

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XIII

Marzo 2010

numero 3

CASI INDIMENTICABILI

Dalla Moldavia al Marocco ecco a voi la cisti da e...

Salvatore Fabio Chiarenza, Luciano Musi

UOS di Chirurgia Mini Invasiva e Nuove Tecnologie

Ospedale S. Bortolo, Vicenza

13 anni, accompagnato in Italia da madre moldava badante. Anamnesi 2007 massa addominale operata prima volta in Moldavia e richiuso perché inoperabile (massa epatica, splenica, pancreatica). Diagnosi presuntiva di linfoma di Hodgkin. Trattato con 10 cicli di chemioterapia non ben definita. Dopo 1 anno rioperato sempre in Moldavia: massa splenica (?) e voluminosa massa epatica (a contenuto liquido coinvolgente ilo-epatico, v. cava e vie biliari); splenectomizzato e richiuso perché non operabile al fegato. La madre lavora in Italia come badante e non si rassegna. Nel giugno 2009 accompagna il bambino a Vicenza dove lavora, nel frattempo peggioramento delle condizioni cliniche, il bambino viene ricoverato presso la Pediatria dell'Ospedale di Vicenza per ittero, calo ponderale (peso kg 30), astenia, febbre, e massa addominale palpabile. Nessuna documentazione in possesso della madre ed estrema difficoltà a raccogliere documentazione. Esami ematochimici non significativi eccetto aumento transaminasi e bilirubina diretta. Eco addominale e TAC, RMN: fegato di dimensioni aumentate con massa epatica (circa 10 cm di diametro) a contenuto liquido coinvolgente l'ilo con importante compressione dei corrispondenti vasi e delle vie biliari. Colecisti aumentata di volume (diametro di circa 8 cm) proiettata a livello della fossa iliaca destra. Null'altro da segnalare a carico di pancreas, reni e linfonodi endoadominali. In assenza di esami significativi per eventuale ricaduta del Linfoma → consulenza chirurgica pediatrica cisti da echinococco? → consulenza infettivologica → sierologia negativa. Diagnosi presuntiva → cisti epatica semplice? → indicazione a svuotamento chirurgico e asportazione o marsupializzazione **Intervento in laparoscopia** (numerossime aderenze per precedenti interventi laparotomici), si crea finestra tra i visceri e si giunge a livello della massa. Puntura evacuativa sotto visione diretta: liquido limpido (acqua di rocca)!!! Acqua di rocca = cisti da echinococco; attenzione fermi tutti!!! Irrigazione con soluzione salina ipertonica, apertura pericistio, asportazione membrana prolifera e cisti figlie. Posizionamento di drenaggio intrapericistico per erosione vie biliari da parte della cisti. Post operatorio somministrazione di terapia orale anti-echinococco, netto miglioramento delle condizioni generali, diminuzione dell'ittero delle transaminasi e della bilirubinemia. In X giornata post operatoria: continua fuoriuscita di bile dal drenaggio (250 cc /die); ecografia epatica: nettamente diminuita massa (3 cm)

vie biliari non più dilatate, colecisti di dimensioni normali ma all'interno sedimento (cisti da echinococco?) Si decide per ERCP per colangiografia: lesione ramo via biliare principale di destra → papillotomia e posizionamento di stent. In XIX giornata post-operatoria buone c. generali ecografia: non cisti epatica (collabita); non più fuoriuscita di bile da drenaggio → rimozione. Conclusioni Una diagnosi apparente semplice di cisti da echinococco a localizzazione epatica è stata misconosciuta da pediatri, radiologi, infettivologi, chirurghi pediatri, perché: diagnosi pregressa di linfoma relativa rarità dell'infezione pregressa chemioterapia (negativizzazione anticorpi antiechinococco) Non è successo il peggio grazie alla preventiva aspirazione del liquido e alla presenza di un chirurgo che aveva già operato una tale patologia. E per finire... Dopo 7 gg, mentre il bambino era ancora ricoverato... in PS pediatrico 14enne femmina con massa epatica palpabile di 15 cm a contenuto liquido. Non sarà ancora una cisti da echinococco??? ebbene si una cisti da echinococco direttamente proveniente dal Marocco