



ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA E DI METODOLOGIA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITA' DI PADOVA - Direttore: prof. G. A. PARI
SANATORIO « VALLESANA » - Direttore: dott. D. GIAQUINTO

CARLO GRIGOLO

Assistente

Tumore maligno del polmone simulante tubercolosi polmonare

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno X, n. 11, novembre 1939-XVIII



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA E DI METODOLOGIA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITA' DI PADOVA - Direttore: prof. G. A. PARI
SANATORIO « VALLESANA » - Direttore: dott. D. GIAQUINTO

CARLO GRIGOLO

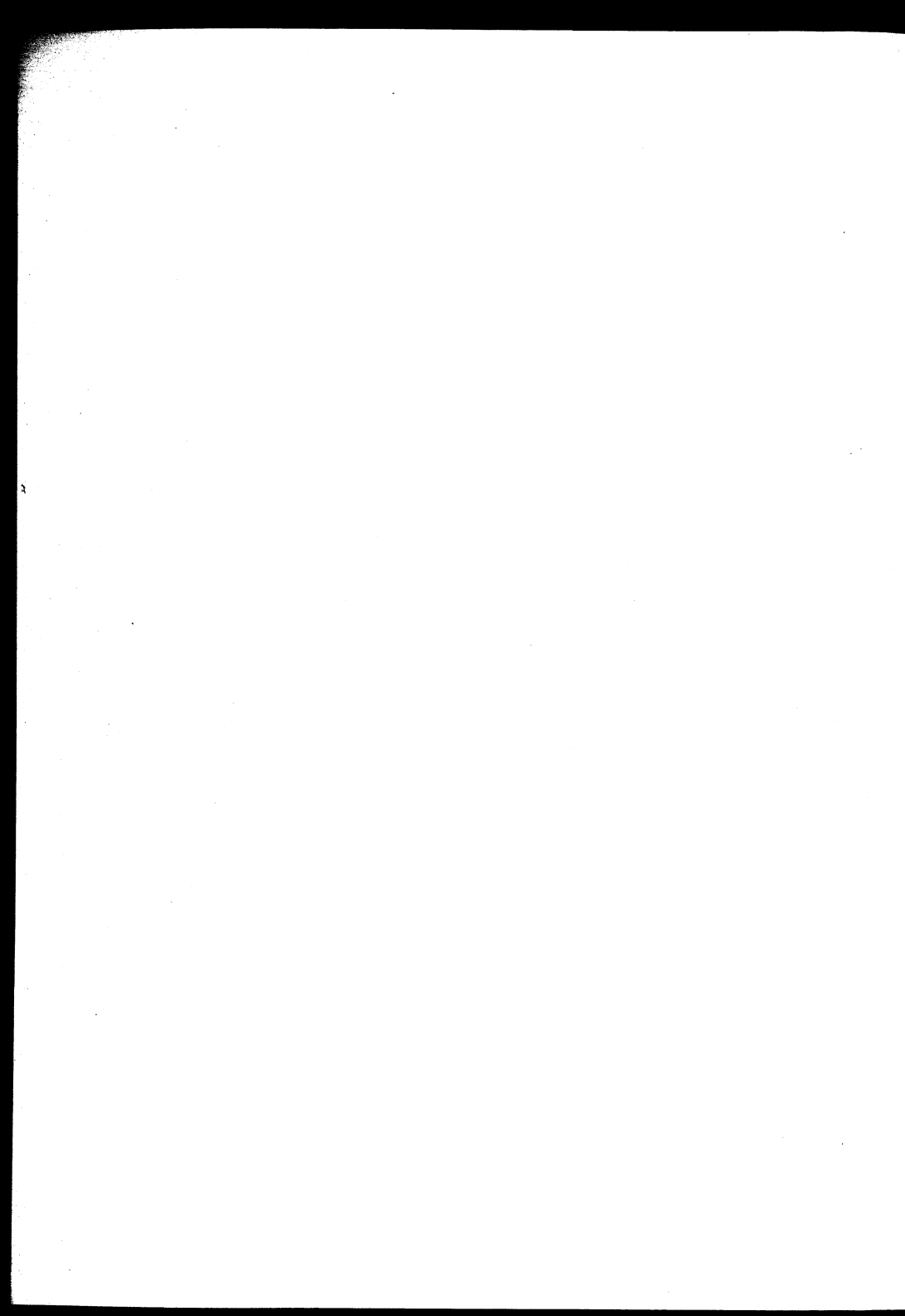
Assistente

Tumore maligno del polmone simulante tubercolosi polmonare

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno X, n. 11, novembre 1959-XVIII

1074

STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Giudico di qualche interesse l'esposizione del caso seguente per alcune considerazioni di vario ordine, cliniche e radiologiche che esso può offrire.

