



AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

PROFESSIONAL UPDATING

Dorina Lauritano
Fabrizio Carini*
Marco Baldoni**

Università degli Studi di Milano-Bicocca
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di laurea in Medicina e Chirurgia
Clinica Odontoiatrica

*Corso di laurea per Igienista dentale

**Cattedra di Odontostomatologia

Titolare: professor M. Baldoni

CISTI DELLE OSSA MASCELLARI: PROTOCOLLO PRELIMINARE CLINICO E DIAGNOSTICO PER IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON PATOLOGIE SISTEMICHE

MAXILLARY BONE CYST: CLINICAL AND DIAGNOSTIC PROTOCOL FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SYSTEMIC DISEASES

RIASSUNTO

Scopo del lavoro. Le cisti sono strutture cavitare il cui contenuto è per lo più liquido e purulento. Le cisti della mascella, della mandibola e della regione periorale comprendono una varietà di entità distinte per caratteristiche istogenetiche, frequenza, comportamento e terapia. La maggior parte delle cisti di questa regione vengono osservate a livello della mascella e della mandibola e, in genere, sono di origine infiammatoria. Scopo della nostra ricerca è definire un protocollo preliminare anamnestico e diagnostico, al fine di formulare correttamente un approccio terapeutico alla chirurgia delle cisti nel paziente affetto da patologie sistemiche.

Materiali e metodi. Abbiamo descritto le procedure diagnostiche e l'approccio terapeutico in 23 soggetti affetti da patologia cistica di diversa natura, con problematiche particolari tali da richiedere l'intervento in sala operatoria sotto anestesia generale.

Risultati. Nessuno dei pazienti sottoposti ad anestesia generale ha presentato complicanze infettive o emorragiche o parestesie. Il grado di edema e l'iperemia dei tessuti orali sono stati considerati nella norma relativamente all'estensione degli interventi chirurgici di exeresi delle neoformazioni cistiche. La compliance dei pazienti può essere definita soddisfacente, in quanto è stata osservata la completa ripresa funzionale dopo circa 7 giorni dall'intervento.

Conclusioni. La nostra esperienza conferma che la corretta standardizzazione di un protocollo diagnostico e terapeutico rappresenta il primo passo verso il successo delle terapie chirurgiche e migliora la compliance del paziente.

ABSTRACT

Aim of the work. A cyst is a cavity generally filled with fluids or cellular debris. Maxillary, mandibular and perioral cysts include several entities that vary markedly in histogenesis, frequency, behaviour and treatment. The most part of cysts in this area are found within the upper maxilla and the lower mandible and are generally of inflammatory origin. The aim of this work is to define a preliminary protocol based on diagnosis and clinical history in order to assess the best surgical approach in patients with systemic disease.

Materials and methods. Diagnostic procedures and surgery are described: 23 patients with different types of cysts and systemic diseases underwent surgery under general anaesthesia.

Results. No patients showed infection, bleeding or paresthesia. Edema and hyperaemia were also normal. Compliance of patients was considered satisfactory, as all of them had a complete functional response 7 days after surgery.

Conclusions. This study confirms that the correct standardisation of a diagnostic and surgical protocol is the first step for successful treatment and improvement of patients compliance.

PAROLE CHIAVE

Cisti mascellari, chirurgia orale, patologia orale.

KEY WORDS

Maxillary cystis, oral surgery, oral pathology.



INTRODUZIONE

Le neoformazioni cistiche delle ossa mascellari si formano nella compagine ossea e originano da formazioni tissutali differenti (1-5). Sono strutture cavitari dotate di una crescita espansiva continua e di una contemporanea cavitazione centrale delimitata da un epitelio che poggia su di una capsula fibrosa costituita da connettivo, il cui contenuto è per lo più liquido e purulento; le loro dimensioni sono tanto più grandi tanto maggiore è l'intervallo tra la loro presunta insorgenza e la diagnosi clinico e radiologica (6-10). Proprio questo processo evolutivo è alla base delle possibili complicanze, quali l'esteriorizzazione o l'invasione di strutture limitrofe, come il nervo mandibolare, il palato, il pavimen-

to delle fosse nasali, il seno mascellare.

