

Prof. PIERO GIANI
Dott. L. POLETTI - Dott. E. CAUDANA

Mole B 72/55
49.

TERATOMA ORBITARIO CON REPERTO DI DENTE

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA",



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



OSPEDALE MARIA VITTORIA - TORINO

TERATOMA ORBITARIO CON REPERTO DI DENTE

PROF. PIERO GIANI

Primario

DOTT. LUIGI POLETTI

DOTT. ENZO CAUDANA

(Il caso clinico, la diagnosi e l'intervento sono stati eseguiti dal Prof. GIANI; l'estensione del presente è stata eseguita dal Dottor POLETTI e Dottor CAUDANA).

CASO CLINICO. — L'osservazione clinica ci pare assai interessante per la localizzazione insolita di un dente nel cavo orbitario in una giovane che presentava dentatura completa corrispondente alla sua età di 16 anni.

C. Paolina di anni 16 da Moretta. — Da un anno circa avverte disturbi all'occhio S. che, a quanto riferiscono i parenti, si sarebbero accentuati con la comparsa di esoftalmo, strabismo, intumescenza nel solco orbito-palpebrale inferiore S.

Nulla nell'anamnesi collaterale. *Nell'anamnesi remota* risulta invece che la piccola venne sottoposta a intervento operatorio a pochi mesi dalla nascita per una cisti dermoide in corrispondenza della coda del sopracciglio dell'occhio S.

Non si ottengono maggiori precisazioni in merito, ma da quell'epoca la piccola non ebbe più a lamentare disturbi di sorta fino all'insorgere della sindrome attuale.

Il tumoretto è lievemente dolente alla palpazione, aumenta gradualmente di volume, mentre il bulbo oculare diviene ognora più sporgente con limitazione del movimento di rotazione esterna.

Si rileva la presenza di una breve cicatrice lineare alla coda del sopracciglio; piccolo coloboma a 1/3 esterno della palpebra inferiore.

L'occhio S. nello sguardo diritto sporge infuori di 6-8 mm. (fig. 1 e 2) ed appare deviato all'interno. Le palpebre, sospinte in avanti dal bulbo oculare, sono pressoché normali e si chiudono bene; le escursioni bulbari sono limitate all'esterno. Spingendo l'occhio attraverso le palpebre, ritorna su se stesso appena diminuisce la pressione; non si avverte resistenza profonda. La massa che si palpa appare della grandezza di un fagiolo, piuttosto mobile sulla base, di consistenza dura elastica. Abbassando il capo e comprimendo le giugulari, non si rileva aumento di esoftalmo; non si percepiscono pulsazioni. Non vi è risentimento ghiandolare.

Il segmento anteriore e la membrana profonda dell'occhio non presentano alterazioni. Visus: conta dita a 2 m. (ipermotropia di 6 D alla schiascopia). Wassermann e Meinicke negative.

La mancanza di segni infiammatori, la progressione lenta ma continua dell'esoftalmo diretto in avanti e leggermente verso il lato interno, la sua scarsa riducibilità, assenza di alterazioni del fondo dell'occhio e dolori spontanei, la presenza della piccola massa del solco orbito palpebrale, il coloboma palpebrale ed i precedenti anamnestici, fanno sospettare si tratti di una cisti dermoide.

Si ritenne opportuno un esame radiografico che la paziente rifiutò, ma che venne eseguito durante l'operazione.

Intervento operativo (2 dicembre 1938). — Anestesia locale. Si pratica un'incisione curvilinea in corrispondenza del solco orbito-palpebrale inferiore che parte da 1 cm. e 1/2 dall'angolo palpebrale esterno e che si prolunga fino all'estremo laterale del bordo orbitario. Incisa la cute e il piano muscolare, si raggiunge la neoformazione che risulta liscia nei contorni, rotondeggiante, incapsulata. Aperta la capsula fuoriescono alcune gocce di un liquido mucoso e si reperta quindi un corpo duro a punta, fisso alla base. Si pensa a una neoformazione ossea, ma l'esame radiografico operatorio con nostra sorpresa ci mostra trattarsi di un dente (fig. 3).