G. V., di anni 34. Padre morto di polmonite franca. Madre vivente e sana come pure due fratelli. Sposò a 24 anni donna sana che ebbe 4 gravidanze, delle quali due interrottesi in epoca abortiva. Il paziente è sempre stato modico bevitore e fumatore. Abita in zona malarica.

Nega luc e altre malattie veneree.

Nel 1920 contrasse l'infezione malarica. L'attuale malattia risale al giugno 1937 quando cominciò ad avvertire dolore respiratorio assai molesto all'emitore destro anteriormente, tosse insistente con escreato muco-purulento striato talvolta di sangue, astenia progressiva, disturbi dispeptici vari, anoressia; deperimento (è diminuito di circa 10 kg.).

Fece cure ricostituenti varie con scarso vantaggio.

Ora, da circa un mese, la tosse si è fatta più stizzosa, si è accentuato il dolore all'emitore ed è comparsa temperatura febbrile nelle ore serali (oltre i 38°) avvertita con senso diffuso di freddo; suda con facilità nella notte. L'alvo è stitico, la diuresi normale.

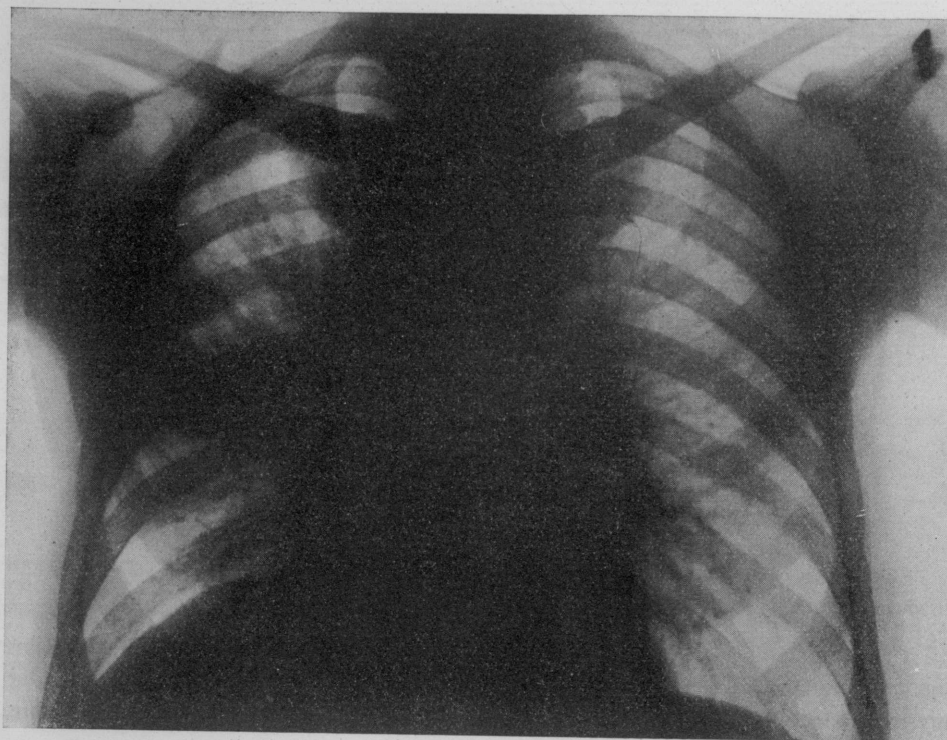
Entra in Istituto il 7 marzo 1938.

