



la radiografia del mese

Mesotelioma pleurico maligno con lesione cavitaria in un ragazzo di 16 anni*

Shigenori Nagata, MD; Ryoichi Nakanishi, MD, PhD

(*CHEST Edizione Italiana 2005; 2:62-64*)

Un ragazzo giapponese di 16 anni viene ricoverato nel reparto di Medicina Interna del nostro ospedale poiché lamenta tosse, febbre e dolore pleurico sinistro da circa un mese. È forte fumatore (20 sigarette/die) ed è stato esposto a inalazione di vernici per circa un anno. Non presenta storia di esposizione all'amianto, né familiarità per neoplasie. Gli esami praticati sono tutti nella norma, eccezion fatta per il test alla tubercolina che risulta positivo.

*Dal Department of Thoracic Surgery, Shin-Kokura Hospital, Federation of National Public Service Personnel Mutual Aid Associations, Kitakyushu, Giappone.

Manoscritto ricevuto il 18 marzo 2004; revisione accettata il 6 luglio 2004.

La riproduzione di questo articolo è vietata in assenza di autorizzazione scritta dell'American College of Chest Physicians (e-mail: permissions@chestnet.org).

Corrispondenza: Ryoichi Nakanishi, MD, PhD, Head, Department of Thoracic Surgery, Shin-Kokura Hospital, Federation of National Public Service Personnel Mutual Aid Associations, 1-3-1 Kanada, Kokurakita-ku, Kitakyushu 803-8505, Japan; e-mail: ryoichi@med.uoeh-u.ac.jp

(*CHEST 2005; 127:655-657*)

La radiografia del torace mostra una consolidazione polmonare alla base del polmone sinistro con scomparsa della silhouette del profilo diaframmatico omolaterale (Figura 1). La TC del torace mette in evidenza la presenza di una opacità nodulare con aspetto cavitario, associata a modesto versamento pleurico, in emitorace sinistro (Figura 2). Viene praticata una toracentesi diagnostica, con estrazione di essudato ematico, un livello di LDH pari a 1043 U/L (LDH sierico pari a 214 U/L), una conta leucocitaria di 51200 cellule/ μ L ed una conta differenziale linfocitaria > 90%. Ripetuti esami citologici sul liquido pleurico non dimostrano presenza di cellule neoplastiche. Sebbene tutti gli esami colturali (inclusa la reazione alla PCR) risultassero negativi per tubercolosi, viene iniziata una terapia antitubercolare empirica, principalmente a causa della presenza della lesione cavitaria mostrata dalla TC (Figura 2), della positività del test alla tubercolina e della giovane età del paziente. Ciò nonostante, i sintomi del paziente non migliorano, ed egli viene inviato presso il reparto di Chirurgia per la comparsa di pneumotorace sinistro a circa due mesi dall'inizio della terapia.

Qual è la diagnosi?

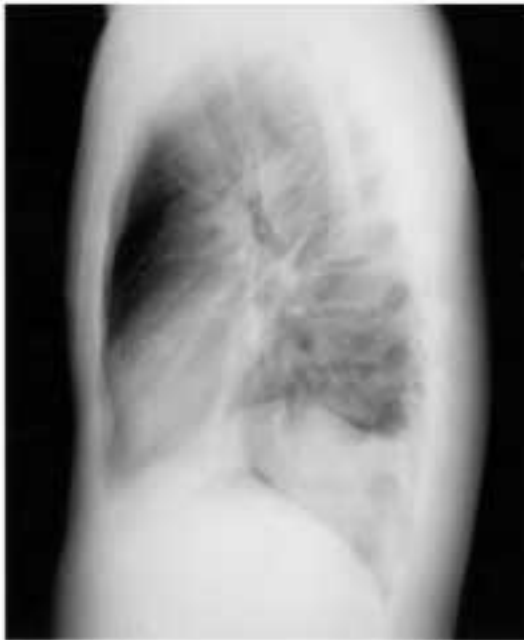


FIGURA 1. Radiografia del torace che evidenzia versamento pleurico basale sinistro ed un'opacità di tenue densità alla base del polmone omolaterale. *In alto*: proiezione postero-anteriore. *In basso*: proiezione laterale.

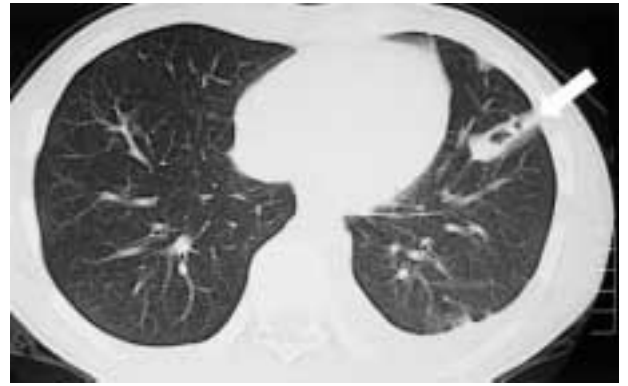


FIGURA 2. Visione assiale della TC del torace in cui è visibile un'opacità nodulare con aspetto cavitario (freccia) ed un versamento pleurico di modesta entità.

