SOCIETÀ LIGURE DI OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE

Il work-up diagnostico per lo specialista ORL

Tumefazioni del collo: dalla diagnosi al trattamento

G. Gabella

S.C. Otorinolaringoiatria — Ospedale Padre Antero Micone, Genova Sestri Ponente

Eziologia delle masse del collo nell'adulto



Congenite

- Cisti del dotto tireoglosso — linea mediana, mobile con la deglutizione
- Cisti/fistole branchiali — laterocervicali, tipicamente II arco
- Malformazioni linfatico-vascolari

Infiammatorie / Infettive

- Linfoadenite reattiva virale o batterica — dolente, mobile
- Micobatteriosi (TBC, atipiche), sarcoidosi
- Malattia da graffio di gatto
- Mononucleosi (EBV) / toxoplasmosi
- Scialoadenite / scialolitiasi

Neoplastiche benigne

- Lipoma
- Tumori benigni delle ghiandole salivari
- Paraganglioma carotideo
- Schwannoma
- Nodulo tiroideo

Neoplastiche maligne

- Metastasi linfonodali da SCC testa-collo — causa più frequente nell'adulto a rischio
- Linfoma
- Tumori maligni delle ghiandole salivari
- Metastasi a distanza (polmone, mammella, rene, tratto GI)

Chowdhury et al., J Otorhinolaryngol Hear Balance Med 2024 · Tan & Jaya, AJGP 2020

Ogni tumefazione del collo nell'adulto va considerata maligna fino a prova contraria

Le neoplasie maligne superano numericamente qualsiasi altra causa di tumefazione persistente del collo nell'adulto: HNSCC, linfoma, tiroide, ghiandole salivari, metastasi a distanza.

Un'anamnesi ed un esame obiettivo mirati permettono di stratificare rapidamente il rischio e di indirizzare correttamente il percorso diagnostico.

Pynnonen et al., Otolaryngol Head Neck Surg 2017 (AAO-HNSF CPG) · Tan & Jaya, AJGP 2020

Perché il work-up conta

3–6

mesi

il ritardo diagnostico medio ancora riportato in letteratura per l'HNSCC che si presenta come massa del collo

×3

l'aumento del rischio di mortalità associato al ritardo nel referral specialistico

~30.000

casi/anno (USA)

pazienti stimati che si presentano con una massa del collo di natura maligna



SCC HPV+ orofaringe e SCCUP

Seoane et al. 2012, cit. in Tan & Jaya 2020 · AAO-HNSF CPG 2017

Il paziente che “non sembra” a rischio

Carcinoma orofaringeo HPV-correlato

- L'incidenza dell'HNSCC HPV-positivo dell'orofaringe è in netto aumento
- Paziente tipicamente più giovane, spesso senza storia significativa di fumo o alcol
- Esordio frequente come massa laterocervicale asintomatica
- Linfonodi metastatici spesso cistici → facilmente confusi con una cisti branchiale

Perché conta per l'ORL

Una massa cistica in un paziente giovane, non fumatore, senza fattori di rischio classici NON esclude una neoplasia.

L'assenza di fattori di rischio classici non deve mai rassicurare da sola.

Una massa cistica va seguita con FNA/imaging fino a diagnosi: mai presumerne la benignità

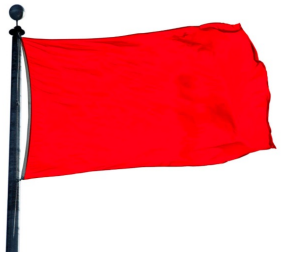
AAO-HNSF CPG 2017 · Tan & Jaya, AJGP 2020

Le raccomandazioni chiave delle linee guida

1	Non prescrivere antibiotici in assenza di segni/sintomi di infezione	
2a	Identificare il rischio da anamnesi sospetta isolata (≥ 2 sett. o durata incerta)	
2b	Identificare il rischio da reperti obiettivi isolati (fissità, durezza, >1,5 cm, ulcerazione)	
2c	Anamnesi ed esame obiettivo iniziali per tutti i pazienti	
3	Follow-up strutturato per il paziente non a rischio aumentato	
4	Educare il paziente sul significato del rischio aumentato	
5	Esame obiettivo mirato: faringe, base lingua, laringe	
6	TC o RM del collo con mezzo di contrasto	FORTE
7	Agoaspirato (FNA) invece della biopsia aperta	FORTE
8	Massa cistica: non presumere la benignità fino a diagnosi	
9	Esami ancillari mirati su anamnesi ed esame obiettivo	
10	Endoscopia in narcosi	