Esame obiettivo: Soggetto di costituzione robusta per quanto un po' deperito.

Il decubito del malato sul lato destro riesce molesto e doloroso. Cute pallida, mucose rosee con sfumatura cianotica al prolabbio. Bene rappresentato il pannicolo adiposo sottocutaneo. Muscoli tonici. Non si apprezzano linfogangli nelle comuni sedi di indagine. Non ittero, non edemi.

Capo: libero nei suoi movimenti; bulbi oculari mobili in tutte le direzioni, isocoria; pupille bene reagenti alla luce e all'accomodazione. Nulla al faringe. *Torace:* ampio e simmetrico. Angolo di Louis, fosse sopra- sottoclaveari poco evidenti. Angolo epigastrico ottuso. Pareti poco elastiche; qualche dolenzia si provoca con la pressione al 4°-5° spazio intercostale destro anteriormente. F.V.T. aumentato in regione scapolare destra e scapolovertbrale dello stesso lato, normale sul restante ambito.

Ipfonesi alla regione soprascapolare destra e netta ipofonesi, a forma di fascia, lungo il decorso dell'interlobo medio di destra. Suono chiaro sul restante ambito; lembi polmonari inferiori mobili. Aia di Traube libera. All'ascoltazione: respiro aspro, russante;



RAD. N. I.

nelle zone di ipofonesi, specie anteriormente, con crepitanti sotto tosse in regione sotto-claveare. *Cuore*: nei limiti normali. Toni puri, ritmici su tutti i focolai. *Addome*: globoso, trattabile, indoloro ovunque. *Fegato*: limite superiore dell'ottusità assoluta al margine superiore della sesta costa sull'emiclaveare destra; su detta linea il margine epatico inferiore non deborda dall'arco costale. *Milza*: lievemente ingrandita con limite anteriore alla linea ascellare anteriore, non si palpa. *Reni*: non si palpano. *Arti superiori e inferiori*: nulla da segnalare.

Indirizzati dai dati anamnestici e dai rilievi clinici verso una affezione dell'apparato respiratorio si correda il caso delle ricerche opportune, prima fra queste l'indagine del radiologo che così si esprime: «Torace ampio e simmetrico. Ampia fascia trasversa di opacamento poco omogeneo all'altezza della quarta costa anteriore destra; essa interessa tutta la regione in profondità ed è riferibile a scissurite mediana ed a fatti infiltrativi parenchimali periscissurali. Dubbia qualche piccola area anulare centrale. Nulla alle altre regioni».

Esame delle urine: normale. Pressione alteriosa: 115/90. Reazioni di Wassermann e Meineken: negative. Esame emocromocitometrico: anemia del tipo ipocromico; globuli bianchi: 7500; formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 81%, linfociti 17%, monociti 2%, non forme immature delle serie rossa e bianca. Ricerca del parassita malarico in periodo febbrile: negativa. Cutireazione di V. Pirquet: positiva. Ricerca del bacillo di Koch nell'escreato: negativa in ripetuti esami anche dopo l'arricchimento.

* * *

Ho riferito per ultimo questo dato, unico dato negativo accanto a quello della polinucleosi neutrofila con linfopenia, che poteva insinuarsi qualche dubbio diagnostico;

tuttavia la diagnosi di tubercolosi polmonare si imponeva con così rigido criterio clinico e radiologico che si venne tosto alla determinazione di istituire un pneumotorace terapeutico che poteva però servirci anche a scopo diagnostico.

* * *

Il decorso presentato dal paziente fu rapido e drammatico: il pnx. già dal primo rifornimento si complica a imponente versamento pleurico di carattere essudatizio, leggermente tinto di sangue, con linfociti in prevalenza nel sedimento, non cellule di carattere atipico, non bacilli acido resistenti, colture negative.

