

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 paraproteinemica (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 radicolari, 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

rami mandibolari. Sono descritti dei casi a localizzazione condilare.

Di fronte a lesioni di questo genere in persone in età adulta-anziana sarebbe sempre utile eseguire anche un'elettroforesi proteica sierica per ricercare il tipico aspetto "a due guglie di duomo" o "a corna" determinato dall'immunoglobulina monoclonale del plasmocitoma.

L'espansione midollare è spesso responsabile di un'anemia, mentre un'attiva osteolisi può determinare

dal ed il citoplasma si colora di scuro se il test è positivo per quel tipo di catena leggera.

L'esame biptico non è, invece, in grado di differenziare le forme di mieloma multiplo dalla forma di plasmocitoma solitario. Solo l'osservazione clinica è in grado di dirimere queste due condizioni con diversa capacità evolutiva.

Un caso paradigmatico, anche se atipico, in questo senso è quello di una paziente di 61 anni, che alcuni giorni prima della nostra os-

ta notevolmente e l'occlusione non era stabile, ma la palpazione a livello dell'ATM destra e sinistra non risvegliava dolore. Al contrario, in corrispondenza dell'angolo gonico sinistro vi era cospicua dolorabilità sia extraorale che intraorale. Non vi era la presenza di alcuna tumefazione in questa sede, e la cresta dentaria edentula non presentava alcuna alterazione della mucosa. Venne eseguita una radiografia panoramica a bocca aperta e chiusa per studiare la di-

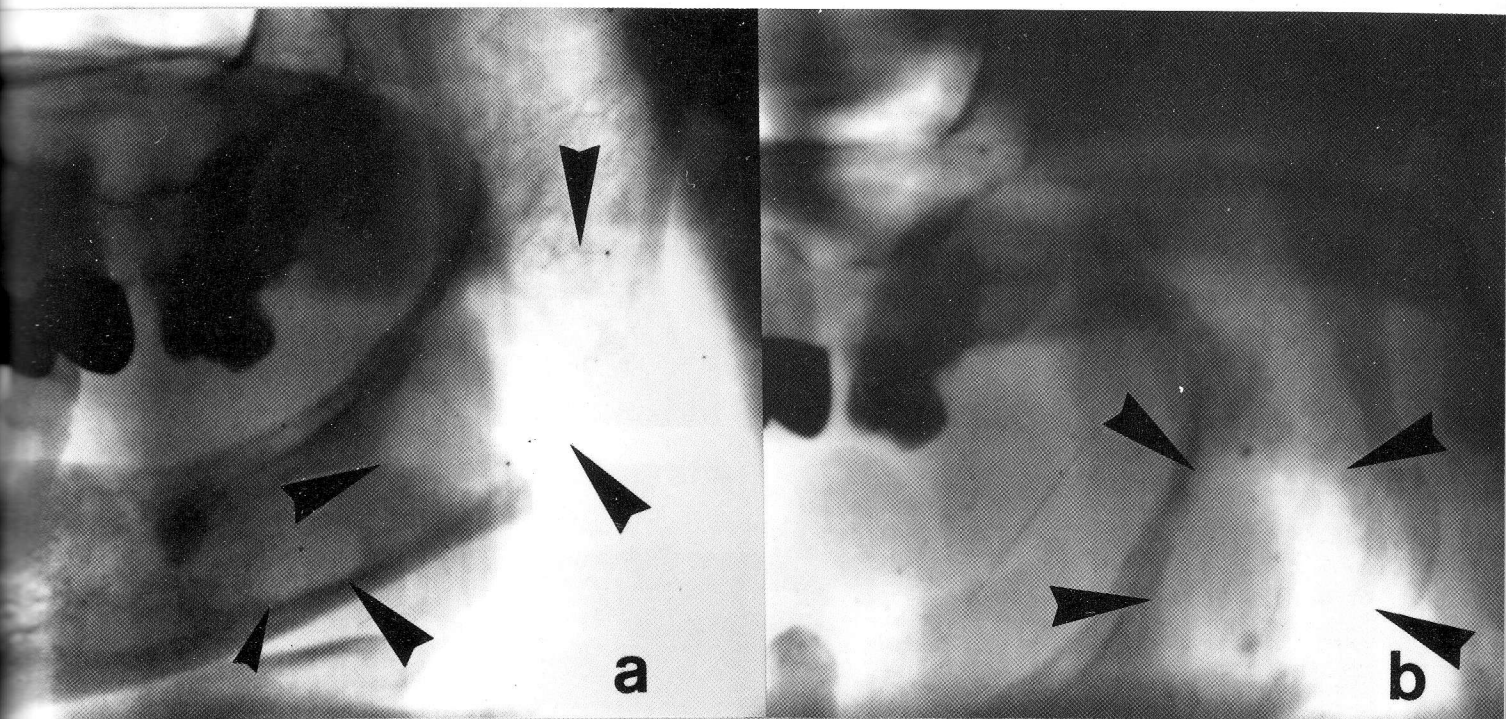


Fig. 1 - Particolare di esame radiografico panoramico dei mascellari a bocca chiusa (a) ed aperta (b). Si mettono in evidenza le radiotrasparenze a limiti sfumati.

