

Ingombri laterocervicali al vaglio ragionato

Viviana Vanin
Medicina generale
Milano

Un rigonfiamento del profilo del collo, visibile o solo percepibile alla palpazione, è da sempre uno dei banchi di prova della capacità di diagnosi differenziale.

Nella distinzione tra le varie cause di una o più masse laterocervicali, l'esame obiettivo e la sintomatologia sono, come sempre, di fondamentale aiuto:

- una massa superficiale, non dolente, elastica e mobile può trattarsi di un lipoma;
- una massa non dolente, ma pulsante, farà

pensare a una rara forma di aneurisma della carotide;

- un rigonfiamento all'angolo della mandibola o sotto di essa, accompagnato da dolore alla palpazione e alla salivazione, sarà indicativo di una patologia infiammatoria delle ghiandole salivari e il verificarsi di coliche salivari segnerà una scialolitiasi;
- quando invece, in assenza di dolore, c'è riduzione della salivazione, si potrà pensare all'ipotesi di una forma autoimmune come la sindrome di Sjogren.

I tumori della parotide tendono ad avere un decorso insidioso con una tumefazione che progredisce lentamente.

Nella figura 1 sono elencate le possibili cause delle masse nella regione del collo, tra cui l'interessamento linfoghiandolare rimane comunque prevalente. In quest'ultimo ambito la diagnosi differenziale può variare, come è dimostrato dalle due storie, da quella neoplastica a quella infiammatoria e a quella infettiva. L'età del paziente è molto importante, perché, nel 75 per cento degli individui sopra i 40 anni, specie se fumatori, si tratta di un tumore maligno primitivo (linfoma) o metastatico (dalle prime vie aeree, dal primo tratto dell'apparato digerente o dalla tiroide; Gleeson 2000): l'incidenza di linfadenopatie laterocervicali neoplastiche aumenta con l'età e la signora Adele non fa eccezione a questa regola.

Al di sotto dei 30 anni di età, circa l'80 per cento delle linfadenopatie è benigno.

I linfonodi ingranditi con carattere benigno sono quasi sempre dolenti, spesso con cute sovrastante arrossata, di consistenza duro-elastica, hanno una conformazione asimmetrica e non confluenti; spesso si riesce a individuare in sedi prossime il focolaio di infezione che ha determinato la loro risposta reattiva.

Gli agenti infettanti possono essere molteplici: il virus di Epstein Barr, responsabile della **mononucleosi**, a contagio da contatto salivare (malattia del bacio), colpisce soprattutto gli adolescenti. La triade sintomatica d'esor-

LA STORIA

Il timore del bis

Nell'arco di un mese mi sono capitati due casi di rigonfiamenti laterocervicali e, come spesso accade, l'esito del primo ha influenzato il mio modo di muovermi nel secondo.

Dapprima è arrivata in ambulatorio Adele B. di 77 anni, in discrete condizioni generali, a parte i dolori derivanti dagli esiti di una protesi alla spalla e le artralgie ricorrenti per un'artrite reumatoide sieronegativa: aveva notato la comparsa di linfonodi sul collo a sinistra. Alla palpazione mi sono sembrati grandi al massimo 2 centimetri, di consistenza duro elastica e non dolenti. L'obiettività per il resto era negativa. Tutti gli esami di routine, compresi gli indici infiammatori, erano nei limiti di norma, mentre l'ecografia richiesta con urgenza parlava di un pacchetto di linfonodi aumentati di dimensioni in sede retroangolomanibolare e numerosi altri lungo la catena laterocervicale posteriore fino allo sternocleidomastoideo. La biopsia escissionale di uno dei linfonodi rivela un linfoma diffuso a grandi cellule B.

