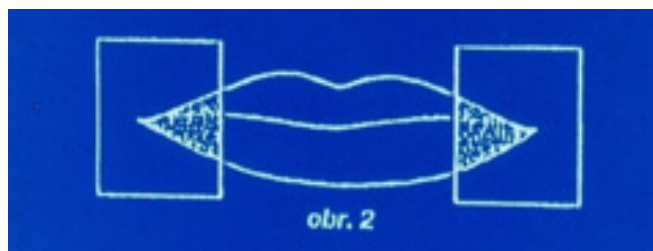
Sliznica na vnútornej strane pier je pokrytá nezrohovateným viacvrstvom dlaždicovým epitelom. Papily propre sú nepravidelné, stredne dlhé. Submukóza pripojuje sliznicu k tenkej fascii svalu. Skladá sa z pruhov husto usporiadaných kolagénnych vlákien, medzi ktorými sú ostrovy riedkeho väziva s tukovým tkanivom a malými zmiešanými žľazkami. Pruhy tuhého kolagénneho tkaniva obmedzujú mobilitu sliznice proti svalovine a zamedzujú skladaniu sliznice do rias s nebezpečenstvom prihryznutia sliznice pri mastikácii. Oblasť červene pier má silný epitel a dobre vyvinuté papily. Vlasý a potné žľazy chýbajú. Z kožných adnexov sa tu vyskytujú len mazové žľazy, ktoré

v tomto prípade nie sú združené s vlasovými folikulmi. Na červeni pier novorodenca sú dobre rozlíšiteľné dve zóny: vonkajšia pars glabra s hladším povrchom a náznaky rohovania a vnútorná pars villosa, obklopená voľnými klkovitými papilami, ktoré pripomínajú nitkovité papily jazyka. Táto zóna umožňuje tesný uzáver pier pri cucaní. U dospelého človeka sú tu len vysoké papily, epitel však nerovnosti zarovnáva.

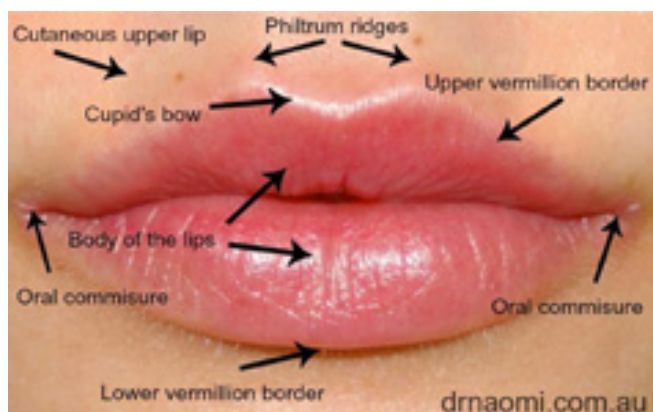
### Mapovanie pier podľa Lyncha

#### Mapping of lips according to Lynch





Podľa Migliorati, A., C., Panagakos S., F.  
According to Migliorati A.C., Panagakos S.F



**POUŽÍVANIE KTOREJKOL'VEK  
MAPY JE METÓDOU VOĽBY**  
USE OF ANY MAP IS AN OPTION OF CHOICE

**Anatomický úsek alebo použitie  
staršieho mapovania ústnych  
slizníc zostáva metódou voľby  
príslušného vyšetrujúceho lekára.**

## Úvod

Cheilitídy sú zápalové ochorenia pier, ktoré sú hraničnou doménou dermatológov a stomatológov. Napriek tomu v praxi často ostávajú na periférii záujmu. Okrem toho nenachádzame logické vysvetlenie ani na to, že pery sú v podstate najprístupnejšie na vyšetrenie a napriek tomu veľa praktikov na to zabudne.

Pri hodnotení zápalových zmien musíme vychádzať z toho, že chorobný proces môže prebiehať:

- iba na koži pery,
- na červeni pery,
- na vlhkej orálnej slizničnej časti pery.

Na základe toho môže zápal postihovať súčasne všetky tri časti pier alebo iba ich jednu časť. Podľa toho sa menia aj príslušné eflorescencie, ktorými sa príslušný druh zápalu prejavuje.

