

Caso N. 11

Donna - aa. 72

Anamnesi Patologica Remota

Da alcuni anni dispepsia, pirosi epigastrica e retrosternale, reflussi gastro-esofagei, epigastralgie. A seguito di tali disturbi furono eseguiti esami clinici che diagnosticarono calcolosi della colecisti, voluminosa ernia transjatale da scivolamento, esofagite da reflusso. Fu pertanto sottoposta a colecistectomia, correzione dell'ernia transjatale, funduplicatio secondo Nissen-Rossetti. Tale intervento fu da noi eseguito per via laparotomica cinque anni circa prima dell'attuale osservazione.

Anamnesi Patologica Prossima

Circa cinque anni dopo l'intervento sopra riferito la P. cominciò ad accusare disfagia. Per tale disturbo viene alla nostra osservazione.

Esame obiettivo

Paziente in buone condizioni generali senza alcun reperto patologico. Addome: cicatrice post-laparotomica xifo-ombelicale. Parete addominale contenente.

Esami diagnostici

Esami ematochimici senza caratteristiche patologiche.

L' esame radiologico dimostra aspetti discinetici e moderata ectasia dell'esofago. In corrispondenza del terzo inferiore neoformazione stenosante il lume (Fig. 1 - 2).

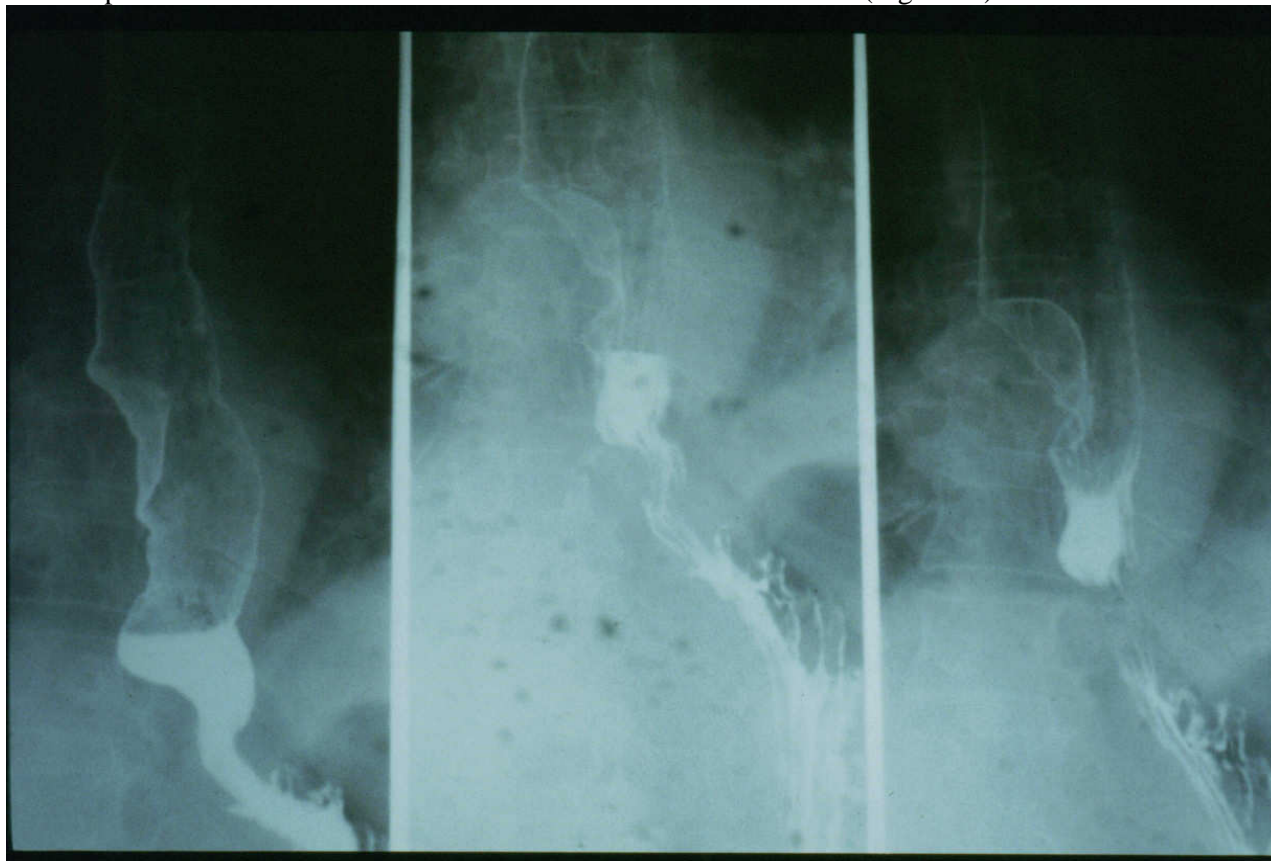


Fig. 1 - Discinesia e dilatazione dell'esofago. Substenosi del 3° inferiore e massa di natura incerta

