

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL MASELOR TUMORALE CERVICALE, DIN PUNCTUL DE VEDERE AL EXAMINĂRII CT

THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CERVICAL TUMORAL MASSES FROM THE PERSPECTIVE OF CT EXAMINATION

Dorina DRAGOMIR¹, Mărioara POENARU², S. OTULBEA², M. RAICA³, FI. BÎRSĂȘTEANU⁴, Gh. CIOBANU², N. ȘTEFĂNESCU⁵

¹Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad, ²UMF Timișoara-ORL, ³UMF Timișoara-Histologie, ⁴Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara, ⁵Spitalul Clinic Municipal Arad

Abstract

The differential diagnosis of cervical tumors pathology presupposes a fine background about the normal section anatomy of the region concerned.

The clinical examination of the patient by high performance imaging method, obtains informations about the origin, structure, position, classification, extension and border of the tumor, the presence or absence of the metastatic nodules, which helps in the differential diagnosis, for the formulation of the certainty diagnosis and TNM of the disease.

Key words: limfom, sarcoma, carcinoma, parotidian, chist dermoide.

Cuvinte cheie: limfom, sarcom, carcinom parotidian, chist dermoid.

INTRODUCERE

Examinarea clinică, ecografică, CT, MRI, aduc date despre originea tumorii, structura, poziția, clasificarea, extinderea tumorii și marginile ei, prezența sau absența nodulilor metastatici, dezvoltarea tumorii în raport cu structurile din jur, dezvoltarea ei perineurală și date despre abordarea terapeutică a patologiei respective [1].

Anatomopatologul poate să răspundă la următoarele întrebări: care este diagnosticul, cât de extinsă este boala, structurile invadate, ganglionii prezenți, aspectul marginii libere a tumorii. Biopsia făcută de chirurg este ideală dacă este largă și include țesut normal și patologic.

Zonele de necroză și ulcerative trebuie evitate. Dacă se suspectează un carcinom verucos, biopsia trebuie să includă țesut patologic și țesut normal.

Acuratețea clasificării neoplasmului este importantă pentru planul terapeutic. Fiecare tumoră are particularitățile ei. De exemplu carcinomul papilar de tiroidă, metastazează primar în ganglionii cervicali, carcinomul folicular al tiroidei ajunge pe cale sanguină la plămâni, os și foarte rar la ganglioni. Chistadenocarcinomul de glande salivare are un neurotropism neexplicabil. Carcinomul de celule scuamoase poate exista sub mai multe forme: verucoasă, convențională, spindle, fiecare din ele având o evoluție clinico-patologică și răspunde diferit la iradiere.

Tipul histologic al tumorii este la fel de important ca și gradul tumorii. La sarcoame datorită creșterii rapide, gradul histologic este mai important decât tipul histologic. De exemplu sunt multe sarcoame, angiosarcom embrional și alveolar, rhabdomyosarcomul care se dezvoltă metastazând ganglionii. Alte tumori au tendința să fie multifocale precum sarcomul Kaposi și sarcomul epitelioid.

Alte tumori au o dezvoltare și creștere de-a lungul nervilor de exemplu schwanomul malign.

Unele tumori sunt numai local foarte agresive și metastazează foarte rar, de exemplu dermatofibrosarcomul protuberans. Alte tumori metastazează mult, de exemplu fibrohistiocitomul malign. Datorită acestor aspecte sau dezvoltat protocoale de tratament pentru sarcoame, cum este tripla terapie pentru rhabdomyosarcom embrional.

Limfoamele Hodgkiniene tind să fie la tineri și localizarea bolii este predictibilă și curabilă. Pacienții cu limfoame non Hodgkin prezintă multe localizări nepredictibile.

Locul tumorii primare de multe ori nu poate fi pus în evidență. Tumorile cu localizare vizibilă pentru pacient, care se dezvoltă în structuri vitale și care pot fi ușor eliminate de chirurg, pot avea un prognostic bun. Dacă funcția este compromisă devreme și se află într-o arie unde sunt multe vase limfatice ca de exemplu corzile vocale adevărate, sunt potențial curabile, față de cele care se dezvoltă clinic silențios, în arii limfatice bogate ca spațiul supraglotic laringian, baza limbii, hipofaringele. Când tumora este săracă funcțional pot apare tendințe de invazie perineurală.

Dictonul "the larger the tumor, the worse the prognosis" este valabil și conține cele trei componente tumorale în sistemul TNM. Există și excepții acestea sunt la carcinoamele ce aparțin etajului dinților, pot avea o bază largă, dar o invazie superficială a laminei proprii. Unele tumori sunt mai invazive în țesut limfatic ganglionar și tind să aibe un prognostic mai bun decât altele care sunt mai mici dar sunt mult mai invazive. Alte tumori mici, au o proprietate de invazie foarte timpurie a structurilor vasculare. Acest aspect este special pentru celulele mici anaplastice precum carcinomul de laringe.

