

Metastasi ipofisaria da carcinoma gastrointestinale come prima manifestazione di malattia: come la malattia ipofisaria può essere indicatore di patologia oncologica già disseminata

Flavia Costanza, Sabrina Chiloiro, Antonella Giampietro, Alfredo Pontecorvi, Laura De Marinis, Antonio Bianchi
Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
(E-mail: flavia.costanza.fc@gmail.com)

Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore

Introduzione

Le MI (metastasi ipofisarie) sono rare e solo pochi casi sono riportati in letteratura. Possono crescere rapidamente e presentare invasività locale, portando all'insorgenza acuta di sintomi neurologici, come cefalea, disturbi visivi e oculomotori, o segni endocrinologici, come DI (diabete insipido) e ipopituitarismo. La loro rarità e la mancanza di caratteristiche cliniche e radiologiche specifiche ne rendono spesso complessa la differenziazione da altre lesioni dell'area sellare più comuni, in particolare quando non vi è storia oncologica nota. Poiché possono essere pericolose per la vita, devono essere riconosciute e trattate tempestivamente.

Presentazione del caso clinico

Una donna di 76 anni con anamnesi oncologica muta giungeva a ricovero per cefalea, vertigini e diplopia. All'obiettività presentava oftalmoplegia completa sinistra, associata a deficit di sensibilità all'emivolto di sinistra. Gli esami morfologici mostravano voluminosa formazione sellare e soprasellare con estensione all'interno del seno cavernoso omolaterale e compressione del chiasma ottico e del lobo temporale omolaterale, disomogenea come per componente di infarcimento apoplettico. Veniva posta diagnosi di sindrome del seno cavernoso di sinistra in macroadenoma apoplettico. La paziente veniva sottoposta a intervento neurochirurgico di rimozione dell'adenoma con approccio endoscopico endonasale transfenoidale e iniziava terapia ormonale sostitutiva.

Esito

Il referto istologico era riferibile ad una metastasi di adenocarcinoma con diffuse alterazioni necrotico-emorragiche il cui profilo immunohistochimico suggeriva un'origine da carcinoma primitivo in sede gastrointestinale; tuttavia, le successive indagini radiologiche non riuscivano a individuarne la localizzazione. Veniva indirizzata a percorso oncologico e iniziava chemioterapia adiuvante.

Follow-up

La RMN postoperatoria mostrava un residuo parasellare, radiologicamente stabile al follow-up di 6 mesi. La paziente verrà sottoposta a rivalutazione radioterapica e neurochirurgica.

Discussione

I casi documentati di MI sono rari e l'incidenza attuale è di circa l'1%. L'età media alla diagnosi ricade nella sesta decade di vita. Nella metà dei casi derivano da carcinomi di mammella e polmone, altre cause rare includono colon, prostata, melanoma, tiroide, tumori ematologici. Poiché le caratteristiche cliniche e radiologiche delle MI sono generalmente aspecifiche, è difficile distinguerle dagli adenomi ipofisari. La maggior parte è clinicamente silente. La manifestazione clinica più frequente è il DI; seguono per frequenza l'ipopituitarismo, la cefalea e i disturbi visivi. Il trattamento è solitamente riservato ai pazienti con lesioni sintomatiche o a quelli in cui la presenza di un tumore maligno non sia nota. La radioterapia può essere effettuata a scopo palliativo, specie quando la lesione ipofisaria costituisce una delle tante metastasi cerebrali. La chemioterapia sistemica e la terapia mirata dovrebbero essere adottate in base al tipo di tumore primitivo, che è il fattore più importante per la prognosi complessiva. La prognosi rimane scarsa e varia significativamente sulla base dell'interessamento sistemico e dell'istologia primaria.

