



Белый губчатый невус Кеннона (проявление в полости рта): клинический случай

Е.А. Волков*, О.М. Васюкова, Е.С. Слажнева, В.Г. Атрушкевич

Российский университет медицины, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Белый губчатый невус – редкое доброкачественное наследственное аутосомно-доминантное заболевание слизистых оболочек с переменной частотой фенотипических проявлений генетического полиморфизма. Владея знаниями о клинических проявлениях указанной патологии в полости рта, врач может провести детальную дифференциальную диагностику и выбрать метод лечения.

Описание клинического случая. В статье представлен клинический случай проявления белого губчатого невуса Кеннона на слизистой оболочке полости рта у пациентки в виде диффузных, симметричных, утолщенных, складчатых белых образований на слизистой оболочке щек, губ и боковых поверхностей языка.

Заключение. Сформированный диагностический алгоритм дает возможность, с одной стороны, исключить злокачественные поражения слизистой оболочки полости рта, а с другой – избежать необоснованных опасений или неправильного лечения пациентов с белым губчатым невусом.

Ключевые слова: белый губчатый невус, наследственные поражения слизистой оболочки полости рта, дискератотическая гиперплазия слизистых оболочек.

Для цитирования: Волков ЕА, Васюкова ОМ, Слажнева ЕС, Атрушкевич ВГ. Белый губчатый невус Кеннона (проявление в полости рта): клинический случай. *Пародонтология*. 2024;29(4):460-464. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2024-1045>

***Автор, ответственный за связь с редакцией:** Волков Евгений Алексеевич, кафедра терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, 127006, ул. Долгоруковская, д. 4, г. Москва, Российская Федерация. Для переписки: volkov50@inbox.ru.

Конфликт интересов: Атрушкевич В.Г. является заместителем главного редактора журнала «Пародонтология», но не имеет никакого отношения к решению опубликовать эту статью. Статья прошла принятую в журнале процедуру рецензирования. Об иных конфликтах интересов авторы не заявляли.

Благодарности: Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования. Индивидуальные благодарности для декларирования отсутствуют.

White sponge nevus (oral manifestation): a clinical case report

Е.А. Volkov*, О.М. Vasyukova, E. S. Slazhneva, V.G. Atrushkevich

Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. White sponge nevus (WSN) is a rare benign hereditary autosomal-dominant disorder of the mucous membranes, marked by variable phenotypic expression due to genetic polymorphism. Recognizing the oral clinical manifestations of this condition is essential for accurate differential diagnosis and the selection of appropriate treatment strategies.

Case description. This report presents a clinical case of white sponge nevus affecting the oral mucosa in a female patient. The condition manifested as diffuse, symmetrical, thickened, and folded white lesions on the buccal mucosa, lips, and lateral surfaces of the tongue.

Conclusion. The proposed diagnostic algorithm facilitates the exclusion of malignant lesions in the oral mucosa, while also mitigating unnecessary concerns or inappropriate treatments for patients diagnosed with white sponge nevus.

Key words: white sponge nevus, hereditary oral mucosal lesions, dyskeratotic hyperplasia of mucous membranes

For citation: Volkov EA, Vasyukova OM, Slazhneva ES, Atrushkevich VG. White sponge nevus (oral manifestation): a clinical case report. *Parodontologiya*. 2024;29(4):460-464. (In Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2024-1045>

***Corresponding author:** Evgeny A. Volkov, Department of Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, 4 Dolgorukovskaya Str., Moscow, Russian Federation, 127006. For correspondence: volkov50@inbox.ru

Conflict of interests: V.G. Atrushkevich, the deputy editor-in-chief of the journal *Parodontologiya*, was not involved in the decision to publish this article. The article underwent the standard peer-review process of the journal. The authors have declared no other conflicts of interest.

Acknowledgments: The authors declare that there was no external funding for the study. There are no individual acknowledgments to declare.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Белый губчатый невус (лат. *naevus spongiosus albus mucosae*) – это редкое наследственное доброкачественное заболевание многослойного плоского неороговевающего эпителия слизистых оболочек, в основном полости рта, реже пищевода, носовой полости, гениталий и прямой кишки, аутосомно-доминантного типа наследования с переменной частотой фенотипических проявлений генетического полиморфизма (<https://omim.org/entry/193900>). По разным источникам, оно встречается примерно у одного из 200 000 человек [1-3]. Первый случай был зарегистрирован и описан в 1909 году Хайдом, в 1935 году А. Б. Кеннон ввел термин «белый губчатый невус» и опубликовал подробный клинический отчет об этом заболевании [4].

