



# UN DOLORE AL FIANCO APPARENTEMENTE BANALE

Gennaro Sansone<sup>1</sup>, Serena Torraca<sup>1</sup>, Francesco Delfino<sup>1</sup>, Rito Schettini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O. Nefrologia e Dialisi, Ospedale D. Lentini, Lauria (PZ)

<sup>2</sup>P.T.S. Ospedale D. Lentini, Lauria (PZ)

## A case of apparently trivial flank pain

We describe the case of an 80-year-old man who came to our observation with pain in his left side and iliac region. Ultrasonography showed an incidentaloma with a largest diameter of 10 cm in the left suprarenal fossa. It extended downward and anteriorly from the apex of the left kidney; the picture was suggestive of a saccate hematoma. Further examination resulted in a diagnosis of an adrenally located extranodal non-Hodgkin's lymphoma and the patient was treated accordingly. (*G Ital Nefrol* 2010; 27: 82-4)

Conflict of interest: None

### KEY WORDS:

Renal hematoma, Incidentaloma, Diffuse large B cell lymphoma, Extranodal non Hodgkin lymphoma

### PAROLE CHIAVE:

Ematoma renale, Incidentaloma, Linfoma diffuso a grandi cellule B, Linfoma non Hodgkin extranodale

### ✉ Indirizzo degli Autori:

Dr. Gennaro Sansone  
U.O. Nefrologia e Dialisi  
Ospedale D. Lentini  
Via XXV Aprile  
85044 Lauria (PZ)  
e-mail: gennaro.sansone@fiscali.it

## PARTE I

Paziente (pz) maschio di anni 80, giunge alla nostra osservazione per dolenzia al fianco ed in fossa iliaca sinistra (sx) insorta da circa 30 giorni; negli ultimi 15 giorni riferisce febbre serotina. Circa un mese prima, aveva subito un trauma contusivo al fianco sx, ed attribuito il dolore alle conseguenze del trauma stesso; per tale motivo aveva assunto FANS a scopo analgesico ed antinfiammatorio ma senza beneficio. Le condizioni cliniche generali sono discrete e gli esami di laboratorio, eseguiti qualche giorno prima, sono nella norma; la pressione arteriosa è 130/85 mmHg (1) e la palpazione del fianco sx non determina dolore. Il paziente viene sottoposto ad ecotomografia dell'addome superiore ed inferiore (Fig. 1) che consente di rilevare, in loggia surrenalica sx, un'area a densità disomogenea (diametro max 10 cm) che dal polo superiore del rene sinistro si estende anteriormente verso il basso rispettando, apparentemente, la capsula renale.



Fig. 1 -

### TEST DI VERIFICA

#### 1) Qual è la diagnosi più probabile?

- Ematoma retroperitoneale post-traumatico
- Neoplasia surrenalica
- Cisti renale complicata
- Linfoma retro peritoneale
- Neoplasia renale.

## PARTE II

L'esame ecografico, tuttavia, non consente di attribuire o escludere, con certezza, la pertinenza surrenalica della massa, sia per le dimensioni che per la distribuzione spaziale. Gli incidentalomi retroperitoneali, cioè le masse scoperte per caso in pazienti asintomatici, possono essere benigni o maligni, primitivi o secondari. La prevalenza degli incidentalomi surrenalici è stimata intorno al 5% nelle casistiche radiologiche e al 2-8% nelle casistiche autoptiche (2, 3).

### TEST DI VERIFICA

**2) Qual è la sequenza più appropriata per la diagnosi degli incidentalomi: dati di laboratorio (a), cito/istopatologia (b), TAC/RMN (c)?**

- a. a-b-c
- b. a-c-b
- c. b-a-c
- d. b-c-a
- e. c-a-b.

