

CISTI DEL MASCELLARE SUPERIORE

ALBERTO PUJIA*
GIULIO MARIANI**

Riassunto

Una Cisti è una cavità contenente liquido, materiale semisolido (sebo, cheratina o colesterolo) o semplicemente aria, circondata da una parete di tessuto connettivo definitivo.

Le cisti sono una patologia ad espansione locale, deostruente quando a carico delle ossa mascellari, talvolta causa di fratture patologiche della mandibola.

La terapia di tutte le cisti ossee è rappresentata dall'escissione chirurgica in toto della lesione.

Parole chiave

Cisti, Implantologia immediata, Terapia chirurgica.

Abstract

A Cysts it is a containing hollow liquid, material semisolido (sebo, keratin or cholesterol) or air, simply surrounded by a wall of definitive connective fabric.

The cysts are an expansion local pathology, deostruente when to load of the maxillary bones, sometimes cause of pathological fractures of the jaw.

The therapy of all the bony cysts is represented by the escissione surgical in toto of the lesion.

Key words

Cysts, Surgical Therapy, implantology immediatly.

• Attual Odontostomatol 23 (2): 89-92, 2007

Introduzione

La chirurgia è un atto di aggressione ai danni del nostro organismo, questo per dire che le indicazioni chirurgiche devono essere ben valutate, come ben valutati devono essere i tempi ed i modi dell'intervento.

Soltanto da pochi anni si sta cercando di selezionare il tipo di intervento per rendere più accettabile per il paziente l'approccio all'atto chirurgico, allo stesso modo si cerca di limitare i giorni di degenza al paziente.

Nell'ambito della chirurgia orale ci troviamo sempre più spesso a trattare casi anche decentemente complicati in regime ambulatoriale, a volte avvalendoci dell'aiuto dei colleghi anestesisti, per una leggera sedazione, i vantaggi

per il paziente sono molteplici, al chirurgo operatore spetta forse il compito più delicato, perchè deve essere più preciso e veloce possibile nello stesso tempo.

Il paziente deve essere studiato molto scrupolosamente prima dell'intervento proprio per diminuire il più possibile gli imprevisti, è di grande importanza l'aspetto psicologico con il quale affronta l'intervento. Proprio a questo proposito la nostra esperienza ci permette di consigliare una leggera sedazione nei casi di pazienti ansiosi oppure quando si prevede che l'intervento possa durare più di 45 minuti. La sedazione oltre ha far sopportare meglio l'intervento e non lasciare un brutto ricordo al paziente, fa lavorare più tranquillamente l'operatore.

* *Odontoiatra, Ricercatore – Università degli Studi di TorVergata*

** *Specializzato in Chirurgia Maxillo-Facciale – Università degli Studi di TorVergata*

Oltre alla chirurgia implantare standard, è ormai diventato quotidiano fare prelievi (sinfisi e/o angolo mandibolare) e contemporaneo innesto, piccoli e grandi rialzo del pavimento del seno mascellare con implantologia immediata, enucleazioni di neoformazioni cistiche e contemporaneo implantologia.

Definizione di cisti

Il termine cisti indica uno spazio cavitario patologico, rivestito da epitelio, che presenta una modalità di accrescimento centrifugo ed espansivo; vengono quindi interessate le strutture anatomiche confinanti. Il contenuto della cisti è formato da siero e composti del colesterolo. È possibile il riassorbimento radicolare dei denti interessati dal processo cistico.

La classificazione delle cisti secondo l'OMS è la seguente:

Cisti dovute a disturbi di sviluppo distinte in:

Cisti odontogene:

- cheratocisti (cisti primordiali); cisti gengivali; cisti da eruzione;
- cisti follicolari;
- cisti odontogene classificanti.

Cisti non odontogene:

- cisti del dotto naso-palatino; cisti globulo-mascel-lare; cisti naso-labiale.
- Cisti dovute a infiammazione: cisti radicolare;
- cisti parodontale; cisti residua.

