OLGU SUNUMU

F.Ü.Sağ.Bil.Tıp.Derg.
2026; 40 (3): 308 - 311
http://www.fusabil.org

Tesadüfi Servikal Lenf Nodu Kalsifikasyonu: Konik Işınlı Bilgisayarlı Tomografinin Tanısal Rolü

Ahmad YASOUF [1, a]
Sedef Ayşe TAŞYAPAN [1, b]
Hülya ÇAKIR KARABAŞ [1, c]

[1] İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE

[a] ORCİD: 0009-0005-2873-9602
[b] ORCİD: 0000-0002-1880-9276
[c] ORCİD: 0000-0001-9258-053X

Konik Işınlı Bilgisayarlı Tomografi (KIBT), maksillofasiyal bölgede yaygın olarak kullanılan ileri görüntüleme yöntemlerinden biridir ve tesadüfen saptanan yumuşak doku kalsifikasyonlarının değerlendirilmesinde önemli rol oynar. Panoramik radyografi yaygın kullanıma sahip olsa da sınırlılıkları nedeniyle lezyonların doğru lokalizasyonu ve karakterizasyonu için çoğu zaman ileri görüntüleme tekniklerine ihtiyaç duyulabilir.

Bu olgu sunumunda, farklı nedenlerle kliniğe başvuran 77 yaşındaki bir erkek hastanın panoramik radyografisinde sağ mandibula korpusunun inferiorunda tesadüfen saptanan, düzensiz şekilli soliter bir yumuşak doku kalsifikasyonu sunulmaktadır. KIBT ile yapılan ileri incelemede, lezyonun lokalizasyonu ve radyolojik özellikleri distrofiye bağlı servikal lenf nodu kalsifikasyonu ile uyumlu bulunmuştur. Histopatolojik doğrulama yapılmadığından, tanı klinik ve radyolojik değerlendirme temelinde ele alınmıştır. Lezyonun lokalizasyonu, radyolojik özellikleri ve eşlik eden klinik semptomların bulunmaması nedeniyle ayırıcı tanıda sialolit ve flebolit öncelikli tanılar arasında düşünülmemiştir.

KIBT, yumuşak doku kalsifikasyonlarının doğru bir şekilde tanımlanması ve lokalizasyonun belirlenmesinde önemli tanısal avantajlar sağlamaktadır. Bu tür bulguların diğer oluşumlardan ayırt edilmesi, gereksiz müdahalelerin önlenmesi ve olası altta yatan sistemik durumların değerlendirilmesi açısından klinik değer taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Konik ışınlı bilgisayarlı tomografi, lenf nodu kalsifikasyonu, panoramik radyografi, sialolit, flebolit*

Incidental Cervical Lymph Node Calcification: Diagnostic Value of Cone Beam Computed Tomography

Cone Beam Computed Tomography (CBCT) is an advanced imaging technique widely used in the maxillofacial region and plays an important role in the evaluation of incidentally detected lymph node calcifications. Although panoramic radiography is commonly used, its limitations may necessitate advanced imaging for accurate localization and characterization.

In this case report, we present an irregularly shaped solitary soft tissue calcification that was incidentally detected on the panoramic radiograph of a 77-year-old male patient in the inferior region of the right mandibular corpus. Further evaluation with CBCT revealed radiological features consistent with dystrophic cervical lymph node calcification. Since histopathological confirmation was not performed, the diagnosis was based on clinical and radiological assessment. Due to the lesion's localization, radiological characteristics, and the absence of clinical symptoms, sialolith and phlebolith were considered less likely in the differential diagnosis.

CBCT highlights its diagnostic value in the accurate identification and localization of soft tissue calcifications. Differentiating such findings from other entities is clinically significant for preventing unnecessary interventions and for assessing potential underlying systemic conditions.

Key Words: *Cone beam computed tomography, lymph node calcification, panoramic radiography, sialolith, phlebolith*

Geliş Tarihi : 21.10.2025
Kabul Tarihi : 15.07.2026

Yazışma Adresi

Ahmad YASOUF
İstanbul Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş ve Çene
Radyolojisi Anabilim Dalı,
İstanbul - TÜRKİYE

ahmetyasouf@gmail.com

Giriş

Baş ve boyun bölgesinde görülen yumuşak doku kalsifikasyonları, rutin diş hekimliği radyografilerinde sıklıkla tesadüfen gözlemlenen bulgulardır. Çoğunlukla asemptomatik olan bu kalsifikasyonlar genellikle benign karakterdedir (1, 2). Bununla birlikte nadir de olsa granülomatöz hastalıklar, sistemik inflamasyon veya malignite gibi daha ciddi patolojilerin göstergesi olabilir (3).