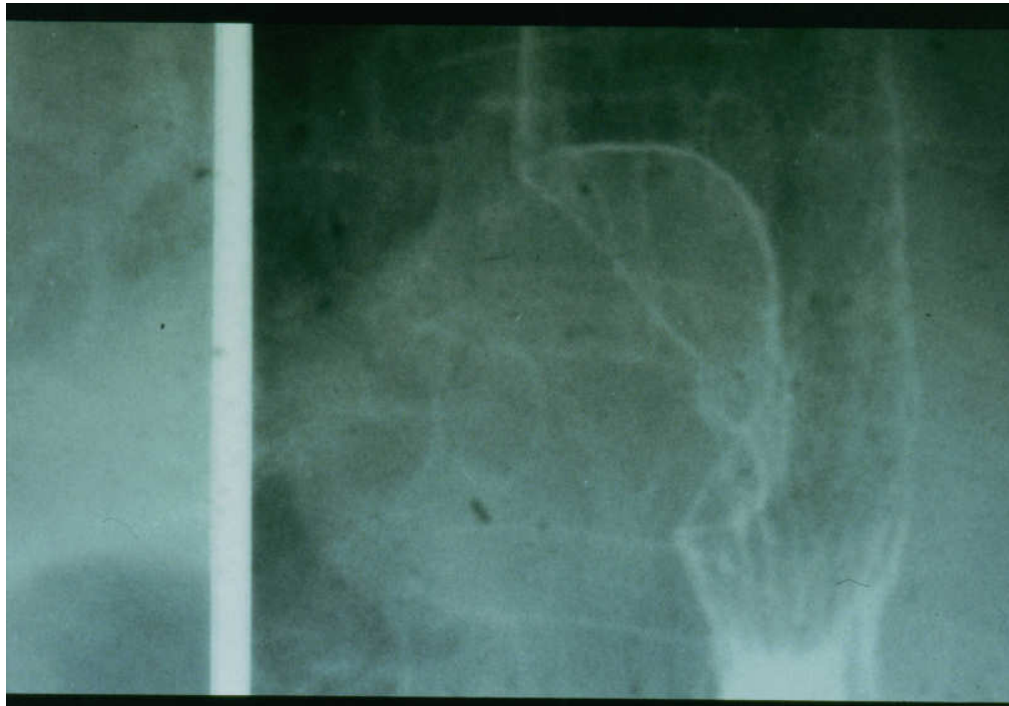


Fig. 2 - Particolare della figura precedente

L'esofagoscopia conferma substenosi esofagea del terzo inferiore da compressione estrinseca senza rilievi patologici a carico della mucosa. (**vedi filmato**)

La Tomografia Computerizzata (TC) conferma la presenza di massa paraesofagea di 5-6 cm di diametro, ma non risulta contributiva circa la natura della lesione (fig. 3 - 4).