Quando, quindici giorni dopo, ho visitato Monica N, quarantenne, reduce da una vacanza in campeggio in Croazia, con una grossa ghiandola laterocervicale destra seguita da una seconda in regione parotide sinistra, mi sono molto preoccupato per la consistenza duro elastica dei linfonodi, non dolenti e senza sintomatologia associata. Pur temendo il peggio, le ho chiesto, oltre agli indici infiammatori, anche gli anticorpi anti-Epstein Barr virus, citomegalovirus e toxoplasma: fortunatamente sono risultate positive sia le IgM sia le IgG per quest'ultimo. L'ecografia del collo ha rivelato linfonodi laterocervicali di 8-12 mm, bilaterali e posteriori allo sternocleidomastoideo destro di tipo reattivo (aspetto fusato, assenza di coalescenza, visibilità del centro germinativo) e due aree ipoecogene di 11-12 mm a margini netti nella parotide sinistra (possibili linfonodi infiammatori). Dopo un paio di settimane i linfonodi si sono spontaneamente ridotti di dimensione e dopo un mese sono del tutto scomparsi.

dio è caratteristica: febbre, linfadenopatia e faringite (vedi *Occhio Clinico* 2004;9: 16) e il coinvolgimento dei linfonodi è esteso e molto spesso bilaterale.

Alcuni pazienti con **infezione da HIV** possono manifestare come primo sintomo una linfadenopatia generalizzata, mentre in altri si può avere l'interessamento, anche transitorio, di una sola stazione linfonodale, più frequentemente laterocervicale, sottoascellare o occipitale. La manifestazione acuta della sindrome da HIV può comparire con sintomi simili a quelli della mononucleosi, con faringite, febbre e linfadenopatia, cui si possono associare cefalea, artralgie, mialgie, astenia, letargia, nausea, vomito, diarrea, esantema maculo-papuloso e manifestazioni neurologiche. Tuttavia, poiché i sintomi dell'infezione acuta possono durare per una o due settimane, per poi spegnersi gradualmente, dando inizio alla fase asintomatica o di latenza clinica, appare evidente quanto sia importante, quando si sospetta una mononucleosi, tener presente la necessità di escludere l'infezione da HIV.

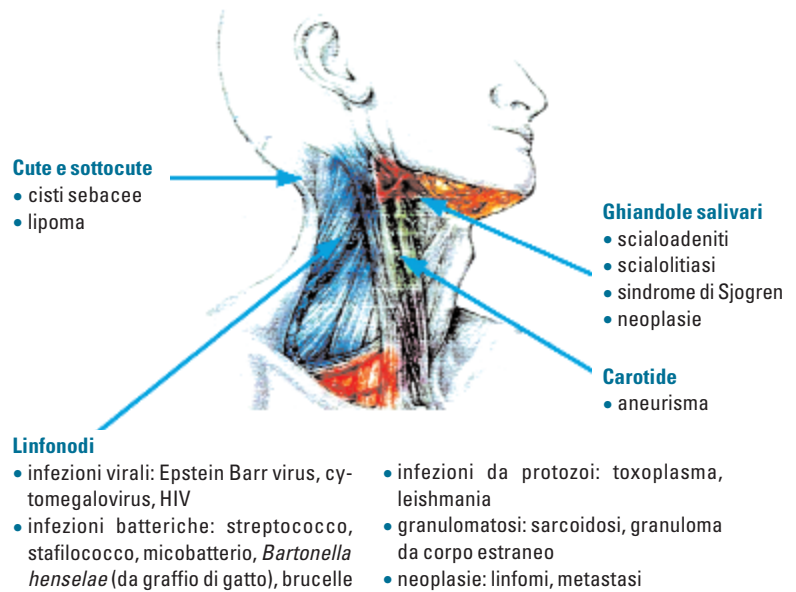
Le **infezioni batteriche acute** del cavo orale o dell'orecchio spesso si accompagnano ad adenite laterocervicale, ma, come precedentemente detto, i sintomi prevalenti richiamano l'attenzione del medico sul focolaio primitivo di infezione.

