

Caso N. 12

Donna - aa. 30

Anamnesi Patologica

Asportazione di cisti dermoide dell'ovaio destro all'età di circa 20 anni.

Esordio della malattia attuale

Dolore addominale, vomito biliare, febbre. Ricovero d'urgenza nel nostro reparto con diagnosi di addome acuto.

Esame obiettivo

Paziente sofferente per dolore addominale, febbrile (38°C ascellare, 39,5°C rettale), tachicardica. Addome poco trattabile per contrattura muscolare di parete, soprattutto nel quadrante inferiore destro, dove la dolorabilità è particolarmente accentuata e dove sembra di palpare tumefazione a limiti indistinti. Forte dolorabilità del Douglas all'esplorazione rettale. Un'ecografia addominale non è contributiva. Espletati i consueti esami preoperatori (leucocitosi neutrofila) si conferma la diagnosi di addome acuto da presumibile appendicite acuta (ascesso appendicolare ?) e in alternativa da possibile torsione ovarica destra.

Si procede a intervento chirurgico.

Intervento (vedi filmato)

Open - laparoscopy ombelicale (Hasson trocar).

Induzione di pneumoperitoneo CO2 - 12 mm Hg. Esplorazione della cavità peritoneale: si reperta grossa formazione grossolanamente sferica di circa 10 cm di diametro, che sostituisce in pratica l'ovaio di destra e aderisce al peritoneo parietale, al cieco, all'appendice e ai vasi iliaci. Nessuna altra constatazione patologica. Lisi delle aderenze e liberazione del cieco e dell'appendice che appaiono normali. Distacco della massa dai vasi iliaci e identificazione dell'uretere. Interruzione della tuba e dei vasi ovarici (bisturi armonico). Applicazione di clip su moncone tubarico residuo. Liberazione completa della massa, che è estratta in bag. Controllo dell'emostasi, lavaggio e toilette del cavo addominale. Evacuazione della CO2. Sutura degli accessi.

Anatomia Patologica

Macroscopia - La massa di circa 10 cm ha colorito bluastro e al taglio si rivela di struttura cistica a parete ispessita e a contenuto liquido, denso, ematico. L'ovaio è ridotto a scarsi residui con altre cisti contenenti liquido chiaro.

Microscopia - Nelle sezioni istologiche eseguite previo adeguato, ampio campionamento la formazione cistica maggiore, a contenuto ematico, risulta rivestita internamente da più strati di elementi ad ampio citoplasma eosinofilo di tipo luteinico; le altre cisti minori sono di tipo follicolare.

Diagnosi: Ovaio con corpo luteo emorragico e cisti follicolari corticali

Decorso post-operatorio regolare con dimissione dopo pochi giorni.

Follow-up e outcome senza particolarità degne di rilievo.

Commento

Se all'esplorazione videolaparoscopica avessimo confermato la causa dell'addome acuto che avevamo presunto, essere cioè un'appendicite acuta o in alternativa, ma ipotesi abbastanza remota, una torsione di cisti ovarica, questo caso clinico non avrebbe offerto motivo di segnalazione. Ma l'evidenza di una cisti ovarica senza sicuri aspetti di torsione e tuttavia con i segni di una reazione peritoneale caratterizzata da blocco aderenziale circostante in assenza di alcuna compromissione flogistica cieco-appendicolare, oltre a suscitare sorpresa all'atto dell'intervento, induce a porre alcune riflessioni sul caso.

Innanzitutto dobbiamo dire che il quadro sintomatologico ha caratteristiche inequivocabili, che configurano la diagnosi di addome acuto. Il dolore addominale, la contrattura addominale di difesa, l'intensa dolorabilità alla palpazione superficiale, l'ileo paralitico, la febbre e la leucocitosi neutrofila orientavano in modo chiaro sulla diagnosi e sulla necessità di intervenire chirurgicamente d'urgenza.

Restano da spiegare le motivazioni della reazione peritonitica ad una cisti ovarica. E questo è il punto che rende questo caso clinico inconsueto e di difficile interpretazione etiopatogenetica.

Cerchiamo di fare qualche ragionamento.

Si trattava di una cisti luteinica (cisti del corpo luteo) che di solito non raggiunge diametri elevati. Quella del nostro caso aveva una dimensione di circa 10 cm. Le cisti di questo genere hanno sempre contenuto emorragico, nel nostro caso cospicuo. La cisti emergeva verso l'alto e all'esterno della fossa iliaca destra. Formazioni aderenziali dense e numerose la fissavano alla parete anteriore dell'addome, al complesso cieco-appendicolare, ai vasi iliaci. Questa constatazione sembra potersi interpretare o come esito dell'intervento per asportazione di cisti dermoide oppure come testimonianza di un evento peritonitico circostante la neoformazione.

Per inciso, sembrerebbe relativamente frequente l'insorgenza di cisti luteinica nel tessuto ovarico residuo dopo pregresso intervento (R. H. Young e Coll. in Diagnostic Surgical Pathology vol. 2° - S.S. Sternberg).

Questi reperti comunque non aiutano a capire il perchè della reazione peritoneale acuta e possiamo fare soltanto alcune ipotesi. Quella più convincente, ma con molte riserve, potrebbe essere la sequenza: emorragia acuta endocistica e conseguente rapido aumento volumetrico della formazione - estrinsecazione di questa dal piccolo bacino nella cavità addominale - parziale rotazione durante questo processo con qualche compromissione vascolare, soprattutto del versante venoso e ulteriore veloce incremento dimensionale.

Sta di fatto che l'asportazione della cisti ha risolto definitivamente e stabilmente il problema.

Poichè malgrado tutto restano molti dubbi sull'interpretazione patogenetica che correla la patologia ovarica descritta all'evento acuto peritonitico, si è indotti ad invitare Colleghi più esperti in affezioni ginecologiche a esprimere il loro parere nel merito.

Questo caso clinico offre però un altro punto di interesse da non sottovalutare: l'enorme vantaggio della procedura videolaparoscopica, che ha facilitato la constatazione diagnostica e di conseguenza reso agevole il trattamento chirurgico. Viene da pensare alle maggiori difficoltà che si sarebbero incontrate con l'accesso laparotomico e soprattutto alle modalità di attraversamento di parete, in questo caso obbligatoriamente allargate e con esiti cicatriziali certamente non favorevoli rispetto al sesso e all'età giovane del soggetto.
