

# Immagini in Pneumologia Interventistica

a cura di Pier Aldo Canessa e Angelo Gianni Casalini

## Tubercolosi endobronchiale in paziente affetto da linfoma recidivante

### Endobronchial tuberculosis in a patient with relapsing lymphoma

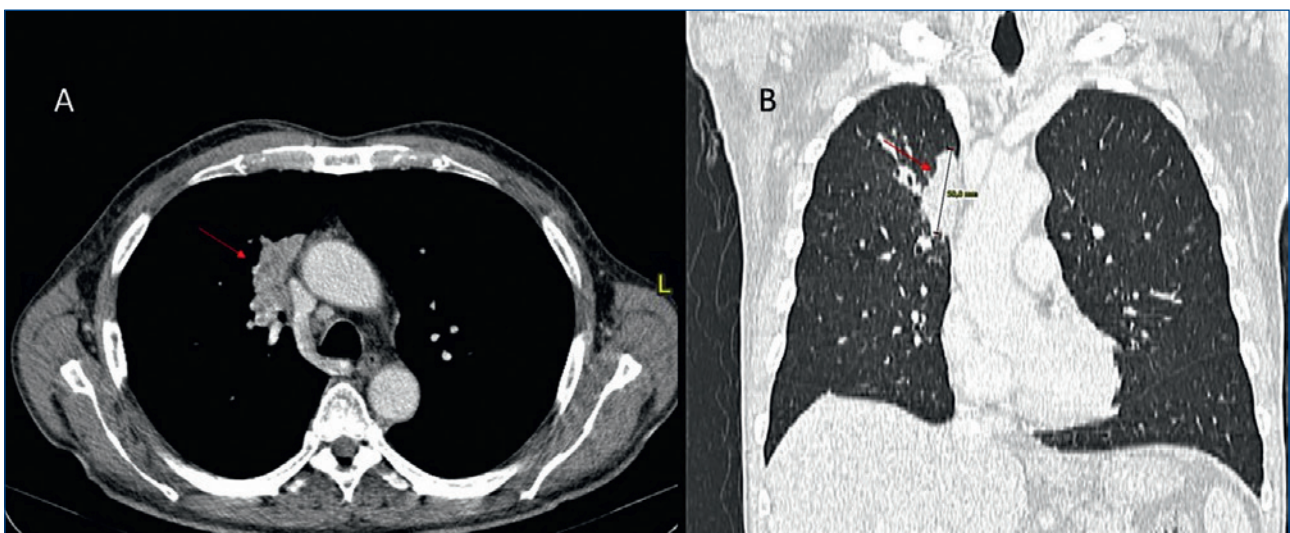


Maria Majori<sup>1</sup> (foto), Lucia Prezioso<sup>2</sup>, Letizia Gnetti<sup>3</sup>, Anna Giorgio<sup>1</sup>, Daniele Barantani<sup>4</sup>, Angelo Gianni Casalini<sup>1</sup>

<sup>1</sup> U.O. Pneumologia-Endoscopia Toracica-UTIR, <sup>2</sup> U.O. Ematologia e CTMO, <sup>3</sup> U.O. Anatomia Patologica, <sup>4</sup> 1^ Servizio di Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

### Caso clinico

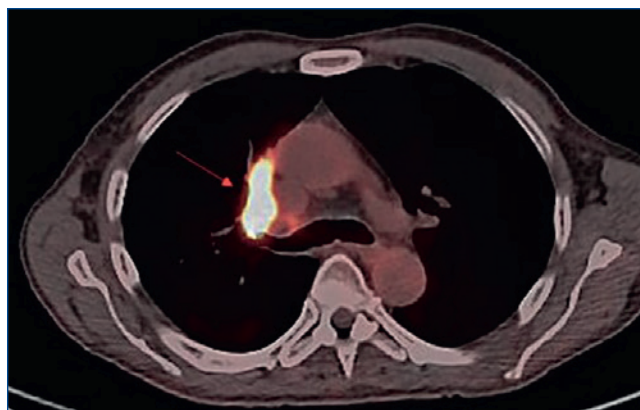
Uomo di 64 anni, non fumatore, affetto da linfoma non Hodgkin a tipo mantellare (variante blastoide) e da epatopatia HBV-relata, è giunto alla nostra attenzione per tosse e iperpiressia. La malattia linfoproliferativa (sedi laterocervicale, ascellare, mediastinica, paraortica, paracavale, aortoiliaca ed inguinale) era stata diagnosticata circa 10 anni prima ed era stata trattata con ben 8 linee di terapia (R-CHOP, R-DHAP, FEAM, RFM, rituximab-bortezomib, lenalidomide, ibrutinib, R-BAC) e con trapianto di cellule staminali ematopoietiche da donatore familiare aploidentico 7 mesi prima. Il paziente fu sottoposto a TAC torace-addome con documentazione di massa solida a margini sfrangiati nel lobo superiore destro in sede para-ilare, captante in maniera disomogenea il mezzo di contrasto e determinante l'*encasement* completo delle strutture vasculo-bronchiali tributarie (Figura 1). La



