



la radiografia del mese

Un caso insolito di malessere del viaggiatore*

Julian J. Leggett, MBBS; Inder Mainie, MBBS; Eamon Mackle, MBBS;
Eamon McAteer, MBBS; Rory P. Convery, MBBS

(*CHEST Edizione Italiana* 2003; 4:86-89)

Un uomo di 28 anni riferisce dispnea ingravescente. Da circa cinque mesi lamenta dolore addominale intermittente associato a perdita di peso, che sono iniziati contemporaneamente ad un breve malessere successivo ad una sfrenata vacanza estiva alle Isole Baleari. In quell'occasione, il nostro paziente manifestò nausea e dolore addominale non meglio precisato. È stato fumatore di circa 25 sigarette al giorno; non assume alcolici. Viene praticata una radiografia del torace (Figura 1). A seguito di una toracentesi diagnostica e del conseguente posizionamento di un drenaggio pleurico, viene praticata una TC del torace (Figura 2).

Esami di laboratorio

Emoglobina 9,82 g/dL; conta piastrinica 1.050.000/mm³; conta leucocitaria 4.900/mm³; VES 11 mm/h; livello di proteina C reattiva 65,7 mg/L; amilasi nella norma; esami di funzionalità epatica nella norma; albumina 23 g/L; concentrazione proteica nell'essudato pleurico 35 g/dL; concentrazione di glucosio 5,7 mmol/L; pH 7,73; conta leucocitaria 22/mm³ (50% linfociti 50% polimorfonucleati); conta eritrocitaria 72/mm³.



FIGURA 1. Radiografia del torace che mostra idropneumotorace sinistro.

Qual è la diagnosi ?

*Dai Departments of Respiratory Medicine (Dr. Leggett, Mainie, e Convery), Surgery (Mr. Mackle), e Radiology (Dr. McAteer), Craigavon Area Hospital, Portadown, Northern Ireland.

Manoscritto ricevuto il 29 gennaio 2002; revisione accettata il 26 aprile 2002.

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

Corrispondenza: Julian J. Leggett, 26 Ravensdene Park, Belfast BT6 ODA, Northern Ireland; e-mail: jleggett@hotmail.com

(*CHEST* 2003; 123:2112-2114)

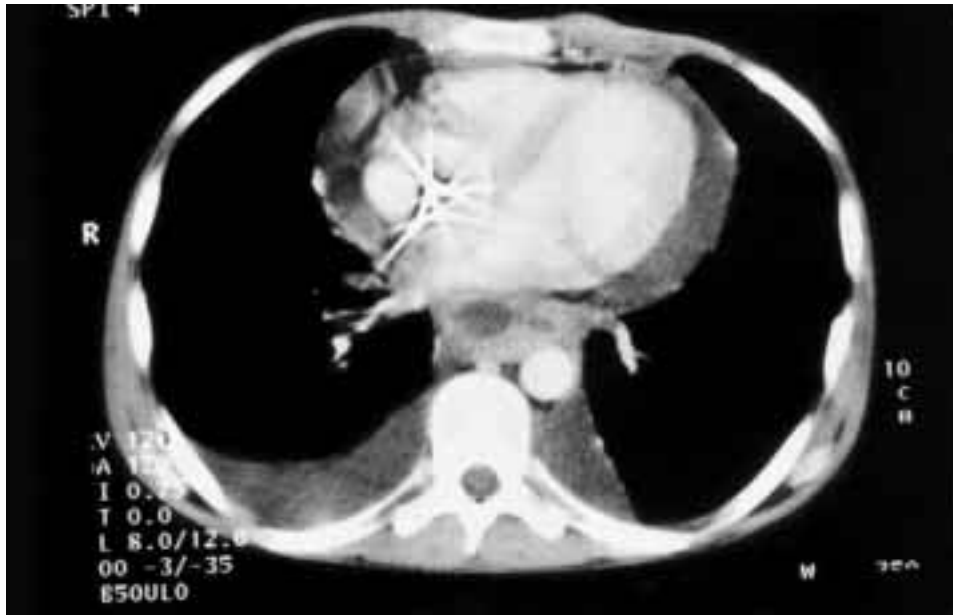


FIGURA 2. TC del torace che evidenzia versamento pericardico, versamento pleurico bilaterale, e la presenza di una cisti mediastinica posteriore.



FIGURA 3. TC dell'addome che mette in evidenza la presenza di una pseudocisti a livello della coda del pancreas (*immagine superiore*) che si spinge sino al mediastino posteriore (*immagine inferiore*).

Diagnosi = Pancreatite cronica complicata da pseudocisti mediastinica ed intrapleurica

La Figura 1 mostra la presenza di idropneumotorace a carico dell'emitorace sinistro con evidente deviazione controlaterale del mediastino. Il riscontro di un elevato dosaggio nel liquido pleurico degli enzimi pancreatici (7.880 U/L; valore normale 30-110) confermò la presenza di una pseudocisti pancreatica localizzata all'interno della cavità pleurica.

Una prima ecografia addominale non mostrò alterazioni a carico del pancreas. La Figura 2, tuttavia,

mostra un dettaglio della TC del torace, a livello dell'atrio sinistro, praticata dopo l'inserzione di drenaggio pleurico. Questa immagine mostra la presenza di un versamento pericardico moderato. È altresì visibile una massa cistica a livello del mediastino posteriore, nonché versamento pleurico bilaterale. Dopo l'apparente risoluzione dell'iniziale versamento, dal drenaggio pleurico continuarono a fuoriuscire 1.000-1.500 cc di liquido al giorno. Venne, quindi, iniziata terapia con somatostatina per infusione endovenosa allo scopo di limitare la secrezione pancreatica. Fu anche necessario istituire una nutri-

zione parenterale totale per un periodo prolungato, allo scopo di migliorare lo stato nutrizionale, e fronteggiare l'ipercatabolismo.

La TC dell'addome e del torace dimostrarono la risoluzione del versamento pleurico ma misero in evidenza la presenza di una pseudocisti a livello della coda del pancreas (Figura 3, superiore) la cui porzione craniale si spingeva, attraverso lo iato diaframmatico, nel mediastino posteriore (Figura 3, inferiore). Anche il versamento pericardico venne risolto grazie ad un drenaggio ma, a causa della inaccessibilità della pseudocisti mediastinica, fu necessario inserire un drenaggio transepatico mediante guida TC, grazie al quale fu possibile aspirare 600 cc di liquido purulento. Dopo un prolungato periodo di convalescenza, il paziente viene dimesso dall'ospedale.

DISCUSSIONE

In questo articolo viene descritto un caso di un paziente che ha sviluppato una pseudocisti mediastinica ed intrapleurica come conseguenza di una pancreatite cronica. L'episodio iniziale di pancreatite acuta, a causa della scarsa sintomatologia, fu identificato solo grazie ad una attenta raccolta dell'anamnesi. Non erano presenti segni radiografici di litiasi biliare, ed il consumo di alcolici veniva riferito all'interno dei limiti raccomandati. Come descritto, la pseudocisti si spingeva nella cavità pleurica attraverso lo iato diaframmatico, e tale evenienza è già riferita (anche se rappresenta un'evenienza rara) in altri casi di pancreatite cronica. Solo pochi casi di pseudocisti mediastinica sono descritti in letteratura. Una raccolta liquida peripancreatica può persistere fino a 4-6 settimane dall'episodio di infiammazione acuta, e può andare incontro ad incapsulamento. Tali pseudocisti si rinvergono in circa il 25% dei pazienti con pancreatite cronica.

Versamento pleurico può essere osservato in corso di pancreatite acuta. In uno studio esso è descritto nel 20% dei pazienti, e il versamento pericardico nel 17%.¹ La presenza di versamento pleurico viene considerata un indicatore di severità, laddove tutti i versamenti sono associati ad un elevato rischio di formazione di pseudocisti.¹

In caso di versamento pericardico, la funzione ventricolare sinistra è quasi sempre normale, e non sembra essere correlata alla severità della malattia.² È consuetudine procedere ad escissione chirurgica dei casi di pseudocisti di diametro > 5 cm, oppure che persistono per un periodo ≥ 6 settimane. È indicato il monitoraggio delle dimensioni della pseudocisti mediante ecografia.³

Il trattamento non chirurgico della pseudocisti

prevede la nutrizione parenterale totale e la somministrazione di somatostatina. La terapia di una pseudocisti acuta mediante nutrizione parenterale totale ha mostrato la risoluzione della massa nella maggioranza dei pazienti, sebbene siano descritte complicanze a seguito della inserzione di catetere in una percentuale significativa.⁴ In alcuni casi può essere indicato il loro ricorso alla cistogastrostomia oppure alla cistoduodenostomia, le cui complicanze operatorie sono inferiori a quella di una pancreatectomia. Parimenti efficace si è dimostrata l'inserzione di catetere percutaneo e successivo drenaggio. Le procedure endoscopiche possono essere anche utilizzate per la decompressione di pseudocisti pancreatiche, ed il loro utilizzo è sempre più frequente.⁵

Le pseudocisti pancreatiche possono spingersi sin nella cavità pleurica anche attraverso una fistola pleuropancreatica, e di una percentuale non trascurabile di casi la via di tramite può restare sconosciuta, anche a seguito di indagini contrastografiche. Altre sedi atipiche in cui può essere rinvenuta la presenza di una pseudocisti pancreatica sono rappresentate da fegato, milza, parete gastrica e mediastino. In questi casi, la migrazione avviene lungo i legamenti epatoduodenale, gastroepatico e gastro-splenico.⁶

La pancreatite cronica può manifestarsi con sintomatologia molto lieve, ne consegue che il dosaggio dell'amilasi sul liquido pleurico è essenziale ai fini diagnostici. La presenza di liquido extrapancreatico nel mediastino è un'evenienza rara, e quando presente, viene meglio identificato tramite TC.⁷

BIBLIOGRAFIA

- 1 Maringhini A, Ciambra M, Patti R, et al. Ascites, pleural, and pericardial effusions in acute pancreatitis: a prospective study of incidence, natural history and prognostic role. *Dig Dis Sci* 1996; 41:848-852
- 2 Pezzilli R, Billi P, Bertaccini B, et al. Pericardial effusion and left ventricular function in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 1996; 91:997-1000
- 3 Balthazar EJ, Freeny PC, van Sonnenberg E. Imaging and intervention in acute pancreatitis. *Radiology* 1994; 193: 297-306
- 4 Shahrudin MD, Noori SM. Pancreatic pseudocyst: the controversial value of total parenteral nutrition. *Hepatogastroenterology* 1997; 44:559-563
- 5 Lawson JM, Bailie J. Endoscopic therapy for pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1995; 5:181-193
- 6 Hamm B, Franzan N. Atypically located pancreatic pseudocysts in the liver, spleen, stomach wall and mediastinum: their CT diagnosis. *Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr* 1993; 159:522-527
- 7 Owens GR, Arger PH, Mulhern CB, et al. CT evaluation of mediastinal pseudocyst. *J Comput Assist Tomogr* 1980; 4:256-259