

CASO CLINICO

Elaborato da Dott.ssa Libera Troia

Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara.
Università degli studi del Piemonte Orientale.

Caso clinico
Novembre
2025

G4P3 (3 pre-TC), 38 anni. Gravidanza spontanea complicata da diabete gestazionale e ipertensione gestazionale. Crescita fetale regolare.

Primo riscontro a 29+4 settimane di formazione pelvica: in sede annessiale sinistra, lateralmente all'utero gravidico si evidenzia la presenza di una formazione multiloculare solida delle dimensioni di 15.7x9.6x13.6 cm, a margini esterni regolari, margini interni irregolari per la presenza di multiple concamerazioni (>10 loculi) e proiezioni papillari di cui la maggiore di dimensioni 31x17 mm, a contenuto low-level e non vascolarizzata al CD (CS1).



Di cosa si tratta????

1. Tumore ovarico borderline mucinoso
2. Cistoadenoma mucinoso
3. Cistoadenofibroma mucinoso
4. Carcinoma epiteliale mucinoso



CASO CLINICO

Elaborato da Dott.ssa Libera Troia

Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara.
Università degli studi del Piemonte Orientale.

Caso clinico
Novembre
2025

Di cosa si tratta????

1. Tumore ovarico borderline mucinoso
2. Cistoadenoma mucinoso
3. Cistoadenofibroma mucinoso
4. Carcinoma epiteliale mucinoso



CASO CLINICO

Elaborato da Dott.ssa Libera Troia

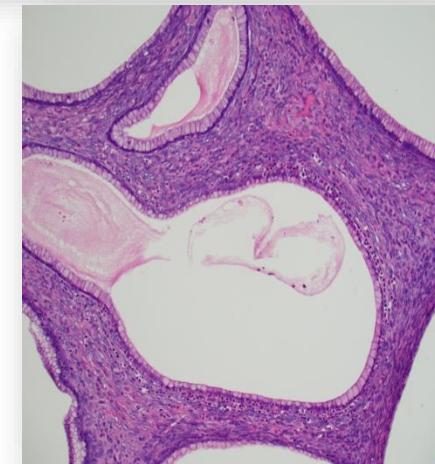
Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara.
Università degli studi del Piemonte Orientale.

Caso clinico
Novembre
2025



Di cosa si tratta????

1. Tumore ovarico borderline mucinoso
2. Cistoadenoma mucinoso
3. Cistoadenofibroma mucinoso
4. Carcinoma epiteliale mucinoso



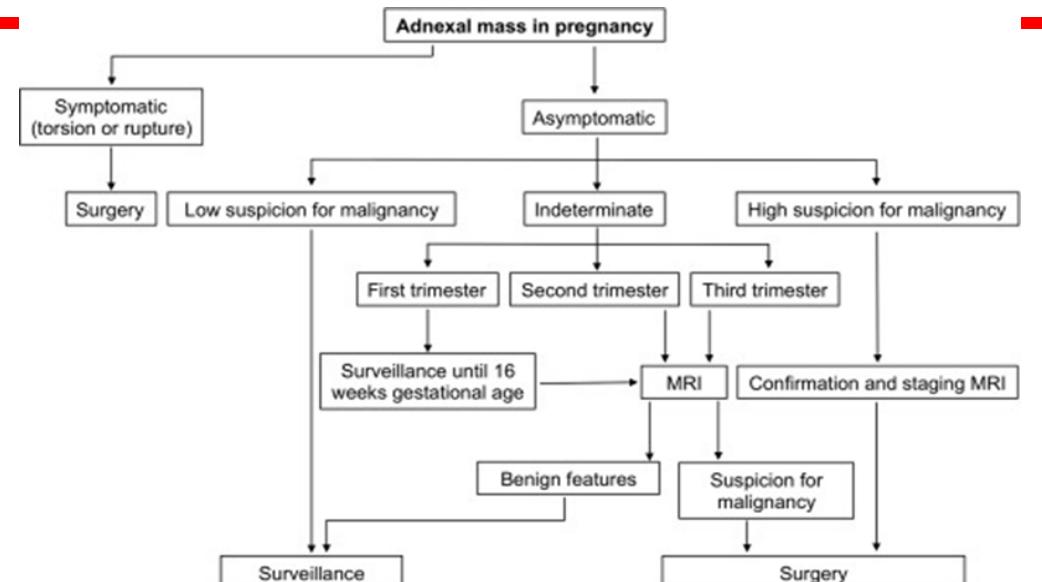
SOLUZIONE

Cistoadenoma mucinoso → Unilaterale nel 95%, ma può presentarsi come formazione multiloculare (dimensioni variabili, da pochi cm a > 30 cm); contenuto low-level per la presenza di mucina; raramente presenti noduli «honeycomb»; vacularizzazione al CD nel 50% dei casi.

