UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE
ISTITUTO DI CLINICA ODONTOIATRICA E STOMATOLOGICA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ODONTOSTOMATOLOGIA
DIRETTORE: PROF. M. SILLA

CORSO DI LAUREA IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA
PRESIDENTE: PROF. M. SILLA

ISTITUZIONI DI ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA
PROF. F. SILVESTRI

P. DEBERTOLIS - R. BUSSANI

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 incordinazione funzionale nei movimenti di apertura-chiusura della bocca. L'odontoiatra può, in questi casi, essere tratto in inganno da squilibri occlusali 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 neoformative, 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 sè 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).

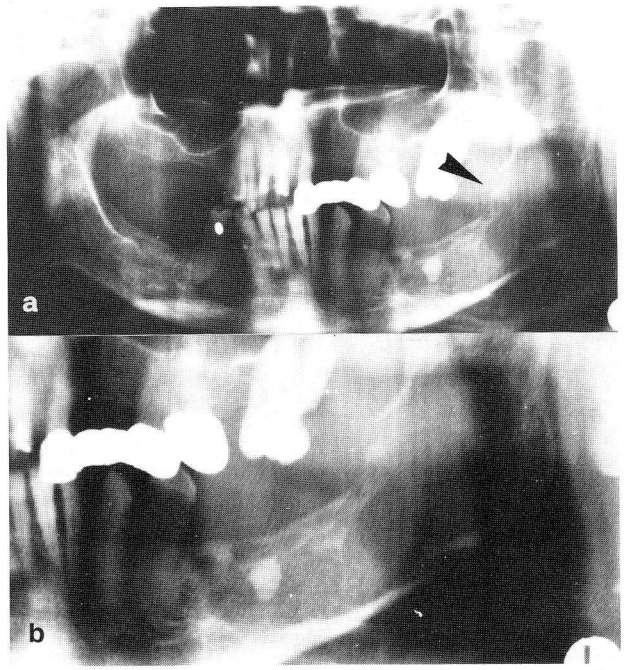

Figura 1 - Frattura patologica dell'emimandibola sinistra da plasmocitoma (a), particolare dello stesso radiogramma (b).

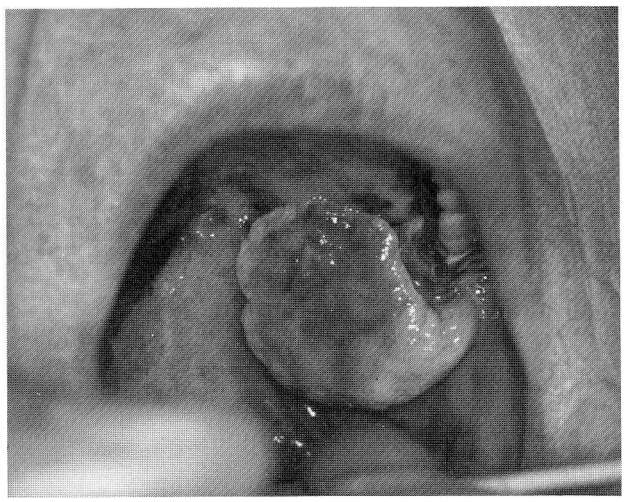

Figura 2 - Metastasi al palato da melanoma e partenza dalla gamba.

