25° CONGRESSO NAZIONALE AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA 12 - 15 novembre 2026
Associazione Medici Endocrinologi

Febbre di origine sconosciuta come unica manifestazione di feocromocitoma: descrizione di un caso clinico

Brian Randazzo[1], Vittoria Favero[2], Sara Andreani[3], Giovanni Ferrari[3], Iuliana Pauna[3], Federica Scolari[3], Gisele De Rezende[4], Iacopo Chiodini[1,2]

1 Dipartimento di Biotecnologie e Medicina Traslazionale, Università degli Studi di Milano, Milano
2 SC Endocrinologia, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
3 Struttura di Chirurgia Oncologica e Mininvasiva, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
4 SC Anatomia Istologia Patologica e Citogenetica, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

BACKGROUND

La triade classica del feocromocitoma (cefalea parossistica, sudorazione e palpitazioni) non esaurisce le sue possibili presentazioni: questo tumore neuroendocrino può manifestarsi con una clinica estremamente eterogenea. La febbre isolata o febbre di origine sconosciuta (**FUO**) è una delle presentazioni più rare e di più difficile interpretazione diagnostica.

CASO CLINICO

Dal 2023

Uomo di 45 anni con **FUO ricorrente** (picchi febbrili fino a 42 °C) e modesto calo ponderale. Scarsa risposta ai FANS, remissione dopo terapia steroidea. Work-up negativo per cause infettive, reumatologiche ed ematologiche.

Gen 2026

18F-FDG PET/TC: **captazione in loggia surrenalica sinistra**, SUVmax 10,79 (Fig. 1). TC addome: **espanso di 22 mm**, 36,8 HU basali, margini lievemente irregolari, microcalcificazioni e area necrotica (Fig. 2).

Biochimica

276 µg/24 h
Metanefrine urinarie 24 h
v.n. 52–341

355 µg/24 h
Normetanefrine urinarie 24 h
v.n. 88–444

Mag 2026

Surrenalectomia. Istologia: **feocromocitoma**, cromogranina A e sinaptofisina positive, SDHB conservato, Ki67 1%.

Post-op

Completa risoluzione della febbre dal giorno successivo all'intervento.

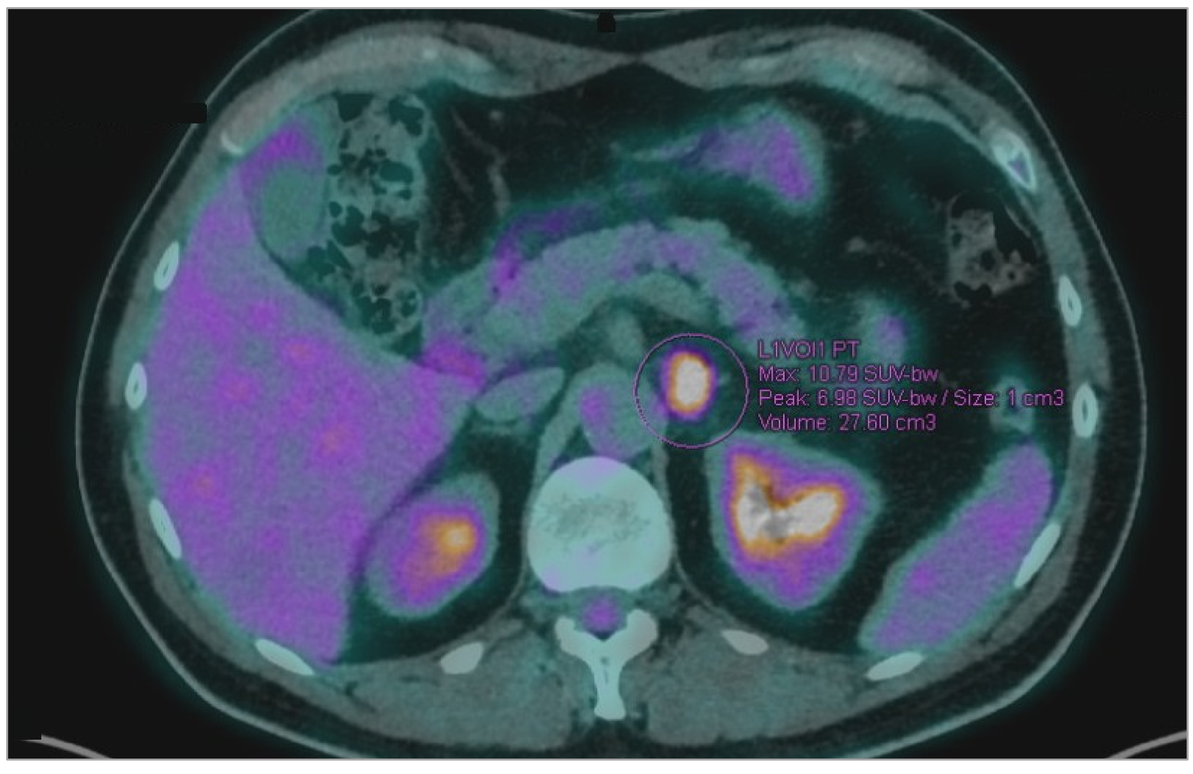


Fig. 1. PET/TC con 18F-FDG, scansione assiale: captazione in loggia surrenalica sinistra (SUVmax 10,79; SUVpeak 6,98).



Fig. 2. TC addome, scansione assiale: espanso surrenalico sinistro di 22 mm (freccia).

DISCUSSIONE

Nel feocromocitoma i livelli di **metanefrine e normetanefrine sono correlati alla dimensione della lesione**: nelle forme di piccole dimensioni i valori possono risultare **non patologici** e i sintomi classici (cefalea, tachicardia, diaforesi) sono frequentemente assenti.

In casi molto rari la presentazione è dominata dall'**iperpiressia isolata**, attribuita alla secrezione tumorale di citochine pro-infiammatorie (in particolare **IL-6**), con un quadro relativamente indipendente dall'ipersecrezione catecolaminica. Nelle forme citochino-mediate la **terapia steroidea** determina un miglioramento clinico.

La risoluzione della febbre dal giorno successivo alla surrenalectomia supporta il nesso causale con la lesione.

TAKE HOME MESSAGE Il feocromocitoma va incluso nella diagnosi differenziale della **FUO**. Di fronte a un espanso surrenalico con caratteristiche tomografiche sospette e febbre persistente, la negatività dello screening biochimico standard non consente di escludere la diagnosi: è necessaria una valutazione clinico-radiologica multidisciplinare per evitare ritardi terapeutici.