

# Ecografia di superficie ma non per questo "superficiale"

A. Pizzo, C. Benedetti, A. Campanini, M. Dolciotti, A. Petrucci, C. Ravandoni, F. Bono

■ In questa rubrica la Scuola di Ecografia Generalista presenta casi la cui sintomatologia è di frequente riscontro negli studi dei medici di

medicina generale, ma dove l'utilizzo della ecografia permette o di concludere l'iter diagnostico o di indirizzarlo fortemente.

Contestualmente si fornisce al lettore un inquadramento della patologia in questione orientato in senso Ecografico.

Chi segue questa rubrica ormai da un po' di tempo potrebbe essersi fatto un'idea della Scuola di Ecografia, o meglio, dei membri della stessa, non completamente aderente alla realtà. Sembrerebbe, infatti, che ogni qualvolta uno di noi si avvicini ad un paziente con una sonda ecografica in mano, nella migliore delle ipotesi, scopra un calcolo della colecisti o, peggio, una metastasi di qualche dannatissimo cancro misconosciuto fino a quel momento.

No. Fortunatamente non è così. Perché, se così fosse, ci sarebbe davvero da preoccuparsi e non ci sarebbe da meravigliarsi se i nostri pazienti cominciassero ad evitarci come se fossimo, a giusta ragione, dei "gatti neri"... No. Buona parte degli esami ecografici che normalmente sono eseguiti negli studi dei mmg ha esito negativo così come accade un po' ovunque si faccia attività ecografica o, più in generale, attività diagnostica per immagini. Certo un esame "nella norma" non ha il sapore della scoperta, l'adrenalina del "vedere", anzi, del vedere prima degli altri; non ha quella amarissima soddisfazione che ti fa esclamare senza muovere le labbra: "avevo ragione!".

Certo bisogna superare l'angoscia della rivelazione e della condivisione della diagnosi col paziente ma, senza ipocrisia, resta l'esaltazione di un lavoro ben fatto.

E allora c'è tutta una serie di esami ecografici dall'esito non necessariamente infausto, ma non per questo me-

no interessanti, che rientrano nella "sfera" delle competenze del mmg ecografista.

Una delle storie che vi raccontiamo brevemente qui di seguito risale al tardo autunno di qualche anno addietro quando verificammo, su di un nostro paziente, come si potesse presentare una presunta "puntura d'insetto" al-

l'esame ecografico.

"Puntura d'insetto". Questa era secondo il paziente quella piccola formazione pomfoide, non più grande di tre mm, leggermente iperemica, presente sulla faccia volare del polso destro. Al solo guardarla, effettivamente, la diagnosi poteva anche essere congrua: paziente lavoratore agricolo, condimeteo favorevoli ecc.

"Buona la prima" quindi, e via con la puntura d'insetto.

Ma un dito sul ponfo non avremmo dovuto metterlo? E fu così che per un dito, un semplice dito, la diagnosi iniziale perse un po' di credibilità, non tanta, ma la certezza di due minuti prima vacillò.

Certo, un pomfo che in qualche misura abbia una sua "pulsatilità" non è difficile da trovare, ma quella "espansione ritmica" era strana, non tipicamente figlia di un qualsiasi processo flogistico.

E allora perché non poggiare un attimo la sonda lineare sul ponfo?

Due minuti di lavoro e via, la diagnosi si sarebbe verosimilmente chiusa. Scansione trasversale, immagine rotondeggiante ipo/anecogena di circa 3 mm immediatamente sottocute; era il "pomfo". (fig.1)

Subito al di sotto era evidente l'arteria radiale che trasmetteva il suo ciclico impulso alla formazione soprastante. Caso chiuso? Sì, fino al momento in cui venne girata la sonda in posizione longitudinale rispetto al vaso.

