

2
24

Max 1373 / 74

Prof. B. MARIANI



SIGNIFICATO DIAGNOSTICO DEL SEGNO DELLO SCOLLAMENTO

Estratto da «CLINICA NUOVA»
Agosto 1946 A. II - N. 8

«CLINICA NUOVA»

RASSEGNA DEL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE
DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE
ROMA - VIALE XXI APRILE, 13 - TEL. 82458



In questo ultimo decennio sono stati pubblicati da vari AA. italiani e stranieri alcuni casi di cisti da echinococco polmonare che presentavano il segno dello scollamento della cisti. Il sintomo consiste in una zona iperchirara, a forma di semiluna, visibile per lo più alla parte superiore della cisti, ed è dovuto alla presenza di una raccolta gassosa fra la membrana idatidea e il sacco avventiziale. Sulla patogenesi del fenomeno non vi è completo accordo fra i vari AA.: e probabilmente diverse condizioni possono determinarne la comparsa; in proposito è da segnalare il contributo sperimentale portato da Guarini (1) che riuscì a riprodurlo in ovini portatori di cisti mediante la insufflazione delle vie bronchiali.

Il segno dello scollamento non è frequente, ma dato il suo notevole valore, si raccomanda di ricercarlo sempre con diligenza, quando si sospetti la cisti: talvolta ad esempio, non è visibile alla sua parte superiore, ma può essere messo in evidenza in altre sedi pericistiche eseguendo radiogrammi con differenti incidenze o variando il decubito del paziente; e in altre condizioni può invece essere assai utile ricorrere alla stratigrafia, come nel caso di Torelli e D'Angelo (2) in cui la calotta aerea che non era chiaramente visibile sul radiogramma comune perchè retroclavare, fu dimostrata in tutta evidenza dall'esame stratigrafico. Il fenomeno inoltre può essere difficile a osservarsi perchè è spesso fugace, sia per il rapido riassorbirsi dalla raccolta gassosa (Prouvost, Grenet e Delore (3), oppure perchè il quadro può rapidamente modificarsi in seguito al sopraggiungere di una vomica o di una suppurazione idatidea.

Da quando Morquio, Bonaba e Soto (4) hanno richiamato l'attenzione sul grande valore diagnostico del segno, tutti sono concordi a questo proposito e la maggior parte degli AA. lo ritiene del tutto specifico e patognomonico di cisti da echinococco. L'unica osservazione clinica contrastante è stata pubblicata dal Devè nel 1938 (5), a proposito di un caso di micosi polmonare (megamicetoma endobronchiale) dovuta probabilmente a un aspergillo e che si presentava con l'insolito aspetto di un focolaio ovoidale definibile come un « tumeur mycosique du poumon », per usare l'espressione dell'Autore.

L'ombra aveva sede nella regione sottoclavare D., aveva le dimensioni di 3×4 cm. e presentava un'immagine di scollamento su tutta la metà superiore. Il Devè ne trasse argomento per ritenere il segno della calotta aerea non più rigorosamente patognomonico di cisti da echinococco, ma questa riserva non fu da tutti accettata ed anzi il Cocco (6) riportando un altro caso di cisti con scollamento, ha sostenuto il significato patognomonico del segno, e ha espresso il convincimento che l'osservazione eccezionale riferita da Devè non basta a intaccare il valore per porre la diagnosi radiologica di cisti da echinococco.

Allo scopo di portare un nuovo contributo in argomento, ho ritenuto opportuno rendere noto il presente caso clinico di infiltrato rotondo tubercolare nel quale si verificò un evidente immagine da scollamento.

