

ESOSTOSI SOLITARIA DELLA SCAPOLA

di

B. SCARSELLI

R. CUSCANI

Pur rappresentando l'esostosi la neoplasia benigna più frequente delle ossa, essa nella sua localizzazione scapolare si manifesta con una particolare rarità.

L'esostosi solitaria intesa in senso lato ed in tutte le sue localizzazioni differirebbe essenzialmente dalle esostosi che si osservano nella « malattia esostosante » per due fattori principali e cioè per l'assenza di una trasmissibilità ereditaria e per la mancanza di localizzazione sistemica. Altre sue caratteristiche, secondo alcuni autori, sarebbero il fatto che difficilmente recidiva ed altrettanto difficilmente degenera in neoplasia maligna.

Sede preferita nella localizzazione scapolare è una « stretta fascia » che segue il margine interno della scapola stessa, sulla sua faccia costale. Talora sessile, spesso pedunculata, si sviluppa dalla superficie costale della scapola verso la parete toracica, e di frequente la sua estremità libera è ricoperta da connettivo lasso, qualche volta da una vera e propria borsa sierosa che si inserisce o più giustamente si ribatte al livello del confine ove giunge il rivestimento cartilagineo dell'estremo libero.

E' in relazione alla già detta localizzazione sulla faccia costale scapolare che tali produzioni osteocartilaginee possono provocare, produrre un quadro clinico noto come « Scroscio scapolare » che può essere dovuto però anche ad altre cause. Due aspetti pertanto, di queste esostosi scapolari, e cioè la presenza di una borsa sierosa ed il suddetto scroscio scapolare sono legati alla particolare situazione anatomica dell'omoplata.

L'omoplata è un grosso osso sesamoide che prende rapporto con la gabbia toracica tramite la clavicola e numerosi gruppi muscolari che contribuiscono a tenervelo aderente. Essa nella sua giusta posizione, tra la seconda e l'ottava

costola è separata dalla parete posteriore ed in parte laterale del torace da due spazi che costituiscono i suoi piani di scorrimento nei movimenti dell'arto superiore. Il primo spazio più superficiale è delimitato indietro dal muscolo sottoscapolare, in avanti dal grande dentato, il secondo più profondo confina indietro con il grande dentato in avanti con le costole ed i muscoli intercostali. In tali spazi v'è tessuto cellulare lasso che facilita lo scorrimento della scapola sulla parete toracica cui normalmente la scapola stessa è perfettamente congruente.

Ci si rende pertanto conto come, da un lato l'imperfetta congruenza tra piano scapolare e parete toracica per la presenza di una neoformazione che dal piano costale della scapola si spinge in avanti, possa provocare durante i movimenti dell'arto superiore quel fenomeno acustico detto scroscio scapolare cui già abbiamo accennato, e d'altra parte come il continuo microtrauma sulla porzione più sporgente della neoproduzione sottoscapolare, determinato dallo scorrimento sul piano costale, possa produrre a lungo andare una reazione tissutale che nella forma più completa è costituita da una borsa sierosa.

E' anche evidente che le cause di uno scroscio scapolare possono essere molteplici. Ricorderemo qui brevemente le alterazioni congenite della normale curvatura della scapola, le fratture o processi patologici vari della scapola e delle costole in sua corrispondenza, le alterazioni del muscolo grande dentato.

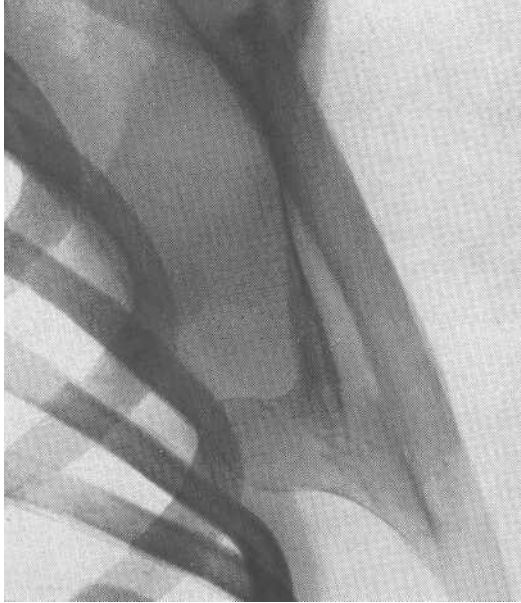
Noi abbiamo avuto modo di osservare alcuni casi di esostosi scapolare caratterizzati da manifestazioni cliniche varie e più o meno evidenti. C'è sembrato utile raccoglierci in questo nostro lavoro per la non comune frequenza con cui possono riscontrarsi e per alcune brevi considerazioni.