Yumuşak doku kalsifikasyonları arasında servikal lenf nodu kalsifikasyonları, klinik açıdan dikkat çeken oluşumlardır. Boyun bölgesinde yer alan yaklaşık 300 lenf nodu; tüberküloz, sarkoidoz, fungal enfeksiyonlar, radyoterapi öyküsü veya lenfoma gibi nedenlerle kronik inflamasyona uğrayabilir ve distrofik kalsifikasyon gelişebilir (4–7). Bu oluşumlar genellikle düzensiz şekilli olup asemptomatik seyreder ve çoğunlukla tesadüfen saptanır. Doğru tanımlanmaları yanlış teşhisin ve gereksiz müdahalelerin önlenmesi açısından önemlidir (8).

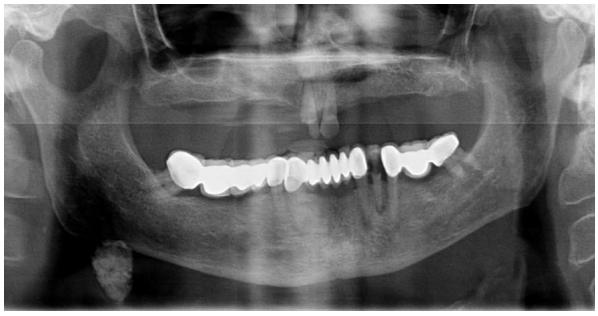
Konik Işınlı Bilgisayarlı Tomografi (KIBT), maksillofasiyal bölgedeki kalsifikasyonların değerlendirilmesinde öne çıkan bir yöntemdir. Geleneksel iki boyutlu görüntüleme yöntemlerine kıyasla üstün uzaysal çözünürlük ve üç boyutlu görüntüleme kapasitesi sunar. Bu özellikleri sayesinde kalsifikasyonların lokalizasyonu, karakterizasyonu ve ayırıcı tanısı daha güvenilir şekilde yapılabilir. Özellikle servikal lenf nodu kalsifikasyonlarının, benzer anatomik bölgelerde görülebilen ancak farklı klinik özellikler sergileyen sialolit ve flebolitlerden ayırt edilmesinde KIBT önemli tanısal katkılar sağlayabilir (9, 10).

Bu olgu sunumunda, panoramik radyografide tesadüfen saptanan ve KIBT ile klinik-radyolojik olarak değerlendirilen soliter bir servikal lenf nodu kalsifikasyonu ele alınmıştır. Çalışmanın amacı, KIBT'nin yumuşak doku kalsifikasyonlarının değerlendirilmesindeki tanısal değerini vurgulamak ve bu oluşumların diğer benzer yapılarla ayırıcı tanısında dikkate alınması gereken radyolojik özellikleri tartışmaktır.

Olgu Sunumu

77 yaşında erkek bir hasta, rutin dental muayene amacıyla kliniğimize başvurdu. Tıbbi öyküsünde hipertansiyonu dışında herhangi bir sistemik hastalığı bulunmamaktaydı. Hastanın düşük doz asetilsalisilik asit kullanıldığı öğrenildi. Hastada baş ve boyun bölgesinde ağrı, şişlik veya elle hissedilebilen kitle gibi bir şikayeti yoktu. Ayrıca tüberküloz, malignite veya radyoterapi öyküsü de mevcut değildi.

Panoramik radyografide, sağ mandibula korpusunun inferiorunda, iyi sınırlı, lobüle görünümlü tek bir radyoopak lezyon saptandı (Şekil 1).



Şekil 1. Sağ mandibula korpusunun inferiorunda soliter bir radyoopak lezyon gösteren panoramik radyografi.

Lezyonun kaynağı ve morfolojisi net olmadığı için ileri değerlendirme amacıyla KIBT taraması gerçekleştirildi.

KIBT incelemesi Scanora® 3Dx sistemi (Soredex, Tuusula, Finlandiya) cihazı ile 90 kVp, 10 mA, 0.2 mm voksel boyutu ve 8×16 cm FOV (field of view) alanı kullanılarak gerçekleştirildi. Görüntüler 1 mm kesit kalınlığında rekonstrükte edildi. Tarama sonucunda, sağ mandibula korpus inferomedialinde, yaklaşık 18.2×10.3×10.3 mm boyutlarında, düzensiz şekilli soliter bir hiperdens lezyon saptandı. Lezyon, sternokleidomastoid kasın arka sınırının medialinde, anatomik olarak seviye II servikal lenf nodu bölgesine karşılık gelen konumda yer almaktaydı. Kontralateral tarafta benzer bir kalsifikasyona rastlanmadı.

