

# Tutto “grazie” a una colica...

A. D'Amelio<sup>1</sup>, F. Fiorini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Divisione di Nefrologia, Dialisi e Trapianto, AUSL1, Ospedale “Vito Fazzi”, Lecce

<sup>2</sup>U.O.Nefrologia e Dialisi, Sanremo, ASL1 Imperiese

## Caso Clinico

Nel settembre 2006 una donna di 60 anni proveniente dal Pronto Soccorso con diagnosi di “colica renale destra”, veniva ricoverata durante la notte nel Reparto di Nefrologia. Da circa una settimana la paziente riferiva dolori in regione lombare destra irradiati antero-inferiormente.

L'anamnesi familiare era silente se si esclude la presenza di diabete mellito di tipo II: non familiarità per ipertensione arteriosa, nefropatie, nefrolitiasi.

In anamnesi patologica era segnalata circa 15 anni prima la diagnosi di ipertensione arteriosa e circa tre anni prima di diabete mellito tipo II trattato con ipoglicemizzante orale.

Al momento del ricovero in reparto l'esame obiettivo non denotava segni o sintomi patologici con esclusione della positività per il segno di Giordano a destra.

Nella documentazione clinica che la paziente esibiva, venivano reperite due ecografie renali. La prima effettuata nel giugno 2002 presso un Ambulatorio radiologico, evidenziava «reni bilateralmente in sede, nel range di normalità per dimensioni, regolari per morfologia e struttura, con normali indici parenchimali. A destra, in sede polare superiore, presenza di formazione tondeggiante anecogena di circa 38x42 mm, a sviluppo esorenale, da riferire a cisti. Non dilatazioni calicopieliche», (Fig. 1). La seconda ecografia eseguita presso un differente Ambulatorio radiologico nel marzo 2004 non segnalava la presenza della suddetta formazione cistica: «... l'esame ostacolato dalla presenza di abbondante meteorismo intestinale, evidenzia reni con aumentato spessore della corticale, in assenza di segni di idronefrosi», (Fig. 2).

Nel corso della prima giornata di ricovero si procedeva ad eseguire un'ecografia renale presso il nostro Ambulatorio Nefrologico che evidenziava «Rene sinistro di

dimensioni e spessore parenchimale nella norma. Rene destro che presenta dilatazione calicopielica di grado lieve senza evidenza di litiasi renale o ureterale: l'uretere valutabile solo per un breve tratto non appare peraltro dilatato. Sempre a destra è presente a livello polare superiore una formazione rotondeggiante, finemente disomogenea, a parziale sviluppo esofitico, di circa 50x50 mm. Al powerDoppler la formazione appare circondata da cerchie vascolari in assenza di segnale intralesionale: le caratteristiche della suddetta lesione depongono per formazione solida», (Figg. 3, 4).

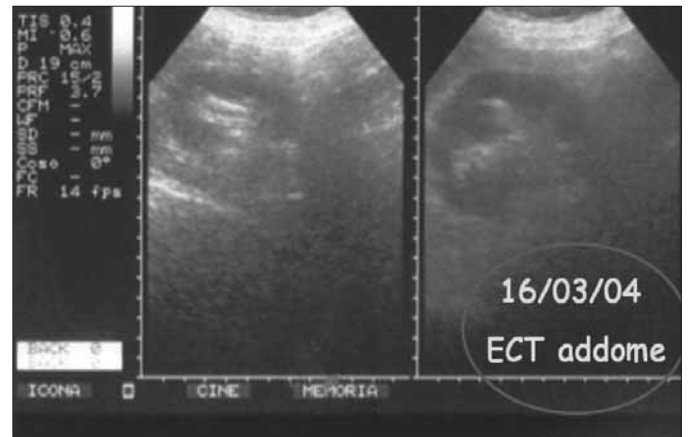
Gli esami ematourinari dimostravano normalità della funzione renale, dell'esame urine e dell'urocultura: risultavano aumentati gli indici di flogosi (VES, PCR e ferritina) e Ca-50 e TPA ai limiti superiori della norma.