M. Claudio di anni 18. — *Anamnesi familiare*: genitori viventi e sani. Una sorella è sana, una cugina che convive in famiglia è affetta da tbc. polmonare. 7 anni fa, dopo un periodo di astenia, il paziente ebbe emottisi e fu sottoposto ad accertamenti radiografici per cui fu diagnosticata tbc. nodulare ulcerata del lobo superiore di sinistra. Fu iniziato pnt. sinistro che risultò completo; la malattia ebbe un decorso favorevole e il pnt. fu abbandonato nel maggio 1944. A distanza di due mesi, in assenza di ogni sintomatologia clinica, fu sottoposto ad un *esame radiografico del torace* che dimostrò la presenza nella regione sottoclaveare di destra di una immagine rotondeggiante di 3 cm. di diametro (fig. 1), che a distanza di 15 giorni appariva a contorni più netti e circondata nella parte superolaterale da una calotta aerea (Fig. 2).

L'esame stratigrafico ha dimostrato lo stesso reperto con chiarezza ancora maggiore (Fig. 3).

Vengono eseguiti *accertamenti di laboratorio*: la reazione di Casoni e quella di Ghedini-Weinberg sono negative; eosinofilia 2%; ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato: positiva. Si istituisce pnt. a destra e vengono iniziate cure generali. In breve si assiste alla regressione dell'infiltrato e dopo 8 mesi non vi è alcuna traccia radiologica della lesione (Fig. 4). Attualmente il paziente continua la cura pneumotoracica.

Nel caso sopradescritto sia la presenza del bacillo di Koch nell'espettorato, come i dati anamnestici, e il decorso successivo alla cura pneumotoracica, sono elementi sicuri per diagnosticare la natura del processo, e non vi è alcun dubbio che la immagine di scollamento è data da un focolaio tubercolare. Affiancando questa mia osservazione alla micosi polmonare pubblicata da Devè, e a un caso di cisti dermoide in corso di pubblicazione ad opera di Pigorini (7), che presenta pure un segno dello scollamento, sorge spontanea la domanda: questo segno può dunque considerarsi ancora rigorosamente patognomonico di cisti idatidea? Voglio qui riferirmi ai concetti espressi dal Cocco, ove l'A. pur accettando la possibilità che altre condizioni morbose oltre la cisti da echinococco, possano presentare il segno, sostiene che tali evenienze sono talmente eccezionali da non sminuire il valore patognomonico del sintomo; e inoltre, secondo lo stesso A., le cisti da echinococco presentano anche un insieme di altri caratteri che ne permettono la distinzione dal micetoma. In realtà, dall'esame dei casi finora pubblicati si può constatare che la cisti con immagine da scollamento presenta un aspetto del tutto caratteristico e ben riconoscibile: si tratta in genere di grosse cisti a contorno regolare, di opacità elevata ed omogenea, con l'immagine sovrastante a semiluna che ha limiti per lo più assai regolari, mentre nel caso di Devè l'ombra è meno densa, non omogenea e la raccolta area sovrastante tende alla forma a ferro di cavallo, anziché a quella di semiluna; l'immagine da cisti poi si modifica per lo più rapidamente, mentre nel micetoma di Devè rimase invariata per 4 anni.

Alcuni di questi criteri valgono anche per differenziare il mio caso: l'infiltrato che io ho osservato è infatti di più piccole dimensioni, l'ombra non è omogenea come nella cisti idatidea, e la morfologia dello scollamento non è regolare come lo è in genere nelle cisti. D'altra parte però, vi sono anche condizioni che possono rendere meno caratteristico il quadro clinico e radiologico di cisti da echinococco, e fra le osservazioni consegnate alla letteratura notiamo, ad esempio, il caso di Torelli e D'Angelo, nel quale coesistevano lesioni tubercolari bilaterali, e altri casi nei quali il quadro radiologico presenta qualche aspetto non del tutto tipico sia perchè l'opacità cistica non è omogenea, sia perchè i limiti della calotta aerea, anzichè essere regolari come al solito, sono invece irregolari e ispessiti a somiglianza delle immagini presenti nel micetoma di Devè e nel caso qui descritto (Giordano (8), Belot e Peuteuil (9), Costantini e Le Génissel (10)).