La più recente classificazione dell'OMS (1992) (11) viene riportata nella tabella 1. Per quanto riguarda la prevalenza dei diversi tipi di cisti, la ripartizione è nettamente preponderante per le cisti odontogene: l'80 per cento è odontogena a genesi infiammatoria (cisti radicolari), il 19 per cento risulta odontogena di origine disembrionogenetica (cisti follicolari 11 per cento, cheratocisti 8 per cento) e l'1 per cento è rappresentato da tutti gli altri tipi di cisti (tab. 2). La massima frequenza di riscontro delle cisti mascellari è osservata prevalentemente nell'età media (20-40 anni) con una lieve prevalenza nel sesso maschile (1,5: 1); nel mascellare è più frequentemente colpito il distretto frontale, nella mandibola il

laterale. Le cisti possono svilupparsi in modo asintomatico fino a raggiungere dimensioni cospicue e, per tale motivo, spesso vengono scoperte come reperto casuale attraverso una radiografia in pazienti con rilievo anamnestico improduttivo.

Scopo della nostra ricerca è definire un protocollo preliminare anamnestico e diagnostico, al fine di formulare correttamente un approccio terapeutico alla chirurgia delle cisti nel paziente affetto da patologie sistemiche. I risultati saranno valutati in base alle complicanze infettive, emorragiche ed eventuali complicanze correlate a parestesie postoperatorie. Verrà inoltre valutata la compliance del paziente per quel che riguarda la riabilitazione funzionale, ma anche il grado di edema e iperemia.

CISTI DI ORIGINE DISEMBRIOGENETICA

ODONTOGENE:	
Cisti gengivale del neonato	
Cisti gengivale dell'adulto	
Cheratocisti odontogena (primordiale)	
Cisti dentigera (follicolare)	
Cisti eruttiva	
Cisti parodontale laterale	
Cisti ghiandolare odontogena (sialo-odontogena)	
Sindrome dei nevi basocellulari (S. di Gorlin-Goltz)	
NON ODONTOGENE:	
Cisti del dotto nasopalatino (canale incisivo)	
Cisti nasolabiale (nasoalveolare)	
CISTI DI NATURA FLOGISTICA:	
Cisti radicolare	
Cisti residua	
Cisti paradentale (infiammatoria collaterale, buccale mandibolare infetta)	
PSEUDOCISTI:	
Cisti ossea solitaria (traumatica, semplice, emorragica)	
Cisti aneurismatica	
CISTI DI NATURA NEOPLASTICA:	
Cisti calcificante odontogena e variante solida	

Tab. 1

PREVALENZA NELLA POPOLAZIONE DEI VARI TIPI DI CISTI

Odontogene di origine flogistica	80%
Odontogene di origine disembrionogenetica	19%
Altri tipi	1%

Tab. 2

MATERIALI E METODI

Si sono presentati alla nostra osservazione 23 pazienti (12 di sesso maschile, 10 di sesso femminile, età da 26 a 42 anni, media 32 anni) affetti da patologia cistica di diversa natura, con problematiche particolari tali da richiedere l'intervento in sala operatoria sotto anestesia generale. La scelta di questo tipo di trattamento necessita un'attenta anamnesi volta a stabilire lo stato di salute generale del paziente. Momento centrale dell'anamnesi patologica prossima si è rivelata la raccolta dei dati relativi al trattamento farmacologico.

Protocollo anamnestico

Di tutti i pazienti sono stati raccolti i dati anamnestici in una apposita cartella clinica, che riportava l'anamnesi patologica remota e prossima, sia sistemica sia odontostomatologica, le terapie in corso. Inoltre, la diagnosi presuntiva, il programma terapeutico, le visite di controllo e la diagnosi accertata.