Si procedeva a eseguire una TAC con MdC che confermava «...presenza di neoformazione renale in sede polare superiore destra (Ø circa 58x52 mm) con incremento di enhancement dopo contrasto per iperdensità di parete: il reperto è compatibile con eteroplasia con assenza di linfadenopatie addominopelviche...», (Fig. 5). Una successiva scintigrafia ossea non evidenziava aree di accumulo del tracciante da riferire a lesioni ripetitive.

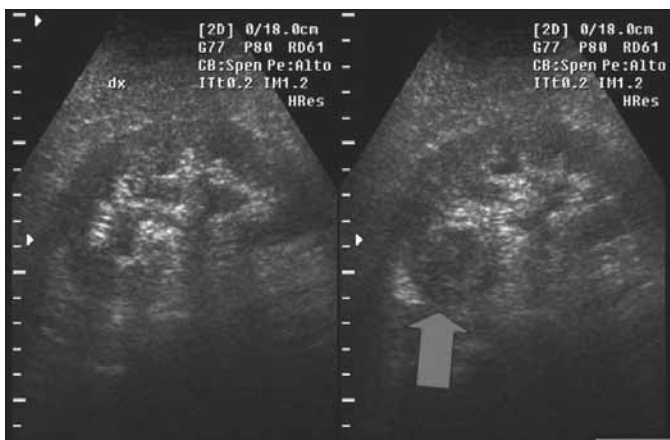
Veniva pertanto eseguita una nefrectomia radicale destra: il reperto anatomopatologico dimostrava una neoformazione di consistenza sodo-elastica (Figg. 6, 7), di 55x40x45 mm, delimitata da una pseudocapsula (evidenziabile dopo sezione), dovuta alla compressione del parenchima renale da parte della neoformazione. Erano inoltre evidenti caliectasie da ricondurre alla compressione da parte della massa stessa (Fig. 7). L'esame istologico confermava la natura neoplastica della lesione con diagnosi di carcinoma a cellule chiare, a prevalente struttura trabecolare, grado 3° di Fuhrman (1), con aree di necrosi e focale invasione capsulare e del tessuto adiposo pericellulare.



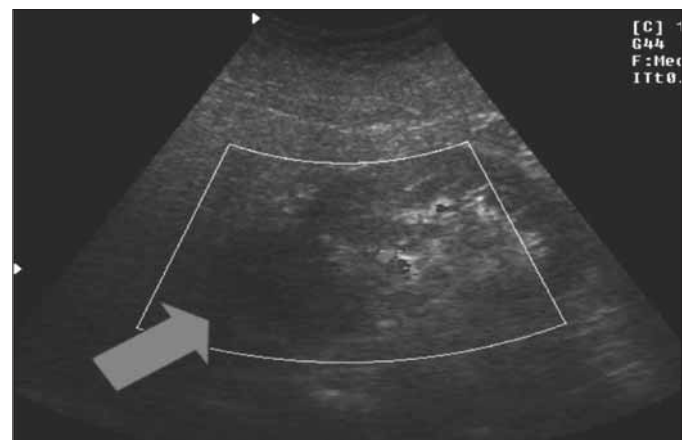
**Fig. 1** - Ecografia eseguita nel 2002 che evidenzia a livello del rene dx «... in sede superiore destra si rileva formazione rotondeggiante di 42x38 mm, Anecogena, a sviluppo esorenale, da riferire a cisti...».



**Fig. 2** - Ecografia eseguita nel 2004 che recita «...esame limitato dalla presenza di abbondante meteorismo... I reni presentano aumento dello spessore della corticale, in assenza di segni di idronefrosi».



**Fig. 3** - Esame ecografico eseguito in ambulatorio nefrologico nel settembre 2006 «... a destra è presente a livello polare superiore una formazione rotondeggiante, finemente disomogenea, a parziale sviluppo esofitico, di circa 50x50 mm».



