

# Ritardare può essere saggio

G. Melfa, L. Bernardi, M. Tettamanti, S. Mangano

U.O. di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera "S. Anna" Como. Direttore Dr. C. Grillo

## To delay may be wise

*We report a case of acute renal failure, quickly evolved, in which the coexistence of parenchymal nephropathy and renal mass, have induced not a common diagnostic and therapeutic approach, finalized to optimize the interventional nephrology procedures, with the use of various imaging procedures.*

*It is followed a multidisciplinary therapeutic approach, with the employment of dialysis, steroid therapy and surgical treatment. (G Ital Nefrol 2004; 21: 276-8)*

**KEY WORDS:** Acute renal failure, Renal mass, Kidney imaging

**PAROLE CHIAVE:** Insufficienza renale acuta, Massa renale, Imaging renale

## Commento dell'Editore

*L'eccezionalità di questo caso clinico ha evidenziato come l'interazione tra le diverse discipline mediche e chirurgiche sia indispensabile per una ottimale gestione clinica del paziente.*

## Parte I

Una paziente di 67 anni C.A., con anamnesi remota positiva per ipertensione arteriosa essenziale e struma tiroideo, è ospedalizzata per comparsa d'insufficienza renale a rapida progressione.

Gli esami biumorali dei mesi precedenti rilevavano già significativo deficit funzionale renale (creatininemia 3.3 mg/dL), anemia (Ht 24.2%), alterazioni del sedimento urinario (proteinuria 0.3 g/L, microematuria +++, cilindri ialino-granulosi e numerosi batteri).

All'ingresso è presente un quadro di insufficienza renale di grado avanzato (Urea 579 mg/dL, creatininemia 10.6 mg/dL) che pone indicazione al trattamento emodialitico sostitutivo. Lo screening sierologico per glomerulopatie secondarie risulta positivo per p-ANCA a titolo significativo (263 Ua/mL), per cui viene considerata la possibilità di effettuare una biopsia renale.

## Test di verifica

**1) A questo punto dell'iter diagnostico, quale accertamento strumentale è fondamentale?**

- Ecografia renale
- Scintigrafia renale
- TAC renale
- Tutte le precedenti
- Altro.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet [www.sin-italia.org/gin](http://www.sin-italia.org/gin) e sul prossimo numero del Giornale cartaceo

## Parte II

Si esegue ecografia renale, B-mode, che mostra immagini renali in sede, simmetriche, di volume conservato (diametro bipolare 11.5 cm), echi corticali significativamente infittiti condizionanti accentuazione del gradiente ecogeno cortico-midollare, compatibili con quadro di nefropatia acuta; a sinistra evidenza di massa occupante spazio mesorenale, nel contesto del complesso ecogeno centrale, ovale, del diametro di 20 mm, ipo-aneogena con echi intraliesionali di bassa intensità (Fig. 1).



Fig. 1 - Lesione ipo-aneogena nel contesto degli echi del complesso ecogeno centrale.



Fig. 2 - Segnali vascolari intra-lesionali alla valutazione color Doppler.

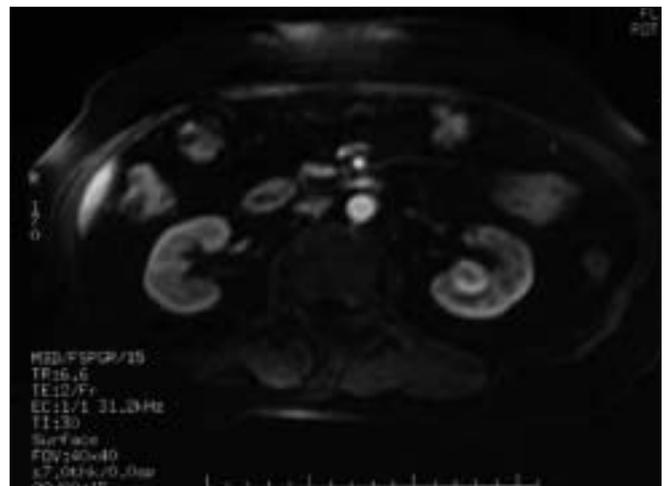


Fig. 3 - Tipizzazione TC della lesione focale renale sinistra.

## Test di verifica

### 1) Diagnosi differenziale relativa alla massa occupante spazio:

- Cisti peripelica
- Cisti semplice
- Aneurisma arteria renale
- Angioma
- Lesione solida.

### 2) Quale indagine utilizzereste per definire meglio la natura della lesione?

- Eco color Doppler
- TAC
- Angio-RMN
- Scintigrafia renale
- Urografia.

All'eco color Doppler la lesione presenta vivaci segnali vascolari, a basse velocità, con flusso continuo sistole-dia-stolico (Fig. 2); all'esame Doppler le impedenze vascolari a livello parenchimale risultano aumentate.

### 3) A vostro giudizio è indicato procedere con l'esecuzione della biopsia renale oppure è necessario un approfondimento strumentale?

