

"AMELOBLASTOMA IN UN BOXER: TERAPIA CHIRURGICA CON EMIMANDIBOLECTOMIA SEGMENTALE DEL CORPO MANDIBOLARE."

(Dr. Danilo Bellucci - Milano)

(Diagnosi eseguite da BIESSEA srl)

L'ameloblastoma è una neoplasia epiteliale odontogenica che si sviluppa in partenza dall'epitelio laminare dei denti; è considerato ad incidenza rara, altamente invasivo localmente ma con scarsa propensione a disseminare metastasi. L'aspetto microscopico della neoplasia consente una ulteriore suddivisione in a. follicolare, plessiforme, acantomatoso, a cellule granulose, desmoplastico e delle cellule basali, sovente con aspetti misti tra i vari tipi. L'ameloblastoma colpisce prevalentemente il cane più del gatto e evidenzia come sede preferita di sviluppo l'osso mandibolare.

In questo articolo verrà descritto un caso di ameloblastoma nel cane, trattato con terapia di escissione chirurgica ad ampi margini (emimandibolectomia segmentale).

Caso clinico: un cane di razza Boxer, sesso maschile, maschio intero, mantello tigrato, del peso di 35 Kg è stato inviato per valutare la natura di una lesione produttiva orale; il soggetto evidenziava una neof ormazione a carico della gengiva, di aspetto liscio, consistenza duro-fibrosa, colore rosso pallido, localizzata sul margine libero della gengiva, tra il III e il IV premolare inferiore sinistro (Fig.1).



Fig. 1: aspetto macroscopico della lesione

L'esame radiografico effettuato in sedazione ha evidenziato una irregolare mineralizzazione della lesione, con estensione del processo alla sottostante lamina ossea mandibolare (Fig. 2).



Fig. 2: aspetto radiografico della lesione

La biopsia della lesione ne definiva la natura neoplastica di ameloblastoma acantomatoso. Dal punto di vista anatomopatologico la lesione si presentava composta da una proliferazione di epitelio odontogenico con cellule epiteliali disposte "a palizzata" ed evidenza di ponti intracitoplasmatici; tali elementi apparivano organizzati in cordoni intersecantesi circondati da stroma fibroso reattivo e moderatamente interessato da linfociti e plasmacellule (Figg. 3 e 4).

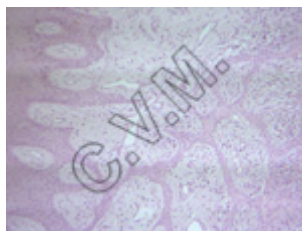


Fig. 3: aspetto istologico della lesione.



Fig. 4: aspetto istologico della lesione.

Il paziente era peraltro in buona salute, con parametri ematochimici nella norma e nessuna evidenza di secondarizzazione metastatica all'esame radiografico della regione toracica. La terapia chirurgica con escissione ad ampi margini è risultata pertanto l'opzione terapeutica che offriva le migliori prospettive a lungo termine.

La terapia chirurgica delle neoplasie mandibolari nel cane e nel gatto prevede l'asportazione della porzione ossea interessata, con margini di escissione distanti almeno 1 cm. dalla parte visibile della neoplasia stessa; l'ampiezza e la localizzazione della lesione neoplastica condiziona l'estensione del segmento osseo oggetto della osteotomia (es. mandibolectomia rostrale monolaterale o bilaterale, mandibolectomia segmentale del corpo mandibolare, emimandibolectomia totale). Nel caso in oggetto la emimandibolectomia segmentale del corpo mandibolare sinistro, estendentesi dalla sinfisi rostrale al margine aborale del I molare inferiore sinistro è stata ritenuta la scelta che potesse assicurare ragionevoli garanzie circa la completa rimozione della lesione neoplastica.

Tecnica chirurgica: il paziente è stato premedicato con atropina solfato e acetilpromazina 30 minuti prima dell'intervento e contemporaneamente gli è stata somministrata una associazione penicillina G procaina e diidrostreptomina per via intramuscolare; l'induzione dell'anestesia è stata effettuata con tiopentale sodico e.v. ed il mantenimento della stessa è stato ottenuto, previa intubazione orotracheale, con miscela di ossigeno ed isoflurano.

Il cane è stato posto in decubito laterale sul lato destro ed il campo operatorio è stato delimitato con teli sterili, dopo avere represso e fissato il labbro superiore e la commessura labiale sinistra per consentire una adeguata visualizzazione della regione mandibolare da trattare. Il cavo orale è stato deterso e disinfettato con soluzione acquosa di clorexidina. La mucosa gengivale è stata incisa con bisturi in prossimità del margine inferiore dell'osso mandibolare, sia sul lato linguale che su quello mesiale, con una incisione estendentesi dalla sinfisi mentoniera al margine caudale del I molare inferiore sinistro (Fig. 5).



Fig. 5: Incisione e scollamento della mucosa

Successivamente la porzione medio-rostrale della emimandibola è stata scheletrizzata con l'ausilio di scollaperiostio e separata dalla mucosa orale a 360°. Si è quindi proceduto ad una osteotomia con sega oscillante del corpo mandibolare a livello del margine caudale del I molare; particolare cura va posta in questa fase dell'intervento per isolare ed allacciare l'arteria mandibolare sottostante, onde evitare la conseguente emorragia (Fig.6). La linea dell'osteotomia va realizzata in modo da risparmiare le radici dentarie attigue.



