

"UN RARO CASO DI CARCINOMA ONCOCITICO DEL DOTTO NASOLACRIMALE TRATTATO CON APPROCCIO ESCLUSIVAMENTE ENDOSCOPICO"

Barbara Pedruzzi - D.Lombardi, D.Tomenzoli, P.Nicolai

Introduzione: I tumori maligni primitivi delle vie lacrimali sono rari e principalmente di tipo epiteliale. Viene riportato un raro caso di carcinoma oncocitico ad origine dal dotto nasolacrimale trattato con approccio endoscopico transnasale.

Caso clinico: Nel Gennaio 2006 è giunta alla nostra attenzione una paziente di 44 anni che lamentava epifora destra da circa 4 mesi. All'endoscopia nasale, a livello del meato inferiore destro, era evidente una lesione espansiva. L'esame biptico ha posto il dubbio tra adenoma e adenocarcinoma a basso grado di differenziazione. Allo studio per immagini (TC e RM) il tumore sembrava originare dal dotto nasolacrimale destro, senza macroscopica estensione intraorbitaria e/o al sacco lacrimale. Si è deciso di sottoporre la paziente ad intervento chirurgico endoscopico per via transnasale. E' stata eseguita una maxillectomia endoscopica mediale con approccio di Sturmman-Canfield, con asportazione del turbinato inferiore e della parete mediale del seno mascellare destro e sezione del dotto naso-lacrimale a livello del sacco lacrimale. Esami istologici estemporanei eseguiti sul sacco lacrimale e sui restanti margini chirurgici hanno confermato la radicalità della exeresi. L'esame istopatologico definitivo è risultato compatibile con carcinoma oncocitico del dotto nasolacrimale. In rapporto alla radicalità dell'asportazione ed alla natura della neoplasia non è stata effettuata radioterapia post-operatoria. La paziente è stata sottoposta a follow-up con controlli endoscopici ogni due mesi e RM ogni quattro mesi. A 14 mesi dall'intervento la paziente è libera da malattia e asintomatica.

Discussione: I tumori del dotto nasolacrimale si possono manifestare con epifora, dacriocistiti ricorrenti e/o tumefazioni al canto mediale dell'orbita. La diagnosi viene ottenuta dall'integrazione di valutazione oftalmologica, endoscopia nasale, dacriocistografia, TC e/o RM. Il trattamento di prima scelta è generalmente l'asportazione chirurgica, che può essere ottenuta con approccio endoscopico puro oppure combinato ad un approccio esterno (midfacial degloving o rinfotomia laterale). Fattori critici nella scelta dell'approccio sono l'aggressività biologica e l'estensione delle lesioni verso il sacco lacrimale e il resto del contenuto orbitario. La radioterapia postoperatoria va riservata ai casi ad alto rischio di recidiva locale, per presenza di margini positivi all'esame istologico definitivo o per elevata aggressività del tumore.