- Si deve effettuare la biopsia renale per guidare la terapia della probabile vasculite
- Si deve prima accertare la natura della lesione riscontrata a livello renale

- Entrambe le opzioni precedenti
- Si deve intervenire chirurgicamente
- Altro.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet [www.sin-italia.org/gin](http://www.sin-italia.org/gin) e sul prossimo numero del Giornale cartaceo

## Parte III

Si esegue prioritariamente TC renale che depone per lesione di probabile natura neoplastica (Fig. 3). Lunghi tempi di emorragia non consentono la biopsia renale per-cutanea. Viene instaurata terapia steroidea (boli di metilprednisolone) e si esegue arteriografia renale selettiva. L'esame conferma lesione nodulare solida, ovalare, con asse maggiore di circa 2.5 cm, ipervascolarizzata, ben defi-

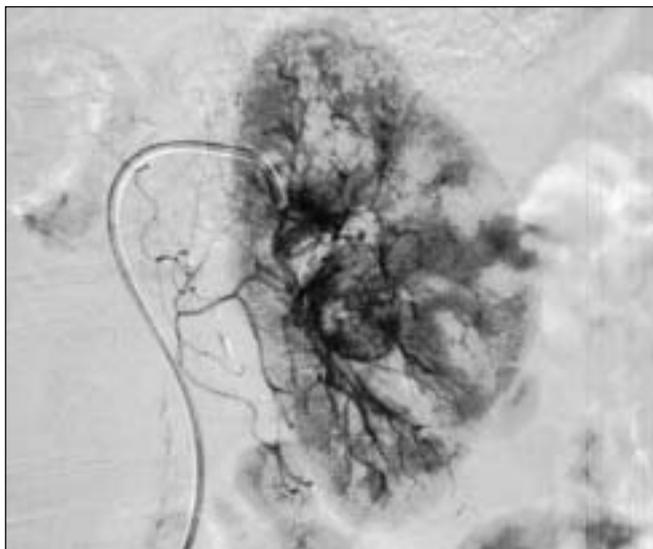


Fig. 4 - Studio angiografico della lesione focale renale sinistra.

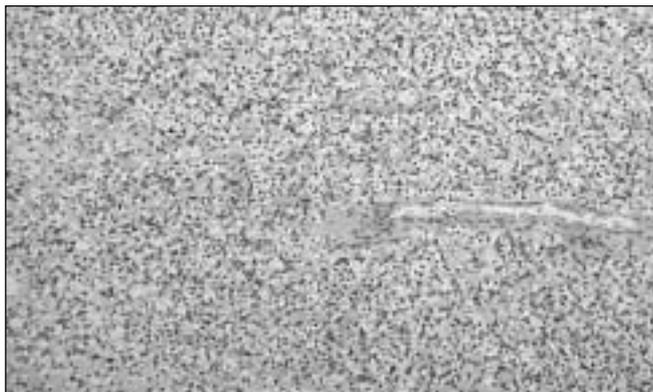


Fig. 5 - Istologia lesione focale

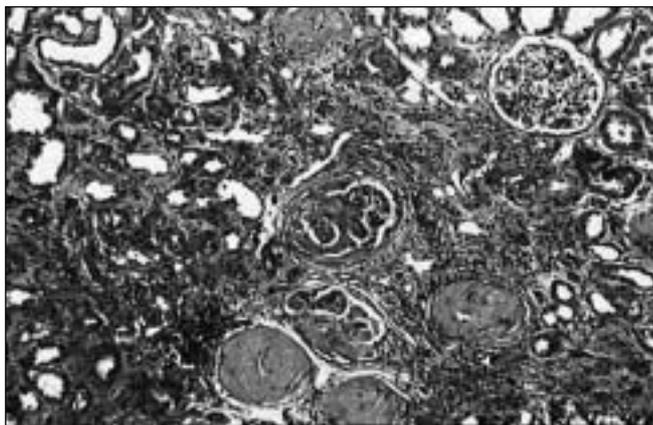


Fig. 6 - Istologia parenchima renale

nita nei profili, con blush arterioso precoce e con persistenza di opacizzazione tardiva; le afferenze arteriose appaiono distorte, di pertinenza dei rami segmentari inferiori (Fig. 4).

## Parte IV

La sede della lesione produttiva e la contiguità della massa alle afferenze arteriose segmentarie centrali, pongono indicazione a nefrectomia radicale.

La diagnosi istopatologica è di carcinoma a cellule chiare G2, limitato al rene T1 (Fig. 5).

Inoltre la biopsia sul rene asportato dimostra un quadro di fondo indicativo di nefroangiosclerosi, i vasi presentano segni di infiammazione con importante riduzione del lume, mentre l'interstizio è interessato da un notevole infiltrato cellulare monocitario. Si configura pertanto un quadro di nefroangiosclerosi con sovrapposta vasculite necrotizzante (Fig. 6).

## Conclusione del caso

La coesistenza di patologia tumorale e nefro-parenchimale ha consigliato di intraprendere immediatamente il trattamento steroideo, in base alla clinica, alla positività degli ANCA e prima della conferma biptica, per la quale si è atteso la nefrectomia. La coesistenza di più patologie a livello renale, ha indotto un iter diagnostico non comune, finalizzato ad ottimizzare le procedure diagnostico-interventistiche.

Per la riduzione della massa nefronica secondaria alla nefrectomia radicale sinistra e per l'avanzato grado di ialinosi glomerulare all'esame istopatologico, il recupero funzionale è stato modesto per cui la paziente ha continuato la terapia dialitica cronicamente.

## Riassunto

Viene riportato un caso di insufficienza renale terminale, rapidamente evoluta, nel quale la coesistenza di un processo espansivo renale e di una nefropatia parenchimale, ha richiesto un iter diagnostico non comune, finalizzato ad ottimizzare le procedure diagnostico-interventistiche, con il ricorso a metodiche di imaging renale di primo e secondo livello.

Ne è seguito un trattamento terapeutico multidisciplinare, con l'impiego di terapia sostitutiva dialitica, steroidea e chirurgica.

Indirizzo degli Autori:  
Dr. Gianvincenzo Melfa  
U.O. di Nefrologia e Dialisi  
Azienda Ospedaliera S. Anna  
Via Napoleona, 60  
22100 Como  
e-mail: Melfa@tin.it