



la radiografia del mese

Una donna di 46 anni con sospetta lesione solida a carico della parete toracica anteriore*

George S. Stoica, MD; Harry N. Steinberg, MD; Leonard J. Rossoff, MD

(*CHEST Edizione Italiana* 2002; 3:66-68)

Una donna di 46 anni, originaria della Guyana, esibisce una radiografia del torace praticata a causa di una tosse secca che dura da circa tre settimane. Non lamenta dispnea, dolore toracico, febbre, brividi o emottisi. In anamnesi non riferisce storia di dispnea parossistica notturna, ortopnea, reflusso gastroesofageo, né riduzione della tolleranza all'esercizio fisico. La paziente non ha mai fumato, anche se per circa 15 anni è stata esposta a fumo passivo. Ha lavorato come addetta alla cucina in una residenza per anziani, e 12 anni prima ha praticato un test tubercolinico con PPD che risultò positivo. Da bambina fu sottoposta a vaccinazione antitubercolare con BCG. È affetta da diabete mellito tipo 2 diagnosticato nove anni prima, ed è in trattamento con ipoglicemizzanti orali. Riferisce inoltre che quattro anni or sono le fu diagnosticato un nodulo mammario asintomatico, che non subì apparenti modifiche nel-

le sue dimensioni. All'età di 36 anni fu sottoposta ad isterectomia a causa di endometriosi, asportazione di nodulo mammario sinistro a causa di una lesione benigna, ed intervento chirurgico di cataratta bilaterale.

All'esame obiettivo, la paziente si presenta aipiretica, con una pressione arteriosa di 160/98 mmHg, frequenza cardiaca pari a 76 battiti/min e frequenza respiratoria di 18 atti/min. L'esame del collo e l'ispezione ORL sono negative. Alla palpazione è presente una tumefazione solida delle dimensioni approssimative di 3,5-4 cm al di sopra dell'articolazione sterno-clavicolare destra. La tumefazione non è spostabile sui piani superficiali e profondi, e non aderisce alla cute sovrastante. L'obiettività toracica è negativa. L'auscultazione cardiaca mette in evidenza un soffio olosistolico sul margine parasternale sinistro, ed un rinforzo del secondo tono sul focolaio aortico. Non è presente turgore delle giugulari, né reflusso epato-giugulare, né edemi declivi agli arti inferiori. Gli esami ematochimici sono nella norma.

La radiografia del torace (Figura 1) mise in evidenza un'opacità omogenea, densa, di forma ovalare a livello del terzo mediale della clavicola destra e della prima costola. L'esame TC eseguito senza mezzo di contrasto del torace dimostrò la presenza di una massa calcificata di dimensioni 3 x 4 x 3 cm di forma ovalare con margini sottili e lisci, a livello del margine mediale della clavicola destra (Figura 2). Non sono presenti adenopatie, alterazioni pleuro-polmonari, o infiltrazioni dei tessuti molli circostanti.

Qual è la diagnosi ?

*Dalla Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Long Island Jewish Medical Center, The Long Island Campus of the Albert Einstein College of Medicine, New Hyde Park, NY.

Manoscritto ricevuto il 3 gennaio, 2001; revisione accettata il 12 febbraio, 2001.

Corrispondenza: Leonard J. Rossoff, MD, Long Island Jewish Medical Center, The Long Island Campus of the Albert Einstein College of Medicine, Room C-20, 270-05 76th Ave, New Hyde Park, NY 11042; e-mail: lrossoff@lij.edu

(*CHEST* 2002; 121:1692-1694)



FIGURA 1. Radiografia del torace in proiezione postero-anteriore.



FIGURA 2. TC del torace.

Diagnosi: Iperostosi clavicolare

La diagnosi differenziale include l'osteomielite cronica, il Morbo di Paget, l'ostecondroma, la displasia fibrosa, le metastasi osteoaddensanti. Il decorso asintomatico, la negatività degli esami di laboratorio, ed il quadro TC depongono per un'etiologia benigna.

L'agoaspirato eseguito sotto guida fluoroscopica e la conseguente biopsia dimostrarono l'evidenza di osteite spongiosclerotica iperostotica, con popolazione linfocitaria matura scarsamente rappresentata, in assenza di cellule maligne. L'esame culturale risultò negativo.

