



Roma, 8-11 novembre 2018



ITALIAN CHAPTER



UNO STRANO CASO DI INCIDENTALOMA SURRENALICO BILATERALE: RIFLESSIONI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE

Dott.ssa Livia Barba



Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE



Roma. 8-11 novembre 2018

CASO CLINICO



ITALIAN CHAPTER

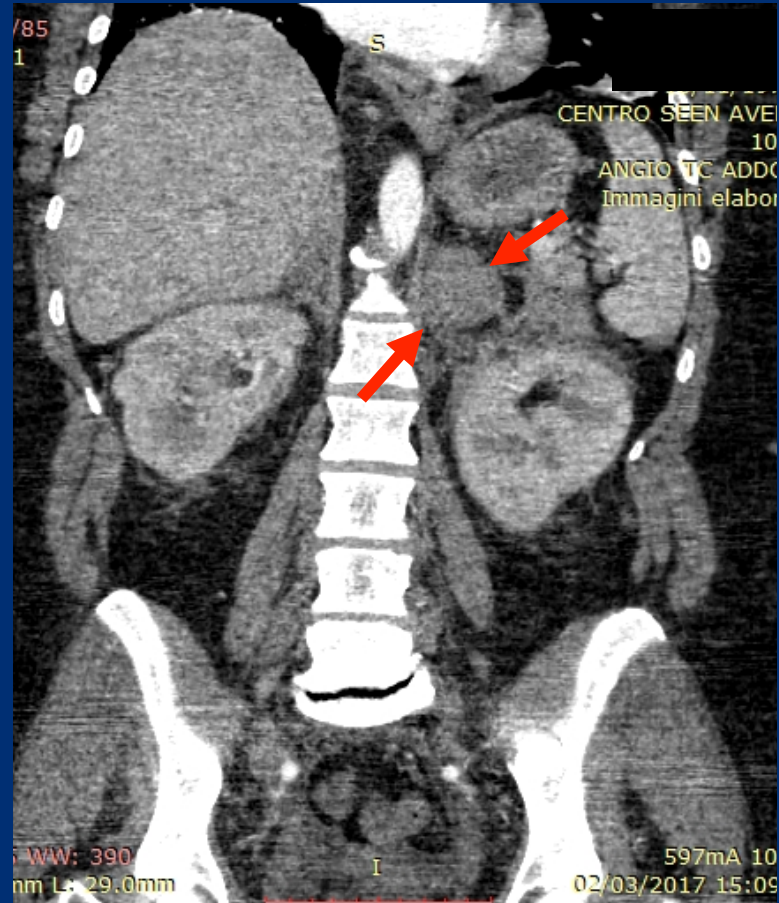
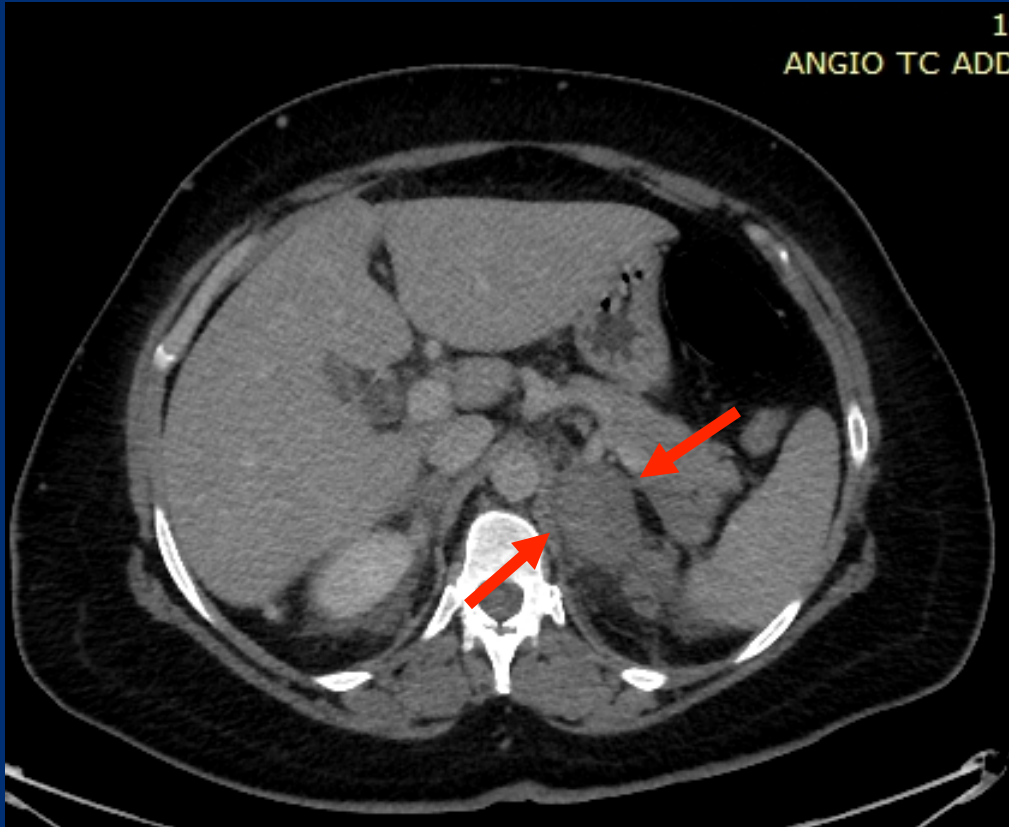


