

Manlio Patti

Medico di Medicina Generale, SIMG, Area Office Technology, sez. Ecografia

Incidentalomi in ecografia nello studio del medico di medicina generale

S. è una giovane paziente (anni 38), frequentatrice non assidua del mio ambulatorio, che vedo al più con cadenza annuale per controlli di routine.

S. non aveva mai lamentato disturbi particolari ma durante l'ultimo nostro incontro, dalla lettura degli esami ematochimici, era emerso un incremento della bilirubina indiretta con altri indici di funzione epatica nella norma. L'anamnesi fu illuminante: la paziente aveva recentemente iniziato una dieta autogestita e questo, in presenza di condizioni genetiche innocue come la sindrome di Gilbert, provoca un rialzo della bilirubina di entità variabile che mi era capitato di riscontrare anche in altri pazienti.

L'esame obiettivo non evidenziò alcunché tanto che il consiglio fu di ricontrollare gli ematochimici a distanza di due settimane ponendo maggiore attenzione agli eccessi della restrizione alimentare. Ma le mie rassicurazioni non sembravano aver placato le ansie della paziente; dunque, con l'intenzione di sollevare la mia assistita da ulteriori preoccupazioni più che per un fondato sospetto diagnostico, proposi un controllo ecografico che la paziente volle eseguire nel mio studio.

L'ecografia, come immaginavo, non evidenziò alcuna alterazione epatica ma aprì il sipario su uno scenario fino ad allora non sospettato.

In corrispondenza del terzo superiore del rene destro ed in sede mesorenale sinistra evidenziai due formazioni ipereco-

gene a margini definiti rispettivamente di 3,5 × 2,0 cm e 4,5 × 4,6 cm; la lesione del rene destro presentava una prevalente estrinsecazione esofitica (Fig. 1) ma appariva di sicura competenza renale mentre la lesione del rene sinistro appariva confinata entro il profilo del rene con un effetto massa visibile come dilatazione dei calici renali a monte (Fig. 5). Nelle scansioni prese in esame la massa iperecogena del rene sinistro appariva a tratti indistinguibile dal com-

plesso ecogeno centrale costituito da pelvi e calici (Fig. 4). In tutti e due i casi non era possibile rilevare segnale eco-color Doppler intralesionale (Figg. 2, 5).

Le formazioni iperecogene renali sono da ricondurre quasi sempre a lesioni benigne quali esiti cicatriziali, residui di lobatura renale, emangiomi o angiomiolipomi, solo nel 5-10% dei casi una lesione maligna come l'adenocarcinoma appare iperecogena e questo rende disagevole la diagnosi differenziale.

FIGURA 1.
Neoformazione renale destra, iperecogena, esofitica.

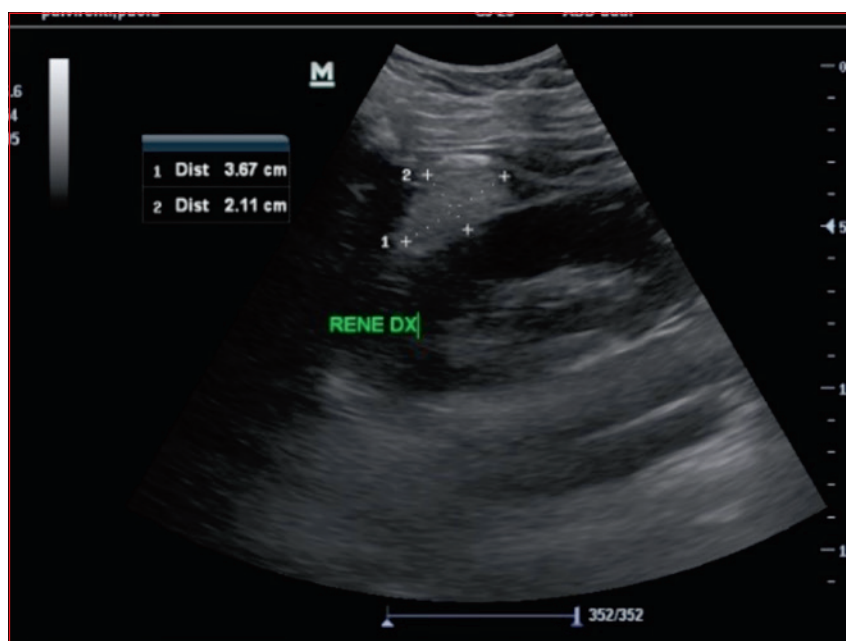


FIGURA 2.