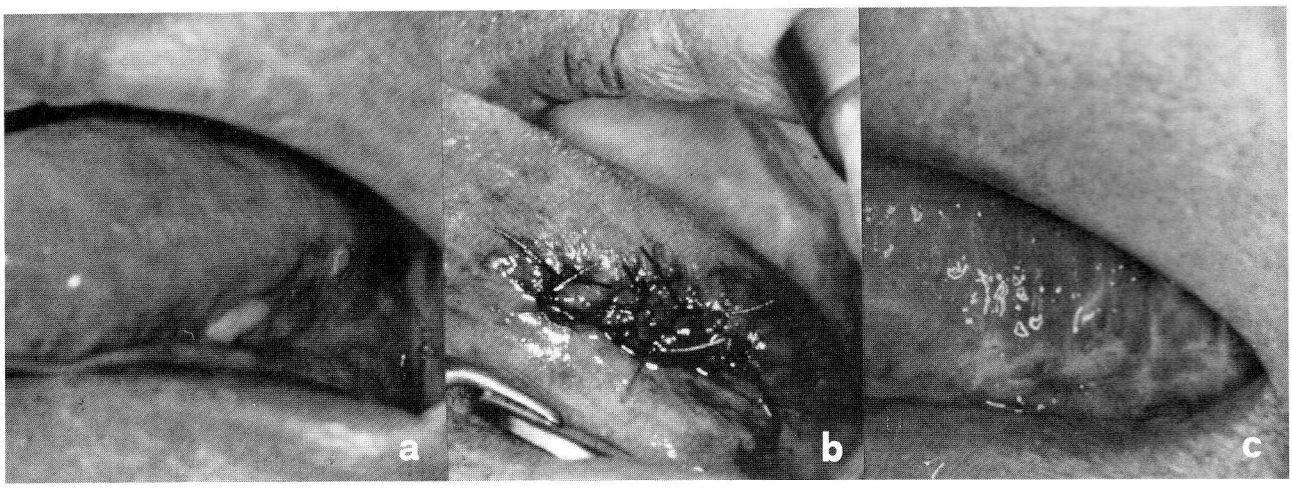

Figura 3 - Carcinoma squamoso del bordo linguale (a). Dopo resizione con elettrobisturi (b). Controllo ad un mese (c).

Nel caso dell'osservazione di una neoformazione maligna a livello linguale, l'ipotesi che si tratti di un tumore originatosi in un'altra sede rimane un'eventualità che va considerata assolutamente infrequente.

Nella maggior parte dei casi di metastasi alla lingua, la neoplasia d'origine sembrava trattarsi principalmente di un carcinoma d'origine bronchiogena e sono numerosi i casi riportati in letteratura. Se la neoplasia primitiva non è d'origine polmonare la sede di partenza è comunque data da metastasi già localizzate al polmone. Si tratta soprattutto di carcinomi scarsamente differenziati od addirittura anaplastici e a «chicchi d'avena». Questo aspetto istologico può riprodurre il tumore d'origine, ma molto spesso l'esame bioptico rivela un'ulteriore sdifferenziazione cellulare.

La via di accesso per tali metastasi è esclusivamente la via ematica attraverso la carotide esterna. La porzione più facilmente colpita è la base della lingua. Questa predilezione di sede sembra dovuta al più ricco apporto vascolare esistente a questo livello.

Macroscopicamente si presentano come neoformazioni a rapida crescita di tipo peduncolato o sessile, ma comunque friabile, o ulcerato con aspetto «a cratere», molto più raramente di una massa a sviluppo intramurale.

Il trattamento più indicato è di tipo radiante palliativo, ma la prognosi è inevitabilmente infausta in breve tempo.

Riportiamo, a questo proposito, due casi clinici di metastasi della lingua giunti alla nostra osservazione, corredati dei rispettivi reperti autoptici, che ci consentono di acquisire ulteriori dati di notevole interesse.

Materiali e metodi

Su entrambi i soggetti sottoposti ad autopsia sono stati effettuati prelievi multipli della neoplasia primitiva e delle metastasi.

In particolare, per quanto riguarda il cavo orale, prelievi multipli vennero effettuati a carico della lingua e degli altri organi della cavità orale che avrebbero potuto costituire la sede di un altro tumore primitivo (tonsille, ghiandole salivari, epifaringe). Sono state, inoltre, analizzate le stazioni linfonodali locoregionali. Il materiale prelevato è stato fissato in una soluzione neutra di formalina al 10% e successivamente incluso in paraffina.

Dal materiale incluso si sono ricavate sezioni microtomiche dello spessore di 5-6 micron sulle quali sono state effettuate le colorazioni ematossilina-eosina, acido periodico di Schiff e van Gieson.

Caso 1.

