

## Χρόνια δήξη στοματικού βλεννογόνου

Αικατερίνη Δημητρίου<sup>1</sup>, Παναγιώτα Μαραγκού<sup>2</sup>, Φλώρα Ζερβού-Βάλβη<sup>3</sup>

Η χρόνια δήξη (Χ.Δ.) είναι μία μορφή ήπιου και συνεχούς τραυματισμού του στοματικού βλεννογόνου. Συνήθως οφείλεται σε έξη που παρατηρείται κυρίως σε αγχώδη άτομα ή άτομα με ψυχολογικά προβλήματα κατά την οποία το άτομο μη συνειδητά και συνεχώς μασά τον βλεννογόνο των παρειών και των χειλέων και αποσπά με τα δόντια του επιπολής τμήματα του επιθηλίου. Χ.Δ., όμως, μπορεί να προκληθεί και από αμιγώς οδοντικά αίτια όπως κακότεχνες εμφράξεις και προσθετικές εργασίες χωρίς εμφανή συμμετοχή ψυχογενών αιτίων. Τις περισσότερες φορές οι στοματικές βλάβες της χρόνιας δήξης γίνονται τυχαία αντιληπτές από τον οδοντίατρο κατά τη διάρκεια κάποιας οδοντιατρικής εξέτασης. Οι βλάβες αυτές μπορούν να δημιουργήσουν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα στον μη εξοικειωμένο με την κλινική εικόνα τους οδοντίατρο. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των κλινικών χαρακτήρων της Χ.Δ. σε ασθενείς που προσήλθαν στο Στοματολογικό Ιατρείο του Οδοντιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας». Επίσης, η προσπάθεια προσδιορισμού των υπευθύνων αιτίων για τη δημιουργία της.

Για τον σκοπό αυτό αξιολογήθηκαν 30 περιπτώσεις Χ.Δ. από 600 τυχαία επιλεγέντες φακέλους ασθενών που εξετάστηκαν στο Ιατρείο αυτό κατά το χρονικό διάστημα 2006-2012. Από την ανάλυση των στοιχείων των φακέλων, βλάβες Χ.Δ. εντοπίστηκαν στο 5% των περιπτώσεων. Το 67% των ασθενών ήταν γυναίκες, οι βλάβες συχνότερα εντοπιζόνταν στην παρειά (70%), ηλικία προτίμησης ήταν η 4η δεκαετία ζωής. Συχνότερη κλινική εικόνα ήταν λευκές βλάβες (53%) ενώ σαφή αίτια οδοντικής προέλευσης που προκαλούσαν χρόνιο τραυματισμό καταγράφηκαν στο 53% των περιπτώσεων και ψυχογενή που ωθούσαν σε απομύζηση και αυτοτραυματισμό στο 43%. Συμπερασματικά, πρέπει να τονισθεί ότι ο οδοντίατρος οφείλει να είναι εξοικειωμένος με τις βλάβες της Χ.Δ. ώστε να ενημερώνει και να κατευθύνει σωστά τον ασθενή.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 6: 37-41, 2013

**Λέξεις κλειδιά:** χρόνια δήξη, υπερκερατίνωση στοματικού επιθηλίου, λευκές βλάβες, χρόνιος τραυματισμός, ψυχογενή αίτια.

<sup>1</sup> Διευθύντρια ΕΣΥ, Δρ Οδοντιατρικής

<sup>2</sup> Επιμ. Α' ΕΣΥ, Δρ Οδοντιατρικής, MSc

<sup>3</sup> Συντονίστρια Διευθύντρια ΕΣΥ, Δρ Οδοντιατρικής, MPhil Med

Ίδρυμα προέλευσης:

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑμεΑ του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας»

Η εργασία ανακοινώθηκε στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματολογίας, Αθήνα, 13-14/9/2012

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια δήξη (Χ.Δ.) είναι μία μορφή ήπιου και συνεχούς τραυματισμού του στοματικού βλεννογόνου. Συνήθως οφείλεται σε έξη που παρατηρείται κυρίως σε αγχώδη άτομα ή άτομα με ψυχολογικά προβλήματα κατά την οποία το άτομο μη συνειδητά και συνεχώς μασά τον βλεννογόνο των παρειών και των χειλέων και αποσπά με τα δόντια του επιπολής τμήματα του επιθηλίου<sup>1,2</sup>. Χ.Δ., όμως, μπορεί να προκληθεί και από αμιγώς οδοντικά αίτια όπως κακότεχνες εμφράξεις και προσθετικές εργασίες χωρίς εμφανή συμμετοχή ψυχογενών αιτίων<sup>3</sup>.

