

Dott. L. FRONGIA

M. B. 21 / 177.

~~29~~

# Un caso di frattura patologica della mandibola

---

*Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"*

---



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



ISTITUTO DI ANATOMIA CHIRURGICA E CORSO DI OPERAZIONI DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI  
DIRETTORE INCARICATO: PROF. A. CARDIA

## UN CASO DI FRATTURA PATOLOGICA DELLA MANDIBOLA

DOTT. L. FRONGIA

*Assistente volontario*

Tenente medico - Direttore della 113ª Ambulanza Odontoiatrica

La frattura patologica della mandibola è evenienza rara, ma fra le fratture spontanee dello scheletro è la più frequente, per la struttura stessa dell'osso e per le ragioni per le quali il più delle volte si verifica: tumori, osteomielite, lues, actinomicosi, ecc. tutte lesioni che tanto di frequente si riscontrano nel mascellare inferiore.

La frattura in corso di una lesione che abbia diminuito l'architettura ossea della mandibola può avvenire spontaneamente o sotto manovre mediche, come estrazioni di denti, interventi per osteomielite, asportazione di tumori, ecc. Perciò, quando una mandibola è minorata nella sua architettura ossea per una causa qualunque, bisogna eseguire eventuali interventi con grande attenzione, previa radiografia, e in molti casi si deve anche bloccare il mascellare prima di intervenire.

In letteratura sono molti i casi descritti: così quelli isolati di SCHROEDER, PERTHES, ZIELKENS, DRAFOUGERÉ, GRANDI, ecc. HOFER di Vienna ha raccolto 25 casi. Quattro casi ne ha descritto ROCCIA nel 1929 e un altro caso nel 1940.

Ecco la storia clinica del caso venuto alla mia osservazione:

Fante S. E., classe 1915, da Monserrato. Genitori viventi e sani. La madre ha avuto sei gravidanze a termine, nessun aborto. Due fratelli e una sorella del paziente godono ottima salute.

Il paziente ha avuto allattamento materno, dentizione, deambulazione e favella in età regolari. Non sa se ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia. Proviene da zona malarica, ed ha sofferto, fin da ragazzo, di accessi di febbre palustre, gli ultimi dei quali risalgono a circa quattro anni addietro. E' medico bevitore, fuma abbastanza. Nega la lue e qualunque altra malattia venerea. Alla leva è stato dichiarato idoneo al servizio militare ed ha prestato servizio per 18 mesi. Durante la guerra di Spagna partì volontario e fu ferito da schegge di granata in varie parti del corpo, per cui venne ricoverato in vari ospedali da campo e territoriali, per complessivi 90 giorni, ma è guarito completamente. Rientrato in Patria, ha ripreso il suo mestiere di contadino, ed è stato bene fino al 24 settembre 1940, giorno in cui fu colto da dolori violenti all'ultimo molare inferiore di destra, dolori diurni e notturni, dolori al freddo. Si recò da un dentista abilitato della città

vicina, e gli fu praticata l'estrazione incompleta del molare del giudizio, in anestesia locale. Il dolore non diminuì, e il giorno dopo il paziente ebbe brividi di freddo e febbre alta. Il medico condotto locale consigliò impacchi caldi e colluttori. Intanto la guancia e la regione dell'angolo della mandibola destra, a detta del paziente, si tumefecero, e comparve trisma. La febbre continuò con brividi anche il 26 settembre, per cui il medico curante credette opportuno il ricovero del malato nel Reparto chirurgico dell'Ospedale civile nella vicina città, dove il processo infiammatorio continuò per una decina di giorni, con febbre sempre alta, tumefazione della parte, trisma. Al 10° giorno di degenza fu praticata una incisione esterna, che dette esito ad abbondante pus. Il trisma persisteva sempre. Dopo venti giorni di degenza, il paziente fu dimesso, per continuare la cura ambulatoriamente. Richiamato alle armi il 7 dicembre 1940, quando non era ancora guarito, il giorno dopo fu ricoverato nell'Ospedale militare principale di Cagliari, con diagnosi di osteomielite odontogena della branca orizzontale destra del mascellare inferiore. Interrogato il paziente asserisce che nel periodo di tempo in cui seguiva la cura ambulatoria all'Ospedale civile gli vennero estratti la radice di 8—, e poi 7.6—, che erano diventati mobili.

Il giorno del ricovero dall'esame obiettivo eseguito risulta che si tratta di un soggetto tendente alla brachitipia, in condizioni di nutrizione e di sanguificazione piuttosto scadute, con masse muscolari toniche e trofiche, pannicolo adiposo poco sviluppato.

L'esame del torace, dell'addome e degli organi ivi contenuti è negativo.

