

## MORBO DI CUSHING CON SELLA VUOTA E NET PANCREATICO

*E. Cosaro – M.V. Davì, G. Francia, A. Avesani*

Medicina Interna D - Policlinico G.B. Rossi – Borgo Roma - Verona

### Introduzione

Grave sindrome di Cushing ACTH dipendente in paziente con sella vuota e riscontro di NET del pancreas. La diagnosi differenziale può essere difficile in presenza di test diagnostici sia di soppressione con Desametazone che di stimolo con CRH non dirimenti e RM negativa per adenoma ipofisario. In letteratura sono riportati casi sporadici di Morbo di Cushing associato a sella vuota.

### Descrizione del caso

Donna 68 anni ricoverata in altra sede per edemi agli arti inferiori da qualche mese e severa ipokaliemia non correggibile con supplementi ev; affetta da S. Turner, tiroidite di Hashimoto, diabete mellito tipo 2, cardiopatia ischemico-valvolare-ipertensiva. Durante il ricovero riscontro di severo ipercortisolismo (cortisolo ore 8 44,4 mcg/dL, ore 20 46,5 mcg/dL, ACTH ore 8 187 mcg/dL, ore 20 130 mcg/dL, cortisolemia 24 ore 1600 mcg/24h), quadro di sella vuota alla RM ipofisi e nodulo di 9 mm al passaggio corpo-coda pancreatica compatibile con NET alla TC total body. Giunge alla nostra attenzione per prosecuzione dell'iter diagnostico e terapeutico. Per discriminare fra Cushing di origine ipofisaria e ectopica viene eseguito test al CRH risultato negativo (dopo stimolo aumento 30% ACTH e aumento 11% cortisolo) e test di soppressione con Desametazone 8 mg che non mostra inibizione. La paziente viene quindi sottoposta a sampling dei seni petrosi (rapporto seno petroso sn/periferia dopo stimolo con CRH di circa 6), compatibile con origine ipofisaria dell'ipersecrezione di ACTH. In attesa dell'esplorazione ipofisaria neurochirurgica, dato il severo quadro clinico, vengono iniziati Ketoconazolo 200 mg fino a 5 cp/die e Pasireotide 0,6 mg 1 fl x 2/s.c. successivamente ridotto a 0,3 mg x 2/die per comparsa di bradicardia. La 68Ga-PET/TC mostra captazione della lesione pancreatica nota.

### Conclusioni

Il sampling dei seni petrosi è fondamentale nella diagnosi differenziale della S. di Cushing ACTH dipendente soprattutto in casi come questo con sella vuota e NET del pancreas. La concomitante presenza di sella vuota in assenza di adenoma ipofisario alla RM ipofisi può rendere l'esplorazione chirurgica più complessa e maggiormente gravata da complicanze. Il trattamento con Pasireotide va attentamente monitorato anche dal punto di vista cardiologico perché può determinare bradicardia soprattutto in pazienti già in trattamento  $\beta$ bloccante come questa paziente.