## Klasifikácia podľa Mashkillasona a Kutina

### Úvod

Doteraz nemáme jednotnú klasifikáciu. Podľa priebehu delíme cheilitídy na akútne a chronické. Väčšinou sa vyskytujú ako chronické. Vďaka tomu na liečenie sú však akútne. Všeobecne možno povedať, že väčšina klinických delení sa orientuje na opis klinických foriem cheilitíd.

**Tab. 1. Základná klasifikácia cheilitíd**

**Tab. 1. Basic classification of cheilitis**

Cheilitídy vlastné, pôvodné	Cheilitídy symptomatické
cheilitis exfoliativa	cheilitis atopica/eczema pier
cheilitis glandularis	cheilitis plasmacellularis
cheilitis alergica a seu contacta	makrocheilie
cheilitis meteorologica	cheilitis z nedostatku vitamínov
cheilitis actinica	trhlina pier

## Klasifikácia podľa Danilevského a spolupracovníkov

### Úvod

Autori cheilitídy tiež delia do dvoch skupín: prvú skupinu predstavujú pôvodné alebo samostatné cheilitídy a druhú skupinu symptomatické.

**Tab. 2. Doplnujúca klasifikácia**

**Tab. 2. Additional classification**

Samostatné, pôvodné cheilitídy	Symptomatické cheilitídy
cheilitis exfoliativa	cheilitis atopicalis
cheilitis glandularis	cheilitis eczematosa
cheilitis alergica (contacta)	makrocheilitis granulomatosa
cheilitis meteorologica	Melkerssonov-Rosenthalov syndróm
cheilitis actinica	macrocheilitis lymphoedematosa

Z doterajších didaktických a praktických skúseností sme sa obmedzili na to, že do jednotlivých etiologických skupín sme zaradili klinické formy cheilitíd (Ďurovič, Vodrážka).

*From didactic and practical experience, we have limited the division into individual aetiological groups according to clinical forms of cheilitis (Ďurovič, Vodrážka).*

I. Cheilitídy z mechanických, chemických a fyzikálnych príčin: – ch. traumatica, – ch. actinica, – ch. meteorologica.	II. Cheilitídy z infekčných, bakteriálnych, vírusových príčin a plesní (vrátane špecifických): – ch. furunkulosa, – ch. flegmonosa, – ch. pri erysipele, – ch. ulcus durum, – ch. tuberkulosa seu luposa.
III. Cheilitídy z karencií vitamínov, železa a metabolických porúch: – ch. exfoliativa, – ch. angularis, – rhagas labii.	IV. Cheilitídy z imunologických a alergických porúch: – ch. alergica, – ch. eczematosa, – Quinkeho edém, – makrocheilie.
V. Cheilitídy neznámeho pôvodu: – ch. glandularis, – ch. granulomatosa, – Melkerssonov-Rosenthalov syndróm, – ch. atopicalis.	Iné

## Klinické formy cheilitíd

### Cheilitis traumatica

#### Charakteristika

Pery sú svojím postavením vystavené traumám pri rôznych okolnostiach. Zápalové zmeny bezprostredne z mechanických príčin nepozorujeme. Pozorujeme ich ako následok. Pri úderoch najčastejšie pozorujeme pomliaždenie pier. Menej často ich poškodenie tržnými ranami a ešte menej reznými.

#### Klinický obraz

Klinicky najčastejším príznakom je edém pery. Tento má tendenciu periférne ubúdať. Zo začiatku sú pri edéme sliznica a červeň pery napäté a lesklé. Po niekoľkých dňoch (keď sa opuch znižuje) vznikajú šupiny a pera sa začína olupovať.

Šupiny na mukokutánnom spojení môžu byť farebne zmenené: môžu byť belasé, sivé, žlté, žltohnedé až hnedé pri ich zakrvácaní. Tieto zmeny sú často prejavom aj pridruženej sekundárnej infekcie.

Poranenia pier sú doménou stomatochirurgie. V parodontológii sa s týmito stavmi stretávame ako konziliári.

