

# Cisti mesenteriale: case report



Ann. Ital. Chir., LXXV, 1, 2004

**G.G.A. Romano, G. Di Marino,  
G. Antinolfi\*, F. Romano°, L. Saldutti**

ASL AV1 Ariano Irpino  
Ospedale "G. Criscuoli"  
San'Angelo dei Lombardi (AV)  
Divisione di Chirurgia  
Direttore: dr. Luigi Saldutti  
\*A.O.R.N. "V. Monaldi" Napoli  
Servizio di Anatomia Patologica  
Direttore: dr. Giacinto Forte  
°Laureando in Medicina S.U.N. Napoli

## Abstract

### MESENTERIC CYSTS: A CASE REPORT

*Mesenteric cysts are lesions of rare check, they can manifest for their painful abdominal pathology or compressive by effect mass. Today with imaging methods, especially the U.S., diffuse with capillarity in the hospitals, it possible to point at them also by chance for others types of problems. When possible, the FNAB, is diriment by diagnostic point of view. New imaging methods give an aimed operative planning, that spares to the patient a blindly operation on an unprepared intestine.*

Key words: Mesenteric cysts.

## Introduzione

Le cisti mesenteriali sono neoformazioni intraddominali che si sviluppano tra i due foglietti mesenteriali e che hanno origine disembrionogenetica o da alterato sviluppo o post-traumatiche.

È una patologia molto rara, con una incidenza stimata da Kurtz e Coll. nel 1986 (1) pari ad un caso ogni centomila ricoveri ospedalieri.

Quasi sempre uniche, raramente multiple, e con dimensioni variabili da 1 cm a diversi cm.

Generalmente a prognosi benigna, con interessamento dell'età adulta ed incidenza massima nella 4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> decade di vita.

L'incertezza etiopatogenetica si rileva nella variabilità classificativa: Zannini (2) nel suo trattato di Chirurgia Generale le riporta classificate, in base all'origine, come tumori cistici:

- da sviluppo difettoso;
- di origine linfatica;
- da trauma;
- da residui embrionali.

Ros nel 1987 (3) propose, invece, una classificazione in base a criteri istologici:

- linfangioma;
- duplicazioni enteriche cistiche;
- cisti mesoteliali;
- pseudocisti non pancreatiche.

Riportiamo un caso di cisti mesenteriale giunto alla nostra osservazione, per dare un contributo alla conoscenza di una patologia sì rara, ma molto più riscontrabile con le attuali metodiche strumentali.

## Caso clinico

Paz. di sesso femminile di anni 53, ricoverata presso la nostra Divisione nel dicembre 1997 (C.C. 1491/97 e 87/98) per sintomatologia dolorosa addominale, comparsa alcune ore prima, di tipo crampiforme, localizzata all'emiaddome di dx, esacerbatesi con il passar delle ore ed accompagnata da vomito biliare.

All'anamnestico la pz. riferisce pregresse fratture costali multiple bilateralmente, colecistectomia ed isterectomia alcuni anni prima.

All'E.O. di accettazione presentava addome meteorico ma trattabile in tutti i quadranti, dolorabili i quadranti di dx alla palpazione profonda, ove si apprezza massa non pulsante, facente corpo unico con i piani profondi, con mar-

Pervenuto in Redazione il 22 Luglio 2003

Comunicazione presentata al XXIX Congresso Nazionale Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza (S.I.C.U.T.): "La sfida dell'uomo all'alba del 3° millennio" - Castel Sant'Elmo Napoli 27-30 novembre 2001.

gine superiore continuantesi fin sotto l'arcata costale e margine inferiore che arrivava all'ombelicale traversa.

Gli esami ematochimici evidenziavano solo una leucocitosi neutrofila (12.6) ed una VES di 25 mm 1° h .

L'indagine U.S. addominale evidenziava nel fianco dx massa oblunga di circa 13 cm di diametro massimo, ad ecostruttura parenchimatosa, localizzata in sede paramediana, anteriormente ed a dx dei grossi vasi addominali, posteriormente alle anse intestinali, dislocate medialmente. In alto ha rapporti con il profilo del V segmento epatico, in basso si porta all' ombelicale traversa.

La T.C. addome con mdc evidenziava in sottoepatica intraperitoneale formazione rotondeggiante ipodensa che dopo mdc mostra sottile cerchione iperdenso periferico con area ipodensa centrale che si estende fino al piano bisiliaco, occupando buona parte dell'emiaddome di dx.

