

Palleschi A., Mendogni P., Rosso L., Tosi D., Santambrogio L.

RESEZIONE A MANICOTTO BRONCO PRINCIPALE SINISTRO PER CARCINOIDE TIPICO ENDOBRONCHIALE

I carcinoidi rappresentano l'1% circa di tutti i tumori di origine bronchiale. Essi costituiscono una varietà di tumori neuroendocrini con potenziale di malignità variabile, che dipende dal loro grado di differenziazione e dallo stadio al momento della presentazione. I carcinoidi tipici a localizzazione prossimale nell'albero bronchiale si presentano spesso con tosse, emottisi e infezioni polmonari ricorrenti, che possono persistere anche per diversi anni a causa della loro lenta crescita.

Un ragazzo di 24 anni in ottime condizioni generali giungeva alla nostra attenzione per dispnea da sforzo. In anamnesi, nulla di patologico. All'esame obiettivo, il murmure vescicolare risultava abolito sull'emittoce sinistro. L'RX del torace, mostrava atelettasia completa del polmone di sinistra, confermata dallo studio TAC. La fibrobroncoscopia evidenziava una grossolana vegetazione originante a circa un centimetro dalla carena tracheale, occludente il bronco principale sinistro. L'esame istologico della biopsia effettuata sulla lesione poneva diagnosi di carcinoma tipico. La spirometria mostrava un deficit del FEV1 (70% del predetto) e la scintigrafia polmonare evidenziava assenza pressoché completa della perfusione al polmone di sinistra. La stadiazione era negativa per secondarismi a distanza. Il paziente veniva sottoposto ad asportazione della lesione in broncoscopia con biopsie della base d'impianto bronchiale, risultate positive per infiltrazione neoplastica. Seguiva una lenta ripresa funzionale del polmone di sinistra, con una sua completa riespansione nell'arco di un mese circa. Si procedeva quindi ad intervento chirurgico di broncotomia del principale di sinistra con rianastomosi bronchiale per via transpericardica anteriore e linfadenectomia mediastinica attraverso un accesso sternotomico mediano. L'esame istologico intraoperatorio e definitivo confermava margini di resezione liberi e linfonodi indenni da neoplasia. Il decorso postoperatorio è stato regolare. Il controllo broncoscopico a 6 mesi dall'intervento non mostra segni di recidiva locale neoplastica.

Il trattamento di scelta per i carcinoidi tipici è l'exeresi chirurgica completa, con risparmio della quota di parenchima polmonare sano più ampia possibile. Nei casi in cui la lesione causi atelettasia polmonare, è consigliabile far precedere all'intervento chirurgico la disostruzione bronchiale al fine di ottenere una ripresa funzionale del polmone interessato e poter effettuare una resezione il più conservativa possibile. L'approccio transpericardico anteriore risulta una via sicura ed agevole per le procedure sul tratto prossimale del bronco principale di sinistra.