All'esame locale si nota che la regione parotidea è tumefatta e lungo l'angolo della mandibola esiste una ferita lunga circa 5 cm., che presenta dei bottoni carnosì, da cui geme pus sia spontaneamente sia facendo fare al paziente dei movimenti di masticazione, come pure eseguendo pressione sulla parte. Sondando il tragitto fistoloso con uno specchio, si va a finire su sostanza dura di consistenza ossea in alcune parti, mentre in altre si comunica con la cavità buccale, dove la mucosa è fistolizzata. L'esame della bocca ci dimostra integrità dell'arcata superiore. L'apertura della bocca è limitata a 2 cm. circa fra gli incisivi. Nell'arcata inferiore mancano 8.7.6— e —6; nella regione corrispondente a 8— esiste un tragitto fistoloso, da cui geme pus. Il paziente accusa dolore quando è invitato ad aprire la bocca con forza e durante le manovre che si eseguono sulla parte malata. La chiusura dei denti è normale al momento della prima visita.

Aplessia, polso 30, respiri 24.

Si consigliano impacchi caldo-umidi, e 6 compresse di tiopitale al giorno. Come dieta la così detta mezza speciale.

Il giorno 10 il paziente nel masticare un pezzo di

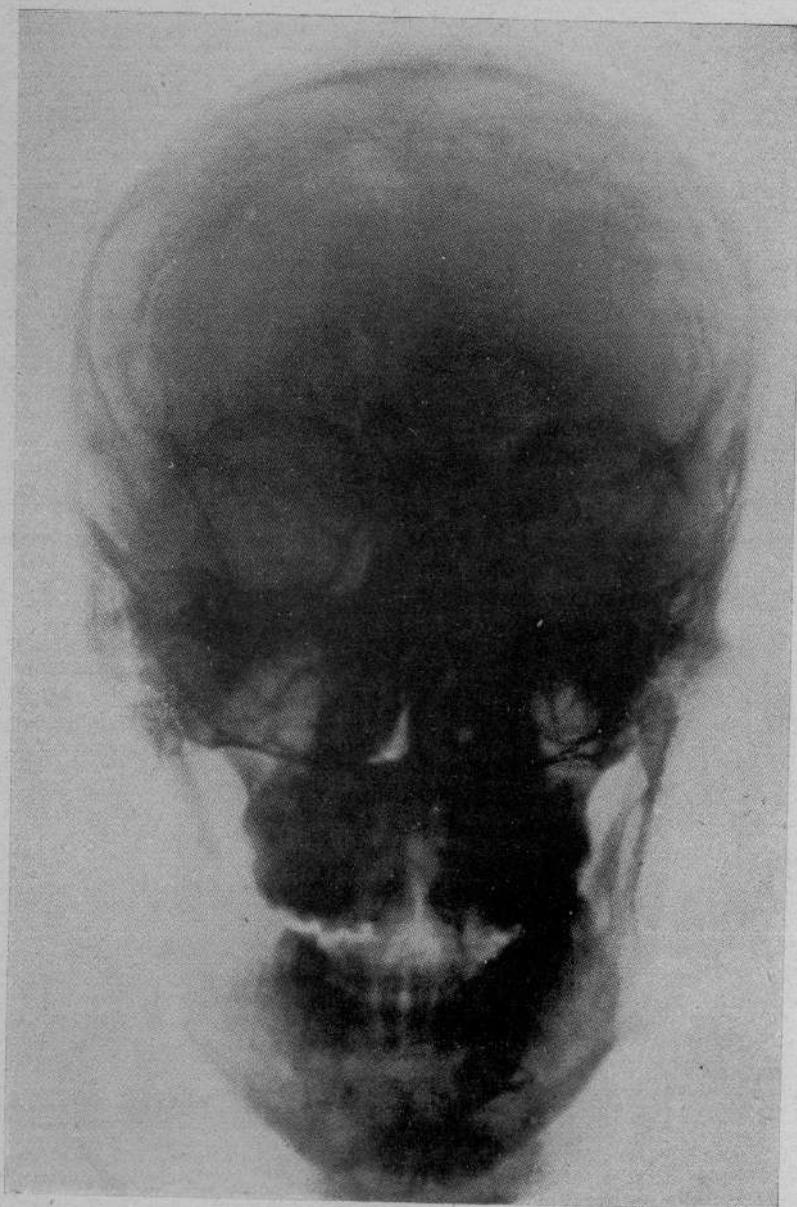


FIG. 1.

carne ha sentito uno scricchiolio all'angolo destro della mandibola, con un violento dolore, per cui ha dovuto cessare di mangiare. Dopo si è accorto che i denti non combaciavano più.

Il giorno appresso viene trasferito alla II Sezione chirurgica di San Benedetto, dove io presto servizio, e così prendo in cura il paziente.

Le condizioni obiettive sono quelle già descritte, tranne che esiste *mordex apertus* e mobilità preternaturale all'altezza dell'angolo della mandibola destra. Faccio diagnosi di frattura patologica della mandibola in corso di osteomielite subacuta. Faccio eseguire una radiografia (fig. 1), e il radiologo manda il seguente reperto: «Rarefazione della branca montante destra della mandibola, con reazione periosteale

bene e non risente alcun fastidio. La ferita esterna è cicatrizzata. Rimane leggermente più globosa dell'altra parte la regione parotideea interessata. L'angolo della mandibola si presenta alla palpazione un po' ruvido.

