70
Misc B 72/83.

Dott. L. POLETTO - Dott. E. CAUDANA

Un caso di carcinoma primitivo nell'osso mascellare

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA"

BIBLIOTECA ... ROMA

1941-XX
NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA
VIA ADDA 129-A

OSPEDALE MARIA VITTORIA - SEZIONE OTORINOLARINGOIATRICA - TORINO
DIRETTORE: PROF. LIVERIERO

UN CASO DI CARCINOMA PRIMITIVO NELL'OSSO MASCELLARE

Dott. LUIGI POLETTO Dott. ENZO CAUDANA

Riportiamo dalla nostra osservazione un caso di carcinoma del mascellare in una paziente in degenza che ci dà motivo a fissare particolari considerazioni non tanto per l'ubicazione del tumore quanto per l'evoluzione dello stesso.

30 agosto 1941.

Storia clinica. — Barabaschi Leonilda in Marchis di anni 48 da Fidenza. Secondogenita di nove figli, tre dei quali morti in tenera età per forma imprecisata. Padre morto a 86 anni per marasma senile. Madre morta a 42 anni per parto. 5 fratelli viventi e sani, non soffersero malattia alcuna degna di particolare rilievo. L'anamnesi è negativa per quanto riguarda malattie neoplastiche negli ascendenti diretti e collaterali.

La paziente ha sofferto dei comuni esantemi dell'infanzia e di tifo all'età di circa 10 anni. Nessun'altra malattia degna di nota fino al 1917, anno in cui cominciarono abbondanti metrorragie per un diagnosticato fibroma uterino. I disturbi andarono a poco a poco aumentando e solo nel 1930 fu operata all'Ospedale Maria Vittoria. La massa neoplastica aveva un peso di circa tre chili. In seguito all'intervento le condizioni generali si ristabilirono e permasero buone fino ai primi giorni di aprile del 1941.

Anamnesi prossima. — In detta epoca la paziente incominciò ad accusare dolori che partendo dal mascellare superiore sinistro, si irradiavano verso la regione parietale, retro-auricolare e temporale. Quasi contemporaneamente la paziente notò che l'osso della mascella stessa incominciava ad aumentare di volume, senza notare alcunchè di apparente alterazione gengivale. I dolori si accentuavano verso sera e assumevano un carattere sempre più intenso; vennero curati dalla paziente con qualche polvere antinevralgica che aveva un effetto temporaneo. Verso i primi di giugno 1941 si iniziò una tumefazione anche della regione zigomatica sinistra che andò estendendosi alla guancia, alla regione preauricolare e parotidea. Pochi giorni dopo l'apparizione di questa tumefazione la P. notò che anche la gengiva in corrispondenza del mascellare superiore sinistro incominciò ad arrossarsi ed aumentare di volume fino a che verso i primi di luglio venne ad ulcerarsi.

FIG. 1.
Opacamento del seno mascellare superiore etmoidale e frontale sinistri

La P. ha l'aspetto di robusta costituzione fisica. All'esame esterno della faccia si rileva una tumefazione modica, di consistenza alquanto dura che interessa lo zigomo e la regione preauricolare. E' interessata pure la palpebra inferiore sinistra. Le parti molli della guancia sottostanti la predetta tumefazione sono edematose fino ad un dito traverso al di sotto della mandibola. I tessuti scorrono sul piano osseo e la temperatura locale è leggermente aumentata. La palpazione riesce indolore. La ghiandola sotto-mascellare appare lievemente ingrossata. All'esame interno si nota la presenza della radice del secondo premolare superiore sinistro in corrispondenza della quale

