

I TUMORI DEL TESTA COLLO o DELLE VIE AEREO-DIGESTIVE SUPERIORI

I tumori testa e collo sono tutte le **neoplasie che coinvolgono il distretto anatomico della testa e collo, in particolare la porzione alta delle vie respiratorie e di quelle digestive**

- faringe (rino-, oro- e ipo-faringe);
- laringe;
- cavo orale;
- fosse nasali e seni paranasali;
- ghiandole salivari.

Il **90%** di questi tumori è di tipo **spinocellulare (o squamocellulare)** e dunque origina dall'epitelio di rivestimento delle mucose dei suddetti distretti. Sono molto più rari i **tumori neuroendocrini**, i **melanomi mucosi**, i **sarcomi** e i **linfomi**, tutti a partenza da strutture cellulari non epiteliali che sono presenti nelle aree di pertinenza.

I **tumori delle ghiandole salivari**, invece, hanno un numero estremamente alto di varianti istologiche: esistono infatti oltre 40 tumori diversi che colpiscono queste ghiandole, sia benigni che maligni.

I **tumori benigni delle ghiandole salivari** più frequenti sono:

- adenoma pleomorfo;
- tumore di Warthin.

I tipi di **tumore maligno delle ghiandole salivari** prevalenti sono:

- tumore adenoidocistico;
- adenocarcinoma;
- carcinoma duttale;
- carcinoma ex adenoma pleomorfo;
- carcinoma linfoepiteliale;
- carcinoma a piccole cellule;
- sarcomatoide.

Anche i **tumori dei seni paranasali** possono avere numerose istologie:

- estesioneuroblastomi;
- carcinomi mucoepidermoidi;
- carcinomi indifferenziati;

carcinomi neuroendocrini;
carcinomi spinocellulari;
adenocarcinomi a differenziazione intestinale e non;
carcinoma adenoidocistico;
carcinoma linfoepiteliale;
carcinoma di origine salivare.

I **tumori del rinofaringe**, invece, possono essere:

cheratinizzanti;
non cheratinizzanti solitamente correlabili all'infezione del virus EBV;
neuroendocrini;
linfoepiteliali.

Per ciascuna di queste tipologie esiste un **grado di differenziazione**:

Grado 1: tumore differenziato (basso grado);
Grado 2: tumore moderatamente differenziato (grado intermedio);
Grado 3: tumore altamente indifferenziato (alto grado).

I sintomi **comuni a tutti i tumori del distretto testa-collo** sono:

difficoltà di deglutizione (disfagia);
dolore alla deglutizione (odinofagia);
comparsa di adenopatie al collo.
sanguinolento dalla sede di sviluppo

Altri sintomi sono **peculiari della regione di insorgenza**:

orofaringe: dolore acuto e intenso all'orecchio (otalgia riflessa) stomatolalia ("voce a patata bollente") per impegno a carico della base della lingua;

laringe e ipofaringe: dispnea, tosse o raucedine persistente, disfonia fino all'afonia;

rinofaringe: ipoacusia, ostruzione nasale, epistassi, deficit neurologici di alcuni nervi cranici;

cavo orale: senso di ingombro persistente - ingravescente, ulcerazione o tumefazione delle mucose, modesti sanguinamenti delle mucose, dolore all'eloquio;

ghiandole salivari: tumefazione ghiandolare in peggioramento, deficit neurologici in particolare del nervo facciale, responsabile dei movimenti dei muscoli del viso;

cavità nasali e seni paranasali: dolore, senso di ostruzione nasale (congestione nasale) di una o entrambe le narici, secrezioni purulente dal naso, epistassi, iposmia o anosmia, lacrimazione continua, dolore e sensazione di compressione alle orecchie, diplopia e/o calo del visus, protrusione del bulbo oculare, cefalea.

I fattori di rischio principali per i tumori maligni del testa collo sono il **fumo e l'abuso di alcol**, ma anche i **traumatismi continui di dentature non congrue** o **infezioni virali**, soprattutto per i tumori di orofaringe e rinofaringe dove la **positività ad HPV 16 e 18** per il primo e a **EBV** per il secondo sono considerati anche fattori eziopatogenetici a significato prognostico. Per alcuni carcinomi nasosinusal, l'esposizione professionale a **polveri del legno e del cuoio** o ad **agenti chimici inalatori** industriali rappresentano importanti fattori di rischio.