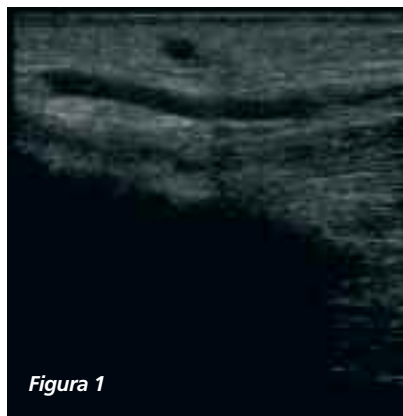


Figura 1

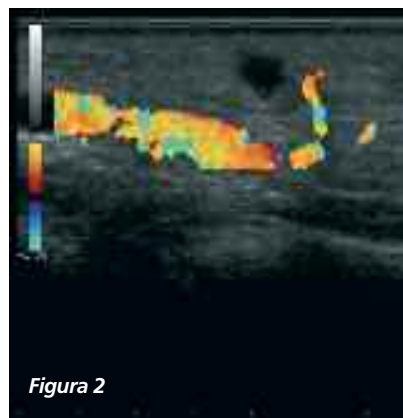


Figura 2

segue a pag. 34 ►

## Ecografia superficiale o sopra fasciale

L'ecografia superficiale, o meglio l'ecografia sopra fasciale, permette la definizione di tutta una serie di patologie primitive e secondarie di questa parte del corpo umano solo apparentemente meno interessante rispetto ad altri targets come addome, tiroide, ecc.

Anche in questo caso l'ecografia ha un'ottima sensibilità ma, spesso, una scarsa sensibilità.

Le varie lesioni esaminate, tuttavia, considerandone le caratteristiche dei margini, l'ecostruttura e l'ecogenicità, le dimensioni, la forma (rotondeggiante od ovoidale, la trasmissione degli ultrasuoni e più recentemente l'uso dell'elastosonografia e del mezzo di contrasto possono consentire un orientamento diagnostico.

In alcuni lavori il rapporto benigno vs maligno è di 5 ad 1.

**Lipomi:** generalmente lievemente iperecogeni con striature iperecogene che conferiscono un pattern lobulato, capsulati, privi di afferenze vascolari al color/power Doppler. Le dimensioni possono variare da pochi millimetri a diversi centimetri con localizzazione pressochè ubiquitaria. Sempre opportuna la soluzione chirurgica (possibile transizione in liposarcoma) per quelli sottofasciali e/o per presenza di tracce vascolari intralesionali. Da monitorare con attenzione l'evoluzione per quelli di dimensioni da o oltre i 40 mm (precedente criterio decisionale per l'asportazione). Cisti sebacee: ipoecogene le non suppurate, anecogene se già colliquate, margini ben definiti le prime, alquanto soffici le seconde, con scarsi o nulli segni di vascolarizzazione (prevalentemente perilesionale). Metastasi: generalmente ipoecogene a margini irregolari spesso con segnali di vascolarizzazione intralesionale. Particolare attenzione ai secondarismi in corso di tumori del sistema ematopoietico che si presentano, ingannevolmente, come lesioni "circoscritte" e ben definite ipoecogene. Tumori connettivali benigni o maligni: non sempre agevole la distinzione dalle altre patologie nodulari. Particolare attenzione merita la ricerca dei segni positivi per neoformazione non benigna

(disomogeneità del pattern ecografico in b-mode, vascolarizzazione intralesionale, margini irregolari, attenuazione del fascio us. in profondità, assenza di evidenti piani di clivaggio, ecc.).

**Raccolte post-traumatiche:** facilmente individuabili in relazione all'anamnesi. Indispensabile, in quelle ematiche sopra o sottofasciali, la conoscenza della tempistica dell'esecuzione dell'esame rispetto al trauma efficiente. Bisogna ricordare che a



Figura 1

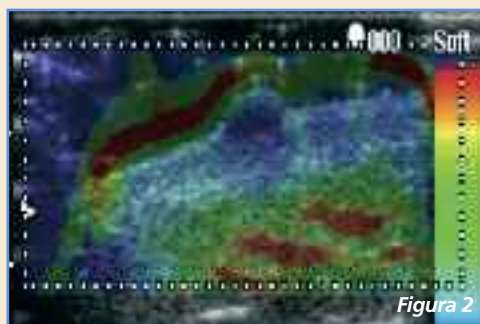


Figura 2



Figura 3



Figura 4

volte, nelle fasi iniziali, le raccolte ematiche non sono evidenziabili perché i globuli rossi creano un numero di interfacce generanti echi che "simulano" l'integrità tissutale.

Quindi è indispensabile rivedere il paziente a 24/48 ore di distanza quando è già in atto la colliquazione dei gr.

