



I tumori maligni del cavo orale

Tumori maligni del cavo orale

- Sono il 10% dei tumori dell'organismo.
- E' necessaria una diagnosi precoce, e questo è vero per ogni tipo di tumore maligno, ma, al contrario di altri distretti, qui è possibile fare una diagnosi precoce.
- Solitamente la diagnosi è tardiva perché il primo medico interpellato è il medico generico che non visita il paziente e non esamina mai la sua bocca demandando tutta la patologia orale al dentista. Sorge in questo caso un profilo di responsabilità professionale (malasanità).

Tumori maligni

- dell'epitelio
- dell'epitelio ghiandolare
- del sistema melanogenico
- del tessuto linfoide
- dei tessuti molli
- del tessuto osseo

Il carcinoma del cavo orale

- Presenta un'elevata incidenza.
- Prevalenza sesso maschile.
- Età adulta matura.
- Diagnosi spesso tardiva.
- Elevata letalità se non riconosciuto in tempo, ma grande possibilità di risoluzione completa se si interviene in tempo.

Il carcinoma del cavo orale

- Prolungata azione di stimoli fisici irritativi cronici in bocche con scarsa igiene orale
 - ◆ protesi incongrue
 - ◆ radici o denti con bordi taglienti
- Tabagismo
- Alcoolismo (epatopatia cronica)
- Uso di cibi troppo caldi (tè, caffè, infusi, minestre)
- Esposizione eccessiva ai raggi solari (labbro inferiore)
- Possibile multicentricità dei tumori in area aereo-digestiva superiore

Il carcinoma del cavo orale (istologia)

- Carcinoma in situ
- Carcinoma spinocellulare
- Carcinoma basocellulare

Tumori maligni dell'epitelio

Carcinoma in situ (o intraepiteliale)

- ◆ le cellule immature sono contenute nell'epitelio e disposte a nidi
- ◆ non vi è il superamento della membrana basale

Tumori maligni dell'epitelio

Carcinoma a cellule squamose

- ◆ tipo istologico più frequente
- ◆ Le cellule neoplastiche che dall'epitelio superficiale si approfondiscono superano la membrana basale infiltrando i tessuti sottostanti
- ◆ presenza di perle cornee (disposizione a cipolla)
- ◆ diverso aspetto macroscopico a seconda della localizzazione (labbro inferiore, lingua, pavimento ecc.)

Tumori maligni dell'epitelio

■ Carcinoma a cellule squamose (fattori di rischio) (da De Michelis, Modica, Re)

- ♦ età superiore ai 40 anni
- ♦ fumatore e/o bevitore
- ♦ epatopaziente
- ♦ igiene orale scadente
- ♦ portatore di precancerosi (eritroplachia, leucoplachia)
- ♦ prevalenza sesso maschile
- ♦ pregresso tumore delle vie aereo-digestive superiori

Tumori maligni dell'epitelio

■ Carcinoma a cellule squamose (varianti)

- ♦ **carcinoma verrucoso** (l'epitelio è ben differenziato con rare perle cornee, membrana basale intatta per lunghi periodi, poi s'infiltra)
- ♦ **carcinoma fusocellulare** (mitosi rare, atipie cellulari notevoli, cellule con forma fusata, alta malignità)
- ♦ **linfoepitelioma** (localizzato in regioni ricche di tessuto linfatico e ricco di infiltrato linfocitario)

IL CARCINOMA VERRUCOSO

Dott. P. DEBERTOLIS

Riassunto

L'autore prende in esame gli aspetti clinici ed istologici del carcinoma verrucoso. Una diagnosi precoce e la tempestiva asportazione chirurgica della neoformazione sono risolutive.

Summary

The author points out clinical and histological aspects of the verrucous carcinoma. Early diagnosis is important and surgical resection is the treatment of choice.

Istituto di Clinica Odontoiatrica
e Stomatologica
dell'Università degli Studi
di Trieste
Scuola di Specializzazione in
Odontostomatologia
(Direttore: Prof. Mario Silla)
Corso di Laurea in Odontoiatria
e Protesi Dentaria
(Presidente: Prof. Mario Silla)

Il carcinoma verrucoso del cavo orale fu riconosciuto e descritto per primo come entità clinica da Ackerman nel 1948.

Negli anni successivi numerosi altri autori hanno confermato e completato l'originale descrizione.

Scopo di questo elaborato è ripercorrere le caratteristiche che contraddistinguono tale neoplasia alla luce della casistica personale e dei nuovi dati emersi nella letteratura internazionale.