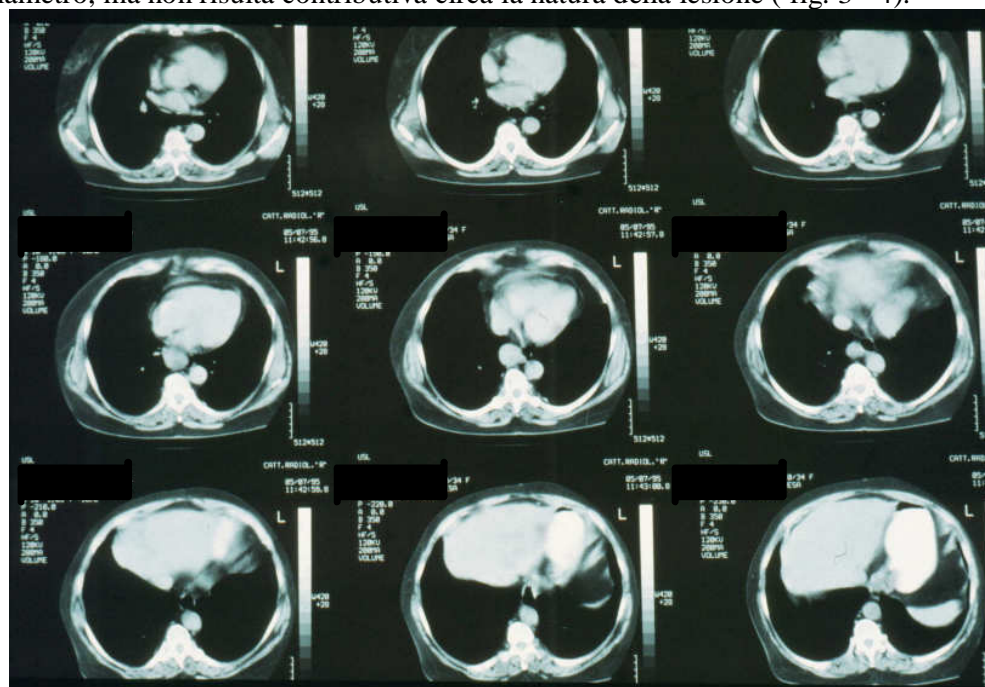


Fig. 3 - Immagine TC

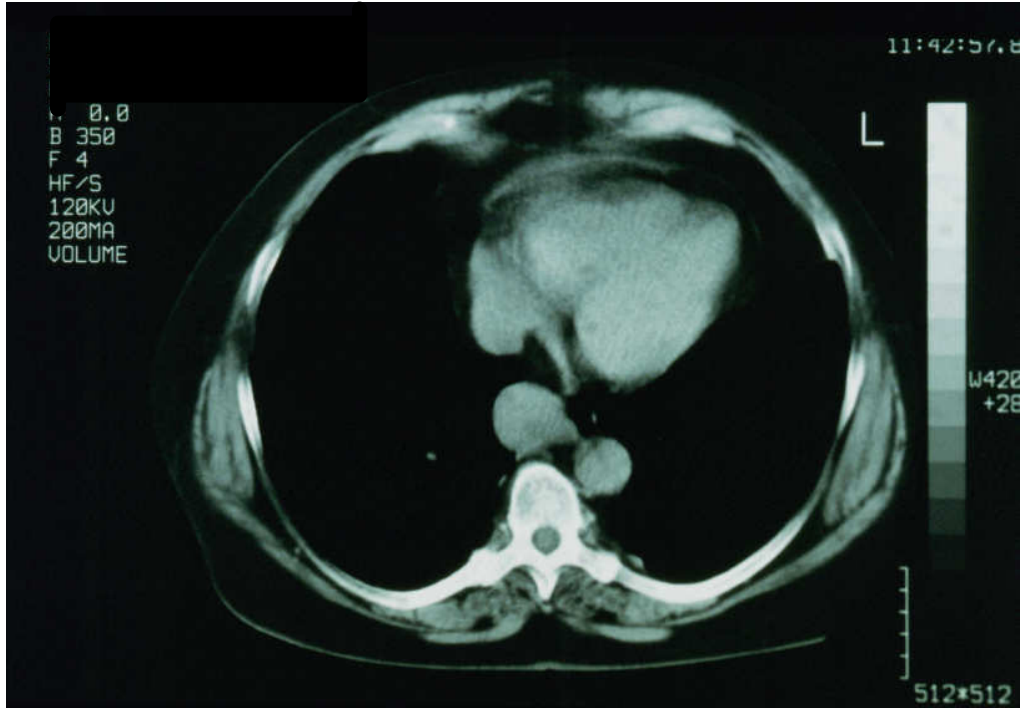


Fig. 4 - Particolare della figura precedente

La Risonanza Magnetica (RM) sembra rivelare struttura disomogenea della neoformazione, presumibilmente di natura cistica.