Prognosticul în melanomul malign este corelat cu dimensiunea tumorii și marginile ei. Există o relație între gradele tumorii și locul tumorii primare, stadiul evolutiv al bolii, ganglioni și prognostic. Modul în care o tumoră invadează structurile anatomice are un prognostic semnificativ. Răspunsul inflamator la tumoră este considerat un prognostic bun. În cazul carcinoamelor cu celule scuamoase de cap și gât care au prezentat răspuns imunologic la tumoră, dând reacție inflamatorie mare, acest aspect anunță un prognostic bun. Majoritatea celulelor inflamatorii sunt limfocite T. Bolnavii cu carcinom cu celule scuamoase prezintă eozinofilie crescută [2].

Leziunile faringiene și parafaringiene

Compartimentele care fac parte din această regiune sunt: nazofaringele, orofaringele, cavitatea bucală, oasele și țesuturile moi înconjurătoare, fascia cervicală profundă fiind cea care împarte structurile moi ale gâtului în aceste compartimente.

Spațiul mucus faringian, conține orofaringele și nazofaringele. Aici sunt mucoasa faringiană cu glandele salivare minore, amigdalele și ganglionii limfatici. Acest spațiu conține orificiul trompei lui Eustachio. Pe secțiunile axiale, foseta Rosenmüller este situată posterior de trompă. Din epiteliul mucoasei acestei regiuni se dezvoltă carcinoamele rinofaringiene. Pe pereții laterali se află amigdala palatină, între pilierul anterior și pilierul posterior. Pilierul anterior este format din mușchiul palatoglos, iar pilierul posterior este format din mușchiul palatofaringian.

Hipertrofia adenoidă. La examinarea CT, recesul faringian lateral trebuie să fie simetric. Dacă este asimetric, unilateral colabat, este fie hipertrofie adenoidă unilaterală, fie un proces tumoral. Țesutul adenoid este izodens cu musculatura [3].

Dacă **complexul venos pterigoid** este asimetric și există o hiperdensitate în spațiul parafaringian, de-a lungul porțiunii mediane a mușchiului pterigoid lateral, este posibil să fie o **variantă anatomică**, care poate fi confundată cu o tumoră vasculară.

Dacă la examinarea CT sau MRI se descoperă întâmplător o imagine chistică până la 3 cm, la rădăcina posterioară a nazofaringelui, fără eroziuni osoase, asimptomatică această imagine este **chistul Thornwaldt**. Acest chist devine simptomatic în momentul inflamării.

Chistul atipic. La CT apare o imagine chistică, ce se prelungește în peretele lateral al faringelui, de la amigdala palatină la baza craniului. Acest chist apare la copii sau adolescenți cu glanda parotidă localizată anormal, lateral și care bombează peretele laringian postero-lateral și care apar frecvent după IACRS.

Chistul mucos (postinflamator) este masă chistică la examinarea CT, bine delimitată de 1-2 cm în spațiul mucus faringian, descoperit întâmplător. Afecțiune rară, apărută post inflamator, poate prezenta calcificări ale mucoasei faringiene.

Adenomul pleiomorfic. La examinarea CT apare ca o formațiune rotund ovalară, bine delimitată, pediculată (în lumenul nazofaringelui și orofaringelui) sau este localizată în spațiul parafaringian, înconjurată de țesutul gras cu hiperdensitate moderată. Este o **tumoră benignă**, provenită din **glandele salivare minore** ale mucoasei faringiene sau glandele salivare ectopice, de la spațiul parafaringian.

Hemangiomul apare, la examinarea CT, ca o leziune slab delimitată (de tip capilar) sau bine delimitată (de tip cavernos), care se opacifiază intens după injectare de substanță de contrast. Acesta apare mai frecvent la copii și tinde să afecteze mai multe spații învecinate.

Lipomul este o leziune hipodensă, bine delimitată, în spațiul retrofaringian sau parafaringian. Această leziune trebuie diferențiată de chistul dermoid care este o leziune grăsoasă situată mai median și este rară.

Angiofibromul este o masă intensă hipodensă, în nazofaringe, întâlnită la adolescenți, însoțită de epistaxis și obstrucție nazală. În evoluție angiofibromul se însoțește de distrucție osoasă extensivă.

