

DIAGNOSI DI FEOCROMOCITOMA DOPO TRATTAMENTO CON RADIOFREQUENZE DI UN NODULO TIROIDEO BENIGNO

Beatrice Fazzalari, Valerio Renzelli, Claudia Bongiorno, Maria Grazia Deiana, Fedra Mori e Salvatore Monti
Ambulatorio e DH Endocrinologico, UOC Medicina Specialistica Endocrino-Metabolica, AOU Sant'Andrea di Roma
Corresponding author: beatrice.fazzalari01@gmail.com

Introduzione e background

Il feocromocitoma è una neoplasia rara che si presenta più frequentemente in maniera sporadica e che in circa la metà dei casi decorre asintomatico. In circa il 60% dei pazienti, viene riscontrato incidentalmente nel corso di esami strumentali eseguiti per altre ragioni e, in rare occasioni, si può manifestare drammaticamente attraverso una crisi adrenergica scatenata da eventi stressanti, quali procedure diagnostiche e terapeutiche invasive, induzione di anestesia, alimenti o bevande contenenti tiramina o somministrazione di determinati farmaci (beta-bloccanti, antidepressivi triciclici, corticosteroidi, Metoclopramide e inibitori delle MAO), con crisi ipertensiva indotta dal rilascio massivo di catecolamine, cardiomiopatia stress-correlata (tako-tsubo) e, talora, edema polmonare. Riportiamo il caso di una paziente con riscontro incidentale di feocromocitoma diagnosticato in seguito a crisi adrenergica indotta da stress (procedura di radiofrequenza su nodulo tiroideo) e somministrazione di Metoclopramide.

Presentazione del caso

Donna di 47 anni affetta da tireopatia uni-nodulare, normo-funzionante, con nodulo benigno alla citologia, sintomatico per disturbi compressivi, di 32 ml (DMax 5.3 cm) e visibile all'ispezione del collo (score 4/4), veniva sottoposta a trattamento termico con radiofrequenze, che veniva ben tollerato. Dopo circa 10 minuti dal termine del trattamento presentava tosse stizzosa e conati di vomito. Si somministrava pertanto Metoclopramide 1 fl e.v. Dopo circa 5 minuti dalla somministrazione del farmaco, si osservava comparsa di sudorazione algida profusa, dispnea, dolore toracico e vomito con emissione di schiuma bianca, PV: PA 150/80 mmHg, FC 100 bpm. Si eseguiva ECG che mostrava sottoslivellamento ST diffuso, con lieve sovraslivellamento ST in aVL e V2. All'EGA: quadro di acidosi metabolica con pH 7.11, iperglicemia e iperlattacidemia. Seguiva rapido e progressivo peggioramento clinico con quadro di edema polmonare acuto (PA 200/130 mmHg, FC 120 bpm).

In accordo con il cardiologo si somministrava terapia endovenosa con Flectadol 250 mg, Pantorc 40 mg, Isoptin ½ fl, Lasix 20 mg 3 fl e Venitran e iniziata ossigenoterapia. L'ecocardiogramma mostrava acinesia dell'apice cardiaco in toto. La paziente veniva intubata e trasferita in terapia intensiva dove eseguiva coronarografia urgente (coronarie indenni) e, nonostante il nostro sospetto di crisi adrenergica iatrogena (Metoclopramide) da feocromocitoma, veniva posta diagnosi di sindrome di tako-tsubo (aspetto ventricolografico come da "mid ventricular tako-tsubo"). Nelle ore successive persisteva instabilità emodinamica con peggioramento della tachicardia, sudorazione algida ed episodi di desaturazione. Presentava inoltre enzimi cardiaci alterati (CK 591 U/L, CK-MB 14.3 ng/ml, Myoglobina 216 ng/ml, Troponina I 32135.90 pg/ml, LDH 397 U/L).

Dopo 4 giorni dall'episodio acuto eseguiva TC torace-addome senza mdc che mostrava, in corrispondenza del surrene sinistro, una grossolana formazione espansiva a margini netti e densità omogenea, di dimensioni massime di 44x42 mm; alla RM con mdc, eseguita successivamente, "massa di dimensioni pari a circa 46 mm DL x 38 mm DT x 37 mm DAP in sede surrenalica sinistra, caratterizzata da sfumata disomogenea iperintensità in T2, priva di abbattimento del segnale nelle sequenze out of phase e con potenziamento dopo mdc, riferibile a feocromocitoma". PET/TC total body FDG: non evidenza di estensione extra-surrenalica.

Gli esami urinari eseguiti mostravano Normetanefrina 7.60 mg/24h (0.08-0.45), Metanefrina 13.80 mg/24h (0.05-0.34); Adrenalina - Noradrenalina delle 24 ore: 1327 ug/24h; Acido vanilmandelico 28.80 mg/24h (1.00-11.00). Eseguiva quindi intervento chirurgico di surrenectomia sinistra laparoscopica con istologico di "Feocromocitoma con caratteri prevalentemente benigni".

Dopo adeguata stabilizzazione della situazione clinica e dei parametri vitali, la paziente viene dimessa e sottoposta a stretto follow-up endocrinologico e cardiologico, cui segue un totale ripristino della funzionalità cardiaca e polmonare. Mantiene inoltre un buon compenso ormonale, con conservata funzionalità surrenalica residua del surrene destro.

CONCLUSIONI

Questo caso dimostra come, anche in assenza di segni o sintomi, una neoplasia misconosciuta, seppur benigna, possa presentarsi improvvisamente in maniera insidiosa, ponendoci nella condizione di considerare anche la possibilità della presenza di un feocromocitoma occulto in situazioni apparentemente innocue come le procedure diagnostiche mini-invasive della tiroide e la somministrazione di farmaci di uso comune.

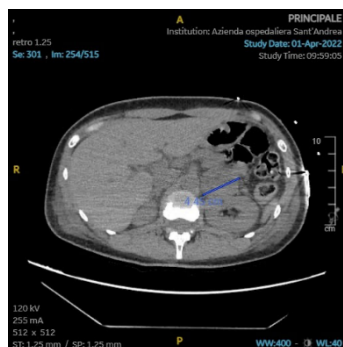


Fig. 1: TC torace-addome senza mdc



Fig. 2: RM addome con mdc