Si pratica citologico con agoaspirato della massa che evidenzia: materiale ematico inglobante cellule epiteliali con carattere benigno, singole e talvolta riunite in gruppi a citoplasma abbondante, granulare e nucleo tondeggiantone ed uniforme. Tale reperto citologico può essere compatibile con una lesione cistica.

In data 19.1.98 si procede ad intervento chirurgico (O. n. 21). Laparotomia traversa a livello dell'ombelico; aperto il peritoneo si reperta neoformazione del volume di un pompelmo a carico del meso della flessura epatica tenacemente aderente al duodeno ed alla superficie ventrale della testa del pancreas (foto 1). Lisi di aderenze omento-epatiche, mobilizzazione del duodeno ed incisione del peritoneo della doccia parietocolica di dx. Si isola posteriormente la neoformazione dall'uretere e dai vasi ovarici di dx. Si separa la lesione dal duodeno in via cruenta e si procede ad emicolectomia dx tipica per

le tenaci aderenze con l'angolo epatico del colon. L'apertura del pezzo operatorio evidenzia formazione cistica a contenuto ematico coagulato, di pertinenza del meso della flessura epatica (foto 2).

L'esame istologico (986/2) referta: cisti mesenterica giunta aperta, contenente residui di materiale emorragico. La parete è spessa e occupata da un processo flogistico (ricco in macrofagi emosiderinici, vasi a pareti sottili) a tendenza sclerosante. È annesso linfonodo iperplastico (foto 3 e 4).

La pz. veniva dimessa chirurgicamente guarita in IX giornata.

### Considerazioni conclusive

La sintomatologia clinica (4) è sfumata, variabile e non specifica, è in relazione alla posizione, alle dimensioni, alla mobilità, al grado di tensione della cisti, alla compressione su organi vicini.

La radiologia tradizionale (5, 6) (diretta addome, esami contrastografici) forniscono solo segni indiretti da compressione o dislocazione ad opera della massa. L'impiego attuale delle metodiche di imaging (U.S., T.C., R.M.) (3, 5, 7, 8) rendono possibile l'identificazione delle lesioni e la loro caratterizzazione strutturale, rendono, inoltre, possibile l'identificazione di lesioni silenti in indagini effettuate per altri motivi, il che nel prossimo futuro potrebbe anche modificare il concetto di rarità di tali neoformazioni.

Il citologico con FNAB, quando praticabile, permette il riscontro biologico della lesione.



Foto 1.

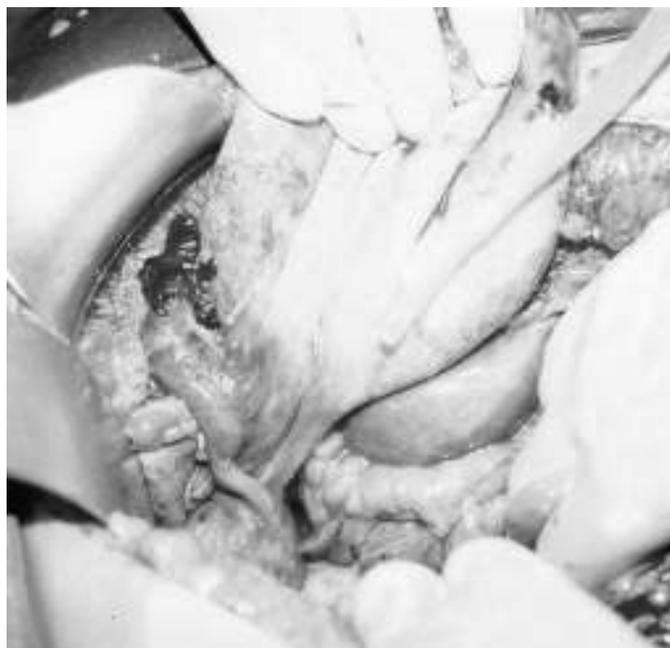


Foto 2.

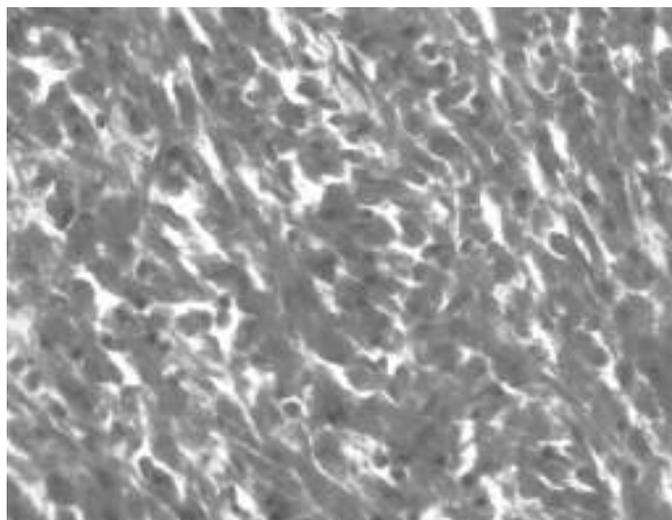


Foto 3.