La temperatura febbrile dall'entrata si mantenne sempre di tipo nettamente intermittente.

Nonostante le ripetute toracentesi il liquido pleurico si ripresenta continuamente nella maniera più rapida: il giorno 23 marzo (a 16 giorni dall'entrata) compare tumefazione della faccia nel suo lato destro, tumefazione cospicua del braccio destro con edema plastico, turgore notevole delle giugulari, ectasie venose sul lato destro del torace, tosse stizzosa resistente agli oppiacei, dispnea intensa, segni di progressivo collasso circolatorio per i quali il paziente decedeva il 25 marzo stesso.

* * *

Il dubbio sull'esattezza della diagnosi formulata, insinuatosi come detto, per alcuni dati contrastanti di laboratorio, dubbio che si venne avvalorando da questo decorso così violento ed insolito della malattia, veniva chiarito completamente all'indagine autopsica: « Tumore maligno del polmone » (microcitoma) di origine bronchiale. Invasione metastatica del mediastino posteriore di destra con compressione della vena anonima; corrispondente edema tegumentale della faccia e dell'arto superiore destro; versamento saccato del cavo pleurico destro. Tumore di milza. Congestione renale. Fegato da stasi ».

* * *

Non tanto la rarità di comparsa mi ha indotto ad esporre il caso presente, quanto il fatto che esso offre, come dissi, lo spunto ad alcune considerazioni di vario ordine che devono essere tenute presenti nel campo delle malattie polmonari.

Sono descritte nei trattati le differenze sintomatologiche, spesso sotto forma di lievi sfumature, fra cancro del polmone e tubercolosi polmonare; ma, come risulta da questo caso, tali diversità non sono sempre rilevabili, anzi la sintomatologia da noi avuta si sovrapponeva completamente a quella che può presentare una forma specifica polmonare: anamnesi e reperto obiettivo, infatti, erano tali da indirizzarci direttamente verso la diagnosi di tubercolosi polmonare.

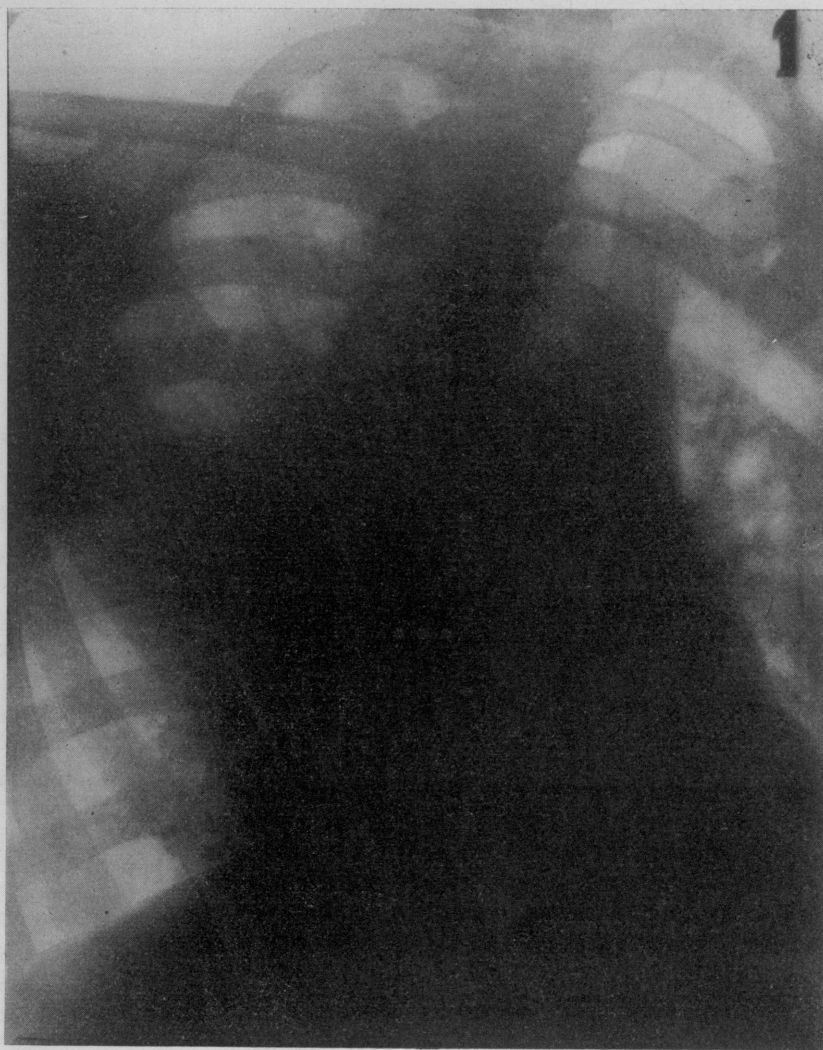
Accanto di questi dati clinici di così apparentemente facile interpretazione, noi dobbiamo porre il sussidio del radiologo il quale a sua volta trova un reperto che nettamente si può inquadrare in un reperto radiologico di tbc. polmonare a tipo infiltrativo periscissurale con fatti di ulcerazioni parcellari.

