

## L'ECOGRAFO NELLO STUDIO

a cura della Scuola nazionale di ecografia generalista Fimmg-Metis

# Un caso particolarmente sfortunato

di A. Petrucci, C. Benedetti, A. Campanini, M. Dolciotti, A. Pizzo, C. Ravandoni, F. Bono

■ In questa rubrica la Scuola di Ecografia Generalista presenta casi la cui sintomatologia è di frequente riscontro negli studi dei Medici di

Medicina Generale ma dove l'utilizzo della ecografia ha permesso di concludere l'iter diagnostico o di indirizzarlo fortemente.

Contestualmente verrà fornito al lettore un inquadramento della patologia in questione orientata in senso Ecografico.

**P**aziente di 50 anni operato di nefrectomia sinistra per Ca renale tre anni prima, si presenta alla nostra attenzione per dolori in ipocondrio destro di moderata entità. Il setting è quello di uno studio associato di Medicina Generale dove è attiva una postazione di ecografia cui afferiscono le necessità diagnostiche dei pazienti facenti capo ai medici associati e l'operatore è un medico di medicina generale esperto di diagnostica ecografica. L'esame ecografico condotto in tale ambito dimostra una diffusa steatosi epatica ed una formazione solida ipoecogena di 18 mm dell'VIII segmento (fig.3). La colecisti presenta pareti non ispessite e un calcolo unico di 20 mm di maggior diametro. Le vie biliari sia intra che extra epatiche non sono dilatate.

Si passa quindi alla valutazione del rene superstite il quale si presenta aumentato di volume per ipertrofia compensatoria legata alla nefrectomia progressiva. Tuttavia si osserva in sede medio renale anteriore una lesione solida del diametro di circa 30mm che presenta anche discreta vascolarizzazione al color Doppler e una zona ipoecogena centro lesionale (fig.1). Si

rilevano inoltre numerose lesioni solide ipoecogene sferiche a carico di tutto il pancreas, almeno cinque, con la lesione maggiore a livello caudale di 25 mm di diametro massimo (fig.2). Non si osserva dilatazione del dotto pancreatico principale.

Il reperto di cui sopra suggerisce una

lesione neoplastica del rene con sospette metastasi epatica e pancreatiche. Si invita il paziente a sottoporsi a controllo TC con mezzo di contrasto. L'esame TC con mezzo di contrasto descrive un sovvertimento della struttura del rene destro per la presenza di multiple lesioni nodulari ipervascola-





Fig. 1 - Lesione solida renale



Fig. 2 - Lesioni multiple del pancreas



Fig. 3 - Lesione ipoecogena dell'VIII segmento epatico



Fig. 4 - TC con mdc . Lesioni focali multiple del pancreas

ri; nodularità multiple del pancreas in fase post-contrastografica precoce (fig.4), interessanti sia la testa, il corpo e la coda con diametro massimo di 29 mm in sede caudale; focalità epatiche dell'VIII e del VII segmento rispettivamente di 11 e 6 mm anch'esse ipervascolari in fase arteriosa. Le conclusioni dell'esame TC con mdc sono le seguenti: "Reperti orientativi per carcinoma multi-

focale renale destro con metastasi pancreatiche ed epatiche". Sulla base di quanto rilevato ecograficamente e confermato in maggiore dettaglio dalla tomografia computerizzata, il paziente, vista l'impossibilità di intervenire chirurgicamente in modo radicale (metastasi diffuse, paziente monorene), viene inviato allo specialista oncologo per un protocollo terapeutico alternativo. **ATT**

## Bibliografia

- Pavlica P., Barozzi L., Bartolone A., Gaudio C. *Rene chirurgico. Ecografia Clinica Vol.II*. Busilacchi P. e Rapaccini G.L. Eds. Idelson-Gnocchi 2006 pp.1131-1154.
- De Fazio S., Destito C., Ricciardi V., Wiel Marin A. *Metastasi pancreatiche di carcinoma renale a cellule chiare: presentazione di un caso clinico e revisione della letteratura. Giornale di Chirurgia. 2004, vol 25, n°10, pp 351-355.*

## Tumori renali

La caratterizzazione ecografica delle masse solide renali senza dover ricorrere all'esame istologico o citologico è possibile solo in alcuni casi. Pertanto le lesioni renali solide devono essere sempre considerate potenzialmente maligne.

### Distinguiamo le masse solide renali in:

- Tumori epiteliali ( Renal cells tumors)
  - Adenocarcinoma renale
  - Adenoma Oncocitoma
  - Nefroblastoma
- Tumori di origine mesenchimale
- Tumori delle vie escretrici
- Metastasi

#### 1) Adenocarcinoma renale

##### Definizione:

Tumore maligno che si origina dalle cellule del tubulo contorto prossimale.

