

1181x B72/ 73

Dott. GIACOMO BOSCHETTI

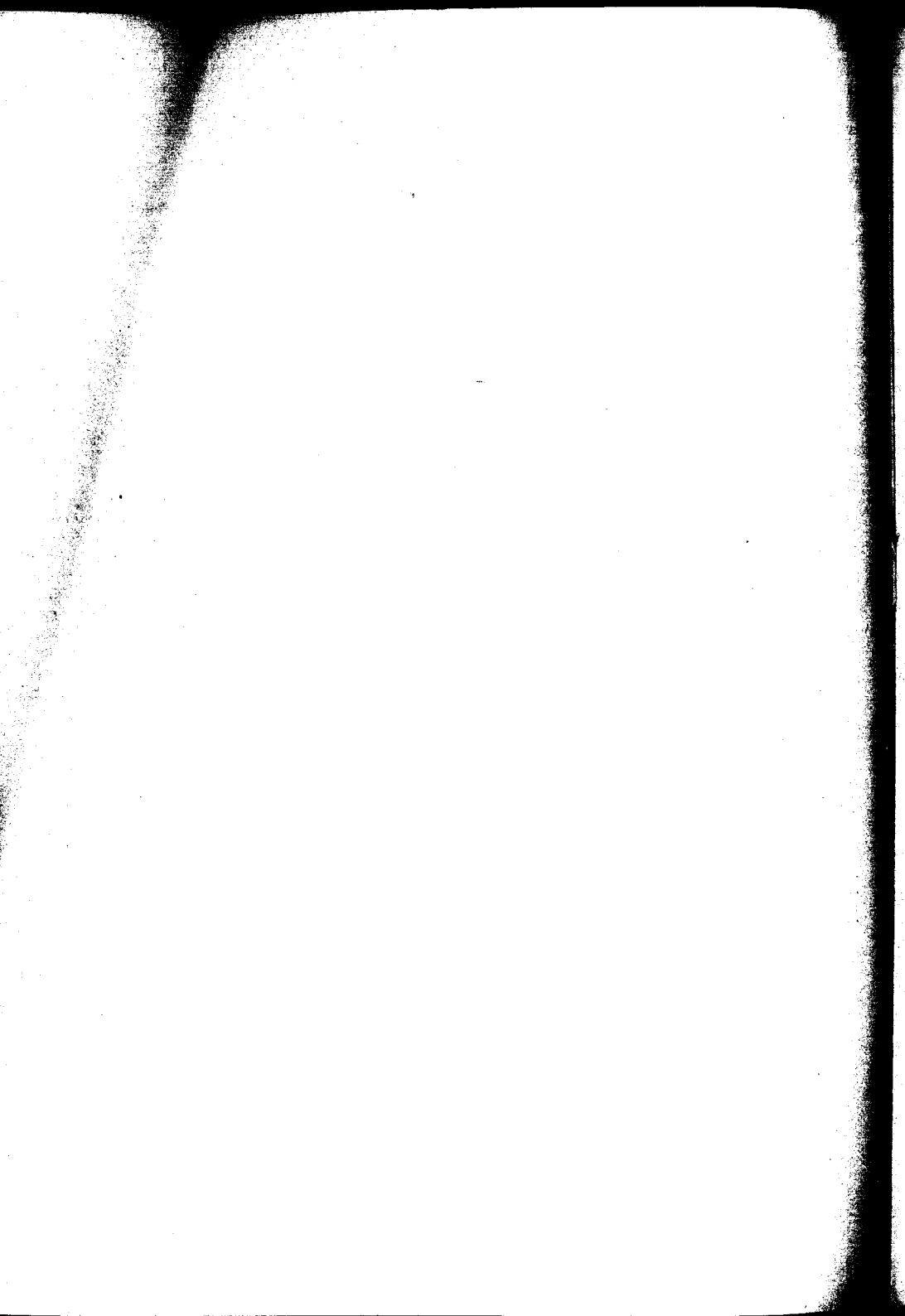
Considerazioni patogenetiche ed istomorfologiche sulle cisti paradentarie