Protocollo diagnostico

È stato eseguito un esame obiettivo locale del cavo orale con una de-

scrizione analitica della morfologia delle lesioni. Infatti, una corretta valutazione delle lesioni rappresenta il primo passo per identificare la patologia; l'esame obiettivo locale si è svolto con cura, sottoponendo a un esame dettagliato tutta la mucosa e la cute periorale. La diagnosi, infatti, poteva essere indirizzata da tale semplice valutazione. Sono stati inoltre attentamente valutati gli eventuali sintomi e segni obiettivamente quali:

- crescita di tipo espansivo, con progressivo aumento di volume e assottigliamento delle corticali ossee, con tumefazione di grado variabile nelle lesioni inveterate;
- eventuale dislocazione dei denti contigui e riassorbimento radicolare. È stato eseguito un esame della vitalità pulpale dei denti interessati e contigui (negativo nelle cisti radicolari);
- presenza di tumefazione facciale e fratture patologiche dei mascellari;

- infezione secondaria e suppurazione.

Sono stati eseguiti, inoltre, esami strumentali che comprendevano:

- esami di laboratorio ematochimici per valutare la presenza di eventuali alterazioni ematologiche;
- esami di diagnostica per immagini (radiografie, ecografia, TAC, RMN). Le radiografie (endorali, ortopantomografia) (figg. 1 e 2) permettono di determinare la presenza e l'estensione della lesione e di una prima diagnosi differenziale in base all'aspetto di cavità radiotrasparente a margini netti, con un bordo addensato e dislocazione dei denti contigui. In casi particolari si possono utilizzare la RMN, l'ecografia e l'endoscopia dei mascellari. La TAC (fig. 3) permette di valutare l'estensione intraossea (forme centrali) e nei tessuti molli (forme periferiche). La TAC e la RMN, in particolare, permettono la localizzazione delle masse; l'ecografia, invece, è d'aiuto per

delineare i componenti liquidi e solidi.

Trattamento chirurgico

I 23 pazienti sottoposti a trattamento chirurgico presentavano le seguenti patologie sistemiche: 10 pazienti, portatori di Sindrome di Down, risultavano poco collaboranti per poter eseguire un intervento in anestesia locale; 5 pazienti presentavano lesioni cistiche molto estese, tali da richiedere un tempo di intervento chirurgico troppo lungo per essere eseguito con anestesia locale; 2 soggetti manifestavano sclerodermia sistemica e 2 artrite reumatoide, con conseguente limitata apertura orale; 4 erano affetti da patologie psichiatriche.

In accordo con i pazienti, si è quindi deciso di eseguire l'intervento in anestesia generale. Ove necessario è stato richiesto il supporto specialistico di uno psicologo per il corretto inquadramento diagno-

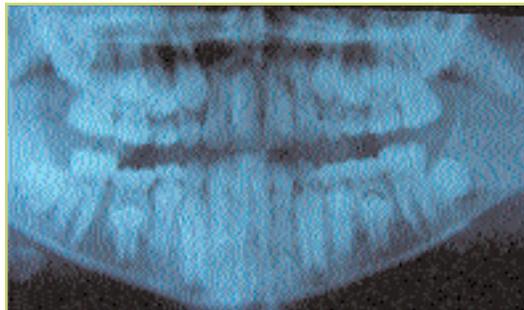


Fig. 1: ortopantomografia: si osserva la lesione cistica con elemento dentario incluso in corrispondenza della branca montante mandibolare.



Fig. 2: maggiore ingrandimento.