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν εικόνα χρόνιας δήξης είναι συνήθως ελεύθεροι συμπτωμάτων και μόνο όταν η έξη αυτή γίνει ιδιαίτερα έντονη αναφέρεται ελαφρός πόνος, οίδημα και τοπικό αίσθημα καύσου<sup>4,5</sup>.

Στις χρόνιες βλάβες παρατηρείται πάχυνση του στοματι-

κού βλεννογόνου με ιστολογική εικόνα υπερκερατίωσης του επιθηλίου από τριβή<sup>6,7</sup>. Η πλέον γνωστή κλινική εικόνα υπερκερατίωσης από τριβή είναι η *linea alba*, η οριζόντια λευκή γραμμή στο βλεννογόνο των παρειών που σχηματίζεται αντίστοιχα με τα σημεία σύγκλισης των άνω και κάτω γομφίων.

Τις περισσότερες φορές οι στοματικές βλάβες της χρόνιας δήξης γίνονται τυχαία αντιληπτές από τον οδοντίατρο κατά τη διάρκεια κάποιας οδοντιατρικής εξέτασης<sup>2</sup>. Οι οδοντίατροι είναι συχνά οι πρώτοι επαγγελματίες υγείας που θα διαπιστώσουν το πρόβλημα της Χ.Δ.<sup>8-10</sup>. Οι βλάβες αυτές μπορούν να δημιουργήσουν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα στον μη εξοικειωμένο με την κλινική εικόνα τους οδοντίατρο.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των κλινικών χαρακτηριστήρων της Χ.Δ. σε ασθενείς που προσήλθαν στο Στοματολογικό Ιατρείο (Σ.Ι.) του Οδοντιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας». Επίσης, η προσπάθεια προσδιορισμού των υπευθύνων αιτιών για τη δημιουργία της.

### ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε κριτική αξιολόγηση και ανάλυση των φακέλων 30 περιπτώσεων Χ.Δ. από 600 φακέλους τυχαία επιλεγέντων ασθενών που εξετάστηκαν στο Σ.Ι. του «Ασκληπιείου Βούλας» κατά το χρονικό διάστημα 2006-2012. Οι βλάβες που συμπεριλήφθηκαν ήταν αυτές για τις οποίες είχε τεκμηριωθεί επαρκώς ότι οφείλονταν σε χρόνια δήξη.

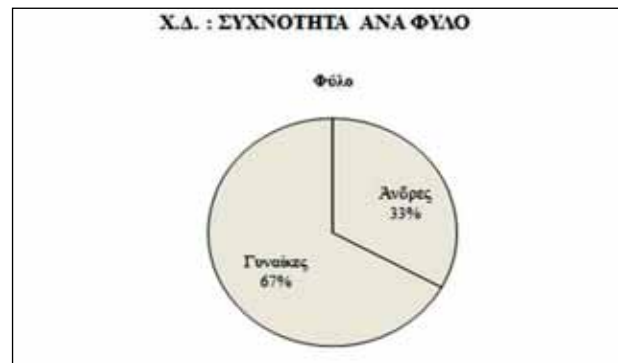
### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 600 φακέλους που εξετάστηκαν βρέθηκαν 30 περιπτώσεις τεκμηριωμένης Χ.Δ., δηλαδή το 5% του συνόλου των εξετασθέντων φακέλων.

