

Pseudocisti emorragica del surrene: caso clinico



Ann. Ital. Chir., LXXV, 4, 2004

G. Basile, A. Buffone, G. Cicciarella,
P. di Mari, E. Cirino

Ospedale Vittorio Emanuele, Catania
Dipartimento di Chirurgia – Sezione di Chirurgia d'Urgenza
e Generale
Unità Operativa di Chirurgia d'Urgenza

Introduzione

La pseudocisti surrenalica è una patologia rara, ma negli ultimi anni il suo tasso di incidenza è relativamente aumentato grazie alle possibilità diagnostiche offerte dalla T.C. e dalla ecografia (1). Queste cisti sono spesso asintomatiche e per questo motivo vengono il più delle volte incluse nel gruppo degli "incidentalomi" (2). Possono, infatti, raggiungere grosse dimensioni senza dare significative conseguenze cliniche, a parte talvolta una dolenzia in corrispondenza della regione lombare omolaterale.

L'emorragia intracistica, sebbene non comune, è una temibile complicanza delle grosse pseudocisti in quanto può determinare una grave ipovolemia acuta e shock (1). Descriviamo qui il caso di una pseudocisti emorragica del surrene trattata chirurgicamente.

Caso clinico

Una donna di 23 anni giunse al nostro pronto soccorso lamentando dolore al fianco destro ed alla regione lombare destra, associato a febbre.

La donna fu sottoposta ai primi accertamenti diagnostici, con i quali veniva riscontrato solamente uno stato di anemia (Hb 8,8 gr/dl; RBC 3.990.000; WBC 8.100).

Abstract

HEMORRHAGIC ADRENAL PSEUDOCYST: CASE REPORT

Introduction: Adrenal cysts are usually asymptomatic; they are usually identified occasionally during ultrasound or C.T. scans (incidentaloma). Among adrenal cysts the most common types are epithelial cysts and pseudocysts. Intracystic haemorrhage is one of the possible complications of adrenal pseudocysts.

Case report: We report a case of a young woman with right superior abdominal pain, fever and acute anemia. A C.T. scan showed a 10 cm. mass between the liver and the right kidney. To be sure of the nature of this mass also M.R., urography and C.T.-guided biopsy were carried out. This latter only let us make the final diagnosis of hemorrhagic adrenal pseudocyst. Thereafter, a laparotomic right adrenalectomy was performed, with full recovery of the patient.

Discussion: Adrenal cysts may cause differential diagnostic problems with masses of contiguous organs like kidney, liver and gallbladder. For this reason, ultrasound and C.T. scans may not be sufficient and must be completed by M.R., urography and/or C.T.-guided biopsy. Intracystic hemorrhage, spontaneous or post-traumatic, may cause to the patient acute anemia which, as soon as the diagnosis is confirmed, indicates surgery. The operation usually is a laparotomic adrenalectomy, since the laparoscopic approach is not sufficient to control large masses with active bleeding inside.

Key words: Adrenal cysts, intracystic hemorrhage.

Gli altri esami ematochimici, l'esame delle urine e l'elettrocardiogramma erano nei limiti della norma.

Per il persistere della sintomatologia la paziente fu sottoposta in urgenza ad una indagine T.C. che evidenziò l'esistenza di una lesione voluminosa ipodensa, omogenea, a densità fluida, di probabile pertinenza renale, occupante lo spazio compreso tra fegato e rene destro (Fig. 1). Tale formazione misurava 10x11x13 cm, presentava pareti non ispessite ed improntava la faccia inferiore del fegato, spingendo in basso il rene destro. Il surrene destro era mal riconoscibile e si notava inoltre un'area rotondeggiante ipodensa di due centimetri pre-

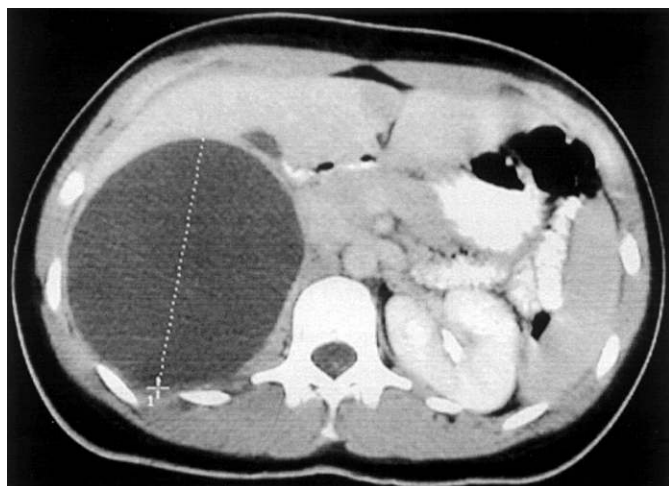


Fig. 1: T.C.: lesione ipodensa di cm. 10x11x13 occupante lo spazio tra fegato e rene destro.

sente al quarto segmento epatico.

