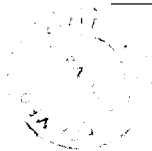


Dott. GIACOMO BOSCHETTI

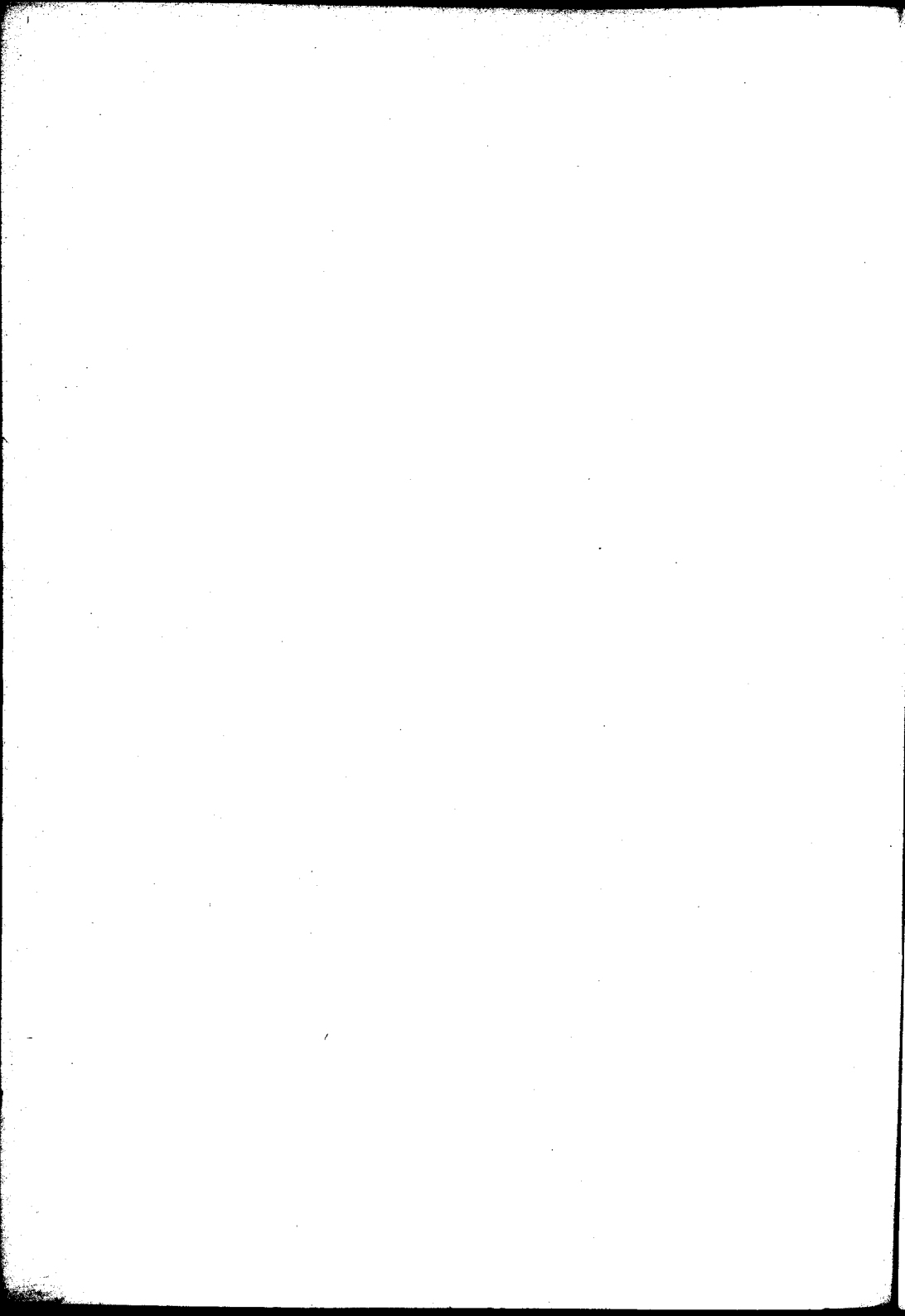
46
Misc. B 72/89.

