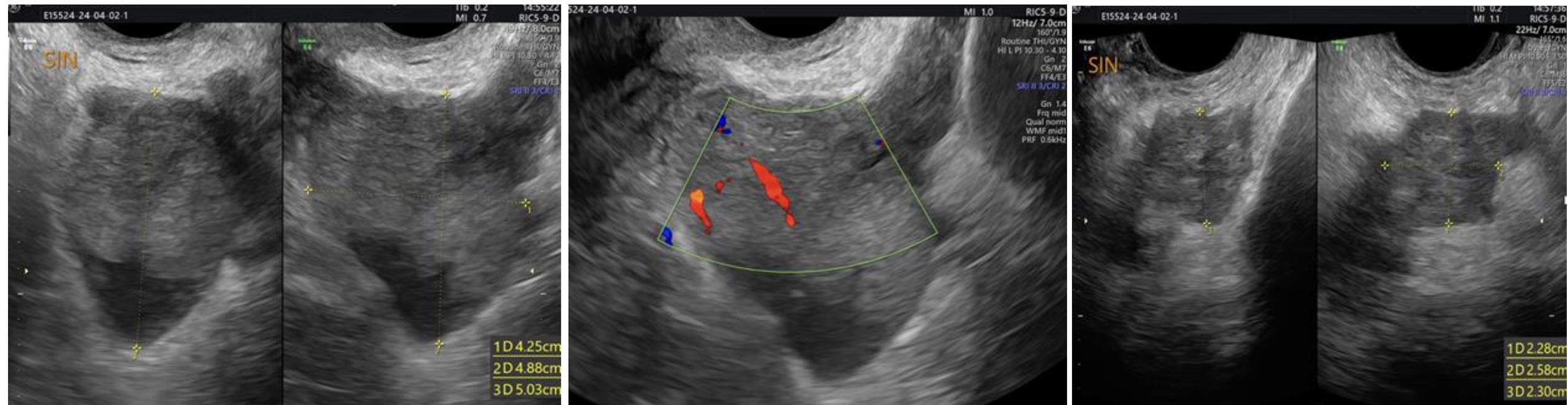


Paziente di 58aa, pluripara. Menopausa 52aa. Ipertensione arteriosa, dislipidemia, asma bronchiale, obesità di II grado. Non pregressa chirurgia maggiore. Anamnesi personale positiva per dismenorrea, mai eseguita terapia E/P e/o TOS. Non eseguiti controlli ginecologici per diversi anni. Riscontro di TVP a dicembre 2024 per cui eseguiva TC addome con evidenza di compressione ab estrinseco della vena iliaca esterna sinistra, dovuta ad espanso patologico pelvico omolaterale di 47x32 mm. CA19.9 e CEA nei limiti, CA125 60 mUI/ml.



Ecografia TV: Utero mediano, involuto come per età, ad ecostruttura disomogenea per la presenza di alcuni miomi centimetrici G4, shadows+. Ovaio destro in sede e regolare, compatto. Ovaio sinistro non chiaramente riconoscibile, apparentemente dai contorni sfumati, di mm 23x26x23. Adiacente ma separabile da esso, si evidenzia formazione solida (componente solida >80%), CS2, con componente cistica a contenuto low-level di mm 43x49x50



Tale formazione risultava strettamente adesa e non separabile dall'uretere di sinistra che appariva dilatato nel suo tratto pelvico con diametro maggiore di mm 11.5



DI COSA SI TRATTA?

A) LINFONODO PATOLOGICO

A) LOCALIZZAZIONE PERITONEALE DI CARCINOMA A CELLULE CHIARE

A) LINFOMA A LOCALIZZAZIONE PELVICA

A) SCHWANNOMA PELVICO RETROPERITONEALE

DI COSA SI TRATTA?

