Acta Medica Mediterranea, 2009, 25: 129

CEFALEA SECONDARIA: CASI OSSERVATI

SALVATORE FERLITO - *FILIPPO LANAIA - CALOGERO GRILLO - SALVATORE COCUZZA - AGOSTINO SERRA
Università degli Studi di Catania - Az. Ospedaliero-Universitaria "G. Rodolico" - Dipartimento di Chirurgia Generale - Specialistica, Anestesia e Rianimazione - Clinica Otorinolaringoiatrica
*Università degli Studi di Catania - Az. Ospedaliero-Universitaria "G. Rodolico" - Dipartimento di Neuroscienze - Centro Cefalea

[Secondary headaches: observed cases]

RIASSUNTO

Cefalee di tipo tensivo e simil-emicranico possono sottendere patologie a carico di distretti anatomici di competenza ORL.

Descriviamo due casi clinici che riferivano come manifestazione primaria cefalea a carattere tensivo da diversi mesi.

Obiettivo del lavoro è evidenziare la necessità di un percorso metodologico-diagnostico completo per la corretta diagnosi delle cefalee secondarie.

Parole chiave: Cefalea secondaria, otite esterna maligna, carcinoma rinofaringeo

SUMMARY

It is possible to have tension type headache for otolaryngologic pathology.

This study reports two cases of primary tension type headache developed by several months as a primary manifestation.

The purpose of this study was to evaluate the need for a complete methodological and diagnostic procedure for the correct diagnosis of secondary headaches.

***Key words*:** *Secondary headache, malignant external otitis, nasopharyngeal carcinoma*

Introduzione

Cefalee di tipo tensivo e simil-emicranico possono sottendere patologie a carico di distretti che, per la loro contiguità anatomica con lo splancnocranio e con le strutture vasculo-nervose del tratto cervicale, diventano, quando interessati da processi espansivi o flogistici, trigger della sintomatologia cefalalgica. Obiettivo di questo lavoro è evidenziare la necessità di un percorso metodologico-diagnostico completo per la corretta diagnosi delle cefalee secondarie.

Materiale e metodi

Descriviamo i casi clinici di due pazienti giunti presso il Centro Cefalea del Policlinico Universitario di Catania perché riferivano cefalea a carattere tensivo da diversi mesi.

I° caso

Il paziente A.M., di anni 65, riferiva da circa due anni cefalea tensiva. La sintomatologia cefalalgica, divenuta subcontinua e resistente a trattamento farmacologico, era stata attribuita a componente ansiosa.

L'anamnesi familiare non evidenziava patologie degne di nota, mentre in quella remota è stata segnalata la presenza di diabete mellito insulino dipendente.

Nell'anamnesi patologica prossima è riferito un intervento chirurgico di timpanoplastica aperta destra per otomastoidite destra, eseguito quattro mesi prima presso altra Azienda Ospedaliera.

Nel periodo postoperatorio il paziente ha presentato transitoria disfagia e disartria e la TC di controllo a distanza di due mesi è stata riferita negativa.

Nell'ultimo mese la sintomatologia algica si è accentuata e si presentata paralisi del VII n.c. di destra. Al momento del ricovero l'esame obiettivo neurologico ha evidenziato deficit dei nervi cranici VII, IX, X di destra.

La RM-Encefalo ha evidenziato la marcata iperintensità in T2 nelle regioni mastoidee bilateralmente, compatibile a processo mastoiditico; processo flogistico di minore entità a carico dei seni sfenoidali bilateralmente; alterato segnale in regione retrofaringea che rende utile studio TC.

La TC-collo evidenziava ridotta pneumatizzazione delle celle mastoidee a sinistra ed esiti di pregresso intervento chirurgico a carico della mastoide di destra con erosione dell'osso temporale.

Lo spazio retrofaringeo e parafaringeo alto omogeneizzato per presenza di tessuto isodenso solido che da rinofaringe si estendeva fino all'orofaringe. "Reperti compatibili con processo espansivo del rinofaringe".

Pertanto è stata eseguita consulenza ORL: l'otomicroscopia destra evidenziava la stenosi flogistica della cavità mastoidea di destra con tessuto di granulazione; la rinofibrolaringoscopia evidenziava la paralisi della corda vocale di destra in posizione paramediana.

