

Episodi di sincope causati da una torsione ovarica

Leonardo Trentadue

Medico di medicina generale
Ferrandina (MT)

Un'assistita di 33 anni, sposata e con un bambino di due anni, si presenta in ambulatorio e mi riferisce che è la terza volta che perde improvvisamente i sensi nell'arco di quattro mesi e sempre in coincidenza con dolorose e abbondanti mestruazioni, accompagnate da cefalea, nausea e vertigini. Il dolore è localizzato in fossa iliaca destra e irradiato all'arto inferiore omolaterale.

Visita ambulatoriale

► **Anamnesi:** microcitemica costituzionale e con familiarità diabetica, la paziente a 5 anni è colpita da appendicite non diagnosticata tempestivamente dall'allora suo medico curante e sfociata in peritonite con restitutum ad integrum dopo adeguata terapia ospedaliera. Nel 2004 si evidenziano allergia ad acido acetilsalicilico e penicillina e sensibilizzazione a vari alimenti (cioccolato, crostacei, carne di maiale, frutta secca e mitili). Compaiono episodi isolati di sincope e ipotensione ortostatica. Nel 2006, dopo essere stata colpita da mononucleosi infettiva, esperisce due episodi di cistite emorragica.

Nel giugno 2008 i test allergometrici evidenziano un'allergia alle graminacee, mentre un'ecografia mammaria mette in rilievo alcune cisti mammarie. Sempre a giugno dello stesso anno, a seguito di severa dismenorrea, effettua un'ecografia renale e vescicale che referta che nello spazio compreso tra il margine dell'utero e della vescica, si osserva una raccolta fluida a margini regolari del diametro massimo di 28 mm lungo l'asse trasverso, da riferire a una cisti ovarica.

► **Esame obiettivo:** l'addome è trattabile con dolore in fossa iliaca destra. I segni di Murphy e Blumberg risultano positivi. L'obiettività cardiaca e polmonare sono nella norma, così come l'esame neurologico. Le pupille sono isocoriche e isocicliche, non è presente nistagmo né rigor nuchalis. I movimenti del capo scatenano vertigini, mentre la paziente riferisce segni di emicrania destra. I polsi femorali sono normoisosfigmici e alvo e diuresi sono nella norma. Decido di non ospedalizzare la paziente e prescrivere un emocromo e

altre analisi di routine e una nuova ecografia dell'addome completo.

Nel frattempo, per contrastare il dolore pelvico, somministro ibuprofene 600 mg compresse.

Percorso diagnostico e terapia

Dopo qualche giorno la paziente ritorna in ambulatorio con i risultati delle analisi ematochimiche e dell'ecografia addominale. Le analisi sono nella norma, mentre il riscontro ecografico evidenzia una cisti pedunculata a contenuto liquido a carico dell'ovaio destro. Sul versante sintomatologico due sono i sintomi predominanti: il dolore acutissimo e la sincope recidivante. L'idea diagnostico-associativa si sposta sulla probabile rotazione del peduncolo sul suo asse con la conseguente compromissione della circolazione arteriosa e venosa dell'ovaio. Escludo anche la possibilità che si tratti di sindrome premestruale, di annessite monolaterale o di una gravidanza extrauterina.

Da segnalare un altro elemento sintomatologico utile in sede diagnostica epicritica: la paziente riferisce che in un caso degli episodi di sincope, questa è subentrata dopo un brusco movimento del corpo: è noto che la torsione ovarica può essere innescata da tale circostanza.

L'età della paziente, intorno ai 30 anni, il dolore localizzato alla fossa iliaca destra con irradiazione alla coscia omolaterale - in assenza di parametri infiammatori agli esami ematochimici - la nausea e il vomito, indicano nella torsione ovarica la diagnosi più pertinente.

In accordo con lo specialista ginecologo viene concordato di non intervenire chirurgicamente e viene prescritta una

terapia estroprogestinica, monitorando periodicamente la condizione clinica e ripetendo ogni tre mesi la valutazione ecografica.

Commento

Per il Mmg i dolori pelvici nella donna rappresentano un universo insidioso in sede diagnostica, anche perché tale dolore è un'esperienza condizionata da aspetti soggettivi. Soprattutto in questo caso, l'anamnesi deve essere accurata e rigorosa al fine di non trascurare alcun elemento. L'insorgenza del dolore in relazione al tempo, ovvero se è appena insorto, legato alle mestruazioni o protratto nel tempo permette di orientarsi verso le cause più probabili. Riuscire a scomporre la sintomatologia isolandone e differenziandone alcuni aspetti, come nel caso descritto, la sincope, la nausea, il vomito e il dolore irradiato alla coscia omolaterale, può rappresentare un valido sentiero di avvicinamento verso una diagnosi clinica corretta.

Nel caso della mia paziente la diagnosi differenziale è stata posta innanzitutto con la sindrome premestruale - caratterizzata sia dalla ciclicità sia dal caratteristico corteo sintomatologico - con l'appendicite, l'annessite monolaterale e la gravidanza extrauterina, mentre la complicanza più grave esclusa è stata la necrosi dell'ovaio.

La terapia della torsione ovarica può essere chirurgica e medica. Nel primo caso le indicazioni raccomandate sono il trattamento laparoscopico conservativo e svolgimento dei giri di torsione oppure il trattamento demolitivo fino all'exeresi dell'ovaio in caso di necrosi. Nel secondo caso è consigliabile la terapia estroprogestinica.