ESAMI EMATOCHIMICI

- Anemia emolitica grave (Coombs neg)
- Piastrinopenia
- Insufficienza renale acuta
- Screening AI negativo (ACA, ANA-ENA profile, B2-GP1)
- Lieve iperomocisteinemia



Sindrome di Moschowitz o porpora trombotica trombocitopenica



formazione «espansiva», di aspetto ovalare, ipodensa, omogenea ed a margini netti

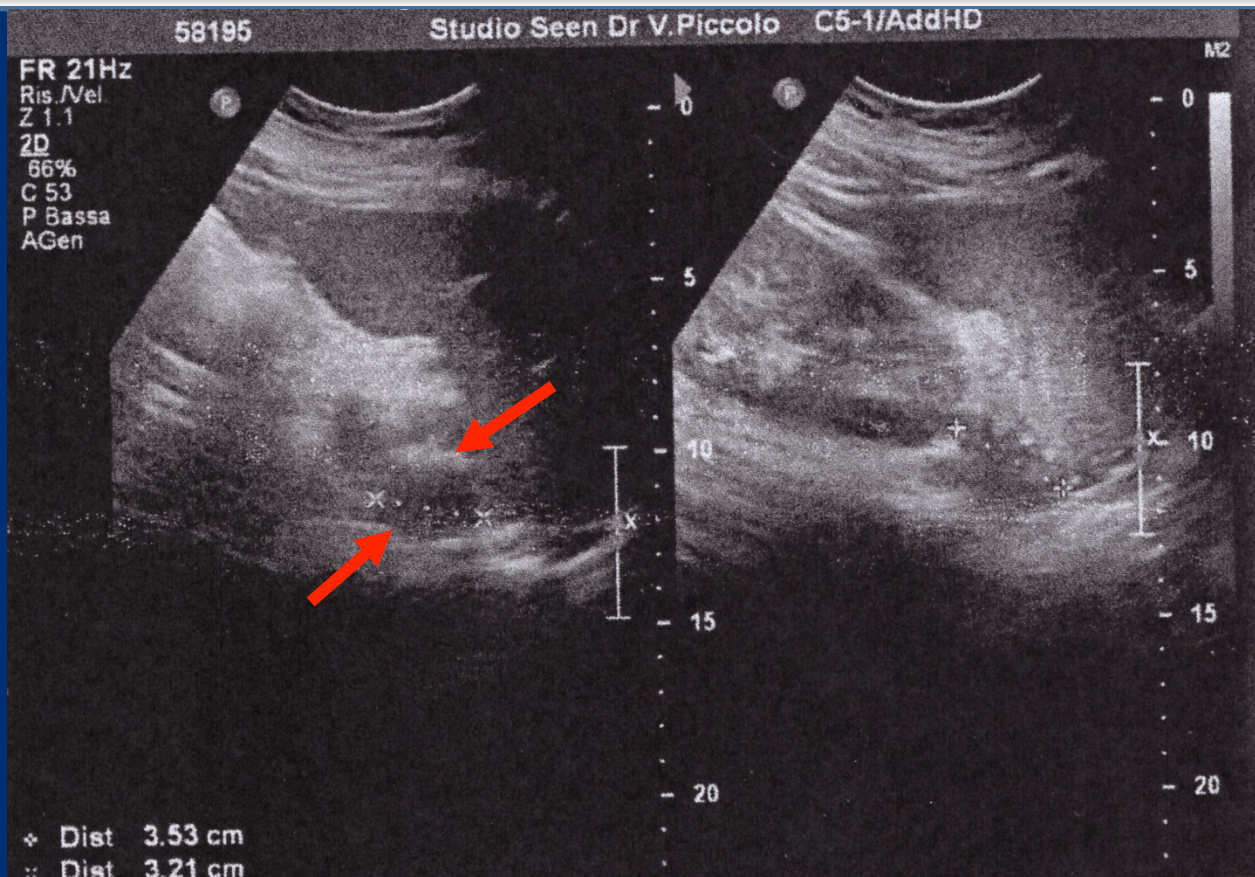


CASO CLINICO



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018





Roma, 8-11 novembre 2018

CASO CLINICO



ITALIAN CHAPTER



