

CASO CLINICO

Eritroleucoplachia, una lesione potenzialmente maligna. Note di diagnosi e caso clinico



► Prof. Silvio Abati
Professore associato di Malattie
Odontostomatologiche
Università Vita-Salute San Raffaele di Milano

Nonostante i recenti progressi nelle cure del cancro orale, i tassi di sopravvivenza dei pazienti affetti sono ancora bassi e non superano globalmente il 60% a cinque anni di distanza dalla diagnosi. L'aggressività della malattia, la complessità anatomica della sede orale e lo stadio di malattia al momento della diagnosi costituiscono le principali motivazioni dell'elevata mortalità di questi tumori maligni, della morbidità associata alle terapie e dello scadimento della qualità della vita residua del paziente.

Oltre l'85% dei tumori maligni orali originano dall'epitelio di rivestimento della mucosa orale, cioè sono carcinomi squamocellulari; essi sono nella maggior parte dei casi preceduti da affezioni e lesioni della mucosa, non ancora tumorali maligne ma che possono trasformarsi e diventarlo.

I pazienti con cancro orale allo stadio iniziale presentano spesso solo sintomi vaghi e con lesioni minime delle mucose orali; l'identificazione precoce di segni, lesioni, sintomi e disturbi orali correlabili con lesioni premaligne o con il cancro può ridurre la mortalità e la morbidità associata alla malattia.

La lesione orale potenzialmente maligna (PMOL), già nota come "precancerosi orale", è un'area di tessuto geneticamente alterato che ha maggiori probabilità di sviluppare il cancro rispetto al tessuto normale della mucosa orale. Le più frequenti PMOL so-

no la leucoplachia, l'eritroplachia, il lichen planus e la fibrosi submucosa.

L'eritroplachia orale

L'eritroplachia orale è una placca o chiazza della mucosa orale di colore rosso che non può essere caratterizzata clinicamente o patologicamente come altra malattia o condizione riconoscibile. La prevalenza riportata varia tra lo 0,02% e lo 0,2%.

L'eritroplachia orale è la PMOL con i più alti tassi di trasformazione maligna e in oltre il 50% dei casi evidenzia con un accurato esame istologico presenza di tessuto tumorale maligno. L'eritroplachia orale è spesso asintomatica e talvolta di difficile riscontro clinico; se viene osservata una macchia rossa della mucosa orale persistente oltre 14 giorni è sempre necessaria la biopsia diagnostica e lo studio istopatologico per evidenziare le caratteristiche del tessuto patologico e l'eventuale presenza di displasia o di tessuto tumorale maligno. La leucoplachia è una PMOL che si evidenzia come lesione bianca persistente non ascrivibile ad altra patologia nota; l'eritroleucoplachia è una eritroplachia in cui sono presenti aree di colorito bianco.

Negli ultimi decenni sono stati introdotti nella pratica clinica dispositivi che consentono l'esame visuale della cosiddetta autofluorescenza della mucosa orale; durante l'esame clinico visuale del cavo ora-

le, i dispositivi per la rivelazione dell'autofluorescenza della mucosa orale possono risultare utili per migliorare la possibilità di riconoscere e identificare aree di alterazione infiammatoria o pretumorale o tumorale, in modo da pianificare al meglio le zone dove effettuare la biopsia diagnostica e/o controllare l'andamento e il risultato delle cure chirurgiche e mediche.

Caso clinico

Viene descritto il caso clinico di un uomo di 62 anni affetto da eritroleucoplachia del cavo orale, che all'esame biotipico incisionale è risultata essere displasia grave, mentre alla successiva asportazione totale sono stati evidenziati microfocoli di carcinoma.

Il paziente G.B. si rivolgeva all'attenzione del patologo orale, inviato dall'odontoiatra e dall'igienista dentale curanti per il recente riscontro della presenza di un'area di arrossamento nel cavo orale.

Il paziente riferiva di non essere fumatore né di avere mai fumato, di consumare moderatamente alcolici a bassa gradazione al pasto e di non essere affetto da malattie sistemiche, ad eccezione di modesta ipertensione compensata dal trattamento con idoneo farmaco Ace-inibitore. Il paziente riferiva inoltre che la zona di colorito anomalo era secondo lui presente da diversi mesi, non era dolente spontaneamente, ma provocava un modesto bruciore quando venivano a

contatto alimenti acidi o molto sapidi.

L'esame clinico visuale evidenziava in corrispondenza dell'area del cavo orale compresa tra trigono retromolare sinistro superiore, emipalato duro e emipalato molle omolaterali una lesione poligonale di colorito rosso di circa 2x2 cm totali (fig. 1). L'area di colorito anomalo presentava verso il limite superiore anche piccole zone di colorito biancastro (eritroleucoplachia).

La palpazione della lesione evidenziava trattarsi di tessuto di consistenza non aumentata, a superficie finemente papillare, come "vellutata"; la palpazione più intensa causava un modesto sanguinamento in un punto.