ipercalcemia. L'insufficienza renale cronica, solitamente reversibile, determinata dal precipitare della paraproteina a livello del sistema emuntorio, chiude il quadro sintomatologico generale.

L'esame istopatologico riveste una notevole importanza nella diagnosi differenziale con altre neoplasie osteodistruttive, quando i test sierologici ed urinari non sono dirimenti. Di particolare utilità sono le colorazioni con immuno-perossidasi. Il vantaggio di questa tecnica di colorazione è l'evidenziazione delle catene leggere con metodologie colorimetrica, mantenendo inalterata la morfologia cellulare. È possibile valutare il tipo di catena leggera presente (kappa o lamb-

servazione accusò una lussazione accidentale di mandibola in seguito ad uno sbadiglio. La paziente riuscì a riportare la mandibola in posizione normale, ma permaneva intenso dolore a livello dell'ATM di sinistra esacerbato dai movimenti masticatori. Per tale motivo si rivolse presso la nostra Clinica. All'esame obiettivo era evidente la notevole limitazione nei movimenti di apertura con laterodeviante verso destra. La formula dentaria era ridot-

namica condilare. I radiogrammi evidenziarono un'area lacunare di grandi dimensioni a limiti sfumati nella regione dell'angolo sinistro ed una di più piccole dimensioni nella regione della branca orizzontale omolaterale con le medesime caratteristiche (fig. 1). L'incoordinazione funzionale della muscolatura masticatoria era, perciò, presumibilmente determinata dal coinvolgimento dell'inserzione del muscolo pterigoideo interno e del massetere nei fenomeni reattivi al processo espansivo localizzato all'angolo della mandibola. Veniva così motivata la lussazione accidentale della mandibola.

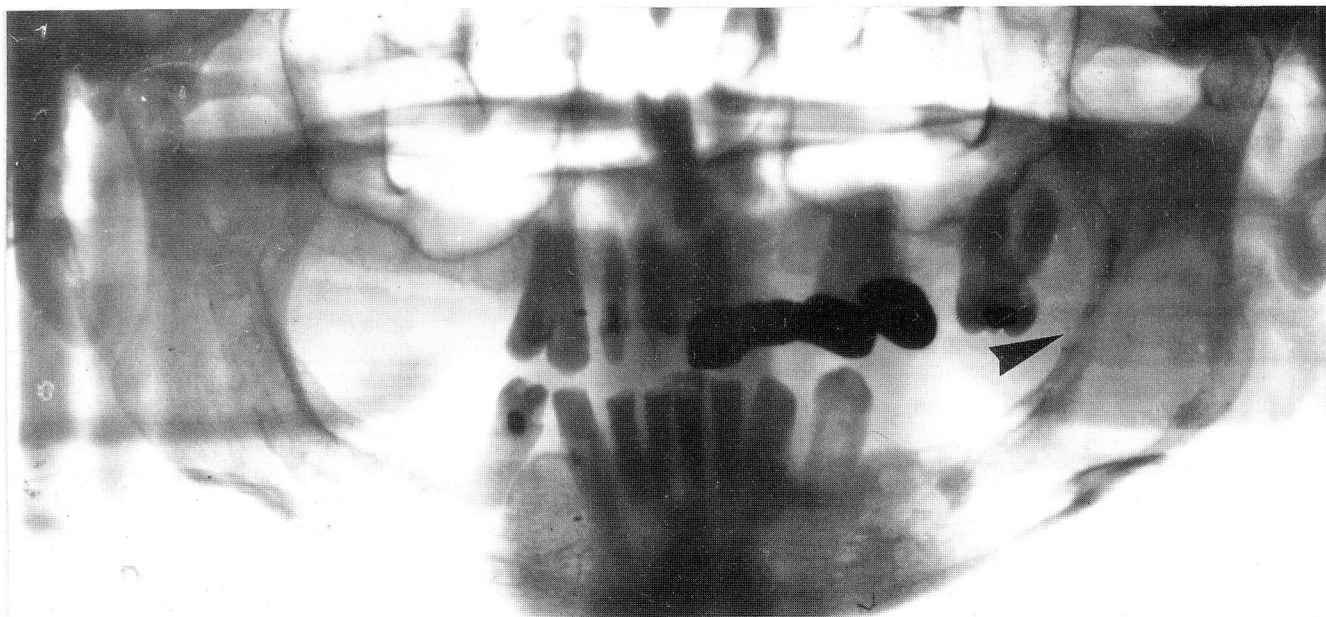
Nell'anamnesi della paziente vi era un pregresso intervento di qua-

