

Mar B 74/53 57

ISTITUTO «CARLO FORLANINI»
CLINICA FISIOLÓGICA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore inc.: Prof. A. OMODEI-ZORINI

LUIGI FIGORINI

Considerazioni sopra un pseudo «segno di soffiamento»
od «immagine a doppio contorno» in cisti timoide
del torace



Estratto dagli *Annali dell'Istituto «Carlo Forlanini»* - Volume IX - Fasc. I

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
1946

CONSIDERAZIONI SOPRA UN PSEUDO «SEGNO DI SCOLLAMENTO» OD «IMMAGINE A DOPPIO CONTORNO» IN CISTI DERMOIDE DEL TORACE

LUIGI PIGORINI
Capo Reparto Radiologico e Docente

Fra i vari segni radiologici del quadro della cisti da echinococco, due, fra i molti descritti, rimangono tutt'oggi dalla massima parte degli AA. considerati come patognomonici del quadro stesso: il segno dello «scollamento» o segno del «doppio contorno» ed il segno del «galleggiamento della membrana» (segno di CUMBO-LAGOS GARGIA e SEGERS). Infatti al vaglio della esperienza alcuni vecchi concetti sul quadro della cisti da echinococco si sono andati a poco a poco modificando, cosicchè, alcune immagini che inizialmente sembravano essere caratteristiche, hanno via via perso gran parte del loro valore: così dicasi dell'immagine sferica o leggermente allungata a limone, ritenuta propria della cisti, così della nettezza dei contorni, così del cambiamento dei diametri in rapporto alle fasi del respiro (segno di ESCUDERO-NEMENOW), così del segno dell'orletto calcareo interno, così dell'opacità uniforme dell'immagine, ecc. ecc. Ad uno ad uno questi segni sono andati perdendo di valore perchè l'esperienza ci ha appreso che l'immagine radiografica della cisti non è quasi mai sferica ed a limiti netti, ma, anzi, spesso irregolare e a contorni sfumati, così da indurre un A. ad affermare che le più belle cisti da lui viste radiologicamente non erano cisti, ma tumori; anche il segno di ESCUDERO-NEMENOW lo si dovette ricercare solo nelle cisti morte o parzialmente svuotate ed in ogni modo apparve tutt'altro che patognomonico, dopo che altre osservazioni avevano dimostrato che esso poteva essere presente in tutte quelle formazioni rotondeggianti del torace, soggette, per la loro speciale consistenza e cedevolezza, a subire l'azione della dinamica respiratoria secondo le linee dominanti della stessa; infine anche il segno della linea capillare calcarea, frequente reperto nelle cisti addominali, apparve assai più raro in quelle polmonari, e comunque di possibile rilievo anche in speciali tumori polmonari, in aneurismi dell'aorta, ed in altre affezioni; da ultimo troppi soggetti a variare a seconda della tecnica dell'esame, e di troppo subbiettivo apprezzamento apparvero i segni riferentisi alla densità della immagine della cisti, la quale invece di essere omogenea e dolce, come risulterebbe dalla descrizione di qualche AA., il più delle volte ha proprio il carattere della non omogeneità.

Restano così i segni collegati alla presenza della membrana cistica: ossia il segno dello scollamento e quello del galleggiamento della membrana, i quali conservano a tutt'oggi un grande valore, cosicchè si può dire che solo

per essi si è conservato la qualifica di patognomiconici della cisti da echinococco, etichetta che nella quotidiana pratica radiologica viene ormai limitata a pochi casi, poichè le molte osservazioni di cui si è andata arricchendo la nostra esperienza ci hanno via via insegnato che ben rari sono i segni da ritenersi assolutamente caratteristici di una determinata forma o di un determinato quadro, così che ogni esperto radiologo sa di dover usare con particolare ritegno di questa suggestiva, ma pericolosa parola.

Non ci risulta tuttavia che sia stato ancora smentito il valore patognomiconico del primo dei due segni, quello del galleggiamento della membrana, poichè esso corrisponde ad un fatto che può verificarsi solo nelle cisti idatidèe; nesses'altra formazione intra-toracica può presentare infatti condizioni analoghe e dare quindi luogo ad un analogo quadro.