Con la pinza ossivora si estrae infatti un dente che ha i caratteri di un canino. Quindi si eseguisce l'asportazione della maggior parte della capsula. Sutura. Guarigione per prima.

E' noto come i teratomi della cornea e della congiuntiva siano in gran parte costituiti da tessuto cutaneo, per quanto vi siano forme più complesse costituite anche da elementi estranei alla cute, come residui di ghiandole del Muller, del Krause, lagrimali e in particolar modo del tessuto osseo o cartilagineo. Tali malformazioni congenite, non sono sempre sole ma possono accompagnarsi non di rado ad analoghe alterazioni di altra parte del viso (FROMAGET) (1).

Sulle cause e sul meccanismo di produzione delle malformazioni vi sono ancora molti punti oscuri, e molte teorie, per lo più immaginarie, sono contraddette dalle esatte conoscenze di embriologia corredate da fatti rigorosamente dimostrati e da serie osservazioni.

Fin dal 1889 GALLENGA dimostrò che i dermoidi tipici dell'occhio non rappresentano altro che lembi dell'orlo libero palpebrale,

(1) Le malformazioni congenite sono in talune regioni (per es. nell'Emilia) notevolmente frequenti: così in una statistica di Gallenga nella Clinica di Parma, fra 24.076 persone visitate si trovarono manifestazioni congenite di diverse specie in 203 persone, e in una statistica di Carni A. su 45.373 persone, i casi teratologici raggiunsero le proporzioni dell'1 e 22 per cento.

fissati al bulbo e separatisi gradatamente dalla porzione marginale della palpebra stessa per solchi trasversali disposti alla superficie anteriore e posteriore della palpebra che progressivamente si approfondano fino ad incontrarsi isolando un tratto della porzione ciliare della palpebra stessa. Questi teratomi, distinti da GALLENGA a superficie mucosa e a superficie cutanea, possono presentare nuclei ossei o cartilaginei, masse di tessuto adiposo, fibre muscolari o striate, ecc. Me le piccole masse ossee o cartilaginee, talora per

cessi della faccia, preesistono per breve tempo delle fessure che scompaiono con la coalescenza delle parti molli e dei rispettivi processi embrionali. La fusione tra questi processi, delle parti molli ed ossee concorrenti alla sistemazione delle parti molli ed ossee dello scheletro della regione orbito-temporale, nel normale avviene in embrioni di 5,5 mm. (tra il 25° e il 28° giorno della gestione). Tale fusione però subisce un ritardo con la possibilità di inclusione di un limitatissimo tratto di mesenchima derivato dai tessu-



FIG. 1.

la loro sede profonda o per la loro piccolezza, finiscono per non venir comprese nell'asportazione del teratoma sì da sfuggire anche la vera natura del tessuto asportato.

Taluni AA. pensano che questi teratomi siano l'espressione di processi infiammatori iniziatisi nei primi tempi della vita embrionaria e stimolanti l'ectoderma ad una proliferazione teratologica.

Bisogna però sempre pensare ad altri fattori che agiscano in un periodo più precoce nella vita embrionale, poichè non risulta chiaro come la presenza di un rivestimento ectodermico possa influire sulla produzione di noduli cartilaginei od ossei nelle parti profonde del teratoma.

Consideriamo intanto la sede di questi embrioni che si protendono assai frequentemente nel cavo orbitario a ridosso della parete esterna del cavo orbitale, in corrispondenza di un punto importante di confluenza dei tessuti mesenchimali, rivestiti di ectoderma, che concorrono a dare origine alle parti molli ed ossee della regione temporale a livello del cavo orbitario.

Nel punto di confluenza dei diversi pro-

ti che limitano le fessure primordiali (fessura obliqua esterna e obliqua interna). E' giustificato, in tale evenienza, lo sviluppo di embrioni per inclusioni fetali avvenute prima della riunione fra il frontale e il temporale (dipendente dal cappuccio cefalico) come il malare. Naturalmente l'inclusione di tessuti mesenchimali può essere limitata ad elementi del solo foglietto mesodermico, oppure può parteciparvi un tratto limitato dell'ectoderma della regione.

