

Una travagliata diagnosi di carcinoma della lingua

Un'assistita di 55 anni, colta e benestante, viene a consulto perché ha interrotto il soggiorno di tre mesi in Sardegna in quanto preoccupata per la comparsa di una tumefazione latero-cervicale destra. Racconta che sull'isola ha eseguito cure dentali e alcuni giorni prima di accorgersi della neoformazione, ha accusato mal di gola e febbre. Il medico del luogo le ha prescritto un antinfiammatorio per 4 giorni e un antibiotico per 7 giorni, ma la neoformazione non ha mostrato alcun segno di regressione.

Visita ambulatoriale

■ **Anamnesi:** la paziente è ipertesa in terapia, in sovrappeso, ex fumatrice.

■ **Esame obiettivo:** vie aeree superiori senza segni di flogosi. Linfonodo in regione latero-cervicale destra delle dimensioni di una noce, non dolente, relativamente mobile, ma senza segni di fissità. Nulla di patologico alle altre stazioni linfonodali e alla tiroide.

La paziente afferma di avere riscontrato la tumefazione occasionalmente, massaggiando il collo per fare assorbire una crema, ma in concomitanza delle cure dentistiche e del mal di gola con febbre (38 °C). Tranquillizziamo la paziente, ma decidiamo di approfondire il caso con indagini bioumorali ed esami strumentali.

Iter diagnostico

■ **Esami ematochimici:** emocromo con formula, anticorpi anti-CMV, anti-toroplasma, anti-TG, anti-TPO, anti-recettori del TSH, anti-HB, assetto ormonale tiroideo, calcemia: nella norma. VES 40, elettroforesi: lieve riduzione della globulina beta2.

■ **Ecografia del collo:** formazione ovoidale ipocogena di circa 4x2 cm, dotata di ampie aree colliquative e ben vascolarizzata al color-Doppler, che prende contatto con il margine laterale della ghiandola sottomandibolare, da riferire verosimilmente a una formazione adenopatica. Inferiormente a questa si apprezza un unico linfonodo reattivo di 10x4 mm. Nulla a carico della tiroide.

■ **Visita ORL e fibroscopia:** negative.

La signora, non soddisfatta della visita dell'otorinolaringoiatra, si reca autonomamente da un altro specialista, ma anch'esso non rileva nulla di patologico.

■ **Rx del torace:** nulla di significativo.

Durante un colloquio con la paziente, che riferisce benessere generale, conveniamo però per l'asportazione chirurgica del nodulo con studio istologico. L'asportazione chirurgica viene eseguita in un ospedale cittadino.

■ **Descrizione macroscopica:** linfonodo di 4.3 cm di diametro maggiore, costituito al taglio da tessuto bianco-giallastro, in parte di consistenza cremosa, in parte sostenuta.

■ **Descrizione microscopica:** metastasi di carcinoma squamoso moderatamente differenziato.

Alle dimissioni la paziente non accusa sintomi e riferisce assoluto benessere. A questo punto, assieme a lei, consapevole e collaborante, si procede nella ricerca della forma primitiva.

Richiediamo una esofagogastrosopia e una TAC di collo e torace: ambuedue non risultano significative. Prescriviamo una PET.

■ **PET:** presenza di area a elevata attività metabolica, che si proietta a carico del laringe subito al di sopra della corda vocale destra, riferibile a lesione eteroplastica a elevata attività metabolica.

Diagnosi definitiva e trattamenti

La paziente sceglie di consultare l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, dove viene operata presso il Diparti-

mento di chirurgia maxillo-facciale.

■ **Intervento:** in narcosi si procede alla palpazione dell'emibase della lingua sinistra e destra. A destra a livello dell'emibase linguale in prossimità della vallecchia glosso-epiglottica si apprezza un nodulo di circa 1.2 cm di diametro massimo con mucosa sovrastante integra. Si apre la mucosa e si esegue asportazione del nodulo. Si ispeziona il cavo orale, orofaringe, ipofaringe e laringe dove non si riscontra tessuto sospetto per neoplasie. Gli esami istologici (estemporaneo e definitivo) confermano entrambi la diagnosi di carcinoma squamoso scarsamente differenziato della base della lingua.

La paziente viene sottoposta a trattamento radioterapico (campi multipli di fotoni convergenti X da 6 MV fino alla dose complessiva di 7000 cGy sull'orofaringe e di 5000 cGy sui linfonodi loco-regionali) e a cicli di chemioterapia di 15 giorni con cisplatino. Il ciclo radioterapico determina però severa tossicità cutanea e della mucosa.

La paziente viene nuovamente ricoverata, prosegue il trattamento radioterapico per 10 giorni (poi terminato), ma non completa i cicli di cisplatino.

Alle dimissioni viene prescritta la seguente terapia: metilprednisolone 16 mg a dosi scalari per 3 settimane, sciacqui con un gel orale a base di polivinilpirrolidone+acido ialuronico+acido glicirretinico 3 volte/die, metilrosanilino cloruro sulle aree di epiteliosi, dieta ipocalorica.

È ormai trascorso più di un anno dalla diagnosi e attualmente la paziente è in buona salute, si sottopone a controlli oncologici periodici e per ora non vi sono segni di recidiva.

Considerazioni

Il caso presentato è stato seguito tappa per tappa negli aspetti clinici, diagnostici pre- e post-operatori e psicologici dal medico di famiglia ed è degno di nota per due motivi.