CASO DI ADAMANTINOMA CILINDROMATOSO DELLA MANDIBOLA

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

CASO DI ADAMANTINOMA CILINDROMATOSO DELLA MANDIBOLA

DOTT. GIACOMO BOSCHETTI

Ambulatorio odontoiatrico

Con termini equivalenti di cisti adamantina, epiteloma adamantino, adamantinoma cistico e cisti multiloculare è stato variamente indicato un particolare processo neoformativo dei mascellari sulla cui natura istologica si è ampiamente discusso.

Dal punto di vista anatomo-patologico tale neoformazione è costituita da un rivestimento epiteliale con cellule adamantine e una trama connettiva nella quale sono contenuti cordoni o tubi epiteliali.

Per quanto riguarda l'istogenesi di tale formazione, analogamente a quanto è stato detto per le cisti paradentarie, due teorie si contendono essenzialmente il campo: la teoria follicolare di BROCA e la teoria paradentaria di MALASSEZ. Secondo la prima si tratterebbe di uno sviluppo anormale dell'organo adamantino, mentre la seconda sosterebbe una derivazione dai resti epiteliali paradentari inclusi nel legamento alveolo-dentario. Questi residui embrionali spinti verso una proliferazione autonoma ed atipica originerebbero una serie di neoformazioni a tipo tumorale tra le quali andrebbe compreso anche l'adamantinoma.

Tale varietà di tumore cistico è assolutamente eccezionale per cui mi è parso interessante riportare l'osservazione seguente occorsa occasionalmente al mio giudizio obbiettivo e disgraziatamente persa alla mia osservazione clinica per le particolari circostanze che riferisco.

Si tratta di una donna di circa 30 anni venuta a consultarmi, nell'ospedaletto da campo da me diretto in Albania, per una tumefazione persistente della mandibola in corrispondenza della sua parte inferiore sinistra con sensazione d'ingrossamento della stessa. Interrogando la paziente riesco a sapere che da circa due o tre anni essa ha la sensazione che la mandibola sia più voluminosa a sinistra che a destra. All'infuori del disturbo estetico nessuna altra sintomatologia inquieta la paziente fino a circa un mese prima del-

la mia osservazione, epoca nella quale si è iniziata una sintomatologia dolorifica nei movimenti di masticazione e di sbadiglio. In corrispondenza di questa tumefazione mandibolare da qualche tempo la paziente lamentava inoltre la fuoriuscita di scarsissimo liquame sanioso.

All'esame obbiettivo noto allora i seguenti fatti: asimmetria facciale lieve per la presenza di una salienza in corrispondenza della regione mandibolare sinistra che interessa anche la regione sotto-angolo mascellare. La cute che ricopre tale tumefazione è di aspetto normale. La palpazione combinata intra- ed extra-buccale permette di rilevare delle modificazioni di consistenza e di volume del mascellare inferiore a sinistra interessante una zona che corrisponde a circa i due terzi posteriori della mandibola. Quivi l'osso è molle e sembra costituito da un tessuto poco resistente vicino al quale si riscontra una proliferazione gengivale costituita da bottoni di granulazioni facilmente sanguinanti al tocco.

La palpazione di questa regione è scarsamente dolorosa, nulla si rileva a carico della dentatura salvo una mobilità non dolorosa del dente dei 6 anni. Assenza di adenopatia sottomascellare e della catena giugulare.

In presenza di un diagnostico molto incerto, mi limito per la necessità di ambiente e di luogo ad una semplice medicazione locale della regione mandibolare sede del processo di granulazione non senza prima aver avuto l'avvertenza di asportare un piccolo frammento a scopo biopsico.

Necessità di cose e di luogo fecero sì che io non potessi più rivedere la paziente, mentre la documentazione istologica fortunatamente completata al mio ritorno in patria, mi riservò la sorpresa del reperto di un tipico adamantinoma e tipo cilindromatoso che ho creduto meritevole di descrivere in dettaglio soffermandomi a qualche considerazione postuma di indole chirurgica ed istogenetica.

Esame istologico. — A piccolo ingrandimento il tumore appare circoscritto da una capsula fibrosa costituita da connettivo fibroso collagene il quale invia tralci nella compagine del tumore suddividendolo irregolarmente in grossi lobi. Gli elementi essenziali del tumore si dispongono in cordoni solidi costituiti da elementi di forma rotondeg-

lati immersi in una sostanza fondamentale acidofila piuttosto omogenea.

Non raramente però in tale sostanza sono presenti dei vacuoli che fanno ricordare l'aspetto tipico del cilindroma (vedi fig. 2).

I singoli cordoni epiteliali costituenti il substrato morfologico del tumore a forte ingrandimento assumono un aspetto nettamen-

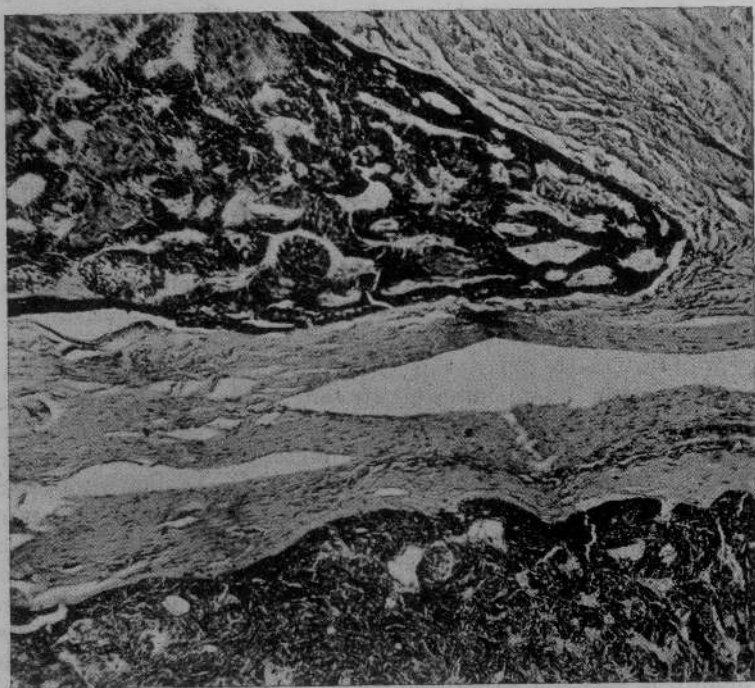


FIG. 1.

Veduta parziale del tumore a piccolo ingrandimento (coloraz. ematossilina-eosina; ingrandimento 90 x).
Sepimentazione connettiva suddividente il tumore in grossi lobi.

giante od ellittica a protoplasma chiaro e nucleo vescicolare. Gli epiteli hanno struttura irregolarmente poliedrica e sono addossati tra di loro con aspetti a palizzata. In qualche punto gli elementi per il mutuo contatto appaiono fusiformi o schiacciati.

Nella figura 1 che rappresenta una veduta di insieme del tumore è ben evidente questo carattere di sepimentazione connettiva in forma di grossi tralci delimitanti i nidi tumorali.

Nel connettivo sono contenuti gli elementi vascolari del neoplasma.

A forte ingrandimento gli elementi epiteliali hanno l'aspetto poliedrico o cilindrico fusato sopra descritto. Tali elementi hanno tendenza a disporsi a guisa di cornice attorno a piccole zone più chiare costituite da scarsi elementi cellulari rotondeggianti o stel-

te alveolare come è ben riconoscibile nella fig. 3.

Tali cordoni hanno aspetto diverso da un punto all'altro del pezzo esaminato con irregolare ordinamento che fa assumere un carattere decisamente neoplastico alla formazione in parola.

Nella fig. 4 è riportata una veduta d'insieme del neoplasma.