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA"



1941-XX

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



OSPEDALE CHIRURGICO ORTOPEDICO "REGINA MARIA ADELAIDE,,

DIRETTORE: PROF. A. FUSARI

CONSIDERAZIONI PATOGENETICHE ED ISTOMORFOLOGICHE
SULLE CISTI PARADENTARIE

Dott. GIACOMO BOSCHETTI

Le cisti paradentarie a seconda della loro origine vengono distinte in *cisti radicolari* insorgenti all'apice di denti a polpa necrotica, ed in *cisti follicolari* riconosciuti la loro origine dal follicolo dentario di denti in via di alterato sviluppo. Accanto a queste forme vanno considerati infine gli *adamantinomi* cistici altrimenti definiti come *cisti pluriloculari* o *epitelioma adamantini*.

Mentre la cisti paradentaria è un tumore di natura epiteliale e connettivale a sviluppo in regione periapicale, composto essenzialmente da una parete cistica rivestita di epitelio nella sua faccia interna e da uno strato connettivo nella sua parte esterna, le cisti dentifere o follicolari sono dal punto di vista anatomico-patologico in rapporto con un dente incluso e la loro parete è costituita da una struttura connettivo-epiteliale con o senza proliferazioni di tipo malpighiano.

La patogenesi di queste ultime è rappresentata da una teoria così detta *follicolare* secondo la quale la cisti sarebbe il risultato di una trasformazione vacuolare dell'organo adamantino (teoria di BROCA) oppure rappresenterebbe il derivato da residui epiteliali paradentari di MALASSEZ.

Tralasciamo di considerare gli *epiteliomi adamantini* i quali sono più direttamente classificabili nel capitolo dei tumori epiteliali benigni.

Come punto di partenza per lo sviluppo delle cisti radicolari vengono comunemente indicati i granulomi apicali, risultanti da un processo infiammatorio cronico a carattere iperplastico che si sviluppa in corrispondenza dell'apice di denti a polpa necrotica e infetta.

Contrariamente a questo concetto, ammesso ormai dalla maggioranza degli AA., si pronuncia il BECKER il quale nega la derivazione della cisti radicolare dal granuloma apicale, sostenendo che questi tumori cistici sarebbero il risultato di una particolare evoluzione di focolai emorragici formatisi per cause diverse in seno al periodonto.

Substrato indispensabile per lo sviluppo

delle cisti radicolari è la presenza in seno al granuloma di nidi epiteliali che PARTSCH, WITZEL, RÖMER, ASTACHOFF farebbero derivare dai resti epiteliali paradentari di MALASSEZ, e FALKSON insieme all'HAASLER ricondurrebbero alla proliferazione delle cellule dell'organo dello smalto.

Secondo GRAWITZ l'epitelio deriverebbe invece da una migrazione di cellule della mucosa orale, ma la sua teoria è stata contrastata da PARTSCH, PERTHES e BECKER in modo particolare, mentre ADLOFF e BAUER ammettono una duplicità di origine dell'epitelio dei granulomi apicali dai resti epiteliali di MALASSEZ e dall'epitelio della mucosa orale.

In seno al substrato epiteliale del granuloma la cisti radicolare si costituirebbe per un processo degenerativo che colpisce gli elementi cellulari o per idrope mucosa delle cellule epiteliali stesse secondo WITZEL e RÖMER.

GRAWITZ, ADLOFF e EULER avrebbero visto anche fenomeni degenerativi del connettivo.

Bisogna inoltre ricordare che agenti infettivi possono essere alla base dei processi infiammatori cronici che colpiscono le cisti radicolari; essi penetrerebbero attraverso le vie radicolari, sede di processi cariosi, propagandosi in profondità per il forame apicale.

Un'azione patogenetica accessoria o talora determinante fu infine riconosciuta agli stimoli meccanici e alle cause tossiche medicamentose.