Per insorgenza di cute bronzina e malessere generalizzato, pratica esami ormonali ed
una
prima consulenza endocrinologica

ESAME	ESITO
ACTH (pg/ml)	1491,0
Cortisolo (mcg/dl)	3,17
Renina (mcUI/ml)	496,3
Aldosterone (pg/ml)	37,15

Diagnosi: «Ipocorticosurrenalismo secondario ad incidentaloma surrenalico sinistro, tale patologia merita approfondimento diagnostico e consulto endocrino-chirurgico»



CASO CLINICO



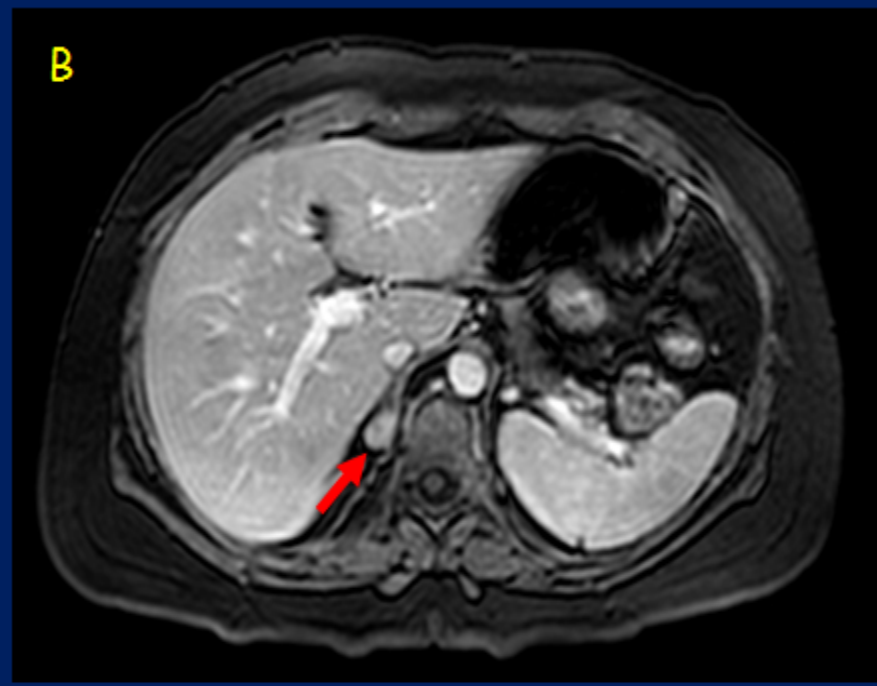
ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