L'esame dei preparati istologici dimostra trattarsi di un tumore costituito da elementi che denunciano per molti aspetti un notevole carattere di atipia. Essi richiamano alla mente per la loro disposizione la struttura, alquanto perversa, dell'organo dello smalto. La sede d'impianto del tumore e il suo aspetto istomorfologico strutturale ci fece porre la diagnosi di *adamantinoma cilindromatoso della mandibola*.

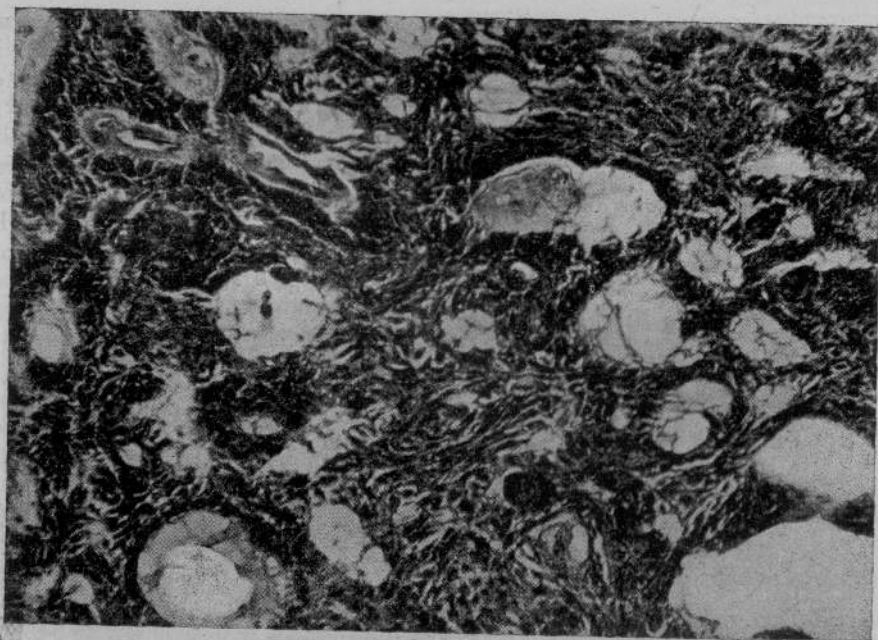


FIG. 2.

Trasformazione cilindromatosa (colorazione ematosilina-eosina; ingrandimento 210 x).

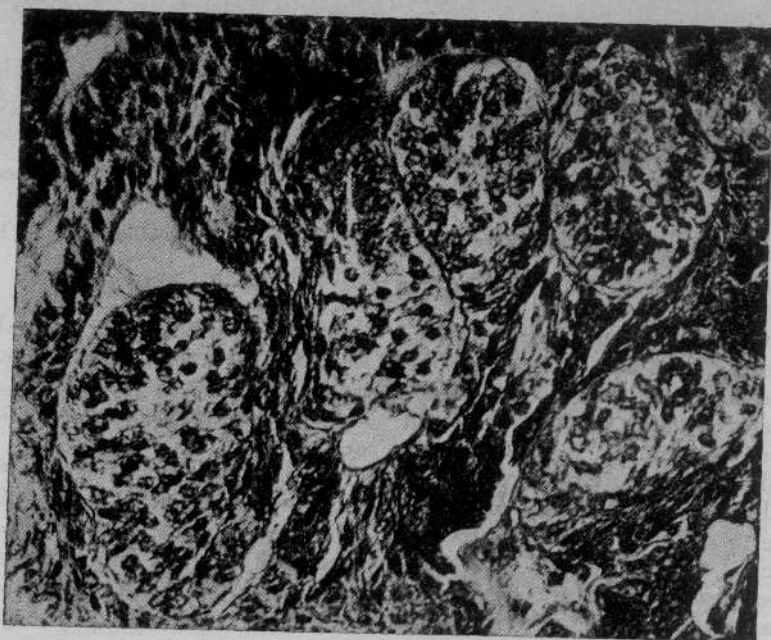


FIG. 3.