Dall'esame della casistica fino ad oggi nota mi sembra quindi che possa essere giustificato l'avanzare qualche riserva sul valore strettamente patognomonico del segno e di poter giungere alla conclusione che la presenza di una immagine da scollamento

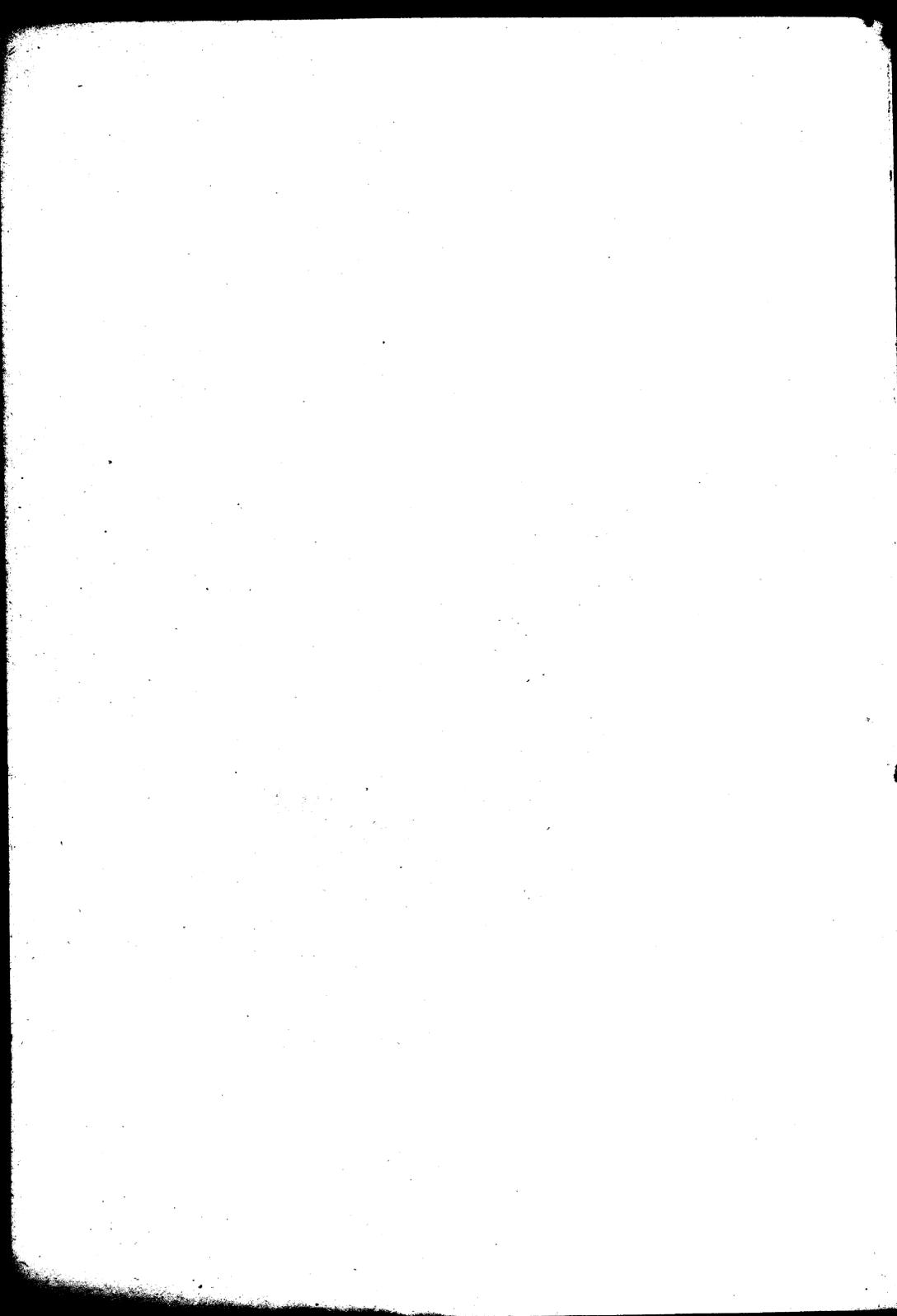
sopralesionale non è sufficiente per porre la diagnosi di cisti da echinococco giacchè occorrono anche altri segni radiologici che, solo se presenti nel loro insieme, possono portare al riconoscimento della cisti idatidea.