Dal punto di vista anatomico-patologico le cisti paradentarie si rappresentano come formazioni cavitare a contenuto liquido, per lo più sieroso, di colorito giallastro per la presenza di colesterina, talora siero purulento per fatti infiammatori, di volume variabilissimo interessanti la compagine ossea dei mascellari. Tali formazioni cistiche hanno una parete propria ben differenziata costituita da uno strato connettivale esterno e da un rivestimento epiteliale pavimentoso pluristratificato interno.

La differenziazione tra cisti paradentarie

propriamente dette e cisti follicolari consiste nel fatto che queste ultime presentano come reperto costante la presenza di denti in via di sviluppo, mentre le prime presentano intimi rapporti con l'apice di un dente a polpa necrotica.

L'istogenesi delle cisti paradentarie comprende lo studio dello strato connettivo esterno e dello strato di rivestimento epiteliale interno. Gli aspetti istomorfologici sono assai variabili per la quasi costante presenza di alterazioni infiammatorie intramurali, tali da condizionare i più strani reperti che hanno condotto gli AA. a diverse interpretazioni istogenetiche.

La letteratura anatomo-patologica è ricca di osservazioni al riguardo e tra gli altri A.A. meritano particolare menzione le osservazioni di ARLOTTA, D'ALISE, GRECO, MACCAFFERRI, PERNA, ROCCIA, TRAVAGLINI, RUSPA.

Come contributo allo studio di questo argomento ho creduto interessante prendere in esame il problema istopatologico delle cisti paradentarie con una serie di ricerche istopatologiche condotte su pezzi chirurgici di mia osservazione. I casi considerati assommano a tre e sono posti in discussione comune. Di ciascun caso sono stati presi in considerazione i diversi elementi che entrano nella costituzione della cisti paradentaria e cioè la parte epiteliale od escrettrice e il tessuto connettivale pericapsulare, nonché gli elementi va-

sali e gli eventuali aspetti legati ai processi infiammatori coesistenti.

Tralascio ogni discussione clinica e chirurgica per l'indole strettamente anatomo-patologica del presente lavoro.

REPERTI ISTOLOGICI

Caso 1°. — Nella cavità della cisti è contenuto del sangue in scarsa quantità. Il rivestimento di tale cavità è costituito per una notevole estensione da epitelio piatto stratificato di tipo malpighiano senza accenno a trasformazione cornea. Tra le papille epiteliali, esili lunghe e sottili che si approfondano nel connettivo sottostante, si nota in grande quantità la presenza di *capillari sanguigni* che si spingono fin negli strati più superficiali affiorando quasi nella cavità della cisti (vedi fig. 1).

A più forte ingrandimento (vedi fig. 2): capillari intraepiteliali appaiono sede di processi reattivi iperplastici e sono sede di infiltrati infiammatori particolarmente ricchi di plasmacellule.

In altrettanti, in genere limitati, manca un rivestimento epiteliale ed allora il connettivo della parete della cisti affiora direttamente nel lume.

In tutta la parete, sia superficialmente, sia tra le papille dell'epitelio di rivestimento, si nota la presenza di abbondanti elementi infiltranti che a forte ingrandimento dimostrano di essere di natura linfocitaria e leucocitaria: particolarmente abbondanti appaiono negli strati superficiali i granulociti, negli strati più profondi i linfociti ed altri elementi parvicellulari. Lo strato più esterno della capsula della cisti appare invece costituita da connettivo fibroso povero di cellule.

Concludendo sul reperto microscopico or ora descritto dobbiamo dire che si tratta di una formazione