Tumori della Parotide

La maggior parte dei tumori si localizza nella parotide. Questa ghiandola, si trova davanti e sotto l'orecchio, e al suo interno decorre il nervo faciale, responsabile del movimento di tutti i muscoli della faccia di quel lato. Il nervo esce dal cranio sotto l'orecchio e si trova subito all'interno della ghiandola, dove presto si divide in due rami principali e successivamente si sfiocca in una serie di piccoli rami, ognuno destinato a ciascun muscolo. Il rapporto del tumore con il nervo ha un ruolo critico nella pianificazione dell'intervento. La ghiandola si trova in parte sopra e in parte sotto il nervo, per cui, a seconda dei casi, si potrà eseguire una:

parotidectomia segmentaria (per la rimozione di una porzione limitata della ghiandola);

parotidectomia esofaciale (in cui si rimuove tutta la quota di ghiandola posta al di sopra del nervo);

parotidectomia totale (rimuovendo sia la porzione sopra che quella sotto il nervo).

L'obiettivo del chirurgo è quello di cercare di preservare il nervo ad ogni costo, a meno che questo non risulti infiltrato o completamente avvolto dalla malattia. Qualora la malattia si estenda ai tessuti circostanti, questi verranno inclusi nella resezione. L'incisione della parotidectomia passa davanti all'orecchio, si porta al di sotto di questo e da lì si perde nella linea dei capelli o scende nel collo, a seconda del caso. La decisione circa la rimozione completa o parziale della ghiandola dipende dal sospetto istologico, dalle dimensioni e dalla sede della malattia e dalla eventuale presenza di metastasi linfonodali.

Complicanze

La complicanza più temibile dell'intervento chirurgico è il **deficit del nervo facciale**. Deficit definitivi in seguito alla chirurgia non sono frequenti, seppure sempre possibili, se il nervo non è totalmente circondato o invaso dalla malattia (ma in tal caso molto spesso il nervo ha già un deficit prima dell'intervento). Qualora il tumore sia in stretto contatto con il nervo, bisognerà scollarlo accuratamente, e in tal caso è possibile che il paziente soffra di un deficit temporaneo nel postoperatorio, che però normalmente si risolve spontaneamente nell'arco di qualche settimana. Altra complicanza tipica della chirurgia della parotide è la **sindrome di Frey**, che comporta l'arrossamento e la sudorazione della cute in corrispondenza della ghiandola. Inoltre nell'immediato postoperatorio, specie quando si rimuove solo parte della ghiandola, è possibile che nel letto chirurgico si accumuli saliva. Per questo motivo si cerca di limitare al massimo lo stimolo alla secrezione di saliva, chiedendo al paziente di seguire una dieta povera di cibi e condimenti acidi, salati e spezie nei primi giorni dopo l'intervento. La rimozione, anche completa, di una ghiandola parotide non comporta alcun deficit funzionale.

Tumori delle ghiandole sottomandibolari

Quando il tumore si localizza nelle ghiandole sottomandibolari, l'intervento prevede la rimozione di tutta la ghiandola, ed eventualmente dei linfonodi circostanti. L'intervento prevede un'incisione nel collo sotto l'angolo della mandibola, dalla quale si rimuove la ghiandola. La delicatezza dell'intervento sta nel rispetto del nervo marginalis mandibulae, un ramo del nervo facciale responsabile del movimento della bocca, che corre in stretta prossimità della ghiandola. Anche in questo caso, deficit definitivi sono poco frequenti, più frequenti, anche se comunque assolutamente non di regola, deficit temporanei. La rimozione della ghiandola non provoca nessun deficit funzionale. I tumori delle ghiandole sottolinguali o delle ghiandole salivari minori sono molto rari, e il tipo di intervento chirurgico viene valutato caso per caso. La rimozione dei linfonodi del collo può essere associata all'intervento in caso di sospette metastasi linfonodali o qualora la malattia primitiva sia ad alto grado o di stadio avanzato. Dopo l'intervento chirurgico si discuterà l'esame istologico insieme con gli oncologi e i radioterapisti, e si concorderà circa la necessità o meno di effettuare altri trattamenti, come [radioterapia](#) e [chemioterapia](#), a consolidamento del risultato ottenuto con la chirurgia.