

## Formazione retroperitoneale: caso clinico

I. MARTIRE, G. LEONARDO, C. MANEGGIA, L. CARNEVALE, I. MONSELLATO,  
L. PALOMBI, F. TOSATO, P. STATI

RIASSUNTO: **Formazione retroperitoneale: caso clinico.**

I. MARTIRE, G. LEONARDO, C. MANEGGIA, L. CARNEVALE,  
I. MONSELLATO, L. PALOMBI, F. TOSATO, P. STATI

*Gli Autori riportano un caso clinico di "formazione" retroperitoneale recentemente occorso alla loro osservazione. Delineando le diverse ipotesi diagnostiche, alla luce dell'evoluzione del quadro clinico e radiografico, ne ipotizzano la natura traumatica e la riconoscono come ematoma renale sottocapsulare verificatosi due anni prima e complicato recentemente da rottura capsulare, con conseguente spandimento ematico nel retroperitoneo e superficializzazione della raccolta, parzialmente assuefatta, in sede lombare sinistra.*

SUMMARY: **Retroperitoneal mass: a clinical case.**

I. MARTIRE, G. LEONARDO, C. MANEGGIA, L. CARNEVALE,  
I. MONSELLATO, L. PALOMBI, F. TOSATO, P. STATI

*The Authors discuss about a case of retroperitoneal mass, recently observed in their Institution. About the nature of the mass, by the imaging and clinical evolution, the Authors suppose a traumatic genesis: subcapsular renal hematoma, occurred 2 years before, broken and expanded in retroperitoneal space and then superficialized in the left lumbar region.*

KEY WORDS: Formazione retroperitoneale - Fistulografia - Ematoma renale sottocapsulare.  
Retroperitoneal mass - Fistulography - Subcapsular renal hematoma.

## Introduzione

Le formazioni espansive del retroperitoneo costituiscono un'entità di non frequente riscontro clinico ad eziologia diversa, spesso neoplastica (1). Sarcomi, tumori del tessuto nervoso e quelli che si sviluppano da residui embrionali sono le forme maggiormente rappresentate. Nell'ambito dei tumori mesenchimali (85%) (2) distinguiamo: i liposarcomi, assai eterogenei, plurilobati, forniti di un discreto clivaggio e strutturalmente ricchi di cellule, più o meno atipiche, vacuolate e contenenti lipidi; i leiomiomasarcomi, rari, ipervascolarizzati e con facile tendenza alla necrosi e alla degenerazione pseudocistica intratumorale, con rapida crescita di tipo infiltrante; i fibrosarcomi, difficilmente distinguibili dalla fibrosi o fibromatosi retroperitoneale idiopatica.

Per quanto riguarda le neoplasie ad origine neuroectodermica (7-15%) (3), gli schwannomi, i neuro-

fibromi e i ganglioneuroblastomi sono i più rappresentati: questi ultimi originano da tessuto parasimpatico e, propriamente, da reliquati ectopici medullosurrenali dei corpi di Zuckerkandl (feocromocitomi extra-surrenali, paragangliomi, ecc.). Infine, i tumori di origine vestigiale o embrionale (5%), quali le cisti wolffiane e mulleriane, con contenuto liquido e pareti sottili, sono per lo più costituite da epitelio cilindrico ciliato.

La genesi neoplastica non è la sola patologia espansiva extra-peritoneale: infatti, il retroperitoneo può divenire sede di raccolte di tipo emorragico, sia spontaneo che traumatico (fratture pelviche, traumi con rottura di organo, come duodeno o rene, manovre diagnostiche invasive, esiti di interventi chirurgici o traumi) – che configurano il quadro dell'ematoma (4, 5) – e di ascessi (6), rari e di difficile diagnosi precoce.

Il caso qui riportato è singolare e ha comportato alcune difficoltà diagnostiche.

