

Feocromocitoma: presentazioni diverse per una diagnosi mai scontata

Visconti F., Altea M.A., Mainolfi A., Garino F., Sansone D., Oleandri S.

SC Endocrinologia e malattie Metaboliche - ASL Città di Torino

felicia.visconti@ascittaditorino.it

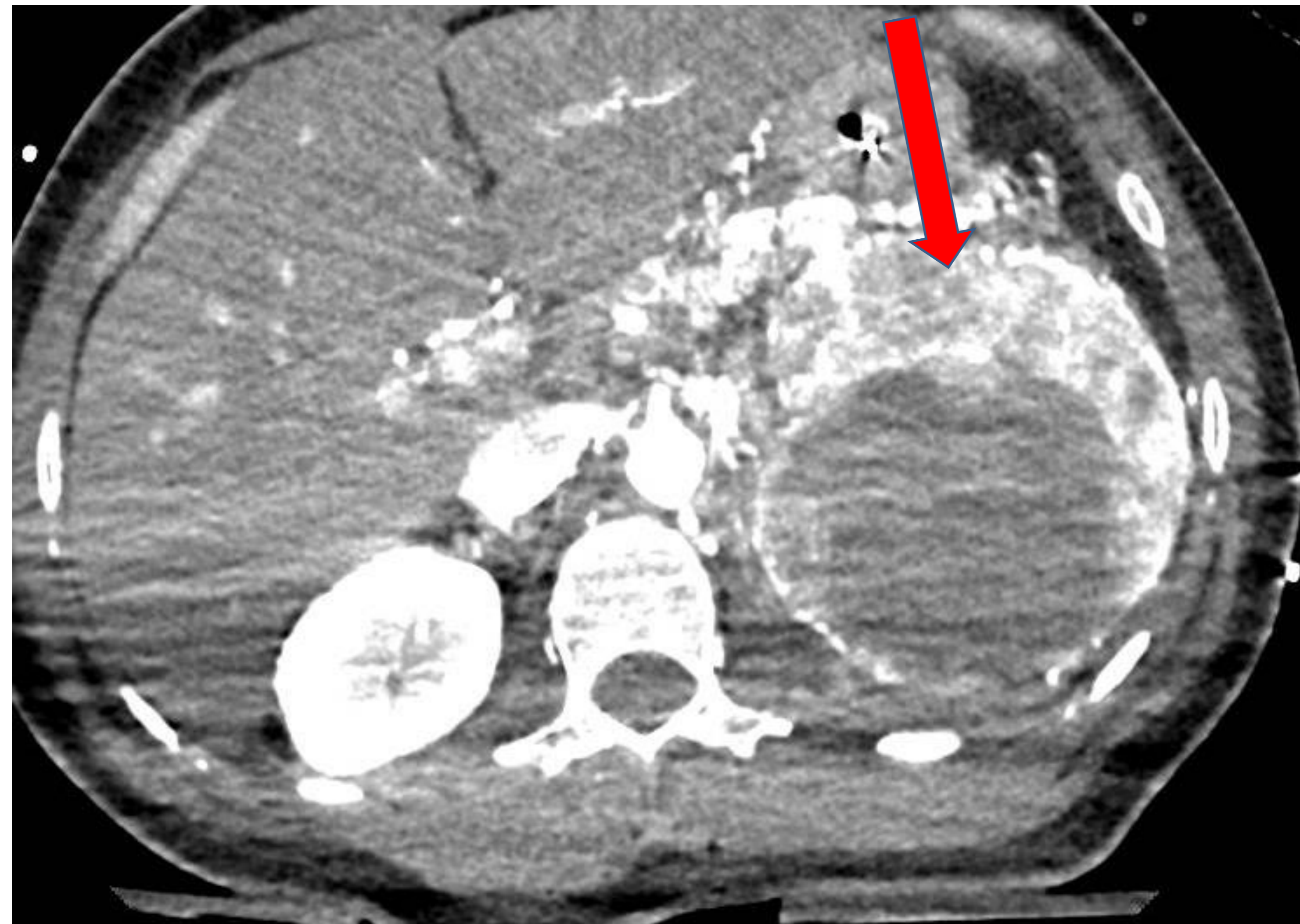


INTRODUZIONE

Il feocromocitoma è un tumore raro (2-8 casi/milione) di derivazione dalla cresta neurale, con localizzazione prevalentemente surrenalica, la cui diagnostica presenta spesso difficoltà nella correlazione tra sintomatologia, biochimica ed imaging. Presentiamo di seguito i casi di due pazienti recentemente giunti alla nostra osservazione, che ci hanno indotti a differenti approcci clinici e diagnostici.