Белый губчатый невус в полости рта обычно проявляется при рождении, в раннем возрасте, до 20 лет и одинаково часто встречается у представителей обоих полов [5]. Заболевание обычно протекает бессимптомно. Пациентам доставляет дискомфорт изменение внешнего вида слизистой оболочки рта, ее прикусывание, чувствительность при приеме раздражающей пищи вследствие роста в складках слизистой оболочки грибов рода *Candida*, в некоторых случаях – ощущение сухости во рту. В полости рта белый губчатый невус определяется как различные по форме толстые складки слизистой оболочки белого, опалового или серого цвета, имеющие бархатистую, гофрированную мягкую текстуру со множественными бороздками, расположенными преимущественно симметрично. Складчатая структура чаще всего наблюдается на слизистой оболочке щек. Менее распространенные локализации белого губчатого невуса во рту: мягкое небо, дно полости рта, слизистая оболочка губ, боковые поверхности языка, т. е. только те участки, которые покрыты неороговевающим многослойным плоским эпителием. Складки не исчезают при растяжении слизистой оболочки. Есть мнение, что заболевание остается стабильным на протяжении всей жизни [6-8]. Пациенты могут скусывать разрастания слизистой оболочки в стрессовой ситуации, что приводит к появлению обрывков эпителия на поверхности складок, это может привести к ложным диагностическим выводам, принимая это за процесс отделение ороговевающих тканей.

Белый губчатый невус является доброкачественным заболеванием, связанным с мутациями в генах, кодирующих цитокератин KRT4 (вызывается гетерозиготной мутацией в гене кератина-4 (KRT4; 123940) на хромосоме 12q13.) и KRT13 (вызван му-

тацией в гене KRT13 (148065) на хромосоме 17q21.). Гистологически определяется умеренный акантоз с регулярным удлинением гребней и внутриклеточным отеком, а также очаги паракератоза и некоторые дискератотические клетки с парануклеарными эозинофильными уплотнениями. Изменения располагаются только в поверхностном слое эпителия [7].

Кроме клинической характеристики поражений, диагноз «белый губчатый невус» основывается на данных анамнеза [6-8]. Однако клинически белые, слегка приподнятые поражения, характерные для белого губчатого невуса, можно спутать с другими заболеваниями на слизистой оболочке полости рта. Важно провести детальную дифференциальную диагностику, чтобы исключить другие белые поражения, в основном те, при которых существует риск озлокачествления, а также для того, чтобы избежать необоснованных опасений или неправильного лечения. Особенно сложной задачей является диагностика белого губчатого невуса в случаях, когда не выявлена семейная предрасположенность. При постановке диагноза рекомендовано придерживаться следующих клинических этапов: определить, является ли заболевание врожденным или приобретенным; определить, является ли поражение системным заболеванием или же поражения локализованы только на слизистой оболочке полости рта; определить, являются ли поражения единичными или множественными; определить, можно ли удалить поражения с помощью соскабливания; оценить возраст поражений и динамику их развития. Если диагноз «белый губчатый невус» вызывает сомнения, то необходимо сочетание цитологического, микробиологического, генетического и иммунологического анализов, а также биопсия. В первую очередь, дифференциальная диагностика должна включать лейкоплакию слизистой оболочки полости рта, лейкоэдему, мягкую лейкоплакию Пашкова, гиперпластический кандидоз, гиперкератотическую форму красного плоского лишая, инфекцию, вызванную вирусом папилломы человека [9]. При подозрении на плоскоклеточную карциному (ПККРП), которая составляет 92–95% всех случаев рака полости рта, обязательна биопсия.

Специального лечения белый губчатый невус не требует, только в случае присоединения грибковой инфекции. Хотя заболевание относится к доброкачественным, пациенту следует объяснить необходимость исключения вредных привычек (прикусывания слизистой оболочки, курение и т. д.). Из литературы известны попытки уменьшить клинические проявления белого губчатого невуса, но безуспешно. Использовали витамины (бета-каротин,

местное применение ретиноловой кислоты), антигистаминные препараты, местное применение ионовой кислоты и лазерную абляцию, курс лечения, состоящий из водорастворимых витаминов B1, B2, B6, ниацина и пантотеновой кислоты. Для разработки эффективных методов лечения белого губчатого невуза необходимо лучшее понимание механизма развития этого заболевания.