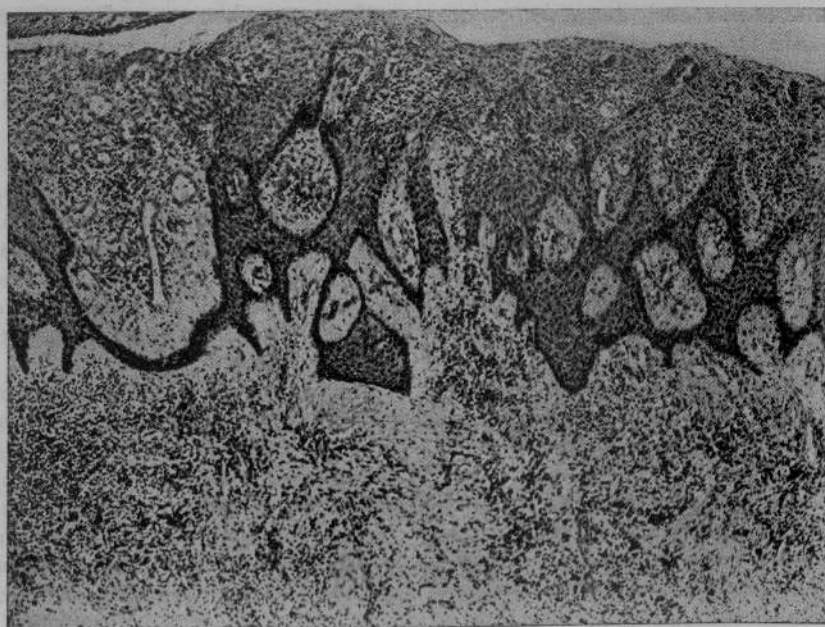


FIG. 1.

Il rivestimento della cisti è formato da epitelio di tipo malpighiano a disposizione pseudo-papillare (ingrandimento 75 x).

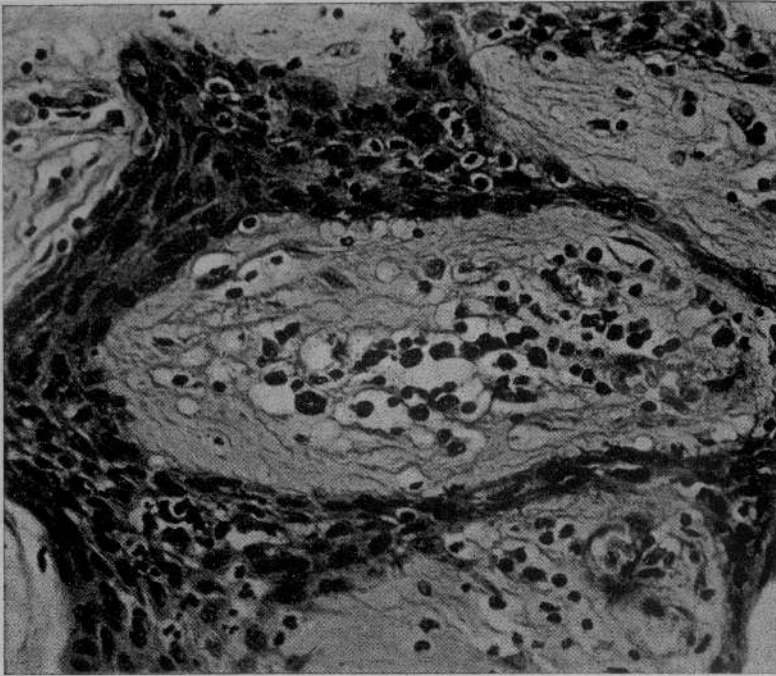


FIG. 2.
Infiltrato plasmocitario intraepiteliale (ingr. 340 x).

