Mbc B72/98
48
C98

Dott. GIACOMO BOSCHETTI

Considerazioni istopatologiche e chirurgiche sulle epulidi

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA"

BIBLIOTECA MEDICA STATALE ROMA

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

OSPEDALE CHIRURGICO ORTOPEDICO "REGINA MARIA ADELAIDE,,
DIRETTORE: PROF. A. FUSARI

CONSIDERAZIONI ISTOPATOLOGICHE E CHIRURGICHE SULLE EPULIDI

Dott. GIACOMO BOSCHETTI

Accanto ai maxomi, ai fibromi, condromi ed osteomi rappresentanti i tipi più caratteristici di tumori non dentari dei mascellari, le epulidi, neoformazioni di orgine osteo-periostale rappresentano un tipo di tumore tutt'affatto particolare a cui si ricollegano interessanti questioni dal punto di vista dell'evoluzione, dell'istogenesi e della prognosi.

Ad esse inoltre si ricollegano interessanti problemi chirurgici dei quali verrà fatta parola in seguito.

Dal punto di vista dell'evoluzione e della prognosi, le epulidi devono essere considerate come tumori benigni.

Dal punto di vista istolcgico invece le epulidi possono essere variamente classificate in base ai loro molteplici aspetti come tumori benigni o come forme intermediarie fra questi tumori e le neoformazioni maligne.

Interessanti problemi si ricollegano all'istopatologia delle epulidi.

I trattatisti hanno distinto le epulidi in base ai quadri istologici, in epulidi sarcomatose altrimenti dette giganto-cellulari, e in epulidi fibrose costituite per conseguenza dal tessuto connettivo. Questa varietà istologica corrisponde d'altra parte ad un aspetto clinico particolare rappresentato da un tessuto duro che non sanguina tanto facilmente come nella varietà sarcomatosa delle epulidi. In questo caso particolare l'epulide è costituita da cellule cosidette a mieloplassi, cioè da elementi plurinucleati del tutto analoghi agli elementi del midollo, per cui fu creato il termine di tumore a mieloplassi.

Nonostante quest'aspetto istologico, queste epulidi non recidivano dopo la loro asportazione per cui debbono essere considerate come tumori benigni dal punto di vista della loro evoluzione, ben sapendo però che noi abbiamo per così dire in questo caso una varietà intermedia in certo modo tra i tumori benigni non dentari dei mascellari, e i tumori maligni.

Accanto ai tipi classici delle epulidi sarcomatose e fibrose è stato descritto da altri AA., tra cui il Siegmund, il Weber ed il Gross una terza varietà di epulidi rappresentata dalla forma vascolare angioectasica o epulide granulomatosa costituita da tessuto infiammatorio proliferativo ricco di vasi.

Quest'ultima varietà, come ricorda Liverie-ro, avrebbe diretta sede d'impianto sull'alveolo dentario dove raggiungerebbe talora cospicue dimensioni tanto che per il suo aspetto avrebbe potuto far pensare in qualche caso ad un tumore epiteliale (Mela). Quest'ultima forma avrebbe un carattere ben netto di granuloma infiammatorio.

Per quanto riguarda i sostenitori della natura benigna delle epulidi ricorderemo i nomi di Ritter, Lang, Siegmund, Rywkind, Arlotta.

In contrappcsto a questi Reimann, Tramontano e Fittipaldi tra gli altri sosterrebbero la natura neoplastica delle epulidi differenziandole dalle forme di osteite fibrosa descritte da Reklingausen, Pommer, Lubarsch, e Konjetzny per le ossa lunghe.

Entrando nella discussione istopatologica delle epulidi sulla scorta di dati di mia osservazione personale cito senza dilungarmi sull'argomento i notevoli contributi della scuola italiana ricordando i nomi di Albanese, Arlotta, Chiavaro, Carbonara, Catterina, Coencagli, D'Alise, Gandolfi, Liveriero, Mela, Palazzi, Parma, Roccia, Ruspa, ed altri ancora.

Nei preparati da me esaminati sono stati considerati alcuni aspetti istologici che verrò mano a mano esponendo.

Un dato di particolare rilievo, come ha già illustrato Liveriero è quello della quasi costante presenza nel tessuto dell'epulide di processi infiammatori cronici a tipo proliferativo con associazione di neoformazione vasale ed infiltrazione parvicellulare. Questo reperto è documentato nella figura 1 in cui a forte ingrandimento sono visibili elementi plasmacellulari e linfociti in discreto numero a situazione perivasale in un caso di epulide fibromatosa.