Цель настоящей работы – продемонстрировать собственный клинический случай белого губчатого невуза Кеннона (Q 38.61) в полости рта и дать рекомендации врачам.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациентка Р., 1990 года рождения обратилась в Российский университет медицины на кафедру терапевтической стоматологии и пародонтологии 05.09.2024 с целью консультации и лечения, предъявляя жалобы на наличие белого налета в полости рта и губ, сухость, неприятные ощущения при приеме раздражающей пищи. Также пациентка объяснила, что находится в постоянном стрессовом состоянии по характеру трудовой деятельности и из-за онкологического заболевания.

Развитие настоящего заболевания. Пациентка наблюдала необычный вид слизистой оболочки рта в течение длительного времени. С ее слов, ранее были поражены только щеки. Лечение не проводила. Ана-

логичное поражение в полости рта было у отца пациентки.

Анамнез жизни. В опросном листе пациентка указала, что в 2023 году ей была проведена радикальная резекция правой молочной железы с лимфоузлами по поводу злокачественного новообразования (С 50.4). С августа 2023 года принимает «Анастрозол» по одной таблетке ежедневно, инъекции «Бусерелин» внутримышечно один раз в месяц. С июня 2024 года был назначен витамин D3 и кальций.

Аллергоанамнез не отягощен. Гепатит, сифилис, ВИЧ отрицает.

Переливание крови в последние 6 месяцев отрицает.

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное.

Осмотр полости рта. На щеках, боковой поверхности языка, слизистой оболочке губ имеются образования белого цвета, безболезненные, не снимающиеся при поскабливании. Складки расположены симметрично, не исчезают при растяжении слизистой оболочки (рис. 1).

Вне очагов поражения слизистая оболочка розового цвета, недостаточно увлажнена. Кариес зубов 3.6, 4.5, 4.7. Хронический периодонтит зубов 1.6, 2.7.

Десна бледно-розового цвета, без признаков воспаления. Небольшое количество мягких зубных отложений.

Проведено бактериологическое исследование микробиоты полости рта (забор с языка):