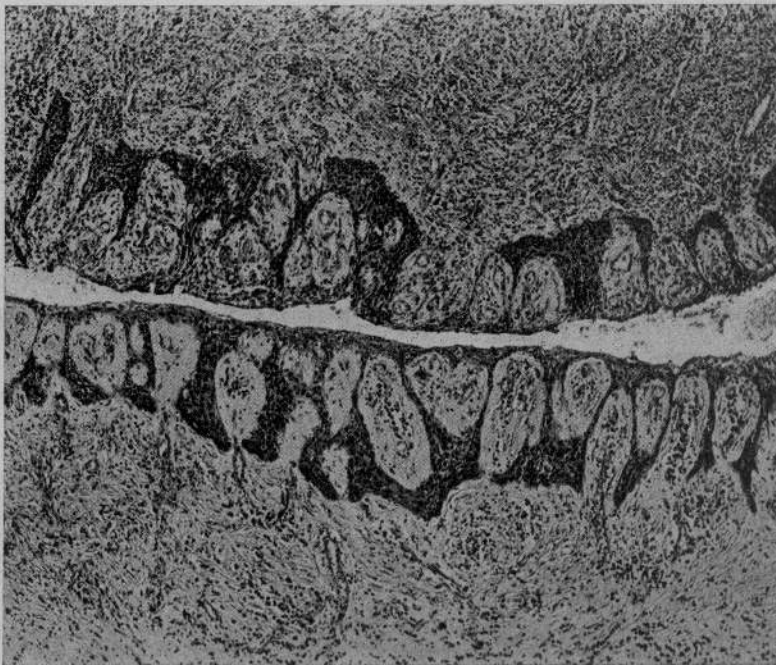


FIG. 3.
Rivestimento di tipo malpighiano a disposizione pseudo-papillare (ingrandimento 70 x) colorazione ematossilina-eosina.

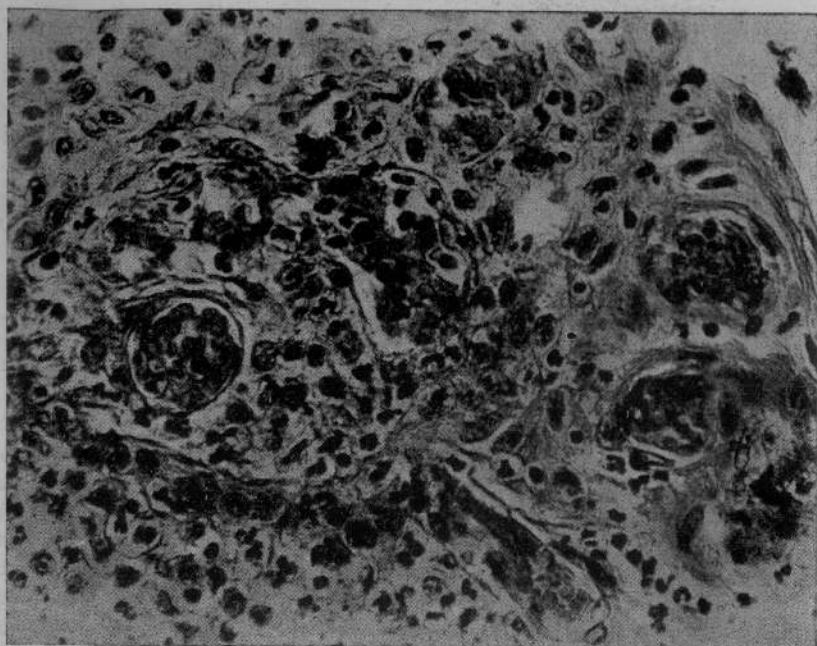


FIG. 4.

Nel connettivo tra le papille epiteliali si nota la presenza di edema e di numerosi elementi linfocitari e di capillari neoformati (ingrandimento 400 x - colorazione ematossilina-eosina).



FIG. 5.

Epitelio cubico monostratificato (colorazione ematossilina-eosina - ingrandimento 720 x).