Un uomo di 67 anni venne ricoverato presso una divisione di malattie polmonari per una sintomatologia contrassegnata da dolori toracici diffusi e disfonia insorta da circa un mese. Ad una visita otoiatrica eseguita ambulatoriamente era stata rilevata una paralisi del nervo ricorrente di sinistra.

Le condizioni del paziente apparivano nel complesso buone, salvo alcuni problemi connessi ad un'arteriopatia obliterante degli arti inferiori datata da lungo tempo. Era però presente un'adenopatia in sede ascellare e sovraclaveare destra, con linfonodi aumentati di volume ed aderenti ai piani superficiali e profondi.

Il paziente era un fumatore (10 sigarette die) ed un discreto alcoolista.

Il radiogramma del torace evidenziò una opacità periferica del polmone di destra. Dopo ripetuti esami citologici dell'espettorato, del tutto negativi, si procedette ad un agoaspirato linfonodale, che rilevò elementi cellulari atipici di tipo carcinomatoso.

Le condizioni del paziente andarono incontro ad un progressivo, rapido e grave scadimento fino all'exitus, che sopraggiunse a 45 giorni dall'inizio della

degenza. All'esame autoptico il paziente appariva cachettico (altezza m. 1,75 e peso 45 kg).

I polmoni risultavano aumentati di peso, volume e consistenza (polmone destro: 800 g.; polmone sinistro 750 g.).

Nella regione subpleurica del polmone destro si riscontrava la presenza di una neoplasia primitiva costituita da una massa lardacea ampiamente necrotica ed escavata del diametro di cm. 3x5. Noduli metastatici erano evidenziabili ai linfonodi mediastinici ilari destri, alla tiroide, al miocardio, al fegato, all'intestino ed allo scheletro. In particolare, al bordo destro della lingua, al terzo posteriore, si riscontrava un nodulo lardaceo, a margini bel delimitati, del diametro di 7 mm., leggermente sporgente al di sopra della mucosa (fig. 4).

All'esame istologico il tumore polmonare presentava i caratteri dell'istotipo «carcinoma anaplastico a grandi cellule».

Tali caratteri permanevano invariati negli organi bersaglio nei quali i caratteri morfologici del tessuto neoformato erano quelli di neoplasie secondarie.

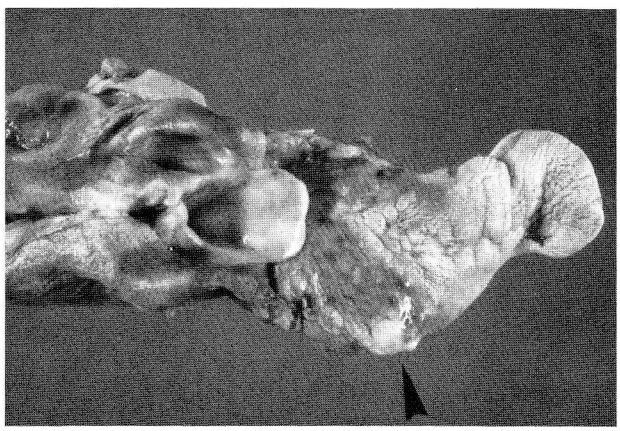

Figura 4 - Caso 1. Reperto autoptico. Presenza di nodulo metastatico nel terzo posteriore della lingua a destra.

Caso 2.

Un uomo di 74 anni venne ricoverato presso una divisione di medicina generale in seguito alla comparsa di dolori epigastrici di natura non definita.

Tale dolore, da circa sei mesi, compariva solo in fase post-prandiale e si accompagnava a difficoltà digestiva. Per questa sintomatologia il paziente aveva limitato di molto la propria alimentazione e a questi motivi attribuiva una perdita ponderale di circa 10 kg.

Da 10 mesi aveva smesso di fumare (in precedenza 15 sigarette die) e di assumere alcoolici (fino ad allora un litro di vino die). Il dolore da alcuni giorni era diventato continuo ed era comparsa dispnea da sforzo.

Nove anni prima il paziente aveva sofferto di ematuria, risoltasi poi spontaneamente. In generale, aveva sempre goduto di buona salute salvo saltuari episodi di colite.

