

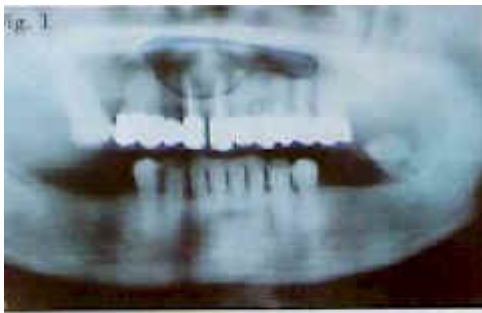


Trattamento di una cisti odontogena: caso clinico

Il caso clinico esposto descrive il percorso seguito, dal punto di vista terapeutico, nel trattamento di una grossa cisti mucosa occupante i due terzi mediali del seno mascellare. Si tratta di una cisti odontogena probabilmente formatasi a seguito di cure canalari effettuate a livello degli incisivi centrali superiori. La paziente nel 1992, quando aveva 31 anni, si è presentata alla visita accusando dolore e gonfiore in sede palatale. Nel 1984 erano state effettuate due cure canalari a livello degli incisivi centrali superiori, ma solo nel 1992 aveva incominciato a prendere consistenza una serie di dolori acuti a livello del palato. Presso uno studio dentistico la paziente era stata sottoposta due volte a un drenaggio ottenuto attraverso un'incisione effettuata a livello del palato: dopo questo semplice intervento, e in seguito all'uscita di ingenti quantità di liquido sieropurulento, si instaurava un breve periodo di benessere. Dopo queste due incisioni, la paziente è stata inviata allo specialista otorinolaringoiatra. Le varie radiografie eseguite mostravano, in effetti, la presenza di una vastissima arca di lisi ossea (figg. 1, 2, 3, 4).

CASO CLINICO

Ricoverata il 27 aprile, il 24 giugno e il 14 settembre 1992, la giovane paziente è stata sottoposta a tre differenti interventi chirurgici. I documenti del primo ricovero parlano di "un intervento di cisti mascellare-cisti radicolare del palato duro"- quelli del secondo parlano di "un intervento di plastica di chiusura in anestesia locale" e quelli del terzo di "un intervento di plastica di chiusura di fistola del palato duro in anestesia generale". Dopo questa prima serie di interventi, la paziente sta bene e non accusa più dolori. Nel corso dei mesi successivi e del 1993 la paziente "sente" soltanto la presenza di una massa di tessuto sul palato, per cui chiede un nuovo controllo. Non c'è dolore, né percezione dell'uscita di liquido. E' nel 1994 che si apre una nuova serie di ricoveri e controlli. Le nuove radiografie (figg. 5 e 6) mettono in evidenza "gli esiti di trattamento capsulare ed endocanalare plurimo all'arcata superiore". Si osserva "una diffusa retrazione alveolare con segni radiologia di periodontopatia più evidente all'arcata superiore". Le figure 7, 8, 9, 10 mostrano altre indagini diagnostiche eseguite nel 1994. Alle scansioni assiali risulta un'estesa alterazione strutturale scheletrica a carattere litico della porzione anteriore del palato duro, di maggiore entità dal lato destro. Appare regolare la trasparenza di entrambi i seni mascellari, senza recidive di processi espansivi. La specillazione della fistola, ancora presente, indica una profondità di 2 cm in senso medio-laterale. L'aspirazione porta alla fuoriuscita di un secreto biancastro. Si eseguono lavaggi con acqua ossigenata. Il giorno 8 ottobre 1996 la paziente viene nuovamente ricoverata perché venga eseguito un intervento chirurgico, in narcosi, di esportazione della neoformazione cistica, che prode ampiamente il tavolato palatino e il pavimento nasale, e un intervento di apicetomie e otturazioni retrograde in amalgama di 11, 12, 13, 21, 22, 23.



Le figure 1 e 2 mostrano la situazione prima e dopo l'intervento stesso. Il 12 novembre 1997 la paziente viene ricoverata "per comunicazione nasopalatale anteriore (esito di cisti odorifera)". In anestesia generale è sottoposta a plastica della fistola. La situazione è quella testimoniata dalla figura 3. Le video-radiografie rappresentate nelle figure 4 e 5 indicano molto bene quale sia la situazione nel novembre 1997. Allo stato attuale, capita che, durante i pasti, scendano liquidi attraverso il naso, così come non è raro che, sempre attraverso il naso, ci sia un passaggio di cibo, soprattutto se si tratta di chicchi di riso o frammenti di piccolo volume. La paziente accusa dolore nasale. Essendo una fumatrice, per aspirare dalla sigaretta deve chiudere gli orifizi nasali con due dita, non riesce a bere con la cannucina, né a gonfiare un palloncino. Il linguaggio è nasale. Un eventuale intervento di innesto di osso autologo prelevato dalla cresta iliaca può migliorare le condizioni della paziente, nel senso che ridurrebbe o eliminerebbe la comunicazione cavità orale-naso, ma non cambierebbe nulla a livello del linguaggio.