Cordoni tumorali a medio ingrandimento. Si vedono elementi di tipo poliedrico contenuti in nidi di aspetto alveolare (colorazione ematosilina-eosina; ingrandimento 350 x).

Gli adamantinomi, tumori propri dei mascellari, possono essere distinti in solidi e cistici. Il primo tipo o epitelioma adamantino nel vero senso della parola è raro. Secondo gli AA. esso rappresenterebbe uno stadio

iniziale nell'evoluzione degli adamantinomi verso la forma cistica.

La forma di adamantinoma cistico sarebbe la più frequente. Essa può contenere un dente, (cisti dentifera) od essere occupata unica-

mente da liquido chiaro filante, talora emorragico.

Lo sviluppo delle cisti può assumere talora un'estensione tale da riprodurre un vero aspetto policistico.

La trasformazione da tipo di adamantinoma solido a quello cistico avverrebbe per un processo di degenerazione idropica determinato forse da disturbi circolatori.

Esaurita la trattazione sulla struttura dell'adamantinoma dal punto di vista istologico, ci soffermeremo ancora brevemente su qualche dato patogenetico di queste neoformazioni.

Accanto alle già ricordate teorie del MALASSEZ e del BROCA dobbiamo riportare ancora il problema della genesi degli adamantinomi considerati quale derivazione diretta

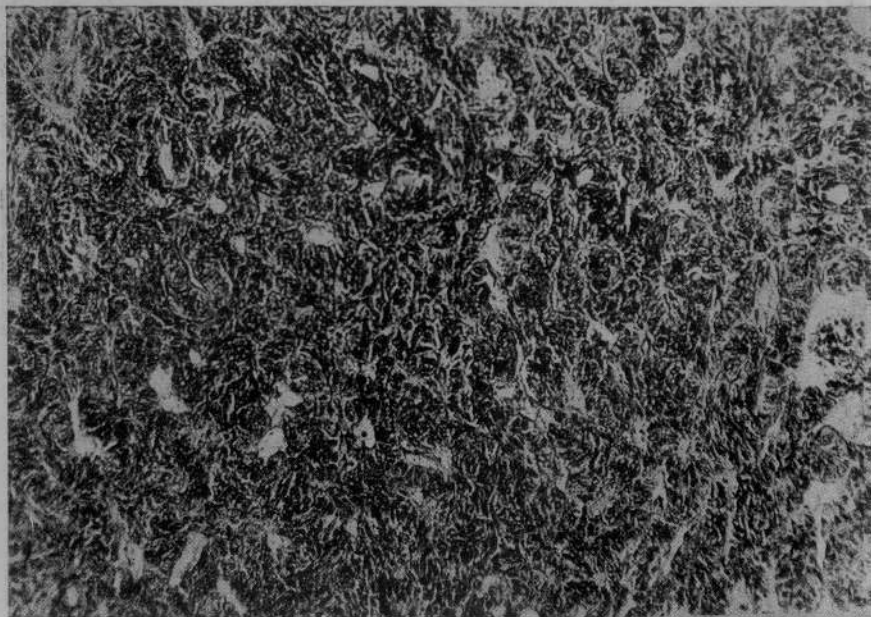


FIG. 4.

Veduta d'insieme del tumore a piccolo ingrandimento (colorazione ematossilina-eosina; ingrand. 65 x).

All'infuori di queste forme tipiche, più frequente è il reperto di una associazione dei due aspetti solido e cistico in uno stesso tumore. ROSSI ha studiato in modo particolare questi aspetti degli adamantinomi. Secondo questo A. la forma solida pura si riscontrerebbe con una percentuale di frequenza che varia dal 5 al 15 %; il resto sarebbe rappresentato dalla forma cistica.

Considerando l'intima struttura degli adamantinomi, l'aspetto del caso in esame mi ha indotto a ritenere la forma come verosimilmente ascrivibile al tipo dell'adamantinoma solido con aspetto cilindromatoso, ben differenziabile pertanto dal tipo cistico per le caratteristiche di disposizione e di affinità tintoriale (acidofila) nella sostanza mucoide costituitasi in seno ai cordoni epiteliali.