## Caso clinico

È recentemente giunta alla nostra osservazione una paziente di anni 75, con una tumefazione non dolente, delle dimensioni di

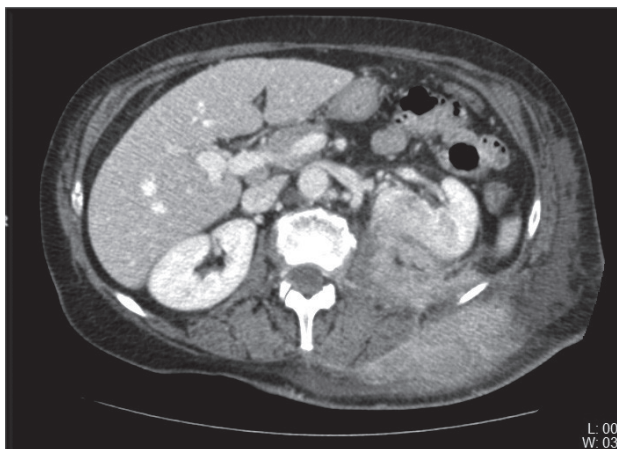


Fig. 1 - La TC evidenzia un processo "neofornativo" retroperitoneale in sede paravertebrale sinistra.

un mandarino, in regione lombare, insorta circa un mese prima ed andata progressivamente aumentando di volume con arrossamento delle cute sovrastante. La paziente riferiva altresì episodi febbrili ricorrenti della durata di poche ore, con rialzo modesto della temperatura (37,5-38° C) e astenia progressiva da circa 6-7 mesi, accompagnata da lieve calo ponderale. Consultato nel luglio 2004 un sanitario, questi consigliava Rx del torace, videat cardiologico ed esami ematochimici, tutti negativi, tranne un innalzamento della VES con leucitosi, batteriuria e leucocituria. Per il persistere della sintomatologia astenica, veniva successivamente consigliato un esame ecografico dell'addome (ottobre 2004) che non evidenziava nulla di patologico.

Nel dicembre dello stesso anno, per il sovrapporsi di un quadro subocclusivo, veniva effettuato un esame colonscopico, che evidenziava la presenza di malattia diverticolare del sigma. Pochi giorni dopo, per la comparsa della tumefazione in sede lombare sinistra, del volume di una noce, la paziente veniva sottoposta ad una TC addominale, che deponiva per "presenza di processo neofornativo retroperitoneale, paravertebrale sinistro con *contrast enhancement* (C/E) positivo, ad estensione extra-compartimentale, che interessa la parete latero-posteriore addominale e i tessuti molli e sottocutanei corrispondenti, con uno spessore complessivo di 11-12 cm" (Fig. 1); sulla formazione veniva eseguita un'agobiopsia, risultata poi non adeguata.

La paziente si ricoverava presso il nostro Dipartimento per le cure del caso.

Nel corso del ricovero le indagini ematochimiche confermavano, come unico elemento di rilievo, una VES elevata (100) con markers neoplastici negativi. Per la negatività del precedente esame biptico ed il vistoso incremento della formazione lombare, con coinvolgimento evidente dei tessuti sottocutanei e cutanei, si procedeva ad una nuova agobiopsia eco-guidata al fine di tipizzare quella che appariva una lesione proliferativa, verosimilmente connettivale, del retroperitoneo. La risposta dell'esame istologico, sensibilizzato ulteriormente da tecniche di immunostochimica, era ancora una volta non dirimente, deponendo soltanto per lesione flogistica. La lesione, peraltro, tendeva a superficializzarsi ulteriormente tanto da indurre all'incisione allo scopo di drenare la raccolta. Si aveva fuoriuscita di materiale purulento commisto a sangue e la secrezione perdurava per alcuni giorni in maniera importante (15-20 cc al giorno), con successiva e progressiva risoluzione della tumefazione.

Un ulteriore esame TC evidenziava materiale fluido e tessuto organizzato, con potenziamento marcato dopo somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto, che si localizzava a colata a livello dello spazio perirenale di sinistra e della doccia

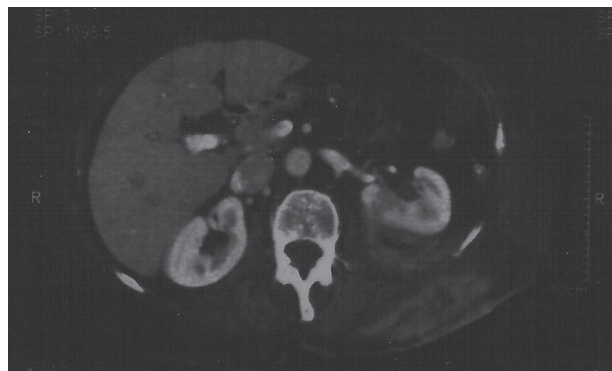


Fig. 2 - La TC dimostra una formazione fluida in parte organizzata a livello dello spazio perirenale sinistro comunicante, attraverso un tragitto fistoloso transmuscolare, con lo strato adiposo sottocutaneo.