In questo mio breve lavoro mi sono proposto di aggiungere, sulla scorta di una mia recente esperienza, qualche ulteriore considerazione sul valore dell'altro segno ritenuto caratteristico dell'echinococco polmonare: quello dello scollamento della membrana o segno del doppio contorno.

Questo reperto fu segnalato inizialmente da BRUN e JAUBERT de BEAUJEU, ma in seguito fu studiato specialmente dagli uruguayani MORQUIO, BONABA e SOTO, e da questi interpretato come dovuto a piccola soluzione di continuo nella membrana cistica, tale da lasciar sfuggire piccole quantità di liquido e di permettere così ad una falda d'aria d'interporsi tra la membrana avventizia e la membrana cistica propria; l'aria si disporrebbe così a cappuccio al di sopra od anche attorno alla massa cistica, delimitandola per contrasto e dando luogo ad un doppio contorno. Ma l'esperienza successiva dimostrò che non era necessario pensare sempre ad un meccanismo patogenetico basato sui tre momenti: fuoriuscita di piccola quantità di liquido, penetrazione di aria fra le due membrane e scollamento delle stesse, ma che per il fenomeno poteva avverarsi anche per semplice penetrazione di aria, di provenienza alveolare o bronchiolare, nella cavità virtuale posta fra le due membrane. Il GUARINI (1) prospetta anche un'altra ipotesi per spiegare la zona di iperchiarèzza attorno alla massa opaca, quella della presenza di un enfisema pericistico che si andrebbe via via formando a causa del trauma inerente a colpi di tosse. Il COCCO (2) distingue le immagini di scollamento di tipo semilunare, ossia con cappuccio gassoso sul polo superiore, da quelle in cui l'aria si dispone tutt'attorno alla cisti; le prime sarebbero frequenti in casi di cisti grosse a rapido aumento di peso, con un meccanismo di scollamento attribuibile probabilmente al peso stesso della massa cistica, le seconde, proprie delle cisti più piccole, sarebbero invece da mettersi in rapporto a traumatismi generanti la rottura di bronchioli con successiva penetrazione di gas attorno alle piccole masse.

Come si vede il segno dello scollamento della membrana, o delle immagini a doppio contorno, è stata assai ben studiata e vagliata in notevoli lavori di autorevoli AA., che tralascio di citare integralmente, dato il carattere della presente nota, mantenendo sempre detto aspetto il rango di segno patognomiconico.

Non mi risulta che contro il valore di un così importante segno vi siano

(1) GUARINI: Diagnosi radiologica delle cisti idatiche del polmone. (« Arch. di Rad. » 1397, pag. 460).

(2) COCCO: Segni radiologici patognomiconici della cisti da echinococco polmonare. (« La Rad. Med. » 1940, pag. 745).

state a tutt'oggi affermazioni di carattere negativo, se si eccettua quelle inerenti ad una osservazione di DÈVÈ (3), il quale, nel 1937, descriveva un caso occorsogli in cui, in uomo di 25 anni soggetto a frequenti emottisi, aveva riscontrato, in sottoclaveare destra, una immagine ovalare, sormontata da cappuccio aereo, immagine da lui interpretata come dovuta a cisti da echinococco con scollamento della membrana; operato di lobectomia il p. mori, ed alla autopsia si trovò una massa solida, costituita da un groviglio di miceti, massa