E' indubbio che il quadro radiologico dato dal cancro del polmone è quanto mai variabile e di difficile interpretazione. In generale sono carcinomi bronchiali di origine ilare che successivamente invadono il tessuto polmonare. Radiologicamente si osserva alla regione dell'ilo un'ombra omogenea spesso arborizzata o ramificata per la linfangite carcinomatosa che ne segue. Per lo più l'ombra ha l'aspetto di un cono con apice all'ilo e base all'esterno, in non pochi casi ha l'aspetto di massa bernoccoluta costituita in prevalenza dalle ghiandole ilari infiltrate.

Talvolta il carcinoma invade tutto un lobo (quello superiore più spesso) e si ha allora un'ombra densa, uniforme che spesso risparmia l'apice e che inferiormente è netta-

mente limitata dalla scissura interlobare che talvolta è spinta ad assumere una linea convessa in basso (COSTANTINI-REDAELLI). Il limite superiore è spesso sfumato e frastagliato.

Vi ha la forma nodulare a grossi nodi tondeggianti in pieno parenchima, qualche volta uniti tra loro da strie linfangitiche. Vi ha anche una forma di carcinoma primitivo a piccoli nodi disseminati che ricorda il quadro della tubercolosi submiliare o nodulare.



RAD. N. 2.

I radiologi sono concordi nell'affermare che non si può tracciare un quadro radiologico caratteristico del carcinoma polmonare primitivo, sia ilare, che lobare o broncogeno; giustamente esso fu indicato col nome di tumore proteiforme polmonare. Il nostro caso convalida questo asserto e dimostra quale difficoltà di interpretazione possa assumere il quadro del tumore polmonare broncogeno così da manifestarsi con un netto quadro radiologico di tubercolosi polmonare.

Tuttavia ad un esame retrospettivo accurato del nostro radiogramma crediamo poter rilevare alcuni punti da segnalare come note di diagnosi differenziale da un processo

tubercolare: la presenza nella parte alta del mediastino di destra di una opacità ovale a contorni nettamente delimitati, non molto intensa, ma omogenea, che ad un esame attento appare come addossata alla parete del bronco principale di destra, quale solitamente non si ha nei processi infiltrativi specifici dell'ilo che sono a contorni più sfumati per la concomitante reazione perifocale che li accompagna. Da tale massa opaca si irradia, come a ventaglio, un disegno a traliccio composto da travate riferibili al processo linfangitico tumorale, travate fitte, a decorso continuo, ma assai ramificate e molto più grossolane delle fini strie linfangitiche che solitamente compaiono nei processi specifici tubercolari, e inoltre tali tralci linfangitici si perdono in un tessuto polmonare che appare sano, senza fare capo ad ombre di opacità nodulare come solitamente si ha nella tubercolosi.