**Fig. 4** - Stesso esame ecografico del 2006 che utilizza il powerDoppler: «.... la formazione polare superiore appare circondata da cercine vascolare in assenza di segnale intralesionale».

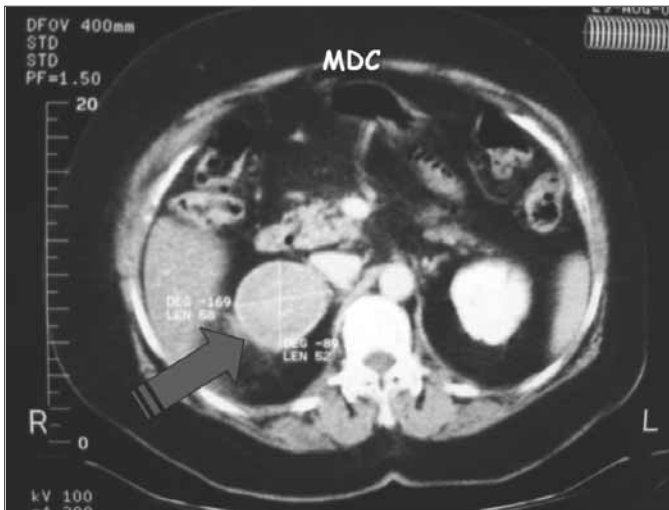
## In discussione

Il caso clinico esposto risulta emblematico di come l'esame ecografico rappresenti una diagnostica assolutamente operatore dipendente, oltre che "macchina" dipendente: "a fare la differenza" è soprattutto l'operatore dipendenza, in quanto la preparazione unita alla motivazione diagnostica dell'ecografista è il valore aggiunto che permette in molti casi il raggiungimento del risultato.

Nel nostro caso l'ecografia effettuata nel 2002 in ambulatorio Radiologico aveva posto la diagnosi di cisti renale polare superiore destra, senza specificare nulla in merito alla complessità o meno della stessa. Le immagini ecografiche relative a questo esame (Fig. 1) non appaiono però chiaramente indicative di una cisti renale "sem-

plice": infatti, il contenuto non appariva anecogeno, così come refertato, ma semmai ipocogeno rispetto al parenchima renale ed altresì presentava fini echi interni nel contesto di una massa finemente disomogenea. I margini inoltre non apparivano chiaramente definibili, mentre il rinforzo acustico posteriore non risultava evidenziabile (2, 3). Il sospetto fondato è che quindi, già in occasione di questa prima ecografia eseguita nel 2002, l'immagine ecografica corrispondesse ad una neoformazione renale solida piuttosto che ad una cisti liquida (2, 3).

La seconda ecografia, effettuata nel 2004, non metteva neppure in evidenza la sospetta lesione "cistica" (Fig. 2): un ulteriore commento su questa ecografia può essere fatto in relazione al fatto che si faccia riferimento a «...aumentato spessore della corticale...» valutato senza effet-



**Fig. 5 - TC basale e con somministrazione di MdC eseguito in corso del ricovero in Nefrologia: «... presenza di neoformazione renale in sede polare superiore destra (ø circa 58x52 mm) con incremento di enhancement dopo contrasto per iperdensità di parete: il reperto è compatibile con eteroplasia con assenza di linfadenopatie addominopelviche...».**

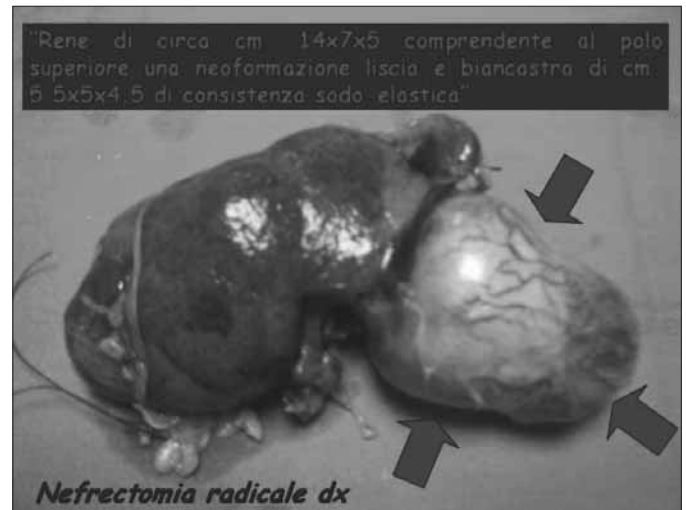
tuare misurazioni e con probabile “confusione” anatomica fra corteccia e parenchima renale.