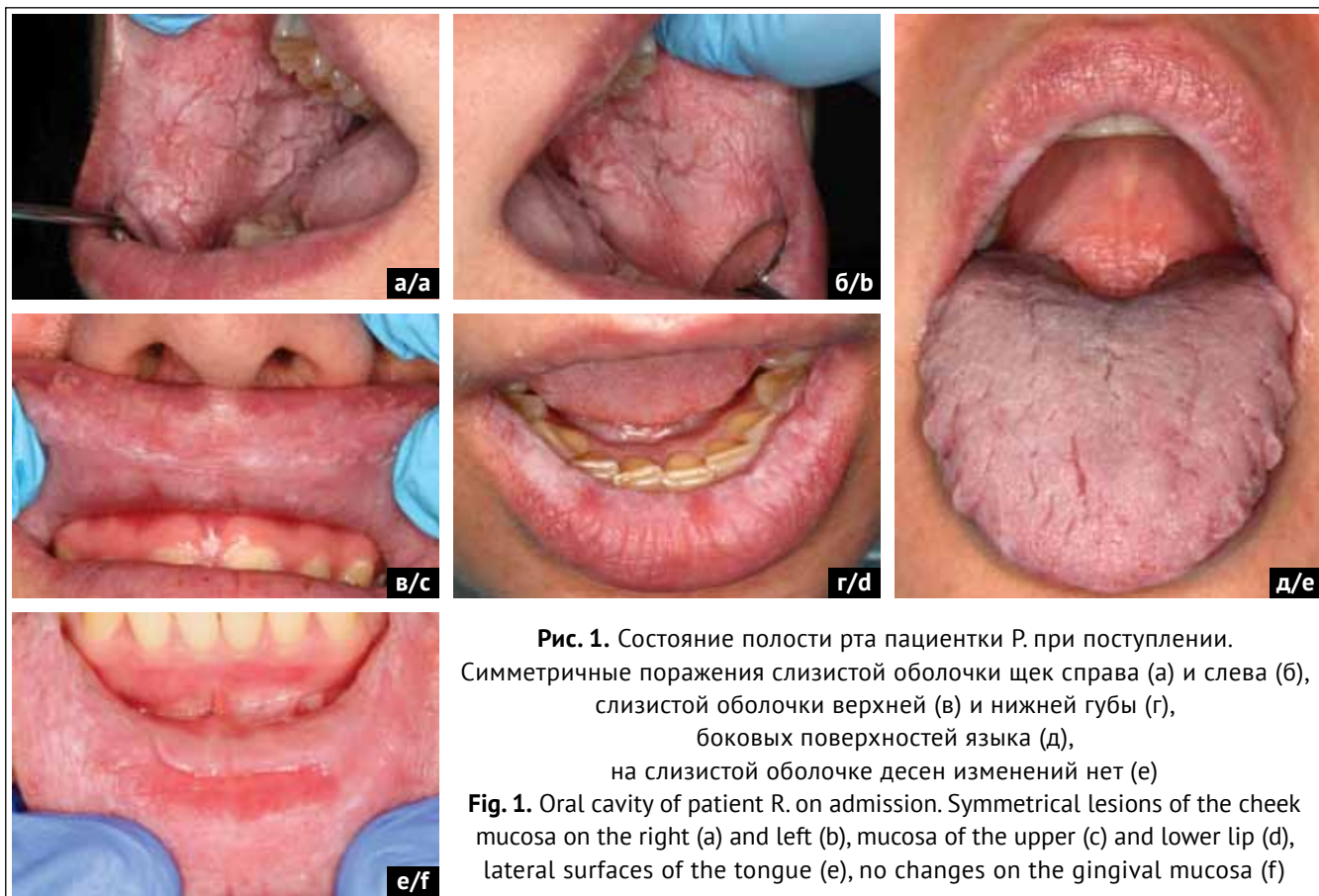


Рис. 1. Состояние полости рта пациентки Р. при поступлении. Симметричные поражения слизистой оболочки щек справа (а) и слева (б), слизистой оболочки верхней (в) и нижней губы (г), боковых поверхностей языка (д), на слизистой оболочке десен изменений нет (е)
Fig. 1. Oral cavity of patient R. on admission. Symmetrical lesions of the cheek mucosa on the right (a) and left (b), mucosa of the upper (c) and lower lip (d), lateral surfaces of the tongue (e), no changes on the gingival mucosa (f)



Рис. 2. Аппликация на участок слизистой оболочки нижней губы в участке привычного кусания (а), улучшение состояния слизистой оболочки губы после назначения терапии неврологом и аппликаций (б)
Fig. 2. Application to the lower lip mucosal area at the site of habitual biting (a), improvement of the lip mucosal area after prescription of therapy by a neurologist and applications (b)

Обнаружены: род *Streptococcus*: *S. sanguis* – 1×10^7 , *S. constellates* – 1×10^8 , грамотрицательные анаэробы: *F. nucleatum* – 1×10^5 , пигментообразующие бактерии: *P. intermedia* – 1×10^5 , *P. gingivalis* – 2×10^7 . Грибы рода *Candida* не выявлены.

На основании клинической картины, данных анамнеза, дополнительного метода исследования были поставлены диагнозы:

Q38.61 – белый губчатый невус (основной);
 K11.71 – ксеростомия (сопутствующий).

Составлен следующий план лечения:

1. Коррекция индивидуальной гигиены полости рта.
2. Проведение профессиональной гигиены полости рта.
3. Лечение кариеса зубов и его осложнений.
4. Местная противовоспалительная терапия.
5. Рекомендации по устранению явлений ксеростомии.
6. Консультация невролога.
7. Диспансерное наблюдение в онкодиспансере.
8. Динамическое наблюдение.

Пациентке были подобраны средства индивидуальной гигиены (зубная паста нейтрального вкуса или детская, гель Dental Xeros для устранения сухости полости рта). Проведено удаление зубных отложений. После консультации с неврологом назначен препарат «Тенотен».

Даны рекомендации на дом. Местно: антисептические полоскания раствором мирамистина, ванночки из Тыквеола по одной чайной ложке три