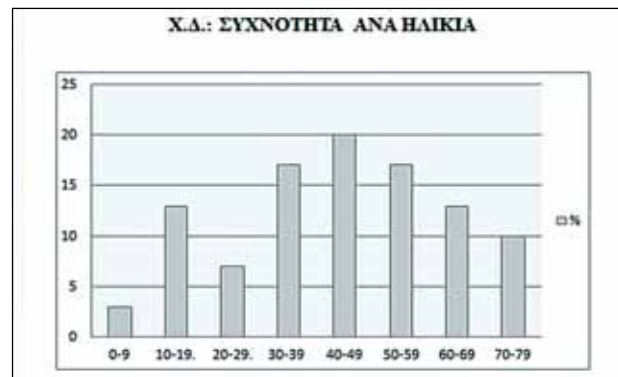
Από τις 30 περιπτώσεις Χ.Δ. που καταγράφηκαν στο Σ.Ι. του Οδοντιατρικού Τμήματος οι 7 (23%) είχαν παραπεμφθεί από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και οι 8 (27%) είχαν προσέλθει αυθόρμητα εξαιτίας της κλινικής εικόνας. Στους υπόλοιπους 15 ασθενείς βλάβες Χ.Δ. αποκαλύφθηκαν ως τυχαίο εύρημα κατά την εξέταση του στοματικού βλεννογόνου για άλλα προβλήματα όπως καντιντίαση, καυσalgία, γλωσσοδυνία, δυσγευσία, έρπητα ζωστήρα και ξηροστομία.

Από το σύνολο των ασθενών 20 ήταν γυναίκες, δηλ. ποσοστό 67% και 10 άνδρες, δηλ. ποσοστό 33%. (εικ. 1). Η ηλικία κυμαινόταν από 5 έως 75 έτη με την πλειονότητα των ασθενών να βρίσκεται στην 5η δεκαετία (εικ. 2).

Οι βλάβες εντοπιζόνταν κατά κύριο λόγο στην παρειά όπου καταγράφηκε το 70% των περιπτώσεων (εικ. 3). Συγκεκριμένα, εντόπιση αποκλειστικά στην παρειά καταγράφηκε σε ποσοστό 47% και στην γλώσσα 17%. Βλάβες Χ.Δ. που να περιλαμβάνουν την παρειά σε συνδυασμό με την γλώσσα ή το χείλος παρατηρήθηκαν σε μικρότερα ποσοστά 13% και 10% αντίστοιχα (Πίν. 1, εικ. 4). Εντόπιση στο χείλος παρατηρήθηκε στο 7% των περιπτώσεων (εικ. 5) ε-



Εικ. 1



Εικ. 2



Εικ. 3: Βλάβες χρόνιας δήξης στη γωνία του βλεννογόνου της παρειάς



Εικ. 4: Βλάβες χρόνιας δήξης στο βλεννογόνο της παρειάς και του χείλους

**Πίνακας 1**

**ΕΝΤΟΠΙΣΗ Χ.Δ.**

ΘΕΣΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ	Ποσοστό
Παρειά	47%
Γλώσσα	17%
Παρειά και Γλώσσα	13%
Παρειά και Χείλος	10%
Χείλος	7%
Χείλος και Γλώσσα	3%



**Εικ. 5:** Βλάβες χρόνιας δήξης στο βλεννογόνο του άνω χείλους



**Εικ. 6:** Linea alba από χρόνια δήξη



**Εικ. 7:** Λευκή βλάβη από χρόνια δήξη στο κάτω χείλος



**Εικ. 8:** Διαβρώσεις κάτω χείλους από χρόνια δήξη



**Εικ. 9:** Βλεννογόνος παρειάς εμφανίζει μελάγχρωση από χρόνια δήξη στο σημείο σύγκλισης άνω και κάτω γομφίων

νώ ο συνδυασμός χείλους με γλώσσα εμφανίστηκε σε αρκετά μικρό ποσοστό και συγκεκριμένα στο 3%.

Κλινικά, βλάβες Χ.Δ. συμπεριλαμβανομένης και της linea alba (εικ. 6) εμφανίζονταν στο μεγαλύτερο ποσοστό ως λευκές (53%) (εικ. 7). Διαβρώσεις και έλκη ακολουθούσαν με ποσοστό 37% (εικ. 8) ενώ σε ποσοστό μόλις 1% (Πίν. 2) η βλάβη της Χ.Δ. εμφάνιζε μελάγχρωση (εικ. 9).

Η διαφορική διάγνωση περιελάβε νοσήματα με παρόμοια κλινική εικόνα, όπως λευκοίδημα, κοκκία Fordyce, καντιντίαση, λευκοπλακία, λευκό σπογγώδη σπίλο και ομαλό λειχήνα.