La **suppurazione** di un linfonodo cervicale facilmente è da addebitarsi a infezione micobatterica, anche se la malattia tubercolare può manifestarsi semplicemente con linfadenopatie laterocervicali non dolenti, di consistenza aumentata, ma mobili sui piani sottostanti, che pongono una difficile diagnosi differenziale con le malattie neoplastiche, dato il loro accompagnarsi a febbre ricorrente, astenia, sudorazione notturna, perdita di peso e, a volte, splenomegalia. La **malattia da graffio di gatto** (Bewin-Ami 2005) è relativamente poco comune, si vede soprattutto nei bambini, ma va tenuta presente anche nella diagnosi differenziale di un adenopatia nell'adulto, perché può portare, in casi atipici, anche a encefalite, endocardite, eritema nodoso, epatite, osteomielite e patologie oculari.

La linfadenopatia si localizza nella stazione drenante circa due settimane dopo il graffio o il morso del gatto.

TUTTE LE MASSE DEL COLLO

FIGURA 1



Linfadenopatia può manifestarsi nel 15 per cento dei casi di **brucellosi**, malattia piuttosto rara che colpisce prevalentemente gli agricoltori, gli addetti alla macellazione delle carni e i veterinari.

La **toxoplasmosi** (diagnosticata alla signora Monica) nella maggior parte dei casi è asintomatica, ma il sintomo più comune è proprio l'ingrossamento modesto di uno o più linfonodi laterocervicali, non dolenti e mobili sui piani sottostanti.

Possono essere interessate anche altre stazioni linfonodali a livello retronucleare, sopraclavare, inguinale e mediastinico. Come è avvenuto alla quarantenne vacanziera in Croazia, può non esserci sintomatologia associata, mentre in altri casi possono comparire:

- febbre, anche elevata;
- cefalea;
- astenia.



Bibliografia

- Gleeson M et al. Management of lateral neck masses in adults. *BMJ* 2000; 320: 1521.
- Bewin-Ami R et al. Cat scratch disease in elderly patients. *Clinical Infectious Diseases* 2005; 41: 969.
- Prakash PK et al. Differential diagnosis of neck lumps. *The practitioner* 2002; 246: 252.
- Tschammler A et al. Differential diagnosis of lymphadenopathy: power Doppler vs color Doppler sonography. *Eur Radiol* 2002; 12: 1794.

QUANDO NON BASTA L'ESAME CLINICO

TABELLA 1

- massa dovuta a presunta infezione batterica che non si risolve dopo due settimane di antibiotico
- presenza di sintomi da compressione o di voce rauca
- rapido accrescimento della massa
- massa nella parotide o in altre ghiandole salivari
- massa fissa rispetto ai piani cutanei
- associazione con paralisi del nervo facciale
- linfonodi confluenti

Laterocervical swellings: possible diagnoses*Occhio Clinico* 2007; 4: 8**Key words**Laterocervical mass;
Diagnosis**Summary**

Laterocervical masses are a true test of a doctor's diagnostic skills. A large number of possible causes need to be investigated and many tests can be carried out.

Even by going on the symptoms reported by the patient and the objective examination of the mass, a doctor can tell whether it is a simple lipoma, an inflammation of the salivary glands or other, perhaps rarer pathologies. However, the diagnosis may range from an infection to an inflammation, right up to a neoplasia. The patient's age is an important factor to take into account, because in 75 percent of patients over 40 the diagnosis is a malignant tumour, especially if they are smokers. A doctor can get some help from the test laboratory: serological tests, nasal or pharyngeal swabs can narrow down the possible causes of the pathology. If there are not sufficient, it is advisable to resort to diagnostic procedures such as ultrasound, CT, MR and PET scans. The decisive test is certainly the echo-guided biopsy with cytological examination, but it is not always possible to take a sufficient amount of biological material.

Sono meno frequenti:

- faringodinia;
- mialgie;
- rush cutaneo;
- algie addominali.

La **sarcoidosi** può avere come sintomo iniziale un'adenomegalia laterocervicale, anche se più spesso è generalizzata e si accompagna a compromissione del quadro polmonare.