si rileva una tumefazione alquanto dolente che provoca un lieve gemizio purulento dal margine gengivale. La tumefazione è di consistenza dura, tesa, ma poco elastica: ha carattere granulomatoso. E' assente il primo molare superiore di sinistra in corrispondenza del quale la gengiva appare normalmente cicatrizzata. In corrispondenza del secondo molare superiore di sinistra (estratto circa nove anni or sono per averle causato ripetuti gonfiori alla faccia dopo di che la P. afferma di non aver avuto alcun disturbo) si nota un'ulcerazione della gengiva in corrispondenza del bordo alveolare, interessante anche il margine palatino, rotondeggiante, a margini piuttosto duri, irregolari ed aderenti all'osso, con fondo lievemente granuleggiante. La mucosa circostante è di colorito tendenzialmente violaceo. Sondando collo specillo la cavità si riesce a penetrare per la profondità di circa 3 cm. Il toccamento dei margini provoca dolore. Nel sondaggio dell'osso sottostante non si incontrano particolari resistenze e si ha l'impressione di affondarsi in un tessuto in sfacelo. Il terzo molare superiore di sinistra è mancante. Dal cavo orale emana un alito fetido. La mucosa della guancia sinistra appare normale. L'esame radiografico eseguito pochi giorni dopo il ricovero della P. ha messo in evidenza un opacamento del seno mascellare, etmoidale e frontale sinistro (v. fig. 1). L'esame dell'apparato respiratorio non rivela alcunchè di apprezzabile. Negativo è l'esame del cuore, tiroide e organi addominali ad eccezione dell'utero che non si palpa. Wassermann negativa.

3 settembre 1941.

L'ulcerazione si estende. La massa dura aumenta di volume e prende una forma globosa alla regione zigomatica. Il 5° s. s. non è stato estratto, ma la tumefazione apicale diminuisce.

L'esame istologico ha dato questo reperto: « il nembo di mucosa gengivale presenta una nodosità con i caratteri istologici del carcinoma spino-cellulare con zaffi infiltranti la sottomucosa ».

5 settembre 1941.

Intervento. — Un'ora prima: iniezione di mezza fiala di Pannevrol. Sciacqui con soluzione antisettica.

Anestesia locale con novocaina all'1 %. Infiltrazione di 30 cc. Incisione mediana del labbro a tutto spessore dal bordo labiale fino al sottosetto. Il taglio, sempre a tutto spessore, passa sotto l'orifizio inferiore della narice sinistra e segue nel solco naso-labiale e naso-genale fino a metà della piramide nasale. Scollamento e sollevamento del lembo cutaneo-muscolare, previa incisione della mucosa del fornice vestibolare dal frenulo labiale fino al tubercolo mascellare.

Colle forbici di Liston si pratica un taglio a tutto spessore del processo alveolare del mascellare all'altezza del 3°. arrivando con una branca della forbice sin quasi al rafe palatino. Incisione sul palato duro lungo il rafe fino al margine libero del palato molle. Scollamento. Si aggredisce così la massa tumorale, che viene man mano isolata. Il seno mascellare, apertosi incidentalmente, è ripieno di pus. Viene asportata la massa per mezzo del bisturi elettrico. Le pareti della cavità operatoria vengono trattate coll'elettrocoagulazione.

FIG. 2.
Asportazione del mascellare superiore e seno sinistri

Rimane così una cavità che ha per limiti: inferiormente la cavità orale; lateralmente la guancia; mesialmente l'osso palatino sezionato e il palato molle sezionato alla metà; superiormente il pavimento dell'orbita; posteriormente il processo pterigoideo, la fossa pterigo-palatina e la parete anteriore della fossa zigomatica (fig. 2).

Sutura dell'incisione cutanea nel solco naso-genale e naso-labiale. Doppia sutura del labbro: muscolare (con punti a sotto-tragitto per la perfetta ricostruzione dell'orbicolare del labbro) e sutura cutanea. Vie-

ne fortemente stipata la cavità operatoria con garza jodoformica. Tempo: un'ora e trenta minuti. Alla sera temperatura 38,2.

Decorso post-operatorio normale. Dopo circa 10 giorni dall'intervento la P. viene trasferita per la radiumterapia.