Neoformazione renale destra. Valutazione del segnale eco-colordoppler intralesionale.

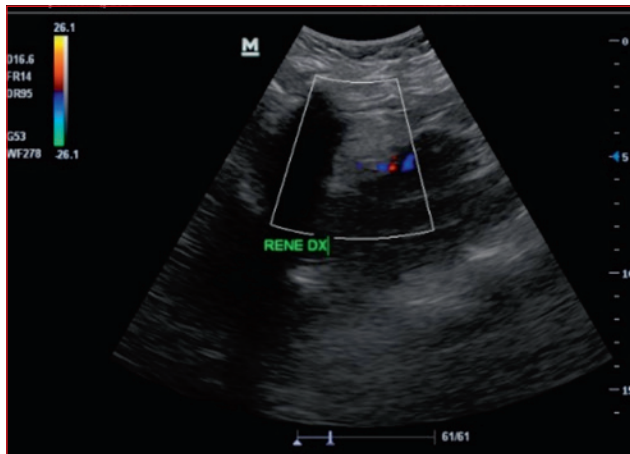


FIGURA 3.

Neoformazione renale destra. Scansione TC.



FIGURA 4.

Voluminosa neoformazione iperecogena mesorenale sinistra.

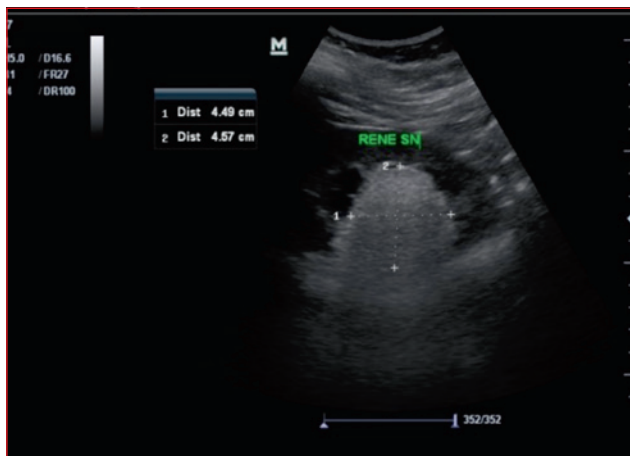


FIGURA 5.

Dilatazione calici renali a monte della lesione.

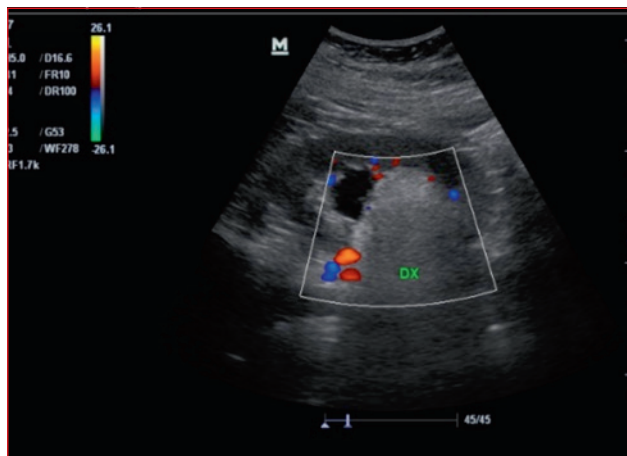


TABELLA I.

Tumori renali benigni	Tumori renali maligni
Angiomiolipoma	Adenoarcinoma
Oncocitoma	Carcinoma midollare
Adenoma	Tumore di Wilms
Nefroma cistico multiloculare	Nefroblastoma
Emangioma	Linfoma, mieloma
	Metastasi

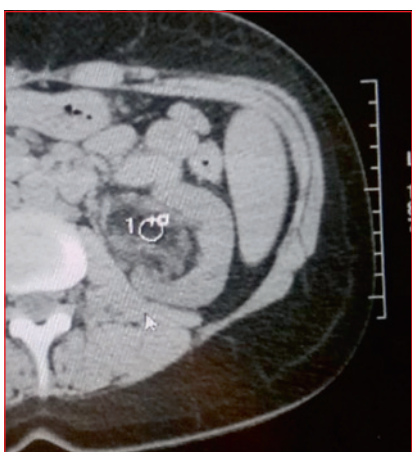
Sebbene l'ecogenicità suggerisse una lesione angiomiolipomatosa (Tab. II) le dimensioni imposero un approfondimento. L'esame TC risulta utile in questi casi per il potere dirimente; esso può infatti confermare e quantizzare la componente adiposa attraverso l'analisi dei valori di attenuazione propri del grasso (Fig. 7) ed escludere la presenza di linfonodi sospetti. L'assenza di infiltrazione renale o di organi circostanti e l'enhancement prolungato sono altri elementi rassicuranti meglio accertabili con esame TC.