Questa disposizione a tipo perivascolare ci richiama alla teoria della genesi endoteliа-

le delle cellule giganti delle epulidi intesa sia nel senso di una proliferazione degli elementi endoteliali stessi dei vasi aventi tendenza a formazioni sinciziali, o per fuoriuscita dal lume vasale di elementi i quali verrebbero a dare origine ulteriormente ad elementi indipendenti polinucleati (RITTER, LUBARSCH, SIEGMUND, ROCCIA).

L'elemento plasmocitario starebbe inoltre a dimostrare una costante reazione del tessuto connettivale a stimoli irritativi.

Dobbiamo ricordare che la ricchezza in plasmacellule è un reperto più comune nella forma teleangectasica, ma in proporzioni minori veri nidi plasmacellulari possono riscontrarsi anche nella forma fibromatosa e in quella gigantocellulare.

protoplasma di tali elementi e la sostanza fondamentale circostante (vedi fig. 4).

A tratti si nota una modica proliferazione dell'endotelio dei capillari che si trovano in abbondanza in questo genere di tessuto.

Nella parte connettivale periferica della formazione in esame si nota del tessuto connettivo dissociato da cumuli di elementi infiammatori e da numerosi vasi capillari dilatati.

In prossimità della sede d'impianto il connettivo appare notevolmente sclerotico e povero di cellule. Non v'è traccia di trabecole ossee nè di altre formazioni calcificate.

Nel caso attuale per la presenza delle tipiche cellule giganti e per il reperto d'insieme, si tratta con certezza di quella forma di

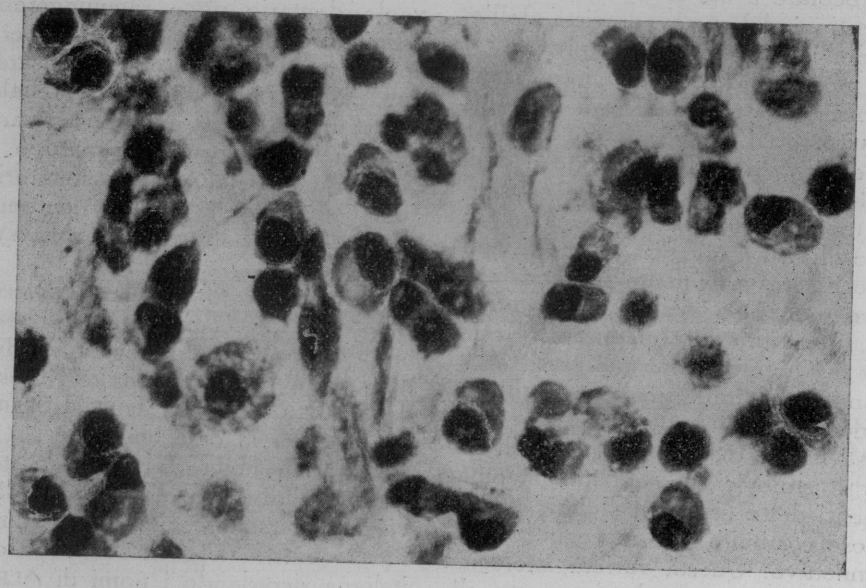

FIG. 1.
Nido plasmacellulare e linfocitario attorno ad un vaso in epulide fibromatosa (ingrandimento 1120 x).

Nel caso n. 1 la formazione asportata possiede in tutto il suo contorno tranne che nel punto corrispondente alla zona di impianto, un rivestimento costituito da epitelio piatto pluristratificato di tipo malpighiano (vedi figura 2).

Gran parte della formazione è costituita di un tessuto di tipo connettivale molto ricco di capillari dilatati e di cellule di forma varia (stellata, affusata, globosa). L'elemento più caratteristico è però rappresentato da cellule giganteske, (vedi fig. 3) globose con protoplasma omogeneo leggermente basofilo e con un numero variabile di nuclei (da quattro a venti) tutti forniti di evidente nucleolo. Non sempre è netto il limite tra il epulide nota sotto il nome di epulide sarcomatosa o meglio epulide gigantocellulare.

Nel caso n. 2 il pezzo possiede in buona parte del suo contorno un rivestimento epiteliale malpighiano, nelle zone provviste di epitelio è messo a nudo il connettivo sottostante ricchissimo di vasi. Il rimanente della formazione ha un aspetto non omogeneo.

Lungo l'asse centrale si nota la presenza di trabecole di osso spugnoso (vedi fig. 5) che racchiudono un connettivo mesenchimale fornito di ampi spazi venosi che ricordano quelli del midollo osseo normale. In questa zona si trovano pure degli ammassi disordinati di tessuto linfatico, pur essi notevolmen-

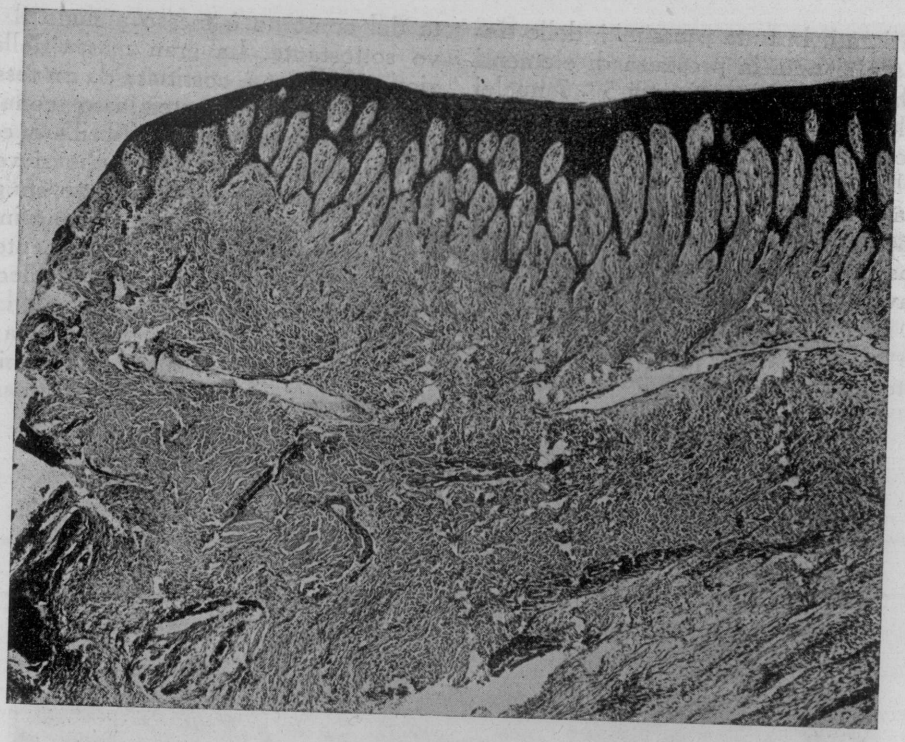

FIG. 2.
Caso n. 1 - Rivestimento malpighiano di epulide fibromatosa in vicinanza della zona d'impianto (a sinistra) (ingrandimento 45 x).

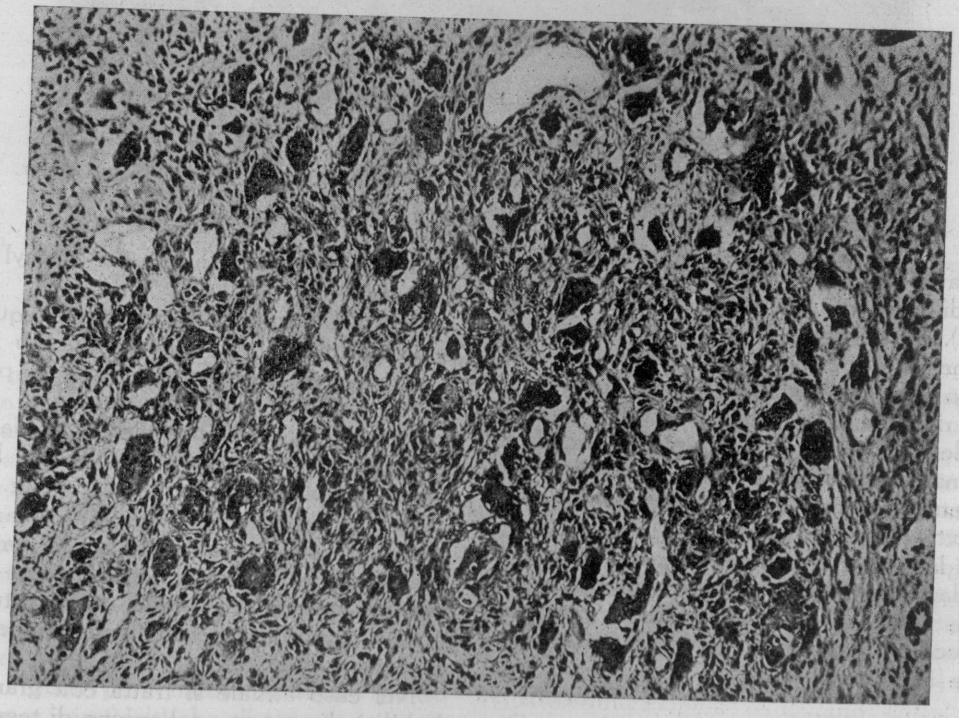

FIG. 3.
Caso n. 1 - Epulide a cellule polimorfe in seno a tessuto connettivo riccamente vascolarizzato (ingrandimento 150 x).

te vascolarizzati. In tutta prossimità delle trabecole ossee si nota la presenza di elementi giganteschi, globosi, provvisti di 5 - 7 nuclei scuri; isolatamente si vede qualche elemento più grosso ancora con 15 - 20 nuclei.

Tutto il rimanente della formazione è costituito da un connettivo lasso, ricco di cellule stellate od affusate e talmente ricco di vasi da assumere a zone un aspetto decisamente cavernoso. In tale tessuto sono contenuti in grande abbondanza degli elementi linfatici e plasmacellulari unitamente a qualche isolato granulocita. Tale infiltrazione interessa il contorno è messo a nudo il connettivo sottostante. La gran massa della formazione in esame è costituita da un tessuto connettivale estremamente lasso con sostanza fondamentale finemente fibrillare e minutamente dissociata in modo che si vengono a costituire delle zone di aspetto spugnoso reticolato. Le cellule che si trovano in tale tessuto hanno forma prevalentemente stellata con lunghi prolungamenti e nucleo omogeneo regolarmente ovale.

Tale tessuto dà con evidenza la reazione del tessuto mucoide alle colorazioni col bleu

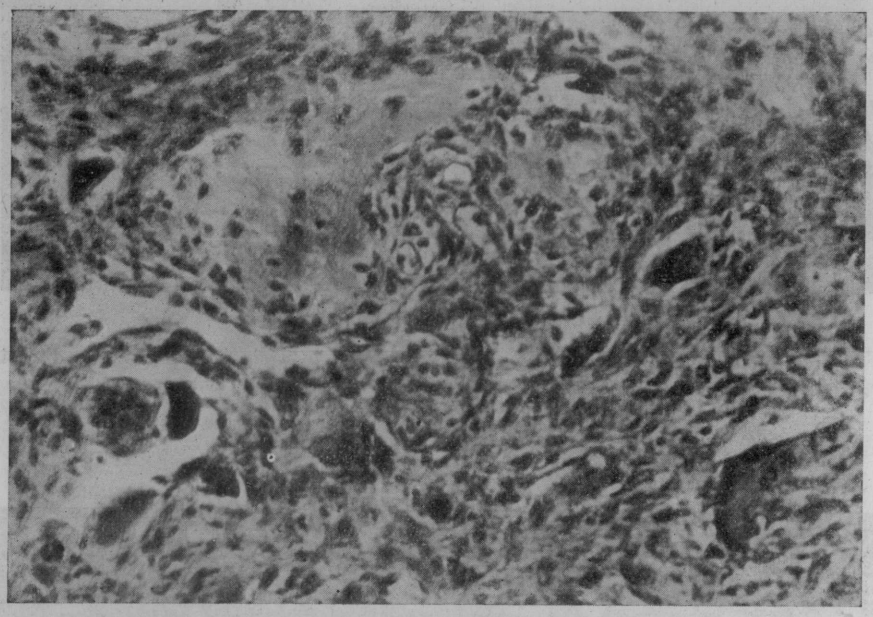

FIG. 4.
Caso n. 1 - Nodulo cartilagineo in via di ossifica zione con presenza di cellule giganti (ingr. 260 x).

fiammatoria è più evidente nelle parti sprovviste di rivestimento malpighiano (vedi figura 5).

Come si è detto, la formazione è costituita in gran parte da un tessuto di granulazione riccamente vascolarizzato.

Nelle parti centrali però non mancano in vicinanza di spicole e trabecole ossee, degli elementi giganteschi caratteristici per le cosidette epulidi sarcomatose.

Per la presenza volumetrica del tessuto di granulazione senza caratteri specifici si potrebbe nel caso attuale parlare di uno stato intermedio tra epulide granulomatosa ed epulide sarcomatosa.