La successiva ispezione orale con dispositivo OFI (optical fluorescence imaging, Goccles, Pierrel) evidenziava colorito scuro da perdita di autofluorescenza irregolare che si estendeva nell'intera area di lesione (fig. 2).

In relazione alla persistenza maggiore di 14 giorni e all'aspetto clinico della lesione, in accordo con il paziente veniva quindi deciso di procedere immediatamente al prelievo per biopsia incisionale dall'area di lesione identificata e delimitata tramite esame visuale OFI. Previa infiltrazione locale plesica di anestetico articaina 40 mg/ml per uso orale con vaso-costrittore 10 mcg/ml si procedeva a prelievo di tessuto tramite bisturi punch monouso diametro 6 mm, orientamento

su carta bibula del pezzo biotipico, immissione in flacone con fissativo formalina 10% tamponata pH 7,0 e invio all'anatomopatologo con descrizione su apposito modulo.

In relazione all'ipotesi diagnostica oncologica, veniva ottenuta l'emostasi locale con compressione senza praticare sutura, per rischio di trasporto in profondità di eventuali cellule neoplastiche maligne presenti.

Il paziente veniva dimesso con idonee istruzioni alimentari (cibi e bevande freddi per lo stesso giorno, tiepidi il giorno successivo, niente cibi traumatici per una settimana) e delle procedure da adottare in caso di sanguinamento dalla ferita. Veniva inoltre prescritto gel alla clorexidina 0,5% da applicarsi due volte al giorno per sette giorni e controllo clinico in ottava giornata.

L'esame istopatologico del pezzo biotipico evidenziava come risultato "cheratosi con displasia severa" e il paziente veniva inviato presso la divisione di Otorinolaringoiatria per l'intervento di exeresi transorale dell'intera lesione. L'esame istopatologico del pezzo completo asportato con intervento in narcosi con laser CO₂ evidenziava la presenza di un "microfocolaio di carcinoma squamocellulare G2 con minima infiltrazione del corion in area di cheratosi con displasia grave, con margini periferici e profondi indenni da lesione". I controlli clinici e di imaging bi-annuali effettuati evidenziano

guarigione clinica persistente senza segni di ripresa di malattia.

Conclusione

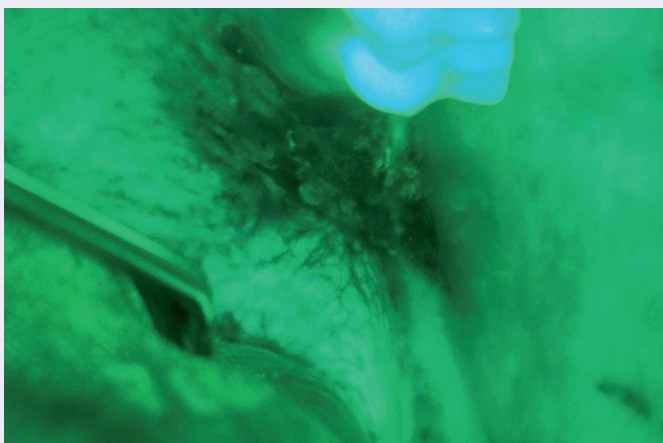
In caso del riscontro di una lesione della mucosa orale, persistente da oltre due settimane e con caratteristiche cliniche compatibili con una PMOL, è opportuna l'esecuzione immediata di un prelievo biotipico. L'impiego di strumenti e tecniche di ausilio diagnostico, come la colorazione con blu di toluidina e/o la valutazione dell'autofluorescenza tissutale possono migliorare il risultato dell'esame clinico e fungere da guida per l'esecuzione del prelievo.

Lettere consigliate

1. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetio-pathogenesis and clinical implications. *Oral Dis* 2009;15:388-399.
2. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin* 2002;52:195-215.
3. Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007;36:575-580.
4. Villa A, Villa C, Abati S. Oral cancer and oral erythroplakia: an update and implication for clinicians. *Aust Dent J*. 2011 Sep;56(3):253-6.
5. Tiwari L, Kujan O, Farah CS. Optical fluorescence imaging in oral cancer and potentially malignant disorders: A systematic review. *Oral Dis*. 2019;00:1-20.



► Fig. 1: la lesione all'esame clinico visuale



► Fig. 2: la lesione all'ispezione orale con dispositivo Ofi (optical fluorescence imaging, Goccles, Pierrel)

Orabloc® DISPOSITIVO DI PROTEZIONE PER AGHI

Intelligente, economico,
facile da usare



Orabloc® è un dispositivo progettato per soddisfare i requisiti del Decreto Legislativo n. 19 del 19 febbraio 2014, che richiedono al professionista il re-incappucciamento dell'ago usato utilizzando una sola mano.



PER INFO: orabloc@pierrelgroup.com

Inquadra con la camera dello smartphone e guarda come è pratico e funzionale