Il caso descritto può non costituire argomento originale per quanto riguarda lo sviluppo della forma neo-plastica nell'ambito dei mascellari. Ma dalla storia e dall'esame clinico che abbiamo raccolto possiamo dedurre particolari considerazioni e valutazioni patogenetiche di qualche interesse. Non pochi AA. ritengono il carcinoma dell'osso mascellare di dubbia origine primitiva (KRONLEIN, BATCAROFF-HUGUENIN), ma piuttosto quale derivazione dal rivestimento epiteliale delle vicinanze (guancia, lingua, pavimento della bocca): o dalla mucosa gengivale per l'immediato contatto col bordo alveolare, con diffusione rapida ai mascellari (DE VECCHIS); oppure ancora di origine metastatica da organi lontani.

L'insediamento per metastasi nelle ossa dei mascellari è secondo costoro più frequente che non si creda, mentre il PATSCH (citato da PIAZZOLA) affermò non sapersi ancora se nel mascellare possa verificarsi una metastasi carcinomatosa. Anche da recenti osservazioni (HUGUENIN) invece queste metastasi delle ossa mascellari sarebbero derivate da focolai sopratutto polmonari le cui metastasi possono dominare, nella loro sintomatologia, il quadro clinico del focolaio primario. Seguono in ordine di frequenza quelle originate dallo stomaco e dalla prostata.

Per quanto riguarda la frequenza dello sviluppo del carcinoma dei mascellari, questa è di gran lunga sorpassata dallo sviluppo in altre sedi della bocca stessa.

Da osservazioni raccolte nel decennio 1928-1938 dai dottori SPINELLI e RAHOUCI nell'istituto Vitt. Emanuele di Milano per la cura del cancro, su 2361 casi di neoplasmi maligni risultarono queste cifre:

640	a carico	della	mucosa buccale
280	»	»	lingua
213	»	»	laringe
196	»	»	faringe
22	»	»	dei mascellari.

E' notevole, secondo questa statistica, l'esiguo numero dei cancri primitivi dei mascellari. ABELL riporta un caso in cui ha riscontrato in un paziente un doppio carcinoma buccale. Qusto paziente aveva rilevato la formazione di un'ulcerazione al processo alveolare Sup. Sin. seguita dopo 20 giorni circa da altra ulcerazione simile all'opposto processo alveolare. L'esame istologico del tessuto dei due focolai aveva rilevato la diagnosi di doppio carcinoma con cellule squamose. Caso eccezionalissimo, poichè mentre i tumori primitivi che si sviluppano nell'ambito mascellare possono anche, secondo altri AA. essere frequenti, ne è ben rara la metastasi in questa stessa regione (PIAZZOLA). Tale varietà è ritenuta la più maligna appunto per l'impressionante rapidità e diffusione e per la grande facilità di recidiva (DE VECCHIS). Dal punto di vista istologico DE VECCHIS classifica la metastasi mascellare in due gruppi: 1° ad epitelio pavimentoso stratificato, (quelli derivanti dalla gengiva, guancia, lingua), 2° ad epitelio cilindrico (quelli derivanti dal seno mascellare e dalle fosse nasali).

L'invasione dell'osso avviene generalmente per contiguità, partendo dal margine alveolare non solo per i tumori sviluppati dalla gengiva, ma anche per altri tumori della bocca. L'infiltrazione avviene solitamente tra radice del dente e alveolo. L'infiltrazione è grave sia per la rapidità di progressione che acquista il tumore quando ha invaso l'osso, sia perchè l'invasione neoplastica determina il facile impianto di processi osteomielitici (VALLEBOUR). Circa la via di diffusione delle cellule tumorali, secondo alcuni autori si compie attraverso la via sanguigna e parimenti attraverso quella linfatica con l'invasione delle linfoghiandole; secondo altri anche attraverso il dotto toracico interessando allora pure il cuore nella disseminazione delle cellule cancerigne nei diversi organi.