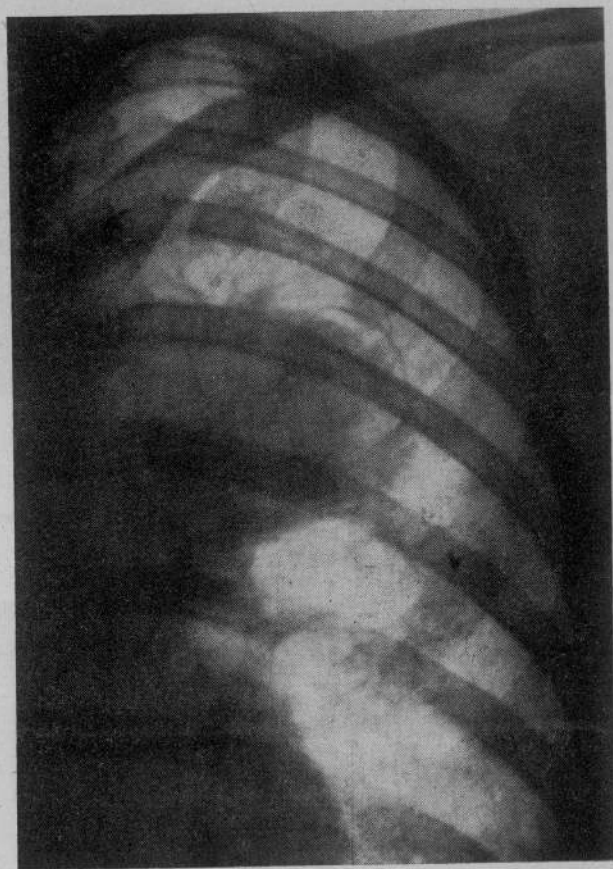


Fig. 1.

contenuta in una cavità, che, per i suoi caratteri, il DÈVÈ ritenne di natura bronchiectasica, cosicchè l'A. etichettò il suo caso come « megamicetoma intrabronchiectasico ».

Questo caso di DÈVÈ, rimane, a quanto mi consta, l'unico caso segnalato,

(3) DÈVÈ: Il segno radiologico della calotta aerea non è rigorosamente patognomonico della cisti idatidèa del polmone. (« Semana Med. » 1938, pag. 1081).

— DÈVÈ: Una nuova forma anatomo-radiologica di micosi polmonare primitiva. Il megamicetoma intrabronchiectasico. (« Arch. Mèd. Chir. de App. Resp. » 1938, pag. 337).



Fig. 2.



Fig. 3.

in cui, ad un più o meno classico segno di scollamento, o meglio ad un'immagine a doppio contorno, non corrispose un echinococco polmonare.

Riporto quindi brevemente un caso recentemente occorsomi che mi pare pur esso molto interessante ed istruttivo a questo riguardo, e tale da permettere utili considerazioni.

Si tratta di una p. di 25 a., accolta per accertamento all'Istituto C. Forlanini, perchè affetta da febbre quotidiana, tosse insistente, espettorato a tipo mucoso, spesso ematico. La p. è stata ricoverata nel Reparto del Prof. Fegiz e seguita dal punto di vista clinico e di laboratorio dalla Dr.ssa Conforto, la quale ne farà oggetto di considerazioni cliniche più complete, in un suo lavoro.

Passo quindi senz'altro al quadro radiologico del torace eseguito in data 19 novembre 1945.

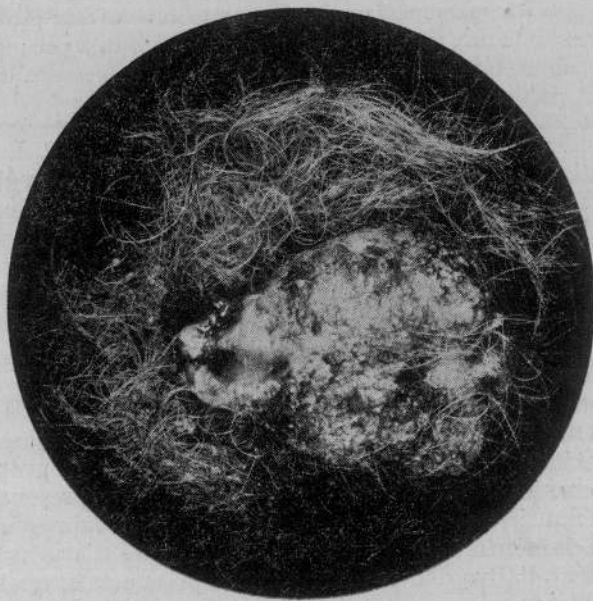


Fig. 4.

Il radiogramma standard (fig. 1) mostra un'immagine massiva a contorni un poco irregolari, in sede sottoclaveare e mediale a sinistra, che dal mediastino si estende per alcuni centimetri nell'ambito polmonare, di densità non omogenea, ma senza presenza di depositi calcarei o di formazioni ossee strutturate; al di sopra, ma soprattutto lateralmente alla sopradescritta immagine è apprezzabile una bandelletta iperchiarata delimitata verso l'esterno da una spessa linea curva molto regolare, ad arco di cerchio; il limite interno della bandelletta chiara appare invece sfrangiato e poco netto. La proiezione laterale e meglio ancora la stratigrafia (figg. 2 e 3) pongono in rilievo che la zona di iperchiaratezza circonda, sebbene irregolarmente, tutta la massa, cosicchè il doppio contorno è, con queste due tecniche, apprezzabile lungo quasi tutto il profilo della massa stessa, nel mentre la zona di iperchiaratezza mantiene il suo massimo spessore dal lato esterno dell'immagine.