Inoltre le zone apicali appaiono entrambe indenni da qualsiasi alterazione; ancora si può notare come manchi nella lesione infiltrativa periscissurale quella delimitazione netta a limite marcato data dall'interlobo che spesso si nota nei processi tubercolari, o comunque manchi quel risentimento della scissura stessa che si rileva radiologicamente come una stria compatta, sottile, lungo il decorso dell'interlobo stesso.

Ma tutte queste considerazioni fatte *a posteriori*, pure così importanti, sono fondate su lievi sfumature e ribadiscono il concetto accennato della difficile interpretazione di un radiogramma di cancro del polmone da quello di tubercolosi polmonare.

Accanto agli accennati dati clinici e radiologici noi dobbiamo porre due dati di laboratorio, i soli che ci resero alquanto dubbiosi della diagnosi, senza però che ci sembrassero tanto fondamentali da farci modificare il concetto diagnostico: intendo dire la negatività per il bacillo di Koch dell'escreato e il reperto dell'esame ematologico.

La diagnosi di cancro del polmone è quindi spesso una diagnosi difficile per la possibilità di confusione con altre affezioni ben più frequenti dell'apparato respiratorio prima fra queste la tubercolosi, e per la mancanza d'una sintomatologia clinica definita e costante: ecco come l'esatta interpretazione della fenomenologia morbosa vada fondata su *semplici elementi di sospetto*, e debba essere il frutto di una attenta convalida critica di tutti i dati che la clinica, la radiologia, e, non dimentichiamo, anche il laboratorio ci possono dare: l'assenza del bacillo di Koch in esami ripetuti deve soprattutto insinuare nella nostra mente un dubbio da chiarire con altre opportune ricerche.

A tale scopo anche la radiologia si avvale di altri mezzi: utile può essere l'esplorazione dell'albero bronchiale col lipiodol che può dimostrare l'occlusione del bronco invaso dal tumore e la impervietà del segmento bronchiale dipendente; ma il metodo non è privo di inconvenienti. Il quadro radiologico può essere chiarito, si è spesso detto, dalla applicazione dei pnx. diagnostico: l'introduzione del gas nel cavo pleurico può dimostrare la retrazione del parenchima polmonare sano, mentre la massa tumorale si disegna come massa oscura, arrotondata, spesso più o meno bernoccoluta emergente dal polmone collabito. Ma non ci sentiamo di incoraggiare in tutti i casi nemmeno l'indagine in parola: nel nostro paziente l'istituzione del pnx. sin dal primo rifornimento si è complicato ad imponente ed invincibile versamento pleurico fino all'esito del paziente: versamento da interpretarsi come pleurite reattiva ad uno stimolo abnorme portato con il gas introdotto nella compagine del tumore che affiorava con le sue propaggini linfangitiche sino alla pleura. E ben sappiamo del resto come detti tumori polmonari siano anche estremamente sensibili alle irradiazioni, e come un imprudente dosaggio delle stesse possa causare gravi complicazioni pleuriche e in seno alla massa tumorale per fenomeni congestizi.

Che la diagnosi di cancro del polmone sia una diagnosi difficile lo dimostrano anche le statistiche degli errori: nei casi raccolti da PASSLER nel 1895 la diagnosi era errata nel 100 % dei casi; secondo JANCZY e MATOLCSY a Vienna gli errori diagnostici furono nel 1900 del 95 %, nel 1925 del 50 %; su 37 casi di ROSEDALE e MC KAY verificati alla autopsia, in 20 la diagnosi era sbagliata. La difficoltà di diagnosi si spiega se si considera che entra in questione la diagnosi differenziale con tutte le malattie croniche dei polmoni,

soprattutto con la tubercolosi (nel 20 % dei casi di JUNCHANS era stata fatta diagnosi di tubercolosi).

Il quadro radiologico è spesso, come abbiamo visto, di difficile interpretazione e solo eccezionalmente non lascia dubbi (MILANI): secondo ROSEDALE e Mc KAY su 30 casi sottoposti all'indagine radiologica, la diagnosi fu giusta in 14, dubbia in uno, in 15 la diagnosi non fu fatta.

