



OSPEDALE DI SANTO SPIRITO - ROMA - SALA S. CARLO BACCI
Prof. GIOVANNI PILOTTI, Primario

Dott. RENATO D'AMBROSIO

Aiuto-medico

EVOLUZIONE TRANSTORACICA DI CISTI DA ECHINOCOCCO POLMONARE

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno IX, n. 2, febbraio 1939-XVII.



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

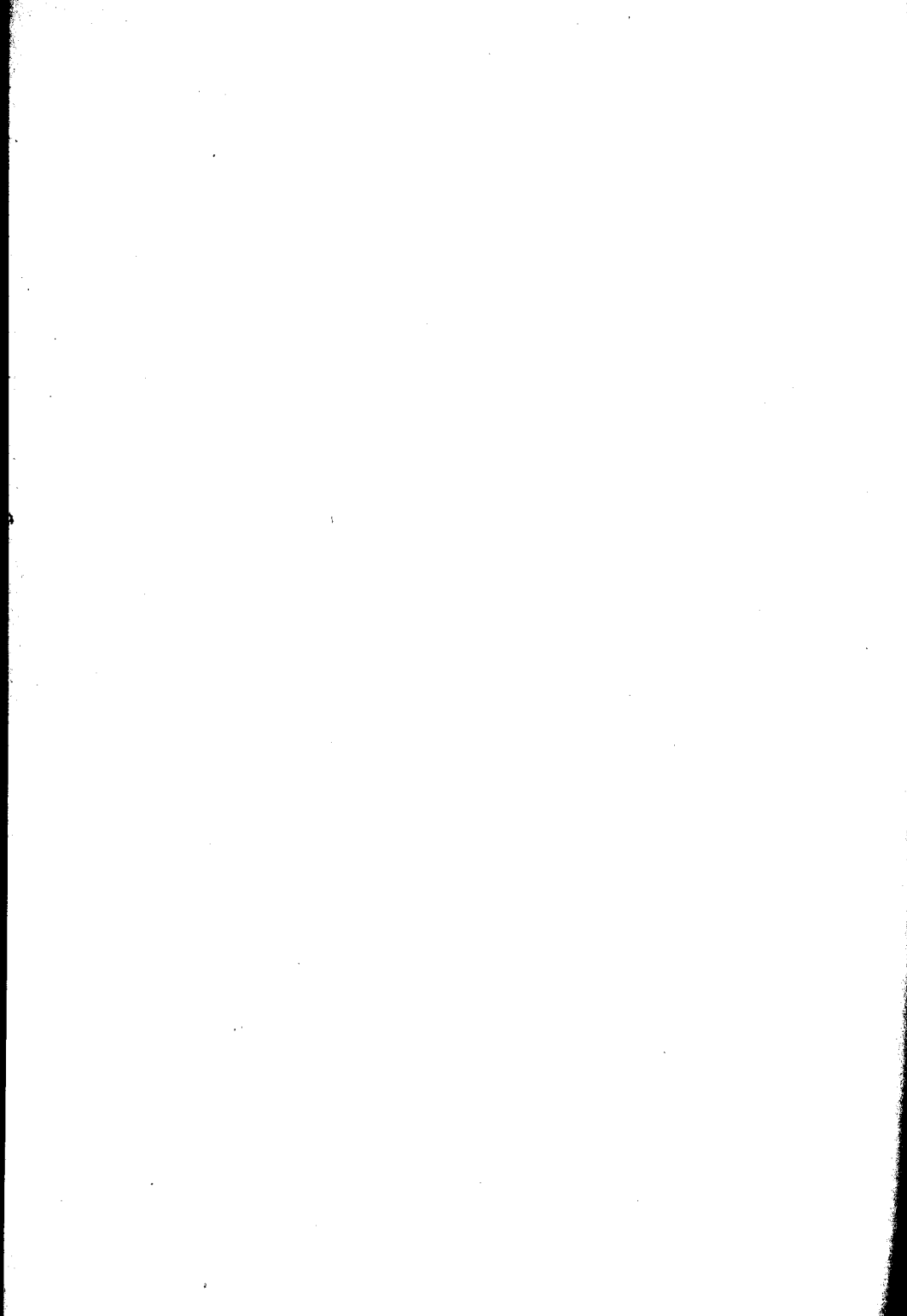
OSPEDALE DI SANTO SPIRITO - ROMA - SALA S. CARLO BACCI
Prof. GIOVANNI PILOTTI, Primario