Il carcinoma verrucoso è una ben determinata variante del carcinoma spinocellulare.

Presenta una scarsa invasività locale e completa assenza di metastasi a distanza. Per questi motivi la prognosi dopo asportazione chirurgica sembra eccellente.

Shear e Pindborg (1980) hanno presentato un interessante lavoro che chiarisce alcuni aspetti di tale neoplasia. Questi Autori suddividono le lesioni del cavo orale con

aspetto verrucoso in due gruppi ben distinti: iperplasia verrucosa e carcinoma verrucoso. Queste due entità possono e sono clinicamente indistinguibili. Istologicamente si differenziano, invece, per una maggior profondità delle creste epiteliali nel connettivo sottostante nel caso del carcinoma. Per questi motivi il carcinoma può essere confuso dall'istologo con delle lesioni benigne, se il prelievo non è eseguito od esaminato con accuratezza. Anche Ferlito e Recher (1980), richiamano contemporaneamente l'attenzione a questa possibilità di confusione tra patologo e clinico.

Recentemente abbiamo, però, osservato in una donna di 70 anni un caso di iperplasia verrucosa estesa a tutto il palato che a ripetuti, approfonditi, esami istopatologici, con prelievi in sedi ed in tempi diversi, non ha mai mostrato alcuna isola carcinomatosa (fig. 1).

Nello stesso periodo Prioleau e coll. (1980) hanno tentato di spiegare il comportamento clinico del

tutto particolare del carcinoma verrucoso con delle osservazioni al microscopio elettronico, con uno studio autoradiografico e con la tecnica dell'immunofluorescenza. Secondo questa valutazione la scarsa invasività del tumore è in relazione alla ordinata proliferazione delle cellule squamose, con rari foci di modesta atipia e con la formazione di abbondanti emidesmosomi, e alla presenza di una spessa membrana basale. Questa membrana basale, indotta o prodotta dallo stesso tumore, molto raramente presenta piccole zone di distruzione.

Nell'incertezza che avvolge l'eziologia dei tumori in genere, ruolo fondamentale sarebbe svolto dal tabacco e dall'alcool. In particolare il malvezzo di masticare tabacco sembra una condizione fortemente predisponente. Ma ciò non spiega il verificarsi dello stesso tipo di tumore in altre sedi dell'organismo al di fuori del cavo orale come sui genitali esterni, sulla pianta dei piedi, nella regione anale.

Inoltre McCoy e Waldron (1981) su 49 casi di carcinoma verrucoso del cavo orale hanno osservato l'insorgenza di tale neoplasia in un buon numero di pazienti che non aveva mai fatto uso di tabacco. Senza entrare nel merito di tutti gli altri fattori irritanti cronici, che possono indurre un carcinoma del cavo orale, va citato Eisemberg (1985), che richiamò l'attenzione sulle modificazioni cellulari indotte da un virus presente in quasi la totalità dei suoi casi esaminati. In base alle alterazioni citologiche ri-

Tumori maligni dell'epitelio

■ Carcinoma a cellule basali

- ◆ raro
- ◆ più spesso al labbro superiore
- ◆ le cellule dello strato basale proliferano e si spingono in sede sottoepiteliale

Carcinoma orale

■ E' il 4% di tutti i tumori maligni

■ Aspetti iniziali (da De michelis, Modica ,Re)

- ♦ erosione molto superficiale
- ♦ lesione granuleggiante leggermente rilevata sulla superficie mucosa
- ♦ placca rilevata sulla superficie o nodulo duro ad aspetto sottoepiteliale
- ♦ placca eritroplasica

Carcinoma orale (sintomatologia)

- Nessun sintomo
- Fastidio meccanico
- Scarso sanguinamento
- Bruciore
- Lieve dolore al contatto coi cibi

Carcinoma orale

(aspetto macroscopico)

- Vegetante
- Ulcerativo
- Infiltrante
- Misto

Indurimento alla palpazione dei bordi
espressione di infiltrazione locale

Tumori maligni dell'epitelio ghiandolare

■ Adenocarcinoma

- ◆ deriva dalle ghiandole salivari minori
- ◆ superficialmente ulcerato, molle e infiltrante
- ◆ struttura ghiandolare altamente atipica con strutture tubulari e acinose disposte irregolarmente

■ Carcinoma in adenoma pleiomorfo (misto)

- ◆ alta malignità e crescita rapida
- ◆ la capsula appare infiltrata e le cellule penetrano nei tessuti circostanti, notevole atipia

