La sindrome collo-lingua

Data 21 marzo 2010
Categoria neurologia

La sindrome collo-lingua è una rara condizione caratterizzata da dolore nell'area occipitale o nella parte superiore del collo associato ad alterazioni della sensibilità nell'emilingua omolaterale.

Trattasi di una malattia rara che, in letteratura, è descritta (1,2) su singoli casi. Lo studio fatto a Vågå (paese della Norvegia) stima la prevalenza della sindrome collo-lingua allo 0,22%. (3)

Secondo la Classificazione Internazionale delle Cefalee (ICHD-II) il dolore esordisce in modo brusco nell'area occipitale o nella parte superiore del collo associato ad alterazioni della sensibilità nell'emilingua omolaterale.

> [b]I criteri diagnostici prevedono:
>
> A. Dolore, della durata di secondi o minuti, con o senza disestesie, nell'area di distribuzione del nervo linguale e della seconda radice cervicale, e che soddisfi i criteri B e C
>
> B. Esordio acuto del dolore
>
> C. Il dolore è solitamente precipitato dalla rotazione improvvisa del capo. (4)[/b]

L'esame neurologico, compreso i nervi cranici, è normale. Oltre alla presentazione classica sono state descritte delle varianti(3):

- forme incomplete con parestesie della sola emilingua senza dolore al collo,

- solo dolore al collo senza disestesie della emilingua,

- comparsa dei sintomi alla rotazione del collo ipsilaterale o controlaterale,

- dolore nucale associato a spasmo della lingua descritto come crampo con impossibilità a parlare.

La diagnosi è possibile, però, solo in presenza di tutti i sintomi.

Anatomia

Le fibre propriocettive provenienti dalla lingua si portano al sistema nervoso centrale attraverso la seconda radice cervicale dorsale tramite le connessioni tra nervo linguale e nervo ipoglosso e tra quest'ultimo e la seconda radice cervicale.

La radice C2 è un piccolo nervo che dopo la sua emergenza si divide in una radice dorsale e una ventrale. Queste ultime si trovano a contatto con le faccette articolari di C1-C2 e il muscolo obliquo inferiore.

Le fibre afferenti somatiche che innervano i 2/3 anteriori della lingua originano dal nervo linguale che a sua volta origina dalla divisione posteriore del nervo mandibolare (terza branca del V nervo cranico). Il nervo Ipoglosso (XII nervo cranico), descritto come nervo puramente motorio che innerva i muscoli intrinseci della lingua, presenta connessioni con il ramo ventrale di C1 e C2 via ansa cervicale. L'intima relazione tra il ganglio di C2, nervo spinale, situati dorsalmente alla articolazione atlanto-assiale innervata dal ramo ventrale di C2, sono la base per una possibile spiegazione della sindrome collo-lingua.

Due sono le teorie.

Nella rotazione normale dell'atlante esiste una considerevole sublussazione dell'articolazione atlanto-assiale laterale con stiramento della radice C2. In caso di disfunzione dell'articolazione atlanto-assiale questo stiramento risulta eccessivo con irritazione meccanica del ramo ventrale di C2. Bogduk (2) suggerisce che la patogenesi della sindrome è simile a quella della paralisi di Bell. In quest'ultima i pazienti si lamentano di parestesie facciali nonostante la normalità del trigemino. La spiegazione data dall'autore è che le parestesie sono dovute alla compressione delle fibre

propriocettive presenti nel nervo facciale. Così, nella paralisi di Bell e nella sindrome collo-lingua, non necessariamente è presente una perdita della sensazione tattile e dolorosa ma piuttosto riflette un'interessamento della funzione delle vie propriocettive afferenti profonde.



La figura illustra la vista dorso lombare destra dell'articolazione atlo-assiale.
ganglio della radice dorsale di C2 (g), nervo spinale (sn), ramo ventrale (vr), articolazione atlanto-assiale laterale (j), arco posteriore dell'atlante (paa), lamina dell'asse (la), arteria vertebrale (va), plesso cervicale (cp), terzo nervo occipitale (ton), menbrana atlanto-axiale posteriore (paam).

Cassidy and Diakow (5) propongono una differente spiegazione: lo spasmo del muscolo obliquo inferiore. La stretta associazione delle faccette articolari di C1-C2, il ramo ventrale di C2 e il nervo obliquo inferiore sono la base anatomica della loro teoria, anche perché solo ¼ dei pazienti con sindrome collo-lingua hanno evidenza di disfunzione atlo-assiale.

In una revisione di 44 casi, (6) 38 erano senza causa apparente o da trauma e i restanti 6 casi erano associati a malattie infiammatorie o degenerative.
La terapia dipende dalla causa, se presente. Nelle forme idiopatiche sono state usate con un discreto successo le manipolazionivertebrali.

Bibliografia

1. J W Lance and M Anthony. Neck-tongue syndrome on sudden turning of the head.

J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1980 February; 43(2): 97–101.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC490481/pdf/jnnpsyc00070-0005.pdf

2. N Bogduk. An anatomical basis for the neck-tongue syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1981 March; 44(3): 202–208.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC490891/pdf/jnnpsyc00059-0022.pdf

3. Sjaastad O. Neck-tongue syndrome and related conditions. Cephalalgia. 2006 Mar;26(3):233-40.

4. Classificazione Internazionale delle Cefalee (IHS). http://goo.gl/Ug9e

5. Cassidy D, Diakow P. Treatment of neck-tongue syndrome by spinal manipulation: a report of three cases. Pain Clinic 1986;1:41-6.

6. Cameron Borody. Neck-tongue Syndrome. J Manipulative Physiol Ther 2004 (Jun);27(5)
www.jmptonline.org/article/PIIS0161475404000533/fulltext