Si programmava pertanto scintigrafia ossea globale corporea con Tc 99 e successivamente con Ga67 (Fig.1) e SPET Cranio che evidenzava "modesto ma significativo accumulo del radioindicatore a livello della porzione petromastoidea del temporale di destra, sede di processo flogistico in fase attiva". Il paziente veniva trasferito in ORL con diagnosi di *Osteomielite del basicranio da Otite Esterna Maligna con paresi dei nervi cranici VII-IX-X di destra* e impostata terapia antibiotica (Peflacin400 1 cpr,2 volte al dì; Rocefin1 fl i.m.2 volte al dì, Mepral 1 cpr al dì).

Fig. 1: T.C. rocche: esiti di mastoidectomia destra con osteolisi del temporale.

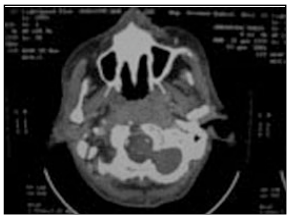

Fig. 2: T.C. Encefalo: tessuto isodenso solido che dal rinofaringe si estende nello spazio retrofaringeo e parafaringeo.

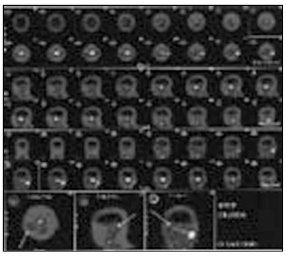

Fig. 3: Scintigrafia con Ga: significativo accumulo del radioindicatore a livello della porzione petromastoidea del temporale di destra, sede di processo flogistico in fase attiva.

II° caso

Paziente P.S., di anni 57, con anamnesi familiare positivo per patologie neoplastiche. Anamnesi patologica remota senza alcuna patologia degna di nota.

L'anamnesi patologica prossima viene riferita dal paziente a circa 6 mesi addietro con la comparsa di cefalea di tipo pulsante, subcontinua, ad origine nucale, irradiantesi a tutto l'emicapo sinistro fino alla regione frontale, non rientranti nei parametri della IHS.

La cefalea, di tipo invalidante, costringeva all'immobilità del capo e alla contrattura antalgica del collo. A tale sintomatologia, segue dopo tre mesi, insorgenza di ipoacusia e otalgia all'orecchio sinistro. Anche in questo caso era stata ipotizzata una marcata componente depressiva.

L'esame obiettivo neurologico era nei limiti della norma.

La TC-Encefalo, eseguita tre mesi prima, escludeva patologia espansiva.

La RX del Rachide evidenziava segni di spondiloartrosi a carico della colonna vertebrale.
In prima ipotesi era stata sospettata una*"probabile Nevralgia di Arnold"*. Sottoposto a blocco anestetico del Grande Nervo Occipitale, si osservava momentanea remissione del dolore, che si riproponeva nelle ore successive. Si ritenne quindi opportuno approfondire il quadro clinico mediante esecuzione di RM Encefalo, Collo e Massiccio Facciale.

La RM Encefalo, Collo e Massiccio Facciale evidenziava la presenza di "processo espansivo primitivo eterologo a verosimile origine dal rinofaringe interessante il basicranio, specie a sinistra, e le masse laterali dell'atlante e del dente epistrofeo" (Figg.4-5).

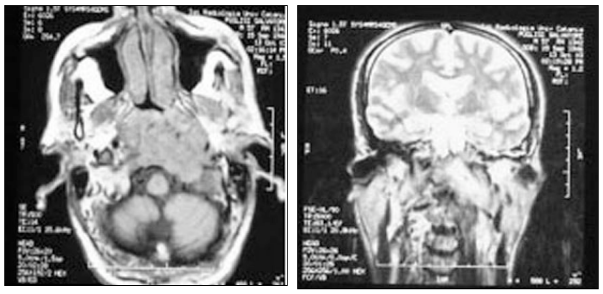

Fig. 4-5: RM: "Processo espansivo primitivo eterologo a verosimile origine dal rinofaringe interessante il basicranio, specie a sinistra, e le masse laterali dell'atlante e del dente epistrofeo".

La TC collo evidenziava multipli linfonodi di volume aumentato, in parte colliquati, in sede latero-cervicale, profonda perigiugulare bilaterale segnatamente a sinistra.

