

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVI

Febbraio 2023

numero 2

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

QUANDO LA TUMEFAZIONE LATEROCERVICALE È UNA CISTI BRANCHIALE

Silvia Gamba

ASST "Papa Giovanni XXIII", Università di Milano-Bicocca

Indirizzo per corrispondenza: s.gamba@campus.unimib.it

Ragazzo di 15 anni con anamnesi patologica remota silente e storia di tumefazione laterocervicale persistente da un mese. Su indicazione del medico curante eseguita terapia con beta-lattamico (7 giorni) e successivamente con claritromicina e deltacortene, senza apparente beneficio. Gli iniziali approfondimenti (sierologie per *Borrelia*, *Toxoplasma*, citomegalovirus, *Bartonella*, *Chlamydia*, virus di Epstein-Barr e *Mycoplasma pneumoniae*) sono risultati negativi. Per la persistenza della sintomatologia il paziente giunge alla nostra osservazione. All'esame obiettivo riscontro di tumefazione nella porzione superiore-laterale del collo a sinistra, di circa 5 x 5 cm di diametro, dura, dolente alla palpazione, con cute soprastante indenne. Eseguiti esami ematochimici che dimostrano indici di flogosi spenti, assenza di segni di lisi cellulare ed emocromo, coagulazione e funzionalità epatorenale nella norma. Eseguita un'ecografia del collo che evidenzia in corrispondenza della tumefazione clinicamente apprezzabile una lesione solida con ecostruttura disomogenea e plurifocalità ipoecogene con verosimile polo vascolare centrale alla valutazione con colorDoppler. Nel sospetto di linfadenopatia infettiva batterica localizzata viene avviata antibioticotera empirica con ampicillina/sulbactam e clindamicina. Esclusa la natura tubercolare con esecuzione di Quantiferon test, risultato negativo. Stante la mancata risposta alla terapia medica, al fine di approfondimento diagnostico (cause infettive non comuni o cause non infettive/neoplastiche), il paziente viene sottoposto a esplorazione chirurgica. In corso di intervento, in un piano profondo, sotto lo strato muscolare, si reperta una lesione ascessualizzata, biopsiata con fuoriuscita di pus. Sul materiale prelevato

vengono eseguiti esami microbiologici, risultati negativi per batteri aerobi e anaerobi e micobatteri, ed esame istologico, conclusivo per frammento di muscolo striato sede di tessuto di granulazione e discreta flogosi. Al fine di meglio definire la natura della lesione riscontrata in corso di intervento viene eseguita una RM del collo con evidenza di quadro compatibile con **cisti del secondo arco branchiale**, sovrainfetta. Il trattamento delle anomalie congenite del collo è rappresentato dall'asportazione chirurgica di tutto il residuo embrionale che ha dato origine alla patologia. Pertanto il paziente è stato inserito in lista di attesa per l'intervento di asportazione della lesione che eseguirà al termine della bonifica infettiva in atto.

Messaggi chiave

- Le cisti branchiali rappresentano la causa più frequente di tumefazione laterocervicale singola, mentre le linfadenopatie su base infettiva tendono a generare tumefazioni multiple.
- Non sempre l'ecografia ci permette di distinguere chiaramente una lesione solida da una cistica. Il contenuto ipoecogeno di una cisti branchiale, infatti, può diventare iperecogeno nei casi di sovrainfezione con suppurazione, generando un rigonfiamento sferico di difficile interpretazione. In questi casi la cisti finisce per mimare una lesione solida, con caratteristiche sospette di malignità.
- Nell'iter diagnostico di una massa cervicale la RM va sempre considerata a completamento dello studio di imaging prima di eseguire un'incisione chirurgica, specialmente nei casi dubbi.