Formazioni annessiali in gravidanza

- ✓ Incidenza: 2.4%-5.7%
- ✓ Più comuni: cisti dermoidi (32%), endometriomi (15%), cisti funzionali (12%), cistoadenomi sierosi (11%), cistoadenomi mucinosi (8%).
- ✓ Circa il 70% delle formazioni si risolve spontaneamente; la maggior parte regredisce entro 16 settimane, soprattutto se di dimensioni <5 cm.
- ✓ Circa il 2% è di natura maligna.

- ✓ **Ecografia** → imaging di I linea per accuratezza, sicurezza e disponibilità.
- ✓ RMN → imaging II linea
- ✓ La **gestione conservativa** è riservata a formazioni asintomatiche e prive di caratteristiche ecografiche sospette.
- ✓ Nel caso di gestione chirurgica, l'**approccio laparoscopico** è quello da preferire, a qualsiasi epoca gestazionale.



SOLUZIONE

Tumour markers in pregnancy

Histological type of ovarian tumour	Tumour marker	Normal range	Changes in pregnancy
Epithelial tumour	CA 125	$\leq 35 \text{ U mL}^{-1}$	Increased in 1st trimester, then decreases
	CEA	$\leq 5 \text{ ng mL}^{-1}$	Not influenced by pregnancy
	HE4	$\leq 70 \text{ U mL}^{-1}$	Lower levels in pregnant women, mildly increased values in 3rd trimester
Mucinous tumour	CA 19.9	$\leq 37 \text{ U mL}^{-1}$	Mildly increases with increasing gestational age; never exceeds normal range
Mucinous carcinoma	Inhibin A	$\leq 17.3 \text{ pg mL}^{-1}$	Increased values in 1st trimester; abnormally increased in Down Syndrome
Granulosa cell tumour	Inhibin B	$\leq 255 \text{ pg mL}^{-1}$	Not influenced by pregnancy
Germ cell tumours	HCG	$\leq 0.5 \text{ mIU mL}^{-1}$	Physiologically increased in pregnancy
	AFP	$\leq 10 \text{ ng mL}^{-1}$	Physiologically increased in pregnancy; abnormally increased in neural tube defects; decreased in Down Syndrome
Dysgerminoma	LDH	$\leq 250 \text{ U mL}^{-1}$	Increased in severe preeclampsia, HELLP syndrome

Based on the data published by Cavaco-Gomes et al. Investigation and management of adnexal masses in pregnancy. *Scientifica* (Cairo), 2016; 2016: 3012802. <https://doi.org/10.1155/2016/3012802>.

Formazioni annessiali in gravidanza

La gravidanza influenza l'aspetto ecografico delle formazioni annessiali, inducendo modificazioni ormono-dipendenti nei tessuti e aumentando il flusso sanguigno nei vasi pelvici.

- ✓ Sintomi comuni: dolore, distensione, discomfort addominale, sintomi da compressione (difficoltà respiratorie, nausea, perdita di appetito, difficoltà a muoversi, alterazioni dell'alvo)
- ✓ Rischio aumentato di: torsione, rottura. In caso di torsione → più frequente nel I trimestre (55%); il dolore acuto è il sintomo principale (80%), ecograficamente nel 95% si reperta incremento volumetrico degli annessi e nel 54% vi è una riduzione del flusso sanguigno alla valutazione Doppler (54%).
- ✓ Complicanze ostetriche : parto pretermine, TC urgente, malposizione fetale, parto distocico (per formazioni di grandi dimensioni).

Keep in mind: La valutazione degli annessi durante l'ecografia di datazione o di screening del primo trimestre è raccomandata!

CASO CLINICO

Elaborato da Dott.ssa Libera Troia

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara.
Università degli studi del Piemonte Orientale.*

Caso clinico
Novembre
2025

Nel nostro caso clinico

- ✓ Paziente asintomatica per tutto il decorso della gravidanza. Markers tumorali negativi.
- ✓ A 34+1 sg ricovero per preclampsia con valori pressori non compensati con terapia domiciliare + proteinuria positiva (5 gr/24 h).
- ✓ A 34+5 sg TC urgente in LPT longitudinale per sindrome HELLP → nascita di neonato di sesso maschile, 2500 gr, Apgar score 1-5-7. Nel corso del TC è stata eseguita annessiectomia sinistra e salpingectomia destra. Perdite ematiche totali 1300 cc.

Reperto intraoperatorio: formazione cistica di 15 cm di diametro massimo, a contenuto misto, con capsula perlacea integra.

Reperto macroscopico: formazione di 20x12x10 cm pluriconcamerata, a contenuto brunastro, con liquido all'apertura e gettone giallo ocraceo a consistenza aumentata di cm 2.5, con bottoni ocracei nel contesto della parete.

DIAGNOSI ISTOLOGICA: Cistoadenoma mucinoso