In base a questi segni il radiologo non si sentì di escludere la cisti da echinococco, anche se il racconto di un capello per ben due volte espulso dalla bocca, facesse fortemente pendere la bilancia dal lato dell'ipotesi di una dermoide.

Si doveva dare più valore al segno ritenuto da quasi tutti gli studiosi come patognomonico dell'echinococco o ci si doveva basare sul racconto incontrollato della paziente?

Il clinico indicò giustamente la via da seguire affidando la p. al chirurgo (Prof. Paolucci) per sospetta cisti dermoide intra-toracica.

Al tavolo operatorio si trova una massa del volume di un grosso mandarino nella zona ilare del polmone con la sua parte più interna pedunculizzata sul mediastino, così da dare netta la sensazione che il tumore sia di origine mediastinica; essendo impossibile per le tenacissime aderenze interlobari e per la provenienza mediastinica del tumore procedere ad una lobectomia, e risultando anche pericolosissimo continuare nei tentativi iniziali di asportazione della massa con tutta la capsula che la riveste, per l'emorragia notevole dovuta all'intima fusione tra la massa ed il parenchima polmonare, si è costretti ad incidere la capsula e a marsupializzarla alla parete dopo averne estratto il contenuto. Esso risulta costituito da una massa di materia sebacea mista a peli; questi peli avvolgono più o meno completamente la massa stessa; nessuna presenza di denti o di altri elementi degni di particolare rilievo (fig. 4).

Quali considerazioni possiamo trarre da questo caso? La prima è che, oltre che la cisti da echinococco ed il micetoma (caso di DÈVÈ) anche la cisti dermoide può dare luogo ad una immagine a doppio contorno che molto somiglia a quella data dallo scollamento della membrana nell'echinococco polmonare.

La seconda si riferisce al meccanismo di formazione della immagine stessa. E anche qui il caso di parlare di scollamento di membrane? A parte il fatto che nella dermoide la mancanza di un accrescimento volumetrico di tipo espansivo, e forse anche la mancanza di una irritazione tossigena, e quindi di una reazione pericistica, vengono a far sì che non sia spiegabile una formazione di membrana avventizia come nell'echinococco, dovuta, come si sa, ad uno stato atelettasico pericistico, ma soprattutto anche ad un vero e proprio tessuto da infiammazione cronica, sempre nella dermoide non sono presenti gli altri meccanismi determinanti lo scollamento, prima di tutti la fuoruscita di liquido e successivo afflosciamento della cisti con penetrazione d'aria fra le due membrane; e nemmeno l'altro dei due meccanismi prospettati, quello cioè dovuto al peso improvvisamente aumentato, come alcuni AA. pensano avvenga in alcuni altri casi di cisti da echinococco.

È quindi, a nostro modo di vedere, assai più probabile che l'immagine iperchiarata attorniante la densa massa cistica sia nel caso da noi osservato da riferirsi ad altre condizioni, e precisamente alla presenza ed alla particolare disposizione dei peli attorno alla massa centrale di grasso; a questa speciale disposizione, ai rapporti dei due elementi componenti la massa cistica ed alla loro differente radio-opacità, a queste sole particolari condizioni quindi, sarebbe attribuibile il nostro singolare reperto radiografico; ed infine la regolare e spesso striata curvilinea attorniante la zona di iperchiaratezza dovrebbe essere dovuta alla membrana propria della cisti inglobante lo strato di peli e la massa grassosa. Nel nostro caso dunque non si deve parlare di segno di scollamento, ma solo di immagine a doppio contorno.

Il segno di scollamento vero e proprio mantiene così, anche dopo l'osservazione mia riguardante la cisti dermoide, come dopo quella di DÈVÈ, riguardante il megamicetoma intra-bronchiectasico, integro il suo valore.