Tumori maligni dei tessuti molli

■ Fibrosarcoma

- ◆ tumore maligno di origine fibroblastica
- ◆ massa di colorito grigio biancastro mal delimitata dai tessuti circostanti
- ◆ consistenza molle per ampia componente cellulare e scarsa componente collagenica
- ◆ non raro

Tumori maligni dei tessuti molli

■ Liposarcoma

- ◆ raro
- ◆ accrescimento molto lento si origina in regioni a maggior componente adiposa (guance)
- ◆ massa rotondeggiante, consistenza molle elastica
- ◆ colorito giallastro, plurilobata

Tumori maligni dei tessuti molli

- Leiomiosarcoma
- Rabdomiosarcoma
- Emangioendotelioma
- Emangiopericitoma

Tumori maligni del sistema melanogenico

■ Melanoma maligno

- ◆ colorito bruno nerastro, consistenza molliccia, talvolta ulcerato con piccoli noduli periferici
- ◆ alone eritematoso circostante (reazione infiammatoria) che circonda il tumore
- ◆ infiltra rapidamente i tessuti circostanti con precoce intressamento dei vasi
- ◆ frequenti metastasi

Diffusione linfonodale

- Linfonodi sottomascellari
- Linfonodo sottomentoniero
- Linfonodi laterocervicali
- Linfonodi sovraclaveari

Diffusione ematica

- Caratteristica biologica dei carcinomi del cavo orale è di rimanere a lungo confinati in sede e dare piuttosto un'evoluzione loco-regionale
- Polmone e ossa, di rado fegato e cervello

Tumori maligni dei mascellari

Sarcoma osteogenico tumore connettivale maligno abbastanza frequente (mandibola)

- **Sclerosante**, quando vi è produzione notevole di tessuto osseo
- **Osteolitico**, quando la quantità d'osso è minima e vi è invece uno stroma fibroconnettivale

Tumori maligni dei mascellari

Sarcoma osteogenico sclerosante

- Inizia nella midollare e solo poi si estende alla corticale dove provoca per reazione una proliferazione ossea limitrofa
- Tale reazione non ferma il tumore, che infiltra i tessuti molli
- Possibile l'infiltrazione del condilo e ATM

Tumori maligni dei mascellari

Sarcoma osteogenico osteolitico

- Distruzione ossea della corticale più estesa
- Parti molli maggiormente interessate
- Nuclei di calcificazione ridotti in numero e in volume
- Radiologicamente strie calcifiche perpendicolari all'osso

Tumori secondari del cavo orale

Debertolis, Bussani 1989

- ◆ Evento raro ma non infrequente
- ◆ Solitamente metastasi da carcinoma a partenza dalla mammella, polmone, tiroide, rene e talora prostata
- ◆ Quando ciò avviene sono colpite con maggior frequenza le strutture ossee in particolare la mandibola
- ◆ Di solito i tessuti molli sono poi infiltrati per l'estendersi oltre la corticale e il periostio

LE METASTASI ALLA LINGUA DA CARCINOMA DEL POLMONE

Introduzione

La localizzazione secondaria a livello del cavo orale di tumori originatisi in altri distretti dell'organismo è un evento piuttosto raro.

Solitamente il tumore d'origine è un carcinoma a partenza dalla mammella, dal polmone, dalla tiroide, dal rene, e talora, dalla prostata. Ma, quando ciò avviene, sono colpite con maggior frequenza le strutture ossee, in particolare la mandibola, e solo in una percentuale molto inferiore le parti molli e la mucosa.

Di solito i tessuti molli sono infiltrati successivamente per l'espandersi della metastasi oltre la corticale ossea ed il periostio, con conseguente estrinsecazione della neoplasia all'interno del cavo orale.

In certi casi la superinfezione dei tessuti infiltrati, magari già sofferenti per paradontopatie più o meno avanzate, può determinare l'insorgenza di fenomeni infiammatori acuti, talora scambiati per comuni ascessi odontogeni.

L'infiltrazione di un muscolo masticatorio o l'infiammazione reattiva a livello della sua inserzione ossea può determinare, invece, l'insorgenza di inordinazione funzionale nei movimenti di apertura-chiusura della bocca. L'odontoiatra può, in questi casi, essere tratto in inganno da squilibri oclusali preesistenti. Sarebbe opportuno, ogni volta che ci si ritrova di fronte a fenomeni di disocclusione di recente insorgenza, svolgere un accurato esame radiologico ortopantomografico per poter escludere patologie neoplastiche, gravi osteiti o pregressi traumi, che possono aver determinato il superamento dell'ampio margine di compenso possibile in una malocclusione. Infine, un'eteroplasia può dare segno di sé solo in una fase molto avanzata, con la comparsa di fratture patologiche durante la masticazione di cibi molto duri o per piccoli traumi (fig. 1).