Il paziente appariva in scadute condizioni generali ed era presente febbre. L'addome era dolente alla palpazione profonda in sede epigastrica. Vi era marcata ipofonesi nei campi polmonari superiori a destra.

La gastroscopia, eseguita con prelievo bioptico, mise in evidenza solo una gastrite atrofica. Ma il radiogramma del torace rivelò un notevole addensamento in sede ilare destra e tutto il campo superiore dallo stesso lato appariva velato.

La tomografia polmonare destra, eseguita qualche giorno dopo, permise di evidenziare una notevole compromissione della canalizzazione del bronco superiore e delle sue diramazioni, nonché la totale atelettasia del bronco apicale. Venne posta diagnosi di eteroplasia polmonare destra.

La dispnea in pochi giorni subì un notevole aggravamento ed il paziente, 15 giorni dopo il suo ricovero, venne a morte.

All'autopsia si poteva osservare un cadavere alto m. 1,70 e del peso di 59 kg.

Il polmone sinistro, del peso di 470 g, appariva enfisematoso.

Il polmone destro, del peso di 830 g., era aumentato di peso, volume e consistenza, ed a livello ilare era infiltrato da una massa lardacea originatasi dal tronco lobare superiore del diametro di 3,5x4 cm contraddistinta da fenomeni di necrosi.

Un altro nodulo lardaceo, del diametro di 2x2,5 cm era situato all'apice dello stesso lobo. Lesioni secondarie erano presenti a carico dei linfonodi ilari, alla testa del pancreas, al rene destro ed alla vescica nel contesto di un carcinoma papillare primitivo della stessa.

Alla radice della lingua si notava una formazione sessile di circa 15 mm di diametro, lardacea al taglio (fig. 5).

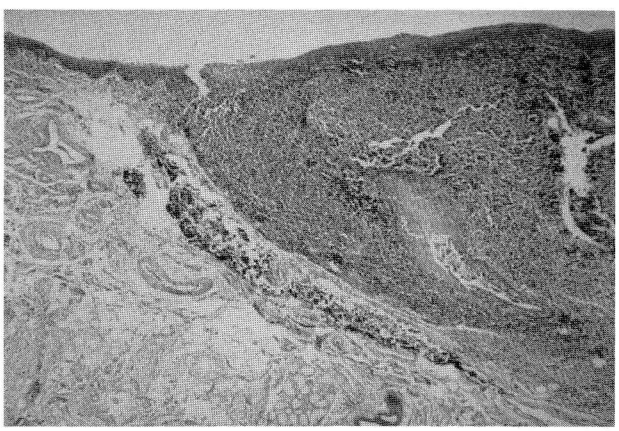

Figura 5 - Caso 2. Carcinoma anaplastico a piccole cellule infiltrante il tessuto linguale (x40 emat.-eos.).

All'esame istologico la neoplasia polmonare presentava i caratteri dell'istotipo «carcinoma anaplastico a piccole cellule». Questi risultavano invariati anche nelle localizzazioni secondarie.

Discussione e conclusioni

Kaugars e Svirsky (1981) hanno confrontato 38 casi di metastasi al cavo orale determinate da eteroplasia polmonare presenti in letteratura. Tra questi solo 8 erano localizzate alla lingua. Ed in questo caso non erano quasi mai il primo segno sul piano clinico del tumore primitivo. Anche nella nostra esperienza lo sviluppo della metastasi linguale era indice di una diffusione massiva ad altri organi attraverso la circolazione ematica.

Le metastasi linguali da noi rilevate non hanno quasi mai assunto tale rilevanza da interferire notevolmente con l'articolazione della parola o con la masticazione. Ma alla loro comparsa lo scadimento delle condizioni generali di entrambi i pazienti era di tale livello da concludersi inevitabilmente con l'exitus degli stessi in tempi brevi.

Come rilevato da altri autori, gli istotipi rilevati corrispondevano a forme molto maligne e a rapida progressione.

Tutto ciò sembra suggerire che la comparsa sul piano clinico di una neoformazione maligna sulla lingua, senza un reperto anamnestico di pregressa neoplasia, è sempre indice di un tumore primitivo di quest'organo.