Caso clinico

È giunta alla nostra osservazione un paziente VE, di 52 anni, lamentando un rigonfiamento all'emiarcata superiore destra; tale rigonfiamento si estendeva fino alla base del naso, deviandone verso l'alto l'ala, e ne alterava il profilo. L'anamnesi patologica remota rilevava che le origini del rigonfiamento risalivano a circa 5 anni prima. Il paziente non aveva mai voluto trattare la lesione per motivi personali; ma l'ormai evidentissima alterazione dell'aspetto estetico, l'aveva finalmente spinta al trattamento.

L'ortopantomografia e le radiografie endorali evidenziavano una radiotrasparenza a margini netti, compresa tra gli elementi 1.1 e 1.5.

All'esame obiettivo si rilevava una tumefazione dolente, estesa da 1.1 a 1.6 con alterazione dell'aspetto estetico.

Alla palpazione si percepiva un rumore tipico, di «pergamena rotta» (Sicher). In base all'esame radiografico, alle caratteristiche cliniche e alla sede, si sospettava la presenza di una cisti di tipo infiammatorio. Si decise quindi di effettuare l'enucleazione.

Tecnica chirurgica

Previa sedazione con diazepam, 1 compressa da 2,5 mg, si sono infiltrate 2 fiale di ultracaina forte 2% per via vestibolare transmucosa, e in un secondo tempo anche la SNA, poiché il distacco dell'epitelio cistico in quella zona provocava dolore. Con un bisturi tipo lama chirurgica n. 15, si eseguiva un lembo a spessore parziale, mantenendo il periostio e l'irrorazione dell'osso sottostante. L'inci-



Figura 1: Apertura del Lembo



Figura 2: Scollamento e iniziale esposizione della cisti



Figura 3: *Esposizione della cisti*

Figura 4: *Svuotamento*

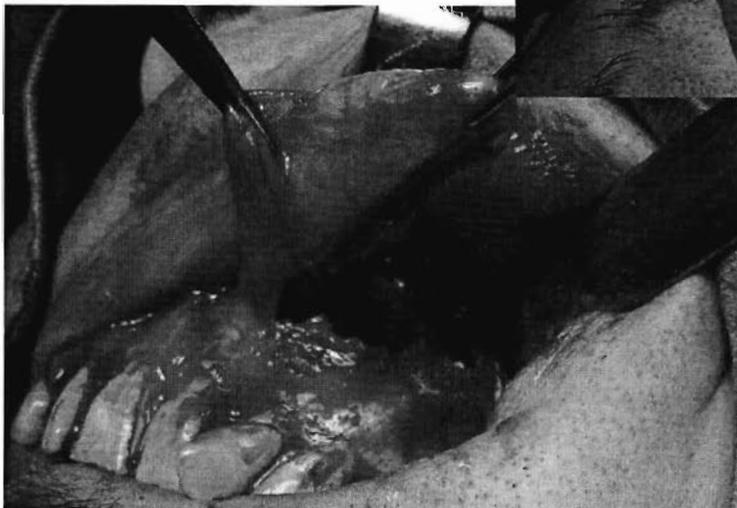
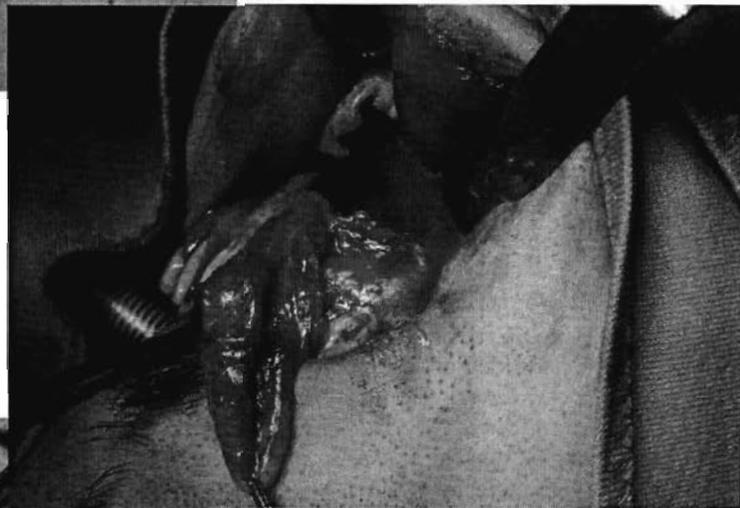


