

Chirurgia delle cisti e delle fistole del volto e del collo

A. Gleizal, O. Merrot, S. Fagahati, J.-L. Beziat

Le cisti e le fistole del volto e del collo sono le malformazioni più frequenti in queste zone. Pur potendo essere suddivise in anomalie della linea mediana e anomalie cervicali, queste malformazioni hanno tutte in comune un deficit di apoptosi cellulare che porta a inclusioni o a difetti di coalescenza tra le diverse strutture tissutali. Il loro trattamento chirurgico è attualmente ineluttabile e ben codificato e ha come imperativo principale un'exeresi completa dei tessuti residui, condizione necessaria per un risultato durevole e definitivo.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Cisti; Fistole; Malformazioni; Anomalie dello sviluppo

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Diagnosi differenziali	2
Adenopatie cervicali	2
Patologie tumorali	2
Lesioni cutanee	2
Laringocele	2
Malformazioni vascolari	2
Fibromatosis coli	2
Grosso timo	2
■ Anomalie laterocervicali	2
Cisti e fistole della prima fessura	2
Cisti e fistole della seconda fessura	3
Cisti branchiali	4
Fistole della terza e della quarta tasca	5
Cisti timiche	6
■ Anomalie mediane e paramediane del collo	6
Cisti dermoidi cervicali	6
Cisti del tratto tireoglosso	7
Fistole mentosternali	9
■ Cisti e fistole del volto	9
Cisti e fistole della linea mediana	9
Cisti e fistole laterofacciali	12
■ Modalità anestetiche	14

■ Introduzione

Le malformazioni congenite del volto e del collo sono frequenti nella pratica pediatrica. Queste anomalie si presentano sotto forma di una massa cistica e di un eccesso tissutale o con il drenaggio di una cisti attraverso un orifizio fistoloso cutaneo. Esse possono essere suddivise in malformazioni della linea mediana (cisti e fistole del dorso del naso, cisti del tratto tireoglosso, cisti dermoidi e schisi mentosternali) e in malformazioni laterali che possono essere dei difetti di saldatura tra due

gemme (patologie della linea macrostomica), di origine branchiale (prima e seconda fessura, terza e quarta tasca, cisti timiche) o meno (linfangiomi cistici).

Così, lo sviluppo embriologico della regione latero-cervicale è strettamente legato all'apparato branchiale. Gli archi branchiali formano delle strutture embrionarie transitorie fondamentali per la morfogenesi della regione cervicofacciale. Nel corso dello sviluppo dell'embrione umano, durante la terza settimana di sviluppo, l'embrione assume una forma piana il cui asse è occupato dal mesoderma assiale e dal tubo neurale. Da una parte e dall'altra delle strutture assiali, si dispone il mesoderma parassiale: somiti, unità metameriche prefiguranti la metameria corporea e mesoderma cefalico. A livello cefalico, le cellule provenienti dalla cresta neurale migrano precocemente e si mescolano alle cellule del mesoderma cefalico. Si formano, allora, delle unità metameriche, o archi branchiali, limitate in superficie dall'ectoderma di superficie e, in profondità, dall'endoderma e contenenti un tessuto mesenchimale proveniente dalle cellule della cresta neurale e dalle cellule mesodermiche. Gli archi branchiali si formano gradualmente secondo un gradiente cefalocaudale e realizzano delle unità metameriche separate da alcune zone di giunzione tra ectoderma ed endoderma senza l'interposizione di mesoderma.

Parallelamente, nel corso della quinta e della sesta settimana embrionaria, l'importanza quantitativa delle mitosi delle cellule della cresta neurale in migrazione alla faccia inferiore del cervello primitivo è responsabile dello sviluppo delle gemme facciali. Queste finiscono per entrare in contatto le une con le altre (alcune sulla linea mediana e altre lateralmente) e, quindi, per fondersi. Questo fenomeno di fusione richiede delle gemme di volume almeno sufficiente per incontrarsi, la competenza dell'ectoderma di copertura delle gemme per la morte cellulare e delle proprietà fisicochimiche del liquido amniotico idonee a garantire il contatto ectodermico.

Così, le cisti e le fistole congenite del volto e del collo rappresentano un insieme disparato di anomalie dovute, per la maggior parte, a un difetto di migrazione o di coalescenza di gemme embrionarie. Secondo la morfogenesi, si possono distinguere delle disrafie per difetto di saldatura di due abbozzi, tra i quali si interpone un residuo embrionario, dei residui branchiali e un'entità a parte, il linfangioma cistico. Diverse caratteristiche sono comuni a questo gruppo di patologie: l'esistenza di una lesione nota fin dalla prima infanzia, una nozione di recidiva o di cronicità della lesione, una localizzazione specifica e delle associazioni frequenti con altre anomalie.

Eccezion fatta per i linfangiomi cistici, queste patologie presentano un principio terapeutico comune: l'exeresi completa per evitare la recidiva. È importante, in caso di rivelazione di una cisti o di una fistola cervicale attraverso una suppurazione, evitare, se possibile, un'incisione dell'ascesso (preferire un trattamento medico con puntura) e programmare la chirurgia fin dall'inizio senza interrompere la terapia antibiotica. Ciò è particolarmente vero per le cisti del tratto tireoglossale, per le quali il rischio di recidiva è nettamente aumentato in caso di intervento dopo infezione.