Poiché la T.C. non risultò esaustiva, si decise di sottoporre la giovane donna ad una indagine R.M. dell'addome superiore (Fig. 2). Quest'ultima confermò la presenza, a livello dello spazio epato-renale, di una voluminosa formazione rotondeggiante del diametro di circa 13 cm. che mostrava un'esile cercinatura periferica con irregolari aree ipointense. Tale formazione aveva, inoltre, una elevata intensità di segnale deponente per componente ematica. Le notevoli dimensioni della tumefazione non consentivano una sicura attribuzione d'origine epatica, renale o surrenale. Non si rilevavano, inoltre, tumefazioni linfonodali biometricamente superiori ad 1 cm a



Fig. 2: R.M.: formazione con esile cercinatura periferica e irregolari aree ipointense all'interno.

livello delle stazioni intercavo-paraortiche comprese nei piani di scansione e non si evidenziavano alterazioni del rene controlaterale nè del parenchima spleno-pancreatico; si notava, però, un versamento pleurico destro di lieve entità.

Date le circostanze si richiese anche l'esecuzione di una urografia e.v. (Fig. 3), dalla quale emerse una dislocazione in basso del rene destro con mancata visualizzazione del gruppo superiore dei calici; il polo renale superiore omolaterale veniva parzialmente interessato da fenomeni compressivi in relazione ad un voluminoso processo neofornativo a carattere espansivo. Si evidenziava anche una lieve dilatazione della pelvi renale destra a fronte di una regolarità morfologica delle cavità calicopieliche di sinistra. Gli ureteri e la vescica risultarono regolari per morfologia e funzionalità.

Dal momento che tale sequenza di indagini non ci consentì di porre una diagnosi certa, ci sembrò opportuno sottoporre la paziente ad una biopsia T.C. guidata della neofornazione. Per mezzo di un ago di Chiba da 20 G. vennero così estratti alcuni frustoli di tessuto e 100 cc. di liquido di colore rosso-bruno. Il responso della anatomia patologica fu di pseudocisti emorragica del surrene.

A questo punto si decise di sottoporre la paziente ad



Fig. 3: Urografia: dislocazione in basso e compressione del rene dx.



Fig. 4: Immagine intra-operatoria: pseudocisti emorragica del surrene destro.



Fig. 5: La pseudocisti asportata.

intervento chirurgico di surrenectomia con asportazione della neoformazione. Tramite un'incisione xifo-pubica, venne aperto il peritoneo, individuando la tumefazione. Inciso il peritoneo posteriore sulla doccia parieto-colica destra, veniva isolata la tumefazione dal polo superiore del rene destro e medialmente dalla vena cava inferiore (Fig. 4). La pseudocisti veniva così enucleata e rimossa insieme alla ghiandola surrenale destra, lasciando infine un drenaggio in corrispondenza della loggia renale omolaterale (Fig. 5).

La paziente ha avuto un decorso clinico regolare, ed è stata dimessa in settimana giornata, guarita.

Discussione

Le lesioni cistiche del surrene sono rare. Negli anni passati la diagnosi si otteneva incidentalmente, durante un intervento per altra patologia; oggi è invece ottenuta il più delle volte grazie al largo uso di tecniche di immagini non invasive, quali ecografia e T.C. (3), che hanno incrementato la scoperta degli incidentalomi in genere, e quindi anche delle pseudocisti surrenaliche.

Tale patologia è più frequente nel sesso femminile ed in età giovanile-adulta; la loro dimensione è molto variabile; quasi sempre è monolaterale.

Foster (4) classificò le cisti in quattro tipi: paracistica, epiteliale, endoteliale e pseudocistica. Le forme più comuni nella pratica clinica, poiché rappresentano il 60% dei casi chirurgici, sono la forma epiteliale e quella pseudocistica.

Per spiegare la patogenesi della pseudocisti sono state proposte diverse ipotesi, quali la degenerazione cistica di una neoformazione surrenalica, le malformazioni intra-

surrenaliche vascolari o linfatiche, le emorragie intrasurrenaliche secondarie a traumi (5) o a terapie con anti-coagulanti. La paziente da noi trattata aveva subito, circa un mese prima del ricovero, un trauma accidentale a livello della regione lombare destra.

Le cisti surrenaliche non complicate sono in genere asintomatiche o paucisintomatiche (6, 7); al contrario, le pseudocisti emorragiche possono manifestarsi, anche se in modo aspecifico, con sintomi quali dolore o dolenzia al fianco e/o alla regione lombare omolaterale, accompagnati da anemia, malessere e talvolta febbre (8, 9). In questi casi, l'ecografia e la T.C. possono identificare la pseudocisti surrenalica. Se tali indagini non permettono una diagnosi di certezza, così come è avvenuto nel nostro caso, è opportuno ricorrere anche ad altri esami quali R.M., urografia o biosia T.C.-guidata. È bene a questo proposito ricordare che la diagnosi differenziale va posta con le lesioni solide del surrene e con le neoformazioni, cistiche o solide, del rene o del fegato.