##### Sinonimi:

Ipernefroma, tumore di Grawitz, tumore a cellule chiare.

##### Incidenza:

Maggiore incidenza fra 50 e 70 anni.

Multifocale nel 5% e bilaterale nel

2% dei casi. Evidenza genetica di

andamento familiare e maggiore

incidenza nei casi di malattia

di Von Hippel-Lindau, sclerosi

tuberosa e malattia policistica

post emodialisi di lunga data.

##### Ecografia:

Possono presentarsi come masse isoecogene, ipoecogene, iperecogene.

Sono sferici se presentano un

accrescimento espansivo e in genere delimitati da un alone ipoecogeno espressione di pseudocapsula.

L'atteggiamento infiltrante conferisce forma irregolare e margini non definiti.

##### Diagnosi differenziale:

Le forme iperecogene entrano in diagnosi differenziale con gli angiomiolipomi che in genere non presentano alone periferico.

Le masse isoecogene si devono distinguere dalle colonne meso renali soprattutto se in assenza di effetto massa sul profilo dell'organo.

Le forme ipoecogene mimano formazioni cistiche complesse o noduli di linfoma.

Nella variante di nefrocarcinoma cistico o papillifero l'aspetto è di massa complessa con vegetazioni e lacune anecogene di aspetto liquido circondate da setti vascolarizzati .

#### 2) Adenoma

##### Definizione:

Tumore non differenziabile dall'adenocarcinoma neanche con l'istologia.

Viene considerato un adenocarcinoma di piccole dimensioni non metastatico e a basso grado di malignità.

#### 3) Oncocitoma

##### Definizione:

Origina dalle cellule dei tubuli distali.

Ecografia: Massa omogenea a margini netti, generalmente di dimensioni rilevanti con caratteristiche ecografiche non peculiari. La presenza di cicatrice stellare al centro della lesione consente di fare diagnosi ma si evidenzia all'esame TC.

#### 4) Nefroblastoma

##### Sinonimo:

Tumore di Wilms. Tumore di interesse pediatrico. Insorge nel 75% dei casi prima dei cinque anni di età e può essere bilaterale.

Si associa a sindromi malformative il che suggerisce l'importanza eziologica di fattori genetici.

Ecografia: Massa solida usualmente di grandi dimensioni ad ecostruttura complessa per la presenza di aree

ipo ed iperecogene. Possono essere presenti calcificazioni intra lesionali. La stadiazione dei tumori renali si avvale dell'uso della TC con mezzo di contrasto (o della RM) che riconosce l'eventuale infiltrazione degli spazi peri renali, l'interessamento vascolare (vena renale e vena cava inferiore) e linfonodale.

Le metastasi a distanza interessano il polmone, il fegato, il surrene, i linfonodi e raramente il pancreas. Le metastasi sono presenti al momento della diagnosi in circa il 30% dei casi. Circa il 40% dei pazienti con malattia localizzata al momento della nefrectomia svilupperà successivamente una metastasi.

Nel caso del nostro paziente le metastasi pancreatiche sono riferibili alle lesioni del rene superstite.

Non sono infrequenti tuttavia metastasi pancreatiche metacrone rilevabili dopo alcuni anni dall'asportazione del rene colpito da neoplasia ed in assenza di neoplasie primitive del rene controlaterale, in questo caso la pancreatectomia ha elevate percentuali di sopravvivenza a 1, 3 e 5 anni.

Per quanto riguarda le terapie non chirurgiche la radioterapia riveste un ruolo meramente palliativo.

L'ormone terapia con progestinici, androgeni o anti estrogeni si ritiene da limitarsi in un quadro di "best supportive care".

Il carcinoma renale viene da sempre considerato una neoplasia chemioresistente con risultati deludenti sia in mono terapia che in polichemioterapia e ottenuti a prezzo di una tossicità non trascurabile.

L'immunoterapia prevede l'uso degli interferoni e delle interleuchine e di vaccini specifici con scarsi risultati.

L'evidenza di una forte angiogenicità del carcinoma renale ha stimolato l'uso di farmaci ad attività antiangiogenica specificamente mirati contro i vari fattori di crescita ed in particolare contro il VEGF (Vascular endothelial growth factor). Tali farmaci (Bevacizumab, Sunitinib, Sorafenib ecc) sembrano avere ottenuto discreti risultati che necessitano tuttavia di ulteriori conferme.