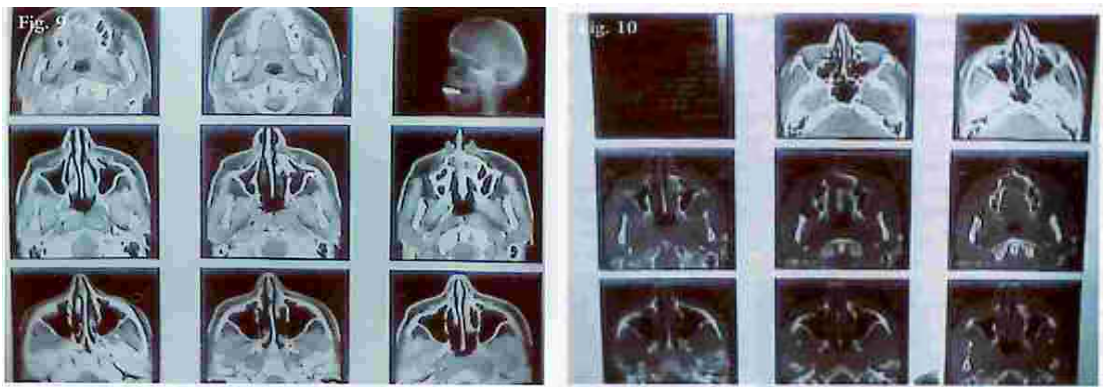
DISCUSSIONE

Oggi la paziente non accusa dolore, ma esistono limitazioni piuttosto pesanti che si presentano nel bere, nel consumare i pasti, nel succhiare e nel fumare. Nel 1998 si può parlare di "osservazione del decorso". La plastica della fistola ha lasciato i problemi elencati prima e si prevede che sia possibile dover intervenire ancora con normali lembi mucosi di chiusura, qualora nel frattempo non si instaurino autentici miglioramenti. Nel contesto di tale possibile intervento, un innesto di osso autologo prelevato dalla cresta iliaca può migliorare le condizioni della paziente. In base alla mia esperienza personale, ritengo che "la prima volta", in termini di soluzione chirurgica, sia determinante, perché un errore nel primo intervento favorisce le recidive. Le cisti odontogene (o odontogenetiche) sono formazioni cavarie che si trovano nella compagine dei mascellari o della mandibola, di aspetto rotondeggiante o ovalare, rivestite da epitelio, aventi un contenuto caratteristico e derivanti dalle strutture embriologiche che danno origine ai denti o che insorgono dopo che il dente ha raggiunto la sua forma definitiva. Queste cisti si osservano frequentemente e hanno la più alta incidenza tra i 20 e i 50 anni. Colpiscono più spesso il sesso maschile. Possono essere primordiali, dentigere e periodontali (laterali e apicali). Le cisti periodontali apicali (che ci interessano in questo caso) sono denominate anche cisti radicolari, dentali, dento-alveolari, dento-periostali, paradentali. Si sviluppano nello spazio periodontale a livello dell'apice radicolare di un dente a polpa necrotizzata. Sono formate da una cavità unica, di forma rotondeggiante, di volume vario (a quello di un seme di ciliegia a quello di un mandarino e oltre), contenente un liquido di colore giallo-citrino, in cui si trovano cristalli di colesterina, leucociti e cellule ricche di sostanze grasse. Assumono la denominazione di cisti residue quando si reperiscono in zona edentula. Le cisti periodontali apicali, oltre a essere molto frequenti rispetto a tutte le altre cisti delle ossa mascellari, rivestono particolare importanza sia per le gravi lesioni distruttive che possono determinare a carico delle ossa mascellari, sia per le complicazioni flogistiche cui possono andare incontro. Sono più colpiti i soggetti tra i 25 e i 40 anni e la frequenza di queste cisti è più elevata nel mascellare superiore, poiché i denti di questa arcata (molari e premolari), avendo un maggior numero di radici rispetto a quelli dell'arcata inferiore, possono presentare, in seguito a necrosi del tessuto pulpare, una maggiore incidenza di granulomi apicali. Quasi tutti gli autori sono concordi nell'affermare che è necessaria la presenza di un granuloma apicale perché queste cisti possano insorgere. Nel granuloma apicale si trova, nell'ambito di una reazione flogistica circoscritta e molto vascolarizzata, una zona centrale caratterizzata dal proliferare di elementi mobili e fissi con concomitanti fenomeni regressivi (degenerazione, necrobiosi, sclerosi).



CONCLUSIONI

Dopo sette anni di peripezie, la paziente, rispetto all'inizio del trattamento, non sta meglio, anzi le difficoltà nel bere, nell'alimentarsi e nel fumare sono fattori negativi che prima non esistevano. Il decorso clinico è "da manuale". L'evoluzione attraverso tre stadi viene rispettata. C'è infatti un primo stadio di latenza, nel quale la sintomatologia è molto scarsa, se si eccettua un lieve aumento della sensibilità regionale non sempre definito. Nel secondo stadio, di deformazione, il progressivo sviluppo della cisti porta al comparire di una tumefazione causata dalla deformazione della corticale ossea, di aspetto emisferico, a limiti netti, dura, ricoperta da mucosa di colore normale, spostabile sui piani sottostanti. Accentuandosi l'assottigliamento della corticale ossea per l'aumento dimensionale della cisti, si apprezza alla crepitazione pergamenacea. Nel terzo stadio del decorso evolutivo della fistolizzazione, possono insorgere progressi di flogosi con aumento della tumefazione, arrossamento della mucosa, dolore e febbre, che possono provocare ulcerazioni della cisti e lo svuotamento del suo contenuto sieropurulento, con conseguente fistolizzazione.



BIBLIOGRAFIA

1. Archer H.W., Oral Surgery, 1973, Saunders, Philadelphia
2. Bercher A. et al., Pathologie Dentaire, 1950, 3 Ed., Masson, Paris
3. De Bernardi G., Mincira Stomat., 1155.2; 1956.3; 1957.6
4. Grossman L.I., Endodontic Practice, 5, Lea e Febiger, Philadelphia
5. Rocca B., Odontostomatologia e chirurgia maxillofaciale, 1967, Utet, Torino
6. Trauner R., Int. Dent. 1951.6

