



UN COMPLESSO CASO DI INCIDENTALOMA SURRENALICO BILATERALE



Carlotta Keiko Vedolin¹ (carlottakeiko.vedolin@gmail.com),

Carla Scaroni¹, Chiara Sabbadin¹

¹ UOC Endocrinologia, Dipartimento di Medicina, Azienda Ospedaliera - Università di Padova

Introduzione. I pazienti con incidentaloma surrenalico devono essere sottoposti ad attenta valutazione anamnestica, obiettiva, biochimica, al fine di differenziare una massa secernente da una non secernente, e radiologica, al fine di differenziare una massa benigna da una maligna. Seppur prevalentemente unilaterali, fino al 15% delle masse surrenaliche è bilaterale e la loro gestione può essere a volte complessa.

Presentazione del caso. Uomo di 54 anni, che a seguito di progressivo sviluppo di voluminosa neoformazione laterocervicale sinistra, esegue accertamenti otorinolaringoiatrici, radiologici e medico nucleari con riscontro alla PET-RM di voluminosa neoformazione della plica ariepiglottica sinistra, francamente ipermetabolica, determinante parziale oblitterazione del lume faringeo, di linfadenomegalie diffuse e ipercaptanti e di surreni francamente ingranditi e disomogenei con netto ipermetabolismo, descritti in seguito alla TC del diametro di 40 mm a destra e di 35 mm a sinistra (Figura 1) e con HU superiori a 30.