Diagnosi: Mesotelioma pleurico maligno con pneumotorace sinistro parziale

La videotoroscopia praticata per il trattamento del pneumotorace mise in evidenza lesioni neoplastiche sul lato mediastinico e viscerale della pleura sinistra, laddove non mise in evidenza alcuna perdita aerea. La biopsia rivelò la diagnosi di mesotelioma maligno ed il paziente, circa tre mesi dopo il suo primo ricovero, fu sottoposto ad una pneumonectomia extrapleurica con linfadenectomia sistematica, con asportazione della porzione sinistra del pericardio, dell'emidiaframma sinistro e della porzione di parete toracica adiacenti il drenaggio toracico. Tuttavia, l'intervento chirurgico, sebbene molto aggressivo, non consentì una resezione completa del tumore, con recidiva all'interno dello spazio pericardico.

Nel pezzo operatorio fu rinvenuta una lesione nodulare caratterizzata da un piccolo spazio aereo (Figura 3), corrispondente alla lesione cavitaria mostrata dalla TC. Studi istologici successivi mostrarono un mesotelioma pleurico maligno con pattern bifasico. Il paziente fu dimesso dall'ospedale, ma morì per recidiva intrapericardica del tumore 54 giorni dopo l'intervento chirurgico.

DISCUSSIONE

Il mesotelioma pleurico maligno è una neoplasia rara in tutte le fasce di età, ed ancor più infrequente sia nei bambini che negli adolescenti. Solo il 2-5% di tutti i casi si verificano nelle prime due decadi di vita.¹ A differenza della popolazione adulta, dove è documentato un nesso di causalità con l'esposizione all'asbesto, nella popolazione pediatrica non è dimostrato alcun fattore di rischio.² Ci si chiede se l'esposizione a vernici sia stata una delle cause eziologiche



FIGURA 3. Aspetto macroscopico del campione operatorio, con la presenza di una lesione solida del diametro di circa 2 cm ed un piccolo spazio aereo (freccia) a livello della scissura interlobare, laddove la TC metteva in evidenza la lesione cavitaria.

nel nostro paziente, dato che il fumo non è documentato come fattore di rischio per mesotelioma pleurico.³ Nei pazienti così giovani resta comunque molto difficile dimostrare tale diagnosi.

In circa il 20% dei casi di versamento pleurico esudativo non è possibile dimostrare alcuna definita eziologia. Buona capacità diagnostica è stata dimostrata dalla toroscopia, sia essa effettuata in modalità tradizionale che video-assistita, sia nei casi di patologia pleurica benigna che maligna, in particolar modo nei casi di versamento pleurico a causa sconosciuta.⁴ La sensibilità diagnostica e la specificità della toroscopia nei casi di neoplasie pleuriche variano, rispettivamente, dall'82 all'89% e dal 96 al 100%,⁴ e per i casi di tubercolosi pleurica sono entrambe pari al 100%.⁴ Il livello di LDH nel liquido pleurico, quando più elevato del suo corrispondente livello sierico, è indicativo di flogosi severa, e può indurre all'indicazione di effettuare una toroscopia.⁵

Segni radiologici precoci di mesotelioma pleurico maligno possono essere rappresentati da ispessimento nodulare delle scissure interlobulari, visibili alla TC ad alta risoluzione.⁶ Nel nostro paziente, lo sviluppo interlobulare della neoplasia verosimilmente può aver causato la lieve falda di pneumotorace e, conseguentemente, la formazione della lesione cavitaria. Ciò potrebbe spiegare la presenza di pneumotorace nonostante la mancata dimostrazione alla toroscopia di una chiara perdita aerea.

In questo report, abbiamo discusso circa un caso molto raro di mesotelioma pleurico maligno in un ragazzo di soli 16 anni, che presentava alla TC una lesione cavitaria. La toroscopia diagnostica andrebbe sempre effettuata nei casi di diagnosi non confermata, finanche qualora la diagnosi di tubercolosi sia fortemente sospetta.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Kelsey A. Mesothelioma in childhood. *Pediatr Hematol Oncol* 1994; 41:461-462
- 2 Varan A, Kara A, Haliloglu M, et al. Malignant mesothelioma in an adolescent boy. *Pediatr Int* 1999; 41:693-695
- 3 Rusch VW. Diffuse malignant mesothelioma. In: Shields TW, ed. *General thoracic surgery*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; 767-782
- 4 Hansen M, Faurschou P, Clementsen P. Medical thoracoscopy, results and complications in 146 patients: a retrospective study. *Respir Med* 1998; 92:228-232
- 5 Light RW. Physiology of pleural fluid production and benign pleural effusion. In: Shields TW, ed. *General thoracic surgery*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; 687-698
- 6 Bandoh S, Fujita J, Fukunaga Y, et al. Nodular thickening of interlobular fissures: an early manifestation of malignant mesothelioma. *Jpn J Clin Oncol* 2001; 31:82-85