CASISTICA CLINICA

drantectomia della mammella sinistra subito alcuni anni prima. Venne, pertanto, disposto il ricovero della paziente con il presupposto di trovarsi di fronte ad una metastasi da carcinoma. I reperti ematochimici erano perfettamente nella norma, tranne che per un lieve innalzarsi della fosforemia. In particolare non vi era anemia né piastrinopenia. Ugualmente l'elettroforesi proteica era normale. Non vi era proteinuria.

Durante la degenza vennero eseguiti ripetuti radiogrammi del cranio, nelle consuete proiezioni, che misero in evidenza numerose aree di osteolisi della teca cranica (fig. 2). L'aspetto così tipicamente "a legno tarlato" insospettì i sanitari che richiesero la ricerca delle proteine di Bence-Jones nelle urine. La ricerca risultò negativa. La scintigrafia ossea evidenziò la captazione del tracciante solamente a livel-

Fig. 2 - Radiogramma mirato della volta cranica. Sono presenti piccole aree osteolitiche.



lo mandibolare. Gli altri esami strumentali ugualmente non ebbero alcun esito dirimente (ecografia epatica, mammaria e renale, rx del torace etc.). Si decise pertanto di procedere ad una biopsia mirata della lesione, che dopo 15 giorni dal primo radiogramma panoramico aveva già eroso la corticale os-

Fig. 3 - Esame radiografico panoramico eseguito 15 giorni dopo. È evidente l'interruzione della corticale ossea.

sea del processo alveolare (fig. 3).

L'esame istopatologico rivelò la presenza di elementi plasmocitari atipici in notevole quantità con nu-

clei dismetrici, cromatina irregolarmente distribuita e nucleolo ben evidente. Il quadro istologico si accordava con la diagnosi di plasmocitoma (fig. 4).

La paziente venne, perciò, avviata ad un centro radiochemioterapico per iniziare una terapia mirata.

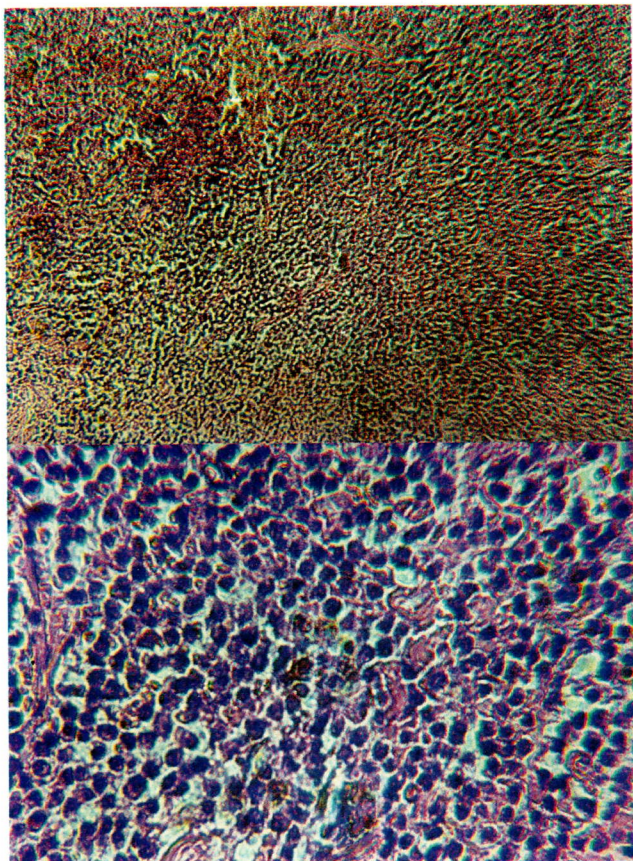


Fig. 4 -
Aspetti istologici
del plasmocitoma
riscontrato a
diverso
ingrandimento.