AAO-HNSF CPG 2017, Tab. 3

Anamnesi



Sintomi “red flag”

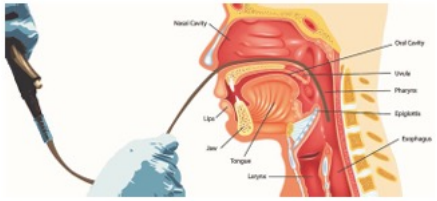
- Massa presente da ≥2 settimane o di durata incerta
- Disfagia, disfonia, odinofagia
- Asimmetria tonsillare
- Otalgia riflessa omolaterale
- Ostruzione nasale o epistassi omolaterale
- Calo ponderale immotivato

Fattori di rischio

- Età >40 anni
- Fumo e/o consumo di alcol
- Pregressa neoplasia testa-collo
- Pregresse lesioni cutanee H&N
- Assenza di eziologia infettiva riconoscibile

AAO-HNSF CPG 2017, Tab. 4 · Tan & Jaya, AJGP 2020

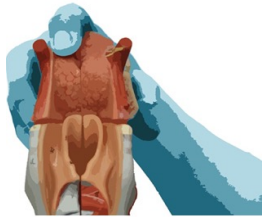
Esame obiettivo



Caratteristiche sospette per malignità

- Consistenza dura/lignea
- Fissità ai piani profondi o adiacenti
- Dimensione >1.5 cm
- Ulcerazione della cute sovrastante
- Massa non dolente
- Linfonodi multipli, raggruppati o in progressivo aumento





Esame testa-collo completo



✓ FLS (rinofaringe, ipofaringe, laringe) con NBI

✓ ENDOSCOPIA CAVO ORALE (cavo orale e orofaringe)

✓ Nervi cranici

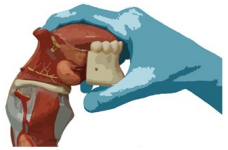
✓ Otoscopia (OME unilaterale)

✓ Cute volto e cuoio capelluto

✓ Collo: sede, mobilità, fissità

✓ Ghiandole salivari

✓ Tiroide



Se non eseguibile in ambulatorio inviare per endoscopia a chi può eseguirla

AAO-HNSF CPG 2017, Statement 2b e Tab. 7

I livelli del collo come bussola per il primitivo



I — **Livello I**

Labbro, cavità orale, ghiandola sottomandibolare

II–III — **Livello II–III**

Cavità orale, orofaringe, ipofaringe, laringe

IV — **Livello IV**

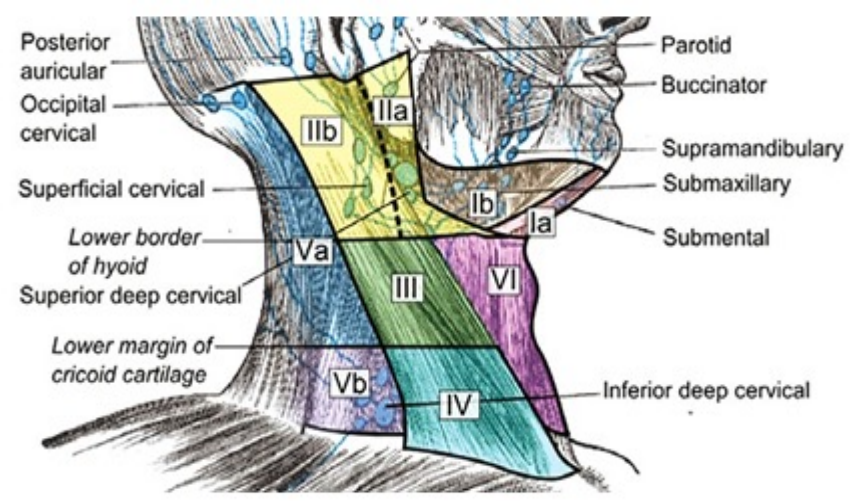
Laringe, ipofaringe; se isolato: sospettare primitivo extra-cervicale (torace, addome)