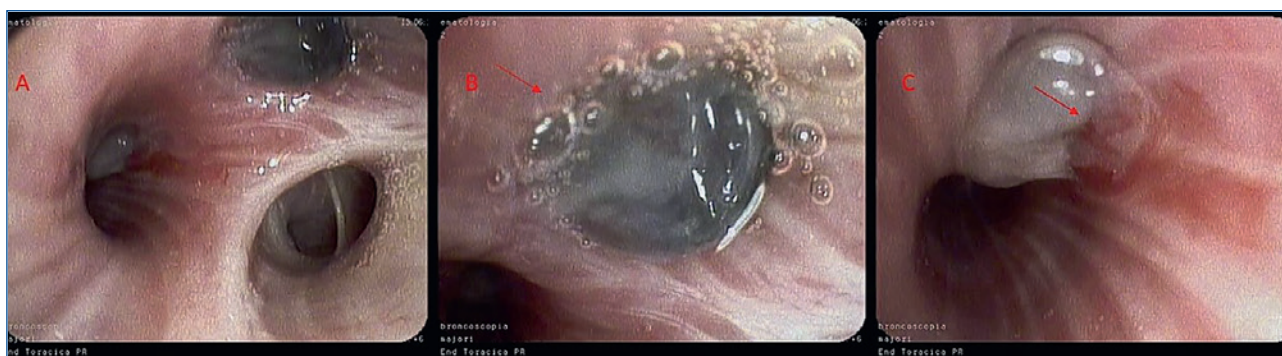
**Figura 1.** Tomografia assiale computerizzata del torace con mezzo di contrasto. Sezione assiale (A) e sezione coronale (B). Massa solida (freccia) a margini sfrangiati nel lobo superiore destro in sede parailare, captante in maniera disomogenea il mezzo di contrasto e determinante l'*encasement* completo delle strutture vasculo-bronchiali tributarie.

formazione risultava indissociabile da voluminosa adenopatia ilare destra (20 x 24 mm) e presentava intenso iperaccumulo del tracciante (SUVmax 23,6) alla PET (Figura 2).

Alla luce di tali reperti e stante il suo carattere ricorrente, il primo sospetto diagnostico fu di ennesima recidiva del linfoma. Altre possibili diagnosi differenziali comprendevano la neoplasia polmonare o un'infezione. Fu, quindi, programmata una broncoscopia sotto controllo fluoroscopico, con broncoscopio flessibile ed ecobroncoscopio per eventuale campionamento della linfadenopatia ilare. L'obiettività endoscopica era caratterizzata dalla stenosi completa dell'imbocco del ramo apicale del bronco lobare superiore destro e da stenosi parziale dell'imbocco del ramo segmentario ventrale adiacente per la presenza di tessuto a superficie liscia e colorito nerastro, sanguinante al contatto con lo strumento endoscopico (Figura 3A-C). A questo livello furono effettuate biopsie multiple e broncoaspirati sia ad uso citologico che microbiologico. L'analisi istologica dei campioni bioptici documentò la presenza di "flogosi granulomatosa epitelioido-giganto-cellulare" (Figura 4) che fu possibile ascrivere ad infezione tubercolare alla luce dell'isolamento di *Mycobacterium tuberculosis* all'esame microscopico diretto (colorazione di Kinyoun e con



**Figura 2.** Tomografia ad emissione di positroni. Sezione assiale. Intenso iperaccumulo del tracciante (SUVmax 23,6) a livello della massa parailare destra.