Z príčin tepelných zmien pozorujeme popáleniny a omrzliny. V dospelosti častejšie pozorujeme popáleniny. U detí sú to častejšie omrzliny.

Klinicky pri oboch príčinách pozorujeme objavenie sa erytému v mieste a rozsahu pôsobenia škodliviny. Na erytematóznom podklade sa môže objaviť vezikula a pri veľkých poškodeniach vznikajú nekrózy. Zo začiatku edém takmer nepozorujeme. Ak sa objavuje, nastupuje sekundárna infekcia. Má tendenciu byť väčšinou periférna a šíri sa k miestu poškodenia.

Pomerne častou príčinou poškodenia pier sú chemické príčiny. V minulosti sme videli výrazné poleptania chemikáliami. V súčasnosti pozorujeme takéto stavy náhodne alebo pri práci so žieravinami bez používania ochranných prostriedkov. Klinicky pozorujeme silné krusty rôzneho zafarbenia. Pri poleptaní kyselinou soľnou sú príškvary biele, kyselinou dusičnou žlté, kyselinou sírovou tmavé, do čiernej a pri poleptaní silnými alkáliami pozorujeme vznik kolikvačnej nekrózy. Nevznikajú príškvary, ale poleptané tkanivo je rozrušené a sivej farby. Po odlúčení nekrotických hmôt pozorujeme ulcerácie. Tieto sa hoja per secundam.

V súčasnosti najčastejšou chemickou príčinou je používanie rôznych kozmetických prípravkov. Predovšetkým sú to rôzne farbivá v rúžoch a tyčinkách. Potom sú to ústne vody a zubné pasty s rôznymi obsahmi a koncentráciami.

Poškodenia pier takéhoto charakteru môžu vyvolať aj chemické látky používané pri stomatologickom ošetrovaní. Ide o živicové látky, leptadlá, koncentrovanejší hydrogén, bieliace prostriedky a pod. Účinok niektorých látok je výlučne chemický. Môže sa však pridružiť aj alergizujúca príčina. Na koži a na červeni pery pozorujeme erytém, sprievodný edém, často pľuzgiere a následnú tvorbu krúst.

Klinický priebeh je tiež závislý na lokalizácii. Na červeni pery sa rozvinie symptóm olupovania, zatiaľ čo na koži možno pozorovať obraz ekzematózneho charakteru.

V diferenciálnej diagnostike je potrebné odlíšiť cheilitis exfoliativa, cheilitis actinica a cheilitis eczematosa.

#### Liečenie

Terapia: kauzálna terapia spočíva v odstránení príčiny. Potom je vhodné aplikovať liečivá v podobe masť s antiflogistickým alebo antibiotickým zložením. Pri predpoklade na alergickú zložku sa odporúča podať antihistaminiká.





**Obr. 1.** Prítomné je pomliaždenie hornej pery a na slizničnej časti je erózia v epiteliálnom povrchu (podľa Intranet.tdmu.eru.ua.)

**Fig. 1.** Contusion of the upper lip and erosion on the mucous part of the epithelial surface are present (Intranet.tdmu.eru.ua.)

### Cheilitis actinica

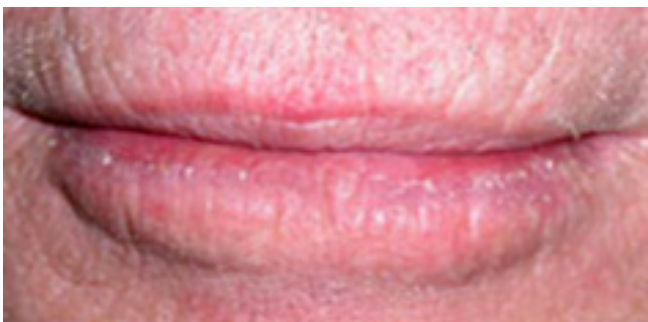
#### Úvod

Napriek tomu, že pery sú viac exponované útvary, ich postihnutie pozorujeme dosť zriedka a snáď závisí od intenzity slnečného žiarenia v niektorých zemepisných oblastiach.

