

# Un'ampia lesione radiopaca della mandibola posteriore

## *A large radiopaque lesion in the posterior mandible*

A. Pispero, E.M. Varoni, S. Decani, D. Costa

Clinica Odontoiatrica, Ospedale San Paolo, Università degli Studi di Milano

Ricevuto il  
4 dicembre 2016  
Accettato il  
16 dicembre 2016

SIPMO  
Società Italiana  
di Patologia  
e Medicina Orale  
www.sipmo.it

### PAROLE CHIAVE

- ▶ Patologia orale
- ▶ Lesione radiopaca
- ▶ Terzo molare inferiore
- ▶ Neoformazione
- ▶ Lesioni nervose

### KEY WORDS

- ▶ *Oral pathology*
- ▶ *Radiolucent lesion*
- ▶ *Lower third molar*
- ▶ *Neoformation*
- ▶ *Nervous lesions*

## PRESENTAZIONE DEL CASO

Un paziente maschio di 32 anni è inviato, per una lesione mandibolare destra, dal proprio curante al Servizio di Patologia e Chirurgia Orale dell'Unità Operativa di Odontostomatologia II dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano.

L'anamnesi medica è negativa per qualsiasi tipo di patologia, non si apprezzano deformazioni del viso, non è riferita alcuna sintomatologia e a livello intraorale non si apprezzano lesioni mucose. La radiografia panoramica (fig. 1) e la tomografia computerizzata (fig. 2), in possesso del paziente al momento della prima visita, mostrano un'ampia radiopacità irregolare che sovrasta l'elemento 4.8.

Il terzo molare inferiore di destra è in inclusione ossea totale con il terzo medio e apicale delle radici in stretto contatto con il fascio vascolo-nervoso inferiore. Il canale mandibolare risulta fortemente compresso e deviato in senso apicale in corrispondenza dell'elemento ritenuto, passando fra le due radici mesiali.

La massa radiopaca, che sovrasta la corona, si estende superiormente per circa 1 cm fino al margine coronale della



Fig. 1 Panoramica

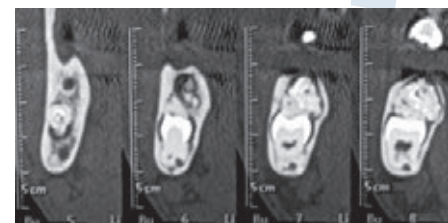


Fig. 2 Tomografia computerizzata

corticale ossea e distalmente occupa lo spazio fra la corona del terzo molare e la corticale del canale mandibolare. Attorno alla lesione è presente una sottile area radiotrasparente che crea una separazione netta dal tessuto osseo circostante. Il paziente non ha altri esami radiografici precedenti alla visita che possano permettere di apprezzare nel tempo il grado di crescita della lesione.

LA SOLUZIONE DEL CASO CLINICO È NELLA PAGINA SUCCESSIVA

## L'esame istologico conferma la diagnosi clinica di odontoma complesso

### DIAGNOSI E CURA

Nel caso descritto i segni clinici e radiografici fanno pensare a una diagnosi di odontoma complesso. La massa della lesione ha impedito la normale eruzione del terzo molare.

Nonostante il sospetto clinico sia forte, è necessario considerare la possibilità di essere di fronte ad altre patologie tipo osteomielite sclerosante, displasia periapicale del cemento, fibroma ossificante e cementoblastoma. In accordo con il paziente si decide di effettuare una biopsia incisionale (fig. 3). Si esegue un lembo a busta con incisione di scarico disto-vestibolare alla corona dell'elemento 4.7 e a seguito dello scollamento di un lembo mucoperiosteo si esegue un prelievo della lesione (fig. 4) per l'invio del materiale necessario all'anatomopatologo. La consistenza della lesione è dura, paragonabile a quella della dentina di un elemento dentario sano. L'esame istologico conferma la diagnosi clinica di odontoma complesso.

Questo tipo di lesione è classificato come tumore benigno di origine odontogena. È considerato un amartoma dentario composto da tessuti mineralizzati che derivano da epitelio odontogeno ed ectomesenchima; smalto, dentina e cemento sono presenti e ben sviluppati ma seguono uno schema macroscopicamente disordinato senza portare alla formazione di elementi dentari definiti. La lesione ha caratteristiche di benignità e non ha tendenze alla recidiva.

Nel caso descritto non ci sono indicazioni assolute al trattamento della lesione ma considerando le dimensioni e il rap-

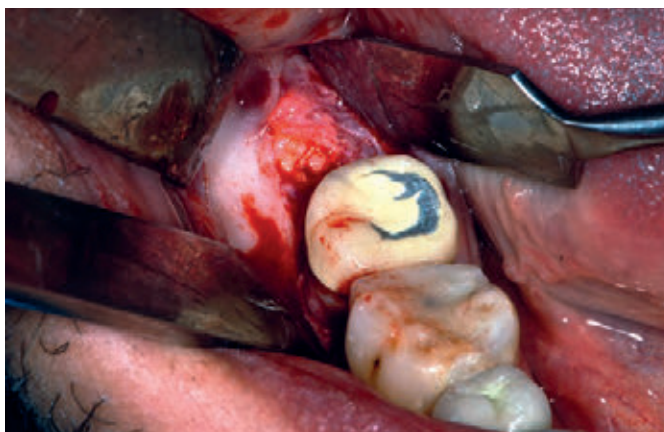


Fig. 3  
Biopsia incisionale



Fig. 4 Radiografia di controllo

porto con la superficie distale della radice dell'elemento 4.7 si decide di asportare la lesione lasciando in sede il terzo molare.

L'estrazione del dente del giudizio non è un intervento giustificato, l'invasività e i rischi di alterazione della conduzione nervosa fanno propendere per un atteggiamento di tipo conservativo.

La previsione è che la chiusura per prima intenzione e la quantità di corticale ossea vestibolare e linguale permetteranno una buona guarigione della ferita e, prima del completamento della fase di rimineralizzazione, una naturale estrusione dell'ele-

mento dentario. Il piano di trattamento è discusso con il paziente, che dà il consenso all'intervento.

Il lembo per l'asportazione della lesione è simile a quello eseguito durante la biopsia incisionale. Con l'elevazione di un lembo mucoperiosteo e una modesta ostectomia vestibolare è possibile accedere all'intera lesione. In considerazione della consistenza dura della lesione, si eseguono delle linee di separazione per mezzo di frese a fessura; i frammenti ottenuti vengono così rimossi senza dover sacrificare ulteriore tessuto osseo. La sutura è eseguita per mezzo di polifilamento riassorbibile 4/0.

Il nuovo esame istologico eseguito su tutta la lesione conferma la prima diagnosi. A distanza di 6 mesi è possibile apprezzare nella radiografia endorale (fig. 4) come, in accordo con le previsioni formulate, si sia completamente riformata la corticale al di sopra dell'elemento incluso e come questo risulti in posizione più coronale rispetto a prima dell'intervento.