La rapidità di sviluppo è in relazione a diversi fattori locali, quali infezione dentaria, traumi, leucoplasie, ecc. Per contro da qualche A. (MARTELLI) si ritiene che il tumore possa anche subire soste o ritardi nella sua evoluzione per le reazioni del tessuto sano allorchè s'inizia fra le sue cellule una proliferazione atipica.

Il caso clinico da noi riferito si scosta anzitutto dalla classificazione istologica del DE VECCHIS, per il referto della biopsia che ha rilevato il neoplasma a costituzione spinocellulare.

E' da escludere quindi la provenienza dalla mucosa orale e tanto più dal seno mascellare e dalla fosse nasali.

Ma ciò che ci conduce a ritenere il neoplasma di origine primitiva dell'osso mascellare è l'evoluzione clinica riferita dalla nostra paziente. Nessuna alterazione infatti venne rilevata da questa a carico della gengiva, quando iniziarono i dolori che partendo da quella zona che già era sede del focolaio canceroso, si irradiavano alla faccia

sinistra. Quasi contemporaneamente l'osso della mascella iniziava l'alterazione di volume che man mano andò estendendosi verso la regione zigomatica (primi di giugno). Il focolaio canceroso a carico dell'osso era adunque di già in evoluzione. Solo verso quell'epoca (dopo circa 60 giorni dalla prima manifestazione), la gengiva iniziò a rivelare segni esterni di compartecipazione al processo neoplastico. Dapprima con alterazioni di volume e più tardi con l'ulcerazione.

I precedenti anamnestici della paziente e l'esame obbiettivo tendono a farci escludere l'esistenza di focolai preesistenti in altre sedi da cui abbiano potuto metastatizzarsi nel mascellare.

Per assicurarsi che si tratti di metastasi in un osso — scrive PIAZZOLA — è sempre notevolmente utile ricercare il tumore primario, e con gli organi che più frequentemente possono essere sedi tumorali non deve trascurarsi la ricerca della sede primaria nel polmone, che più spesso di ogni altro organo, dà metastasi specialmente delle ossa piatte del cranio. Per quanto le cellule metastatiche possano assumere come si è detto, una autonomia loro propria e tale da poter arrivare sino alla concorrenza col tumore primitivo ritardandone anche l'evoluzione, è sorprendente, oltre che inspiegabile, che nè la gengiva, nè alcuna altre sede viciniore e nemmeno lontana, abbiano dato segni di proliferazione neoplastica, quando volessimo ritenere questa neoplasia dell'osso mascellare di dubbia origine primaria o non piuttosto proveniente dalle vicinanze secondo la ricordata classifica del DE VECCHIS.

L'esame radiografico, praticato alla P. pochi giorni dopo il ricovero in clinica ha messo in rilievo l'opacamento del seno mascellare, etmoidale e frontale sinistro, il sondaggio della cavità ha permesso di approfondirsi per qualche centimetro, in un osso sensibilmente in sfacelo. Le due fotografie (figure 3 e 4) mostrano il carattere della proliferazione neoplastica con profonda alterazione della compagine ossea. Da alcuni AA. fu data importanza alla *influenza dell'ereditarietà* per precedenti neoplastici degli ascendenti e collaterali; da altri a *cause esterne*: traumi contusi in genere, ustioni, flogosi esterne, agenti meccanici (denti cariati o scheggiati). Anche la lue secondo altri AA. ha il suo ruolo perchè venne rilevata fianco nell'88 % dei carcinomatosi (SPINELLI, RAHOUCI); FIGI afferma che nel 40 o 50% dei casi, i carcinomatosi buccali sono luetici. La sede del tumore e la sepsi coesistente influiscono sull'epoca della sua comparsa e sulla gravità e rapidità dell'evoluzione.