V — **Livello V**

Rinofaringe, tiroide, cute (occipite/parotide), linfoma

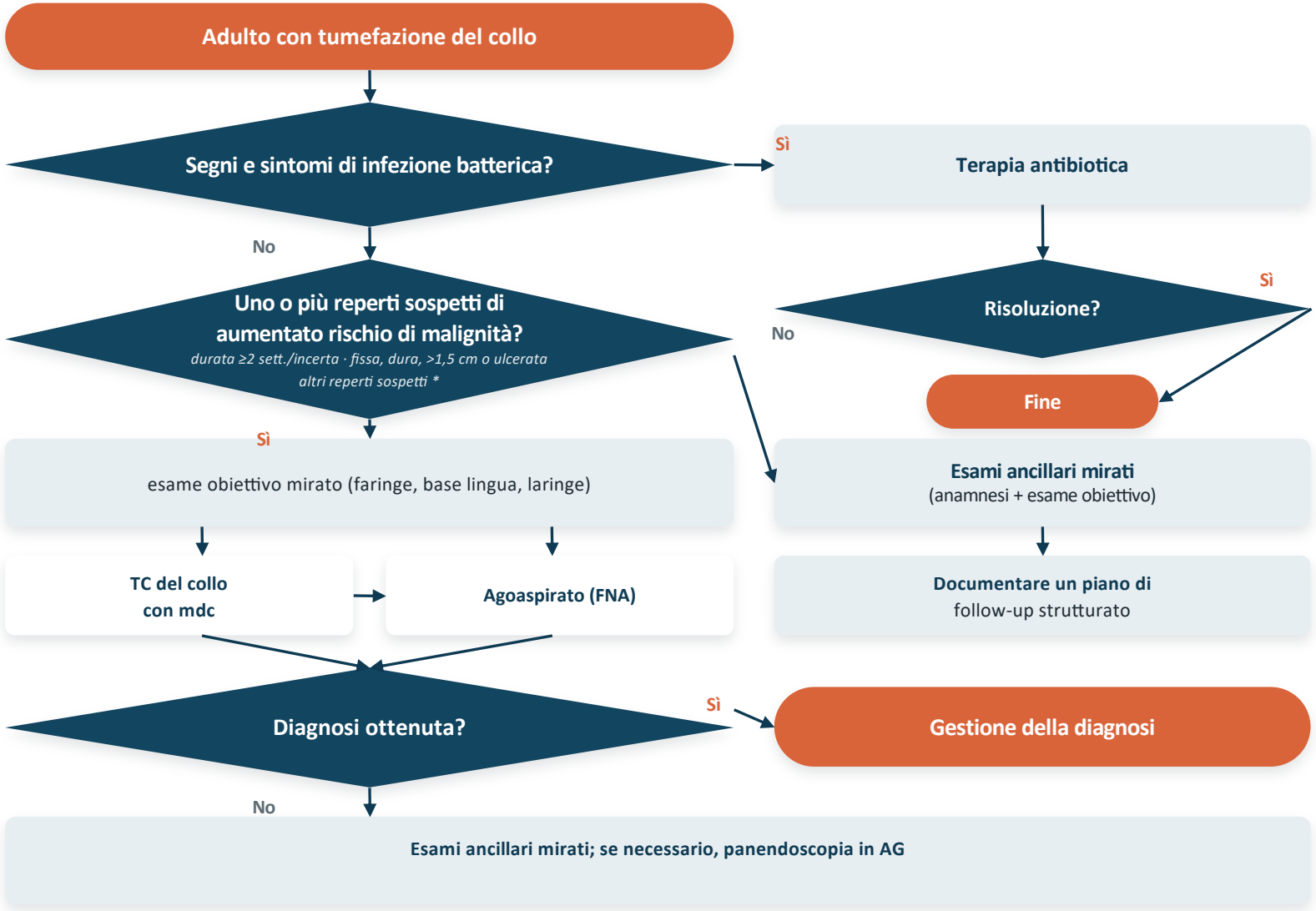
VI — **Livello VI**

Tiroide, paratiroidi



AAO-HNSF CPG 2017 — Neck Mass Location

L'algoritmo decisionale dello specialista ORL



Altri reperti sospetti *

anamnesi ed esame obiettivo

- Età >40 anni
- Fumo e/o consumo di alcol
- Pregressa neoplasia testa-collo
- Pregresse lesioni cutanee H&N
- Disfonia di recente insorgenza
- Otalgia riflessa omolaterale
- Ostruzione nasale/epistassi omolaterale
- Calo ponderale immotivato
- Massa cervicale non dolente
- Asimmetria tonsillare

Iter diagnostico

TC collo s+mdc

Localizza il primitivo, mappa le stazioni linfonodali, orienta la stadiazione. Contrasto sempre indicato salvo controindicazioni.