In conclusione il mancato riscontro del tipico profilo elettroforetico sierico "a guglie di duomo" e l'anamnesi positiva per un pregresso carcinoma della mammella ha provocato un certo disorientamento diagnostico. Bisogna ricordare che nei plasmocitomi Bence-Jones (circa il 20%) non vi è il riscontro del reperto sierologico, ma vi è la presenza nelle urine delle catene leggere. In questo caso l'immunolettroforesi specifica anti-kappa e anti-lambda (catene leggere) è sicuramente più affidabile del grossolano test del calore.

Purtroppo nelle forme non secernenti (meno del 3%), come nel caso illustrato, non vi è la possibilità di utilizzare alcuno di questi test, proprio per le caratteristiche intrinseche di tale varietà di plasmocitoma. In questo caso, la sicurezza di diagnosi, che deve essere precisa per instaurare una terapia specifica, si può ottenere solo con il riscontro citopatologico o ancora meglio istopatologico.

Dott. P. Debertolis

Bibliografia

- BASTAKIS J.G.: "Tumors of the head and neck", Williams and Wilkins Co., Baltimore; 1979.
- BATSAKIS J.G.: "Plasma cell tumors of head and neck", Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. vol. 92: 311; 1983.
- BATSAKIS J.G.: "Invasion of the microcirculation in head and neck cancer", Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. n. 93: 646; 1984.
- BENETTI C., BARIATTI M.: "Plasmocitoma dei mascellari", Riv. Ital. Stomatol. vol. 51 n. 12: 1041; 1982.
- BORIO P.S., SAUDINO CHINE M., ORLASSINO R.: "Studio immuno-istochimico di un caso di plasmocitoma solitario localizzato alla lingua", Min. Stom. vol. 34 n. 4: 695; 1985.
- DEBERTOLIS P.: "Metastasi ossea da carcinoma simulante un ascesso odontogeno", Odontostom. Implantoprotesi n. 2: 32; 1988.
- DE MICHELIS B., MODICA R., RE G.: "Trattato di clinica odontostomatologica", Ed. Min. Med., II ed.; Torino, 1986.
- FERRARI PARABITA G., DERADA TROLETI G., SOARDI C., ZANE A.M.: "Il plasmocitoma solitario dei mascellari", Min. Stom. vol. 34 n. 2: 263; 1985.
- GNUDI S., OLMI R., MORONI A., VINCENZI G.: "Effetti della terapia fluoro-calcica associata alla terapia antitumorale nel plasmocitoma. Contributo casistico", Chir. Organi Mov. vol. 67 n. 6: 697; 1981.
- HOFFER O., SILLA M., VOGEL G., HOFFER E.: "Clinica odontostomatologica", Ed. Scienze e Tecnica Dentistica Int.; Milano, 1981.
- LAURENT F., CHAUSSE J.F., TOCCANIER M.F., KUFFER R.: "Plasmocytome solitaire de la mandibule", Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. vol. 86 n. 1: 32; 1985.
- LOH H.S.: "A retrospective evaluation of 23 reported cases of solitary plasmocytoma of mandible, with an additional case report", Br. J. Oral. Maxillofac. Surg. vol. 22 n. 3: 216; 1984.
- LUBOINSKI B., CAILLAUD J.M., LERIDANT A.M., BOSQ J., MICHEAU C.: "The usefulness of the immunoglobulin P.A.P. method for the prognostic evaluation of head and neck plasmocytoma", Pathol. Res. Pract. vol. 179 n. 6: 629; 1985.
- MUSTOE T.A., FRIED M.P., GOODMAN M.L., KELLY J.H., STROME M.: "Osteosclerotic plasmocytoma of maxillary bone (orbital floor)", J. Laryngol. Otol. vol. 98 n. 9: 929; 1984.
- SILLA M., CARDANI A.: "L'indagine panoramica dei mascellari in clinica odontostomatologica", Radiographica n. 24: 1; 1969.
- SILLA M., PIGNANELLI M.: "Diagnosi differenziale delle immagini di radiopacità in radiologia dentaria", Dental Cadmos n. 10; 1962.
- TEODORI U.: "Trattato di patologia medica", Ed. Universo, Roma; 1980.
- VAN DER KVAAT W.A.M., VAN DER WAAL I.: "Jaw metastases", Oral. Surg. n. 37: 850; 1974.
- WALDENSTROM J.: "Studies on abnormal serum globulin (M-components) in myeloma macroglobulinemia and related diseases: clinical diagnosis and biochemical finding in material of 296 sera with M-type narrow globulins", Acta Med. Scand. Suppl. n. 367: 110; 1961.
- WRIGHT B.A., WYSOCKI G.P., BANNERJEE D.: "Diagnostic use of immunoperoxidase techniques for plasma cell lesions of the jaws", Oral. Surg. vol. 52 n. 6: 615; 1981.