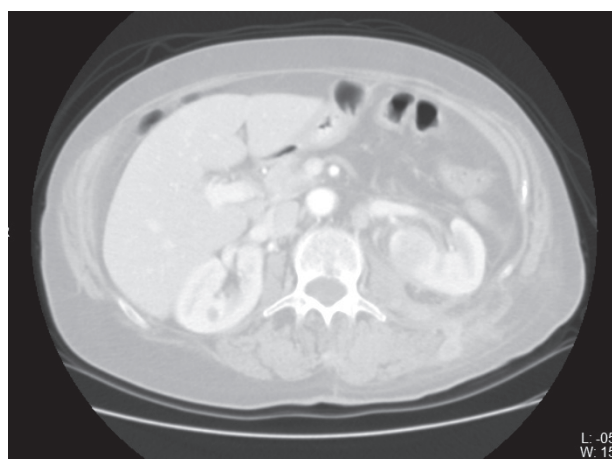


Fig. 3 - La TC evidenzia una significativa riduzione di volume della formazione e netta detersione del comparto posteriore.

paravertebrale, comunicante, attraverso un tragitto fistoloso transmuscolare, con lo strato adiposo sottocutaneo. Contestualmente sul "labbro" mediale del rene erano apprezzabili una soluzione di continuo della corticale ed un'area segmentaria di ipodensità compatibile con pregressa lacerazione dell'organo. I reperti suggerivano un quadro reattivo con possibili fenomeni di ascessualizzazione da possibile evento traumatico (Fig. 2). Un'accurata ricostruzione anamnestica ci permetteva di risalire a circa due anni prima, quando la paziente veniva coinvolta in un incidente automobilistico con trauma al rachide dorso-lombare (frattura di T12) e allo sterno, senza peraltro segni di coinvolgimento del retroperitoneo ed in particolare del rene di sinistra.

A seguito di ciò dimettevamo la paziente con una diagnosi presunta di ascesso fistolizzato e con l'indicazione di medicazioni "a piatto" ogni due giorni e un controllo TC a due mesi di distanza. Tale esame, eseguito nel marzo 2005, evidenziava netta detersione del comparto posteriore, prevalentemente sottocutaneo, che presentava ancora aspetti di interessamento: permaneva addensamento /ispessimento della fascia perirenale, con evidenza di alterazione focale, con C/E disomogeneo, della corticale renale sinistra, al terzo medio posteriore. A livello cutaneo era presente ancora una piccola soluzione di continuo attraverso la quale era comunque possibile penetrare con uno specillo per una profondità di 5-7 cm, da cui fuoriusciva una modestissima secrezione sierosa. Si procedeva perciò a fistulografia per una migliore defi-

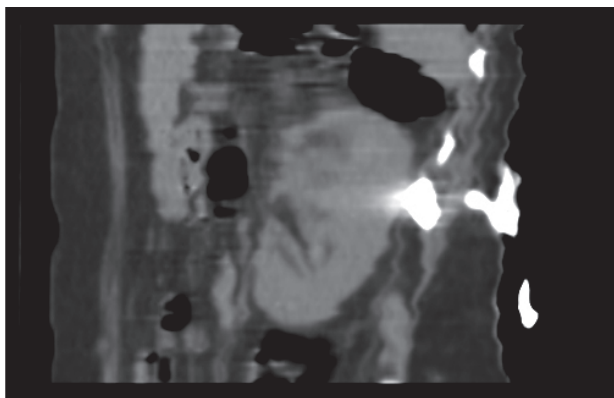


Fig. 4 - All'esame fistolografico si evidenzia un modesto iperaccumulo di cellule marcate a carico del rene di sinistra in regione polare superiore.

nizione del quadro. Si evidenziava così uno spandimento modesto, arborizzato a livello del tessuto sottocutaneo circostante e che non risaliva nel retroperitoneo. Interpretando la situazione come dipendente da un processo infiammatorio in via di risoluzione, la paziente veniva dimessa con l'indicazione di proseguire nelle medicazioni del piccolo tramite fistoloso e di praticare dopo un mese ulteriore controllo ematochimico (VES) e TC con fistolografia.