FIGURA 6.

Dislocazione mediale uretere sn. Ricostruzione 3D.

**FIGURA 7.**

Analisi TC dei valori di attenuazione.



Nei casi in cui la componente adiposa sia poco rappresentata, sia in TC che in RM, non è possibile differenziare queste lesioni benigne dal tumore renale se non all'esame istologico.

Per fortuna l'esame TC con contrasto iodato fu sufficiente per confermare l'iniziale ipotesi ecografica dando ai nostri "incidentalomi renali" (Tab. III) il connotato di benignità.

TABELLA II.

L'angiomiolipoma è un amartoma costituito da tessuto adiposo, muscolare liscio e vasi sanguigni. Nel 20% dei casi si associa a sclerosi tuberosa e l'80% circa dei pazienti con sclerosi tuberosa presenta un'angiomiolipomatosi multipla. L'angiomiolipoma è una lesione benigna con crescita lenta. In ecografia appare come iperecogeno, di varia dimensione (dai 2 ai 10 cm), ha margini netti ed è generalmente contenuto nel parenchima renale anche se talvolta si presenta come esofitico.

Le diverse componenti istologiche dell'angiomiolipoma e la ricchezza di interfacce acustiche spiegano l'iperecogenicità, sovrapponibile o superiore al seno renale. L'angiomiolipoma non presenta segnale al CFM (*colour flow mode*) per la presenza di vasi sanguigni anomali per struttura. All'interno della lesione è possibile riscontrare anche aree ipoecogene che corrispondono a zone prevalentemente miomatose o prevalentemente vascolari o, in certi casi, a lacune emorragiche intralesionali. La presenza di queste disomogeneità ecostrutturali rende talora difficile la diagnosi differenziale con forme maligne.

TABELLA III.

L'utilizzo estensivo degli esami radiologici, e dell'ecografia in particolare, conduce sempre più spesso al riscontro di alterazioni anatomiche non sospettate all'inizio dell'iter diagnostico. Con il termine "incidentaloma" intendiamo un tumore riscontrato accidentalmente a seguito di accertamenti cui il paziente si sottopone per le ragioni più varie. Si tratta quindi di una categoria nosografica eterogenea che può essere usata per indicare neoformazioni diverse per sede e natura e sebbene il lessico medico usi questo termine in relazione alle neoformazioni surrenaliche, esso può essere esteso a tutti gli organi addominali, della testa e del collo.

Tuttavia le complicanze emorragiche ed il possibile "effetto massa" (Fig. 6) nel caso di ulteriore incremento volumetrico, richiederanno uno stretto contatto con lo specialista urologo che deciderà sulla opportunità di un follow-up o di un trattamento chirurgico.

Oggi la mia paziente ha consapevolezza di qualcosa che avrebbe probabilmente scoperto molto più in là nel tempo ed io, una volta di più, mi convinco dell'utilità di un approccio ecografico nello studio del Medico di Medicina Generale.

Bibliografia di riferimento

Cholet C, Eiss D, Cohen D, et al. *Calcified renal angiomyolipoma: a case report.* Urology 2016;97:e7-8.

Prasad TV, Singh A, Das CJ, et al. *An unusually large renal angiomyolipoma peeping into the right atrium.* BMJ Case Rep 2016;2016. pii: bcr2016215673.

Sasiwimonphan K, Takahashi N, Leibovich BC, et al. *Small (< 4 cm) renal mass: differentiation of angiomyolipoma without visible fat from renal cell carcinoma utilizing MR imaging.* Radiology 2016;280:653.

Trelborg K, Nielsen TK, Østraat EØ, et al. *Laparoscopic cryoablation of angiomyolipomas in adolescents and young adults: a report of four cases associated with tuberous sclerosis and 1 case of sporadic origin.* J Pediatr Urol 2016;12:384.

Yamamoto R, Inoue T, Numakura K, et al. *[Extrarenal retroperitoneal angiomyolipoma masquerading as retroperitoneal liposarcoma: a report of two cases].* Hinyokika Kyo 2016;62:317-22.