

Per lesione cistica dei mascellari si intende una struttura cavitaria chiusa, tondeggiante, costituita da una parete epiteliale e mesenchimale e da un contenuto fluido, variabile per origine e composizione. Variamente classificate nel corso degli anni, secondo l'ultima classificazione del WHO del 2001 possono essere distinte nel seguente modo:

CISTI ORIGINATE DAI TESSUTI

DENTO-FORMATIVI

Cisti gengivale del neonato:

- ✓ Perle di Epstein
- ✓ Noduli di Bohn
- ✓ Cisti della lamina dentaria

Cisti gengivale dell'adulto

Cisti da eruzione

Cisti radicolare:

- ✓ apicale

CISTI ORIGINATE DAI TESSUTI

NON DENTO-FORMATIVI

Cisti fissurali:

- ✓ Cisti del dotto naso-palatino
- ✓ Cisti naso-alveolare

Cisti linfoepiteliale

Cisti delle fessure branchiali:

- ✓ Cisti dermoidi:
 - C. epidermide
 - C. dermoide
 - C. teratomatosa

✓ laterale

✓ Cisti del dotto tireoglosso

✓ **residua**

Cisti da ritenzione:

Cheratocisti odontogena

✓ Mucocele

✓ Cisti mucosa

Cisti follicolare

✓ Ranula

Cisti paradentale

Cisti odontogena calcificante

Cisti ghiandolare odontogena

Le lesioni cistiche che più frequentemente si sviluppano nell'ambito del mascellare superiore sono quelle **radicolari**, che devono la loro attuale denominazione a Partsch e Aguilhon, i quali rilevarono il loro costante rapporto con una radice dentaria: si tratta delle neoformazioni più comuni nel loro genere (55-63%) e prevalenti nel sesso maschile. Secondo la maggioranza degli Autori le cisti radicolari derivano da una parodontite apicale cronica o granuloma apicale sviluppatosi in rapporto con l'apice radicolare di un elemento dentario a polpa necrotica.

La sintomatologia delle cisti radicolari, nella fase iniziale è piuttosto scarsa. Spesso è diagnosticata in occasione di un esame radiografico di routine. L'evoluzione delle neoformazioni cistiche si può suddividere in quattro stadi:

1. *Latenza*: molto lunga ed asintomatica, essendo la neoformazione esclusivamente endossea
2. *Deformazione*: caratterizzata dal rimaneggiamento della corticale ossea. La parete ossea all'inizio è solo deformata, ma con l'espansione della cisti il suo spessore tende a ridursi. In questo stadio la corticale, assottigliata, produce la classica crepitazione pergamenacea che prelude alla fase di esteriorizzazione
3. *Esteriorizzazione*: la teca ossea appare completamente usurata e la neoformazione diviene sottomucosa e fluttuante alla palpazione
4. *Fistolizzazione*: caratterizzata dalla comunicazione della cisti con l'esterno, che può avvenire per una fistola primitiva spontanea o provocata .

La sintomatologia potrà essere più eclatante in caso di superinfezione della lesione in seguito ad un trauma o all'estrazione di un dente adiacente: la tumefazione sarà dolente, arrossata, calda, con fuoriuscita di materiale purulento ed a volte accompagnata da rialzo febbrile.

L'approccio chirurgico alle cisti dei mascellari, può essere conservativo o radicale:

1. ***Cistotomia***: conservativo
2. ***Cistectomia***: radicale

Cistotomia

Intervento chirurgico conservativo che prevede l'*apertura della cisti* mediante l'asportazione di una delle sue pareti, trasformandola in una cavità accessoria del cavo orale che viene lasciata guarire per seconda intenzione.

Cistectomia

Intervento chirurgico radicale che consiste nell'enucleazione completa della cisti. La cistectomia si effettua nel 90% dei casi. L'intervento prevede:

- l'incisione di un lembo mucoperiosteo il cui disegno varia in base all'ubicazione ed al diametro della lesione
- breccia ossea per avere accesso alla lesione
- enucleazione della parete cistica
- revisione della cavità residua, che deve essere molto accurata soprattutto se la parete cistica si è lacerata in seguito a delle aderenze conseguenti a processi flogistici. Anche in caso di cheratocisti, per la presenza delle "cisti figlie", il courettage deve essere accurato per evitare la recidiva.
- regolarizzazione dei margini della breccia
- riposizionamento e sutura del lembo, che deve garantire la stabilizzazione del lembo.

La possibilità di realizzare l'intervento in microscopia ottica consente di avere un controllo visivo eccellente del campo operatorio, riducendo il rischio di lasciare residui della parete cistica e quindi il rischio di recidiva. Inoltre il microscopio permette di essere estremamente conservativi e questo induce una rapida guarigione dei tessuti senza eventuali complicanze.

Inoltre in seguito all'intervento di cistotomia o cistectomia si possono eseguire tecniche di decontaminazione e biostimolazione della ferita chirurgica e rigenerazione dei tessuti al fine di ottenere una guarigione tessutale rapida, efficace ed esente da complicanze. La decontaminazione e la biostimolazione della ferita vengono effettuate mediante apparecchiature laser, che eliminano la componente batterica, responsabile del rischio di sovra infezione della ferita chirurgica e quindi di un ritardo di guarigione, stimolano le capacità riparative dei tessuti ed inducono una diminuzione del dolore post operatorio.

La rigenerazione dei tessuti viene realizzata mediante l'applicazione nella cavità residua del gel piastrinico autologo, una sostanza ricchissima di fattori di crescita che viene prodotta dal prelievo di sangue del paziente. Il gel piastrinico contiene numerosi e importanti fattori di crescita capaci di stimolare diversi meccanismi cellulari di riparazione tissutale.