



## la radiografia del mese

### Insolita presentazione radiologica di un raro carcinoma broncogeno\*

Heyman Luckraz, FRCS; Mike Crane, FRCR; Allen Gibbs, FRCPATH;  
Eric G. Butchart, FRCS

(CHEST Edizione Italiana 2005; 3:75-76)

Una donna di 63 anni riferisce la recente comparsa di tosse persistente e lieve dispnea. Durante la raccolta dell'anamnesi, la paziente lamenta scarso appetito e una perdita di peso di circa 4 Kg negli ultimi sei mesi. L'esame obiettivo risulta non significativo e non rivela alcun segno di neoplasia polmonare. La radiografia del torace mostra, viceversa, la presenza di noduli polmonari multipli (Figura 1). Gli esami del sangue sono nella norma (incluso il dosaggio dell'enzima di conversione dell'angiotensina, il fattore reumatoide, gli anticorpi citoplasmatici antineutrofili e lo screening per le vasculiti sistemiche). Il livello della proteina C reattiva è lievemente elevato a 52mg/litro.

L'esame TC del torace, effettuato con mezzo di contrasto, conferma la presenza di lesioni nodulari multiple in entrambi i campi polmonari (Figura 2). La maggioranza di queste lesioni presenta un aspetto insolito, caratterizzato da un cerchio solido che circonda materiale necrotico ed un'opacità più densa al centro, che ricorda un antico bersaglio da arciera. È presente una lesione cavitaria più grande delle altre a livello del lobo inferiore di sinistra, il che suggerisce la presenza di una neoplasia primitiva polmonare associata a metastasi multiple. La TC dell'addome mette, inoltre, in evidenza la presenza di una massa a livello dell'ovaio sinistro che, tuttavia, al successivo intervento chirurgico di asportazione con conseguente esame istologico, rivela una natura benigna, trattandosi di un fibroma ovarico.



FIGURA 1. Radiografia del torace in proiezione postero-anteriore che evidenzia le lesioni nodulari multiple bilaterali.

A questo punto, viene praticata una biopsia "a cielo aperto": all'apertura, il polmone appare ricoperto da numerosi noduli e l'esame istologico effettuato a livello della lingua evidenzia lesioni neoplastiche multiple ben circoscritte con area centrale di necrosi e di cavitazione. Citologicamente, la neoplasia è costituita da cellule epiteliali pleiomorfe con caratteristiche sia squamose che ghiandolari, con diagnosi definitiva di carcinoma adenosquamoso primitivo del polmone. La paziente viene dimessa chirurgicamente guarita ed inviata al reparto di oncologia per i successivi trattamenti.

#### Discussione

Il carcinoma adenosquamoso primitivo del polmone (ASC) è un tumore raro riportato con una percentuale variabile dallo 0,4 al 4% di tutte le neoplasie polmonari maligne.<sup>1</sup> Può svilupparsi in parenchima polmonare danneggiato, ad esempio per fibrosi attinica o pneumoconiosi. La diagnosi istologica è stata definita nel 1982 attraverso i criteri del-

\*Dal Cardiothoracic Unit (Dott. Luckraz and Butchart), Radiology Department (Dott. Crane), and Pathology Department (Dott. Gibbs), University Hospital of Wales, Cardiff, UK. Manoscritto ricevuto il 6 maggio 2004; revisione accettata il 9 settembre 2004.

La riproduzione di questo articolo è vietata in assenza di autorizzazione scritta dell'American College of Chest Physicians ([www.chestjournal.org/misc/reprints.shtml](http://www.chestjournal.org/misc/reprints.shtml)).

Corrispondenza: Herman Luckraz, FRCS, Cardiothoracic Unit, University Hospital of Wales, Heath Park, Cardiff CF4 4XW, UK; e-mail: [HeymanLuckraz@aol.com](mailto:HeymanLuckraz@aol.com)

(CHEST 2005; 127:2264-2265)