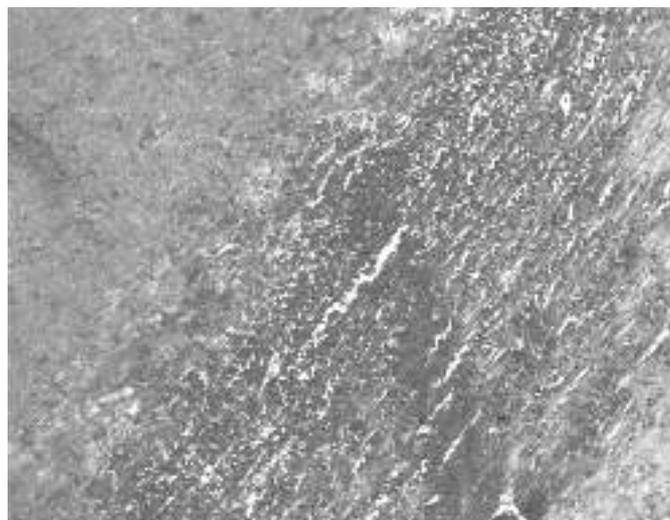


Foto 4.

Nel caso in esame la lesione ha avuto un riscontro rapido ed ingravescente (13 cm di diametro), in quanto non è stata evidenziata alcuni anni prima all'intervento di colecistectomia. Dal punto di vista classificativo è possibile inquadrarla nelle cisti mesoteliali della classificazione proposta da Ros e coll.; è anche possibile, d'altro canto, visto l'anamnestico di pregresse fratture costali multiple bilaterali, che il trauma possa avere agito da fattore scatenante nello sviluppo della cisti da residui embrionali e nella rapida crescita della lesione, potendo in tal modo farla anche afferire all'origine da trauma proposta da Zannini.

### Riassunto

Le cisti mesenteriali sono lesioni di raro riscontro, possono appalesarsi per patologia propria dolorosa addominale o compressiva per effetto massa. Con le metodiche di imaging attuali, soprattutto la U:S:, ormai diffusa capillarmente nelle strutture ospedaliere, è possibile evidenziarle anche incidentalmente per problemi di altra natura. La FNAB, quando possibile, è dirimente dal punto di vista diagnostico. Le metodiche di imaging attuali consentono una programmazione operatoria mirata,

che evita al paziente un intervento alla cieca su un intestino non preparato.

Parole chiave: Cisti mesenteriche.

### Bibliografia

- 1) Kurtz R.J., Heinemann T.M., Beck A.R. and coll.: *Mesenteric and retroperitoneal cysts*. Ann Surg, 203:109-112, 1986.
- 2) Zannini G.: *Chirurgia Generale, orientamenti attuali*. USES, 1985.
- 3) Ros P.R., Olmsted W.W., Moser R.P. et al.: *Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation*. Radiology, 164:327-332, 1987.
- 4) Capresso P.R.: *Mesenteric cysts: a review*. Arch Surg, 108:242-246, 1974.
- 5) Geer L.L., Mittelstaedt C.A., Staab E.V. and Gaisie G.: *Mesenteric cysts sonographic appearance with CT correlatio*. Pediatric Radiol, 14:102-104, 1984.
- 6) Pezzullo L., Pecoraio C. et al.: *Cisti mesenteriali: diagnostica per immagini*. Gior It Chir, XLV, 2-3, 1991.
- 7) Bernardino M.E., Jings B.S., Fallace S.: *Computed tomography diagnosis of mesenteric masses*. AJR, 132:33-35, 1979.
- 8) Heller J.O., Schneider M., Kassuer B.G. e coll.: *Sonographic evaluation of mesenteric and omental masses in children*. AJR, 130:269, 1978.

*Autore corrispondente:*

dott. Luigi SALDUTTI  
Ospedale "G. Crisculi"  
Divisione di Chirurgia  
83054 S. ANGELO DEI LOMBARDI - AV