Per quanto riguarda il trattamento della pseudocisti emorragica del surrene, esso inizialmente potrebbe essere rappresentato dalla embolizzazione per via angiografica, sebbene questa serva solamente ad arrestare temporaneamente l'emorragia intracistica.

Il trattamento di scelta rimane ancora oggi la surrenectomia tramite laparotomia mediana o sottocostale, in modo da avere una buona visibilità della cisti, dell'organo interessato, degli organi circostanti nonché delle strutture vascolari.

La surrenectomia per via laparoscopica, intervento ideale nella patologia chirurgica del surrene poiché garantisce una minore ospedalizzazione, un minore dolore post-operatorio, un rapido ritorno all'attività fisica e lavorativa ed il vantaggio estetico delle piccole cicatrici, a nostro giudizio non può in questi casi essere preso in considerazione, perché il sanguinamento attivo o la presenza di coaguli potrebbe rendere molto difficoltoso questo tipo di approccio.

Riassunto

Introduzione: le cisti surrenaliche sono in genere asintomatiche, per cui vengono spesso scoperte per caso in corso di esami ecografici o T.C. (incidentali). Tra le formazioni cistiche del surrene le più comuni sono le forme epiteliali e le pseudocisti. L'emorragia intracistica è una delle possibili complicanze delle pseudocisti surrenaliche.

Caso clinico: riportiamo il caso di una giovane donna con dolore al quadrante superiore addominale destro, febbre e anemia acuta. La paziente veniva sottoposta inizialmente ad una T.C., che mostrava la presenza di una neoformazione di circa 10 cm. tra il fegato ed il rene destro. Per chiarire la natura di tale neoformazione la paziente è stata successivamente sottoposta a R.M., urografia e biopsia T.C.-guidata. Solo quest'ultima ha permesso di porre diagnosi di pseudocisti emorragica del surrene. È stata quindi eseguita una surrenectomia destra per via laparotomica, con guarigione della paziente.

Discussione: le cisti surrenaliche possono comportare problemi di diagnosi differenziale con neoformazioni a carico di organi adiacenti come il rene, il fegato e la colecisti. Per questo motivo, a volte, l'ecografia e la T.C. non sono sufficienti e vanno quindi integrate con R.M., urografia e/o biopsia T.C.-guidata. L'emorragia intracistica, spontanea o post-traumatica, può portare il paziente

ad uno stato anemico acuto che, una volta accertata la diagnosi, pone l'indicazione all'intervento chirurgico. Questo consiste quasi sempre in una surrenectomia per via laparotomica, dal momento che la via laparoscopica non permette di dominare grosse neoformazioni con emorragia attiva all'interno.

Parole chiave: Cisti surrenaliche, emorragia intracistica.

Bibliografia

- 1) Arribas del Amo D., Val-Carreres Giunda A., Escartin Arias A., Elia Guedea M., Aguilera Diago V., Martinez Diez M.: *Adrenal gland pseudocyst: 2 cases manifesting with acute abdominal pain and shock*. Arch Esp Urol, 2001; 54:173-6.
- 2) Chew S.P., Sim R., Teoh T.A., Low C.H.: *Haemorrhage into non-functioning adrenal cysts: report of two cases and review of the literature*. Ann Acad Med Singapore, 1999; 28:863-6.
- 3) Belldegrun A., Hussain S., Seltzer S.E., Loughlin K.R., Gittes R.F.: *Incidentally discovered mass of the adrenal gland*. Surg Gynecol Obst, 1986; 163:203-8.
- 4) Foster D.: *Adrenal cysts: review of the literature and report of case*. Arch Surg, 1966; 92:131-43.
- 5) Bonati L., Rubini P.: *Hemorrhagic pseudocyst of the adrenal gland: a case report*. G Chir, 1997; 18:286-9.
- 6) Medeiros L.J., Lewandowski K.B., Vickery A.L.: *Adrenal pseudocyst: a clinical and pathologic study of 8 cases*. Hum Pathol, 1989;20:660-5.
- 7) La Fay T., Sinton T., Deconinck J.P., Pagliano G.: *Hematic pseudocysts of the adrenal gland. Apropos of a case*. J Chir, 1996; 133:396-400.
- 8) Cunningham M.D.: *Hemorrhagic adrenal cyst*. JAMA, 1993; 93:619-22.
- 9) Sakai Y., Yamada T., Nagahama K., Ichiyanagi N., Kamata S., Tanizawa A., Fukuda H., Watanabe T., Saitoh H.: *A case of giant hemorrhagic adrenal pseudocyst with infection*. Hinyokika Kyo, 2000; 46:315-7.

Autore corrispondente:

Ill.mo Prof. Guido BASILE
v.le Adorico da Pordenone, 5
95128 CATANIA (CT)
Tel.: 339-1799591