Carcinomul cu celule scuamoase este o formațiune papilară sau polipoidă dezvoltată în mucoasa nazofaringiană sau orofaringiană, producând invazie precoce în țesutul grăos din spațiul retrofaringian, sau parafaringian, cu metastaze nodulare, uneori cu inomogenitate centrală, frecvente în spațiul retrofaringian (ganglionii profunzi cervicali superiori și retrofaringiani). Dacă carcinomul are extensie superioară se produce distrucția bazei craniului. Este cea mai frecventă tumoră malignă. De cele mai multe ori histologic este un epiteloid necheratinizat sau un limfoepiteliom. Examinarea CT ajută și la stadializarea tumorii.

Tumorile maligne ale glandelor salivare minore, când au originea în spațiul mucus faringian nu se pot diferenția de carcinomul cu celule scuamoase. Tumorile cu epicentrul în afara spațiului mucus pot proveni din glandele salivare ectopice. Din punct de vedere histologic aceste tumori pot fi de tip adenocarcinom, carcinom mucoepidermoid, adenocarcinomchistic, adenocarcinom pleiomorfic.

Limfomul apare la examinarea CT, la nivelul faringelui în țesutul limfatic al inelului Waldeyer o hipertrofie adenoidă. Limfomul nodular este localizat în spațiul retrofaringian, spațiul parafaringian. Limfomul extranodal este o formațiune slab delimitată, afectând toate spațiile.

Metastazele limfatic nodulare sunt adenopatii în spațiul retrofaringian de peste un an. Carcinomul faringian este cea mai frecventă formă de cancer local. Astfel de metastaze mai poate da melanomul, cancerul tiroidiene. Hiperplazia nodulară este o afecțiune benignă a nodurilor limfatici retrofaringieni, frecventă, dar nu este însoțită întotdeauna de faringită, amigdalită sau IACRS. Apare la copii, adolescenți și diametrul ganglionilor rar depășesc 1 cm.

Abcesele faringiene, parafaringiene, retrofaringiene sau în spațiul masticator își au originea de obicei în alte spații. Este o formațiune slab delimitată, hiperdensă periferic, Abcesul retrofaringian difuzează dintr-o parte în alta și are aspect caracteristic de "papion".

Abcesele amigdalieni, amigdalitele, sunt cu aspect de hipertrofii nespecifice. Modificările inflamatorii pot difuza în palatul moale, spațiile parafaringiene și mușchiul pterigoid median. Un abces amigdalian are un centru hipodens înconjurat de o zonă hiperdensă, poate difuza în spațiul retrofaringian și în cel submandibular. Apar la pacienții tineri, ce prezintă dureri în gât, febră, deglutiție dureroasă și prezența de unei formațiuni pe peretele faringian. Adenoidita și formarea de abcese sunt mai rare și apar la CT ca și afecțiuni amigdalo-palatine.

Leziunile spațiului masticator și carotidian

Hipertrofia maseterică este o creștere unilaterală sau bilaterală a dimensiunii mușchiului maseter. Aceasta poate apărea la persoanele care scrâșnesc dinții nocturn.

Glanda parotidă accesorie La examinarea CT este o structură cu densitate de organ, pe suprafața laterală a mușchiului maseter, identică cu a glandei parotide adiacente. Ea apare în procent

de 20% din populație, dar când este unilaterală sau asimetrică, poate fi confundată cu o formațiune aparținând spațiului masticator lateral.

Neurinomul (Schwanomul), apare la examinarea CT ca o formațiune fusiformă, bine delimitată, cu densități diferite, care pot fi neomogene în cazul leziunilor extinse și care pot prezenta degenerative chistice. Adesea apar în spațiul carotidian, afectând nervii cranieni, IX-XI.

La pacienții cu neurofibromatoză leziunile pot fi multiple.

Meningioamele pot coborî prin foramen jugulare în spațiul carotidian, este o formațiune hiperdensă (calcificată). Față de Schwanom este mai intens și are origine durală.

Paragangliomul (glomusul), este intens hiperdens la examinarea CT, localizat în spațiul carotidian. Produce eroziuni osoase regulate, spre deosebire de cele fine, care apar în cazul Schwanomului cu aceeași localizare. Paragangliomul se localizează în spațiul carotidian de la baza craniului până la bifurcația carotidiană. Glomusul jugular se dezvoltă la baza craniului la gaura jugulară, glomusul vagal se dezvoltă la spațiul carotidian nazo și orofaringian, glomusul carotidian se dezvoltă la bifurcația carotidei.

Hemangiomul cavernos, este o formațiune omogenă, rotundă sau lobulată, cu densități variabile. Apare la 20 de ani și crește progresiv.

Neurofibromul diferă de Schwanom prin densități mai scăzute, apropiate de ale apei. La injectarea substanței de contrast, se opacifiază omogen. Clinic se aseamănă cu Schwanomul.