Riportiamo qui in sintesi i dati salienti di ciascun caso che verrà più estesamente illustrato in calce alla iconografia.

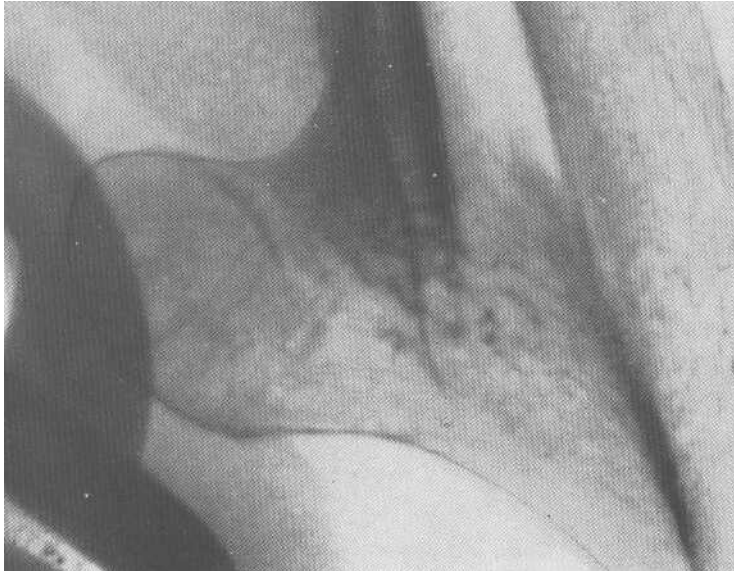
1) Il primo caso era caratterizzato clinicamente da; immagine radiografica tipica, presenza di scroscio scapolare, scapola alata ed alta; era inoltre evidenziabile palpatariamente la neoproduzione.

Caso I: D. Antonino, anni 20. Da circa un anno i genitori hanno notato un atteggiamento anormale della scapola sinistra nel senso che la stessa sembrava più elevata della controllata e più distaccata dalla parete toracica. All'ispezione si nota appunto un risalimento della scapola ed un allontanamento del suo margine vertebrale dai piani sottostanti, tipo « scapola alata ». Alla palpazione del margine mediale della scapola tra 3° medio e 3° inferiore interponendo le dita tra piano scapolare e parete toracica si riesce ad apprezzare una neoformazione di consistenza ossea che dalla faccia costale della scapola si spinge anteriormente. I movimenti della scapolo-omerale sono liberi e producono uno « scroscio » particolare avvertibile anche palpatariamente

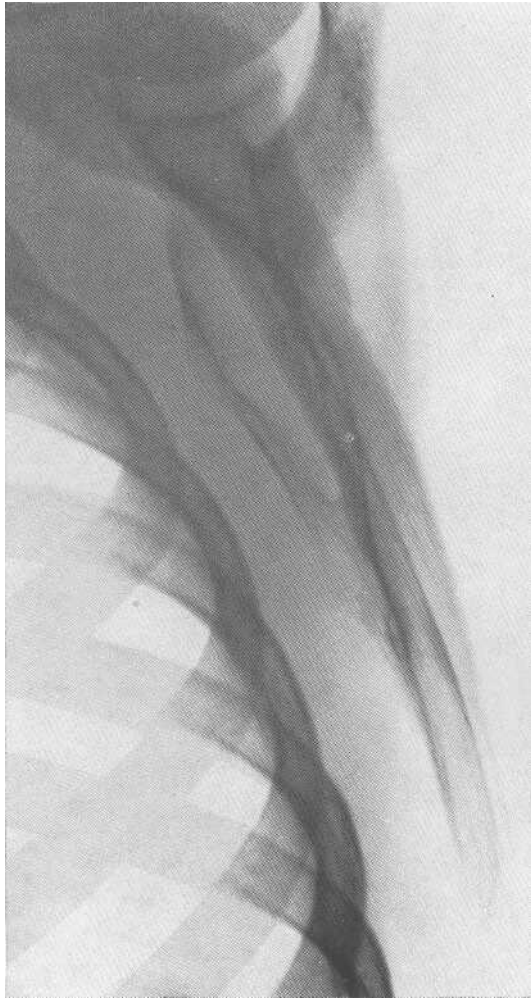
Esostosi solitaria della scapola



a) Rx in laterale: neoformazione ossea, tipo esostosi sessile, con base di impianto sulla superficie ventrale della scapola tra 3° medio e 3° inferiore, estrinsecantesi verso la gabbia toracica