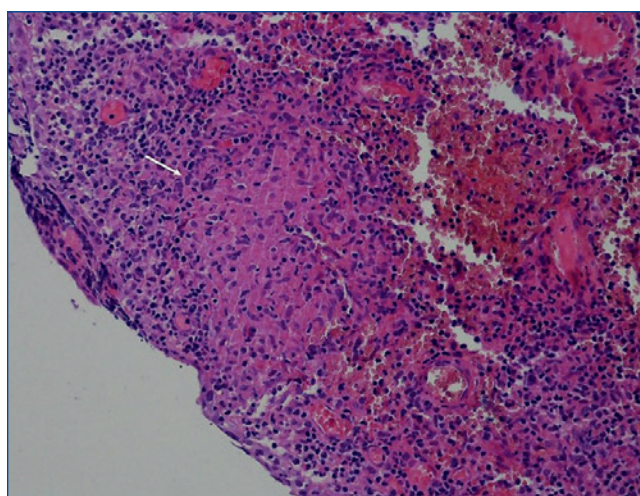
**Figura 3.** Broncoscopia flessibile diagnostica. Stenosi completa dell'imbocco del ramo apicale del bronco lobare superiore destro e stenosi parziale dell'imbocco del ramo segmentario ventrale adiacente (A) per la presenza di tessuto a superficie liscia e colorito nerastro (B, freccia), sanguinante al contatto con lo strumento endoscopico (C freccia).

auramina-rodamina) e colturale (*Reverse Hybridization* previa PCR) nel liquido di lavaggio.

Il paziente intraprese, quindi, terapia specifica con miglioramento clinico-radiologico già dopo 1 mese di trattamento.

## Commento

La tubercolosi endobronchiale non ha segni e/o sintomi patognomonici e la diagnosi differenziale con la patologia neoplastica può essere difficile <sup>1</sup> con conseguente ritardo nella terapia, interventi inutili ed aumento della severità e complicanze della malattia che costituisce la seconda causa di morte per malattia infettiva dopo la sindrome da immunodeficienza acquisita <sup>2</sup>. Nel nostro caso: l'assenza di alterazioni radiologiche quali le *classiche* opacità a "tree in bud" e l'elevato SUV alla PET



**Figura 4.** Campione biptico. Colorazione ematossilina-eosina. Ingrandimento 20x. Flogosi granulomatosa epitelioido-giganto-cellulare (freccia).



(23,6) ci avevano orientato in prima ipotesi verso la patologia neoplastica. L'obiettività endoscopica più frequente è caratterizzata dalla presenza di iperemia mucosa ed ulcerazioni che possono evolvere in formazioni polipoidi di tessuto iperplastico e in cicatrizzazione determinante la stenosi dei lumi bronchiali<sup>3</sup>.

Fattori di rischio sono costituiti da malnutrizione, abuso di alcool, abitudine tabagica e immunodepressione<sup>4</sup> come nel caso del nostro paziente.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Patel SM, Iyer A, Jayalakshmi TK, Nair G. *Endobronchial tuberculosis mimicking malignancy*. Lung India 2015;32:508-10.
- <sup>2</sup> Khandkar C, Harrington Z, Jelfs PJ, et al. *Epidemiology of peripheral lymph node tuberculosis and genotyping of M. tuberculosis strains: a case-control study*. PLoS One 2015;e0132400.
- <sup>3</sup> Smith LS, Schillaci RF, Sarlin RF. *Endobronchial tuberculosis. Serial fiberoptic bronchoscopy and natural history*. Chest 1987;91:644-7.
- <sup>4</sup> Theron G, Jenkins HE, Cobelens F, et al. *Data for action: collection and use of local data to end tuberculosis*. Lancet 2015;2324-33.

EXPERIENCE INTERVENTIONAL PULMONOLOGY

**FUJIFILM**  
Value from Innovation

## ULTRASONIC SYSTEMS FOR EBUS-TBNA & EBUS-MP



**PB 2020-M**

**EB-530 US**