Μετά την κλινική εξέταση και την τεκμηρίωση της διάγνωσης αναζητήθηκαν οι αιτίες που ευθύνονταν για την δημιουργία της Χ.Δ. σε κάθε ένα από τους ασθενείς. Παρατηρήθηκε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό (53%) καταγράφονταν σαφή οδοντικά αίτια όπως στρεβλοφυή, ελλείποντα ή οξύαιχμα δόντια καθώς και κακότεχνες εμφράξεις ενώ

ψυχογενή προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη και άνοια ευθύνονταν για το 43% των περιπτώσεων (Πίν. 3).

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η χρόνια δήξη είναι μία συχνή έξη που δημιουργεί χαρακτηριστικές υπερκερατωτικές βλάβες στο στοματικό βλεννογόνο όπως είναι η linea alba, που σχηματίζεται στην παρειά στα σημεία σύγκλισης των άνω και κάτω γομφίων<sup>5</sup>. Η χρόνια δήξη δημιουργεί υπερκερατίνωση που με την συνεχή τριβή μπορεί να επεκταθεί και να εμφανίσει την εικόνα λευκοπλακίας σε συνδυασμό με οίδημα ή εξέλκωση οπότε και να δημιουργηθεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα<sup>4,5</sup>.

Η συχνότητα των στοματικών βλαβών της χρόνιας δήξης ποικίλλει στις διάφορες χώρες, όπως ποικίλλει και μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων. Στη δική μας μελέτη, το

**Πίνακας 2**

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ Χ.Δ.**

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	Ποσοστό
Λευκές βλάβες και «linea alba»	53%
Διάβρωση και έλκος	37%
Μελάγχρωση	1%

**Πίνακας 3**

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ Χ.Δ.**

Αίτια	Ποσοστό
Στρεβλοφυή, οξύαιχμα δόντια	43%
Άγχος, κατάθλιψη, άνοια	43%
Πρόσφατες ή κακότεχνες εμφράξεις	10%

**Πίνακας 4**

**ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ Χ.Δ. ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΩΡΕΣ**

ΧΩΡΑ	Ποσοστό
Ισπανία	6,8 - 11,5%
Ινδία	5,8%
Κένυα (Ενήλικες)	5,5%
Τουρκία	5,3%
Σουηδία (άνω των 15 ετών)	5,1-5,5%
ΗΠΑ: Παιδιά και Έφηβοι	1,89%
Ενήλικες	0,12-3,05%
Σλοβενία	2,2-2,7%
Μεξικό	2,2%

ποσοστό του 5% που βρέθηκε να έχει βλάβες Χ.Δ. οφειλόμενες κυρίως στη συνήθεια της συνειδητής ή μη απομύζησης ή στον χρόνιο τραυματισμό από οδοντογενή αίτια, αφορά σε δείγμα πλυθυσμού που επισκέπτεται το Σ.Ι. του Νοσοκομείου.

Μία από τις πλέον εκτεταμένες μελέτες έχει διεξαχθεί στις ΗΠΑ στα πλαίσια της Τρίτης Εθνικής Καταγραφής Υγείας και Διατροφής (Third National Health and Nutritional Examination Survey -NHANES III). Η συγκεκριμένη μελέτη κατέγραψε τη συχνότητα εμφάνισης βλαβών Χ.Δ. σε 10.030 παιδιά και εφήβους ηλικίας 2-17 ετών δίνοντας ποσοστά 1,89% για Χ.Δ. παρειών και χειλέων και 0,26% για υπερκερατινώσεις από τριβή όπως η linea alba. Στην μελέτη που αφορούσε σε ενήλικες εξετάστηκαν 17.235 μη ιδρυματοποιημένοι πολίτες και τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 3,05% και 2,67%<sup>11</sup>.

Παρόμοιες μελέτες πραγματοποιήθηκαν και σε άλλες χώρες δίνοντας ποσοστά Χ.Δ. από 2,2% όπως στην έρευνα που διεξήχθη στην Οδοντιατρική Σχολή του Μεξικού<sup>12</sup> και τη Σλοβενία<sup>13</sup> έως 11,5% που καταγράφηκε στην Ισπανία<sup>14</sup>. Ανάλογες καταγραφές έχουν διεξαχθεί και στην Ινδία<sup>15</sup>, την Κένυα<sup>16</sup>, την Τουρκία<sup>17</sup> και τη Σουηδία<sup>18</sup> (Πίν. 4).