Nel primo caso il teratoma sporgente nel fornice congiuntivale, sarà ricoperto da semplice mucosa congiuntivale; nel secondo caso si presenterà un rivestimento cutaneo con tutti i suoi attributi.

In tal modo si può comprendere come il rudimento di un piccolo tratto di mesenchima incluso con una piccola porzione di ectoderma, possa, sviluppandosi, conservarne la proprietà di dar luogo allo sviluppo di diverse specie di tessuti congiuntivali e determinare in sede insolita lo sviluppo di embrioni complessi nella loro struttura, con la formazione di nuclei cartilaginei od ossei.

Non sono infrequenti casi consimili. WAN

COUSINS ha osservato in un bambino di due anni a dentatura completa, un tumore della grossezza di una nocciola al di sotto dell'occhio con profonde aderenze nell'orbita.

Questo tumore aderentissimo all'osso fu asportato con cura e all'esame microscopico conteneva un canino supplementare (reperito raro-BARDELLI).

DE LA PERSONNE-VELTER e PRELAT riportano il caso di una ragazza quindicenne, sana e senza tare che si presentò a visita per esoftalmia. Nella radiografia di profilo si vedeva la parte posteriore dell'arcata superiore D. con tre grossi molari normalmente sviluppati al di sopra dei quali apparivano denti soprannumerari più o meno sviluppati con una o più radici.

Nella radiografia di profilo e di faccia i denti contenuti nell'orbita erano a sviluppo più completo e occupavano la parte profon-

pa e una infiammazione cronica dei tessuti circostanti.

Circa l'etiologia di queste anomalie dentarie non poco si è scritto e discusso su problemi tendenti a trovare spiegazione nei processi di accrescimento del periodo embrionale, nei fenomeni filogenetici, nella storia dello sviluppo dei denti (TODARO).

Così GAYAL, MOUCHET, HREPIN studiarono le relazioni topografiche dei denti con l'orbita, venendo ad assodare che le cavità alveolari, negli individui molto giovani, sono a contatto con l'orbita. Nel neonato i canini sono a 5 mm. sotto il pavimento dell'orbita; i molari a 2 mm. Nel progressivo accrescimento del bambino, il canino rimane il dente più vicino all'orbita e al sacco congiuntivale.

Ma fattori extra embriogenetici non possono essere addotti nell'etiologia del nostro



FIG. 2.

da del cavo orbitario. La valutazione numerica dei denti sviluppati era difficile per la presenza di germi disseminati, però potevano essere una dozzina. WAN DER WLEIGT ha illustrato un caso di ectopia sottorbitaria dei canini.

Gli AA. spiegano l'anomalia col risalire della lamina epiteliale, con molti bottoni, sulla tuberosità mascellare, penetrando poi nell'orbita attraverso la fessura sfeno-mascellare con vasi e con nervi.

WASMUND che si occupò nello studio di queste anomalie, afferma la possibilità di una profonda alterazione dello smalto e della dentina fino alla riduzione ad alcuni piccoli frammenti racchiusi nelle cavità ossee, e SANTONÈ ha rilevato anche l'alterazione della pol-

caso di malformazione in quanto esso non può rientrare fra le anomalie vere e proprie, essendo queste da considerarsi deviazioni dalla normalità che si producono nel periodo fetale (quando gli organi sono già in funzione o poco differiscono da quelli che saranno nell'adulto). Le malformazioni invece che si producono nel periodo embrionale (quando cioè non vi sono organi funzionanti, ma solamente in via di formazione; quando non vi sono che cellule producenti nuove cellule; quando le varie parti dell'organismo sono fra loro indipendenti (NICOLÒ) rientrano nella patologia dell'embrione, e precisamente nella studio delle mostruosità che costituiscono appunto la *teratologia*.

Quali cause embrionali allora potranno a-

vere influito sulla determinazione della anomalia del nostro caso?