Fig. 6: Osteotomia del corpo mandibolare

L'osteotomia della sinfisi mandibolare è stata successivamente realizzata con osteotomo (Fig.7).



Fig. 7: Osteotomia della sinfisi mandibolare

La porzione di mandibola osteotomizzata è stata infine rimossa (Fig.8).

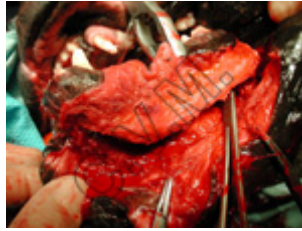


Fig. 8: Rimozione del segmento osteotomizzato



Fig. 9: Segmento osseo osteotomizzato, dove si vede la neoplasia.

Il segmento osseo è stato inviato al laboratorio istopatologico che ha confermato l'assenza dai margini di escissione di cellule neoplastiche; i tessuti molli sono stati ricostruiti per apposizione con duplice piano di sutura con poliglecaprone inastato 3.0 (monocryl® Ethicon).

Il soggetto è stato dimesso dopo 4 ore dal risveglio dall'intervento e si è alimentato autonomamente nella stessa serata con cibo di consistenza morbida. L'alimentazione soffice è stata mantenuta per 1 settimana, trascorsa la quale il cane ha ripreso le normali abitudini alimentari a base di cibo secco preconfezionato. I controlli postoperatori hanno evidenziato un ottimo decorso ed una ripresa di tutte le normali attività del soggetto; la deviazione laterale della lingua evidenziata non interferisce con la presa degli alimenti e la masticazione (Fig.10). Il follow up prevede controlli clinici e radiografici con cadenza trimestrale per verificare l'eventuale recidiva del processo neoplastico.

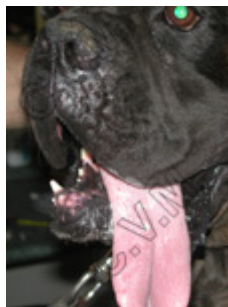


Fig. 10: Aspetto postoperatorio (dopo 7 gg.)

Le principali **complicazioni** delle emimandibolectomie comprendono:

- **Edema dei tessuti molli (falsa ranula):** di solito si risolve spontaneamente nell'arco di 7-10gg ; raramente si assiste all'ectasia del tratto intraorale del dotto della ghiandola salivare sottomandibolare (ranula p.d.) che, se necessario, può essere trattata mediante marsupializzazione.
- **Deiscenza della sutura:** dovuta ad eccessiva tensione dei punti, traumi autoinflitti dal cane o prematura ingestione di alimenti consistenti. Generalmente la detersione della zona interessata e la rimozione dei detriti alimentari presenti è sufficiente per agevolare la guarigione per granulazione, altrimenti si rende consigliabile il curettage chirurgico.
- **Deviazione** della emimandibola rimasta e della lingua: come sopra ricordato queste evenienze non compromettono la normale prensione degli alimenti; la malocclusione dentaria derivata dall'interferenza del canino inferiore del lato non operato con il palato non costituisce nel cane un problema. Nel gatto raramente si rende necessario l'accorciamento del dente con o senza devitalizzazione dello stesso.

Conclusioni: l'exeresi chirurgica ad ampi margini di porzioni ossee di mandibola costituisce la terapia più opportuna nel trattamento di neoplasie locali, soprattutto quando terapie alternative (es. terapia radiante) non siano proponibili; l'estensione e la localizzazione delle neoplasie condiziona la ampiezza del segmento osseo da rimuovere. Generalmente i cani operati riprendono rapidamente una normale alimentazione e anche dal punto di vista estetico l'aspetto postoperatorio dei soggetti trattati risulta soddisfacente anche per i proprietari.

N.d.A:
Si ringrazia la Dr.ssa Daniela Olivero ed il Laboratorio di Analisi Veterinarie BiEsseA di Milano per la cortese collaborazione prestata nella realizzazione degli esami istologici.

Bibliografia essenziale:

- Harvey CE, Emily PE: Small Animal Dentistry . 1993 Mosby-Year Book Inc.
- Pope ER, Costantinescu GM: Oral cavity – Bojrab MJ: Current Techniques in Small Animal Surgery. 4th Edition William Wilkins Ed. 1998
- Kosovsky JK, Matthiesen DT, Marretta SM, Patnaik AK: Results of partial mandibulectomy for the treatment of oral tumors in 142 dogs. Vet Surg , 1991 Nov-Dec; 20(6): 397-401
- Poulet FM, Valentine BA, Summers BA. A survey of epithelial odontogenic tumors and cysts in dogs and cats. Veterinary Pathology, Vol 29, Issue 5: 369-380
- Merlo WA, Gualmas Moya L, Macciò OA, Rosciani AS, Penalva PA. Ameloblastoma canino: aspectos anatomopatológicos y terapéuticos. Facultad de Cs. Veterinarias –Corrientes – Argentina
- Gardner DG, Dubielzig RR. The histopathologic features of canine keratinizing ameloblastoma. J Comp Pathol 109 (4): 41-4. 1993