A) LINFONODO PATOLOGICO

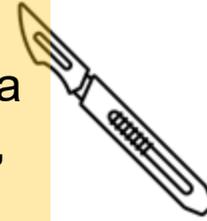
A) LOCALIZZAZIONE
PERITONEALE DI
CARCINOMA A CELLULE
CHIARE

A) LINFOMA A
LOCALIZZAZIONE PELVICA

A) SCHWANNOMA PELVICO
RETROPERITONEALE

La paziente è stata sottoposta a chirurgia esplorativa laparoscopica con WP, annessiectomia sinistra, biopsie peritoneali di aree suggestive per endometriosi inveterata, biopsie neoformazione retroperitoneale regione iliaca sinistra – che risultava non asportabile in toto perchè *indissociabile dai vasi iliaco-otturatori ed in particolar modo dalla vena iliaca comune.*

La paziente è stata candidata a terapia a base di carboplatino e taxolo ad intento neoadiuvante con successiva PD al controllo strumentale intermedio e comparsa di lesioni secondarie epatiche e linfonodali



El definitivo: Frammenti multipli di carcinoma a cellule chiare, con aspetto ghiandolare e micropapillare. IIC:bCKAE1/AE3, CK7, PAX8, NapsinaA +, p53 wild type.

Il reperto è compatibile con carcinoma a cellule chiare di origine ginecologica, ad insorgenza probabile su focolaio di endometriosi

Gynecologic Oncology Reports 32 (2020) 100551

Contents lists available at ScienceDirect



ELSEVIER

Gynecologic Oncology Reports

journal homepage: www.elsevier.com/locate/gynor



Case report

Primary peritoneal clear cell carcinoma. A case report and literature review

Gloria Peiro^a, Sandra Silva-Ortega^a, Cristina Garcia-Espasa^b, Manuela Sala-Ferichola^c,
Sandra Perez-Vicente^c, Elena Castellon-Molla^a, Josefa Marcos-Sanmartin^{c,*}



^a Department of Pathology, Alicante University General Hospital, Alicante Institute for Health and Biomedical Research (ISABIAL-FISABIO Foundation), Alicante, Spain

^b Department of Radiology, Alicante University General Hospital, Alicante Institute for Health and Biomedical Research (ISABIAL-FISABIO Foundation), Alicante, Spain

^c Department of Gynecology and Obstetrics, Alicante University General Hospital, Alicante Institute for Health and Biomedical Research (ISABIAL-FISABIO Foundation), Alicante, Spain

I tumori maligni primitivi del peritoneo sono eccezionali. Tra questi, il carcinoma a cellule chiare è estremamente raro!

Attualmente, le teorie più accreditate sull'origine del carcinoma a cellule chiare nel peritoneo sono la metaplasia mülleriana e l'endometriosi con trasformazione maligna. Tuttavia, quest'ultima si verifica in sedi extra-ovariche solo nell'1,6% dei casi

Table 1
Panel of antibodies for the immunohistochemical analysis.

Antibody	Vendor	Clone	Dilution
CK7	Dako	OV-TL 12/30	Predilute
CK20	Dako	Ks 20.8	Predilute
CK34BE12	Dako	34BE12	Predilute
Ber-EP4	Dako	Ber-EP4	Predilute
CEA	Dako	11-7	Predilute
Calretinin	Dako	DAK-calret1	Predilute
WT1	Dako	6F-H2	Predilute
p53	Dako	DO-7	Predilute
ER	Dako	EP1	Predilute
NapsinA	LeicaNovocastra	IP64	1:100
AMACR	Dako	13H4	Predilute
PAX8	ProteinTech	Polyclonal rabbit	1:1200
Vimentin	Dako	V9	Predilute
p16	BD Biosciences	G175-405	1:100
PTEN	Dako	6H2.1	1:100
ARID1A	Sigma	HPA005456	1:1500
PD-L1	Dako	22C3	Predilute
MLH1	Dako	ES05	Predilute
MSH2	Dako	E11	Predilute
PMS2	Dako	EP51	Predilute
MSH6	Dako	EP49	Predilute

• **L'immunoistochimica** può essere utilizzata per confermare il sito primario della malattia. L'origine endometriosa può essere dedotta in base alla storia clinica e ai reperti intraoperatori suggestivi di endometriosi!

• Sebbene non esista un trattamento standardizzato, dovrebbe essere presa in considerazione la chirurgia citoreduttiva con chemioterapia adiuvante. Anche la radioterapia adiuvante può essere considerata per il controllo locale della malattia.

Peiro G et al.. A case report and literature review. Gynecol Oncol Rep. 2020 Feb.

Harris CM et al. Primary peritoneal clear cell carcinoma arising in the setting of abdominal wall Endometriosis: A case report and review of the literature. Gynecol Oncol Rep. 2024 Mar