Anatomik lokalizasyonu, soliter yapısı ve radyografik özellikleri dikkate alındığında lezyon, distrofiye bağlı servikal lenf nodu kalsifikasyonu ile uyumlu radyolojik bir bulgu olarak değerlendirildi (Şekil 2). Histopatolojik inceleme yapılmadığından tanı, klinik öykü ve radyolojik değerlendirme temelinde ele alındı. Hastadan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır.



Şekil 2. KIBT görüntülerinde aksiyal, koronal ve sagittal kesitlerde sağ mandibula korpus inferomedialinde, sternokleidomastoid kasın arka sınırının medialinde ve seviye II servikal lenf nodu bölgesiyle uyumlu lokalizasyonda izlenen düzensiz sınırlı hiperdens lezyon.

Tartışma

Servikal lenf nodu kalsifikasyonları nadir görülen tesadüfi bulgulardır. Retrospektif çalışmalarda, bilgisayarlı tomografi ve KIBT incelemelerine dayalı prevalansın %0.8 -1.0 arasında olduğu bildirilmektedir. Bu düşük oran, rutin görüntülemelerde bu tür lezyonların kolaylıkla gözden kaçabileceğini göstermektedir (3, 11).

Lenf nodu kalsifikasyonları çoğunlukla distrofiye bağlı olarak gelişir ve kronik inflamasyon geçirmiş ya da enfekte olmuş lenf nodlarında ortaya çıkar. Bu oluşumlar tüberküloz, sarkoidoz, fungal enfeksiyonlar, otoimmün hastalıklar ve radyoterapi öyküsüyle ilişkilidir (3, 11). Radyografide genellikle düzensiz ya da lobüle radyoopak kitleler şeklinde görülür ve çoğunlukla asemptomatiktir (2, 7, 12).

Panoramik radyografi radyoopak lezyonların ilk saptanmasında yararlı olmakla birlikte, iki boyutlu yapısı nedeniyle süperpozisyon, magnifikasyon, distorsiyon ve hayalet görüntü oluşumu gibi sınırlılıklara sahiptir. Bu nedenle lezyonun kemik yapı ile ilişkisi, gerçek anatomik lokalizasyonu ve komşu yumuşak doku yapılarıyla ilişkisi panoramik görüntülerde her zaman güvenilir şekilde değerlendirilemeyebilir (8, 12, 16). Buna karşılık KIBT, aksiyal, koronal ve sagittal kesitlerde üç boyutlu değerlendirme olanağı sağlayarak lezyonun mandibula korpusu ile ilişkili olmadığını, sağ mandibula korpus inferomedialinde yer aldığını ve sternokleidomastoid kasın arka sınırının medialinde, seviye II servikal lenf nodu bölgesiyle uyumlu bir lokalizasyonda bulunduğunu göstermiştir. Bu özellikler, mevcut olguda KIBT'nin panoramik radyografiye kıyasla en önemli katkısının lezyonun üç boyutlu lokalizasyonunu netleştirmesi, kemik içi lezyonlardan ayırması ve ayırıcı tanıyı daraltması olduğunu göstermektedir.

Bununla birlikte, KIBT'ye dayalı değerlendirme histopatolojik doğrulamanın yerini tutmaz. KIBT, yüksek uzaysal çözünürlük sağlamasına karşın yumuşak doku kontrastı sınırlıdır ve kalsifikasyonun hangi yumuşak doku yapısının içinde geliştiğini kesin olarak göstermeyebilir. Bu nedenle özellikle semptomatik, büyüyen, çok sayıda, atipik lokalizasyonlu veya malignite/enfeksiyon öyküsü bulunan olgularda klinik muayene, medikal öykü, gerekirse ileri görüntüleme yöntemleri ve ilgili branş konsültasyonu ile birlikte değerlendirme yapılmalıdır. Sunulan olguda tanı, histopatolojik kesin tanı olarak değil, klinik ve radyolojik bulgular temelinde "servikal lenf nodu kalsifikasyonu ile uyumlu" bir değerlendirme olarak sunulmuştur (17, 19).