Quando, al contrario, la localizzazione del tumore secondario è fin dall'inizio nelle parti molli, la gengiva è il tessuto più frequentemente colpito, ma in realtà nessuna porzione del cavo orale può esserne esclusa, come d'altra parte, anche tumori d'origine più disparata possono coinvolgere il distretto maxillo-facciale (fig. 2).

Anche la lingua può essere colpita da metastasi, senza dimenticare che è sicuramente la sede di più

frequente riscontro, piuttosto, del tumore primitivo del cavo orale, in particolare a livello dei margini (fig. 3).

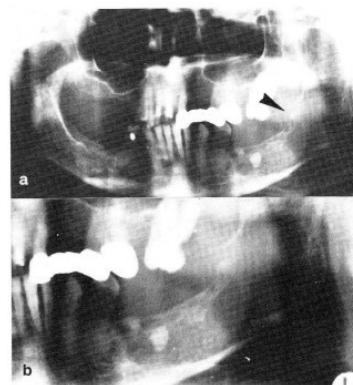


Figura 1 - Frattura patologica dell'emimandibola sinistra da plasmocitoma (a), particolare dello stesso radiogramma (b).



Figura 2 - Metastasi al palato da melanoma e partenza dalla gamba.

CASISTICA CLINICA

a cura del Prof. Mario Silla

METASTASI OSSEA DA CARCINOMA SIMULANTE UN ASCESSO ODONTOGENO

Dott. P. DEBERTOLIS

Riassunto

L'autore prende in esame gli aspetti eziopatogenetici e clinici delle metastasi ossee ai mascellari. Viene, inoltre, trattato un caso particolarmente significativo. Una diagnosi precoce, anche se non risolutiva del tumore, permette di risparmiare notevoli pene al malato e consente l'attuazione di una terapia mirata.

Istituto di Clinica Odontoiatrica
e Stomatologica
dell'Università degli Studi
di Trieste

Scuola di Specializzazione in
Odontostomatologia
(Direttore: prof. Mario Silla)

Corso di Laurea in Odontoiatria
e Protesi Dentaria
(Presidente: prof. Mario Silla)

presente in ogni parte dello scheletro, ma con l'aumentare dell'età è sostituito da tessuto adiposo (midollo giallo), con l'eccezione del cranio, sterno, costole, clavicole, vertebre, segmenti prossimali degli arti. Queste sono anche le zone dove si localizzano di preferenza le metastasi ossee.

Poiché nei mascellari, con gli anni, il midollo giallo va progressivamente sostituendo il midollo rosso, si spiegherebbe la rarità delle metastasi in questa sede.

Tutti i carcinomi possono determinare metastasi ossee seguendo la consueta sequenza: fegato-midollo osseo-polmone, ma solo alcuni tipi di carcinoma presentano un particolare tropismo per l'osso. Questi sono: il cancro del seno, della tiroide, della prostata.

Questo tipo di invasione metastatica sembra determinata non solo da un fattore meccanico, come già detto, ma da una particolare sensibilità di certi tipi di carcinomi al tessuto del midollo. Questo dato deve essere da guida nella ricerca anamnestica e clinica del tumore primitivo. Infatti, in un terzo dei casi la localizzazione nel cavo orale della metastasi, precede la comparsa sul piano clinico del tumore primitivo.

La principale via di accesso della metastasi nell'osso è rappresentata dalla corrente sanguigna (visto che il midollo non possiede un

Lo scheletro è la più comune sede di metastasi e nell'osso le lesioni secondarie sono più comuni degli stessi tumori primitivi.

Nei mascellari la situazione non è così drammatica, ed alcuni autori assommano a non più dell'1% di tutti i tumori maligni presenti nel cavo orale la percentuale legata a metastasi in questa sede.

Il processo di diffusione tumorale sembra prediligere le ossa più ricche di midollo osseo rosso. Il midollo contiene, infatti, diversi fattori chemiotattici (peptidi) per le cellule tumorali, che ne aumentano l'iperaderenza, e ne facilitano la migrazione diretta attraverso l'endotelio vasale. Inoltre, la stessa struttura vascolare della rete capillare, molto fitta, rende più facile l'impianto neoplastico.

Nei giovani il midollo osseo è



Fig. 1 - Metastasi mandibolare da carcinoma tiroideo. Aspetto obiettivo della paziente.