Στις περισσότερες χώρες οι συγκεκριμένες μελέτες έχουν διεξαχθεί είτε σε οδοντιατρικές σχολές είτε σε στοματολογικές κλινικές. Αποτέλεσμα αυτού είναι να αναφέρονται υψηλότερα ποσοστά που οφείλονται τόσο στην αυξημένη εμπειρία και γνώση των εξεταζόντων όσο και στο γεγονός ότι το δείγμα δεν αφορά ακριβώς σε «γενικό πληθυσμό» αλλά κατά κάποιο τρόπο σε επιλεγμένο που προσήλθε για υπάρχον οδοντιατρικό ή στοματικό πρόβλημα, όπως και το δείγμα πληθυσμού της δικής μας μελέτης.

Η Χ.Δ. που αφορά στις παρειές και στα χείλη έχει καταγραφεί συχνότερα σε γυναίκες<sup>5</sup> όπως διαπιστώθηκε και από τη δική μας μελέτη. Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πιο αγχώδεις από τους άνδρες και συχνά δεν μπορούν να εξωτερικεύουν το άγχος αυτό.

Στη μελέτη μας διαπιστώθηκε ότι η Χ.Δ. παρατηρείται κυρίως σε άτομα μέσης ηλικίας όπως αναφέρεται και από άλλους συγγραφείς<sup>4, 11</sup>. Η διαπίστωση αυτή θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι στη μέση ηλικία είναι πιθανό να υπάρχουν κακότεχνες εμφράξεις και προσθετικές εργασίες που δημιουργούν ελαφρύ τραυματισμό επί σειρά ετών. Αποτέλεσμα του ήπιου και μακροχρόνιου αυτού ερεθισμού ήταν η δημιουργία βλαβών Χ.Δ. που έχει ξεκινήσει πιθανώς πριν από πολλά χρόνια<sup>4, 10</sup> αλλά έγινε αντιληπτή στη μέση ηλικία λόγω του μεγαλύτερου άγχους για θέματα υγείας που παρατηρείται στην ηλικία αυτή.

Η αντιμετώπιση της Χ.Δ. ξεκινά από την αναγνώριση της βλάβης και την ανεύρεση του αιτιολογικού παράγοντα. Στη συνέχεια, εφόσον το αίτιο είναι οδοντικής προέλευσης πρέπει να αναλάβει ο οδοντίατρος την αντικατάσταση τυχόν κακότεχνων εμφράξεων και προσθετικών εργασιών. Η αντιμετώπιση της Χ.Δ. πολλές φορές απαιτεί εξαγωγές οδόντων οι οποίοι είναι είτε εκτός οδοντικού τόξου είτε τρίτοι γομφίοι. Στην περίπτωση που δεν διαπιστώνονται σαφείς οδοντικές αιτίες πρέπει να ληφθεί ένα εκτεταμένο και αναλυτικό ιστορικό ώστε να αναδειχθεί τυχόν ψυχολογικό υπόβαθρο. Στη συνέχεια ο οδοντίατρος επιχειρεί να εξηγήσει την κατάσταση στον ασθενή και να τον συμβουλεύσει ανάλογα. Ασθενείς με πρόβλημα Χ.Δ. έχουν βοηθηθεί από συνεδρίες συμβουλευτικής, τεχνικές χαλάρωσης και ψυχιατρικές θεραπείες. Έχουν επίσης δοκιμασθεί νάρθηκες για την προστασία της γλώσσας και των χειλέων<sup>9, 10, 19</sup> κυρίως από παιδοδοντιάτρους με πολύ καλά αποτελέσματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

- 1) Καθοριστικός ο ρόλος του οδοντιάτρου για την διάγνωση βλαβών από χρόνια δήξη.
- 2) Απαραίτητη η εξοικείωση του οδοντιάτρου με τις στοματικές βλάβες της χρόνιας δήξης ώστε ο ασθενής να καθοδηγηθεί σωστά.

3) Η συζήτηση και η λήψη εκτενούς ιστορικού αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την σωστή αντιμετώπιση της χρόνιας δήξης.