Non ritengo che tale aspetto possa essere confuso con uno stato di degenerazione idropica o che esso possa rappresentare il primissimo stadio di una fase evolutiva verso la forma policistica.

dall'epitelio della mucosa orale (BAKAY, KURU, KROMPECHER, LUKOMESCKY, KARUZO, KURN, STUMPF, WEISSENFELS, SCHLOSSER, HAUENSTEIN, KAUFMANN, SIEGMUND, WEBER, ecc.).

Anche TRAVAGLIATI e CAMPATELLI ammettono la possibilità di una proliferazione autonoma ed atipica dell'epitelio della mucosa orale coi caratteri dell'adamantinoma.

Da ricordare infine sono le conclusioni di LESTER R. CHAN sulla patogenesi di questi tumori:

- 1) sviluppo esteriorizzato dei resti epiteliali di MALASSEZ;
- 2) sviluppo involutivo dell'epitelio dello smalto;
- 3) sviluppo anomalo dell'organo dello smalto.

MURPHY da parte sua riconferma la teoria patogenetica di MALASSEZ.

Circa i dati clinici dobbiamo ricordare che l'adamantinoma è il più raro di tutti i tumori

che colpiscono i mascellari; esiste una leggera prevalenza per il sesso femminile e tutte le età possono essere colpite con una maggiore frequenza tra i 30 e i 60 anni. Casi eccezionali sono quelli del COCTE ricordato anche da MICHELI, di un bimbo di 6 mesi e di un uomo di 74 anni colpiti da adamantinoma epiteliale.

Circa la sede il mascellare inferiore rappresenta la localizzazione più frequente con punto di elezione al livello della zona di passaggio tra branca orizzontale e ascendente della mandibola (SCHLOSSER, MARMOT e GONZALES). Rarissimamente colpito risulta invece il mascellare superiore.

Un reperto veramente eccezionale costituirebbero i casi di adamantinoma a sede extra-mascellare tra cui ricordo le osservazioni di PERTHES, FISCHER, OBERLING e VERNES, CAGNETTO citati da MICHELI.

Come fattori determinanti nella genesi degli adamantinomi sono invocati gli stimoli irritativi cronici da 8° dente; ALBARRAN e BRESCHK descrissero un caso di adamantinoma insorto su un focolaio di frattura.

L'evoluzione dell'adamantinoma è lenta; di solito non v'è invasione ghiandolare né metastasi. Unica caratteristica clinica è il potere infiltrante che esso può assumere verso l'osso mascellare.

La diagnosi è essenzialmente basata sul reperto istologico.

Il diagnostico differenziale sarà posto coi processi osteomiellitici della mandibola, con le cisti paradentarie e con gli altri tumori che possono colpire il sistema osseo mascellare, in particolar modo col carcinoma e col sarcoma.

La cura è esclusivamente chirurgica per la radioresistenza di questi tumori.

RIASSUNTO

L'autore descrive un caso di adamantinoma cilindromatoso della mandibola venuto alla sua occasionale osservazione senza che l'A. potesse controllarne il successivo decorso. La diagnosi è stata posta in base ad un prelevamento biopsico. Sulla guida dei dati istologici è studiato il reperto istomorfologico dell'adamantinoma. A conclusione di questi, l'A. svolge alcune considerazioni critiche sulla patogenesi e sui caratteri di evoluzione degli adamantinomi.

BIBLIOGRAFIA

- MICHELI E.: « Bollettino e Memorie della Società Piemontese di Chirurgia », vol. VIII, n. 12, 1938.
 — *Adamantinoma recidivanti della mandibola trattato con resezione ossea.*
 MAUREL G.: *Chirurgie maxillo-faciale*. Edition Maloine, Paris, 1931.
 CROCQUEFER M.: *Epiteloma adamantino determinante un flemmone della faccia.*
 — *Comun. Soc. Med. Chir. Hop. Libres*. Paris, 17 luglio 1940, in « Presse Medicale », n. 102-103, 1940.

344501