Nel caso n. 3 la formazione in esame presenta solo in qualche tratto limitato un rivestimento epiteliale malpighiano, su gran parte di metilene policromo e col Kresyl violett R. extra.

Per tale carattere il tessuto in questione è da definirsi come tessuto mucoso maturo.

In seno a tale tessuto si nota la presenza di abbondanti capillari sanguigni dilatati, molti dei quali appaiono circondati da un manicotto infiammatorio costituito da linfatici, plasmacellule ed eosinofili (vedi fig. 6).

Nella parte corticale della formazione vi è una particolare abbondanza di capillari e l'infiltrazione infiammatoria assume un carattere massivo in modo da costituire una specie di cornice flogistica al rimanente della formazione.

Nel caso attuale si tratta con grande probabilità di un tumore benigno di tessuto connettivale immaturo. La forma stellata delle cellule e l'aspetto e le proprietà mucoidi del-

la sostanza fondamentale permettono di formulare la diagnosi di « mixoma ».

Gli elementi decisamente flogistici che si trovano alla periferia del tumore dimostrano che esso è andato secondariamente incontro a processi infiammatori facilmente comprensibili data la estesa colorazione del rivestimento.

* * *

A conclusione di questi dati istopatologici esposti in dettaglio dobbiamo dire che in tutti i casi esaminati è stata constatata una reazione infiammatoria più o meno marcata da caso a caso caratterizzata da reazione connettivale e da ricchi infiltrati linfocitari e plasmacellulari. Questa infiltrazione parvicellulare è talora associata a proliferazioni vasali il che spiega la frequenza di manifestazioni emorragiche in seno alle epulidi specie nella forma giganto-cellulare e a successiva deposizione dei pigmenti.

Tale reperto, come giustamente afferma LIVERIERO, può giustificare il termine di epulide che viene dato a tipi istologicamente diversi, i quali però hanno lo stesso punto di origine e caratteristiche di tessuto connettivale con reazioni infiammatorie (granulomi).

Per quanto concerne il trattamento chirurgico delle epulidi, ricordo che l'exeresi relativamente estesa è l'unica linea di condotta da tenere. Si vede tutt'ora praticare dai pratici una exeresi estremamente limitata e assai spesso incompleta rappresentata da un semplice colpo di termocauterio o di galvanocauterio sul peduncolo del tumore. E' inutile dire che questi interventi sono immancabilmente seguiti da recidiva.

L'intervento va eseguito in anestesia locale o regionale. La narcosi, a mio modo di vedere, sembra controindicata. L'incisione della mucosa va fatta al di là del peduncolo tumorale in forma semicircolare circoscrivente la zona di mascellare che dev'essere resecato a distanza dal pedencolo. Fatta l'incisione della mucosa si scolla la fibromucosa ed il periostio denudando la superficie ossea che viene poi demolita con qualche colpo di sgorbia asportando in un unico pezzo l'epulide, il suo peduncolo e una zona di mascellare. Per questo scopo SEBILEAU usa una pinza di sua ideazione che asporta in un solo colpo la zona ossea circostante il tumore ed il tumore stesso.

Questo intervento è assai rapido e la tecnica sovraesposta ha dato anche a noi brillanti risultati.