Dott. RENATO D'AMBROSIO
Aiuto-medico

EVOLUZIONE TRANSTORACICA DI CISTI DA ECHINOCOCCO POLMONARE

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno IX, n. 2, febbraio 1959-XVII

STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Pur essendo nota, l'evoluzione transtoracica di una cisti da echinococco endotoracico (pleurica o polmonare) rappresenta una eventualità eccezionale, tale da poter rendere interessante l'esposizione del seguente caso clinico:

C. G., anni 67, da Filetino, pastore. Nulla nell'anamnesi familiare: ammogliato con donna sana, 4 figli viventi e sani. Modico bevitore, nega malattie veneree e lues. All'età di 21 anni, durante il servizio militare, malattia acuta decorsa complessivamente in circa 20 giorni, iniziata con febbre, tosse ed espettorazione, curata con pennellature di tintura di jodio e con applicazione di sanguisughe al torace, con esito in perfetta guarigione, diagnosticata all'Ospedale militare come bronco-polmonite acuta.

Dopo 20 anni di benessere assoluto, affezione non febbrile della durata di circa 15 giorni, decorsa con dolori continui prevalentemente inspiratori alla base dell'emitorace destro, curata con salicilici, ed interpretata come una pleurite secca. Mai emottisi, mai orticaria.

A 61 anno, dopo altri venti anni di benessere, può considerarsi iniziata la manifestazione morbosa che ha condotto il p. in ospedale. Infatti dopo un breve periodo di febbre irregolare, nausea, frequenti conati di vomito, il p. ha avvertito per vari giorni un senso di prurito doloroso al disotto della cavità ascellare destra. Ben presto insorse una piccola intumescenza, che era spontaneamente dolentissima ogni qual volta il p. eseguiva dei colpi di tosse, che in quei giorni era particolarmente frequente. Dopo pochi giorni scomparvero tutti i sintomi che precedettero e che si accompagnarono alla comparsa della tumefazione sotto-ascellare, e cioè: febbre, tosse, nausea, vomito e dolore. Il piccolo tumoretto però è andato sempre progressivamente crescendo di volume, fino alle attuali proporzioni (figg. 1 e 2), le quali ormai impediscono al p. la propria attività fisica ed un qualsiasi uso dell'arto superiore destro, che fino ad alcuni mesi fa, per quanto ridotta, si era sempre mantenuta buona.

E' da notare che qualche anno prima dell'insorgenza della manifestazione locale extra-toracica, il p. riportò in una rissa sette ferite da punta e da taglio interessanti la regione del collo, il braccio destro, la regione sottomammaria e sotto-ascellare destra.

E. O.: All'ingresso (30 ottobre 1937-XVI) le condizioni generali del p. erano scadute. Sensorio integro, temperatura non febbrile, decubito indifferente, cute e mucose pallide, pannicolo adiposo scarso, masse muscolari ipotoniche ed ipotrofiche. Lingua umida, impaniata, faringe nulla. Polso uguale, ritmico, piccolo, duro, di frequenza 70 al minuto. Non dispnea, non edemi. Torace scarno, ipomobile. Scapola destra prominente, spostata medialmente.

In corrispondenza della regione laterale destra si nota una grossa tumefazione della grandezza di una testa di feto a termine (fig. 1), a forma emisferica, ad apice rivolto lateralmente ed in alto, a larga base d'impianto. Posteriormente ed inferiormente alla grossa tumefazione, si notano altre due tumefazioni più piccole (fig. 2). Le tumefazioni mostrano un impianto sulla parete toracica bene isolabile dalle contigue.