Ayırıcı tanıda öncelikle sialolitler ve flebolitler göz önünde bulundurulmuştur. Sialolitler genellikle düzgün yüzeyli, oval veya silindirik şekilli, submandibular bez ya da Wharton kanalı ile ilişkili kalsifikasyonlardır. Klinik olarak özellikle yemek sırasında ağrı, şişlik veya tükürük akışında azalma gibi semptomlara neden olabilirler (13). Ancak bu olgudaki lezyon Wharton kanalı yolunun beklenen konumunun daha inferior ve posteriorunda yer almakta, submandibular bez ya da kanal ile belirgin bir anatomik ilişki göstermemekte ve hastada tükürük beziyle ilişkili herhangi bir semptom bulunmamaktadır. Bu nedenle sialolit olasılığı düşük bulunmuştur. Flebolitler ise çoğunlukla vasküler malformasyonlarla ilişkili, birden fazla sayıda, yuvarlak veya oval, iyi sınırlı ve sıklıkla konsantrik "hedef" ya da "bull's-eye" görünümü sergileyen kalsifikasyonlardır (18). Mevcut olguda lezyonun soliter olması, konsantrik halkasal yapı göstermemesi ve vasküler malformasyonu düşündürecek klinik bulguların bulunmaması nedeniyle flebolit öncelikli tanılar arasında değerlendirilmemiştir.

Servikal ve mandibular açı bölgesinde izlenebilen diğer yumuşak doku kalsifikasyonları da ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Tonsillolitler genellikle orofarengeal hava yolu ve palatin tonsil bölgesinde, mandibular ramus üzerine süperpoze radyoopak odaklar şeklinde izlenir ve çoğunlukla birden fazla küçük kalsifikasyon şeklindedir. Kalsifiye tritiseöz kartilaj ise genellikle C3–C4 seviyesinde, hyoid kemik ile tiroid kartilaj arasında, düzgün sınırlı oval bir radyoopak yapı olarak görülür. Karotid arter kalsifikasyonları ise çoğunlukla C3–C4 vertebra düzeyinde, karotid bifurkasyon bölgesinde, düzensiz veya çizgisel radyoopasiteler şeklinde izlenebilir ve kardiyovasküler risk açısından klinik önem taşıyabilir (8, 16, 17). Sunulan olguda lezyonun seviye II lenf nodu bölgesiyle uyumlu lokalizasyonu, sternokleidomastoid kas komşuluğu, soliter ve düzensiz-lobüle yapısı, tonsiller bölge, tritiseöz kartilaj veya karotid bifurkasyon düzeyi ile uyumlu olmaması nedeniyle bu olasılıklar öncelikli tanılar arasında düşünülmemiştir.

Mevcut olguda hastanın tıbbi geçmişi, kontrol altında olan hipertansiyon dışında belirgin bir sistemik hastalık göstermemekteydi. Tüberküloz, granülomatöz hastalık, malignite veya baş-boyun bölgesine uygulanmış radyoterapi öyküsü bulunmamaktadır. Bununla birlikte, geçirilmiş subklinik enfeksiyonlar veya fark edilmemiş kronik inflamatuar süreçler tamamen dışlanamayacağından, lezyonun kesin olarak "idiopatik" şeklinde tanımlanması yerine, belirgin predispozan faktör saptanmayan ve distrofiye bağlı servikal lenf nodu kalsifikasyonu ile uyumlu bir radyolojik bulgu olarak değerlendirilmesi daha uygun olacaktır (3, 14, 15).

KIBT ile yapılan son dönem çalışmalar mandibular bölgede yumuşak doku kalsifikasyonlarının prevalansını yaklaşık %25 olarak bildirirken dijital panoramik radyografilerde genel kalsifikasyon oranı %6.4'tür. Bu veriler tonsillolit, karotid arter kalsifikasyonu, sialolit ve lenf nodu kalsifikasyonlarını içermektedir (1, 7, 12). Bu bulgu, KIBT'nin yumuşak doku kalsifikasyonlarının saptanmasında panoramik radyografiye kıyasla daha yüksek duyarlılığa sahip olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte servikal lenf nodu kalsifikasyonları bu grubun nispeten nadir alt tipleri arasındadır.

Bu oluşumlar çoğunlukla asemptomatik olup tedavi gerektirmez. Ancak özellikle sistemik veya granülomatöz hastalık öyküsü bulunan hastalarda tanımlanmaları klinik açıdan önem arz eder (3, 12). Doğru radyografik yorumlama, gereksiz tanısal girişim ve cerrahi müdahaleleri önlemenin yanı sıra görüntüleme bulgularının hastanın tıbbi öyküsüyle birlikte değerlendirilmesinin önemini de vurgulamaktadır (2, 10).