**Lesioni ossee:** particolarmente evidenziate sono le strutture superficiali come le coste, la rotula, il margine anteriore della tibia ecc. anche grazie alla notevolissima differenza di impedenza acustica tra il tessuto osseo e tutti gli altri. Le soluzioni di continuità sono particolarmente visibili (coste) spesso con risoluzioni migliori rispetto alla radiologia tradizionale.

**Formazioni cistiche:** rare, generalmente di pertinenza delle guaine tendinee, tipicamente anecogene ed avascolari.

**Istiocitoma:** istiocitoma fibroso maligno ovvero xantoma fibroso maligno o fibroxantoma sarcoma rappresenta circa il 20% di tutti i sarcomi. Origina prevalentemente dai tessuti molli profondi. L'esame ecografico consente una prima valutazione sulla valutazione di natura ricercando i parametri già noti (margini, vascolarizzazione intralesionale ecc.).

**Linfonodi superficiali:** grande il rilievo diagnostico ultrasonografico sia per la notevole sensibilità e specificità ottenibili con l'uso combinato della metodica b-mode e color Doppler che con tecnica sonoelastografica. La ricerca dell'irregolarità dei margini in termini di deformazione eccentrica e corticale, la distribuzione non ordinata dei vasi ilari (criterio non completamente diagnostico nei linfomi), il valore degli IR (indice di resistenza vascolare), l'indice di rotondità (rapporto tra diametri ortogonali), la presenza di microcalcificazioni, la presenza di aree di colliquazione ovvero l'anecogenicità diffusa, l'aumento di adesività con formazione di "pacchetti" linfonodali costituiscono, se presenti anche solo in parte, motivo di diagnosi di malignità. L'indagine elastosonografica rappresenta una delle nuove frontiere di indagine per immagini attualmente utilizzabile. La metodica è basata sul principio della "palpazione elettronica" rendendo visualizzabile, come differenza di colore, la variazione di elasticità dei tessuti (fig.1; fig.2; fig.3). Quindi grandi possibilità aggiuntive, per una precoce diagnosi di malignità, in quanto, patterns con score 3, 4 o 5 (fig.4) sembrano essere sufficientemente indicativi.

◀ segue da pag. 32

Tra “pomfo” e vaso stesso c’era una piccola e stretta “traccia” ipocogena che sembrava congiungerle (fig.2); la

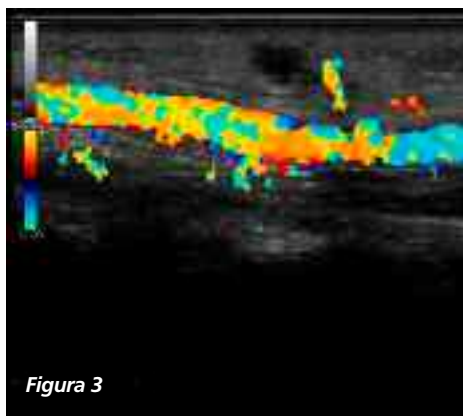


Figura 3

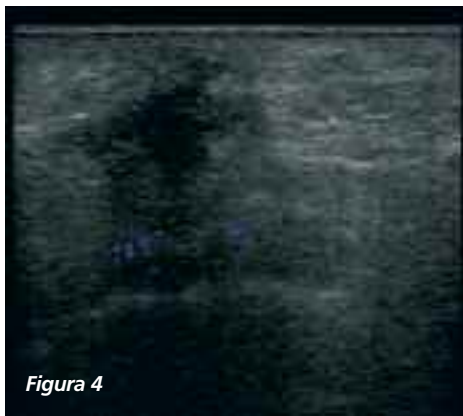


Figura 4

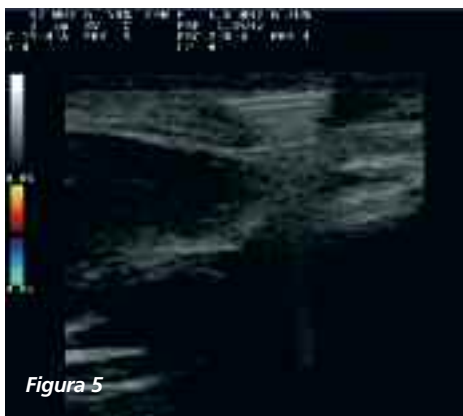


Figura 5

diagnosi corretta si andava progressivamente formando. Mancava la certezza che arrivò insieme alla pressione del tasto CFM sull’ecografo, quello del “colore” tanto per intenderci.

