

Granuloma eosinofilo e linfoma non Hodgkin

Un assistito si presenta in ambulatorio per la presenza di una fossetta in sede parietale sinistra. Palpo accuratamente la zona e percepisco con i polpastrelli delle dita un'irregolarità sulla corticale esterna dell'osso parietale sinistro. Non sapendo dare una spiegazione diagnostica plausibile, prescrivo una radiografia del cranio.

► **Anamnesi fisiologica:** il paziente fuma 30 sigarette al giorno, non beve alcol; alcuni anni fa ha sofferto di ulcera duodenale, ora cicatrizzata e ben controllata con inibitori di pompa protonica. Accusa un'ipoacusia percettiva bilaterale nei suoni acuti, più accentuata a sinistra; presenta una riduzione dello spazio L5-S1 e una sacralizzazione di L5. Qualche sporadico episodio di aritmia ha messo in luce una fibrillazione atriale che, presentandosi nel tempo molto raramente, non richiede l'assunzione giornaliera di ASA. Quattro anni fa ricovero ospedaliero per epatomegalia su base esotossica. Recentemente ha eseguito una gastroscopia che ha confermato l'ulcera duodenale cicatrizzata e una gastropatia iperemica erosiva, incontinenza cardiaca e negatività all'*Helicobacter pylori*.

Indagini diagnostiche

■ **Radiografia del cranio:** vasta area di osteolisi del parietale sinistro con margini irregolari.

Il referto non risulta chiarificatore e prescrivo ulteriori indagini.

■ **TAC cranio:** sistema ventricolare in asse, normale per morfologia e dimensioni. Strutture della linea mediana in asse. Area di osteorefeazione a carico dell'osso parietale sinistro che interessa il tavolato osseo interno ed esterno. La somministrazione di mdc non determina impregnazione di carattere patologico.

■ **RMN encefalo:** a livello parietale corticale di sinistra presenza di area di alterato segnale iperintensa nelle sequenze appesantite in T2, isointensa al parenchima nelle sequenze appesantite in T1, con impregnazio-

ne dopo somministrazione di mdc in sede diploica con erosione della corticale esterna e interna, con modesta partecipazione meningea. Tale lesione è riferibile verosimilmente a granuloma eosinofilo.

A questo punto avviene un fatto nuovo: il paziente ritorna in ambulatorio per un ingrossamento linfonodale a livello inguinale. Rilevo un'ipertrofia dei linfonodi inguinali a sinistra e richiedo un'ecografia che mostra una formazione ovalare, ipoecogena, di 2 cm di diametro, riferibile verosimilmente a linfonodo iperplastico.

Salto eventuali tappe intermedie e dispongo il ricovero.

Ricovero ospedaliero e diagnosi

Il paziente viene ricoverato al reparto chirurgico dove viene posta diagnosi di linfadenite inguinale sinistra e si procede all'asportazione del linfonodo interessato per le indagini.

■ **Referto di anatomia patologica:** linfonodo di 2 cm di diametro; quadro compatibile con linfoma non Hodgkin di grado intermedio.

■ **Tipizzazione immunoistochimica:** struttura linfonodale sovvertita dalla presenza di un infiltrato a crescita follicolare, costituito da elementi di tipo centrocitico e centroblastico. Questi ultimi elementi non rappresentano più del 25% dell'intera popolazione linfomatosa. Attività mitotica bassa.

■ **Diagnosi:** linfoma di derivazione dai B-linfociti periferici, di tipo centrofollicolare, di grado 1 (linfoma non Hodgkin a basso grado di derivazione linfocitaria B, tipo centroblastico-centrocitico).

■ **Decorso clinico:** il paziente ha

superato brillantemente la terapia intrapresa sia per il linfoma sia per il granuloma eosinofilo e attualmente gode di buona salute.

Approfondimenti

La seconda diagnosi posta al mio paziente è sicuramente quella più importante per la sua vita bio-psico-sociale, ma vorrei mettere in risalto la prima, più rara patologia e cioè il granuloma eosinofilo.

Il granuloma eosinofilo è una malattia a carattere benigno che colpisce bambini e adulti, raramente persone anziane. Istopatologicamente esso è costituito da granulociti eosinofili e da cellule di Langherans che originano dal midollo e si ritrovano nella cute. La localizzazione più frequente è la teca cranica, seguono il femore, le vertebre, le coste e il bacino. Solitamente si presenta come lesione osteolitica solitaria, ma può anche avere origine multifocale.

La sintomatologia presenta manifestazioni soprattutto algiche, ma si possono verificare fratture specialmente post-traumatiche. Esiste una forma più grave di granuloma eosinofilo a carico del polmone, che evolve progressivamente verso la fibrosi con complicazioni pneumotoraciche; più raramente può interessare la cute sotto forma di papula solitaria, la vescica, la parotide e l'apparato gastroenterico.

La diagnosi precisa si può fare solo esaminando biotticamente la lesione. La terapia è chirurgica se il granuloma è localizzato e consiste nell'ablazione e curettage, ma si può associare la radioterapia se si presentano recidive, inoltre la radioterapia si impone se la sede del granuloma è inaccessibile.

A volte la presenza di un'adenopatia costituisce il primo segno di malattia. Nel caso presentato, si è verificata un'associazione tra granuloma eosinofilo del parietale sinistro e linfoma non Hodgkin con insorgenza di adenopatia a livello inguinale.