

STENOSI RETTALE DA METASTASI DI ADENOCARCINOMA GASTRICO: CASE REPORT.

Gnocato B., Sommariva A., Leoni G., Buricelli A., Donisi PM., Zaninotto G.
U.O. Chirurgia Generale Ospedale SS Giovanni e Paolo, Venezia

Introduzione: La localizzazione rettale come sede di metastasi è una evenienza rara. Riportiamo il caso di un paziente con stenosi rettale per metastasi da adenocarcinoma gastrico, sottolineandone la complessità dell'iter diagnostico.

Pazienti e Metodi: Un paziente di 69 anni è giunto alla nostra osservazione per tenesmo e diarrea. Nove anni prima era stato sottoposto ad intervento chirurgico di gastroresezione con omentectomia, linfadenectomia R2 per un adenocarcinoma gastrico G2, di tipo intestinale secondo Lauren, commisto ad aree di tipo diffuso indifferenziato (pT2N2M0). Successivamente è stato trattato con 6 cicli di chemioterapia (5FU, Lederfolin e Vepesid) ed eseguito regolare follow-up clinico-strumentale. *Risultati:* Il paziente presentava all'esplorazione rettale una stenosi circonferenziale a livello dell'ampolla rettale di sospetta natura neoplastica (CS3 sec. York-Mason). La rettoscopia confermava il sospetto clinico, evidenziando a 7 cm dalla rima anale una stenosi del retto medio, a mucosa mammellonata ma integra e non sanguinante non facilmente sondabile con lo strumento. Le biopsie eseguite in prima battuta e successivamente ripetute per altre due volte sono sempre risultate negative per neoplasia. Anche le biopsie ottenute con endoscopio flessibile in retroversione sono risultate negative. Persistendo il sospetto di stenosi maligna, si è proceduto all'esecuzione di una TAC addome che dimostrava un concentrico ispessimento della parete rettale soprattutto posteriormente (senza evidenza di invasione diretta del grasso perirettale) e piccole formazioni nodulari riferibili a linfonodi. La RM pelvica confermava il dato TAC. Dall'ecografia endorettale emergeva a livello della stenosi un ispessimento disomogeneo circonferenziale ipoecogeno di 14 mm di spessore massimo esteso alla muscolare (uT2). Vista l'incapacità di giungere ad una conferma istologica del sospetto di neoplasia del retto ed alla necessità di palliazione della sintomatologia ingravescente, il paziente è stato sottoposto in anestesia generale a biopsie transanali con ago tranciante e contemporanea laparotomia esplorativa e biopsie dello sfondato pelvico, più colostomia sul sigma. L'esame istologico delle biopsie eseguite hanno evidenziato frammenti biopistici del grosso intestino con aree di infiltrazione neoplastica a cellule disperse del corion con aspetti mucosecarnenti tipo signet-ring riferibile a metastasi da carcinoma a pattern gastrico. Positivi per localizzazione metastatica anche i due frammenti del tessuto peritoneale. Il paziente è stato avviato a trattamento chemioterapico palliativo (Docetaxel, 5FU ed Epirubicina) tutt'ora in corso e ben tollerata.

Conclusioni: La recidiva pelvica di un carcinoma gastrico può presentarsi in rari casi come una stenosi rettale di difficile inquadramento diagnostico. L'utilizzo di biopsie profonde transanali associate a una laparotomia esplorativa con ispezione dello scavo pelvico risultano indispensabili al fine di una corretta diagnosi istologica e stadiazione di questo raro tipo di localizzazione metastatica.