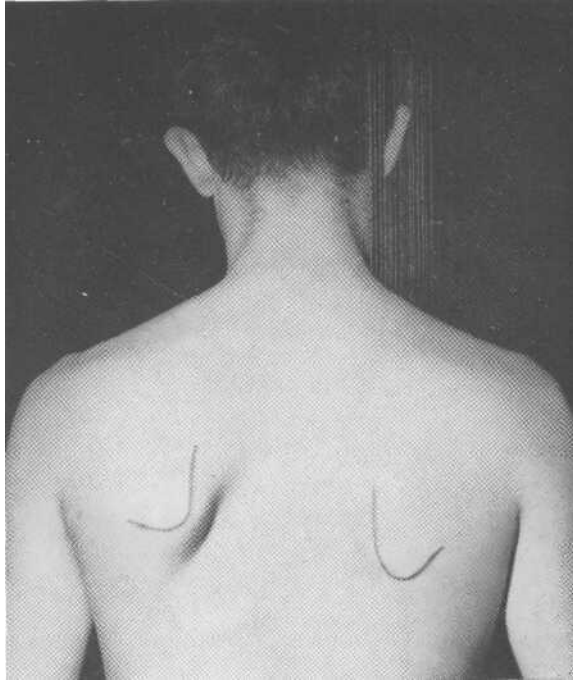


b) In questo radiogramma si può osservare un particolare del precedente

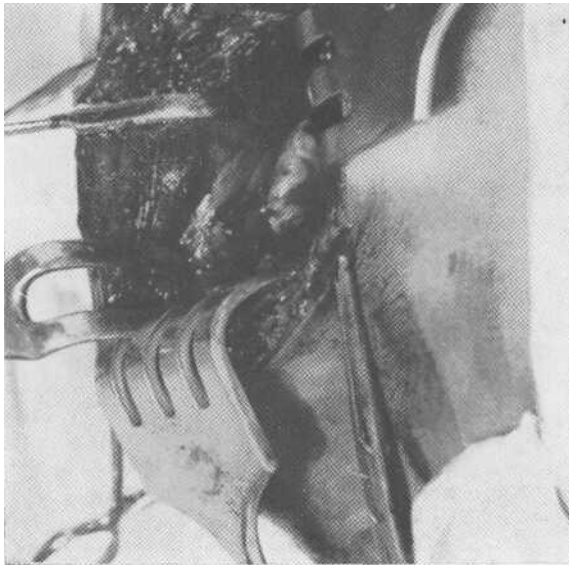


c) Rx quattro mesi dopo l'intervento

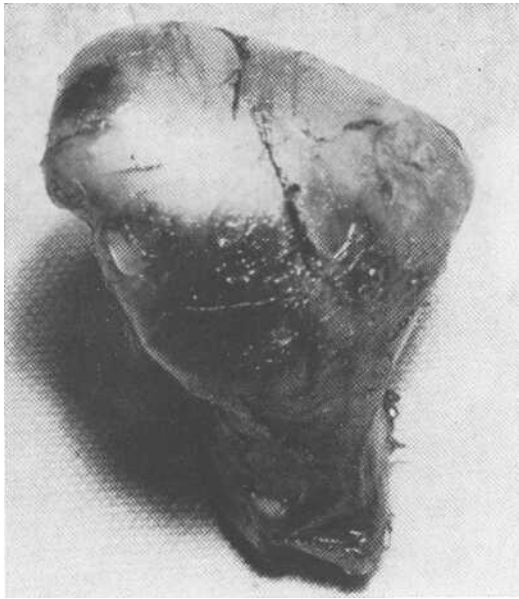
Esostosi solitaria della scapola



d) Aspetto della scapola « alata ed alta » prima dell'intervento



e) Aspetto dell'esostosi al campo operatorio; la borsa mucosa è stata in parte asportata



