

Pubblicato su Icaro n. 49, Settembre 2006



MALATTIE AUTOIMMUNI E VIE AEREE SUPERIORI

D. De Nardo, A. Capria, E. De Risi, A. Simonelli, L. Fontana



Cattedra di Medicina Interna Dipartimento di Medicina Interna –
Università Roma "Tor Vergata" Policlinico "Tor Vergata" – Roma

Le vie aeree superiori, compresa la laringe, possono essere considerate un organo immunologicamente attivo dotato di una architettura linfoepiteliale organizzata deputata al riconoscimento antigenico locale ed all'immuno-sorveglianza e responsabile di processi biologici decisivi quali l'induzione della tolleranza o l'innescamento della risposta immune contro patogeni.

Il coinvolgimento delle vie aeree superiori è un evento frequente in corso di una patologia autoimmune e può rappresentare l'esordio di una malattia sistemica severa, altrimenti asintomatica e non diagnosticata che può, da un'espressività loco-regionale inizialmente non deostruente, evolvere verso una forma sistemica severa che richiede un pronto riconoscimento ed un adeguato trattamento immunosoppressivo.

Coinvolgimento laringeo nelle malattie autoimmuni: non una rarità

Nel LES, Artrite Reumatoide e nella sindrome di Sjogren, l'interessamento delle vie aeree superiori, talvolta sottostimato nella presentazione o trascurato nell'evoluzione, può rappresentare un insidioso problema diagnostico per il medico, più preoccupato o più esercitato nel ricercare in ciascuna malattia le usuali caratteristiche del danno d'organo, e costruire per il paziente una inattesa e minacciosa manifestazione acuta, o un fastidioso disturbo non compreso, talora capace di esitare in gravi sequele.

Sebbene non usuale, il coinvolgimento laringeo nel LES è nel 0,3 – 13% dei casi. Più frequente il riscontro dell'artrite crico-aritenoidea, di lesioni infiammatorie della glottide e dell'epiglottide o più raramente di vasculite laringea e stenosi subglottidea, con espressione clinica insidiosa e sfumata come raucedine o faringodinia o intensa e drammatica come dispnea e stridore inspiratorio, che impongono un tempestivo trattamento corticosteroidico cui l'artrite ludica crico-aritenoidea è altamente responsiva.

Più frequente è il coinvolgimento di questa articolazione nell'AR (26%) talora grave per gli effetti funzionali di ostruzione persistente delle vie aeree, con una caratteristica curva flusso-volume, che talvolta necessita una tracheotomia immediata.

Sono sintomi d'allarme disfonia, dolore nel parlare, sensazione di corpo estraneo in gola, odinofagia e disfagia e, se l'ostruzione è intermittente, la presenza di apnee notturne. La laringoscopia può mostrare flogosi, ridotta motilità e adduzione delle corde vocali, asimmetria aritenoidea e talora una fessura glottidea significativamente ostruita e la TAC ad alta risoluzione può documentare l'erosione e la lussazione dell'articolazione con flogosi dei tessuti molli circostanti.

Nella Spondilite Anchilosante l'artrite crico-aritenoidea può esitare in fissazione, unilaterale o più raramente bilaterale, e nel mantenimento della posizione addotta delle corde vocali.

Grave è il coinvolgimento laringeo, tracheale e bronchiale nella metà dei pazienti con policondrite ricorrente, con una evoluzione subdola fino all'ostruzione delle vie aeree e, se presente un coinvolgimento costo-condrale, si osserva la comparsa di movimenti respiratori in coordinati.

Particolarmente elevata è l'incidenza di infezioni polmonari recidivanti, da interruzione della colonna mucociliare nei siti di infiammazione e cicatrice e da riduzione dei meccanismi efficienti della tosse da collasso delle strutture cartilaginee per una localizzata ostruzione dinamica o per diffuse stenosi infiammatorie. Una esacerbazione dell'infiammazione si può verificare in seguito a procedure diagnostiche invasive come la broncoscopia o la biopsia, o procedure terapeutiche salvavita come intubazione, tracheotomia ed il posizionamento di un tubo endotracheale.