La VES permaneva elevata (103), con modesta anemizzazione e leucociti ai limiti alti. L'esame fistolografico eseguito sotto TC evidenziava un tramite fistoloso, ben delimitato rispetto al precedente, che giungeva fino in prossimità della corticale, evidenziando una disomogeneità marcata a livello del "labbro" mediale del rene sinistro di dubbia interpretazione. La mancata risoluzione del quadro clinico, oltre che la difficile interpretazione della TC, inducevano ad effettuare ulteriori accertamenti: scintigrafia con leucociti marcati ed esame colturale del secreto. La prima evidenziava un modesto iperaccumulo di cellule marcate a carico del rene di sinistra in regione polare superiore (Fig. 4), compatibile con un processo flogistico renale con espandimento perirenale e lungo tutto il tramite fistoloso. L'esame colturale ha evidenziato la presenza di *Serratia marcescens* e *Staphylococcus epidermidis*, permettendoci di effettuare una terapia antibiotico-mirata (levofloxacina e norfloxacina) con risoluzione del caso.

## Discussione

Il caso giunto alla nostra osservazione appare complesso nell'interpretazione fisiopatologica. L'ipotesi neoplastica, apparsa certa all'inizio soprattutto in rapporto alle immagini della TC, è stata esclusa dai numerosi prelievi bioptici eseguiti e soprattutto dal confronto con l'indagine strumentale ripetuta a distanza di due mesi (Fig. 3), con significativa riduzione della formazione e netta detersione del comparto posteriore. La natura infiammatoria della lesione è quindi evidente per esclusione di quella neoplastica. Un ascesso pararenale di origine stafilococcica o conseguenza di pielonefriti andava escluso per l'assenza di una sintomatologia specifica: leucocitosi, iperpiressia, algia specifica. La possibile origine da formazione diverticolare perforata nel retroperitoneo era suggestiva, concomitando nella paziente la malattia diverticolare, ma anche in questo caso mancavano dei segni "specifici" di infiammazione acuta oltre che un più significativo quadro clinico addominale.

Alla luce di tutto ciò, l'ipotesi diagnostica più attendibile resta l'evento traumatico di circa due anni prima, a seguito del quale è verosimile si sia verificato un trauma renale con formazione di un ematoma sottocapsulare. Questo è restato a lungo asintomatico e successivamente è andato incontro a rottura della capsula, con spandimento del versamento saccato nello spazio perirenale (Fig. 2) e quindi nel retroperitoneo fino ad interessare per gravità, in prossimità della cresta iliaca sinistra, il sottocutaneo. Tale ipotesi ha trovato conferma nella scintigrafia con leucociti marcati, che ha evidenziato la rottura della corticale renale e la comunicazione del rene stesso, attraverso il tramite fistoloso, con l'orificio cutaneo (Fig. 4); oltre che dall'esame colturale del secreto che ha permesso la risoluzione clinica mediante terapia antibiotica mirata con levofloxacina e norfloxacina.

## Bibliografia

1. Goldsmith HS. Retroperitoneo: diagnosi e trattamento dei tumori e di alter affezioni. In Hardy J.D., Trattato di Chirurgia di Rhoads, I, 1982, Piccin, Padova, p.1312.
2. Tan GY, Chong YL, Ramesh K, Walford NQ, Tan JK. Giant mixed-type perinephric liposarcoma. Int Urol Nephrol 2004; 36(3):319-22.
3. Chew BH, Knudsen BE, Moussa M, Pautler SE. A retroperitoneal gastrointestinal schwannoma presenting as perinephric mass. Can J Urol 2005; 12(1):2555-6.
4. Chatelain Ch, Massè Cl. Les hematomes retroperitoneaux, 1975, Masson, Paris.
5. Award Z, Ryan T. An unusual presentation of complicated diverticular disease. Ir Med J 1996; 89(5):190.
6. Dionigi R, Dominioni L, Farinon AM, Zanella E. Chirurgia: basi teoriche e chirurgia generale, 2002, Masson, Milano, p.562-565.