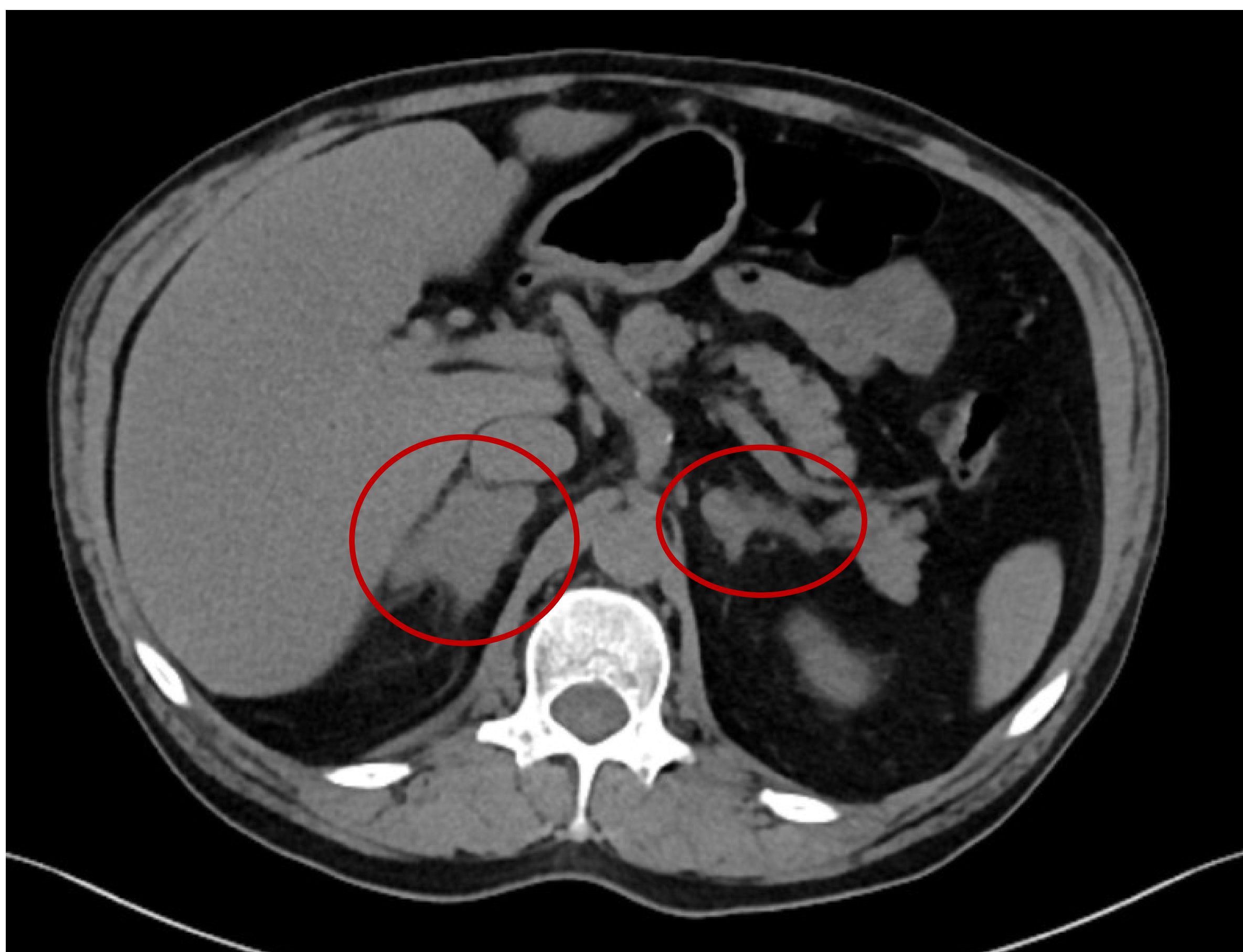


Figura 1. TC addome diretta

Giunto alla nostra osservazione, sono stati richiesti esami di approfondimento che hanno escluso ipersecrezione endocrina di cortisolo, aldosterone e catecolamine, e confermato una funzionalità surrenalica preservata.

- ACTH 17,6 ng/L (v.n. 4,7-48,8 ng/L), cortisolo basale 507 nmol/L (v.n. 185-624 nmol/L), cortisolo post decadron 48 nmol/L (v.n. <50 nmol/L).

- Aldosterone in ortostatismo 95,8 pmol/L (v.n. 70-1086 pmol/L), renina 5,4 mIU/L (v.n. 4,4-46,1 mIU/L), ARR 17,7 (v.n. < 91).

- Sodio 142 mmol/L (v.n. 136-145 mmol/L), potassio 3,5, mmol/L (v.n. 3,4-4,5 mmol/L).

- Metanefine urinarie 0,32 umol/L (v.n. 0,01-1,62 umol/L) e normetanefrine urinarie 1,40 umol/L (v.n. 0,01-2,13 umol/L).

Esito. Il paziente è stato sottoposto a biopsia della lesione al collo con diagnosi istologica di carcinoma squamoso della laringe con metastasi linfonodali laterocervicali, per cui è stata avviata chemioterapia di induzione e nel frattempo programmata biopsia surrenalica, che ha confermato la natura ripetitiva delle lesioni. Successivamente, per scarsa risposta clinica alla chemioterapia, che ha precluso un approccio chirurgico, il paziente è stato indirizzato a radioterapia palliativa.

Dato il continuo peggioramento del quadro radiologico con aumento numerico e volumetrico delle linfadenomegalie e dell'espansione delle

lesioni surrenaliche (67 mm a destra e 50 mm a sinistra, Figura 2) con coinvolgimento degli organi adiacenti, è stata avviata immunoterapia per neoplasie avanzate non responsive a CT e RT con nivolumab.



Figura 2. TC addome con MdC

Follow-up. Il nivolumab è un farmaco notoriamente associato allo sviluppo di disturbi endocrinologici autoimmunitari, tra cui l'insufficienza surrenalica. Tuttavia, nel caso riportato, il quadro di iposurrenalismo primitivo (ACTH 146,5 ng/L, cortisolo basale 167 nmol/L, sodio 134 mmol/L e potassio 4,6 mmol/L) è comparso antecedentemente l'introduzione della terapia con immunoterapico, a conferma della natura infiltrativa neoplastica a livello surrenalico. È stata pertanto introdotta terapia sostitutiva con cortone acetato ed il paziente è stato istruito circa le modifiche terapeutiche in caso di eventi stressanti per evitare l'insorgenza di crisi addisoniane.

Discussione. Rispetto alle forme monolaterali, prevalentemente rappresentate da adenomi surrenalici non secernenti, la maggior parte degli incidentalomi surrenalici bilaterali è dovuta a metastasi, iperplasia macro-nodulare bilaterale, feocromocitomi bilaterali, iperplasia surrenalica congenita e più raramente carcinomi surrenalici bilaterali e linfomi surrenalici. Nei pazienti con incidentalomi surrenalici bilaterali con caratteristiche radiologiche sospette e storia oncologica, dopo aver escluso la possibile diagnosi di feocromocitoma, è indicato procedere con la biopsia surrenalica, per un adeguato inquadramento clinico e terapeutico del paziente. In questi casi, va sempre indagata e monitorata nel tempo la possibile presenza di insufficienza surrenalica, per porre il paziente in adeguata terapia ormonale sostitutiva, vista anche la fragilità di per sé del paziente oncologico.

Take-home message. L'inquadramento diagnostico delle masse surrenaliche bilaterali è sovrapponibile a quello delle forme monolaterali, ma a volte può essere più complesso. Nell'inquadramento biochimico, oltre ad escludere ipersecrezione endocrina, è fondamentale anche ricercare un'eventuale ipofunzione determinata da localizzazioni neoplastiche. Inoltre, va considerata la possibilità che le masse surrenaliche abbiano una natura e un comportamento diverso tra loro, richiedendo ulteriori approcci diagnostici di secondo livello.