f) Aspetto macroscopico dell'esostosi asportata vista dall'alto

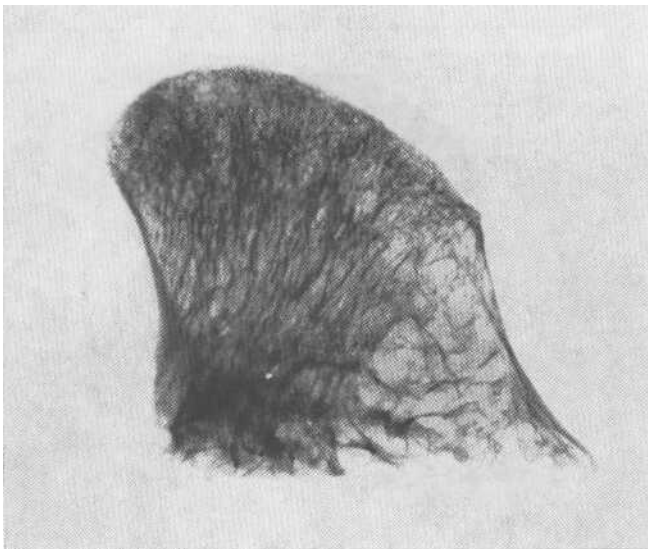


g) Esostosi vista lateralmente

Esostosi solitaria della scapola



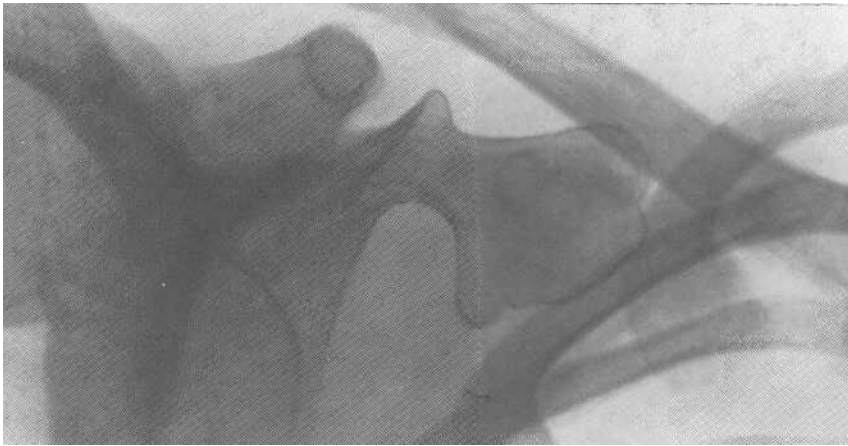
h) Spaccato dell'esostosi che mostra un tessuto osseo per lo più spugnoso con scarsa cartilagine verso la parte libera



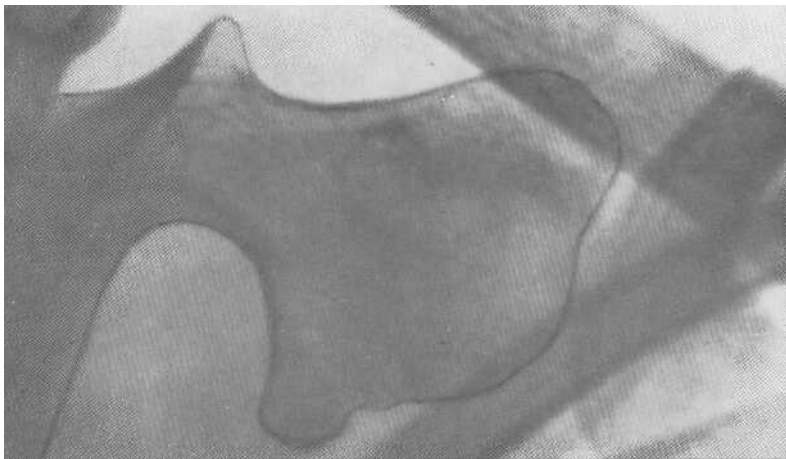
i) Rx dell'esostosi che conferma la struttura prevalentemente spongiosa della stessa

2) Il secondo caso da: immagine radiografica tipica, presenza di scroscio scapolare, scapola alata; era evidenziabile palpatoriamente l'esostosi.

Caso II: P. Domenico, Carini II. Circa otto mesi fa il padre si è accorto che la scapola destra era un poco sollevata rispetto alla controlaterale, così pure la spalla. Visitato da un sanitario è stato inviato a noi con diagnosi di « scoliosi dorsale alta ». All'ispezione si nota subito che tutta la spalla destra appare più alta rispetto alla controlaterale. Si nota pure che la scapola è allontanata medialmente dal piano costale sottostante (« alata »), mentre non appare alta. Presenza di scroscio articolare nei movimenti di abduzione. Alla palpazione presso l'angolo supero-mediale della scapola, sulla sua superficie ventrale, può apprezzarsi la presenza di una neoformazione di consistenza ossea, mobile con i movimenti della scapola stessa. Non disturbi subiettivi. Si prospetta l'intervento di asportazione della esostosi che il padre del paziente preferisce rinviare per motivi di studio