Si tratta di valerci dell'esperienza di questi due casi e dei successivi che

verranno, per distinguere un vero scollamento tra due membrane pre-costituite, da altre immagini determinate da masse solide contenute in cavità di origine varia e di dare il massimo valore ai particolari aspetti del cappuccio e della bandelletta iperchiara; infatti, come giustamente fa osservare il Cocco nel secondo dei suoi pregevoli lavori (4), nello scollamento che si avvera nella cisti da echinococco, data la levigatezza delle membrane che raccolgono l'aria, i limiti del cappuccio sono nettissimi, cosa che non avviene nel micetoma dove l'aria si insinua nelle anfrattuosità della massa dando al profilo interno limiti più sfumati ed anche, aggiungiamo noi, dopo la nostra recente esperienza, nella cisti dermoide con agglomerato di grasso misto a peli, perchè anche in questo caso lo strato dei peli non è così nettamente delimitato e separato dalla massa grassosa come lo può essere una falda d'aria dal liquido cistico contenuto in una membrana; nel nostro caso infatti la linea interna del doppio contorno appariva irregolare e sfrangiata e non regolare e netta come avviene nella cisti idatidea.

Infine un altro elemento strettamente inerente alla peculiarità della cisti da echinococco verrà a mancare nelle immagini a doppio contorno ad altra eziologia; infatti tanto nel micetoma quanto nella dermoide non si verificheranno mai, associate alla presenza del doppio contorno, quelle deformazioni del profilo interno, ossia della superficie cistica in cisti afflosciata parzialmente, ottenibili con la succussione ed osservabili in scopia od in pose radiografiche successive eventualmente cambiando la posizione del paziente; è questo un altro segno proprio dell'echinococco e sul quale richiama l'attenzione il Cocco quale segno complementare del quadro di scollamento; è bensì vero che in linea teorica lievi cambiamenti della disposizione della superficie interna si potrebbero avverare in casi analoghi al mio come in casi analoghi a quello di DÈVÈ, ma essi sarebbero sempre quelli inerenti a lievi spostamenti di una massa solida in una cavità a pareti rigide, ma non mai quelli caratteristici di una massa gelatinosa che segue le leggi della gravità, come avviene nell'echinococco polmonare.

Infine nello scollamento vero e proprio la calotta gassosa sarà più spessa al vertice della massa e si andrà via via assottigliando lungo le pareti (Cocco); mentre nella dermoide, nel micetoma, ed in qualsivoglia altra combinazione che possa dar luogo ad un doppio contorno, questa disposizione non sarà per nulla necessaria e così infatti essa non fu ritrovata tanto nel caso di DÈVÈ come nel mio, nel quale ultimo la calotta iperchiara non presentava il massimo spessore in corrispondenza del polo superiore della massa, ma lungo il versante esterno, nel mentre, nel caso DÈVÈ, essa aveva un uniforme spessore con aspetto a ferro di cavallo.

Le conclusioni di questo nostro breve lavoro collimano quindi perfettamente con quelle alle quali giunge il Cocco nel suo studio comparativo di casi di vere immagini di scollamento con quella di falso scollamento presentata da DÈVÈ, ossia che l'immagine a doppio contorno o l'immagine di calotta trasparente, non costituisce un segno radiologico patognomonico per l'idatide polmonare poichè essa può essere presente anche in altre affezioni polmonari, ma che essa deve ancora mantenere il suo grande valore diagnostico, qualora sia associata agli altri segni radiologici che rappresentano e provano l'avvenuto scollamento.

(4) Cocco: Il valore dello scollamento della membrana nella diagnosi radiologica della cisti da echinococco del polmone. « La Rad. Med. » 1942, pag. 30.

RIASSUNTO

L'A. passa in rassegna i segni radiologici della cisti da echinococco soffermandosi su quelli che dalla massima parte degli AA. vengono ritenuti segni patognomonicici: il segno dello scollamento ed il segno del galleggiamento della membrana.

In base all'esperienza di qualche caso in cui anche in forme di altra origine si era avuto un reperto di immagine a doppio contorno, facilmente confondibile con il segno di scollamento vero e proprio, l'A. si sofferma a considerare questi segni nei loro più fini dettagli, giungendo a concludere che il segno di scollamento, se è ben interpretato e non si riduce semplicemente ad un doppio contorno di immagine massiva in campo polmonare, conserva tutt'oggi un notevole valore diagnostico che, associato al segno del galleggiamento della membrana, può realmente costituire un elemento fondamentale per la diagnosi di echinococco polmonare.

352668