L'arto superiore è costretto ad una posizione di abduzione permanente. In corrispondenza delle tumefazioni la cute appare distesa, lucente, alquanto arrossata nelle zone più prominenti, con un grosso reticolo venoso sottocutaneo, che si osserva pure, meno evi-

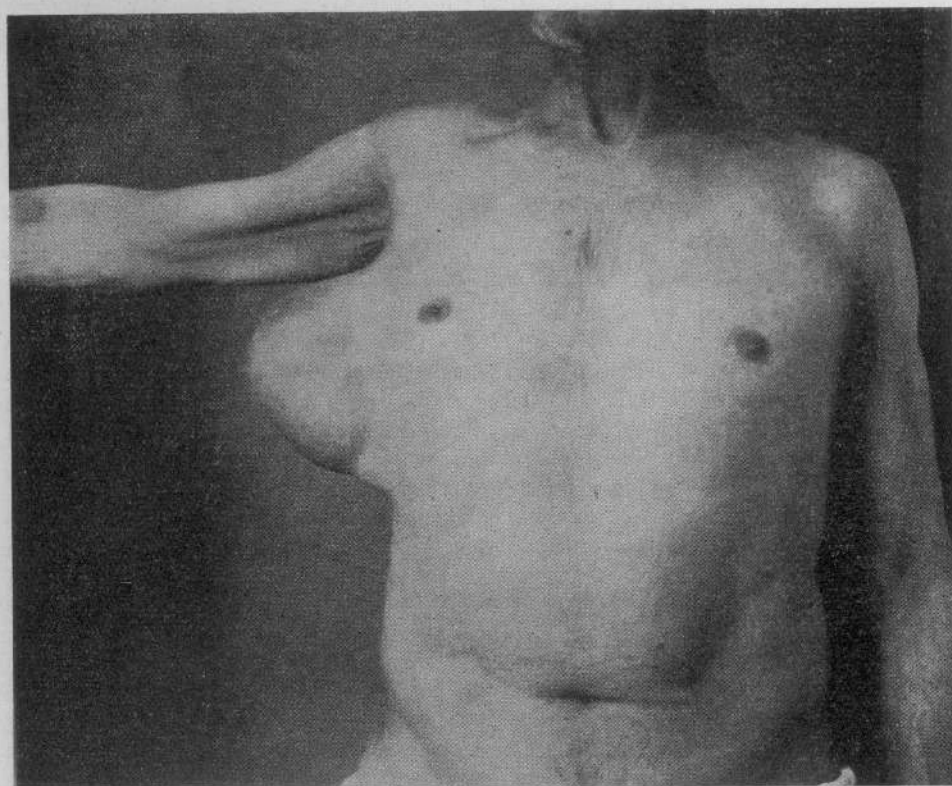


FIG. I.

dente, alla regione anteriore del torace. Alla palpazione la cute in corrispondenza delle tumefazioni non è aderente, seppure non sollevabile in pliche per la distensione di essa.

Per quanto la base delle singole tumefazioni appaia distinta per ciascuna, pure esse formano un tutto unico, che si sposta molto limitatamente in massa, nei movimenti di traslazione, aderendo fortemente ai piani profondi. La consistenza è duro-elastica; un senso di fluttuazione è presente. Non si provoca dolore nè sui tumori, nè sui tessuti adiacenti, comprese le parti ossee. Termostato normale. Nei movimenti di riduzione si nota una modica diminuzione di volume di una sacca ed un modico rigonfiamento delle altre, ed un ritorno immediato alle condizioni primitive con l'interruzione della compressione. Facendo compiere dei movimenti al paziente, si nota una leggera diminuzione di volume delle tumefazioni, durante la tensione dei muscoli della regione. Nelle posizioni di rilasciamento muscolare le tumefazioni sono più evidenti. Su di esse la percussione dà suono ottuso.

Alla base dell'emitorace destro, posteriormente, il suono di percussione è più alto della regione simmetrica, ed il fremito vocale tattile è indebolito rispetto a quello di sinistra; anche il respiro è a destra d'intensità minore. Si apprezzano inoltre a destra sfre-

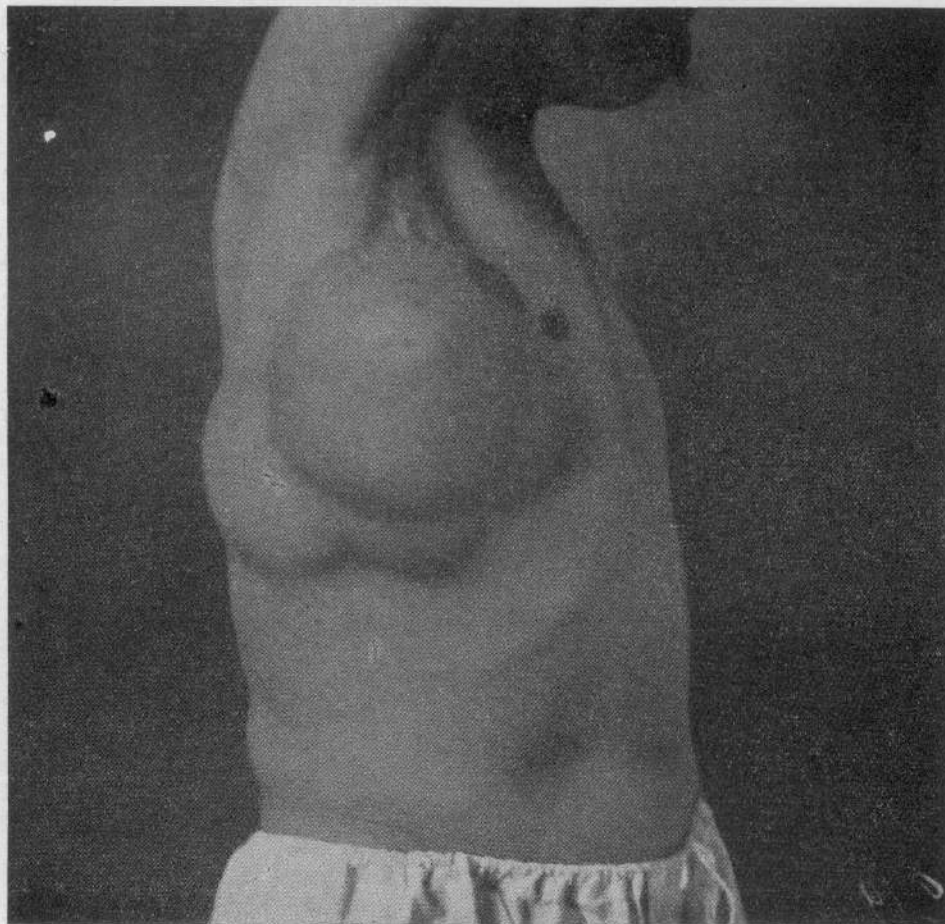


FIG. 2.

gamenti pleurici dall'angolo della scapola fino alla base, delimitabile a circa 14 cm. dall'angolo inferiore scapolare, scarsamente mobile. Nella regione anteriore del torace, dall'ascellare anteriore alla margino-sternale il suono di percussione è chiaro, ed il margine polmonare, delimitabile alla quinta costola, è ben mobile. All'ascella destra si palpa una linfoghiandola della grandezza di una nocciola, dura, indolente, spostabile e liscia. Nella regione sottoclaveare destra, altra linfoghiandola simile, ma poco spostabile.

Cuore: punta al sesto spazio fra l'emiclaveare e l'ascellare anteriore. Lieve debordamento del fascio vascolare sopracardiaco. Toni deboli, lontani. Azione cardiaca ritmica. Addome trattabile, indolente, senza segni di versamento libero. Fegato palpabile a due dita dall'arco indolente, duro, liscio. Non si palpa la milza. Sistema nervoso: pupille reagenti alla luce ed all'accomodazione. Riflessi achillei e rotulei presenti ed eguali simmetricamente.

All'ingresso l'esame delle urine mostrò: albumina tracce, zucchero assente, peso spe-

cifico 1020, sedimento urinario rare emazie. Azotemia gr. 0,36 per mille; reazione di Wassermann negativa; reazione di citochol negativa.

L'esame radiografico del torace, eseguito con la tecnica *standard* in proiezione postero-anteriore (fig. 3) mostrò un'opacità intensa ed uniforme in quasi tutta la metà inferiore del campo polmonare destro, a margine superiore curvilineo nettamente delimitato e contrastante con la zona iperilluminata corrispondente al parenchima polmonare sano. In corrispondenza della parte anteriore ed esterna del C.P.D., verso la regione del seno costo-diaframmatico destro, l'opacità viene sostituita da un piccolo triangolo chiaro, sebene di luminosità inferiore a quella che si nota corrispondere al polmone.