Un dato che poteva insospettire da subito alla ecografia effettuata in ambulatorio Nefrologico era l'aumento di dimensioni della lesione da 42x38 mm del 2002 a 50x50 mm del 2006. Tale dato appare plausibile alla luce del referto istologico di carcinoma a cellule chiare: questo infatti presenta una crescita lenta nel tempo, interessa prevalentemente la sesta decade di età ed è tipicamente localizzato al polo superiore (4).

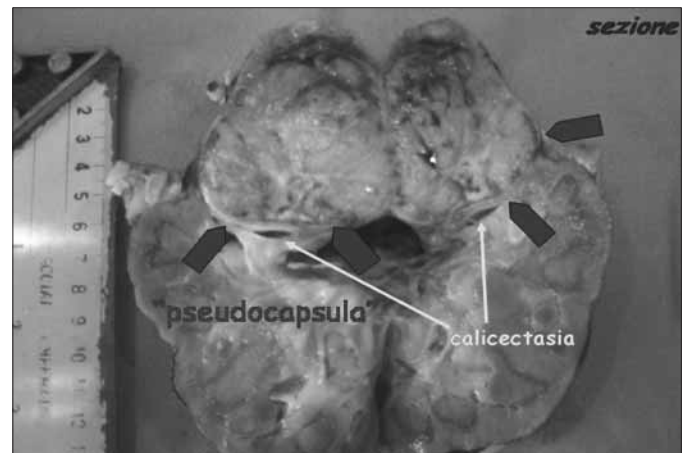
Il fatto che la paziente sia stata ricoverata in seguito a una colica renoureterale, in assenza di alcun dato riferibile a nefrolitiasi, ma con conseguente diagnosi di neoplasia renale, può essere messo in relazione verosimilmente a lieve dislocazione delle cavità escrettrici da compressione neoplastica (come evidenziato all'esame macroscopico dopo sezione del reperto chirurgico) (Fig. 7) con ipotetico passaggio di coaguli nelle vie escrettrici.

Si può concludere ribadendo come l'ecografista internista (nella fattispecie nefrologo) abbia avuto in questo caso un approccio diagnostico differente da quello dall'ecografista radiologo: ciò ha permesso una migliore accuratezza della diagnosi ecografica e conseguente immediata conclusione diagnostica.

e-mail: fulvio.fiorini@tiscali.it



**Fig. 6 - Nefrectomia renale dx che evidenzia massa renale superiore ben distinguibile dal restante parenchima renale.**



**Fig. 7 - La sezione del pezzo operatorio evidenzia la presenza di una pseudocapsula, dovuta alla compressione del parenchima renale da parte della neoformazione: sono inoltre evidenti caliectasie da ricondurre alla compressione da parte della massa stessa.**

## Bibliografia

1. Fuhrman SA, Lasky LC, Limas C. Prognostic significance of morphologic parameters in renal cell carcinoma. *Am J Surg Pathol* 1982; 6: 655-63.
2. Caglioti A, Esposito C, Fuiano G, et al. Prevalence of symptoms in patients with simple renal cysts. *BMJ* 1993; 306: 430.
3. Ravine D, Gibson RN, Donlan J, et al. An ultrasound renal cyst prevalence survey: Specific data for inherited renal cystic disease. *Am J Kidney Dis* 1993; 22: 803.
4. Curry NS, Schabel SI, Betsill LW, et al. Small renal neoplasm: diagnostic imaging pathologic features and clinical course. *Radiology* 1986; 158: 113-7.