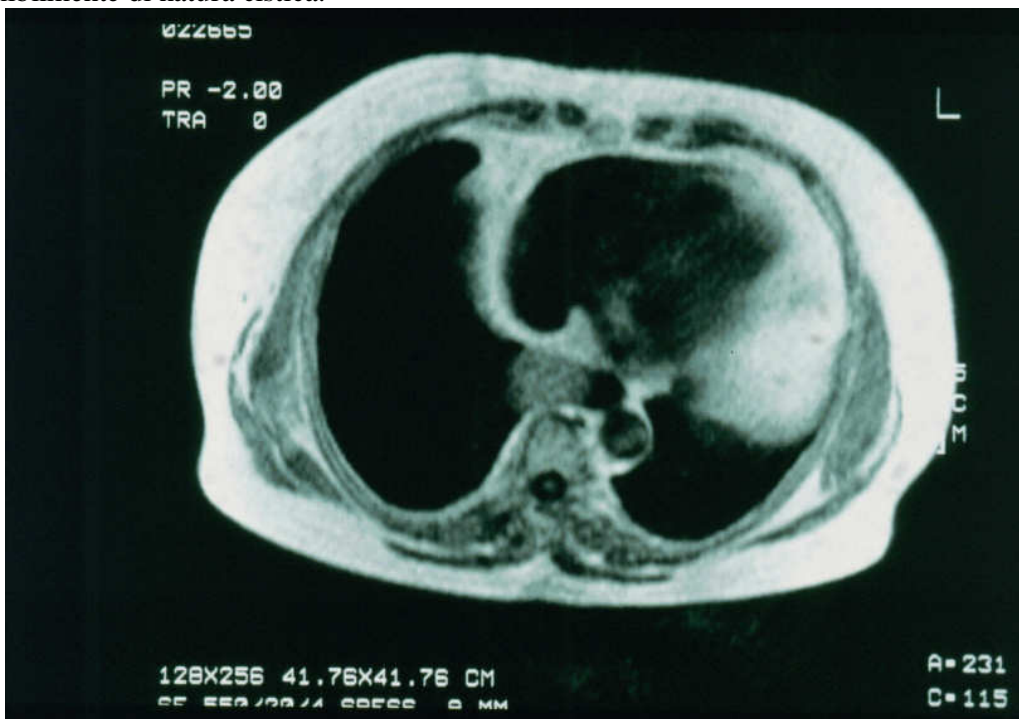


Fig. 5 - Immagine RM

La diagnosi che ci è possibile formulare sui dati su riferiti non può essere altro che quella di neoformazione espansiva paraesofagea del mediastino posteriore. Se ne decide l'asportazione per via video-toracoscopica.

Intervento chirurgico (vedi filmato)

Paziente in decubito laterale sinistro. Si posizionano 4 trocar di cui 3 sull'ascellare posteriore al V, VI, VII spazio ed uno sull'ascellare media al VI spazio. Aperta la pleura mediastinica, si reperta in corrispondenza del 1/3 inferiore dell'esofago formazione sferica di circa 5 cm di diametro che protrude discontinuando la parete muscolare dell'esofago. L'esofagoscopia, eseguita in contemporanea, conferma la corrispondenza tra massa video- ed endoscopica: quest'ultima, ben rivestita da mucosa di aspetto normale, esercita compressione sul lume esofageo, stenolandolo. La massa è facilmente comprimibile, rafforzando così l'ipotesi cistica su di essa (vedi RM). La transilluminazione e l'insufflazione data dall'endoscopio ne confermano l'estraneità rispetto al lume esofageo e la sua sede estrinseca. La neoformazione si lascia scollare per via smussa dal piano mucoso, sul quale si mantengono tuttavia fibre della muscolatura circolare. Se ne continua l'isolamento e ad un certo punto la massa si rompe, lasciando fuoriuscire liquido bianco, cremoso, filante e molto denso. Si conferma così la natura cistica della formazione e, per le caratteristiche del contenuto, il reperto RM di disomogeneità della massa. Asportazione della cisti. Controllo pneumatico dell'integrità della parete esofagea. Toilette del cavo toracico, drenaggio tubulare, controllo visivo dell'espansione polmonare e sutura degli accessi.

Anatomia Patologica

Macroscopia - La formazione è costituita quasi esclusivamente da tessuto fibromuscolare rossastro, di cm 5 circa di diametro massimo, di consistenza molle con sparse petecchie emorragiche e con area cavitata centrale del diametro massimo di cm 1,5.