Con l'esame radioscopico l'emidiaframma sinistro risultava normalmente mobile, mentre il contorno curvilineo dell'ombra iperopaca descritta era assolutamente immobile, anche durante profondi atti respiratori. Nelle proiezioni oblique e nelle trasversali invece facilmente veniva riconosciuto l'emidiaframma destro, in sede leggermente più bassa del sinistro. La tumefazione endotoracica veniva dissociata facilmente dalla parete anteriore e posteriore dell'emitorace, venendo ad essere più prossima a questa che non a quella, separata dai piani costali anteriore e posteriore da tessuto polmonare respirante.

E' da notare che due punture esplorative eseguite nella grossa tumefazione extratoracica, con aghi di 1 e di 2 mm. di calibro, risultarono negative.

Il trattamento iniziale di prova fu, partendo da un orientamento diagnostico favorevole ad una forma sarcomatosa, quello Roentgenerapico, il quale fu eseguito con il seguente schema e con le seguenti modalità:

180 KV 3 Ma
 $\frac{1}{2}$ Zn + 3 Al
 50 cm. D.f.
 Limitatore 15 X 15
 150 r = 19' 9"

Campo anteriore e posteriore.

Applicazione prima	6 11 37 C.A.	150 r = 19' 9"
» seconda	8 11 37 C.P.	200 r = 31' 38"
» terza	10 11 37 C.A.	200 r = 31' 38"
» quarta	12 11 37 C.P.	200 r = 31' 38"
» quinta	15 11 37 C.A.	200 r = 31' 38"

Nessuna modificazione apprezzabile fu nota nè clinicamente nè radiologicamente, per quello che riguardava il volume, l'aspetto, la consistenza e l'immagine risultante ai controlli radiologici successivi.

Dopo il completo insuccesso del trattamento Roentgenerapico, ed in base al persistente senso di fluttuazione, fu ripetuta la puntura esplorativa adoperando un ago-cannula del diametro di 5 mm. Si potette così estrarre dalla grossa tumefazione esterna circa 100 cmc. di una sostanza molto densa, di aspetto giallastro cremoso, in parte defluente, in parte semisolido, grumoso. Eseguendo aspirazioni di adeguata intensità di tanto in tanto si estraevano dei corpi laminati giallastri, lucenti di varia grandezza. Mediante continui lavaggi in acqua del materiale estratto, si mise chiaramente in evidenza che le lamelle non rappresentavano altro che frammenti di membrana di cisti da echinococco. L'esame microscopico della sostanza cremosa mostrava solo dei detriti amorfi ed una gran quantità di cristalli di colesterina.

Dopo il riscontro di questo evidentissimo reparto furono eseguite le intradermoreazioni alla Casoni (+ + +) — vedi fig. 1 — e la reazione di Ghedini-Weimberg, che risultò positiva completa con 0,20, 0,40, 0,60 di antigene. Si notò inoltre assenza di leucocitosi e di eosinofilia.

L'esame radiologico eseguito con raggi duri mostrò, nella proiezione postero-anteriore, una apprezzabile distinzione dell'ombra diaframmatica e dell'immagine cistica.

Questa presenta un contorno, in alcune zone evidentissimo, fortemente iperopaco fibrocalcario. L'emidiaframma destro è in posizione bassa. Persiste in modo evidente il triangolo inferiore esterno luminoso, aereato.

L'intervento operatorio (prof. GRASSO) fu eseguito in anestesia locale novocainica. Una lunga incisione fu praticata sulla tumefazione sotto-ascellare. Al disotto del piano muscolare si trova la parete di una grossa tumefazione cistica, che presenta un prolungamento posteriore interno che giunge quasi fino alle apofisi spinose. La cisti viene completamente asportata dopo svuotamento di un abbondante contenuto melmoso cretaceo giallastro translucido con numerose piccole cisti degenerate. E' evidente inoltre una co-