## PARTE III

Gli esami di laboratorio eseguiti in prima istanza mostrano valori normali di emocromo, creatinemia, azotemia, glicemia, elettroliti sierici ed urinari; la VES è solo lievemente aumentata (15, alla prima ora). Anche lo *screening* ormonale (cortisolo libero urinario delle 24 h, cortisolo plasmatico basale e dopo soppressione con 1 mg di desametasone *overnight*, ACTH, DHEA-S e metanefrine urinarie delle 24 h) risulta negativo. Il paziente viene, quindi, sottoposto a TAC dell'addome con e senza m.d.c. che evidenzia in regione paraortica sinistra, un grossolano processo espansivo retro-peritoneale rotondeggiante (diametro max 10 cm), a contorni sfumati, disomogeneamente ipodenso ed a tenue e disomogeneo *enhancement* del mezzo di contrasto. La massa prende rapporto con il terzo antero-superiore del rene ed ingloba l'arteria renale, le sue diramazioni e, nel suo sviluppo craniale, disloca anteriormente la coda del pancreas e lateralmente la milza fino a prendere contatto con lo stomaco. Poiché il radiologo referta che il quadro TAC, sebbene suggestivo per ematoma perirenale saccato, non consente di escludere una natura diversa della lesione, si decide di eseguire una RMN. Tale esame conferma, in sede paraortica sinistra, la presenza di una grossolana tumefazione espansiva di circa 9-10 cm, che occupa la loggia surrenalica, contraendo rapporti di stretta contiguità con il terzo antero-superiore

del rene omolaterale avvolgendo, ma senza infiltrare, comprimere o dislocare il suo peduncolo vascolare. La massa, inoltre, spinge anteriormente la coda pancreatica e lateralmente la milza. Il segnale appare disomogeneo con contestuali aree di iperintensità, sia in T1 che in T2; dopo mezzo di contrasto e.v., la lesione mostra una tenue e disomogenea impregnazione con definizione di una pseudo capsula periferica. Il radiologo conclude che la lesione è compatibile, in prima ipotesi con tumefazione surrenalica che presenta nel suo contesto fenomeni di sanguinamento in fase subacuta; rene, milza e pancreas appaiono indenni. Il paziente viene, inoltre, sottoposto ad ago biopsia percutanea eco guidata del surrene sx. L'esame istologico dei frustoli risulta positivo per cellule neoplastiche come da carcinoma scarsamente differenziato. Si decide quindi di eseguire una laparotomia esplorativa, nel corso della quale si effettua l'exeresi totale del rene sinistro e l'asportazione della neoformazione. Il tessuto, inviato in anatomia patologica per l'esame istologico, evidenzia la presenza di aggregati di elementi linfoidi di grossa taglia B-cellulari (CD20+ e CD79a+), di aspetto centroblastico ed immunoblastico con elevato indice mitotico e talora aspetto *Burkitt-like*, nell'ambito di una diffusa proliferazione stromale infiammatoria con ampie aree di necrosi e reazione granulomatosa gigantocellulare da corpo estraneo estesa al surrene ed al tessuto adiposo perisurrenalico e perirenale. Il rene, la pelvi, l'uretere prossimale e la vena renale sono indenni da neoplasia. L'anatomopatologo conclude con diagnosi di "quadro morfologico ed immunofenotipico riferibile a linfoma non Hodgkin a grandi cellule, diffuso, a localizzazione surrenalica".

### TEST DI VERIFICA

**3) Qual è lo scopo della terapia del caso in esame?**

- a. Mira alla guarigione con una polichemioterapia intensiva
- b. Mira soprattutto ad un lungo controllo della malattia
- c. Mira ad ottenere la remissione con una chemioterapia poco aggressiva
- d. Non è necessaria una chemioterapia
- e. Mira alla preservazione della funzione del rene superstite.

## DISCUSSIONE

I linfomi non Hodgkin (LNH) che, al momento della diagnosi interessano soltanto uno o più organi extralinfatici senza coinvolgimento dimostrabile degli organi