La **cisti branchiale**, sul bordo anteriore del muscolo sternocleidomastoideo, è una rara condizione dell'adulto molto giovane; può ascessualizzare e la presenza di cristalli di colesterolo nell'ago aspirato è patognomonica.

Di male in peggio

I **linfonodi neoplastici**, siano essi espressione di una patologia primitiva (linfoma di Hodgkin o non Hodgkin, come nella storia di Adele) oppure sede di metastasi, si presentano quasi sempre duri alla palpazione, non dolenti, adesi ai piani sottostanti e spesso tra loro confluenti, come erano nel caso della prima paziente.

E' difficile dare una stima percentuale delle neoplasie che colpiscono i linfonodi laterocervicali, perché vi è grande variabilità nei dati pubblicati.

La metastatizzazione linfatica è il meccanismo più importante di diffusione del tumore squamo-cellulare della testa e del collo. Nel 50 per cento dei casi il tumore primitivo è riconoscibile clinicamente e, quindi, nella diagnosi differenziale è utile eseguire un esame attento di cavo orale, naso, orecchio, laringe, parotidi e tiroide (Gleeson 2000).

Occasionalmente, tumori dell'esofago, della mammella, del polmone o gastrici possono esordire clinicamente con metastasi a livello dei linfonodi laterocervicali siti alla base del collo. Di tali linfadenopatie, a partenza sovraclaveare, deve essere sospettata la causa in carcinomi a cellule squamose del tratto aereo e digestivo se il paziente ha più di 40 anni e soprattutto se vi sono i due maggiori fattori di rischio, fumo e tabacco.

Un aiuto dal laboratorio

Al di là dell'esame obiettivo, la diagnostica di laboratorio sarà dirimente per le patologie da infezione, come per la toxoplasmosi della storia. Gli indici infiammatori alterati, un tampone nasale o faringeo positivi da-

ranno sostegno all'ipotesi batterica, mentre test più specifici per le infezioni da virus di Epstein Barr (monotest e Paul Bunnell) o per l'HIV saranno diagnostici per le rispettive malattie.

In alcuni casi sarà necessario inviare il paziente allo specialista, per l'esecuzione di indagini diagnostiche strumentali. In considerazione della grande prevalenza di condizioni benigne, curabili in ambulatorio, sono state identificate le indicazioni per il consulto di secondo livello, come riportate nella tabella 1 (Prakash 2002).

Le indagini strumentali, da utilizzarsi nei casi in cui gli esami sierologici non siano sufficienti sono:

- l'ecografia, che ha sensibilità e specificità maggiore della palpazione;
- la TC e la RM sul cui valore aggiunto rispetto all'esame con gli ultrasuoni i pareri discordano;
- la PET, che, fornendo informazioni funzionali, è da considerarsi più sensibile e specifica rispetto alle prime tre.

L'ecografia, che non dà radiazioni ionizzanti e misura linfonodi di diametro inferiore al centimetro, è economicamente vantaggiosa. Le metodiche Doppler e l'utilizzo dei mezzi di contrasto ecografici di ultima generazione ottengono poi ottime informazioni sulla vascolarizzazione del linfonodo e rilevano anche piccole irregolarità, potenzialmente causate da aree di necrosi, anche in formazioni più piccole di 1 centimetro (Tschammler 2002). La vascolarizzazione, in corso di malattia neoplastica, si presenta molto irregolare con caratteristiche di tipo anarchico, con la presenza disordinata di arterie e vene sia al centro del linfonodo sia in periferia, conferendo un aspetto iperperfuso.

I tomografi PET-TC di nuova generazione possono dare informazioni combinate morfologico-funzionali e superano la PET da sola; rispetto a tale metodica si attende però, la pubblicazione di dati certi.

L'**ago aspirato eco-guidato** con esame citologico è l'esame dirimente, ma non sempre è possibile prelevare una quantità sufficiente di materiale.

In qualche caso, come in quello della signora Adele, sarà necessaria l'asportazione di chirurgia di un linfonodo, il cui esame istocitologico darà la diagnosi definitiva. ■