Microscopia - L'esame istologico del materiale predetto dimostra trattarsi di tessuto fibromuscolare di pertinenza della parete esofagea, pressoché totalmente privo di rivestimento epiteliale, nel contesto del quale si osservano sparse ghiandole mucosecarnenti e cavitazione cistica tappezzata prevalentemente da epitelio cilindrico cigliato e, raramente, da epitelio cubico monostratificato. Per le caratteristiche morfologiche complessive il quadro sembra più probabilmente riferibile a cisti esofagea da ritenzione.

Diagnosi: cisti esofagea

Il decorso post-operatorio è regolare. Il controllo radiologico post-operatorio (**vedi filmato**) dimostra normalità di funzione e morfologia dell'esofago. La Paziente è dimessa dopo pochi giorni.

Follow-up e outcome senza particolarità degne di rilievo.

Commento

Questo caso concerne dunque una donna di settantadue anni, che era stata da noi già esaminata ed operata per ernia voluminosa gastrica transjatale da scivolamento, esofagite da reflusso e calcolosi colecistica. Per tali affezioni ovviamente erano stati effettuati tutti gli esami diagnostici necessari, in modo particolare e completo soprattutto a livello esofageo. Queste precisazioni vogliono sottolineare il fatto che all'epoca della prima osservazione, certamente non c'era evidenza della neoformazione esofagea, esordita con disfagia cinque anni dopo.

Il primo quesito che il caso evoca, infatti, riguarda la patogenesi dell'afezione descritta: è possibile immaginare una qualche connessione con la precedente patologia e/o con l'intervento chirurgico di cinque anni prima? Possono le caratteristiche anatomo-patologiche della lesione aiutarci a chiarire questo punto?

La lesione è localizzata nella compagine della parete esofagea, segmento inferiore del viscere, in sede sottomucosa e si fa strada all'esterno discontinuando gli strati muscolari, essendone comunque in parte da essi avvolta. Il patologo infatti la descrive come un guscio di tessuto muscolare all'interno del quale sono ghiandole mucosecarnenti e una formazione cistica tappezzata da epitelio cilindrico cigliato e in qualche punto cubico monostratificato. Fermo restando il fatto che la bibliografia, chirurgica e anatomo-patologica, ci è di poco aiuto per la rarità di queste manifestazioni soprattutto in età adulta, ci sembra di poter cominciare ad escludere ipotesi patogenetiche come alcune di quelle concernenti la derivazione dal *foregut*, l'intestino primitivo, soprattutto per le caratteristiche istologiche, meno per l'età avanzata della paziente. Le cisti broncogene contengono infatti isole di tessuto cartilagineo, quelle enterogene e da duplicazione presentano parete muscolare bene organizzata in due strati, reperti assenti nel nostro caso. Inoltre è ben difficile pensare che residui disembrionogenetici possano manifestarsi dopo tanta latenza in età così avanzata, anche se qualche segnalazione di questa evenienza è presente in letteratura.

Resta allora l'ipotesi di afezione acquisita. Il patologo azzarda infatti la diagnosi di cisti esofagea da ritenzione. Casi così interpretati sono descritti, sia pure raramente. Sembrerebbe che tali cisti possano derivare dalla ostruzione di dotti ghiandolari sottomucosi (R.G. Lee - Diagnostic Surgical Pathology vol. 2° Raven Press 1994). Se ciò fosse vero, l'afezione descritta potrebbe essere considerata secondaria alle modificazioni della mucosa esofagea indotte dalla pregressa esofagite da reflusso. La fundusplicatio avrebbe risolto l'esofagite, ma non avrebbe potuto agire sulle alterazioni più profonde a carico di alcuni dotti ghiandolari. Questa ad ogni modo è un'interpretazione, che resta tutta da dimostrare, di un'evenienza rara non solo per la nostra personale esperienza, ma anche per i dati della letteratura.

Dal punto di vista clinico si può osservare che la cisti è stata in grado di indurre disfagia: solo per compressione o anche per la destrutturazione della parete muscolare? In letteratura sono segnalati casi complicati da infezione ed emorragia. Come s'è visto, la diagnosi si è limitata all'identificazione della neoformazione, non essendo tuttavia stata in grado di determinarne con certezza la costituzione. E' possibile che l'indagine ultrasonica transesofagea, peraltro non eseguita nel caso in questione, sarebbe stata più contributiva in tal senso.

L'accesso video-toracoscopico infine si è dimostrato approccio facile e sicuro per la risoluzione del caso.