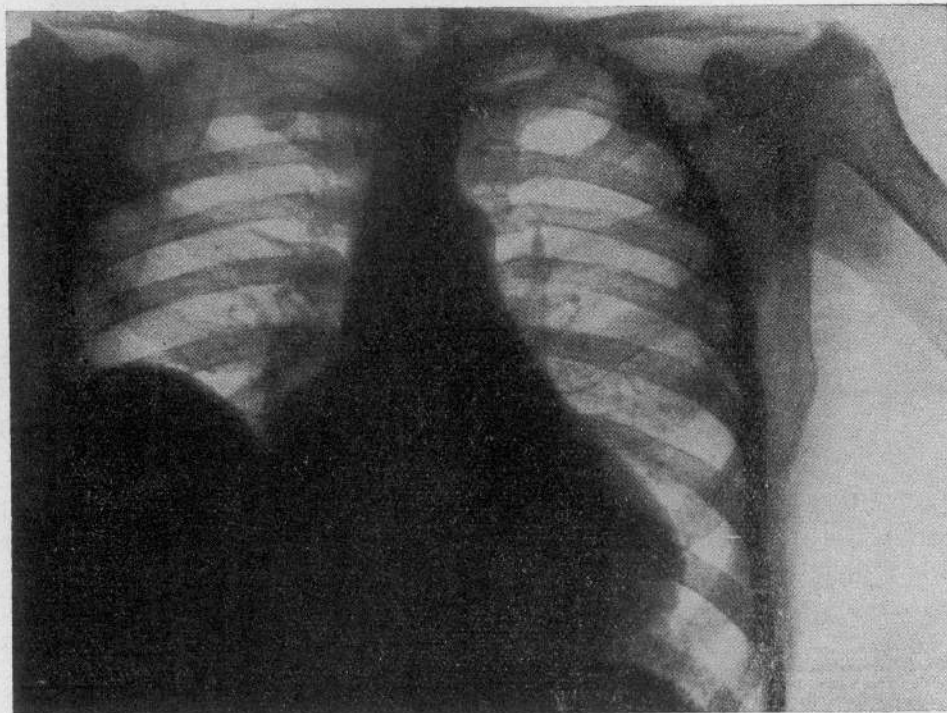


FIG. 3.

municazione attraverso il settimo spazio intercostale, sull'ascellare anteriore, con l'interno della cassa toracica, attraverso la quale continua la fuoriuscita di abbondante quantità del liquame su descritto. Dopo aver resecato 10 cm. della sesta costola si reperta una voluminosa raccolta cistica endotoracica, ripiena del solito contenuto, la quale viene accuratamente e completamente svuotata mediante aspirazione (quantità del contenuto, sei litri). L'esplorazione manuale dell'interno della cisti offre i seguenti dati: tutta la superficie interna della cisti non è completamente liscia, essa è evidentemente scabrosa per numerose nodosità durissime, calcaree di varia grandezza. Nella parte inferiore della cisti si palpa un piano resistente riferibile al diaframma, quasi immobile, e al sottostante fegato. La parete laterale è chiaramente in contatto con la parete toracica. La parete superiore, anteriore e posteriore mostra alla palpazione una modica depressibilità, riferibile alla presenza del circostante tessuto soffice polmonare.

Si è proceduto inoltre, dopo l'asportazione della cisti parietale esotoracica, alla marsupializzazione della cisti endotoracica ed alla applicazione di un drenaggio. Dopo

quattro giorni dell'intervento operatorio avvenne il decesso del paziente con una sintomatologia di insufficienza circolatoria.

Il reperto necroscopico eseguito il 12 dicembre 1937 non mostrò di poter fornire definitivi ragguagli sulla precisazione della sede esatta della cisti da echinococco endo-



FIG. 4.

toracica. Fu riscontrato un lieve grado di ateromasia aortica; cuore ipertrofico (gr. 475); tumore cronico di milza con perisplenite capsulare; rene bianco-giallo di volume normale, finemente granuloso. L'esame della base dell'emitorace destro potè far concludere solo sulla sede sopra-diaframmatica dell'echinococco endotoracico, e sull'antichità di questo, in base soprattutto allo spessore della parete cistica ed alle grosse deposizioni calcaree

di questa. Buona parte del lobo inferiore del polmone destro, identificabile dal facile riscontro delle normali scissure interlobari, risultava atelettastico.