Limfomul prezintă adenopatii unice sau multiple, localizate în spațiul carotidian, putând evolua invadând spațiile învecinate, inclusiv cel masticator. Limfoamele nu pot fi diferențiate prin examinarea CT de celelalte tumori maligne. În cazul limfoamelor Hodgkin și non Hodgkin, locul de predilecție al nodurilor limfatici este spațiul carotidian. Limfomul în stare avansată devine o formațiune infiltrativă.

Sarcoamele structurilor de părți moi și ale oaselor au originea în spațiul masticator, cu distrucția mandibulei. Neoformația matricei condroidale și osoase apare atât în osteosarcom cât și în condrosarcom. Schwanoamele maligne ale spațiului își au originea în ramura mandibulară a nervului V. Ele se prezintă ca o masă tubulară, cu distrucția canalului mandibular și a foramenului.

Leziunile arterei carotide, se pot manifesta prin obliterarea lumenului (tromboză), sau obliterarea parțială (tromb al peretelui), disecții, sau dilatări fusiforme sau excentrice, frecvent asociate cu tromboză intramurală și hematoame, infecții în jurul lor (anevrisme, pseudoanevrisme). Pseudoanevrismul și disecția sunt sechele ale traumatismelor penetrante sau ale leziunilor de decelerare. Artera carotidă internă sau comună ectazică, apare ca o structură tubulară dilatăată, tortuoasă. Trebuie să nu o confundăm cu o tumoră vasculară sau anevrism.

Tromboza și tromboflebita venei jugulare, pereții vasului apar ca o dungă albă fină. În faza de tromboză apare o formațiune tubulară, net delimitată. În faza acută de tromboflebită, apare ca o formațiune fusiformă, rău delimitată, cu densitate de parenchim și înconjoară vena jugulară internă trombozată. Varianta anatomică cu lipsa venei jugulare unilateral, cu dilatarea considerabilă a celei contralaterale, nu trebuie confundată cu un proces patologic.

Celulite endogene, abcese, produc inflamația spațiului masticator, cu arii hipodense, focale. Acestea provin din abcese parodontale sau periapicale ale mandibulei, care pot prezenta osteomieliță. Infecția poate difuza în spațiul masticator, suprazigomatic și nazofaringian, ducând la apariția osteomielitei bazei craniului. Acestea apar la pacienți cu igienă deficitară sau antecedente cu trismus.

Metastazele apar ca și formațiuni unice sau multiple, rotunde sau ovalare în spațiul carotidian cu diametrul mai mare de 1,5 cm. Extinderea directă din cavitatea bucală sau orofaringe se produce afectarea metastatică a spațiului masticator. Deseori se însoțește și de afectarea mandibulei, prin distrucția ei.

Leziunile spațiului parotidian

Chistul primei fisuri branhiiale, este o masă chistică cu pereți și dimensiuni variabile, în funcție de gradul inflamației la nivelul glandei parotide, sau la periferia ei. În cazul în care există o comunicare între chist și canalul auditiv extern se produce otoreea.

Tumora Warthin (chistadenomul papilar limfomatos), are aspect chistic, sau omogen, sunt formațiuni cu dimensiuni sub 4 cm, ovoide, cu margini netede, localizată la nivelul lobului posterior superficial (coada) glandei parotide. Leziunile mai mari ies din conturul glandei, pot să fie leziuni multiple într-o glandă sau sunt afectate ambele glande. Această tumoră apare la 40-70 ani, afectează mai ales sexul masculin. Este a doua tumoră benignă care afectează glanda parotidă. Originea ei este din țesutul ductal al glandelor salivare heterotopice din cadrul nodulilor limfatici parotidieni. Alte tumori benigne rare sunt: limfadenom sebaceu, oncocitom, adenoame cu celule clare, adenoame cu celule bazale.

Adenomul pleiomorf (tumoră mixtă benignă), sunt formațiuni rotunde sau lobulate, cu margini netede, bine delimitate, care se încarcă diferit cu contrast. Leziunile mari pot prezenta zone de hipodensitate, rar pot apărea calcificări distrofice. Este cea mai frecventă tumoră benignă parotidiană, este la nivelul obrazului, crește lent, apare la pacienții de peste 50 de ani.

Limfangioamele chistice (higroamele), sunt leziuni multichistice, cu perete subțire, care se încarcă cu contrast, creșterea bruscă a dimensiunii este dată de hemoragii sau infecții. Este o leziune care este simptomatică de la sub 3 ani, este mai întâlnită la adulți, leziunea nu involuează spontan.