In altri termini, pure ammettendo che la cisti da echinococco con scollamento della membrana assume per lo più un aspetto assai tipico, mi sembra che in questi casi anzichè di segno patognomonico, sia più esatto parlare di una « sindrome da scollamento » caratteristica della cisti da echinococco, ma sarà comunque consigliabile, di non rinunciare all'ausilio di tutti i mezzi d'indagine che la clinica ci offre prima di formulare il giudizio diagnostico (*Dall'Istituto C. Forlanini - Roma. - Direttore: Professor A. Omodei-Zorini*).

BIBLIOGRAFIA

- (1) Guarini C., *Archivio di Radiologia*, 13; 460, 1937.
- (2) Torelli G., D'Angelo F., *Ann. Ist. C. Forlanini*, 4; 327, 1940.
Torelli G. *Radiologia Medica*, 28; 185, 1941.
- (3) Prouvost, Grenet e Delore, *Arch. Med. Chir. App. Resp.*, 13; 399, 1938.
- (4) Morquio, Bonaba, Soto, *Arch. Med. Ped. Uruguay*, 1936, cit. da Bonaba e Soto in *Arch. Med. des Enf.*, 40; 796, 1937.
- (5) Devè F., *Arch. Med. Chir. App. Resp.*, 13; 337, 1938.
Id. id., *Semana Med.*, 1081, 1938.
- (6) Cocco G., *Rad. Med.*, 27; 745, 1940.
Id. id., *Radiol. Med.*, 29; 30, 1942.
- (7) Pigorini L., *Ann. Ist. C. Forlanini*, 9; 1946.
- (8) Giordano G., *Rad. Med.*, 26; 765, 1939.
- (9) Belot J. e Peuteil G., *Presse Méd.*, 1; 606, 1936.
- (10) Costantini e le Genissel, *Bull. Soc. Radiol. Méd. de France*, 25; 727, 1937.

353399



B. MARIANI: SIGNIFICATO DEL SEGNO DI SCOLLAMENTO.

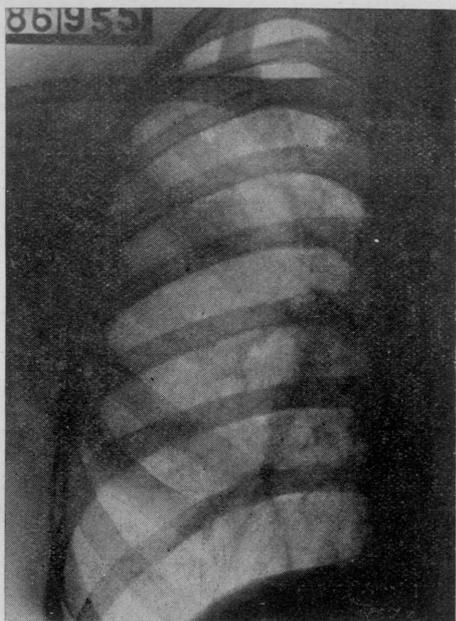


FIG. 1



FIG. 2



FIG. 3

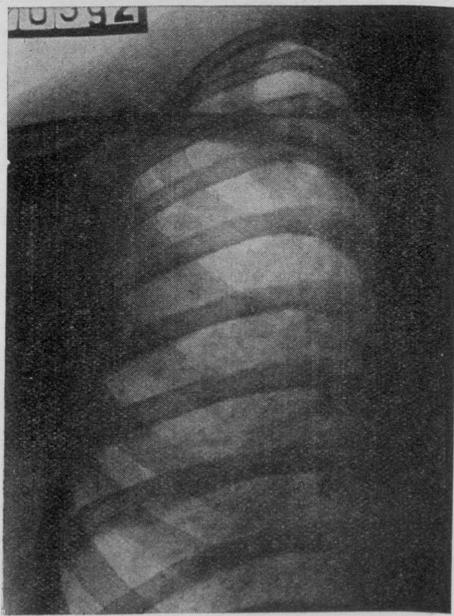


FIG. 4