Veniva confermata la presenza di tessuto polmonare all'innanzi ed all'indietro della cisti, la quale all'ingrosso presentava il volume di una testa di neonato. La cisti era intimamente aderente al piano diaframmatico e toracico. Qualsiasi tentativo di asportazione e di isolamento dal polmone, manuale o strumentale, veniva a fallire, perchè o la parete cistica si lacerava, o questa strappava lembi di tessuto polmonare. Nessun piano di clivaggio era dimostrabile tra cisti e tessuto polmonare. La zona pericistica era rappresentata da uno spesso strato fibroso e calcifico sparso di propaggini frequenti e ravvicinate, ma molto brevi, che si approfondivano nel tessuto polmonare circostante. Le difficoltà dell'esame della cisti, specie nei riguardi con le zone confinanti, non permise un riscontro preciso sul controllo riguardante la presenza di tessuto polmonare nel seno costo-diaframmatico.

Questa dettagliata esposizione ci permette, raccogliendo i dati offerti dalla anamnesi, dall'esame obiettivo, dall'esame radiologico, dal reperto operatorio e dal riscontro necroscopico, di trarre alcune conclusioni riguardanti l'evoluzione nel caso descritto e la sede della cisti da echinococco endotoracica.

1. - I primi segni dell'esistenza dell'echinococco endotoracico sono apparsi all'età di 41 anno, mediante la sintomatologia pleuritica accennata. In quest'epoca o si sono avverate manifestazioni soggettive ed obiettive riferibili ad un echinococco primitivo della pleura, oppure un echinococco primitivo del polmone è affiorato alla superficie pleurica.

2. - All'età di 60 anni circa il p. ha riportato delle ferite da arma da punta alla regione sotto-ascellare, non seguite immediatamente da una sindrome anafilattica. E' molto probabile che la ferita non sia stata penetrante, e che invece interessando solo i piani muscolo-cutanei abbia solo preparato un *locus minoris resistentiae* per la successiva evoluzione della malattia. La ferita del torace non ebbe complicazioni di natura flogistica ed infettiva.

3. - All'età di 61 anno insorge una tumefazione esotoracica a sviluppo espansivo e continuo, preceduto da una sindrome più o meno clamorosa, in parte riferibile a fenomeni anafilattici, in parte a fenomeni meccanici (dolore?).

Nei riguardi della sede dell'echinococco endotoracico riteniamo che con grande probabilità essa debba ritenersi primitivamente endopolmonare. A conforto di questa opinione valgono soprattutto i dati dell'esame obiettivo e di quello radiologico:

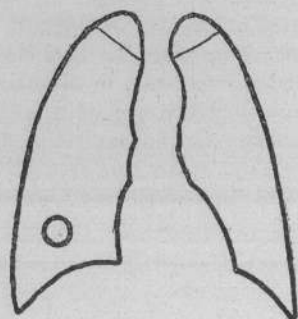
1) dimostrazione plessica ed acustica della presenza di tessuto polmonare all'innanzi ed all'indietro della cisti;

2) conferma radioscopica della constatazione semiologica precedente;

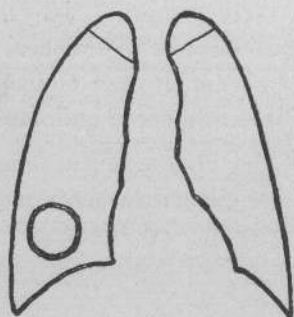
3) constatazione radiologica della presenza di tessuto polmonare in un buon tratto del seno costo-diaframmatico la cui luminosità, e cioè la capacità a respirare, è legata all'esistenza di un ponte di tessuto bronco-alveolare, pre e retrocistico;

4) la considerazione precedente porta a concludere che la cisti da echi-

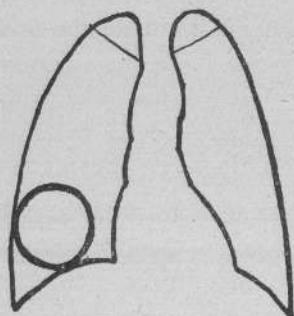
nococco viene in gran parte circondata da tessuto polmonare, tranne dal lato costale e diaframmatico;