Il primo è da riferirsi alla diagnosi travagliata. La negatività di ben due fibroscopie ORL aveva portato a ipotizzare un adenocarcinoma esofageo oppure una TBC. Sono stati persino fatti rivedere i vetrini del linfonodo asportato. Insieme alla paziente siamo giunte alla risoluzione dell'enigma. Questo iter diagnostico è durato oltre un mese.

Il secondo motivo nasce dal fatto che proprio per questa diagnosi travagliata la paziente era spesso in ambulatorio, non solo per relazionare sui referti, ma per decidere insieme passo per passo il prosieguo, per esplicitare dubbi e paure, sempre cosciente e consapevole della sua malattia, affidandosi con fiducia e lucidità. Si è determinato un grande sodalizio fra di noi. Ipercritica e a tratti volitiva,

non ha accettato intromissioni di familiari e in studio è sempre venuta da sola, facendo conoscere il marito solo a radioterapia terminata. Questo percorso molto *sui generis*, questo rapporto paritario tra medico e paziente, con tutto ciò che comporta, è servito per ritrovare tutta la sacralità dell'essere medico e a rivalutare l'importanza del rapporto tra medico e paziente.

Note & approfondimenti

Le neoplasie della cavità orale costituiscono una classe di patologie la cui diffusione nella popolazione è più frequente di quanto ci si possa attendere. In particolare i carcinomi squamocellulari oro-faringei, che rappresentano l'istologia tumorale maligna più frequente in tale sede, occupano il sesto posto nella classifica delle cause di morte cancro-correlate.

È stata dimostrata la presenza di fattori eziologici favorenti (alcol, tabacco, cattiva igiene orale, traumatismi) ed è ormai ben noto come circa un terzo di questi carcinomi insorgano su lesioni definite "precancerose" (leucoplachia, eritroplachia, cheratosi palatale associata a fumo di tabacco).

In Italia una delle localizzazioni più frequenti (circa il 30%) è rappresentata dalla lingua, insieme al labbro inferiore e al pavimento orale.

La sintomatologia, spesso presente, ha connotazioni tuttavia fuorvianti sia per il paziente sia per il medico. La diagnosi differenziale che ci si trova a effettuare comprende gli stati precancerosi, le flogosi croniche come gengiviti da patologia dentaria e paradentaria, i granulomi infettivi, le ulcerazioni da protesi inadeguate, ecc. Ancora più insidiosi sono i casi in cui l'esordio clinico è costituito da segni e sintomi derivanti dalla diffusione metastatica della malattia, come la presenza di una linfoadenomegalia.

Alcuni tumori clinicamente piccoli o addirittura ancora non identificati mostrano una considerevole aggressività biologica con metastasi precoci e decessi; viceversa tumori di grosse dimensioni possono essere lenti a meta-

stizzare, conferendo al paziente lunghi periodi liberi da malattia dopo il trattamento. Generalmente i carcinomi epiteliali del cavo orale hanno una prognosi a 5 anni del 56%.

Trattamento

L'atteggiamento terapeutico dipende dal grado di estensione locale, dall'eventuale presenza di metastasi linfonodali o a distanza, dalla sede anatomica di insorgenza del tumore, dall'istotipo, dal grado istologico di malignità e dalle preferenze delle scuole di pensiero.

In particolare i tumori più frequenti a carico della lingua si localizzano preferenzialmente ai due terzi anteriori; la prognosi in tale sede è migliore rispetto ai tumori del terzo posteriore (base della lingua), che generalmente vengono diagnosticati in stadi più avanzati a causa della sede meno accessibile all'osservazione. Negli stadi più precoci la terapia sul tumore primario può essere in singola modalità: resezione trans-orale o radioterapia con uguale chance di cura; negli stadi avanzati il cancro della lingua può richiedere un approccio combinato di chirurgia, terapia radiante e chemioterapia per un adeguato controllo della malattia.

Tuttavia, qualunque trattamento terapeutico venga impostato non può prescindere da una valutazione delle possibili complicanze e dagli esiti che possono derivare da un intervento aggressivo loco-regionale: le complicazioni di un tale tipo di terapia chirurgica possono infatti essere importanti dal punto di vista funzionale (deficit della deglutizione e della funzione verbale).

Per questa ragione, quando la scelta da operare tra i vari trattamenti non veda prevalere nettamente l'uno o l'altro, si opta per il trattamento meno invalidante per il paziente.

Prognosi

Gli studi condotti fino a oggi hanno permesso di identificare due importanti fattori prognostici che, unitamente alla classificazione TNM, si rivelano fondamentali per orientare la prognosi e pianificare la terapia di queste patologie: la presenza di metastasi cervicali e la profondità di invasione.

L'interessamento linfonodale patologico riduce nel 50% dei casi la probabilità di guarigione globale rispetto ai casi senza metastasi e i tumori in stadio T3 e T4 hanno un elevato rischio di metastatizzazione cervicale.

Attualmente, anche quando la possibilità di secondarismi linfonodali è stimata essere soltanto del 15-20%, ci si indirizza verso un trattamento oncologicamente radicale, con dissezione cervicale o terapie mirate.

Con l'analisi bioptica del tessuto si ottengono poi informazioni aggiuntive sull'attività biologica del tumore e sul grado istologico, sebbene il ruolo di questo parametro sia controverso.

I tumori maligni del cavo orale continuano ad avere una scarsa prognosi, nonostante l'integrazione dei vari trattamenti disponibili, anche a causa della loro elevata tendenza a recidivare, sia localmente sia regionalmente ai linfonodi. Inoltre il comportamento biologico dei singoli tumori è tanto variabile che ne rende imprevedibile l'esito.