Hemangiomul capilar, este o leziune delimitată, lobulată, cu încărcare mare la administrarea substanței de contrast. Este cea mai frecventă leziune parotidiană în primul an de viață, poate regresa spontan.

Carcinomul parotidian, este o leziune cu grad mic de malignitate, sunt benigne în aparență, cu marginile netede, bine delimitate, uneori sunt chistice, rar au calcificări focale. Leziunile cu grad mare de malignitate, au marginile infiltrate și au aspect omogen. Este o formațiune dură parotidiană asociată cu durere, mâncărimi pe traiectul nervului facial. Paralizia nervului facial poate fi un semn de malignitate. Carcinoamele primare ale glandei parotide sunt: carcinomul mucoepidermoid, carcinomul adenoidchistic, tumori mixte maligne, carcinomul celulelor acinice.

Metastazele parotidiene și limfoamele. Nodulii limfatici intraglandulari pot adăposti metastaze de la un melanom sau carcinom cu celule scuamoase, localizate în pielea capului, la nivel temporal, față de canalul auditiv extern. Limfoamele parotidiene sunt secundare. Limfoamele și metastazele au aspectul unor leziuni focale unice sau multiple, omogene sau infiltrative la toată glanda. Metastazele la nodulii limfatici intra și periparotidieni, apar și în caz de tumori localizate la nivelul gurii, faringelui, sinusurilor și mai rar cele situate în rinichi, plămâni sau tubul digestiv.

Sindromul Sjögren este hipertrofia uni sau bilaterală a glandei parotide, cu densitate crescută. Glanda are aspect de "fagure", aspectul nu se poate deosebi de cel al sialoadenitei cronice. Sialograma CT arată că sistemul ductal central este normal, iar substanța de contrast este împrăștiată punctat, uniform în toată glanda. Boala Miculicz sau sindromul Sjögren primar este la adult, iar la copil este cunoscut ca parotidita recurentă.

Sialoza, sialoadenoza, este frecvent bilaterală. Glandele sunt ușor crescute de volum, sialograma este normală. Apare prin hipertrofia neneoplazică, neinflamatorie, cronică sau recurentă. Este dată de ciroze, alcoolism, diabet zaharat, malnutriție, dezechilibre hormonale, medicamente, radioterapie.

Sialoadenita granulomatoasă, uni sau mai rar bilaterală, produce o creștere difuză fie în noduli, fie ca o masă solitară. Această hipertrofie progresivă localizată sau difuză a glandei parotide, se mai poate întâlni în sarcoidoză, TBC, sifilis, actinomicoză.

Sialoadenitele acute supurative și formarea abceselor. Creșterea unilaterală, sau difuză, asociată cu unul sau mai multe focare hipodense, care reprezintă abcesul. Procesul poate difuza în

spațiul masticator. Infecția bacteriană trebuie diferențiată de parotidita epidemică (care are localizare bilaterală).

Sialoadenita cronică recurentă, în acest caz glanda este crescută în volum, unilateral, difuz cu densitate mai mare ca de obicei, canalul Stenon dilatat, cu sau fără calculi. Sialoectezia intraglandulară neregulată poate fi evidențiată doar prin sialograma CT. Este prezentă inflamația dureroasă recurentă, a glandei parotidiene, asociată de obicei cu obstrucția incompletă a canalului Stenon.

Chistele limfoepiteliale parotidiene în SIDA, sunt hipertrofia uni sau bilaterală a glandei cu mai multe formațiuni chistice. Este prezentă și hiperplazie reactivă a ganglionilor limfatici. Aceste chiste pot fi prima manifestare a bolii la pacienții cu SIDA. Chistele pot fi consecutive unei obstrucții incomplete date de infiltrația limfatică periductală.

Leziunile spațiului bucal, ale spațiului sublingual și ale lojei submandibulare

Chistul mușchiului tireoglos, este o masă chistică cu localizare mediană sau paramediană, de la nivelul osului hioid înspre superior până la nivelul regiunii submandibulare. Este o formațiune mediană în spațiul suprahioidian afectând planșeul bucal. Doar 20 % din chiste au localizare suprahioidiană, 15 % au localizare hioidiană, 65 % au localizare infrahioidiană.

Țesutul tiroidian lingual, este o formațiune densă, situată median care se încarcă cu contrast. Acesta este de la baza limbii (foramen cecum) până la spațiul sublingual. Formațiunea mediană afectează baza limbii, care reprezintă țesut tiroidian necoborât.

Chistul fisurii II bronhiale, este o masă chistică unilaterală în special submandibulară posterioară, la unghiul mandibular. Glanda submandibulară se deplasează antero-median, mușchiul sternocleidomastoidian deplasat postero-lateral, artera carotidă și vena jugulară deplasate postero-median. Patognomic este "ciocul" care apare median între artera carotidă internă și externă.