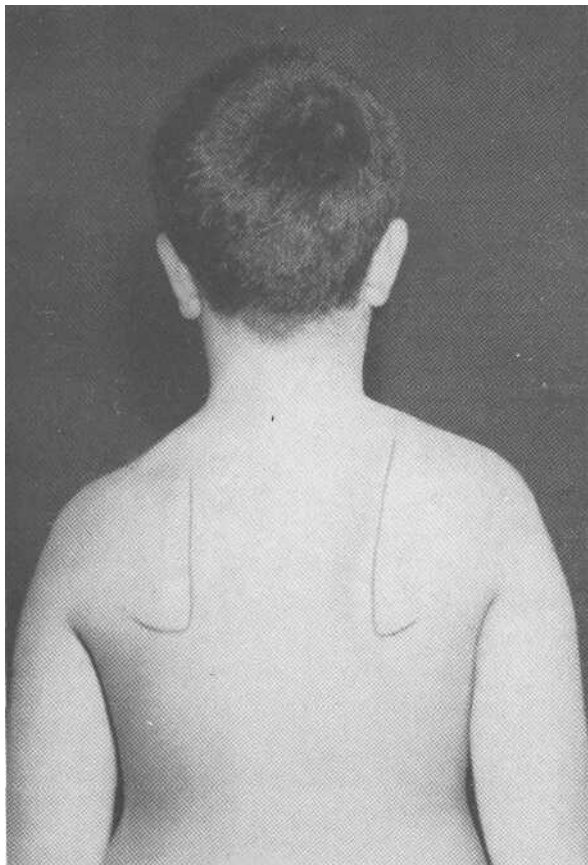


a) Rx in obliqua della scapola che mostra una neoformazione ossea pedunculata, arbore-scente che dall'angolo supero-mediale della scapola si spinge in avanti verso la gabbia toracica



b) Particolare della figura precedente

Esostosi solitaria della scapola



e) Foto del paziente da dietro e dall'alto

3) Il terzo caso presentava i caratteri del precedente.

Caso III: L. Luigi, anni 14. Da qualche mese i genitori si sono accorti che la scapola sinistra si presenta leggermente sollevata sulla gabbia toracica. All'ispezione si conferma l'esistenza di una scapola alata. Alla palpazione sotto il margine mediale della scapola si avverte la presenza di una piccola tumefazione di consistenza ossea, che si sviluppa in avanti ed un po' medialmente, circa al terzo medio del margine scapolare. Articolari nei limiti. Presenza dello scroscio nei movimenti di abduzione



- a) Rx della scapola in obliqua: neoformazione a struttura ossea sessile a partenza del margine vertebrale dell'omoplata subito al di sotto dell'estremo mediale della spina della scapola
- b) Particolare del radiogramma precedente

Esostosi solitaria della scapola

4) Il quarto caso era caratterizzato da: immagine radiografica tipica, scroscio scapolare, scapola appena sollevata sulla parete toracica.

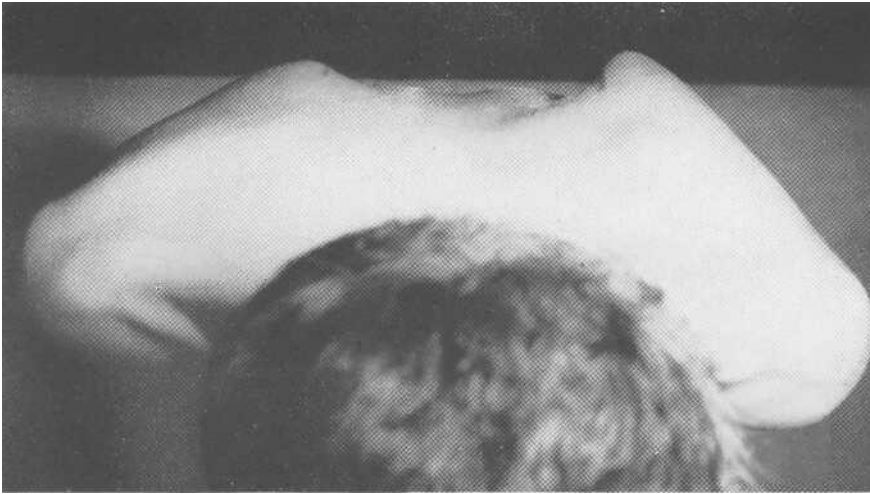
Caso IV: C. Luigi, anni 21. I familiari hanno notato da 7-8 mesi una asimmetria appena accennata tra le due scapole. All'ispezione si nota un sollevamento appena visibile della scapola sul piano costale. La funzionalità articolare della scapolo-omerale è conservata; durante i movimenti si sente e si avverte palpatariamente uno scroscio



a) **Rx** della scapola in laterale: neoproduzione a struttura ossea, sessile, originantesi dalla superficie ventrale della scapola e sviluppantesi nella direzione della gabbia toracica

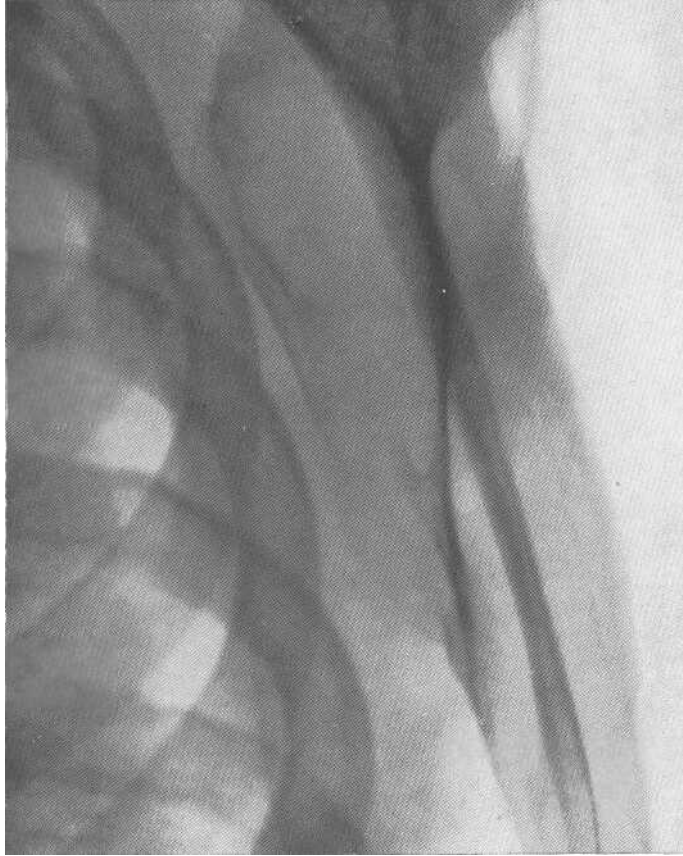


fo) Particolare del radiogramma precedente



e) foto del pa/iente presa dall'alto, ove si può apprezzare meglio il sollevamento del margine vertebrale della scapola sinistra dalla parete toracica

Esostosi solitaria della scapola



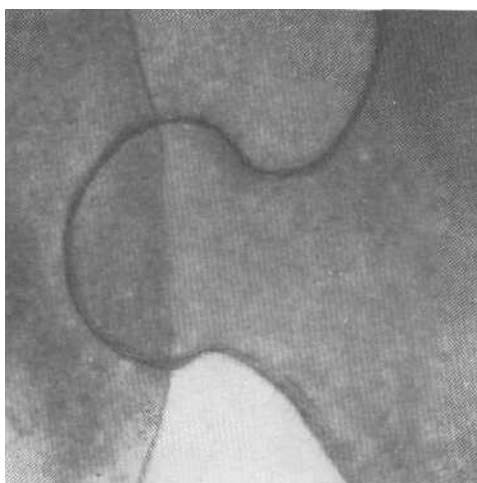
d) Rx a sei mesi dall'intervento

5) Il quinto caso da: immagine radiografica tipica e scapola appena asimmetrica rispetto all'altra.

Caso V: F. Placido, anni 12. Il paziente riferisce che da qualche tempo, nel compiere i movimenti più ampi della scapolo-omero sinistra avverte una sensazione di fastidio in corrispondenza del margine mediale della scapola. Obiettivamente nulla di particolare può osservarsi



a) Esame Rx in laterale: esostosi sessile che dalla faccia vertebrale della scapola si sviluppa verso la gabbia toracica. Si propone intervento chirurgico che i genitori rifiutano



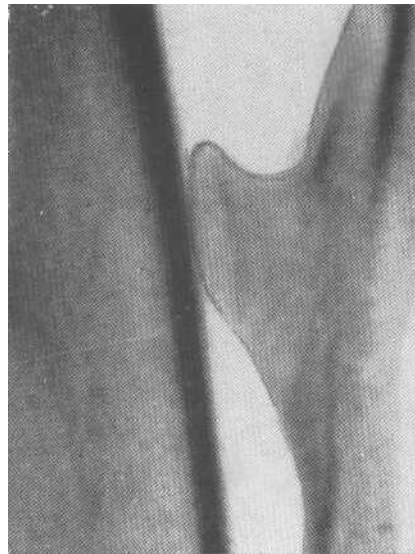
b) Particolare del radiogramma precedente

6) Il sesto caso è stato riscontrato casualmente all'indagine radiografica.

Caso VI: S. Giovanna, anni 14. Ricoverata per trauma distorsivo alla scapolo-omeroale destra e trauma, contusivo alla regione scapolare



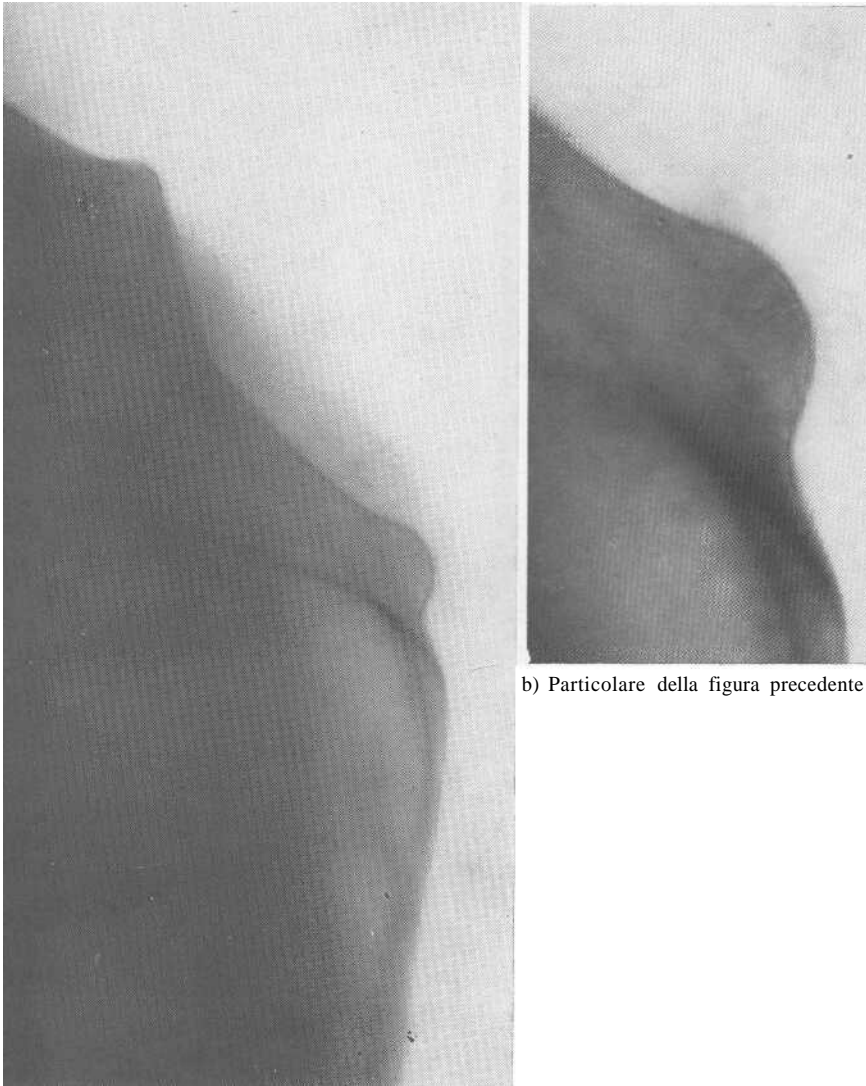
a) Solo l'esame Rx in laterale della scapola rivela la presenza di una piccola esostosi a partenza dal suo margine vertebrale circa al terzo medio e sviluppantesi in direzione della parete toracica



b) Particolare del radiogramma precedente. Poichè tale formazione non da luogo ad alcuna sintomatologia subiettiva od obiettiva non si ritiene di dover proporre l'intervento chirurgico

7) Il settimo caso presentava il dato clinico di una tumefazione al terzo mediale della spina della scapola cui corrispondeva il dato radiologico di una piccola neoproduzione ossea.