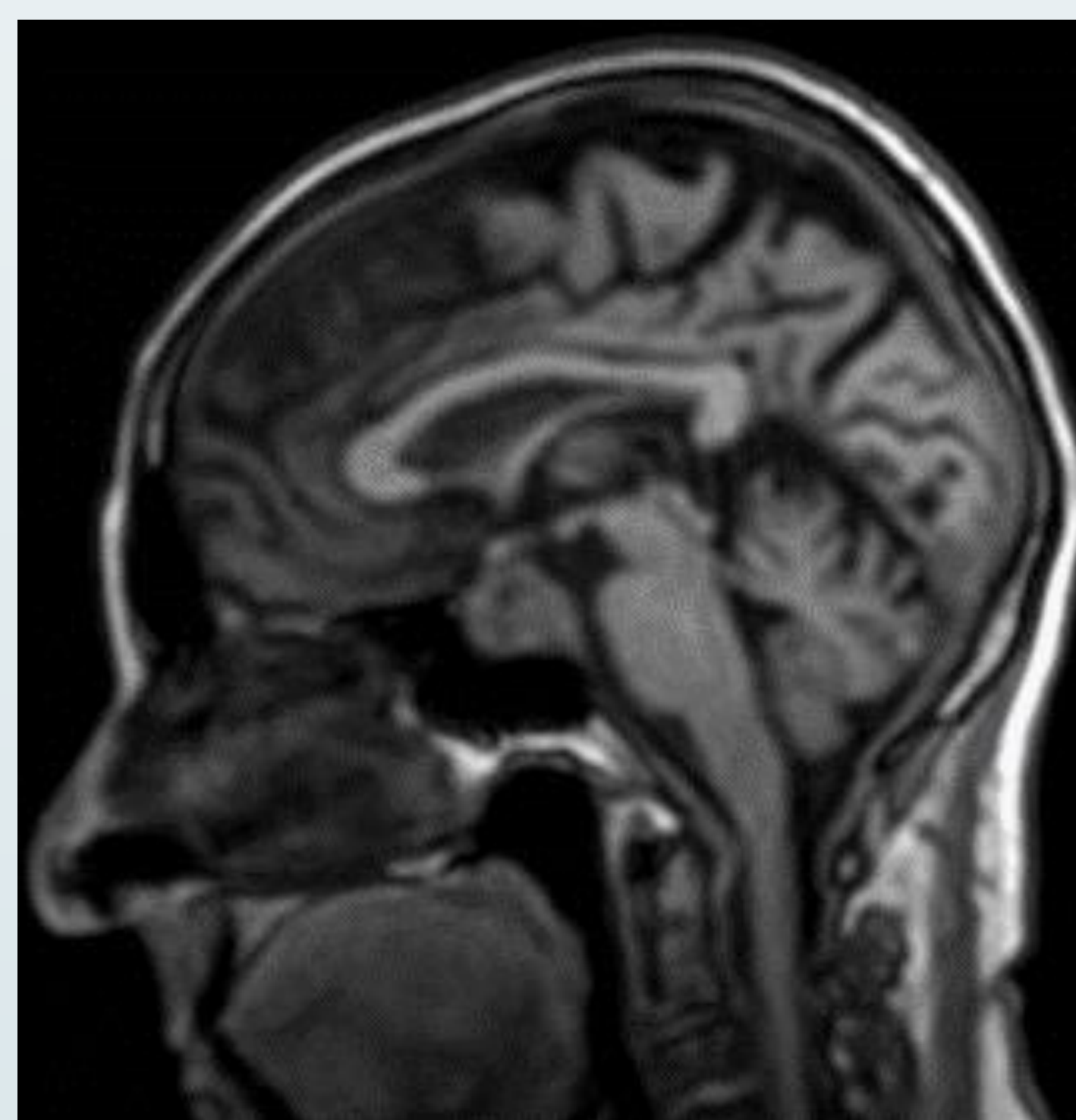


Figura 1: Metastasi ipofisaria da adenocarcinoma gastrointestinale.

Take home messages

In caso di comparsa di segni e sintomi che possano suggerire la presenza di una massa ipofisaria, specie in pazienti di età superiore ai 60 anni, bisogna considerare che le MI rientrano nella diagnosi differenziale delle lesioni invasive della regione sellare. Poiché la metastasi ipofisaria può costituire la prima manifestazione di una patologia oncologica, il corretto inquadramento del problema ipofisario determina l'indirizzamento del paziente ad un iter diagnostico-terapeutico con individuazione e terapia mirata alla patologia sottostante. Il riconoscimento e la gestione delle MI rimangono complessi e non possono prescindere da un complesso multidisciplinare costituito da endocrinologo, oncologo, neurochirurgo e neuroradiologo.