Leziunile parotidiene pedunculate, sunt localizate în regiunea unghiului mandibular, mimând o leziune a spațiului submandibular posterior, ca de exemplu tumora Warthin, fisuri bronhiale, adenom pleiomorf.

Chistele dermoid și epidermoid, sunt leziuni uniloculare, hipodense, în spațiul sublingual și submandibular, ele conțin grăsimi și tind să fie localizate median. Aceste chiste apar ca o formațiune cu creștere lentă, localizată sub porțiunea orală a limbii. Sunt diagnosticate în decadele 2-3 de viață.

Adenoamele pleiomorfe (tumori mixte benigne). Sunt formațiuni net delimitate, localizate în glandele submandibulare și mai rar în cele sublinguale, crescând astfel în dimensiune. Acestea cresc lent sublingual sau submandibular.

Hemangiomul cavernos, este o formațiune bine delimitată, cu margini nete, omogenă, rotundă sau lobulată, care se încarcă variabil cu contrast. Localizarea este în spațiul sublingual sau submandibular. Apare în decadele 2-4 de viață și crește progresiv.

Hemangiomul capilar este o leziune neregulată cu limite nete sau difuze, care se încarcă după administrarea de substanță de contrast. Este localizat în spațiul sublingual sau submandibular. Se întâlnește la copiii mici, între 6-10 luni, apoi involuează.

Limfangiomul este un chist multilocular, localizat mai des submandibular decât sublingual. Se poate întinde de la spațiul submandibular până la cel sublingual, sau anterior până la spațiul submandibular opus. Este frecvent la adult, dar pot fi în procent de 65% prezente la naștere.

Carcinoamele cavității bucale, sunt carcinoame ale planșeului bucal, cu densități CT similare cu cele ale mușchiului limbii. Tumurile infiltrează sau obliterează spațiul grăos care înconjoară mușchii, prin administrare de contrast marginea tumorală se încarcă intens. Metastazele ganglionare apar precoce. Frecvent apare invazia spațiului sublingual și a spațiului submandibular. Osteoliza mandibulei apare tardiv. Carcinomul cu celule scuamoase reprezintă mai mult de 90% din afecțiunile maligne ale cavității bucale.

Carcinoamele glandei sublinguale și submandibulare, sunt omogene sau neomogene, cu margini nedefinite infiltrate, foarte rare, de obicei sunt carcinoame adenoidchistice sau carcinoame mucoepidermoide.

Metastazele limfatice, ganglionare și limfoamele, sunt de peste 1,5 cm cu densități de țesut moale, sunt leziuni solitare sau multiple, de formă rotundă sau ovalară. La carcinomele cu celule scuamoase există o neomogenitate centrală, ganglionii limfomatoși sunt de obicei omogeni și tind să crească în dimensiune. În spațiul submandibular cea mai frecventă formațiune malignă este ganglionul limfatic metastatic sau limfomatos. Ganglionii submentali și cei submandibulari drenează limfa de la nivelul feței nasului, sinusului maxilar, cavității bucale.

Angina Ludwig (abcesul, celulita), celulita prezintă următoarele semne: diminuarea densității țesutului grăos, subacut, îngroșarea pielii la nivelul respectiv, vizualizarea vaselor mici (venule limfatice), miozită (creșteri în dimensiuni a musulaturii adiacente și obliterarea planurilor fasciale adiacente și a țesutului înconjurător, cu sau fără încărcare cu contrast). Adenopatiile asociate rar depășesc 1,5 cm. Se pot evidenția osteomieliță mandibulară sau calculi submandibulari.

Sialoadenitele glandelor sublinguale sau submandibulare, sunt similare leziunilor parotidiene.

Ranula (simplă sau plonjantă). Ranula simplă este o formațiune chistică hipodensă, cu margini nete, pereți subțiri, omogen, neseptată. Ranula plonjantă, herniază din spațiul sublingual posterior în cel submandibular adiacent sau în cel parafaringian inferior. Este o formațiune chistică mare corpul în spațiul submandibular și coada (o extensie subțire) la nivelul spațiului sublingual. Chistele de retenție ale glandelor submandibulare se pot diferenția de o ranulă plonjantă prin verificarea afectării glandei submandibulare.