Nel caso di tumore secondario, invece, la sua comparsa a livello della lingua sta ad indicare una caduta di resistenza delle difese dell'organismo ed un notevole peggioramento della prognosi quod vitam.

Riassunto

Le metastasi ai tessuti molli del cavo orale, a partenza da tumori localizzati in altri distretti dell'organismo, sono molto rare. Tra queste le metastasi alla lingua appaiono estremamente infrequenti ed indicano un notevole scadimento delle condizioni di resistenza dell'organismo.

Vengono anche descritti due casi di carcinoma polmonare metastatizzato alla lingua completi di rilievo autoptico che evidenzia le reali capacità invasive del tumore primitivo nei confronti dell'intero organismo.

Summary

Metastatic tumors in soft tissues of oral cavity are uncommon, but tongue metastasis are quite infrequent. If it occurs, the invasion is indicative of a drop in the whole organism defenses.

We describe two cases of lung carcinoma spreaded to the tongue and the post-mortem examinations. Before oral manifestations we confirm the development of many metastases located in various organs.

Bibliografia

Batsakis J.G.: «Invasion of the microcirculation in head and neck cancer». Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. n. 93: 646; 1984.

Berettoni B.A., Carter J.R.: «Mechanisms of cancer metastasis to bone». J. Bone Joint Surg. Vol. 68-A n. 2: 308; 1986.

Carl W.: «Tumor metastases to the oral cavity». Quint. Int. n. 2: 11; 1980.

Cramer S.F., Carter J.K. et al.: «The cellular basis of metastatic bone disease in patients with lung cancer». Cancer n. 48: 2649; 1981.

Debertolis P.: «Osservazioni sul carcinoma del margine linguale». Stom. Med. vol. VII n. 4: 441; 1987.

Debertolis P.: «Metastasi ossea da carcinoma simulante un ascesso odontogeno». Odontostom. Implantoprotesi n. 2: 32; 1988.

Debertolis P.: «Il plasmocitoma dei mascellari». Odontostom. Implantoprotesi n. 5: 38; 1988.

De Michelis B., Modica R., Re G.: «Trattato di Clinica Odontostomatologica». Ed. Min. Med., II ed.; Torino, 1986.

Fratter G.: «Neoplasie maligne secondarie dei mascellari e dei tessuti molli del cavo orale». Odontostom. Implantoprotesi. n. 7: 64; 1987.

Hoffer O., Silla M., Vogel G., Hoffer E.: «Clinica Odontostomatologica». Ed. Scienze e Tecnica Dentistica Int.; Milano, 1981.

Kaugars G.E., Svirsky J.A.: «Lung malignancies metastatic to the oral cavity». Oral Surg. vol. 51 n. 2: 179; 1981.

Kim R.Y., Perry S.R., Levy D.S.: «Metastatic carcinoma to the tongue. A report of two cases and a review of the literature». Cancer vol. 43 n. 1: 386; 1979.

Linkous C.M., Welch J.T.: «Metastatic malignant tumors to the jaws». Oral Surg. n. 38: 703; 1974.

Pulci R., Foti V., De Angelis P.: «Mesotelioma pleurico metastatizzato alla lingua». Parod. Stom. Nuova n. 1: 17; 1988.

Roberts S.S., Watne A.L., McGrew E.A., McGrath R.G., Nanos S., Cole W.H.: «Cancer cells in circulating blood». Surg. Forum n. 8: 147; 1958.

Silla M., Pignanelli M.: «Diagnosi differenziale delle immagini di radiopacità in radiologia dentaria». Dental Cadmos n. 10; 1962.

Van Der Kvast W.A.M., Van Der Waal I.: «Jaw metastases». Oral Surg. n. 37: 850; 1974.

Van Dongen J.A.: «Haematogene metastasen». Ed. Scheltema en Holkema; Amsterdam, 1961.

Zegarelli D.J., Tsukada Y., Pickren J.W., Green G.W.: «Metastatic tumor to the toungue». Oral Surg. n. 35: 202; 1973.