Príčinou je zvýšená senzibilita pacientov na ultrafialové žiarenie slnečného svetla. Vyskytujú sa najčastejšie v jarných a letných mesiacoch. Môže byť súčasťou reakcie kože tváre. Častejšie je postihovaná dolná pera.

#### Klinický obraz

Klinicky pozorujeme dve formy. Prvá tzv. suchá forma sa prejavuje symptómom olupovania pier. Vznikajú malé úseky šupín obyčajne belavej matnej alebo lesklej farby. Tieto šupinky postihujú malé úseky červenej pier. Druhá exsudatívna forma sa prejavuje tvorbou drobných okrúhlych vezikúl, ktoré praskajú. Na slizničnej časti vznikajú erózie, ktoré môžu splývať a vytvoria väčšiu plochu s navolitým okrajom. Na koži vznikajú krusty, v nich vznikajú trhliny a dochádza k ich olupovaniu.



**Obr. 2.** Cheilitis actinica ako počiatočný symptóm povrchového olupovania

**Fig. 2.** Actinic cheilitis as an initial symptom of superficial peeling



**Obr. 3.** Cheilitis actinica s výrazným olupovaním a tvorbou políčok erózií (podľa NZ. atlasu)

**Fig. 3.** Actinic cheilitis with strong peeling and erosion patches (according to NZ atlas)

V diferenciálnej diagnostike je potrebné odlíšiť cheilitis exfoliativa a kontaktnú cheilitídu alergického pôvodu.

#### Liečenie

Je potrebné vylúčiť expozíciu na slnku. Odporúčajú sa masti podporujúce epitelizáciu. Osvedčili sa masti na báze kortikosteroidov. Z podpornej terapie sa odporúčajú vitamíny skupiny B, B2 a B6 v celkovej, ale aj v lokálnej aplikácii (v masťových základoch).

### Cheilitis meteorologica

#### Úvod

Ide o ochorenie pier zápalového pôvodu a najčastejšie pozorujeme chronické formy. Častejšie sú postihovaní muži ako ženy.

Príčinou sú meteorologické faktory, ich zmeny a striedanie, ako sú vlhkosť, chlad, oteplenie, vietor, slnko a pod.



**Obr. 4.** Cheilitis actinica na dolnej pere, tvorba krúst na mukokutánnom spojení

**Fig. 4.** Actinic cheilitis on the lower lip, formation of crusts in the mucocutaneous area



**Obr. 5.** Cheilitis actinica na dolnej pere, epitelizácia erózie a začiatok keratinizácie sliznice s prechodom na kožu (podľa NZ. atlasu)

**Fig. 5.** Actinic cheilitis on the lower lip, epithelization of erosion and the onset of mucosal keratinization with passage to the skin (according to NZ atlas)

### Klinický obraz

Klinicky pozorujeme zápalovú infiltráciu pier. Ide o prekrvenie. Na infiltrovanej pere vznikajú šupiny, ktoré sa na malých úsekoch olupujú a pri nich sa objavujú ďalšie. Môžu meniť plochu pery. Skúsenosť potvrdzuje, že tieto zmeny nemusia byť závislé na ročných obdobiach. Táto cheilitída nemá malígny potenciál, teda nie je prekancerózna, ale ak dlho trvá, môže epitel pier prejsť do dysplastických zmien a z nej sa môže diferencovať prekancerózný stav, napr. leukoplakia.

Diferenciálne diagnosticky je potrebné odlíšiť cheilitis exfoliativa, cheilitis actinica, kontaktné alergické cheilitídy a lupus erythematoses.

### Liečenie

Je potrebné vylúčiť expozíciu pred meteorologickými činiteľmi. Odporúčame aplikovať ochranné masti. Osvedčili sa vitamíny skupiny B v lokálnej, ale aj celkovej forme podávania.