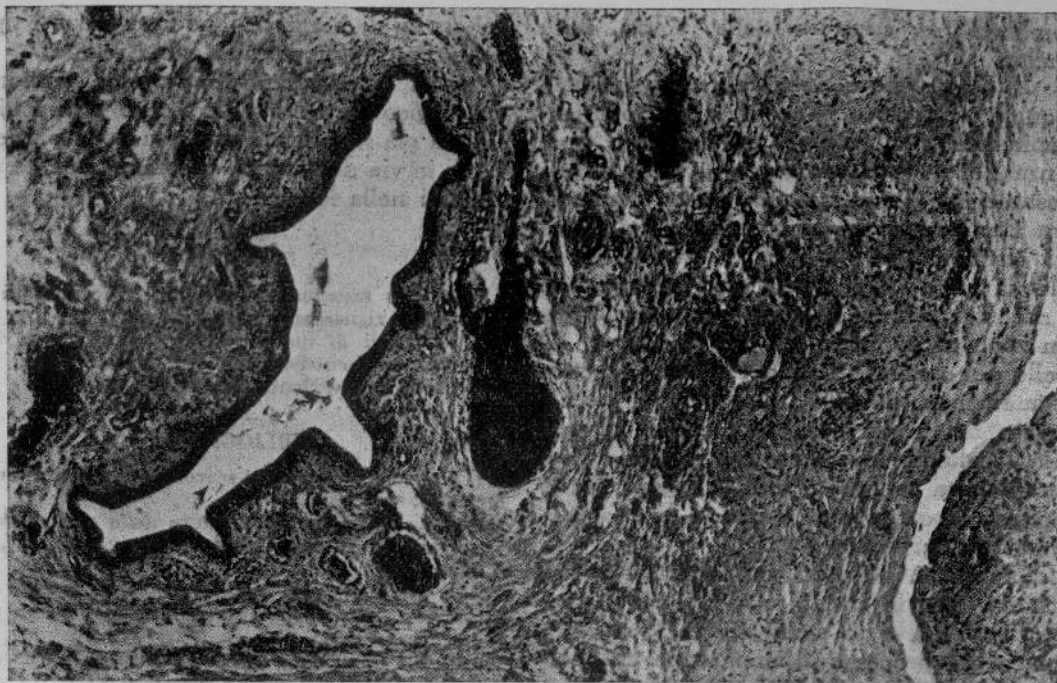


FIG. 6.

In basso dritto escretore di ghiandola salivare; in alto a destra una fessura che rappresenta uno sfondato della cisti dentifera (ingrandimento 70 x - colorazione ematossilina-ecina).

cistica parzialmente rivestita da un epitelio di tipo malpighiano con associazione di manifestazioni infiammatorie di tipo reattivo.

Caso 2°. — La parete della cisti è notevolmente spessa in rapporto al volume complessivo della formazione. Nella cavità sono contenuti dei globuli rossi e scarso detrito granulare amorfo. Il rivestimento del lume è costituito ovunque da un epitelio piatto stratificato senza produzione di sostanza cornea, con papille esili ed eleganti che spesso si approfondano nel connettivo sottostante per poi confluire delimitando così degli spazi connettivali (vedi fig. 3).

Il tessuto connettivale tra le papille, si presenta notevolmente edematoso e molto ricco di vasi capillari che in più punti affiorano alla superficie. Tutto il tessuto connettivale della parete presenta note flogistiche evidenti sotto forma di una infiltrazione parvicellulare più o meno intensa in tutti gli strati benché il connettivo tra le papille epiteliali contiene elementi di indubbia natura infiammatoria (vedi fig. 4).

Dal complesso del quadro istologico si deduce che si tratta di una cavità cistica molto simile a quella del caso 1°, con scarse note di infiammazione purulenta.

Caso 3°. — All'esame istologico si nota che la parete di questa ampia cavità ha uno spessore non omogeneo in tutti i suoi punti: a tratti molto spessa, a tratti specie ove si appoggia su dei complessi ghiandolari (piccole ghiandole salivari) piuttosto sottile. La cisti medesima presenta numerose anfrattuosità che alle volte s'internano sotto forma di profonde fessure, nel connettivo circostante. Il lume contiene scarsi globuli rossi e detriti cellulari.

La parete della cisti appare in genere nuda ed il

rivestimento è costituito da uno strato più o meno sottile di connettivo denso e ialino, in alcuni punti però, specie nella profondità delle fessure, si nota la presenza di un rivestimento epiteliale cubico monostratificato (vedi fig. 5).

Nel lume della cisti si vedono qua e là dei lembi staccati di tale epitelio. La parete della cisti è costituita da tessuto connettivo piuttosto denso con scarsi vasi. In seno a tale tessuto si trovano degli spandimenti emorragici di notevole estensione. Al di fuori della capsula della cisti si osservano qua e là dei canali rivestiti da epitelio cilindrico che verosimilmente corrispondono a sezioni di dotti escretori di piccole ghiandole salivari (vedi fig. 6).