раза в день в течение месяца, аппликации на слизистую оболочку губ масляного раствора витамина А 3,44% три раза в день в течение месяца. Указанную терапию проводить курсами. На область губы, где имеется привычное кусание, назначена аппликация пептидно-белкового комплекса из природных пептидов и цитокинов (рис. 2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Белый губчатый невус является доброкачественным заболеванием и сохраняется на протяжении всей жизни [1-6]. Стандартного протокола лечения не существует. Кроме информирования пациента, терапия может включать улучшение эстетики и текстуры слизистой оболочки. Задача врача-стоматолога заключается в коррекции индивидуальной гигиены полости рта, проведении профессиональной гигиены, санации полости рта, динамическом наблюдении. Наблюдение включает визиты к стоматологу не менее двух раз в год. Диспансерный учет особенно важен для пациентов, подверженных риску развития озлокачествления образования в результате длительного воздействия таких факторов, как курение, хроническая травма, прием гормональных препаратов [8, 9]. Совместная работа с неврологом позволяет добиться некоторого регресса изменений слизистой оболочки полости рта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Prada-García C, González-Morán A, Pérez-González X. Familiar white sponge nevus. *An Bras Dermatol.* 2024;99(4):613-615.
doi: 10.1016/j.abd.2023.08.013
2. Bezerra KT, Leite TC, Roza ALOC, Araújo R, Israel MS, Canedo NHS, et al. White sponge nevus: A condition not always clinically suspected. *J Cutan Pathol.* 2020;47(1):22-26.
doi: 10.1111/cup.13581
3. Sobhan M, Alirezaei P, Farshchian M, Eshghi G, Ghasemi Basir HR, Khezrian L. White Sponge Nevus: Report of a Case and Review of the Literature. *Acta Med Iran.* 2017;55(8):533-535. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29034652/>
4. Cannon AB. White sponge nevus of the mucosa (naevus spongiosus albus mucosae). *Arch. Derm. Syph.* 1935;31:365-370,1935. Available from:
<https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/514508>
5. Cohen L, Young AH, Kimber RA. Adenosine triphosphatase in an oral epithelial naevus. *Br J Dermatol.* 1967;79(12):699-703.
doi: 10.1111/j.1365-2133.1967.tb11440.x
6. Batalha B, Abreu D, Moreira A, Freitas F, Francisco H, Carames J. White Sponge Nevus of the oral mucosa – Case report. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.* 2024;65(2):94-98.
doi: 10.24873/j.rpemd.2024.06.1216
7. Maahs M, Cherubini K, Yurgel L, Salum F, Figueiredo MA. White sponge nevus. A case report. *Minerva Stomatol.* 2007;56(11-12):649-53. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18091717/>

8. Gupta A, Lamichhane RS, Redhu A. White sponge nevus of the oral cavity: Affecting members of two generations in a family. *Clin Case Rep.* 2023;11(3):e7082. doi: 10.1002/ccr3.7082

9. Луницына ЮВ, Лазарев АФ, Токмакова СИ, Бондаренко ОВ. Факторы риска развития злокачественных новообразований слизистой оболочки рта (обзор литературы). Часть 1. Эндогенные и биологические факторы. *Стоматология детского возраста и*

профилактика. 2023;23(3):271-280.

doi: 10.33925/1683-3031-2023-625

Lunitsyna YuV, Lazarev AF, Tokmakova SI, Bondarenko OV. Risk factors for malignant oral mucosal lesion development (literature review). Part 1. Endogenous and biological factors. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis.* 2023;23(3):271-280 (In Russ.).

doi: 10.33925/1683-3031-2023-625

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Автор, ответственный за связь с редакцией:

Волков Евгений Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: volkov50@inbox.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9980-0969>

Васюкова Ольга Михайловна, кандидат медицинских наук, доцент, ассистент кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: vasyukova7@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3678-6503>

Слажнева Екатерина Сергеевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: katushkor@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4527-7471>

Атрушкевич Виктория Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: atrushkevichv@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4141-1370>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Corresponding author:

Evgeny A. Volkov, DMD, Professor, Department of the Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: volkov50@inbox.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9980-0969>

Olga M. Vasyukova, DMD, PhD, Docent, Assistant Professor, Department of the Restorative Dentistry and Periodontics, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: vasyukova7@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3678-6503>

Ekaterina S. Slazhneva, DMD, PhD, Associate Professor, Department of the Restorative Dentistry and

Periodontology, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: katushkor@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4527-7471>

Victoria G. Atrushkevich, DMD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, Vice-President of RPA Moscow, Russian Federation

For correspondence: atrushkevichv@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4141-1370>

Поступила / Article received 30.11.2024

Поступила после рецензирования / Revised 20.12.2024

Принята к публикации / Accepted 28.12.2024

Вклад авторов в работу. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE, а также согласны принять на себя ответственность за все аспекты работы. Сбор материала – Волков Е.А.; подготовка текста рукописи – Васюкова О.М., Слажнева Е.С., редактирование и рецензирование рукописи – Волков Е.А., Атрушкевич В. Г.

Authors' contribution. All authors confirm that their authorship meets the international ICME criteria and agree to be accountable for all aspects of the work. Data curation – E.A. Volkov.; writing—original draft – O.M. Vasyukova, E.S. Slazhneva, writing—review and editing – E.A. Volkov, V. G. Atrushkevich.