### Záver

I keď cheilitídy ostávajú v pôsobnosti dermatológov, stomatológovia sa v praxi nevyhnú riešeniu chorôbnych stavov, ktoré sú lokalizované na perách. V praxi dominujú pomliaždenia traumatického pôvodu, ale ich slizničná časť epitelizuje rýchlo a pomerne málo podlieha sekundárnym bakteriálnym infekciám. Do popredia záujmu sa dostáva cheilitis actinica, ktorá sa vyskytuje pomerne často a môže byť v niektorých formách prekanceróznym stavom. Cheilitis actinica slizničnú časť pier postihuje zriedka. Lézie pozorujeme na mukokutánnych spojeniach a na koži. Z týchto dôvodov je potrebné spolupracovať s dermatológom.

Dôležitá je diferenciálna diagnostika, ktorú klasifikčne spracovala Machovcová.

Pozornosť orálnej medicíny sa orientuje aj na cheilitis meteorologica, ktorú vyvolávajú časté poveternostné zmeny, ako sú vietor, sucho, vlhkosť, chlad i teplo a, samozrejme, ich časté zmeny.

Veľa prípadov sa nevyskytuje samostatne, ale kombinovane, čo samotný klinický obraz zhoršuje a liečenie sťažuje.

### Literatúra

1. BRUCH, M., TREISTER, S.: Clinical Oral Medicine and Pathology. New York. 2010.
2. DANILEVSKIY, F., N., LEONTEV, K., V., NESIN, F., A., RAXNIN, I., Ž.: Zaboľevaniya klizistoy obolochki polosti rta. OAO "Stomatologiya" Moskva, 2001.
3. ĎUROVIČ, E., VODRÁŽKA, J., TIMKOVÁ, S.: Klinický obraz bielych plôch a predrakovinných stavov ústnej dutiny. Bratislava Herba 2015.
4. GONZAGA, AKG1,2, DE OLIVEIRA, PT3, DA SILVEIRA, ÉJD3. et al.: Diclofenac sodium gel therapy as an alternative to actinic cheilitis. Clin Oral Investig. 2017 Oct 6. doi: 10.1007/s00784-017-2237-5.
5. JENČA, A., ĎUROVIČ, E., JAVORKA, V., VODRÁŽKA, J.: Atlas chorôb ústnej dutiny a orofaciálnej oblasti. Vydavateľstvo Michala Vašku. Prešov 2007.
6. KARLOVÁ, I.: Kontaktné alergické cheilitída. Dermatol. Praxi 2012; 6 (2): 85 – 86.
7. MACHOVCOVÁ, A.: Diferenciálna diagnostika prejavu kolem úst – časť I. Dermatol. praxi 2010; 4 (1): 15 – 20.
8. MACHOVCOVÁ, A., MBA.: Diferenciálna diagnostika prejavu kolem úst – časť II. Dermatol. praxi 2010; 4 (4): 195 – 200.
9. MIGLIORATI, A., C., PANAGAKOS, S., F.: Diagnosis and Management of Oral lesions and Conitions: A resource Handbook of the Clinician. First published In Tech 2014, Printed in Croatia.
10. PRISCILA-LIE TOBOUTI 1, FERNANDA-MOMBRINI PIGATTI 1, MARIA-CAROLINA MARTINS-MUSSET et al.: Oral Thrombus: Report of 122 cases with clinically descriptive data. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017 May 1; 22 (3): e366 – 370.
11. RADAKOVIC, S., TANEW, A. 5-aminolaevulinic acid patch-photodynamic therapy in the treatment of actinic cheilitis. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2017 Nov; 33 (6): 306 – 310.
12. SYROVÁTKOVÁ, M1, SYROVÁTKA, J2. Cheilitídy – klasifikace, klinické projevy a léčba. Dermatol. praxi 2014; 8 (4): 161 – 162.
13. ŠTORK, J. et al.: Dermatovenerologie. Galén a Karolinum Praha 2008: 303 – 304.
14. TIMKOVÁ, S., RIZNIČ, M., MINČÍK, J., ĎUROVIČ, E., KIZEK, P.: Ochorenia jazyka. Vydavateľstvo JES Košice 2016.
15. VODRÁŽKA, J. a kolektív.: Stomatitídy. Univerzita Komenského v Bratislave 2017.

**MUDr. Marcel Riznič, PhD.,  
SKZL – Regionálna komora  
zubných lekárov – výbor  
pre vzdelávanie  
Košice**