CASO 1

Donna di 49 anni, accesso in DEA per dolore toracico in corso di crisi ipertensiva, riscontro di alterazioni ECG indicative per ischemia. Durante la coronarografia insorgenza di edema polmonare acuto e dissezione coronarica. In anamnesi storia di ipertensione arteriosa in labile compenso, e recente comparsa di flushing, attribuito a sindrome climaterica. Ricoverata pertanto in terapia intensiva e avviato, come da protocollo, trattamento con amine, immediatamente sospese al riscontro TC di massa surrenalica sinistra (9x10 cm), suggestiva per feocromocitoma. Richiesta pertanto esami ormonali di conferma ed terapia alfa bloccante e successivamente beta bloccante. Decorso complicato da grave insufficienza epatica e renale con anuria, con necessità di dializzazione per dieci giorni, sino alla ripresa della diuresi spontanea, rendendo non valutabili i dati urinari e di funzionalità renale (renina e aldosterone, raccolte urinarie, calcitonina, PTH e calcemia non valutabili). All'ecocardiogramma severa compromissione della frazione di eiezione. Riscontro di metanefrine plasmatiche, normetanefrine plasmatiche e cromogranina A pari a 20 volte il valore superiore di norma, e di NSE pari a 4 volte il limite superiore. Alla luce delle gravi condizioni generali, posticipato l'intervento chirurgico alla stabilizzazione del quadro clinico (prevedendo comunque la necessità di un intervento in circolazione extracorporea), con possibile approfondimento diagnostico nel sospetto di forma maligna.



Feocromocitoma – caso clinico 1

CASO 2

Uomo di 37 anni, giunto presso l'ambulatorio di endocrinologia in seguito ad accesso in DEA, ove si era recato per crisi ipertensiva (210/105 mmHg) e cardiopalmo (104 bpm). In anamnesi quadro di ipertensione arteriosa nota da circa 2 anni, in labile controllo con ramipril, doxazosina, amlodipina e furosemide. Agli esami ematochimici eseguiti in DEA riscontro di eGFR 70 ml/min, sodio 143 mmol/mol, potassio 4.1 mmol/mol, glicemia 97 mg/dl. Nel sospetto di ipertensione arteriosa secondaria, si richiedevano esami ormonali, previo adeguato wash-out farmacologico, con riscontro di valori di cortisolemia dopo test di Nugent e ratio aldosterone/renina nei limiti di norma, e noradrenalina, normetanefrina ed adrenalina plasmatiche ed urinarie di valori superiori al triplo rispetto al range di riferimento. Veniva pertanto effettuata TC addome, con riscontro a carico del surrene destro di espanso di 3 cm, lievemente disomogeneo per la presenza di minute formazioni calcifiche, margini lievemente irregolari, non significativo enhancement, di non univoca interpretazione, e successiva scintigrafia con I-MIBG 123, che non mostrava significativa captazione di radiofarmaco. Il paziente è quindi al momento in attesa di PET-TC con 18 F-DOPA.

TAKE HOME MESSAGES

I due casi dimostrano in modo emblematico la diversità della presentazione clinica del feocromocitoma, nonché le difficoltà nella diagnostica biochimica e strumentale. Nel primo caso, ad un' iniziale sintomatologia molto sfumata (ipertensione labile e sintomi vasomotori) è seguito un quadro clinico severo, con dati biochimici e di imaging eclatanti, mentre nel secondo una sintomatologia più classica, quale l'ipertensione refrattaria con crisi a poussée, è risultata sostenuta da un quadro diagnostico biochimico meno eclatante e da esami di imaging funzionale non dirimenti.