DISCUSSIONE

L'iperostosi sterno-costo-clavicolare è stata descritta per la prima volta nel 1974.¹ Si tratta di una osteite cronica caratterizzata da iperossificazione del margine mediale della clavicola, che può coinvolgere la porzione antero-superiore dello sterno e delle prime costole, con reazione periostale e formazione di nuovo osso a livello delle strutture periarticolari.² L'iperostosi sterno-costo-clavicolare è più comune nelle donne (1,3/1), con età media alla diagnosi di 47 anni.² In circa il 70 % dei pazienti vengono riportati sintomi di infiammazione locale, dolore, tumefazione, arrossamento localizzato alla regione colpita, e possono verificarsi esacerbazioni secondarie all'abbassamento della temperatura o all'aumento del tasso di umidità.³ In oltre il 50% dei casi è descritta la comparsa di pustole palmari e plantari. Anche se raramente, è descritta la trombosi della vena succlavia secondaria a restringimento causato dall'iperostosi.³⁻⁵

Dal punto di vista etiopatogenetico, l'iperostosi sembrerebbe il risultato di rimodellamento periostale.⁶ L'anatomia patologica del midollo osseo può mostrare modificazioni infiammatorie croniche, con predominanza di plasmacellule. Altre condizioni patologiche a carico del midollo osseo e caratterizzate da concomitante osteosclerosi ed infiltrato plasmocitario sono: il granuloma plasmocitario, il mieloma sclerotico, il POEMS (discrasia plasmacitaria associata a polineuropatia, organomegalia, endocrinopa-

tia, presenza di proteina M nel siero, e modificazioni cutanee) e l'osteomielite plasmacitaria simmetrica cronica dell'infanzia.

I criteri diagnostici originali includevano dolore e tumefazione della porzione superoanterioriore del torace, l'evidenza radiografica di una ossificazione anomala della clavicola e delle prime costole, in assenza di infezione o neoplasia. Questo quadro può essere confuso con quello dell'osteomielite cronica. L'iperostosi nel 45% si verifica a livello clavicolare o costo-clavicolare, in circa il 50% con coinvolgimento costo-sternale, mentre l'iperostosi sternale si verifica in circa il 40 % dei casi.²

La malattia ha un andamento benigno ed una buona prognosi. Il trattamento consiste generalmente nella somministrazione di farmaci antiinfiammatori non steroidei, oppure cortisonici, o radioterapia locale a basse dosi.⁴ La resezione parziale oppure ampia della massa ossificata, nonché del margine mediale della clavicola e/o della prima costola viene riservata a quei pazienti con dolore incoercibile, oppure con sintomi di ostacolo deflusso sanguigno, che non rispondono alla terapia conservativa.⁷

BIBLIOGRAFIA

- 1 Sonozaki H, Furusawa S, Seki H, et al. Four cases with symmetrical ossifications between the clavicles and the first ribs on both sides. *Kanto J Orthop Trauma* 1974; 5:244-247
- 2 Saghafi M, Henderson MJ, Buchanan WW. Sternocostoclavicular hyperostosis. *Semin Arthritis Rheum* 1993; 22:215-223
- 3 Kohler H, Uehlinger E, Kutzner J, et al. Sternocostoclavicular hyperostosis: painful swelling of the sternum, clavicles, and upper ribs: report of two new cases. *Ann Intern Med* 1977; 87:192-197
- 4 Sonozaki H, Azuma A, Okai K, et al. Clinical features of 22 cases with "inter-sterno-costo-clavicular ossification": a new rheumatic syndrome. *Arch Orthop Trauma Surg* 1979; 95: 13-22
- 5 VanHolsbeek M, Martel W, Dequeker J, et al. Soft tissue involvement, mediastinal pseudotumor, and venous thrombosis in putulotic arthro-osteitis. *Skeletal Radiol* 1989; 18:1-8
- 6 Fallet GH, Arroyo J, Vischer T. Sternocostoclavicular hyperostosis: case report with a 31-year follow-up. *Arthritis Rheum* 1983; 26:784-790
- 7 Mick C, Kirgis A, Noack W. Sternocostoclavicular hyperostosis: case reports and different diagnosis. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1993; 131:329-334