

Endometriosi cutanea

Introduzione

Si definisce endometriosi, la presenza di tessuto endometriale funzionale/stromale, al di fuori della cavità uterina (10-12). L'endometriosi è una patologia ginecologica piuttosto comune e coinvolge circa il 18% delle donne in età mestruale (11); è presente pertanto in donne durante la vita riproduttiva. L'endometriosi può presentare una localizzazione intra o extrapelvica. La principale localizzazione intrapelvica ha sede nell'ovaio, nell'area del Douglas, il peritoneo pelvico, l'utero, la vescica e il retto. L'endometriosi in regione addominale è la principale localizzazione dell'endometriosi in sede extrapelvica e solitamente si sviluppa nel tessuto connettivo. Gli impianti extrapelvici di tessuto endometriale possono svilupparsi in ogni organo includente la cute, i polmoni, lo stomaco e il cervello (11). Talora è presente in sede cutanea, come la regione ombelicale o inguinale, senza un precedente intervento chirurgico, ma molto spesso può esserci un'associazione con una cicatrice chirurgica.

Istologicamente c'è una commistione tra ghiandole endometriali e stroma. La lesione non va confusa con un tumore delle ghiandole sudoripare o peggio ancora con un adenocarcinoma metastatico. Marcata emorragia e modificazioni deciduali nello stroma possono rendere difficile il suo riconoscimento o far porre diagnosi di lesione di malignità (13). Dal punto di vista clinico-preoperativo può es-

sere scambiata per un granuloma da corpo estraneo (sutura), lipoma, ascesso, cisti o ernia (6). L'età media di presentazione è 36,3 anni (8).

Caso clinico

Una donna di anni 41 (S.A.) in follow-up clinico, si presentava alla nostra osservazione con una neoformazione sulla parete addominale. All'anamnesi la paziente riferiva la presenza di pregresso Linfoma non Hodgkin di tipo B follicolare di II grado sec. WHO e gravidanza espletata con taglio cesareo.

Sottoposta a ecografia si evidenziava lesione solida a ecostruttura ipoecogena con margini finemente polilobulati di circa 20 mm di diametro, posta nelle parti molli della regione inguinale di destra. La successiva valutazione con ecocolor Doppler mostrava un'accentuazione del disegno vascolare intralesionale, non compatibile con la patologia in anamnesi (Figura 1). Sottoposta a TAC senza somministrazione e.v. di mezzo di contrasto iodato toraco-addomino-pelvica, si rilevava un apparente ispessimento tissutale di relativa ipodensità, in connessione con l'annessio destro. Non si rilevavano tumefazioni linfonodali in sede mediastinica e/o ilare, retroperitoneale, pelvica e inguinale. Non alterazioni significative di rilievo nei restanti parenchimi. La coregistrazione con esame PET evidenziava simultaneamente modesto accumulo del tracciante a livello della parete addominale anteriore destra e a livello della regione iliaca destra di possibile pertinenza

CASO CLINICO

**Marcello Pellegrino,
C. Nuzzo*, Andrea Tinelli**,
GP Romano.***,
E. Delos****,
Antonio Malvasi°**

Unità Operativa di Anatomia Patologica, Ospedale "Vito Fazzi", ASL Lecce

* Unità Operativa di Radiologia

** Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia

*** Unità Operativa di Oncologia

**** Unità Operativa di Chirurgia Plastica

° Dipartimento Materno Infantile, Ospedale "Santa Maria", Bari

Figura 1



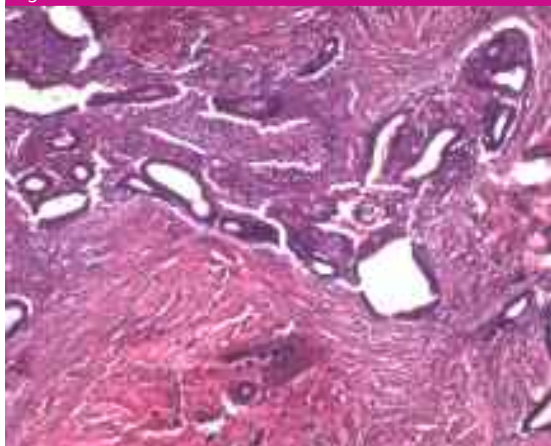
← Immagine ecografica in cui si rileva lesione solida ipoecogena

Esame PET con → accumulo del tracciante a destra

Figura 2



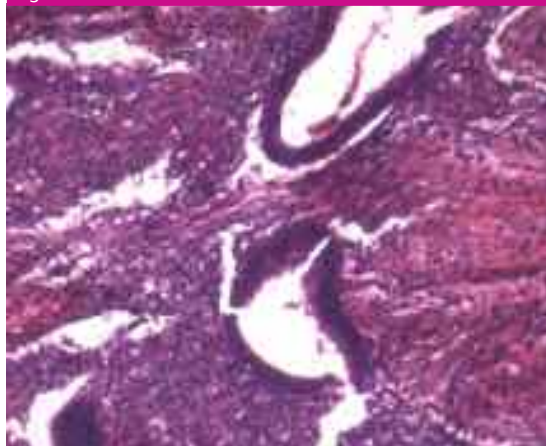
Figura 3



← Immagine istologica E.E. 4x

Immagine → istologica E.E. 10x

Figura 4



annessite (Figura 2). Si consigliava pertanto escissione chirurgica della neoformazione summenzionata, la quale veniva inviata per esame istologico.