E così il pomfo si accese di un bel rosso porpora ed era evidente l’estensione nella traccia dal pomfo fino all’arteria radiale (fig.3 e 4).

Fu allora che ci si ricordò di un particolare determinante dell’anamnesi patologica prossima del paziente: a giugno dello stesso anno era stato sottoposto a rivascolarizzazione primaria di una coronaria per una grave ischemia cardiaca. La domanda partì nello stesso momento in cui arrivava la risposta del paziente che aveva capito cos’era successo: “sì”. I colleghi cardiologi erano “entrati” in aorta passando per la radiale destra, all’uscita avevano chiuso l’arteria con un “device” che, vendemmiando dalla mattina presto, era semplicemente saltato. Ghiaccio, bendaggio compressivo, caso risolto.

Non altrettanto “allegra” fu la definizione di una formazione sottocutanea in un altro paziente. L’anamnesi purtroppo raccontava di un sarcoma della mandibola che, nel tempo, faceva in suo devastante decorso.

L’attenzione per quel piccolo “nodulo” sottocutaneo era più che altro consolatorio per il povero paziente che in quella sede avvertiva dolore che non una reale necessità diagnostica.

L’ecografia “superficiale” (fig.5): immagine ipocogena a margini irregolari (“stellata”) e sia pur debolmente vascola-



Figura 6

rizzata al color Doppler. Prevedibilmente una metastasi del sarcoma osseo.

Altre situazioni in cui alcune formazioni superficiali sono state risolte grazie all’ecografia sono i “corpi estranei”.

E di corpo estraneo ritenuto sottocute della mano destra si trattava in quel paziente che un anno prima, in seguito ad un incidente automobilistico, era stato ricoverato presso il reparto di rianimazione.

Quindi ecografia ed asportazione in ambulatorio di un piccolo (3 mm) cubetto di parabrezza (fig. 6).

E ancora, quando il “fai da te” casalingo diventa fonte di infortuni, può capitare di vedere ecograficamente un pseudoaneurisma palmare che, grazie alla estrema precisione del mezzo diagnostico permette di distinguere tra semplice ematoma e pseudo aneurisma e quindi l’invio del paziente presso la struttura più idonea alla soluzione del problema (fig.7).

Ed allora possiamo concludere che l’ecografia generalista è fatta non solo di grandi diagnosi inattese o di situazioni cliniche “usuali” nella diagnostica ecografica ma anche di una miriade di “piccole” diagnosi più o meno patologiche che comunque, e a pieno diritto, fanno parte del quotidiano del mmg.

ATT

am  
AVVENIRE MEDICO

Mensile della Fimmg  
piazza G. Marconi 25 00144 Roma  
Telefono 06.54896625 Telefax  
06.54896645

Fondato nel 1963

da Giovanni Turziani e Alberto Rigattieri

**Direttore**  
Giacomo Millio  
**Direttore Responsabile**  
Michele Olivetti  
**Comitato di redazione**  
Esecutivo nazionale Fimmg

**Editore**  
Health Communication  
Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma  
Tel 06.594461 Fax 06.59446228  
e.mail: avveniremedico@hcom.it

**Coordinatore editoriale**  
Eva Antoniotti

**Hanno collaborato**  
G. Arpino, C. Benedetti, F. Bono,  
A. Campanini, L. Conti,  
F. Corti, E. Cotrozzi,  
B. Cristiano, M. Dolciotti,  
G. Gensini, P. Giarusso, R. Le Pera,  
E. Maragò, A. Michienzi,  
F.F. Morbiato, S. Nobili, A. Petrucci, A. Pizzo,  
M. Rampini, C. Ravandoni, I.  
G. Ricagni, G. Sanna, A. Zaninelli

**Progetto grafico**  
Giancarlo D’Orsi  
**Ufficio grafico**  
Daniele Lucia, Barbara Rizzutti

**Foto**  
Fabio Ruggiero

**Stampa**  
Union Printing - Viterbo  
Finito di stampare nel mese di giugno 2010  
Registrazione al Tribunale di Bologna  
n. 7381 del 19/11/2003  
Costo a copia 2,50 €

Testata associata a  
A.N.E.S.  
ALTA NEWS EDITORIALE S.p.A.  
PUBBLICITÀ - PUBBLICITÀ - PUBBLICITÀ



Editore  
**Health Communication srl**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario