

Si esegue una compressione sul frammento mediante la innessione eccentrica della vite che deve essere il piú distale possibile rispetto al foro, quindi si pone una vite da corticale da 2,7 e si controlla l'avvenuta stabilita.

La pseudoartrosi risulta perfettamente chiusa, il montaggio è perfettamente solido, il polso può essere mobilizzato in ogni direzione, senza variazioni nel montaggio avvenuto.

Si esegue la sutura della capsula, viene messo un piccolo drenaggio aspirante e il polso viene immobilizzato mediante una blanda fasciatura elastica. Tale fasciatura viene tenuta per 2 giorni, in terza giornata si esegue un apparecchio gessato con incluso il primo metacarpo e lasciando libera la prima e seconda falange del pollice; il gesso viene mantenuto per 40 giorni.

Dopo 40 giorni noi osserviamo al controllo radiologico già una buona deposizione di calcio con un'invasione di tessuto osseo tra i due monconi che preannunciano la raggiunta saldatura.

In casi particolari noi abbiamo avuto la consolidazione nel termine di 45 giorni, mentre nella media di 12 casi di pseudoartrosi dello scafoide sinora trattati, noi abbiamo ottenuto una consolidazione in un tempo minimo di 60 giorni e massimo di 90 giorni.

Riteniamo quindi che l'osteosintesi a compressione nelle pseudoartrosi dello scafoide carpale, rappresenti un ottimo sistema nel trattamento di queste lesioni, che ha il vantaggio di assicurare una sicura guarigione ossea della pseudoartrosi in un tempo ridotto.

Istituto Ortopedico G. Pini - Milano
 Servizio di Chirurgia della mano e microchirurgia nervosa e vascolare
 (Dirigente: Prof. A. Vespasiani)

SU UN RARO CASO DI CORNO CUTANEO DELLA MANO

(con 4 figure nel testo)

di

A. VESPASIANI G. CALORI

(In redazione il 3 novembre 1982)

Riassunto

A. VESPASIANI, G. CALORI: *Su un raro caso di corno cutaneo della mano.*

Gli Autori riferiscono su di un raro caso di corno cutaneo della mano: la lesione è interessante per le dimensioni ragguardevoli e per l'evoluzione. Il trattamento è stato di resezione a radicalità locale.

Summary

A. VESPASIANI, G. CALORI: *About a rare case of cutaneous horn of hand.*

The Authors report on a rare case of Cutaneous Horn of the hand: the lesion is interesting, for the considerable dimensions it reaches and for its evolution. The treatment has had the character of a radical local resection.

Il corno cutaneo è una rara neofornazione dermatologica di significato neoplastico che per l'anomala struttura e per la figura con le corna degli animali rappresenta una curiosa entità clinica.

In genere si localizza nelle parti esposte del collo, del volto, ma raramente anche sulla regione dorsale del polso o della mano.

Il caso che noi segnaliamo è una rara localizzazione di corno cutaneo, d'insolita grandezza, su una mano che aveva subito 25 anni prima un grave infortunio sul lavoro ed era rimasta priva del primo, secondo e parte del terzo raggio.

Il corno cutaneo è considerato una discheratosi, ma in pratica il corno è una vera e propria neoplasia ed esattamente rappresenta una

formazione precancerosa la cui ulteriore evoluzione è il carcinoma spinocellulare.

L'opinione comune è che le forme rare di corno cutaneo siano considerate come forme benigne a prognosi favorevole, ma ciò non è più vero, mentre meritano una maggiore attenzione.

La terminologia di corno è comprensiva di altre forme tumorali che in genere interessano lo strato corneo superficiale della pelle e cioè: cheratoacantoma, cheratoma, cheratosi attiniche, cheratosi da idrocarburi, cheratosi arsenicali, xeroderma pigmentoso, atrofe cicatriziali da radiazioni ionizzanti e da infezioni croniche, morbo di Bowen, malattia della pelle dei marinai.

L'esperienza, pur molto limitata di corni cutanei della mano, mette in guardia su di una facile prognosi: si tratta invece di una prognosi molto severa laddove non viene eseguito un intervento corretto e quindi che può esporre il paziente alla sicura recidiva e ad un secondo intervento molto più indaginoso e difficile con la possibilità di diffusione di metastasi da carcinoma spinocellulare.

Il caso.

Il caso che noi desideriamo descrivere è quello di un uomo di 67 anni, pensionato, che aveva riportato 25 anni prima un grave infortunio della mano con amputazione del 1°-2°-3° raggio e con residui 4°-5° raggio però contratti in flessione che non permettevano un buon uso residuo se non per piccole funzioni marginali, ma che avevano rappresentato per il paziente un discreto adattamento alla sopravvivenza. Il paziente oltre a presentare un corno di enorme dimensione, poiché dell'altezza di 8 cm. dal piano cutaneo e di una circonferenza alla base di ben 5 cm., ad avere quindi caratteristiche giganti, era da un punto di vista clinico generale molto difficile perché iperteso, affetto da bronchiectasie croniche e da una grave forma di asma bronchiale.

Abbiamo subito chiarito al paziente la difficoltà della diagnosi e secondo il concetto prevalso nella corrente letteratura americana ed europea di queste lesioni, abbiamo immediatamente prospettato al paziente la necessità di un intervento chirurgico il più radicale possibile, ma a radicalità locale, cioè dire, eseguire un'asportazione del corno e delle parti cutanee e ossee della loggia mediale della mano allo scopo di bloccare ogni possibilità di recidiva e di trasmissione metastatica della forma tumorale stessa.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Abbiamo anche preso in considerazione ai fini di studio la possibilità di potere eseguire un'arteriografia, ma le condizioni del paziente erano tali che non è stato possibile seguire questa indagine.

Una radiografia del torace ripetuta nelle proiezioni laterali ed oblique non ha messo in evidenza focolai metastatici.

Alla esplorazione manuale non presenza di linfonodi ingrossati all'ascella, alla regione laterocervicale, al gomito, al polso ed alla mano. I normali esami di laboratorio oltre a evidenziare un lieve stato diabetico non hanno indicato altre anomalie importanti. Quindi date le difficoltà di poter eseguire una anestesia generale è stato prospettato al paziente un'anestesia del plesso brachiale. Ed infatti in anestesia del plesso brachiale con laccio pneumatico alla radice dell'arto superiore senza spremitura è stato eseguito un intervento ampio di radicalità locale la più completa possibile fino alla disarticolazione del trapezio dal primo metacarpo e dalla resezione del secondo e terzo metacarpo: praticamente tutta la loggia mediale e radiale della mano è stata completamente asportata.

Naturalmente è stato revisionato il nervo mediano ed anche questo è stato resecato, il più distale possibile dalla ferita. È stata fatta un'accurata emostasi e soprattutto ci si è preoccupati di eseguire un lembo di rotazione dal piano dorsale per chiudere l'enorme breccia cutanea prodotta dall'intervento.

Il lembo è stato sufficiente alla sutura cutanea. Decorso apiretico. Nei primi 3-4 giorni successivi all'intervento si è manifestata una lieve sofferenza del lembo, ma la ferita è guarita per prima intenzione.

Le due dita residue sono rimaste funzionanti (nervo ulnare integro), e sono state migliorate eliminando la contrattura in flessione. A distanza da un mese dall'intervento il paziente ha potuto riprendere la stessa occupazione e le sue abitudini di vita; poteva così eseguire piccoli lavori manuali come in precedenza.

Concludendo il caso che qui abbiamo segnalato merita un certo discorso critico: in presenza di una neoplasia di questo tipo con tendenza alla recidiva e quindi alla manifestazione di carcinoma spinocellulare, noi abbiamo eseguito l'indicazione all'asportazione a radicalità chirurgica locale.

Questa è stata tanto più ampia possibile e non abbiamo voluto, tenuto conto delle gravi condizioni generali del paziente necessario un intervento più mutilante e più grave. Riteniamo che allo stato attuale, a 3 mesi dall'asportazione non avendo ancora riscontrato manifestazioni cliniche riferibili a metastasi né a recidive locali avendo la cute

circostante protetto ed essendo la stessa ben rimarginata, per il momento non possiamo escludere la eventuale comparsa di metastasi, ma già questo logico dato, a distanza dall'intervento, ci fa ben sperare per il futuro. Alcune considerazioni su questo caso interessante rilevate dalla rara letteratura inerente all'argomento ci confortano sul trattamento adottato, poiché i rari casi descritti hanno sempre prodotto una recidiva a causa della sola asportazione del cornio.

Bibliografia

- CRAMER H., KAHLERTT G., *Das cornu cutaneum Selbstständiges Krankheitsbild oder Klinisches Symptom?*, Dermatologische Wochenschrift Band, 150, 47, 521-530, 1964.
- GIBBS R. C., HYMAN A. B., *Kaposi's Sarcoma at the Base of a cutaneous Horn*, Arch. Derm., 98, 37-40, 1968.
- LENNOX B., SAVED B. R., *Cutaneous Horns*, J. Path. Bact. 88, 575-579, 1964.
- RITCHIE E. B., MULLINS J. G., *Sebaceous Adenomatous Proliferation at the Base of a Cornu Cutaneum*, Arch. Derm., 98, 392-396, 1968.
- SCARPA C., *Sull'evoluzione*, Giorn. e Min. Derm., 40, 365-368, 1971.
- SMITHS H. M., NUTT H., *Giant Cutaneous Horn*, JAMA, 210, 2285, 1969.

Chirurgia Italiana

Albo d'Onore: R. Bastianelli - G. Pieri - V. Petinari

a cura di

ADAMO DAGRADI

Comitato Direttivo:

S. ABEATTICI - V. BELTRAMI - P. BIOCCA - M. CAMPANI - G. C. CASTIGLIONI - G. CASTRINI - P. G. CEVESE - G. FEGIZ - F. GSCHNITZER - P. LI VOTTI - I. LODDI - G. MARCOZZI - G. MORONE - S. NAVARRA - A. E. PALETTO - R. PETRONIO - G. PEZZUOLI - A. RUFFO - S. STIPA - R. VECCHIONI - E. ZANELLA

Redattori:

G. SERIO - L. MARCHIORI - E. MONTRESOR - F. NIROSI