Il 27 febbraio 1941 si mette in uscita il paziente con 60 giorni di licenza di convalescenza.

Il 14 giugno 1941 rivedo l'ammalato, che è stato sempre bene e dovrà sostituire i denti mancanti con una adatta protesi. È scomparsa la asimmetria della regione parotideea destra, dove rimane solo una cicatrice, esito della ferita chirurgica. Il paziente mastica bene, ha normale sia l'apertura che la chiusura della bocca.

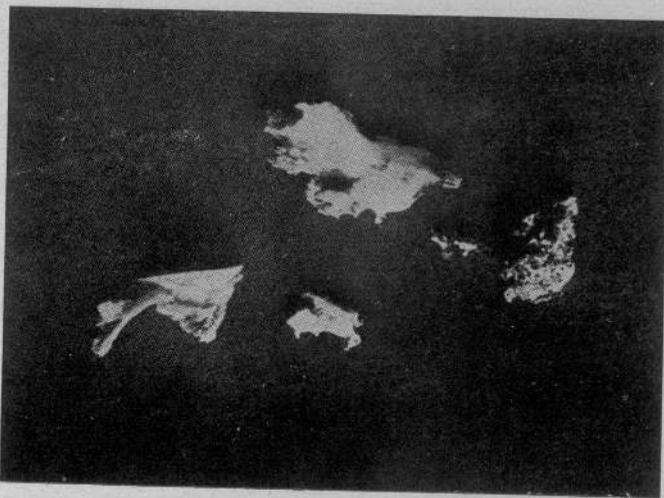


FIG. 2.

e presenza di alcuni sequestri. La rarefazione è estesa in un punto a tutto l'osso, per cui si può ritenere presente la frattura patologica della branca montante destra della mandibola.

Eseguisco in giornata delle impronte per la costruzione di ferule per il bloccaggio dei mascellari. Consiglio impacchi caldo-umidi, dieta liquida e tiosseptale 2 fiale per via intramuscolare.

Il 14 dicembre eseguisco il bloccaggio dei mascellari, che è tollerato bene. Alimentazione liquida. Come trattamento si continuano gli impacchi, e per tre giorni di ogni settimana si fanno 2 fiale di tiosseptale per via intramuscolare. Tutti i giorni endovenose di gluconato di calcio al 10% da 10 cc., e due compresse di ascorbina per os.

Il giorno 18, in anestesia al cloruro d'etile, si incide lungo il tragitto fistoloso, e si asportano quattro sequestri abbastanza grossi (fig. 2). Drenaggio.

Medicazione quotidiana sino al 20 febbraio 1941, con drenaggio. L'edema scompare, e si nota diminuzione del secreto, e dal 23 si medica a piatto. Il 25 si eseguisce una radiografia di controllo (fig. 3) e il radiologo scrive: «Buona formazione di callo osseo ed assenza di sequestri».

Il 26 si toglie il blocco: il paziente stenta ad aprire la bocca, ma dopo un po' di esercizio apre

Il caso di frattura patologica della mandibola venuto alla mia osservazione è certamente dovuto a osteomielite odontogena. Tutti gli altri esami infatti sono stati negativi: così la Wassermann, la Meinicke, la Kahn, ecc.

La cura di questa forma è la immobilizzazione, quindi il blocco dei mascellari, la sequestrotomia, e il trattamento generale, antinfettivo prima, calcico poi per favorire il formarsi del callo.

Senza una adatta cura, questi malati guariscono sempre con asimmetrie facciali e con difetti dell'articolato dentario, quindi con disturbi della masticazione più o meno notevoli.

In ogni caso di osteomielite mascellare un po' esteso è necessario seguire con frequenti radiografie l'evolvere del processo, e prevenire la frattura immobilizzando la parte malata col blocco.



FIG. 3.

## AUTORIASSUNTO

Viene descritto un caso di frattura patologica della mandibola da osteomielite odontogena, guarito completamente dopo trattamento chirurgico e blocco dei mascellari.

## BIBLIOGRAFIA

DELONVRIER: « Thèse de Paris », 1907.

EDGLEY CURNECK: « Sect. of odontologie », n. 6, 1932.

LANDAIS: « La Revue de Stomatologie », t. XXXV, n. 6, pagg. 317-335, 1933.

L'HIRONDEL: « La Revue de Stomatologie », pagg. 123-129, 1933.

MILLIOT: « Thèse de Paris », 1906.

PACCAUD-BERGERET: « La Revue de Stomatologie », pagg. 785-790, 1930.

ROCCIA: « Cultura stomatologica », pagg. 732-752, 1929.

— « La Medicina contemporanea », fasc. III, 1940.

SPRAWSON: « The British dental Journal », n. 11, vol. LVIII, 1935.

343417