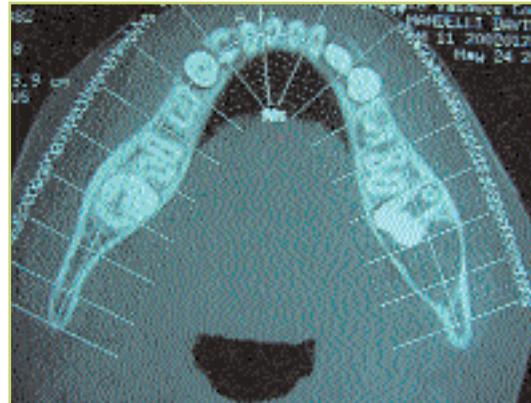


Fig. 3: TAC. La lesione cistica appare estesa fino ai margini della corticale ossea.

stico, al fine di controllare la componente ansiogena che sovente accompagna un intervento chirurgico in anestesia generale. Tutti i ricoveri sono stati preceduti da visita specialistica anestesiológica in regime di day hospital atta a inquadrare il paziente nella specifica classe di rischio (Asa).

È stata eseguita l'exeresi chirurgica e l'esame istologico delle lesioni (fig. 4). Il trattamento definitivo delle cisti è consistito nell'asportazione chirurgica attraverso un trattamento conservativo, ma completo, poiché in caso di escissione incompleta può verificarsi recidiva (figg. 5 e 6); il drenaggio è stato riservato alle forme infettive acute con formazione di un ascesso. L'analisi istologica di tutte le cisti asportate con l'intervento chirurgico è assolutamente necessaria per porre una corretta diagnosi differenziale, considerando la possibi-

lità di eseguire una diagnosi differenziale clinica con forme neoplastiche maligne; inoltre, alcune cisti possono presentare quadri di degenerazione (ameloblastoma, carcinoma). È possibile evitare l'esame istologico per le cisti radicolari di piccole dimensioni con una diagnosi clinica di evidenza. Il prelievo biotico è stato corredato da un modulo in cui venivano indicati, oltre ai dati anagrafici del paziente, la sede e le modalità del prelievo e il sospetto diagnostico.

RISULTATI

I risultati istologici delle 23 formazioni cistiche analizzate ci permettono di suddividere la nostra casistica in base al tipo di lesione cistica: 10 cisti radicolari, 5 cisti follicolari, 3 cisti parodontali, 3 cisti dentigere e 2 cisti eruttive. Nessuno dei

pazienti sottoposti ad anestesia generale ha presentato complicanze infettive o emorragiche o parestesie. Il grado di edema e l'iperemia dei tessuti orali sono stati considerati nella norma, relativamente all'estensione degli interventi chirurgici di exeresi delle neoformazioni cistiche. La compliance dei pazienti può essere definita soddisfacente in quanto è stata osservata la completa ripresa funzionale dopo circa 7 giorni dall'intervento.

CONCLUSIONI

All'odontoiatra si possono presentare pazienti che riferiscono la presenza di lesioni che vanno certamente inquadrare sia dal punto di vista clinico sia diagnostico. Nel caso si sospetti la presenza di una lesione cistica in paziente affetto da patologie sistemiche, risulta di fon-

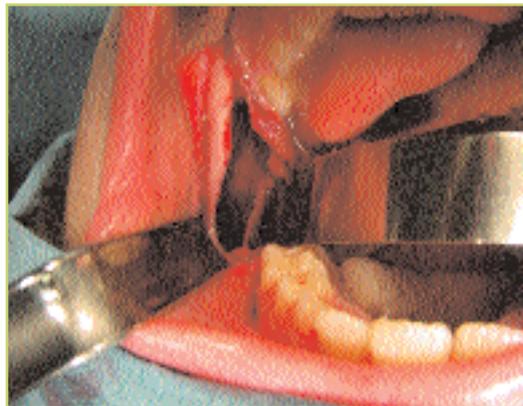


Fig. 4: incisione chirurgica.



Fig. 6: sutura postintervento.