Secondo ARCANGELI l'etiologia di gran numero di malattie va senz'altro ritenuta nella lue ereditaria. «E' noto — scrive l'A. — che malattie della vita extra uterina e mutilazioni non vengono trasmesse alla prole se non nel caso che esse siano dovute ad un virus capace di essere trasmesso con la generazione e atto a produrre nell'embrione e nel feto alterazioni trasmissibili come caratteri ereditari. E' questo il caso della sola sifilide,



Fig. 3.

la quale, come è noto, può trasmettersi per più generazioni (almeno 4) come infezione e per un numero indefinito di generazioni come eredità distrofica per le alterazioni da essa prodotte nell'embrione e nel feto, alterazioni trasmissibili, come caratteri ereditari, ai discendenti ».

Questa causa non può d'altra parte essere esclusa nella provocazione delle alterazioni amniotiche, quando anche altri vizi di conformazione della stessa membrana non abbiano agito sull'embrione perturbandone lo sviluppo (briglie amniotiche da lue, compressioni ed urti esterni che provocano una alterazione nello sviluppo di parte della membrana con formazione di pieghe che vi ostacoleranno poi con la loro interposizione il normale saldamento dei vari processi facciali).

E' noto che le malformazioni eredo-luetiche non si riscontrano solo nei diretti discendenti di genitori lueticici, ma possono riscontrarsi, come afferma l'ARCANGELI, per un numero indefinito di generazioni come entità distrofica.

Sono note anche forme di degenerazione nei discendenti di alcoolizzati, sia in rapporto allo sviluppo come allo stato psichico.

Ed è stato sperimentalmente dimostrato (NICCOLÒ) che sottoponendo uova all'azione di vapori di alcool e poi in incubazione, si constatò la comparsa di embrioni mostruosi. Il tossico quindi può influire sulla modificazione dell'organizzazione dei tessuti alterandone l'evoluzione.

E sempre nel quadro degli agenti tossici è stato osservato che dopo inoculazioni di colchicina, in quantità infinitesimali, si è constatata nell'embrione di pollo un'eviscerazione totale degli organi del torace e dell'addome dello stesso (NICCOLÒ).

Riteniamo interessante per un raffronto con la patologia comparata accennare ad analoghe anomalie segnalate nelle varie specie di animali domestici, soprattutto nei solipedi, con tutte le varietà di *numero, sede conformazione* degli elementi dentari.

In uno studio di TODARO (compiuto presso il R. Istituto di Patologia Speciale e Clinica Chirurgica veterinaria di Messina) sono state riportate numerose e strane anomalie, dalla peliodontia all'oligodontia e anadontia; dall'eterotopia, all'erratismo.

Noi è infrequente osservare per es. il raddoppiamento della sede degli incisivi o dei molari con altrettanti elementi soprannumerari, analogamente a quanto PALAZZI ha registrato nell'uomo.

Tale soprannumerarietà viene frequentemente ad essere anche interposta nelle file dentarie (molari), sì da non alterarne linea ed articolazione. Questa anomalia può trovare esauriente spiegazione negli studi di KOLLMANN, che ha potuto dimostrare che già nel periodo embrionario esistono germi dentari in quantità superiore a quella occorrente al normale numero di denti sia nell'uomo che negli animali domestici, oppure nelle ammissioni di MAYEROFER, di LEYROS, di KOLLIKER, di BOLCK ed altri secondo i quali la poliodontia avrebbe origine da una super germogliazione della lamina dentaria. Questa abnorme germogliazione, non compendosi esclusivamente nel periodo embrionario, giustifica la genesi anche della terza dentizione, dovuta a ritardata produttività dei nuovi germogli dentari.

Quello che invece negli animali domestici non venne riscontrato è il soprannumero dei decidui, che sarebbe stato invece talvolta rilevato nell'uomo (BRUNSMAN).

