

Un incidentaloma sospetto

A Muller, AR Pia, F Solitro¹, E Ingargiola, G Reimondo, M Terzolo

SCDU Medicina Interna 1, SS Endocrinologia; ¹SCDU Radiodiagnostica; AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)

Introduzione:

Circa il 5-7% delle masse surrenaliche di riscontro occasionale sono rappresentate da metastasi. Tale percentuale sale fino al 30-70% nei pazienti affetti da una neoplasia maligna extra-surrenalica. Il surrene infatti, a causa della sua ricca vascolarizzazione, rappresenta una sede preferenziale di metastatizzazione, in particolare per alcune neoplasie, tra cui il tumore polmonare, mammario, gastrico, epatico e pancreatico. In letteratura sono descritti casi di cosiddetti "collision tumors" surrenalici, caratterizzati dalla coesistenza in una ghiandola surrenalica di due differenti tumori, frequentemente un adenoma surrenalico benigno e un tumore maligno, primitivo o metastatico. Secondo alcuni autori gli adenomi corticosurrenalici potrebbero rappresentare una nicchia prediletta per le localizzazioni metastatiche, in particolare dei tumori polmonari.

Descriviamo il caso di un paziente di 64 anni che ha sviluppato una metastasi di carcinoma polmonare non a piccole cellule all'interno di un adenoma surrenalico benigno preesistente da molti anni.

Descrizione del caso:

Uomo di 64 anni. Ex fumatore, con pregressa esposizione lavorativa a silice ed amianto. Storia di BPCO e di ipertensione arteriosa in terapia farmacologica.

Nel 2008 veniva riscontrato occasionalmente all'ecografia addome un nodo surrenalico sinistro, confermato con TC mirata ai surreni, di diametro massimo 30 mm, valori di densità prossimi a quelli dell'acqua e caratteristiche TC tipiche per adenoma. Screening ormonale alla diagnosi negativo. Il follow-up endocrinologico veniva sospeso dopo due anni per stabilità dimensionale della massa, inquadrata come benigna, non evolutiva e non secernente.

Ad agosto 2015 veniva posta diagnosi di carcinoma polmonare squamoso a partenza dal bronco lobare superiore destro, associato a linfadenopatia mediastinica. Seguivano chemioterapia, secondo schema platino + docetaxel, e radioterapia, completate ad aprile 2016, con risposta completa alla terapia.

Il paziente proseguiva pertanto regolare follow-up radiologico della malattia, con documentazione di stabilità della malattia polmonare e del nodo surrenalico. Nel mese di settembre 2017 la TC total body con mdc di follow-up evidenziava lieve incremento dimensionale dell'espanso surrenalico (diametro massimo 37 mm) e la presenza di addensamenti polmonari nel lobo inferiore dx, di aspetto flogistico, senza variazioni del residuo tumorale principale.

Veniva eseguita PET-FDG, con documentazione di esteso iperaccumulo del radiofarmaco in loggia surrenalica sinistra, senza ulteriori captazioni patologiche né a livello polmonare destro, né in altre sedi corporee. Il paziente veniva quindi inviato a visita endocrinologica. Gli esami ormonali di screening per ipercortisolismo, iperaldosteronismo primitivo e feocromocitoma risultavano negativi.

Un'accurata revisione delle immagini della TC permetteva di evidenziare un cambiamento delle caratteristiche radiologiche della nota lesione surrenalica che, oltre al modesto incremento dimensionale, si presentava non più completamente omogenea e con margini bozzuti. Nel dubbio di malignità, come ulteriore approfondimento diagnostico veniva eseguita RMN surrenalica con sequenze chemical shift e DWI, che mostrava a livello dell'espanso surrenalico un abbattimento del segnale disomogeneo, "a carta geografica", nelle sequenze chemical shift in opposizione di fase. Il reperto risultava ancora compatibile con la diagnosi di adenoma "lipid-poor" e non era dirimente nella diagnosi differenziale.

In considerazione della patologica captazione alla PET, non giustificata da un'attività di secrezione autonoma ormonale, il paziente veniva inviato ad intervento di surrenectomia sinistra. L'esame istologico risultava positivo per metastasi da carcinoma squamoso in parenchima surrenalico.

Conclusioni:

Fino al 70% delle masse surrenaliche riscontrate in pazienti affetti da una neoplasia maligna extra-surrenalica sono di natura metastatica. Nel paziente oncologico pertanto il riscontro di una massa surrenalica richiede un'attenta diagnosi differenziale tra lesione surrenalica metastatica e la più tipica lesione benigna (generalmente un adenoma surrenalico), il cui riscontro occasionale è molto frequente nella popolazione generale (4-5%).

Nel nostro caso lo sviluppo di una metastasi surrenalica unica, all'interno di una lesione surrenalica benigna preesistente e nota da anni, in una malattia neoplastica peraltro stabile, apparentemente in remissione, suggerisce che:

- 1) Nei pazienti oncologici con malattia attiva o pregressa è necessario un attento follow-up radiologico delle lesioni surrenaliche, anche di quelle già tipizzate come benigne e non secernenti, valutando con attenzione anche minimi cambiamenti delle immagini TC, dimensionali e/o in termini di densità e margini.
- 2) Nei casi dubbi, in cui la TC e/o la RMN surrenalica non siano dirimenti, la PET-FDG, unitamente allo studio ormonale, rappresenta un valido ausilio per supportare il clinico nelle scelte terapeutiche.