Diagnosticul diferențial CT al leziunilor spațiului visceral anterior și posterior

Chistul canalului tireoglos, este o masă chistică anterioară de 2-4 cm, pe linia mediană, sau paramedian, aflată deasupra sau sub osul hioid. Acesta crește în spațiul pre-epiglotic și dislocă epiglota spre posterior. Chistul canalului tireoglos situat sub osul hioid este între marginile mușchilor infrahioidieni, mușchii apărând ca un "cioc" peste marginea chistului. Se dezvoltă de-a lungul canalului tireoglos. În 50% din cazuri apare sub vârsta de 10 ani și între 20 și 30 de ani.

Chistele timusului cervical, sunt unilateral unilocular sau multilocular. Se localizează între unghiul mandibulei și porțiunea mijlocie anterioară a gâtului. Se formează de-a lungul tractului de țesut timic ce migrează în mediastin.

Metastazele ganglionare limfatice și limfomul, sunt densități nodulare multiple depășind 1,5 cm, situate de-a lungul traheii și esofagului. Dacă nodulii au un centru hipodens, aceasta indică infiltrare tumorală și necroză. Metastazele carcinomului tiroidian sunt frecvente și au aspect chistic. Ganglionii limfatici sunt prelaringieni, paratraheali și paraesofagieni. Carcinomul tiroidian este cea mai frecventă tumoră a gâtului, care determină adenopatii.

Diverticulul lui Zenker, are aspectul de pungă cu aer destinsă, care conține sau nu fluid. Locul de apariție este joncțiunea faringo-esofagiană, în triunghiul Laimer. Acesta apare prin disfuncție de mușchi cricofaringian, cauzată de o creștere a presiunii intraluminale, vizibile pe examinarea CT.

Adenomul paratiroidian, este localizat în patul glandei, este moderată ca mărime, cu margini bine delimitate. În mod normal glandele parotide, rareori sunt vizibile, sunt 2 perechi situate la polul superior și inferior al glandelor parotide. Glandele ectopice sau localizările atipice se pot situa la joncțiunea cervico-toracică sau în mediastinul superior.

Carcinomul hipofaringian este o masă infiltrativă cu originea în sinusul piriform (60%), în aria postericoidiană (25%) și peretele faringelui în 15% din cazuri, apare mai mult la bărbați cu consum de alcool și tutun în antecedente. Metastazele ganglionare sunt prezente la 50% din cazuri, în momentul prezentării la medic.

Carcinomul esofagian, este imprecis delimitat, infiltrază țesutul moale, masa tumorală are originea în peretele esofagian, cu sau fără componentă intraluminală. Diagnosticul se pune prin bariu pasaj, endoscopie și biopsie. Explorarea CT este indicată pentru evaluarea extinderii tumorii și a metastazelor ganglionare.

Abcesul și hematumul, sunt mase de țesut moale, imprecis delimitată. Frecvent cu densitate centrală scăzută și expansiune periferică. Abcesele cu originea în spațiul visceral al gâtului sunt rare.

Diagnosticul diferențial CT în leziunile laringiene

Afecțiuni reumatoide, produc subluxația cricoaritenoidă, îngroșarea corzilor vocale adevărate uneori cu noduli reumatoizi de tip polipoid. Anomaliile laringiene sunt vizibile la peste 50% din pacienții cu afecțiuni reumatoide avansate.

Amiloidoza produce îngroșarea submucoasei laringiene, noduli epigloteici și al corzilor vocale, se descoperă întâmplător sau asociat cu afecțiuni sistemice.

Afecțiuni granulomatoase, produc îngroșarea difuză a epiglotei, a plicilor ariepiglotice și a glotei, ocazional produce îngroșări focale și ulceratii. Apar în sarcoidoză, tuberculoză, infecții micotice și granulomatoza Wegener cu afectare laringiană.

Hematumul este vizibil la CT ca o distensie și creștere a densității țesutului moale în spațiul pre-epiglotic și plicile aritenoepiglotice, inflamarea corzilor vocale adevărate și false, creșterea densității țesutului moale în interiorul și în jurul cartilajului cricoid. Hemoragiile țesutului moale endolaringian, sunt asociate cu traumatisme însoțite sau nu de distrugerii ale cartilajului. Hemoragia spontană apare în afecțiuni hemoragice și în tratamentul cu anticoagulante.

Polipul fibromatos și fibroangiomas, este o leziune nodulară pe marginea liberă a corzii vocale adevărate, la joncțiunea treimi anterioare cu cea mijlocie. Sunt frecvent bilateral sau ocazional leziuni multiple. Apare ca o reacție stromală non-neoplazică, la pacienții cu istoric de suprasolicitare a corzilor vocale (cântăreți, oratori).

Schwanomul și neurofibromul se prezintă ca și noduli micila nivelul plicilor ariepiglotice sau la corzile vocale, pot fi multipli ca în neurofibromatoză, pot fi date și de alte neoplasme benigne ale laringelui, dar sunt rare.