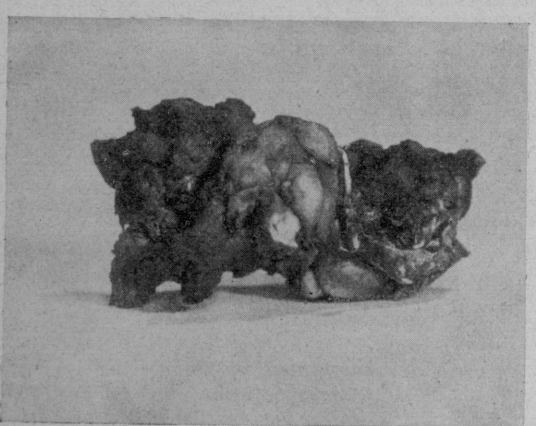

FIG. 3.
Porzioni esterne: Sezione dell'osso mascellare.
Porzione intermedia: Zona mucosa della faccia alveolare.

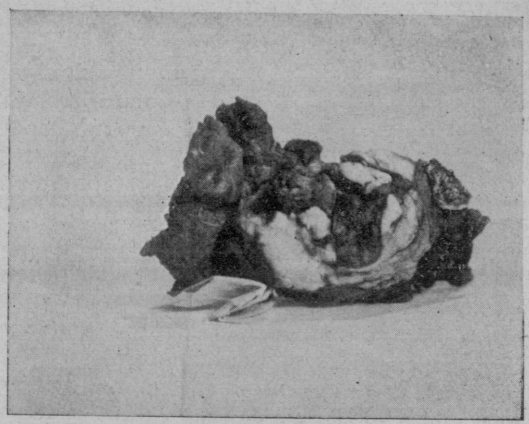

FIG. 4.
La stessa del n. 3 vista dalla superficie di sezione

L'anamnesi della nostra paziente esclude qualsiasi possibile influenza ereditaria. La Wassermann è risultata negativa.

L'esame obiettivo polmonare particolarmente accurato non ha messo in evidenza alcunchè di apprezzabile. Lo stomaco e altri organi addominali pure si rilevano indenni da qualsiasi affezione. Escluso quindi il carattere metastatico del tumore per quanto i nostri mezzi di esame hanno potuto assodare, non resta che valutare la possibile origine primaria del neoplasma insediatosi nell'osso mascellare. La paziente afferma che il settimo superiore sinistro venne estratto nove anni or sono, dopo ripetute manifestazioni infiammatorie a carico del mascellare. Non crediamo del tutto azzardato l'ammettere che questa manifestazione infiammatoria, settica, possa avere determinato l'inizio della forma neoplastica. Tale ammissione ci impone una risposta al quesito:

« Può il cancro dell'osso mascellare sussistere allo stato latente per tanti anni, prima che la sua evoluzione possa manifestarsi? ». Non sapremmo per ora nè affermare nè negare; nostro scopo è quello soprattutto di comunicare il caso descritto col corredo di considerazioni e rilievi obiettivi.

CONCLUSIONE

Gli AA. descrivono un caso di carcinoma del mascellare superiore sinistro. Adducono argomenti per la diagnosi di carcinoma primitivo del mascellare, corredandoli con esame obiettivo, radiografico e istologico.

BIBLIOGRAFIA

De Vecchis: *Manuale di odontoiatria*, 1928.

Piazzola: *Metastasi di tumori maligni ai mascellari*. « Stom. Ital. », 1940-XII.

Chiavaro: *Semeiotica e diagnostica speciale odontoiatrica* », 1917.

Abel: « The Journal of the A. T. Ass. », 1940.

Vallebour: *Infiltrazione neoplastica dei mascellari*. « Minerva Medica », 1941.

Figi: *Neoplasie maligne della bocca*. « Policlinico », 1940.

Martelli: *Cura e guarigione del cancro*. « Rinascenza medica », 1938.

Bergmann: *Trattamento dei tumori maligni del cavo orale*. « Zahn. Rundschau », 1939.

Huguenin: *Le Cancer primitif du Poumon*.

344358