linfatici, sono definiti extranodali (4). Gli organi linfatici, possono, tuttavia, essere interessati nelle fasi più avanzate della malattia, infatti, a volte è difficile stabilire se si tratti realmente di un linfoma extranodale ("linfoma primitivo") con successiva infiltrazione dei linfonodi o, viceversa, di un linfoma che, originato da un sito linfatico, abbia infiltrato un organo extralinfatico. Tutti gli organi possono essere sede di linfomi primitivi: cute, polmoni, sistema nervoso centrale, tiroide, stomaco, surrene, intestino, testicoli, ecc. I LNH costituiscono un gruppo eterogeneo di disordini linfoproliferativi maligni con comportamenti clinici e origini biologiche diverse. Per la maggior parte dei LNH l'eziologia della malattia continua ad essere poco chiara e la loro incidenza aumenta in maniera esponenziale con l'età. Le localizzazioni extralinfatiche primitive si riscontrano nel 20-30% dei casi ed interessano preferenzialmente il tratto gastroenterico, la cute, il sistema nervoso centrale ed i testicoli. Una serie di fattori di rischio sono stati associati all'insorgenza del LNH, tra questi: fattori genetici, infezioni, condizioni di immunodeficienza congenita ed acquisita, agenti fisici e chimici. Negli ultimi 40 anni la classificazione dei LNH ha subito molte variazioni; attualmente si utilizza il sistema di classificazione REAL (*Revised European-American Classification of Lymphoid Neoplasms*) che li suddivide in base alla loro derivazione dai linfociti B, T o NK (5). Il sistema di stadiazione di Ann Arbor, originariamente concepito per determinare la diffusione anatomica della Malattia di Hodgkin, rimane quello più ampiamente utilizzato per i LNH, nonostante la sua incompletezza. Nel caso in oggetto trattasi di un Linfoma a grandi cellule B (*diffuse large cell lymphoma, DLCL*), che rappresenta il 40% di tutti i linfomi ed è caratterizzato dalla presenza di grandi cellule a fenotipo B con nucleo clivato o multilobato, nucleoli ben evidenti e citoplasma basofilo. La malattia esordisce con masse sia linfonodali che extralinfonodali a rapida crescita. Spesso le masse linfonodali sono di grosse dimensioni ("bulky"), specie nel mediastino e nell'addome. I LNH

come le altre neoplasie emopoietiche, devono essere considerate malattie sistemiche. Quelli primitivi del tratto gastroenterico, della cute, del testicolo ed in particolare del sistema nervoso centrale tendono a rimanere confinati nel tessuto d'origine anche nelle fasi avanzate di malattia. Nei linfomi diffusi ed aggressivi la terapia mira alla guarigione, in quanto in questi gruppi di neoplasie è oggi possibile ottenere un'elevata percentuale di remissioni complete e durature utilizzando i moderni schemi di polichemioterapia intensiva, compreso il trattamento ad alte dosi con supporto di precursori emopoietici circolanti (6, 7). Nei linfomi a presentazione indolente non sembra attualmente possibile ottenere una guarigione con i mezzi terapeutici oggi disponibili (8). Ciò è causato da un oncogene della farmaco resistenza (*bcl-2*); pertanto, in questi casi, il trattamento mira soprattutto ad un lungo controllo della malattia utilizzando terapie poco aggressive.

## RIASSUNTO

*Il caso clinico presentato è quello di un uomo di anni 80 in a.b.s. che giunge alla nostra osservazione per un dolore al fianco e in fossa iliaca sinistra. L'esame ecografico eseguito, in prima battuta, consente di rilevare, in loggia surrenalica sinistra, un'area a densità disomogenea (diametro max 10 cm) che, dal polo superiore del rene sinistro si estende anteriormente verso il basso rispettando, apparentemente, la capsula renale. Tale formazione, di difficile inquadramento diagnostico, è suggestiva per ematoma perirenale saccato. Le successive indagini hanno consentito di diagnosticare un linfoma non Hodgkin a grandi cellule, diffuso, a localizzazione surrenalica e di avviare il paziente alla terapia più appropriata.*

## DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

## BIBLIOGRAFIA

1. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 1011-53.
2. Barzon L, Boscaro M. Diagnosis and management of adrenal incidentalomas. *J Urol* 2000; 163: 398-407.
3. Kloos RT, Gross MD, Francis IR, Korobkin M, Shapiro B. Incidentally discovered adrenal masses. *Endocr Rev* 1995; 16: 460-84.
4. Zucca E, Roggero E, Bertoni F, Cavalli F. Primary extranodal non-Hodgkin's lymphomas. Part 1: Gastrointestinal, cutaneous and genitourinary lymphomas. *Ann Oncol* 1997; 8: 727-37.
5. Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, Flandrin G, Muller-Hermelink HK, Verderan J. Lymphoma classification--from controversy to consensus: the R.E.A.L. and WHO Classification of lymphoid neoplasms. *Ann Oncol* 2000; 11 (Suppl. 1): 3-10.
6. Armitage JO. Treatment of non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med* 1993; 328 (14): 1023-30.
7. Ridders RA, Ross ME, DeLellis RA. Primary extranodal lymphoma: response to treatment and factors influencing prognosis. *Cancer* 1978; 42: 406-16.
8. Kurtin PJ. Indolent lymphomas of mature B lymphocytes. *Hematol Oncol Clin North Am* 2009; 23 (4): 769-90.