Caso VII: R. Marcella, anni 17. I genitori riferiscono che da circa quattro-cinque mesi hanno notato la formazione di una tumefazione sulla scapola. All'ispezione si nota una tumefazione della grandezza di una noce, sulla superficie dorsale della scapola, sul margine vertebrale all'altezza della parte più mediale della spina della scapola



b) Particolare della figura precedente

a) Rx che mostra una neo-produzione cupoliforme a struttura ossea nella sede suddescritta, sulla superficie dorsale della scapola

Esostosi solitaria della scapola



e) Rx dopo l'intevento di asportazione dell'esostosi

Escludendo l'ultimo caso che ne richiama uno analogo presentato da Marziani, ove era presente un nucleo di ossificazione accessorio, persistente, della spina della scapola, è evidente che la maggior parte delle esostosi della scapola si producono effettivamente lungo il margine mediale della stessa, sul versante toracico. Esse si sono rivelate con un quadro clinico per lo più espresso da: scapola alata, scroscio scapolare, talora limitazione della scapolo omerale; solo al tavolo operatorio abbiamo potuto osservare quasi sempre la presenza di una borsa sierosa. Istologicamente si è sempre osservato tessuto osseo in gran parte spongioso, meno compatto, ricoperto da cartilagine ialina verso la parte libera dell'esostosi. Dai dati sopra riportati, inerenti i nostri casi, ed osservando i relativi radiogrammi, si può notare come la sintomatologia clinica possa essere più o meno ricca in rapporto alla entità dell'esostosi.

La diagnostica differenziale non ci ha particolarmente impegnati.

Riteniamo che qualche dubbio, solo iniziale, possa aversi con la scapola alta congenita, con una scoliosi dorsale alta e relativa scapola alata, ma un accurato esame clinico ed un esame radiografico in laterale della scapola dirimerà facilmente il quesito.

Per quanto riguarda la terapia è ovvio che l'unica soluzione da prospettarsi è l'intervento chirurgico di escissione dell'esostosi; con esso si ha la completa remissione clinica dei segni legati alla neoproduzione come abbiamo potuto notare nei pazienti da noi operati.

Concludendo possiamo confermare:

— l'estrema rarità della localizzazione scapolare dell'esostosi solitaria;

- la sede caratteristica nella maggior parte dei casi, e l'esistenza di qualche caso in sede atipica;

- la presenza di un quadro clinico radiografico che permette di solito una diagnosi non difficile;

- l'esistenza infine di un certo rapporto tra l'entità dell'esostosi e la ricchezza sintomatologica del quadro clinico.

Riassunto

Gli AA. presentano alcune esostosi solitarie della scapola soffermandosi a trattare gli aspetti salienti ed il quadro clinico-radiografico di queste non frequenti localizzazioni dell'esostosi solitaria.

Résumé

Les AA présentent certaines exostoses solitaires de l'omoplate en s'arrêtant un instant à traiter les aspects saillants et le cadre clinique-radiographique de ces localisations d'exostoses solitaires qui ne sont pas fréquentes.

Summary

The AA present some shoulder-blade solitary esostoses dwelling on the prominent aspects and the clinical-radiographical prospectus of these not rare localizations of the solitary esostosis.

Zusammenfassung

Die AA stellen einige solitare Existosen des Schulterblatts dar, und sprechen über die Hauptformen und das klinische-radiographische Bild dieser Lokalisierungen, die nicht häufig sind.

Bibliografia

- BARBIERI M.: *Scapola a scatto*. Atti S.I.O.T., 37, 315, 1952.
CAGNAZZO R., RICCHIONI L., CONTESSA A.: *Sulla istogenesi delle esostosi solitarie di crescita*. Chir. Org. Mov., 49, 115, 1960.
CANAVERO M.: *Esostosi osteogeniche solitarie*. Chir. Org. Mov., 15, 411, 1931.
ETTORRE E.: *Sulla formazione della capsula nelle esostosi solitarie cartilaginee*. Atti S.I.O.T., 18, 233, 1927.
LUNARDI B.: *Contributo alla casistica della esostosi bursata della scapola*. Chir. Org. Mov., 19, 276, 1934.
MARZIANI R.: *Sopra due casi non comuni di deformità scapolare*. Chir. Org. Mov., 20, 344, 1934.
POUZET F., LABRY R.: *Exostose de l'omoplate*. Lyon med., 143, 1929.
RINALDI E.: *Scapola alata acquisita da esostosi bursata solitaria della scapola*. Archivio Putti, 21, 127, 1966.
SANGUINETTI C.: *Le esostosi (contributo clinico ed istologico)*. Atti S.I.O.T., 41, 379, 1956.
STEFANELLI C.: *L'esostosi osteogenica solitaria nel quadro della « malattia osteogenetica »*. Chir. Org. Mov., 19, 601, 1935.
STRINGA G.: *Neoplasie del cingolo scapolo omerale e del terzo superiore dell'omero*. Atti S.I.O.T., 37, 261, 1952.