In questo caso la cisti di ragguardevole volume è parzialmente rivestita da epitelio cubico monostratificato.

Verosimilmente tale epitelio costituiva un rivestimento completo che successivamente si è parzialmente sfaldato. In seno alla parete della cisti si nota esistenza di processi infiammatori.

L'esame dei casi suesposti ci permette di fare le seguenti considerazioni. Per quanto riguarda la struttura della cisti paradentaria, in accordo anche con le accurate ricerche isto-patologiche di GRECO riscontriamo che questo tumore cistico risulta così costituito.

A) Uno strato epiteliale interno presentante la struttura dell'epitelio piatto polistratificato nel quale sono talora differenziabili, specie negli strati profondi, degli elementi cilindrici e stellati che secondo PERTHES ricor-

derebbero la struttura della polpa dello smalto.

B) Uno strato connettivale sottoepiteliale il quale è più ricco di cellule nella zona sottoepiteliale mentre diventa fibroso in vicinanza della superficie ossea. ROCCIA ha dimostrato che a questo livello esiste una struttura fibrillare concentrica parallela alla cavità cistica.

Nella parte esterna della cisti paradentaria si riscontra infine una membrana connettiva con zone di ossificazione più incostanti. Al livello del connettivo sottoepiteliale sono frequentemente rilevabili, come abbiamo osservato nei nostri casi, infiltrazioni linfocitarie localizzate o diffuse che possono interessare tutta la parete cistica raggiungendo l'epitelio il quale può a questo livello presentarsi desquamato (ROCCIA).

Le modalità e il tipo dell'infiltrazione linfocitaria sono in stretto rapporto con il grado, l'intensità e lo stadio acuto, subacuto, cronico del processo infiammatorio che colpisce la cisti paradentaria. Il processo infiammatorio si estende anche al contenuto della cisti che può subire una trasformazione sieropurulenta.

L'epitelio, per stimoli irritativi ripetuti, può subire una trasformazione a tipo pseudo-papillare con aspetti assai caratteristici di iperplasia, quali sono già stati illustrati nelle singole esposizioni analistiche dei quadri istologici sopra ricordati.

In seno all'epitelio e più particolarmente negli spazi interpapillari possono dimostrarsi

fenomeni di proliferazione vasale con i tipici aspetti di una neoformazione capillare.

Resta come dato differenziale anatomico-patologico fra cisti radicolare e cisti follicolare la già ricordata mancanza nelle prime di denti in via di sviluppo o completamente sviluppati nella loro cavità.

RIASSUNTO

Fatta una rassegna preliminare sulle questioni patogenetiche riguardanti le cisti paradentarie, l'A. tratta l'istogenesi di questi pseudo tumori cistici integrandone la discussione con dettagliate relazioni istologiche di osservazione personale.

BIBLIOGRAFIA

(Le seguenti indicazioni servono come dati di orientamento).

GRECO S.: *Sulla minuta struttura delle cisti dentarie*. « Annali di Clinica Odontoiatrica », pag. 1037, ottobre 1935.

PERNA A.: *Contributo alla patogenesi delle cisti dentinogene paradentarie*. « La Stomatologia », pag. 145, marzo 1926.

ROCCIA B.: *Contributo alla conoscenza delle cisti dentarie*. « La Stomatologia », agosto 1929.