Figura 5: *Enucleazione della cisti*

Figura 6: *Cisti asportata*





Figura 7: Cavità residua post aspirazione

sione è stata effettuata a 2 mm dal margine gengivale, seguendo l'anatomia del colletto dei denti, nel pieno rispetto dell'unità dentogengivale. Il taglio deve essere netto, senza creare frustoli di tessuto che potrebbero poi deteriorare il lembo. In nessuna zona si osservava osso esposto. Sollevato il lembo e oltrepassata la linea della giunzione muco-gengivale, si esponeva un'ampia breccia ossea, ricoperta di tessuto fibro-connettivale che veniva rimosso. La cavità interna conteneva un liquido giallo caseoso e maleodorante; ulteriore elemento a favore della natura cistica della lesione, anche se la diagnosi è esclusivamente istologica. Dopo aver aspirato il contenuto, con una pinzetta viene scollato l'epitelio di rivestimento della cisti e veniva asportato insieme agli elementi dentari coinvolti. Eseguita una accurata toilette della cavità residua, si inserivano gli impianti trovando una buona ritenzione primaria tra le corticali ossee e riempiendo la cavità con osso eterologo.

Il lembo veniva suturato a punti staccati, ancorati al periostio sottostante. Ciò è stato possibile in quanto si è mantenuto integro il periostio. I controlli clinici e radiografici confermavano l'inizio della guarigione con riformazione ossea.

Si vuole sottolineare come, ai controlli clinici e all'esame obiettivo, eseguito a distanza di soli tre mesi, il risultato estetico, oltre che funzionale, sia veramente buona. Non è visibile alcuna cicatrice, non ci sono retrazioni del tessuto molle, e ad una attenta valutazione, la banda di gengiva aderente di 1.2 e 1.3 è addirittura aumentata in senso apicocoronale.

Conclusioni

Si vuole sottolineare il fatto di come è ormai routine effettuare interventi di chirurgia orale, anche relativamente demolitivi, in regime ambulatoriale, adottando una tecnica chirurgica precisa e veloce.

Riferimenti bibliografici

1. BOCCA E., MAZZOLA R.: "Considerazioni sulle vie d'accesso nelle neoformazioni del massiccio facciale". *Atti del II Congresso Italiano di Chirurgia Maxillo-facciale*. Bologna, 5-7 novembre 1981.
2. BRET DAY R.: "Secretory cyst of the maxillary antrum presenting with oral symptoms". *Br Dent J* 1960; 109: 268-89.
3. BRENDUM N., JENSEN V.J.: "Recurrence of keratocysts and decompression treatment: a long-term follow-up of forty-four cases". *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72: 265-9.
4. Clark M.S., Seldin R.D.: "Cystectomy or marsupialization: criteria for treatment". *Quarterly NDA* 1980; 38: 61-70.
5. DANIEL A.: "Les incisions en chirurgie buccale". *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 1977; 87: 1228-49.
6. DEAN O.T.: "Surgery for the denture patient". *JADA* 1936; 23: 2124-8.
7. EDLAN A., MEJCHER B.: "Plastic surgery of the vestibulum in periodontal therapy". *Int Dent J* 1963; 13: 593-6.
8. FOWLER C.B., BRANNON R.B.: "The paradental cyst: a clinic pathologic study of six new cases and review of the literature". *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 47: 243-8.
9. NAIR P.N.R., PAJAROLA G.E.: "Radicular cysts: types and incidence among human apical periodontitis lesions". *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995; 93: 935-52.
10. NIELSEN P.M., BERTHOLD H., BURKHARDT A.: "Die odontogene Keratozyste. Retrospektive Untersuchung zur Klinik, Radiologie, Pathohistologie und Therapie". *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 1986; 96: 577-87.