Papilomul și papilomatoza, sunt leziuni nodulare mici, unice sau multiple, localizate în special în jumătatea anterioară a laringelui, la nivelul corzilor vocale adevărate. Este posibilă extinderea subglotică cu invadarea traheii și a bronhiilor. Cea mai frecventă tumoră benignă laringiană este papilomul scuamos provocat de papilomavirusuri. Sunt multiple la copii sub 10 ani și solitare la adulți.

Chistul congenital, cu perete subțire și densitate scăzută, apare mai des la plicile ariepiglotice cu diametrul peste 7 cm. Apar în copilărie și la vârsnici. Chistele mari pot ocupa vetibulul laringian, spațiul pre-epiglotic (apare ca o masă valeculară) sau în partea laterală a gâtului.

Laringocelul din punct de vedere al examinării CT pot exista trei tipuri:

➤ laringocele interne, limitate la țesutul moale al laringelui, se pot extinde antero-superior la spațiul pre-epiglotic sau postero-superior în plicile ariepiglotice.

➤ laringocele externe se extind prin membrana tirohioidiană existând masă tumorală pe fața antero-laterală a gâtului chiar sub unghiul mandibulei.

➤ laringocele mixte care au componente chistice median și lateral de membrana tirohioidiană. Laringocele bilaterale sunt în 20 % din cazuri.

Stenoza subglotică, este o îngustare excentrică sau circumferențială la nivel subglotic. Este congenitală sau dobândită (intubații, fractura cartilajului cricoid).

Crupul este un edem al corzilor vocale și al mucoasei subglotice. Sunt date de infecții cu virusul parainfluenza sau virusul sciințial respirator la copii, rar la adulți.

Epiglotita este o inflamare edematoasă simetrică a epiglotei și a plicilor ariepiglotice, cauzate de hemofilus, pneumococi sau streptococi. Edemul angioneurotic are același aspect la CT.

Hemangiomul, este omasă de țesut moale care poate conține calcificări. Corzile vocale adevărate reprezintă zona în care acestea apar la adult. Pot să apară în spațiul supraglotic sau subglotic, poate cauza obstrucție asimetrică a căilor aeriene. .

Condromul, este o masă de țesut moale cu calcificări apărute de la nivelul cartilajelor laringiene, în special de la nivelul suprafeței interne a porțiunii postero-laterale a cartilajului cricoid. Tumorile laringiene sunt în 80% din cazuri condroame și au punctul de plecare din matricea condroidă. Condrosarcoamele sunt rare: 2% din tumorile laringiene.

Carcinomul scuamos laringian, este supraglotic, glotic, subglotic.

Carcinomul supraglotic este în 30% din pacienți, cel glotic la 60%, cel subglotic la 8%. Tumorile laringiene maligne sunt carcinoame scuamoase în 80% din cazuri, restul sunt sarcoame și din acestea mai mult condrosarcoame. Carcinoamele supraglotic și subglotic au simptomatologie tardivă și de aceea se prezintă în stadii avansate. Datorită răgușelii, carcinoamele glotice sunt diagnosticate timpuriu. Metastazele laringiene și limfomul apar prin extindere malignă în organele învecinate (carcinomul hipofaringelui sau tiroidian).

Concluzii

Metoda imagistică prin computer tomograf (CT) este cu acuratețe mai mare pentru structurile osoase. Dar ea poate fi o metodă preterapeutică neinvazivă, aducând date despre densitatea limfocitară peritumorală postcontrast în patologia tumorală de căi aerodigestive superioare, conlucrând astfel la realizarea planului terapeutic al bolnavului, care să-i garanteze acestuia supraviețuirea.

CT-ul este o metodă imagistică standard de evaluare a limfadenopatiilor cervicale superficiale și profunde, care apreciază talia, morfologia și raporturile cu structurile vecine.

BIBLIOGRAFIE

1. Buthiau,D. – *TDM et IRM cliniques-Indications et Semiologie de la Tomodensitometrie et de l'Imagerie par Resonance Magnetique*, Editions Frison/Roche, 18, rue Dauphine-75006 Paris. p. 419-423, 439-445, 479-486.
2. Buruian,M., Codorean,I., Mihai,R., Sfingeu,S., Cuzino,D., *Tratat de tomografie computerizată cap, coloană vertebrală-vol.I*.Editura Medicală Târgu-Mureș,2006,p. 5-18, 537-605
3. Popița,V., Santo,A., Roșu,V., *Investigația computer tomografică în oncologie: Tumorile exocraniului și gâtului*, Editura Medicală Universitară "Iuliu Hașeganu",Cluj-Napoca, 2005, p.53-72, 73-182.