

ALLA RICERCA DI UN TUMORE CROMAFFINE

V. Piccini – V. Giuliani, M.L. De Feo

UOSD diabetologia endocrinologia USL 11 Empoli

Introduzione

Le ipertensioni secondarie a patologia endocrina possono rappresentare un rebus di difficile soluzione per il clinico, e spesso non vi è concordanza tra clinica, dati di laboratorio e esami strumentali.

Descrizione del caso

M. R., 59 anni, maschio, accede a visita endocrinologica per valutazione in diabete mellito tipo 2 in terapia con metformina.

All'anamnesi patologica risulta:

- ipertensione arteriosa, diagnosticata nel 2005 (all'età di 51 anni), in politerapia farmacologica, in riferito scarso controllo
- diabete mellito tipo 2 dal 2008, in terapia con metformina, in ottimo controllo (ultima emoglobina glicata 6.2 %)
- a maggio 2013 ictus cerebrale emorragico in corso di crisi ipertensiva.

Alla visita ambulatoriale, la pressione arteriosa risulta 150/100 mmHg, in terapia con barnidipina 20 mg r.m., olmesartan 20 mg e idroclorotiazide 25 mg

Il paziente riferisce di essere seguito presso un ambulatorio per la cura dell'ipertensione arteriosa (di altra ASL) da dopo il ricovero per ictus e porta in visione i risultati di alcuni esami che gli sono stati in quella sede richiesti, tra i quali:

- esame del fundus oculi: retinopatia ipertensiva II stadio (non retinopatia diabetica)
- ecocardiogramma: ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro
- noradrenalina urinaria: 120 mcg/24 h (v.n. 12-85) (adrenalina urinaria normale)
- non eseguiti ulteriori accertamenti.

Richiediamo quindi dosaggio delle metanefrine urinarie e della cromogranina A: la normetanefrina urinaria risulta estremamente elevata (2008 mcg/24 h, v.n. 88-444), la metanefrina risulta normale, mentre la cromogranina A non è stata eseguita.

In considerazione di tali reperti viene iniziata immediatamente terapia con doxazosina e, nel sospetto della presenza di un paraganglioma secernente, vengono richieste un'ecografia del collo e una TC torace e addome, che tuttavia risultano completamente negative. Il paziente viene quindi sottoposto ad una scintigrafia con I123 MIBG, che risulta anch'essa negativa. Un nuovo dosaggio delle metanefrine urinarie conferma i valori precedenti (2100 mcg/24 h, v.n. 88-444).

Dopo consulto collegiale, viene effettuata una fluorodopa PET, che risulta negativa.

La pressione arteriosa è inizialmente ben controllata dalla terapia con doxazosina, che però il paziente sospende di sua iniziativa dopo poche settimane di assunzione.

Il paziente viene quindi inviato per consulto ad altro specialista endocrinologo, con i seguenti risultati:

-la normetanefrina, ripetuta in altro laboratorio, risulta solo modestamente elevata (600 mcg/24h), mentre la pressione arteriosa, seppure in terapia con doxazosina, barnidipina, olmesartan e idroclorotiazide è mal controllata. Le indagini ormonali vengono quindi estese, e viene diagnosticato un iperaldosteronismo primitivo (ratio renina /aldosterone = 100). Gli viene quindi prescritta terapia con spironolattone ed è attualmente in attesa di effettuare test di conferma, che verranno programmati non appena verrà raggiunto un controllo stabile della pressione arteriosa.

Conclusioni

In questo paziente, la presenza di ipertensione grave, non controllata dalla politerapia farmacologica, ha fatto sospettare la presenza di una causa secondaria di ipertensione. Il dato iniziale di elevazione della noradrenalina urinaria ha indirizzato la diagnostica verso la ricerca di un tumore cromaffine, che però le

successive indagini hanno escluso, evidenziando invece la probabile presenza di un'altra causa di ipertensione endocrina, l'iperaldosteronismo primitivo. È importante sospettare e diagnosticare le forme secondarie (endocrine) di ipertensione arteriosa, poiché, per quanto rare, sono suscettibili di trattamenti specifici e spesso risolutivi.