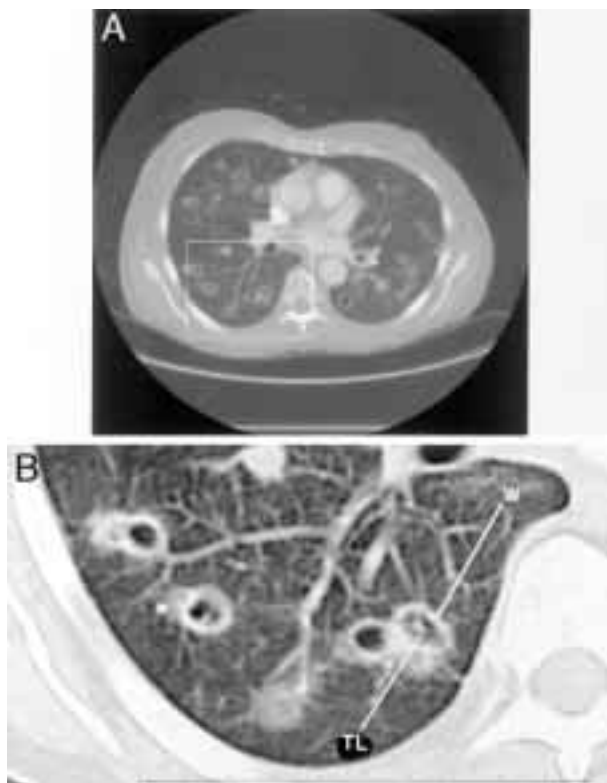


FIGURA 2. *In alto*: TC del torace effettuata con mezzo di contrasto in cui sono visibili lesioni nodulari multiple "a bersaglio". *In basso*: ingrandimento della zona circoscritta dal quadrato, che mostra la presenza di un cerchione ispessito (indicato dalla lettera W) e la lesione "a bersaglio" (TL).

l'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>2</sup> e, più recentemente, dalla Società Giapponese di Oncologia Polmonare,<sup>3</sup> e si basa sull'esame microscopico che deve mettere in evidenza almeno il 10% di elementi cellulari con caratteristiche sia ghiandolari che squamose. Generalmente è associato ad una cattiva prognosi: in una casistica di oltre 1400 casi di neoplasia polmonare, Nagakawa e coll.<sup>1</sup> riportano una sopravvivenza globale a 5 anni del 6,2% rispetto al 42,1% dei pazienti con adenocarcinoma ed al 42,8% dei pazienti con carcinoma epidermoide. Gli stessi Autori riportano che lo stato linfonodale, la presenza o meno di metastasi, la radicalità dell'eventuale intervento chirurgico, l'età o il sesso sono significativi fattori prognostici di sopravvivenza indipendenti.

Le caratteristiche radiologiche del caso clinico

della nostra paziente sono piuttosto insolite. In una revisione della presentazione radiologica dei pazienti affetti da ASC condotta al dipartimento di radiologia del Massachusetts General Hospital,<sup>4</sup> nell'83% dei casi venivano descritte lesioni periferiche, le cui dimensioni variavano da 7 a 65 mm. La presenza di cavitazione era riportata nel 14% dei casi, con il polmone destro più frequentemente interessato (63%). Viceversa, non veniva descritta la presenza di noduli escavati multipli. La diagnosi differenziale comprende la malattia metastatica secondaria a tumore primitivo distale (particolarmente l'adenocarcinoma dell'intestino), il linfoma, i noduli reumatoidi ed i processi vasculitici, come ad esempio la granulomatosi di Wegener. In soggetti immunocompromessi andrebbe anche considerata la possibilità diagnostica differenziale con infezioni polmonari, sia batteriche che fungine.

La diagnosi di ASC viene ottenuta molto raramente (solo nel 10% dei casi) tramite biopsia percutanea con ago sottile. Molto più frequentemente, si rende necessario il ricorso alla biopsia polmonare, con metodica videoassistita o attraverso minitoracotomia. Tra le ipotesi sull'origine degli ASC è inclusa quella del doppio tumore, con la fusione di cellule tumorali originate da due serie distinte. Altri Autori<sup>5</sup> ipotizzano che l'ASC rappresenti un carcinoma muco-epidermoide di alto grado con un elevato contenuto squamoso, oppure che l'ASC potrebbe essere un adenocarcinoma con zone di metaplasia squamosa.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 Nagakawa K, Yasumiya T, Fukuhara K, et al. Poor prognosis after lung resection for patients with adenosquamous carcinoma of the lung. *Ann Thorac Surg* 2003; 75:1740-1744
- 2 World Health Organization. The World Health Organization histological typing of lung tumors, 2nd ed. *Am J Clin Pathol* 1982; 77:123-136
- 3 Japan Lung Cancer Society. General rule for clinical and pathological record of lung cancer, 5th ed. Tokyo, Japan: Kanehara Publishing, 1999
- 4 Kazerooni EA, Bhalla M, Sheperd JA, et al. Adenosquamous carcinoma of the lung: radiologic appearance. *ARJ Am J Roentgenol* 1994; 163:301-306
- 5 Ishida T, Kaneko S, Yokoyama H, et al. Adenosquamous carcinoma of the lung: clinico-pathologic and immuno-histochemical features. *Am J Clin Pathol* 1992; 97:678-685