Da questa mia semplice osservazione viene affermato il concetto che al tisiologo, nel vasto campo della tubercolosi, si offrono difficoltà diagnostiche spesso non lievi, e anche per lo specialista la diagnosi è frutto di un attento apprezzamento e di una esatta valutazione critica di tutti i vari e spesso piccoli segni che il malato offre al nostro esame completo, clinico, radiologico e di laboratorio.

BIBLIOGRAFIA

- BACCARINI U.: *La diagnosi differenziale della tubercolosi polmonare*. «La tisiologia nella pratica medica», pag. 803, Ed. Wassermann. — BIGNAMI F.: *Il cancro primitivo del polmone*. «Lezioni teorico-pratiche sui tumori», pag. 607, Ed. Sansoni. — COSTANTINI-REDAELLI: *Atlante clinico-radiologico della tubercolosi polmonare*. — MILANI E.: *L'indagine radiologica nei tumori del polmone*. — OMODEI-ZORINI: *Le sindromi pseudo-tubercolari del polmone*. «La tisiologia nella pratica medica», pag. 443, Ed. Wassermann. — Id.: *Atlante anatomico-radiologico della tubercolosi polmonare*. Ed. Danesi, 1935.

RIASSUNTO. — L'A., dall'esposizione di un caso di cancro del polmone accertato all'autopsia, rileva come la diagnosi differenziale fra detta malattia e la tbc. polmonare sia assai spesso difficile e vada fondata su semplici elementi di sospetto forniti da una attenta disamina di tutti i dati che la clinica, la radiologia e il laboratorio possono dare. Fa considerazioni sulle svariate immagini radiologiche date dal cancro del polmone e crede non opportuna l'applicazione del pnx. diagnostico nei casi sospetti che affiorano con le loro propaggini linfangitiche fino alla pleura per la facile complicità con versamenti cospicui ed insistenti.

RESUME. — A propos d'un cas de cancer du poumon constaté à l'autopsie, l'A. affirme que le diagnostic différentiel entre cette maladie et la tbc. pulmonaire est bien souvent difficile, devant se faire sur des simples éléments douteux tirés d'un examen attentif de toutes les données que la clinique, la radiologie et le laboratoire peuvent fournir. Il fait quelques considérations sur les diverses images radiologiques données par le cancer du poumon et ne juge pas convenable l'application du pnx. diagnostic dans les cas douteux qui envoient des propagations lymphangitiques jusqu'à la plèvre, à cause de la facilité avec laquelle peuvent se produire des effusions considérables et persistantes.

SUMMARY. — Relating a case of cancer of the lung ascertained at the autopsy, the A. observes that the differential diagnosis between this disease and pulmonary tbc. is often difficult, owing to its having to be made on doubtful data obtained through the examination of all the clinical, radiological and laboratory records. The A. deals with the different radiograms given by the cancer of the lung and does not advocate the diagnostic pnx. in doubtful cases with lymphangitic branching reaching the pleura, owing to the danger of large and persisting effusions.

ZUSAMMENFASSUNG. — Von einem Fall von Lungenkrebs der post-mortem nachgewiesen wurde, ausgehend, bemerkt V. wie schwer oft die Differentialdiagnose zwischen dieser Krankheit und der Lungentuberkulose festzustellen ist, da sie sich blos auf unsichere Elemente gründet, die aus einer sorgfältigen Durchprüfung aller klinischen, röntgenologischen und Laboratorien-Data zu entnehmen sind. Er macht einige Bemerkungen in Bezug auf die verschiedene Röntgenbilder des Lungenkrebses und äussert sich gegen die Anwendung des diagnostischen Pnx. in jenen verdächtige Fällen, wo die lymphangitischen Verzweigungen bis zur Pleura reichen, wegen der bedeutenden und hartnäckigen Ergüsse, die sich leicht ereignen können.

~~531205~~

58973