Sonuç olarak, bu olguda, sistemik hastalık veya belirgin bir predispozan faktör saptanmamış olmakla

birlikte, histopatolojik doğrulama yapılmadığından lezyon kesin tanı olarak değil, klinik ve radyolojik bulgular temelinde servikal lenf nodu kalsifikasyonu ile uyumlu bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

KIBT, lezyonun üç boyutlu lokalizasyonunun belirlenmesi, mandibula ve komşu anatomik yapılarla ilişkisinin değerlendirilmesi ve ayırıcı tanının daraltılması açısından panoramik radyografiye kıyasla önemli avantajlar sağlamıştır. Bununla birlikte, görüntüleme bulguları tek başına kesin tanı için yeterli olmayabileceğinden, klinik öykü ve muayene bulguları ile birlikte değerlendirilmelidir. Bu yaklaşım, yanlış yorumlamaların ve gereksiz müdahalelerin önlenmesine katkı sağlayabilir.

Kaynaklar

1. Syed AZ. Soft tissue calcifications in the head and neck region. Dental Clinics 2024;68(2):375-391.
2. White SC, Pharoah MJ. Oral Radiology: Principles and Interpretation. 8th Edition, Elsevier; 2019.
3. Eisenkraft BL, Som PM. The spectrum of benign and malignant etiologies of cervical node calcification. AJR. American Journal of Roentgenology 1999;172(5):1433-1437.
4. Harisinghani MG. Atlas of Lymph Node Anatomy. 2nd Edition, Springer; 2021.
5. Barghan S, Arashlow MT, Nair MK. Incidental findings on cone beam computed tomography studies outside of the maxillofacial skeleton. Int J Dent 2016;2016:9196503.
6. İspir NG, Peker İ, Alkurt MT. Evaluation of the incidental prevalence of soft tissue calcifications in the neck region with cone beam computed tomography. Clinical and Experimental Health Sciences 2023; 13(2): 362-369.
7. Garay I, Netto HD, Olate S. Soft tissue calcified in mandibular angle area observed by means of panoramic radiography. International Journal of Clinical and Experimental Medicine 2014; 7(1): 51.
8. Yalcin ED, Ararat, E. Prevalence of soft tissue calcifications in the head and neck region: A cone-beam computed tomography study. Nigerian Journal of Clinical Practice 2020; 23(6): 759-763.
9. Mısırlıoglu M, Nalcaci R, Adisen MZ, Yardımcı S. Bilateral and pseudobilateral tonsilloliths: Three dimensional imaging with cone-beam computed tomography. Imaging Science in Dentistry 2013; 43(3): 163-169.
10. Howerton WB Jr, Mora MA. Use of cone-beam computed tomography in dentistry. Gen Dent 2007; 55(1):54-57.
11. Marchiori E, Hochhegger B, Zanetti G. Calcifications in multiple lymph node chains. Jornal Brasileiro de Pneumologia 2024; 50(03): e20240152
12. Khojastepour L, Haghnegahdar A, Sayar H. Prevalence of soft tissue calcifications in CBCT images of mandibular region. Journal of Dentistry 2017; 18(2): 88.
13. Tasyapan SA, Erturk AF, Ozcan I. Giant sialolith in submandibular gland with radiological findings: A case report. Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi 2020; 3(1): 20-25.
14. Wood NK, Goaz PW. Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. 5th Edition, Mosby, St. Louis, MO 1997; 474.
15. Tortorich J, Woods M, Shintaku W, Anderson KM. Diagnostic considerations of calcified lymph nodes. Journal of the Tennessee Dental Association 2014; 93(2): 8-10.
16. Parihar A, Shastri A, Jain A, et al. “Calcific Islands:” A cone-beam computed tomography review of soft-tissue calcifications in head-and-neck region. J Oral Maxillofac Radiol 2020;8:30-35.
17. Ertas G, Aydogdu M, Adısen MZ. Case report of a patient with different types of calcifications in the head and neck region. Niger J Clin Pract 2024; 27:1221-1223.
18. Abrantes TC, Barra SG, Silva LVO, et al. Phleboliths of the head and neck region - A case report. Ann Maxillofac Surg 2022;12:231-233.
19. Nedunchezhian K, Aswath N. Radio-diagnostic dilemmas of submandibular calcification-an ıncidental CBCT finding. J Clin Diagn Res 2018;12(9):ZD06-ZD08.