Per quanto riguarda la sede, TODARO registra elementi dentari (dermatocisti dentifere, odontoteratomi, cisti dentali) inseriti nell'ovaia, nella parete vescicale, nella base del padiglione dell'orecchio, nell'osso temporale, nell'occipitale, nel frontale, nell'apofisi zigomatica (BARRCYER e LAQUERRIERE) e insediati financo in apparenti basi alveolari (escostosi) che ne circondano le radici. Lo sviluppo di questi elementi dentari erratici supera normalmente quello dei denti permanenti.

Le cisti dermoidi semplici — secondo an-

che BALDONI — si possono sviluppare nel cranio di tutti gli animali come una tumefazione semisferica, variamente grandi (da una noce a un pugno) fistolizzate a qualche centimetro dalla base dell'orecchio. Il materiale che cola dal tragitto può essere sieroso, sebaceo o purulento. Il fondo può essere liscio o ricoperto di peli.

Più frequenti invece sono le cisti dentarie, osservate in quasi tutte le specie degli animali domestici. In generale la loro formazione avviene nei primi anni della vita e per lo più coincide con il periodo della dentizione. Però si possono manifestare ora a pochi giorni dalla nascita, ora assai più tardi.

MERSIWA ne trovò una in un puledro di 15 giorni; HULTH in un mascellore di un cavallo di 14 anni, esistente già da circa 5 anni.

Secondo quanto riferisce BALDONI, le cisti dentarie negli animali si sviluppano più facilmente nelle regioni temporo-auricolari; vennero osservate anche nella porzione petrosa del temporale; nella cresta zigomatica, nel frontale, nel testicolo rimasto nell'addome come in quello già disceso, al di sotto del rene destro, nelle ovaie, ecc. Possono apparire nelle regioni del cranio indifferentemente a destra o a sinistra e talvolta contemporaneamente in ambo i lati, con i caratteri delle cisti dermoidi semplici, cioè come una tumefazione molle, non mobile, semisferica della grandezza di un uovo di pollo o più, indolente, ricoperta di cute sana, oppure più frequentemente da cute con tragitto fistoloso, che per lo più si apre un po' al davanti della base dell'orecchio, raramente nell'interno di questo.

Nel fondo delle cisti trovasi impiantato il dente che ora è lassamente aderente tanto da potersi facilmente estrarre o invece impiantato nelle ossa così fortemente da non poter essere estratto che con robuste tenaglie o con speciali altri mezzi. Non è infrequente che il dente attraversi anche lo spessore delle ossa costituendo una tumefazione tale da comprimere meningi e cervello.

Non sempre nelle cisti trovasi un solo dente. HERTWIG, registrò alcuni casi di cisti contenenti finanche 20 denti. Lo stesso BALDONI riferisce che STEVENSON ha trovato 431 denti di forma e grandezza diverse contenuti in una cisti dentaria in un mascellore inferiore di cavallo. Nel museo di anatomia patologica veterinaria di Milano è conservata una cisti dentaria con più di 12 denti in diverso sviluppo contenuta nella regione temporale sinistra di un giovane cavallo.

I denti possono avere forme diverse, regolari o irregolari e possono essere provvisti

di radice, colletto e corona, di color bianco e con strie oscure, e financo con erosioni cariose, addossati gli uni agli altri o talmente aderenti fra loro da formare un'unica massa compatta. Possono essere provvisti di una membrana connettivale aderentissima al dente oppure alle ossa stesse della cavità cranica.

Particolare degno di nota è che il dente estratto talvolta si riproduce, tanto da richiedere talvolta una seconda o una terza operazione. In un caso il dente venne a riprodursi a due anni dall'operazione. In un altro caso tre mesi dopo la seconda operazione il dente si era riprodotto.

Istologicamente i denti erratici sono costituiti da smalto, avorio e cemento, benché disposti regolarmente, con canale di HAWERS e con molti osteoblasti.

Anche HEUNZINGER, LANZILLOTTI e GENERALI, hanno dimostrato che le cisti dentarie negli animali dipendono dall'arresto di sviluppo embrionale, dalla mancanza cioè dell'occlusione completa delle fessure branchiali. E' noto infatti che i denti erratici possono trovarsi in organi provenienti dagli archi branchiali, e le cisti dentali stesse ce ne danno una prova. Sul loro sviluppo però fino ad ora non si può dare una spiegazione esatta se cioè dipenda da atavismo o da altre circostanze, per quanto numerose ed ingegnose teorie siano state emesse in proposito.