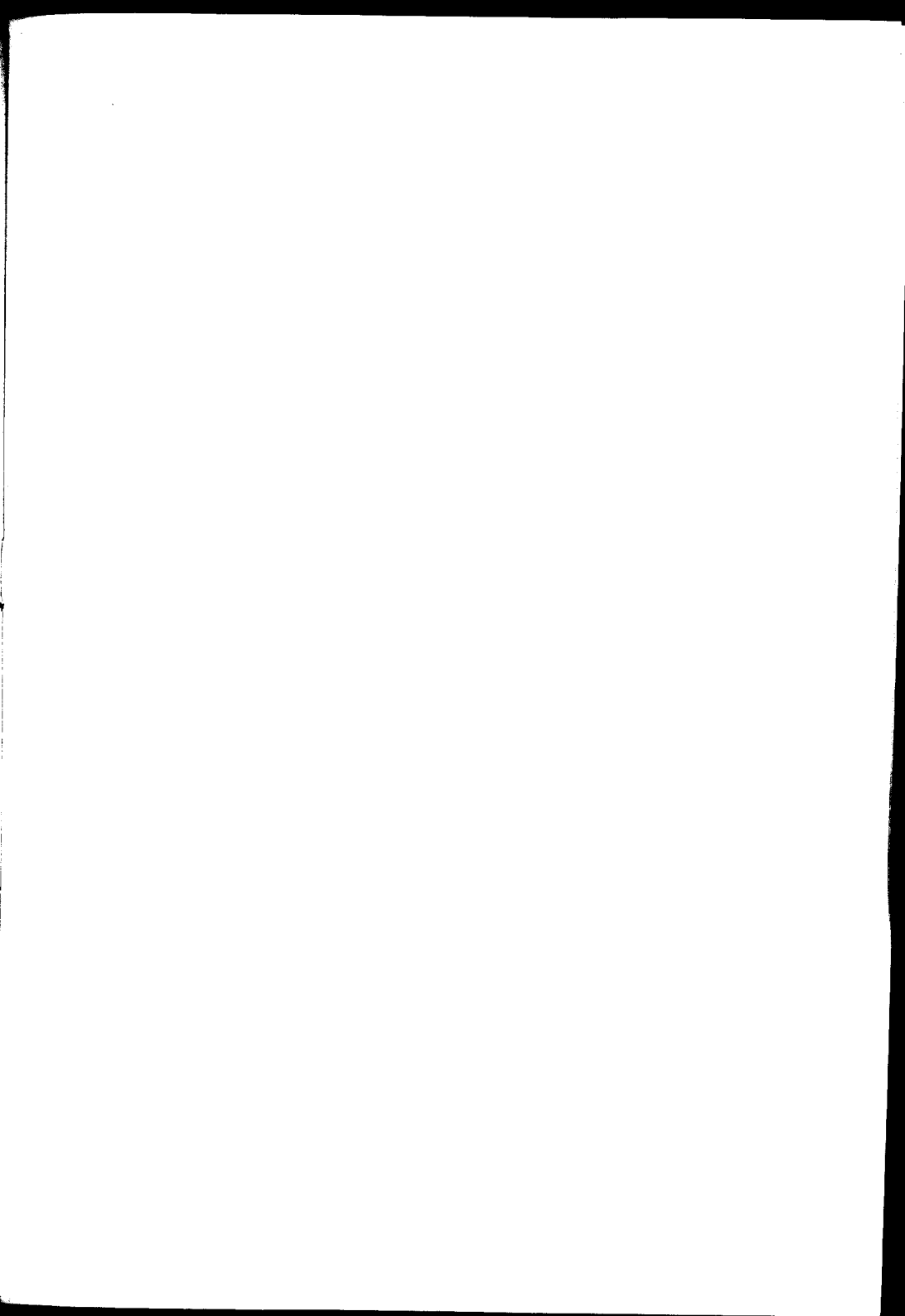
— *La nostra esperienza nel trattamento delle cisti dentarie*. « Bollettino e memorie della Società Piemontese di Chirurgia », vol. IV, fasc. XIII, 1934.

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

RUSPA F.: *Considerazioni sopra 56 casi di cisti paradentarie*. « La Stomatologia It. », n. 5, 1939.

TRAVAGLINI V.: *Contributo alla patogenesi degli epitelioni adamantini, degli odontomi e delle cisti dentifere*. « La Cultura Stomatologica », febbraio e marzo 1935, pag. 49 e 105.

ZEPPONI: *Contributo alla patogenesi delle cisti dentarie*. « La Stomatologia It. », n. 2, 1940.



344512