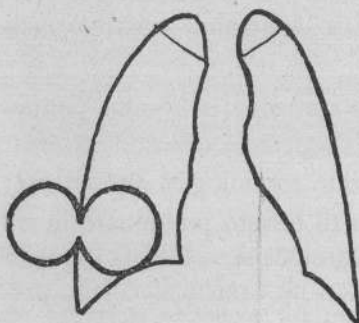
5) è molto probabile che la sede iniziale della cisti sia stata nella parte inferiore del lobo inferiore del polmone destro. Lo sviluppo eccentrico della cisti (vedi lo schema) ha permesso il contatto della cisti con la superficie diaframmatica e con la superficie costale (pleurite secca basale destra a 41 anno). In seguito, forse favorita dalla presenza di un *locus minoris resistentiae* determinato dalle pregresse ferite toraciche, si è stabilita la evoluzione transtoracica.



A complemento della descrizione di questo caso di cisti da echinococco polmonare con evoluzione extra-toracica, riteniamo interessante riferire alcune considerazioni e dati dalla completa monografia: *L'echinococco del polmone* del prof. ANTONUCCI.



In tema di sintomatologia dell'echinococco primitivo della pleura «bisogna notare che questo ha una tendenza a farsi strada attraverso la parete toracica, formando delle tumefazioni che, aperte, si vedono comunicare con un'altra cavità intratoracica, attraverso un'apertura più o meno ampia. La malata di REBIERE (*Kystes hyd. prim. de la plèvre*), curata fino allora come una pleurite cronica, presentò una diecina d'anni dopo l'inizio della malattia, al livello del quinto spazio intercostale destro un poco avanti la linea ascellare, una tumefazione fluttuante a più grande diametro trasversale, del volume di un uovo di gallina, dalla quale all'incisione uscì qualche goccia di pus: solo dopo qualche giorno, la medicatura fu improvvisamente inondata da una gran quantità di liquido limpido, acqua di roccia, mescolato a membrane e vescicole echinococciche, alcune intiere, altre disfatte. In questo caso, fu non solo la pressione esercitata dall'echinococco, ma anche una suppurazione circoscritta, che aprì la via tra i muscoli intercostali.



« Nel caso di CARPATIANO (*Des Kystes hyd. primitifs de la plèvre*) la tumefazione esteriore

FIG. 5.

conteneva soltanto del liquido sieroso, evidente sterile, poichè l'operatore male interpretando come una piccola ernia pleurale una sporgenza rotonda, che si affacciava tra la sesta e settima costa, a una prima operazione, credette opportuno di suturare completamente, dopo aver vuotato la tumefazione, ed ottenne una guarigione completa. Fu soltanto dopo la riproduzione della tumefazione sotto la cicatrice operatoria, che un secondo operatore riconobbe trattarsi di un echinococco della pleura, che tendeva a farsi strada all'esterno. Nelle osservazioni del REBOUL le tumefazioni superficiali sono due.

« Evidentemente tutto questo — aggiunge il prof. ANTONUCCI — non ha importanza per decidere se le cisti che presentano questa manifestazione sintomatica, siano o no primitive della pleura. Lo stesso fatto si può avere tanto nelle rarissime cisti della pleura indiscutibilmente primitive, quanto nelle secondarie, da qualunque origine provenute, quanto anche in quelle polmonari situate superficialmente ».

Volendo eseguire un raffronto tra il nostro caso e le considerazioni del prof. ANTONUCCI, possiamo concludere:

1) che la cisti da echinococco primitivamente polmonare si è fatta strada, nel nostro caso, attraverso la parete toracica quando, giunta alla superficie del polmone, si è trovata in contatto con la parete interna del piano pleurico e muscolo costale;

2) che l'evoluzione transtoracica non è prerogativa assoluta delle cisti da echinococco sicuramente pleuriche, e che non è sufficiente la presenza di un diverticolo extra-toracico, formatosi più o meno rapidamente, per sospettare la sede primitivamente pleurica di una cisti endotoracica;

3) che è presumibile nel nostro caso che sia esistito un *locus minoris resistentiae* (cicatrizziale, nei muscoli intercostali) nella parete toracica, che abbia favorito, al pari dei casi riportati dal prof. ANTONUCCI, l'evoluzione descritta.

1912