## SUMMARY

**Chronic biting of oral mucosa**  
Aikaterini Dimitriou, Panagiota Maragou,  
Flora Zervou-Valvi

*hellenic hospital dentistry 6: 37-41, 2013*

*Chronic biting of the oral mucosa is an innocuous self-inflicted injury occurring on the buccal mucosa (mainly along the occlusal line), the lips, the lateral margins of the tongue and the edentulous alveolar ridges. This chronic biting results in hyperkeratinization of the oral mucosa and formation of white patches. However, chronic biting lesions may due to dental reasons (f.e. broken or sharp teeth, fillings or prostheses). Similar lesions also occur in a variety of other clinical conditions and may lead to a misdiagnosis.*

*In this study 600 files of patients who visited the Stomatological Clinic of the Dental Department of a General Hospital during a six-year period were studied at random and 30 cases of chronic biting of the oral mucosa were revealed. The aim of this study was to describe the clinical appearance of chronic biting lesions, their commonest location in the oral cavity and their sex and age predilection. Finally, a comparison of our findings with the results of other studies was attempted.*

*In this study the prevalence of chronic biting of oral mucosa was 5%. It appeared more often in females (67%) than in males (33%) and was located on the cheeks with a prevalence of 70%. The most affected age group was the middle age and the clinical appearance was that of a white plaque in 53% of cases. Certain dental causes were identified in 53% of the cases while 43% of the cases were due to psychological disturbances. The dentist must be familiar with the lesions of chronic biting in order to help his patients or recommend the specialist needed.*

**Key words:** *Hyperkeratosis of Oral Mucosa; white patches; chronic trauma; psychogenic factors.*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Glass LF, Maize JC: Morsicatio buccarum et labiorum (excessive cheek and lip biting). *Am J Dermatopathol* 1991; 13: 271-274.
- Flaitz CM, Felefl S: Complications of an unrecognized cheek biting habit following a dental visit. *Pediatr Dent* 2000; 22: 511-2
- Flaitz CM: Differential diagnosis of oral mucosal lesions in children and adolescents. *Adv Dermatol* 2000; 16: 39-78.
- Flaitz CM, Aguirre A, Tapia JL, Hogan DJ, Wells MJ, Eisen D et al: <http://emedicine.medscape.com/article/1076089-clinical> Oral Frictional Hyperkeratosis Clinical Presentation. 27/1/2014
- Neville BW: Physical and Chemical Injuries. In: Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, 3rd ed. *Oral and Maxillofacial Pathology*, St. Louis, Mo:WB Saunders. 2009: 285-329.
- Scully C, Hegarty A: The oral cavity and lips. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, 8th ed. *Rooks textbook of dermatology*, Massachusetts Blackwell. 2010: 69.87-69.88.
- Woo SB, Lin D: Morsicatio mucosae oris- a chronic oral frictional keratosis, not a leukoplakia. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67: 140-146.
- Shulman JD: Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. *Int J Pediatr Dent* 2005; 15: 89-97.
- Karacay S, Guven G, Sagdic D, Basak F: Treatment of habitual lip biting: A case report. *Turk J Med Sci* 2006; 36: 187-189.
- Cehreli ZC, Olmez S: The use of a special mouthguard in the management of oral injury self inflicted by a 4 year old child. *Int J Pediatr Dent* 1996; 6: 277-81.
- Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hildago F: The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Am Dent Assoc* 2004; 135 (9): 1279-86.
- Castellanos JL, Diaz-Guzman L: Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 105(1): 79-85.
- Kovac-Kovacic M, Skaleric U: The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 2000; 29(7): 331-5.
- Martinez Diaz-Canel AI, Garcia-Pola Vallejo MJ: Epidemiological study of oral mucosa pathology in patients of the Oviedo School of Stomatology. *Med Oral* 2002; 7(1): 4-9, 10-6.
- Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M: The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian J Dent Res* 2008; 19(2): 99-103.
- Macigo FG, Mwaniki DL, Guthua SW: Prevalence of oral mucosal lesions in a Kenyan population with special reference to oral leukoplakia. *East Afr Med J* Dec 1995; 72(12): 778-82.
- Parlak AH, Koybasi S, Yavuz T: Prevalence of oral lesions in 13-to 16-year-old students in Duzse, Turkey. *Oral Dis* Nov 2006; 12(6) 553-8.
- Axell T: Occurrence of leukoplakia and some other oral white lesions among 20,333 adult Swedish people. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15(1): 46-51.
- Walker RS, Rogers WA: Modified maxillary occlusal splint for prevention of cheek biting: A clinical report. *J Prosthet Dent* 1992; 67: 581-2.

### Επικοινωνία:

Παναγιώτα Μαραγκού

Τηλ.: 2296022222.

e-mail: pmaragou@otenet.gr