Giunge dunque alla nostra attenzione per un secondo parere richiesto dall'endocrino-chirurgo; viene posta diagnosi di **Addison** ed introdotta terapia sostitutiva con cortone acetato e fludrocortisone, con recupero del benessere clinico dopo pochi giorni.

A completamento diagnostico si richiedono:

- Ab anti-21OH-lasi e Ab anti-corteccia
- RMN surrenalica per capire la presenza, localizzazione ed entità di queste formazioni



Esame RM addome (28-11-2017). Scansioni nei piani assiali passanti per la loggia surrenalica di destra. Sequenza SE T2 con soppressione del grasso (A) ed e-THRIVE dopo contrasto tardiva (B). Aspetto «nodulare» del surrene di destra con tenue, tardiva, «impregnazione» dopo contrasto e micro-focolai di tipo adiposo nel suo contesto (freccie).



CASO CLINICO



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

A distanza di 6 mesi ripete nuovo controllo clinico:

- Benessere clinico con PA nei limiti, assenza di edemi e performance status buono
- Esami in miglioramento

ESAME	ESITO
ACTH (pg/ml)	205,0
Cortisolo (mcg/dl)	17,74
Renina (mcUI/ml)	42,0
Sodiemia (mEq/l)	138
Potassiemie (mEq/l)	4,6

Esame: RM DELL'ADDOME SUPERIORE

Esame eseguito con magnete da 1,5 T secondo i piani assiale, coronale e sagittale con sequenze SE T1, FSPGR, e T2 pesate *senza infusione di mdc ev.*

dati anamnestici: da eco del 20.10.17: a sede surrenalica formazione ipoecogena di 35 mm sovrapponibile ad un esame del 20.10.2017; TC del 2.3.17: soffertimento del surrene di sinistra con evidenza di tessuto ipodensao di 40 mm; RM del 28.11.17: nodulo di 16 mm al surrene di dx formazione nodulare di 17 mm; angiomi epatici.

REFERTO

Fegato nei limiti volumetrici della norma a margini regolari finemente disomogeneo con videnza a livello del VI e VII di formazione iperintensa del diam max di circa 14 mm Vie biliari intraepatiche non dilatate. VBP non ectasica. Colecisti distesa ad omogeneo intensità del segnale. Pancreas nei limiti volumetrici senza evidenti alterazioni dell'intensità del segnale. Surreni in sede nei limiti volumetrici senza evidenti grossolane alterazioni dell'intensità del segnale.

Milza nei limiti volumetrici a margini ondulati a livello del III medio con evidenza di formazione pseudonodulare del diam max di circa 23 mm : esiti di pregresso ematoma? Reni in sede, regolari per forma volume e contorni con buona differenziazione cortico-midollare.

Non dilatazioni delle cavità escrettrici calico-pieliche. Ernia iatale con risalita del fondo gastrico. Aorta addominale con diam max di circa 14 mm

Data Prestazione: 18/05/2018

Il Radiologo
 Dott.ssa G. Capparelli (C55854)



Roma, 8-11 novembre 2018

CONCLUSIONI



ITALIAN CHAPTER



- L'insufficienza corticosurrenalica può insorgere quando c'è coinvolgimento bilaterale ghiandolare e le cause acquisite sono molteplici
- La coesistenza di discrasie emato-coagulative e di espansi surrenalici deve porre il sospetto di possibili infarcimenti emorragici e indurre la prescrizione di metodiche strumentali dedicate
- La diagnosi di ipocorticosurrenalismo rende necessaria la prescrizione tempestiva di terapia sostitutiva, indipendentemente dall'eziologia

