

Un “nodo” in gola

P. Finocchiaro, G. Curatola

U.O di Nefrologia, Dialisi e Trapianto di Rene, Azienda Ospedaliera “Bianchi-Melacrino-Morelli”, Reggio Calabria & Consiglio Nazionale delle Ricerche-IBIM, Sezione di Reggio Calabria

A “lump” in the throat

This is a clinical case of a patient suspected to have a lymphoma. Later on, other diagnostic procedures and particularly a neck ultrasound, revealed an idiopathic hyperparathyroidism. (G Ital Nefrol 2006; 23: 76-8)

KEY WORDS: Hyperparathyroidism, Hypercalcemia, Parathyroid ultrasound

PAROLE CHIAVE: Iperparatiroidismo, Ipercalcemia, Ecografia paratiroidea

Prima parte

Il Signor VB, di anni 70, ha una storia di calcolosi urinaria recidivante insorta quando il paziente aveva 37 anni. Una volta scoperta la natura uratica dei calcoli, il paziente ha intrapreso profilassi con Allopurinolo che ha ridotto la frequenza di recidive. Il paziente è anche affetto da ipertensione arteriosa etichettata come “essenziale” e presenta un modesto incremento dei livelli di creatinemia (1.4 mg/dL).

Nel giugno 2005 al paziente, che nel frattempo presenta un aumento dei valori di calcemia (5.8 mEq/L), viene asportata una formazione cutanea alla coscia dx, di circa 1 cm di diametro, per il sospetto di linfoma cutaneo che l'esame istologico non conferma. Viene invece posta diagnosi di “pseudolinfoma” e da allora il paziente è seguito in ambiente ematologico.

Test di verifica

1) A quale indagine diagnostica strumentale andrebbe sottoposto il paziente?

- Rx torace
- TAC torace
- TAC addome
- TAC *total body*
- Ecografia addome.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet www.sin-italy.org/gin e in questo numero del giornale cartaceo dopo il Notiziario SIN

L'ematologo, per escludere con più forza l'ipotesi di linfoma, prescrive una TAC *total body* (Fig. 1) che è refertata come negativa per linfadenomegalie tranne per un'area rotondeggiante ipodensa di 1.8 cm di diametro nel mediastino antero-superiore da riferire verosimilmente a linfonodo paratracheale dx aumentato di volume.

A questo punto i livelli di creatinemia del paziente si innalzano da 1.4 a 3.0 mg/dL.

Test di verifica

2) A cosa attribuisce, in prima istanza, questo rapido peggioramento della funzione renale?

- Ad un cattivo controllo dei valori pressori
- Al mezzo di contrasto utilizzato per eseguire la TAC
- Ad interessamento renale di un linfoma
- A nefropatia ostruttiva da urolitiasi
- A nessuna di queste cause.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet www.sin-italy.org/gin e in questo numero del giornale cartaceo dopo il Notiziario SIN

Seconda parte

A causa dell'insufficienza renale il paziente viene ricoverato presso la nostra U.O. Le condizioni generali del paziente erano scadute e non era in grado di deambulare. Viene sottoposto ad adeguata idratazione, nell'ipotesi che



Fig. 1 - TAC total body che evidenzia area ipodensa nel mediastino antero-superiore dx.

la riacutizzazione dell'insufficienza renale sia dovuta alla somministrazione di mezzo di contrasto. In effetti nei giorni successivi si assiste ad una graduale riduzione dei livelli di creatinemia fino ad 1.9 mg/dL. Gli esami di routine evidenziano però un marcato incremento dei livelli di calcemia (8.2 mEq/L) e di fosfatasi alcalina (350 UI/L), mentre la fosforemia è nei limiti della norma (4.5 mg/dL). Per motivi dipendenti dal Laboratorio Analisi, il PTH sierico non è stato dosato in tempi brevi.

Test di verifica

3) A quale nuova indagine strumentale sottoporresti il paziente?

- Nuova TAC *total body* nel sospetto di linfoma
- Ecografia del collo nel sospetto di iperparatiroidismo
- Scintigrafia ossea nel sospetto di metastasi
- Rx scheletro nel sospetto di metastasi ossee
- Rx torace nel sospetto di linfoma.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet www.sin-italy.org/gin e in questo numero del giornale cartaceo dopo il Notiziario SIN

In considerazione degli elevati valori di calcemia, abbiamo eseguito una ecografia del collo nel sospetto che l'immagine descritta alla TAC come linfonodo del mediastino antero-superiore, fosse invece un adenoma paratiroideo. In realtà, l'esame ecografico (Fig. 2) ha evidenziato una formazione rotondeggiante del diametro di circa 2 cm. da riferire verosimilmente a paratiroide superiore dx, mentre non erano evidenziabili le altre paratiroidi.

Nonostante la scintigrafia della regione del collo con la tecnica di sottrazione con doppio tracciante (Tallio 201 e Tecnezio 99), a cui nel frattempo il paziente è stato sottoposto, non abbia confermato il sospetto di adenoma paratiroideo, sulla base del quadro clinico-laboratoristi-



Fig. 2 - Ecografia che mostra una formazione nodulare suggestiva per adenoma paratiroideo superiore dx.

co (nel frattempo è stato disponibile anche il dato del PTH sierico che è risultato elevato: 337 pg/mL) e del dato ecografico, il paziente è stato sottoposto ad intervento chirurgico esplorativo. Il chirurgo ha rilevato la presenza di 2 formazioni nodulari sospette per adenomi paratiroidi, che venivano asportate: la prima nella sede naturale della paratiroide superiore dx (corrispondente all'immagine rilevata all'ecografia), la seconda nel mediastino antero-superiore dx, da riferire verosimilmente a paratiroide inferiore ectopica (corrispondente all'immagine rilevata alla TAC). L'esame istologico ha confermato che si trattava di 2 adenomi paratiroidi. Dopo l'intervento chirurgico si è ottenuta la immediata riduzione dei livelli di calcemia.

Conclusioni

Il caso descritto conferma il ruolo centrale dell'ecografia nella diagnosi degli adenomi paratiroidi. In questo caso non si è rivelata utile la scintigrafia con doppio tracciante. Il contemporaneo sospetto di linfoma, che peraltro può determinare ipercalcemia attraverso l'elaborazione di un gruppo di citochine che stimolano l'attività di riassorbimento osseo degli osteoclasti, ha reso più complicato giungere alla diagnosi corretta.

Riassunto

Viene descritto il caso di un paziente nel quale era stato avanzato il sospetto di linfoma e che le successive indagini hanno invece mostrato trattarsi di un iperparatiroidismo primitivo. Particolarmente utile si è rivelata l'ecografia del collo.

Indirizzo degli Autori:

Dr. Pietro Finocchiaro

U.O. di Nefrologia, Dialisi e

Trapianto del Rene

Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli"

89100 Reggio Calabria

e-mail: pietro.finocchiaro@ibim.cnr.it

Bibliografia

1. Silverberg SJ, Bilezikian JP. Evaluation and management of primary hyperparathyroidism. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81: 2036.
2. Thompson CT, Bowers J, Broadie TA. Preoperative ultrasound and thallium-technetium subtraction scintigraphy in localizing parathyroid lesions in patients with hyperparathyroidism. *Am Surg* 1993; 59: 509.
3. Thompson NW. Localization studies in patients with primary hyperparathyroidism. *Br J Surg* 1988; 75: 97.