La Rinofibrolaringoscopia evidenziava la presenza di una neoformazione vegetante ulcerata, ricoperta da secrezione muco-purulenta nel cavo rinofaringeo occludente in parte l'ostio tubarico di sinistra.

Eseguita la biopsia della neoformazione, l'esame istologico deponeva per carcinoma squamoso. Il paziente veniva trasferito in ORL con diagnosi di *Carcinoma Squamoso allo stadio IV A del Rinofaringe*.

Conclusioni

La scelta di presentare questi due casi clinici deriva dal loro aspecifico esordio. L'Otite Esterna Maligna e il Carcinoma Squamoso del Rinofaringe, infatti, contemplano nel loro specifico corteo sintomatologico disturbi cefalalgici, ma raramente come manifestazioni primarie.

L'otite esterna maligna (OEM) o necrotizzante progressiva è una infezione rara, ma grave, a carattere necrotizzante che diffonde dall'epitelio squamoso del condotto uditivo esterno ai tessuti circostanti, sostenuta in genere dallo Pseudomonas aeruginosa e riscontrata soprattutto in soggetti diabetici anziani o in soggetti con difese immunitarie; esistono anche delle forme del soggetto giovane e del bambino (Sobie e Coll., 1987).

L'esordio è un'effrazione della cute del condotto uditivo esterno in seguito a un trauma locale poco importante che provoca una cellulite dolorosa del condotto uditivo esterno. L'otalgia, molto intensa, si presenta nel 75% dei casi e si accompagna a cefalee intense a localizzazione temporale e occipitale (Bokowy e Coll., 2002).

Nel condotto uditivo esterno è presente tessuto di granulazione la cui biopsia confermerà la natura infiammatoria poco specifica.

La diffusione del processo specifico provoca una condrite del condotto uditivo esterno, quindi un'osteite dell'osso timpanico prima e della rocca dopo con interessamento dei nervi cranici (osteomielite della base cranica).

L'interessamento nervoso avviene molto spesso dopo 2 mesi di evoluzione.

La diagnosi, sospettata in presenza di suppurazione abbondante, di polipi e granulomi a origine dal pavimento del condotto uditivo esterno, è confermata dalla TC che mette in evidenza l'osteolisi dell'osso timpanico (Ferlito 2008).

Nel caso clinico in oggetto il paziente è giunto alla nostra osservazione con paralisi dei nervi cranici ed erano passati quattro mesi dall'intervento chirurgico di timpanoplastica aperta eseguita presso altra U.O. per otomastoidite cronica, mentre la sintomatologia cefalalgica era insorta progressivamente da circa quattro anni.

Il carcinoma del rinofaringe è un tumore particolare nell'ambito delle altre neoplasie della sfera otorinolaringoiatrica per la sua evolutività, l'alto potenziale metastatico e la sua comparsa in soggetti giovani senza fattori di rischio "standard" (alcol e tabagismo) e una relazione causale con l'EBV.

Nel carcinoma del rinofaringe, il principale segno rilevatore, osservato in più del 50% dei casi, è la comparsa di una o più adenopatie mono- o bilaterali, il più delle volte superiori e posteriori, sottodigastriche, giugulo carotidee, spinali posteriori o, più raramente, sopraclaveari (Wei e Coll., 2005; Boussen e Coll., 2005; Lee e Coll., 2005; Parkin e Coll., 1997; Jmal e Coll., 2005; Marandas e Coll., 2000).

Segni otologici, quali l'ipoacusia trasmissiva con otite media siero mucosa e la comparsa di acufeni mono - o bilaterali o più raramente, otalgia od otorrea, sono presenti nel 40-60% dei casi.

I segni rinologici, che completano la triade sintomatologica, sono l'ostruzione nasale mono- o bilaterale, l'epistassi ripetute evidenti o la produzione di muco, lo scolo nasale persistente, a volte sanguinolento, che non migliora con il trattamento.