Tumori secondari del cavo orale

Debertolis, Bussani 1989

- La superinfezione dei tessuti infiltrati, già sofferenti può determinare l'insorgenza di fenomeni infiammatori acuti, scambiati per normali ascessi odontogeni
- Incoordinazione funzionale per infiltrazione di un muscolo o della sua inserzione ossea
- Fratture patologiche (masticazione, piccoli traumi)
- Se la metastasi è in origine nelle parti molli la gengiva è il tessuto più colpito

IL PLASMOCITOMA DEI MASCELLARI

Dott. P. DEBERTOLIS

Riassunto

L'A. prende in esame gli aspetti patogenetici, clinici e radiologici della diffusione del plasmocitoma ai mascellari. Tale patologia non è sempre tipica nei reperti sierologici ed urinari, tant'è che in caso di quadri clinici particolari solo la biopsia mirata risulta dirimente.

Summary

The author points out some pathogenic, clinical and radiological aspects of facial plasmocytoma. If clinical features are not specific, diagnosis is by biopsy.

Il plasmocitoma è una malattia sistemica maligna di natura plasmacellulare.

Essa comporta la presenza nel sangue di un'immunoglobulina omogenea o paraproteina di vario tipo (IgG, IgA, raramente IgD, IgE, IgM) e l'eliminazione urinaria di alcuni loro costituenti (catene leggere). Esiste anche una forma normoprotidemica non paraproteinica (plasmocitoma non secernente).

È tipico dell'adulto anziano e non sembra esserci una differenza significativa tra i due sessi. In particolare al di sotto dei 40 anni è assolutamente eccezionale.

La patogenesi è da ricercarsi nella selezione di una popolazione monoclonale di plasmacellule che progressivamente aumenta di volume e che interessa elettivamente l'apparato scheletrico. Tale feno-

Istituto di Clinica Odontoiatrica
e Stomatologica
dell'Università degli Studi
di Trieste

Scuola di Specializzazione in
Odontostomatologia
(Direttore: Prof. Mario Silla)

Corso di Laurea in Odontoiatria
e Protesi Dentaria
(Presidente: Prof. Mario Silla)

menologia invasiva è responsabile della maggior parte dei sintomi clinici (dolori ossei, algie radicalari, fratture spontanee patologiche, crolli vertebrali). Per tale motivo è spesso l'ortopedico a trattare inizialmente questa patologia.

Le lesioni osteolitiche e destruenti prediligono le ossa piatte (vertebre, cranio, bacino, costole), e nel distretto facciale la mandibola.

Per quanto riguarda la regione del capo e del collo, Batsakis classifica le possibili manifestazioni invasive del plasmocitoma in tre diverse espressioni cliniche: le lesioni ossee da mieloma multiplo diffuso, il plasmocitoma solitario, le forme extramidollari.

In quasi un terzo dei casi di mieloma multiplo è presente una localizzazione cervico-facciale ed è per questo motivo che, talora, lo stomatologo può essere chiamato per primo a diagnosticare tale neoplasia. Ed in alcuni rari casi (forma solitaria) la localizzazione facciale può essere l'unica, anche se ciò è più frequente in altri distretti.

Loh nel 1984, in una attenta ricerca nella letteratura internazionale, è riuscito a raccogliere solo 24 casi in 35 anni di plasmocitoma solitario dei mascellari.

La forma extramidollare, anche piuttosto rara, predilige i tessuti molli delle vie aeree superiori.

Il problema che si pone più di frequente per lo stomatologo, in questo frangente, è quello di una lesione radiotrasparente senza orletto di addensamento, prevalentemente localizzata nella branca orizzontale della mandibola o in corrispondenza dell'angolo.

Viste le discrete possibilità terapeutiche con cicli di melphalan, piuttosto efficace per l'elettiva azione plasmocitolitica, associato o no a terapia radiante locale, diventa indispensabile una diagnosi precoce.

La maggior parte degli autori segnala dolore nella sede della lesione, associata con perdita degli elementi dentari contigui o della loro vitalità. Talora può svilupparsi frattura spontanea. Ma solo in forme estremamente evolute vi è un'ulcerazione della mucosa sovrastante. Si tratta, quindi, di sintomi non specifici, dettati dallo stato avanzato della neoplasia e, solitamente, la condizione generale è ignorata dal paziente. Non vi è adenopatia cervicale.

La localizzazione iniziale colpisce la porzione posteriore della mandibola per la presenza di ampi spazi midollari. La crescita avviene poi lungo tutto il canale midollare, con possibilità di espansione anche nelle regioni edentule e nei