Il reperto macroscopico era costituito da un frammento fibroadiposo di cm 3x2,5x2. All'esame istopatologico si osservava un tessuto a carattere fibrovasculo-connettivale, sede di sfondati ghiandolari, delimitati da stroma citogeno. Si associavano stravasi emorragici, depositi di emosiderina e reazione flogistica a carattere siderofagico (Figure 3 e 4). Le conclusioni diagnostiche ci consentivano di formulare la diagnosi di: endometriosi in sede cutanea-sottocutanea.

Discussione

L'endometriosi su cicatrice a seguito di un taglio cesareo è un raro evento. L'incidenza riportata è dello 0,03-1,7 (3). Essa si presenta più comunemente come un processo secondario su cicatrice a seguito di procedure chirurgiche in regione addominale o pelvica, come isterectomia, taglio cesareo o episiotomia. La semplice escissione è l'atteggiamento terapeutico racco-

mandato (4). Da una revisione della letteratura a decorrenza dal 2001 (1) si evince che l'endometriosi cutanea è una patologia non frequente, la cui eziopatogenesi è ancora incerta, ma documentata in sede di cicatrice chirurgica, seguente a taglio cesareo. I noduli endometrioidici che appaiono di colorito brunastro, sono responsabili di un dolore puntorio ed esacerbati durante il ciclo mestruale (2).

Conclusioni

Il sospetto clinico di endometriosi cutanea si può pertanto configurare in una triade caratterizzata da: dolore periodico, storia di un taglio cesareo e tumefazione in sede di cicatrice chirurgica (5).

La terapia medica con gonadotropine con rilascio di ormoni agonisti, medrossiprogesterone acetato o una combinazione di contraccettivi orali sono stati utilizzati, ma senza risultati significativi. Tutte le pazienti pertanto beneficiano di un'adeguata escissione chirurgica (7). Da non trascurare la possibilità di una degenerazione in senso neoplastico maligno (9).

PER SAPERNE DI PIÙ

1. Fuscella L, Villani V, Villani M, Valenzano F, Castagnola D. Endometriosis on laparotomy scar after cesarean section. *Minerva Ginecol* 2001 Aug;53 (4):283-7
2. Ledda S, Licheni S, Casu B, Martinasco L, Pulix N, Ambu R, Pisano G, Pomata M, Daniele GM. Endometriosis of umbilical cicatrix: a case report and review of the literature. *Chir Ital* 2002 May-Jun; 54(3):405-8
3. Phupong V, Triratanachat S. Cesarean section scar endometriosis: a case report and review of the literature. *J Med Assoc Thai* 2002 Jun; 85(6): 733-8
4. Kang SK, Lee MW, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Cutaneous endometriosis: a combination of medical and surgical treatment. *J Dermatolog Treat* 2002 Dec; 13(4): 189-92
5. Esquivel-Estrada V, Briones-Gardùno IC, MondragònBallesteros R. Endometriosis implant in cesarean section surgical scar. *Cir Cir* 2004 Mar-Apr; 72(2): 113-5
6. Chiang DT, The WT. Cutaneous endometriosis- Surgical presentation of a gynaecological condition. *Aust Fam Physician* 2006 Nov; 35(11): 887-8
7. Minaglia S, Mishell DR Jr, Ballard CA. Incisional endometriomas after Cesareon section: a case series. *J Reprod Med* 2007 Jul;52(7):603-4
8. Agarwal A, Fong YF. Cutaneous endometriosis. *Singapore Med J* 2008 Sep; 49(9): 704-9
9. Lee A, Tran HT, Walters RF, Yee H, Rosenman K, Sanchez MR. Cutaneous umbilical endometriosis. *Dermatol Online J* 2008 Oct 15; 14(10):23
10. Tamiolakis D, Antoniou C, Mygdakos N, Tsiminikakis N, Economou C, Nikolaidou S, Georgiou G, Costopoulou A. Endometriosis involving the rectus abdominis muscle and subcutaneous tissue: fine needle aspiration appearances. *Cirurgia(Bucur)* 2008 Sep-Oct; 103(5): 587-90
11. Dordevic' M, Jovanovic' B, Mitrovic' S, Dordevic' G, Radovanovic' D, Sazdanovic' P. Rectus abdominis muscle endometriosis after cesarean section- case report. *Acta Clin Croat* 2009 Sep; 48(4): 439-43
12. Fernàndez-Acen'ero MJ, Còrdova S. Cutaneous endometriosis: review of 15 cases diagnosed at a single institution. *Arch Gynecol Obstet* 2010 Apr 27
13. Rosai and Ackerman's. *Surgical Pathology*, Juan Rosai. Volume one pag. 202. Ninth edition. Mosby 2004