L'interessamento dei nervi cranici (diplopia da interessamento del VI, algie dell'emivolto o della faringe per interessamento del V o del IX, cefalee o emicranie in rapporto con una estensione endocranica) è più raro (10-20% dei casi) e dimostra la presenza di un'invasione della base cranica. In tale evenienza possono essere osservate diverse sindromi semeiologiche neurologiche che indicano direttamente una lesione anatomica precisa:

- Sindrome della fessura orbitaria superiore (III°, IV°, V°1, VI°n.c.)= estensione anterosuperiore;
- Sindrome dell'apice orbitario (II°n.c.);
- Sindrome della parete esterna dei seni cavernosi (III°, IV°, V°1, VI° con esoftalmo frequente);
- Sindrome dell'apice petroso (V° nevralgia, VI°);
- Sindrome di Garcin (interessamento extradurale unilaterale di tutti i n.c.) = estensione anterosuperiore e laterale;
- Sindrome del forame giugulare o lacero-posteriore (IX°, X°, XII° n.c.) = estensione laterale;
- Sindrome del carrefour giugulo-ipoglosso o condilolacero posteriore (IX°, X°, XI°, XII° n.c.):
- Retrostiloideo o sotto-parotideo posteriore (IX°, X°, XI°, XII° n.c. e simpatico) = adenopatie compressive.

Meritevole di riflessione è la scarsa obiettività neurologica nel corso dei primi mesi di osservazione del paziente a fronte dell'imponente processo espansivo nel caso clinico II.

I due casi clinici descritti, rientranti nei criteri di cui al punto 11.8 dell'IHS 2004 "Cefalea e dolori facciali attribuibili a patologia del cranio, collo, orecchie, naso, seni paranasali, bocca ed altre strut-

ture facciali o craniche", sono paradigmatici dell'importanza di un esame otorinolaringoiatrico completo e minuzioso, poiché le cause locali non sono rare (neoplasia, polipo, infezione); una scrupolosa raccolta anamnestica, una attento esame clinico, per valutare i casi in cui è necessario un approfondimento diagnostico strumentale e laboratoristico che evidenzi la natura secondaria di una sintomatologia cefalalgica all'apparenza primaria.

Bibliografia

1) Sjaastad O.,et al. *"Cervicogenic headache:diagnostic criteria"*. Headache 38: *442-445*, 1998.
2) BovimG.,et al. *"Cervicogenic headache, migraine without aura and tension-type headache. Diagnostic blockade of greater occipital and supraorbital nervea"*. Pain;51: *43-8*, 1992.
3) *The International Classification of Headache Disorders - 2° Edition*. Cephalalgia 24 (Suppl1): *1-160*, 2004.
4) Serrie A., Morman, Toussaint M.H., Thurel C.: *Algie craniofacciali*. Enc. Med. Chir. Otorinolaringoiatria I-20-940-A-10. 2008.
5) Bokowy C., Cadot M., Lelievre G.: *Patologia acquisita dell'orecchio esterno*. Enc. Med. Chir. Otorinolaringoiatria I-20-070-A-10. 2002.
6) Sobie S., Brodsky L., Stanievich Jf: *Necrotizing external otitis in children: report of two cases and review of the literature*. Laryngoscope 97: *598-601*, 1987.
7) Ferlito S.: *Otite Esterna Maligna:Update. Corso monotematico di aggiornamento*. Atti 95° Congresso Nazionale S.I.O.. Torino 21-24 Maggio 2008.
8) Wei WI, Sham JS. *Nasopharyngeal carcinoma*. Lancet 365: *2041-54*, 2005.
9) Boussen e Coll.: *Carcinomes du nasopharynx. Donnees actuelles*. Pathol. Biol 53: *45-51*, 2005.
10) Lee AW e Coll.: *Treatment results for nasopharyngeal carcinoma in the modern area: the Hong Kong experience*. Int J Radiat Oncol Biol Phys 61: *1107-16,* 2005.
11) Parkin DM e Coll., *Cancer incidence in five continents*. Lyon: IARC 143: *814-5,* 1997.
12) Jmal A. e Coll.: *Le cancer du nasopharynx de l'enfant en Tunisie a propos de 48 cas*. Bull Cancer 92: *977-81*, 2005.
13) Marandas P. e Marandas N.: *Cancers du nasopharynx*. Rev Prat 50: *1556-61*, 2000.

Request reprints from
Prof. SALVATORE FERLITO
Via del Fasano, 14/D
95123 Catania (CT)
(Italy)