

Un caso di liposarcoma del gomito

Il signor G. è un paziente di 48 anni, che nel 2006 superò brillantemente un infarto del miocardio in sede inferiore. Nell'agosto 2007, in occasione di una delle solite visite di controllo durante le quali visiono e registro anche gli esiti degli esami routinari per il problema cardiologico, emerge che al braccio sinistro, a livello della piega del gomito, è presente una tumefazione delle dimensioni di una piccola noce.

■ Visita ambulatoriale

Va segnalato che il paziente è stato colpito da infarto del miocardio per fattori ancora oscuri secondo le tabelle del rischio cardiovascolare (assenza di fattori di rischio quali fumo, sovrappeso, familiarità, diabete, iperomocitemia).

Dal 2006 con il paziente e i suoi familiari è sorta una forte alleanza rispetto al problema cardiologico volta anche a impostare una corsia preferenziale perché il signor G. si sottoponga a una serie di controlli regolari nel tempo.

È però solo al termine dell'incontro e grazie alla presenza della moglie, che dice al marito "Perché non fai vedere al dottore quella cosa che ti è comparsa sul braccio?", che il signor G. scopre l'arto sinistro e mi mostra la tumefazione insorta da due settimane e che a suo dire è indolente.

La lesione in sede olecranicca si presenta come una piccola massa simil-lipomatosa delle dimensioni di circa tre cm di diametro. Sembra uno di quei lipomi che tanto spesso riscontriamo durante le visite ambulatoriali in sedi corporee diverse e che altrettante volte, se di piccole dimensioni, se non dolenti, se esteticamente non problematiche, ci fanno consigliare al paziente di tenersi la neoformazione e controllare nell'arco di qualche mese che non si ingrossi e che non diventi qualitativamente incompatibile con le attività quotidiane o lavorative. Effettivamente appare con le stes-

se caratteristiche di un lipoma, se non fosse che, alla palpazione, la consistenza è discretamente maggiore di quella di una masserella di grasso e, sebbene ancora mobile sui piani sottostanti, mi sembra di riscontrare una qualche adesione con la struttura tendinea del bicipite brachiale, a livello della sua inserzione alla piega del gomito sulla tuberosità bicipitale del radio.

Forse è la sede, che può in qualche modo creare piccoli problemi alla flessione dell'avambraccio sul braccio, forse il fatto che si crea sempre un'empatia maggiore con i nostri assistiti più sfortunati, quelli che stanno male davvero e che non costituiscono la schiera di petulanti sani che ogni giorno ci ossessionano con le loro paure di vivere, che mi induce a proporre: "Che ne dice di farlo asportare dopo aver fatto un'ecografia?".

Prescrivo dunque l'ecografia in regime di non differibilità.

■ Iter diagnostico e ricovero ospedaliero

■ **Ecografia:** presenza di formazione tondeggianti di 3.5 cm, a struttura mista, pluriconcamerata, a contorni netti ma spessi, captante segnale vascolare periferico.

È così che agli inizi di settembre il signor G. viene nuovamente ricoverato, questa volta per l'asportazione chirurgica della neoformazione olecranicca sinistra.

L'intervento viene effettuato presso l'Ospedale di Circolo della zona

e pare che tutto sia risolto. Ma sappiamo bene che gli esami istologici dei pezzi asportati talvolta riservano spiacevoli sorprese.

A distanza di circa tre settimane dall'intervento il paziente viene richiamato dal collega specialista che ha eseguito l'intervento, che lo indirizza all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano per una visita oncologica: la diagnosi istologica depone infatti per un liposarcoma.

È necessario effettuare la stadiazione tramite revisione dei vetrini che, dietro la mia richiesta, vengono trasferiti al laboratorio di Anatomia Patologica dell'Istituto per giungere alla diagnosi definitiva di sarcoma a cellule pleomorfe e fusate G3 del gomito.

■ Decorso clinico

La storia del mio paziente si conclude nel migliore dei modi perché, a seguito di un nuovo ricovero, viene effettuato intervento di radicalizzazione, previa ristadiatura completa della malattia (si era partiti dalla diagnosi di sarcoma G2) con ampia exeresi a livello del terzo distale del braccio.

Fortunatamente il nuovo esame istologico sul tessuto asportato non ha mostrato evidenza di malattia e, senza ulteriore terapia complementare, il signor G. verrà controllato a distanza di quattro mesi con ecografia del braccio/gomito e radiografia del torace.

■ Approfondimento

Tra i tumori dei tessuti molli nell'adulto i liposarcomi si pongono al secondo posto per incidenza, rappresentando circa il 16-18% dei tumori dei tessuti molli dell'adulto, secondi come frequenza solamente all'istiocitoma fibroso maligno.

Si tratta di un tumore maligno a

origine mesenchimale, dipendendo la sua denominazione solo dal fatto che il tessuto adiposo sia presente nel contesto della neoplasia in misura variabile da 0% al 95% a seconda della variante istologica.

La classificazione li divide in cinque sottotipi istologici:

1. ben differenziati;
2. mixoidei;
3. a cellule rotonde;
4. indifferenziati;
5. a cellule pleomorfe.

Il comportamento clinico riflette le caratteristiche istologiche; per questo motivo un corretto inquadramento diagnostico è fondamentale ai fini prognostici e della pianificazione terapeutica.

L'ecografia, la risonanza magnetica nucleare e la tomografia computerizzata sono determinanti per la diagnosi precoce e per il follow-up dopo l'intervento chirurgico.

Delle cinque forme, la variante a

cellule pleomorfe si è dimostrata la più aggressiva. In virtù di questa considerazione e della diversa tendenza alla recidiva locale e alla metastatizzazione, la radicalità dell'intervento chirurgico è un fattore determinante per la sopravvivenza.

■ Commento

Al di là delle sfortunate vicissitudini del mio paziente, che dopo essere stato colpito nell'arco di un anno da un infarto del miocardio e da un liposarcoma ha fortunatamente superato entrambe le esperienze, la mia riflessione si sofferma sulle favorevoli condizioni che mi portano a esercitare la professione in un'area geografica in cui i centri di eccellenza non mancano certamente.

Già in passato infatti mi era capitato di indirizzare anche parenti

di miei assistiti residenti in altre Regioni presso nostre strutture per un secondo parere, il più delle volte risolutivo.

In un Paese in cui si fa in fretta a sbattere in prima pagina esperienze, rare, di malasana, ricordare ogni tanto che il cittadino può usufruire nella maggior parte dei casi di strutture qualitativamente di buon livello rende giustizia a chi si impegna per garantire un servizio di ottimo livello. Sarebbe opportuno che strutture simili fossero presenti su tutto il territorio nazionale, anche in un periodo in cui alcune scelte di politica sanitaria potrebbero creare vistose disparità di trattamento a seconda dell'area geografica di residenza.

Speriamo che, con l'impegno di tutti, quali siano le scelte operate, venga garantita la qualità dei servizi offerti il più uniformemente possibile.