Fig. 5: exeresi della formazione cistica: si possono osservare frammenti di elementi dentari.



damentale importanza approntare un approccio clinico e diagnostico estremamente preciso, al fine di poter individuare una terapia corretta ed efficace, valutando l'opportunità di ricorrere alla rimozione chirurgica della cisti in anestesia generale. Dato che una qualsiasi neoformazione determina nel paziente una notevole componente psicologica (ansietà, cancerofobia), un appropriato approccio col paziente rappresenta talvolta la più importante misura terapeutica, al fine di rassicurare il paziente stesso sulla natura del problema e di eliminare lo stato di paura che un tale disturbo comporta. Nel lavoro si è voluto definire un protocollo diagnostico per il corretto inquadramento terapeutico delle cisti dei mascellari, comprendenti:

- un'indagine anamnestica fisiologica, un'anamnesi patologica stomatologica prossima e remota, con particolare riferimento alle patologie odontostomatologiche. Approntare una corretta anamnesi familiare, patologica prossima e remota risulta di fondamentale importanza per individuare eventuali patologie sistemiche che possano eventualmente complicare la terapia chirurgica delle cisti dei mascellari. Durante la raccolta anamnestica occorre riportare l'eventuale somministrazione di farmaci;
- esame obiettivo locale delle mucose orali e delle strutture dentoparodontali, che deve essere estremamente accurato per escludere la presenza di lesioni mucose, correlabili o meno a patologie sistemiche, in grado di causare i sintomi delle cisti;
- esami radiografici per valutare la presenza e l'estensione della lesione e una prima diagnosi differenziale in base all'aspetto di cavità radiotrasparente;
- esami di laboratorio che, va ribadito, rappresentano un dato clinico fondamentale per poter ricercare eventuali patologie sistemiche che possono complicare l'intervento chirurgico in anestesia generale;
- valutazione degli aspetti psico-

logici: sicuramente ansia o depressione influiscono sulle decisioni terapeutiche. Occorre chiedere il supporto di uno specialista psicologo quando se ne ravvisi l'opportunità.

La nostra esperienza conferma che la corretta standardizzazione di un protocollo diagnostico e terapeutico rappresenta il primo passo verso il successo delle terapie chirurgiche e migliora la compliance del paziente con patologie sistemiche nei confronti dei trattamenti sia medico-farmacologici sia chirurgici.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Iida S, Kogo M, Kishino M, Matsuya T. Desmoplastic ameloblastoma with large cystic change in the maxillary sinus: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2002 Oct;60(10):1195-8.
- 2) Zwahlen RA, Gratz KW. Maxillary ameloblastomas: a review of the literature and of a 15-year database. *J Craniomaxillofac Surg* 2002 Oct;30(5):273-9.
- 3) Nair PN, Pajarola G, Luder HU. Ciliated epithelium-lined radicular cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002 Oct;94(4):485-93.
- 4) Maruyama M, Onodera K, Ooya K. A histopathological and lectin-histochemical study of the lining epithelium in postoperative maxillary cysts. *Oral Dis* 2002 Sep;8(5):241-8.
- 5) Busaba NY, Kieff D. Endoscopic sinus surgery for inflammatory maxillary sinus disease. *Laryngoscope* 2002 Aug;112(8 Pt 1):1378-83.
- 6) Oginni AO, Olusile AO. Follow-up study of apicectomised anterior teeth. *SADJ* 2002 Apr;57(4):136-40.
- 7) Gibson GM, Pandolfi PJ, Luzader JO. Case report: a large radicular cyst involving the entire maxillary sinus. *Gen Dent* 2002 Jan-Feb;50(1):80-1.
- 8) Bsoul SA, Paquette M, Terezhalmay GT, Moore WS. Odontogenic keratocyst. *Quintessence Int* 2002 May;33(5):400-1.
- 9) Pomatto E, Carbone V, Giangrandi D, Falco V. Primary intraosseous verrucous carcinoma developing from a maxillary odontogenic cyst: case report. *Tumori* 2001 Nov-Dec;87(6):444-6.
- 10) Naclerio H, Simoes WA, Zindel D, Chilvarquer I, Aparecida TA. Dentigerous cyst associated with an upper permanent central incisor: case report and literature review. *J Clin Pediatr Dent* 2002 Winter;26(2):187-92.
- 11) Ficarra G. Manuale di patologia e medicina orale. II ed. Milano: McGraw-Hill; 2001.