■ Diagnosi differenziali

Le masse cervicali, più che le fistole, possono proporre diverse diagnosi differenziali.

Adenopatie cervicali

Possono essere secondarie a un'infezione banale della sfera otorinolaringoiatrica (ORL) o anche secondarie a flemmoni batterici, una mononucleosi, una toxoplasmosi, una malattia da graffio di gatto o una tubercolosi.

Esse sono sospettate in virtù della loro consistenza dura, irregolare e, talvolta, dolorosa e della loro localizzazione nelle aree linfonodali. Un esame clinico, laboratoristico e radiologico è indispensabile per individuare un'etiologia. Nel bambino, è necessario un periodo di 2-3 mesi prima di proporre un atto di exeresi per escludere un'adenite benigna.

Patologie tumorali

Il più delle volte benigne, si possono riscontrare:

- i lipomi, che sono rari nel bambino;
- i tumori nervosi: del tipo schwannoma, neurinoma o simpatoma, che hanno sede, di solito, nella doccia giugulocarotide, lungo il nervo X;
- i teratomi, che sono dei tumori embrionari che comportano dei residui dei tre tessuti ecto-, meso- ed endoblastici. È possibile riscontrare, accanto a epitelii malpighiani, dell'osso, della cartilagine e dei peli;
- i tumori tiroidei, a volte su tiroide ectopica, che pongono dei problemi diagnostici. L'ecografia, a volte aiutata da una scintigrafia, permette di definire l'origine della massa cervicale.

Lesioni cutanee

Sono essenzialmente rappresentate dalle cisti sebacee e dai pilomatrixomi.

Laringocele

Sono delle cavità aeree e non delle cisti. Dilatazioni patologiche del sacco laringeo, queste lesioni sono rare, spesso congenite e si sviluppano piuttosto in un paziente anziano.

Malformazioni vascolari

Gli emangiomi sono i tumori cervicofacciali più frequenti del bambino. Questi angiomi del lattante

aumentano di volume durante i primi 8 mesi di vita e poi regrediscono progressivamente dopo il primo anno in più del 90% dei casi. È l'ecografia che conferma la lesione di fronte alla sua eterogeneità e al suo segnale Doppler.



Le ectasie venose sono delle masse molli e depressibili che aumentano di volume con l'inspirazione, la tosse e la posizione declive. La loro sede è essenzialmente giugulare o soprasternale. La diagnosi è confermata mediante ecografia o risonanza magnetica (RM).

Fibromatosis coli

Incorrettamente denominata «ematoma» del muscolo sternocleidomastoideo, si tratta di un'infiltrazione fibroblastica del muscolo. Rivelandosi poco dopo la nascita in presenza di un torcicollo sul lato della lesione, essa scompare spontaneamente, in genere aiutata dalla fisioterapia.

Grosso timo

Risale al momento della tosse e della deglutizione e può essere etichettato a torto come cisti soprasternale o clavicolare.

■ Anomalie laterocervicali

Cisti e fistole della prima fessura

Embriopatologia

Al momento della formazione del timpano e del condotto uditivo esterno, esistono dei processi di fusione ectodermica e di apoptosi cellulare che, qualora siano difettosi, possono essere responsabili della formazione delle cisti e delle fistole della prima fessura branchiale. Possono, quindi, presentare un orifizio nel pavimento del condotto uditivo esterno e un orifizio inferiore sovraioideo situato nel triangolo anatomico descritto da Poncet, la cui sommità è il pavimento del condotto uditivo esterno e la cui base è una linea che unisce la punta del mento e il centro dell'osso ioide. A seconda dei rapporti anatomici con la ghiandola parotide e con il nervo facciale, si distinguono due tipi ^[1].

Il tipo I realizza una duplicazione del condotto uditivo esterno membranoso. Il tragitto fistoloso è localizzato all'interno, in basso e posteriormente al padiglione e alla conca e si dirige alla faccia esterna del nervo facciale, parallelamente a questo e al condotto uditivo esterno, circondato dal parenchima parotideo per terminare come fondo cieco nella regione preauricolare. L'analisi istologica di queste fistole non mostra annessi cutanei né residui cartilaginei. Queste lesioni sono tradizionalmente considerate derivanti dalla duplicazione del condotto uditivo esterno di origine ectodermica. Tuttavia, i concetti attuali sulla formazione di questo condotto rendono poco probabile una tale ipotesi. In effetti, si postula che il condotto uditivo esterno si formi secondariamente alla formazione dell'anello timpanico e non presenti un processo morfogenetico autonomo. Orbene, in queste fistole di tipo I, non esiste alcuna duplicazione dell'anello timpanico e questa fistola non dovrebbe, quindi, essere considerata come un secondo condotto uditivo esterno ma come la persistenza della fessura ectodermica.

Il tipo II è una lesione più frequente rispetto alla precedente. Queste lesioni sono situate posteriormente alla mandibola sotto forma di una cisti dietro la parte inferiore della ghiandola parotide e con un tragitto fistoloso che sbocca alla giunzione osteocartilaginea del condotto uditivo esterno. Queste fistole contraggono dei rapporti stretti con il nervo facciale. L'analisi istologica di queste lesioni mostra delle differenziazioni tipo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109752>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109752>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)