

# Dental Cadmos

Neoformazione eritroleucoplasica gengivale a rapido accrescimento in un giovane  
paziente

Fast-growing gingival erythroleukoplasic mass in a young patient

--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	DentalCadmos-D-20-00088R1
Article Type:	Quesito diagnostico
Section/Category:	Patologia Orale
Keywords:	lesione gengivale, eritroleucoplachia, ameloblastoma, cancro orale, medicina orale gingival lesion, erythroleukoplakia, ameloblastoma, oral cancer, oral medicine
Corresponding Author:	Niccolò Lombardi, DDS, MSc Università degli Studi di Milano Facoltà di Medicina e Chirurgia Milan, ITALY
First Author:	Niccolò Lombardi, DDS, MSc
Order of Authors:	Niccolò Lombardi, DDS, MSc
	Nadim Oliva, DDS
	Elena Varoni, DMD, PhD
	Fiorella D'Amore, DMD
	Roberto Franchini, DDS, PhD
	Giovanni Lodi, DMD, PhD

*Quesito Diagnostico*

# Neoformazione eritroleucoplasica gengivale a rapido accrescimento in un giovane paziente

**Fast-growing gingival erythroleukoplakic mass in a young patient**

**Parole chiave:** lesione gengivale, eritroleucoplachia, ameloblastoma, cancro orale, medicina orale

**Key words:** gingival lesion, erythroleukoplakia, ameloblastoma, oral cancer, oral medicine

**Autori:** Lombardi Niccolò<sup>a,b\*</sup>, Oliva Nadim<sup>a</sup>, Varoni Elena<sup>a,b</sup>, D'Amore Fiorella<sup>a,b</sup>, Franchini Roberto<sup>a,b</sup>, Lodi Giovanni<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche ed Odontoiatriche

<sup>b</sup>ASST Santi Paolo e Carlo, Ospedale San Paolo, UO Odontostomatologia II, Milano

**\*Autore di riferimento:** Niccolò Lombardi, Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche ed Odontoiatriche, Università degli Studi di Milano, Via Beldiletto 1/3, 20142, Milan, Italy; email: [niccolo.lombardi@unimi.it](mailto:niccolo.lombardi@unimi.it)

## Presentazione del caso

Un giovane paziente maschio di 22 anni viene riferito dal proprio medico curante all'ambulatorio di Medicina e Patologia Orale dell'ASST Santi Paolo e Carlo, UO Odontostomatologia II, per una neoformazione gengivale a rapida crescita.

Il paziente è in apparenti buone condizioni di salute sistemica, non assume farmaci e non dichiara importanti malattie sistemiche pregresse. Il paziente riferisce, tuttavia, di essere un forte fumatore e di aver subito in passato intervento di chirurgia maxillo-facciale per frattura mandibolare. Riferisce inoltre esfoliazione spontanea, avvenuta circa 2-3 mesi prima, di un elemento dentario nella zona in cui successivamente si è sviluppata la neoformazione gengivale. Tale lesione risulta asintomatica e presente da alcune settimane, mostrando un progressivo e rapido accrescimento.

All'esame extra-orale non si apprezzano linfadenopatie latero-cervicali, mentre, all'esame intra-orale, si riscontra una neoformazione di circa 2cm di asse maggiore in corrispondenza della sella edentula in zona 46, estesa lingualmente agli elementi dentari adiacenti. La lesione si presenta sessile, di colore eritroleucoplasico ed aspetto granuleggiante, di consistenza molle e non dolente alla palpazione (Fig.1). Il paziente presenta, inoltre, una scarsa igiene orale e diverse lesioni cariose destruenti.

## Diagnosi e cura

In considerazione della rapida crescita della lesione e dell'aspetto clinico disomogeneo, è stata eseguita una biopsia incisionale diagnostica con bisturi punch 6 mm. Le ipotesi diagnostiche formulate erano di carcinoma squamocellulare, ameloblastoma periferico, granuloma piogenico, granuloma gigante-cellulare periferico.

L'esame istopatologico ha rilevato la presenza di noduli e cordoni solidi di epitelio ameloblastico nello spessore del chorion sottomucoso. L'ortopantomografia e la TC cone-beam mandibolare, eseguite successivamente per approfondimento diagnostico, hanno evidenziato un'area di radiotrasparenza caratterizzata da osteolisi a margini non definiti e parziale erosione della corticale linguale (Fig.2). È stata quindi posta diagnosi definitiva di ameloblastoma intra-osseo: la progressiva espansione della lesione ha determinato l'esfoliazione di 46 ed il successivo coinvolgimento dei tessuti molli con proliferazione a livello gengivale.

L'ameloblastoma si configura come il tumore odontogeno più frequente dopo l'odontoma, con tasso di incidenza annuale pari a 0,5 casi per milione di abitanti. Insorge generalmente nella quarta e quinta decade, con un range di età compreso tra 8 e 92 anni, e senza alcuna predilezione di sesso. Si localizza prevalentemente a livello mandibolare (80% dei casi totali), con particolare predilezione per la porzione posteriore della mandibola. A livello radiografico, può presentarsi con un'area radiotrasparente di osteolisi con margini ben distinti e con aspetto multiloculare, con setti fini o spessi, oppure uniloculare. La crescita della lesione è, in una prima fase, lenta ed asintomatica, subendo successivamente una rapida espansione che può determinare riassorbimento radicolare, mobilità dentale, parestesie, invasione dei tessuti molli e deformità facciali.

In accordo con la *"WHO classification of head and neck tumours"* del 2017, è possibile identificare quattro differenti sottotipi: ameloblastoma (intraosseo convenzionale), unicistico, periferico/extraosseo, metastatizzante. L'ameloblastoma intraosseo convenzionale, in passato definito solido e multicistico, è il più comune ed appare frequentemente come un'area multiloculare a livello mandibolare. L'ameloblastoma unicistico (5-22% dei casi), con maggiore incidenza nella seconda decade, appare come una lesione osteolitica uniloculare, spesso associata ad elementi dentari inclusi (terzi molari). L'ameloblastoma periferico/extraosseo, più raro (1-10% dei casi), è tipico dei tessuti molli e molto raramente mostra

invasione ossea superficiale. L'ameloblastoma metastatizzante, nonostante l'aspetto istologico benigno sovrapponibile a quello degli altri sottotipi, può determinare metastasi a distanza di tempo; la diagnosi è perciò retrospettiva e basata sull'evoluzione clinica.

L'ameloblastoma periferico, a causa della sua scarsa tendenza a recidivare, prevede un trattamento chirurgico conservativo di completa asportazione della lesione. Al contrario, il trattamento dell'ameloblastoma intraosseo prevede un approccio chirurgico esteso con margini sani di resezione ossea a causa della maggior tendenza a recidivare localmente. Il 50% delle recidive avviene nei primi 5 anni, ma il successivo follow-up per lunghi periodi (fino a 25 anni) è consigliato.

### Soluzione del caso clinico

L'esame istopatologico, in associazione alla valutazione radiografica, ha permesso di porre diagnosi di ameloblastoma intraosseo con coinvolgimento dei tessuti molli circostanti. Il paziente ha, però, rifiutato ogni successivo trattamento chirurgico.

**Figura 1:** Neoformazione eritroleucoplasica proliferativa in sede gengivale mandibolare destra



**Figura 2:** Ortopantomografia(a) e TC Cone-beam (b) che mostrano lesione osteolitica mandibolare