- L'ecografia non è raccomandata come esame di prima linea: è operatore-dipendente e non visualizza bene le strutture profonde.
- La RM offre un miglior contrasto dei tessuti molli ma è meno disponibile e tollerata: la TC resta l'esame di prima scelta.
- La PET/TC non è di prima linea: utile soprattutto nel sospetto di recidiva dopo trattamento

Agoaspirato (FNAC-FNAB)

Sostituisce la biopsia aperta come primo step: accuratezza complessiva 93,1% (73,3–98,0%) in meta-analisi.
Permette di ricercare HPV (p16).

- Nei casi indeterminati: ripetere l'FNA o eseguire una core biopsy ecoguidata (accuratezza 96%, complicanze 1%)..
- Nella massa cistica non interrompere l'iter fino a diagnosi: non presumerne la benignità.

La richiesta simultanea di imaging e FNA evita di allungare inutilmente i tempi diagnostici del paziente

AAO-HNSF CPG 2017, Statement 6–7 · Tan & Jaya 2020

SE IMAGING E FNA NON BASTANO

Panendoscopia in AG

Il percorso corretto

1. EO con VLS + eventuali esami ancillari su sospetto clinico specifico

1. FNA + imaging (eventualmente ripetuti)

3. Se FNAC positivo per SCC e VLS negativa: Panendoscopia delle vie aerodigestive superiori in AG con NBI +/- mucosectomia baselingua e tonsillectomia se sospetto SCCUP

Perché evitare la biopsia aperta

- Rischio di seeding tumorale lungo il tragitto
- Aumento di recidiva loco-regionale
- Possibile compromissione della successiva chirurgia definitiva
- In casistiche pubblicate: fino al 7% di impianti tumorali dermici dopo biopsia aperta pregressa

AAO-HNSF CPG 2017, Statement 7 e 10; Zenga et al. 2016 cit. in CPG

Follow-up e presa in carico multidisciplinare

Il paziente non a rischio aumentato

follow-up strutturato

1

Educare

Spiegare l'attesa e i segnali che richiedono un ricontrollo immediato

2

Documentare

Registrare in cartella un piano esplicito di rivalutazione

3

Ricontrollare

Rivalutazione clinica a 2–4 settimane: la massa deve ridursi o risolversi

4

Non assumere

Se persiste, cresce o recidiva dopo risoluzione apparente → work-up completo

Lo specialista ORL

- Raccoglie l'anamnesi mirata e stratifica il rischio
- Esegue l'esame testa-collo, inclusa l'endoscopia flessibile
- Attiva imaging e FNA in parallelo, senza ritardi
- Coordina il rientro dei risultati e la presa in carico



Il team multidisciplinare

- Radiologia — imaging
- Anatomia patologica — citologia
- Infettivologia — forme flogistiche complesse
- Oncoematologia — linfoadenopatie maligne primitive
- Chirurgia oncologica testa-collo — trattamento definitivo



AAO-HNSF CPG 2017, Statement 3–4

Take-home messages

Maligna fino a prova contraria

Ogni massa del collo dell'adulto merita questo livello di attenzione, indipendentemente dal profilo di rischio apparente.

Anamnesi + esame mirato stratificano il rischio

Durata, fissità, dimensione >1.5 cm e ulcerazione restano i segnali cardine.

TC e FNA in parallelo

La biopsia aperta è l'ultima opzione, non la prima.

Cistico ≠ benigno

SCC HPV+

FONTI

Bibliografia

1 Pynnonen MA, Gillespie MB, Roman B, et al. Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;157(2S):S1–S30.

2 Tan E, Jaya J. An approach to neck masses in adults. Aust J Gen Pract. 2020;49(5):267–270.

3 Chowdhury R, Turkdogan S, Alsayegh R, et al. Comprehensive Diagnostic Approach to Head and Neck Masses. J Otorhinolaryngol Hear Balance Med. 2024;5:17.

4 Albaik M. Current Perspectives on Neck Masses: A Review of Clinical Presentation and Diagnostic Approach. J Ear Nose Throat Disord. 2024;8(1):1056.

Grazie per l'attenzione