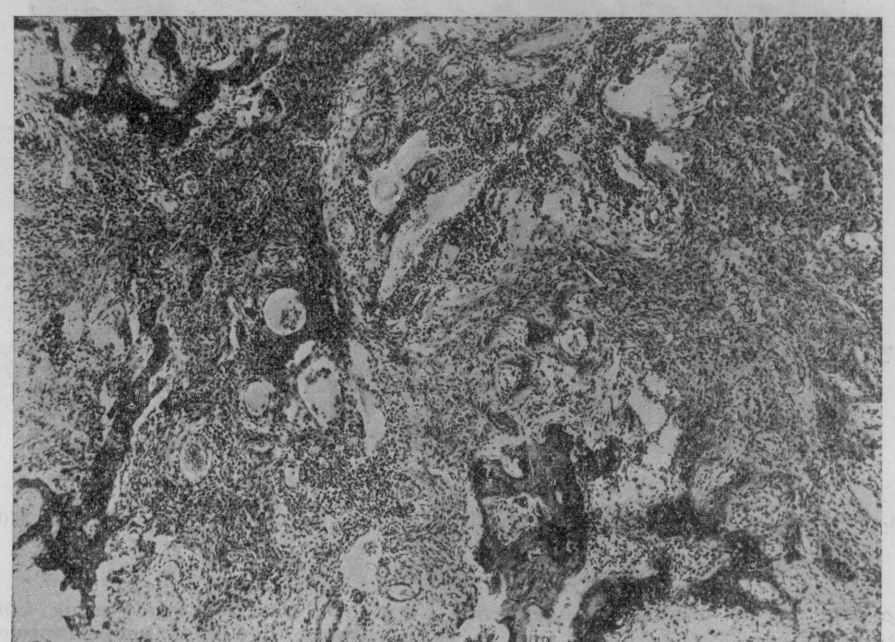

FIG. 5.
Caso n. 2 - Parte centrale dell'epulide nella quale sono riconoscibili trabecole di osso spugnoso ed è presente una notevole infiltrazione linfocitaria (ingrandimento 55 x).

Una questione di importanza particolare è quella di sapere quale comportamento bisogna tenere nei riguardi dei denti contigui all'epulide. In effetto assai spesso le epulidi sono in stretto rapporto con radici o denti infetti i quali dovranno essere asportati senza esitazione. Nel caso contrario in cui l'epulide sia impiantata al livello di denti asso-

FIG. 6.
Caso n. 3 - Ammassi infiammatori nel connettivo di epulide fibromatosa (ingrandimento 350 x).

lutamente sani si può tentare un intervento conservatorio (ROY).

A conclusione di queste osservazioni, dobbiamo dire che l'exeresi ossea dev'essere quanto più larga possibile anche se essa fatalmente esige il sacrificio di una zona dentaria interessante dal punto di vista estetico e funzionale alla cui deficienza sopperiranno egregiamente i successivi interventi protesici.

RIASSUNTO

L'Autore svolge alcune considerazioni istopatologiche sulle epulidi esaminandone i singoli aspetti istomorfologici sulla scorta di sue osservazioni personali. Insiste sulla particolare frequenza di alterazioni di tipo infiammatorio che costituiscono un reperto non occasionale in seno al tessuto neoformativo di questi tumori.

Questi aspetti vengono illustrati con documentazioni istologiche.

Sono esposte alcune considerazioni di ordine chirurgico sulle epulidi.

BIBLIOGRAFIA

CATTERINA: *Epulide sarcomatosa da irritazione da corpo straniero (tiranervi) infisso nell'alveolo di un dente.* « La Clinica Chirurgica », 1930.

CAVALLARO: *Nuove osservazioni su alcuni casi di epulide sarcomatosa.* « La Stomatologia », 1926.

DURANTE: « Patologia e terapia chirurgica », 1904.

DUVAL LEHMANS: *Osteite fibrosa.* « Revue de Stomatologie », 1930.

LIVERIERO: *Qualche considerazione istologica sulle epulidi.* « Atti Clinica Otorinolaringologica », Torino, 1938-39 - Prov. Como, 1940.

MELA B.: *Su un caso di granuloma aspecifico sviluppatosi sulla mucosa orale.* « Il Cancro », 1933-XI.

MORNARD: *Tumeur du maxillaire inférieur.* « La Pratique Chirurgicale Illustrée », XIV, 1929.

ROCCIA B.: *I neoplasmi della bocca in rapporto all'odontoiatria.* (Relazione al XX Congresso Stomatologico Italiano », 1933).

ROMER: *La patologia dei denti.* Henke e Lubartsch, 1928.

RYXKIND: *Die Epuliden und deren Beziehung zur Osteisis fibrosa.* « Virchow archiv. », 1927, Bd. 263).

RUSPA F.: *Epulide recidivante del mascellare inferiore.* « Boll. num. della Soc. Piemontese di Chirurgia », vol. IV, fasc. 14, 1940.

SARAVAL: *Gengivite fungosa, epulidi, loro rapporti.* « La Stomatologia ».

SCARSELLA: *Su tre casi di plasmocitomi della gengiva.* « La Stomatologia », n. 2, 1935.

SIMON: *Das sogenannte Riesenzellensarkom. Brun's Beiträge zur Klin.* « Chirurgie », 1930 - Bd. 150.

SZABÒ: *Contributi all'istologia patologica delle epulidi.* « Rivista Italiana di Stomatologia », n. 11, novembre 1932.

WANKE: *Osteite fibrosa e sarcoma.* « Deutsche Zeitsch. f. Chir. », vol. 201, n. 10.

344500