A conclusione della suesposta rassegna, dobbiamo rilevare che tra le teorie tendenti a spiegare le cause determinanti l'anomalia teratologica, abbiamo accennato alla lue ereditaria, secondo la concezione di ARCANGELI, ad agenti tossici (alcool, colchicina), e a vizi di conformazione amniotica. Ma avendo avuto modo di rilevare, con altrettanta e maggior frequenza, anomalie e malformazioni consimili anche negli animali domestici non potremo certo invocare per questi le stesse cause (infettive e tossiche) nel determinismo delle descritte malformazioni. Rimanendo di indiscusso valore i fattori embriogenetici, concludiamo con le deduzioni fatte da GALLENGA in base all'ampio materiale osservato nel decorso di 42 anni (più di 40 casi), il quale riprende l'interpretazione che aveva formulato precedentemente sulla genesi dei teratomi del seno congiuntivale modificandola nel senso che vengono messi in rapporto col ritardo di chiusura delle ossa e delle parti molli nel punto d'incontro del frontale, temporale e molare, ritardo che offre la possibilità di inclusione di tessuto mesenchimale originato dal tessuto deli-

mitante le fessure primordiali. Avvenendo ciò nel primo mese di sviluppo embrionale, il tessuto incluso cresce per conto proprio differenziandosi nei vari elementi che si trovano poi nel teratoma (masse muscolari, noduli ossei e cartilaginei, elementi dentali, adipe con vasi e nervi ecc.).

CONCLUSIONE

Gli AA. trattano di un caso di teratoma orbitario con reperto di un canino in una ragazza di 12 anni. Dopo aver esposto il caso clinico, e descritto l'intervento, prendono in esame le cause secondo le teorie dei vari Autori, riferendosi anche alla letteratura medico-veterinaria. Ed appunto confrontando reperti anatomopatologici comparati tra gli animali domestici e l'uomo, escludono che tra le cause possibili debbano annoverarsi la sifilide e l'alcoolismo come invece sostengono alcuni Autori.

BIBLIOGRAFIA

- DE LA PERSONNE, VELTER e PRELAT: « L'odontologia », giugno 1921.
BARDELLI: *Rapporti fra affezioni dentarie ed oculari*. « Stomatologia It. », 11, 1940.

TODARO: *Contributo allo studio delle anomalie dentarie*. « Stomatologia It. », 4, 1940.

FROMAGET: « Relazione al 37° Congresso di Oftalmologia » in Parigi, marzo-aprile 1924.

ROCCIA: *Contributo alla conoscenza delle cisti dentarie*. « Stomatologia It. », 8, 1929.

— *Sul trattamento delle cisti dentarie con particolare riguardo a quelle del mascellare superiore*. « Stomatologia », 5 giugno 1935.

NICOLÒ: *Eruzione precocissima dei molari decidui accoppiati ad altre rare anomalie dell'embriogenesi*. « Stomatologia It. », 7, 1939.

BALDONI: *Cisti dermoidi e cisti dentarie*. Vallardi, 1911.

GALLIENGA C.: *Osservazioni sulla teratogenesi di alcuni embrioni della parte temporale del seno congiuntivale*. « Rassegna Italiana di Oftalmologia », 2°, 1933.

ARCANGELI: *Eredolue e difetti fisici congeniti ereditari*. « Forze Sanitarie », X, 1939.

PALAZZI: « Trattato di odontologia », vol. I, Vallardi, 1932.

BOLCK: « Die Odontogenie der Primatenzähne », Ed. Fischer, 1913.

BRUNSMANN: *Ueberzahlige Zähne und deren Bedeutung*. « Deutsch. Zahnheilk », 1901.

SANTONÈ: *Sopra un caso di molare soprannumerario atipico con granuloma interradicolare*. « Stomatologia It. », 2, 1934.

344193

