

QUANDO SI ROMPE UNA BOLLA

A. Mancini¹, P. Angelini², C. Cuzzola¹, F. Petrarulo¹

¹ S.C. di Nefrologia e Dialisi, Ospedale "Di Venere", ASL BA, Bari

² S.S. di Nefrologia e Dialisi, Ospedale di Altamura, ASL BA, Altamura (BA)

When a bubble bursts

A 47-year-old man with a medical history of nephrolithiasis of the right kidney presented with abdominal pain at the level of the right hip. Ultrasonography showed an anechoic area with irregular contours in the lower pole of the right kidney, where a previous ultrasound scan had signalled the presence of a large cyst. Abdominal computed tomography revealed the presence of a fluid area within the lower pole of the right kidney. Subsequent ultrasonography showed progressive reduction of the anechoic area, which was associated with gradual reduction of the pain. The case was diagnosed as spontaneous rupture of a renal cyst. Renal cyst rupture is an infrequent, usually self-limiting event that may engender diagnostic dilemmas. (*G Ital Nefrol* 2008; 25: 354-7)

Conflict of interest: None

KEY WORDS:

Renal colic,
Renal
ultrasonography,
Breakup of cysts

PAROLE CHIAVE:

Colica renale,
Ecografia renale,
Rottura di cisti

✉ Indirizzo degli Autori:

Dr. Francesco Petrarulo
Struttura Complessa
di Nefrologia e Dialisi
Ospedale "Di Venere" ASL BA
Via Ospedale di Venere, 1
70012 Bari
e-mail: petrarulo3@tiscali.it

PARTE I

Il caso clinico presentato riguarda un uomo di 47 anni giunto alla nostra osservazione dal pronto soccorso per comparsa, in pieno benessere, di un dolore colico al fianco destro che non si irradiava lungo il fianco verso il testicolo e la radice della coscia, ma posteriormente verso la regione dorsale. L'anamnesi indicava assenza di familiarità per nefropatie ed eventi patologici fino all'età di 40 anni quando il paziente aveva presentato episodi recidivanti di colica renale con emissione di calcoli di fosfato di calcio. L'ultimo episodio di colica risaliva a circa 4 anni.

All'ingresso in reparto il paziente era apirettico, normoteso, lamentava un intenso dolore colico refrattario alla terapia con antidolorifici e l'esame obiettivo rilevava un Giordano fortemente positivo a destra. Gli esami di laboratorio (VES, PCR, indici di funzione renale, emocromo, elettroliti, indici di funzione epatica) risultavano nella norma, ad eccezione di una lieve neutrofilia associata a microematuria. Il paziente all'ingresso in reparto non esibiva precedenti esami strumentali.

TEST DI VERIFICA

1) Quale/i indagine/i strumentale/i avreste richiesto?

- Urografia
- Uro TAC
- Rx diretta addome
- Ecografia renale
- Le ultime due.

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'ecografia renale eseguita presso il nostro ambulatorio evidenziava un rene destro di volume ed ecostuttura normali con modesta ipotonia calico-pielica ed un'area ipo-aneogena pericapsulare, a contorni irregolari a struttura complessa, a livello del polo inferiore (Figg. 1, 2). Al polo superiore era presente una

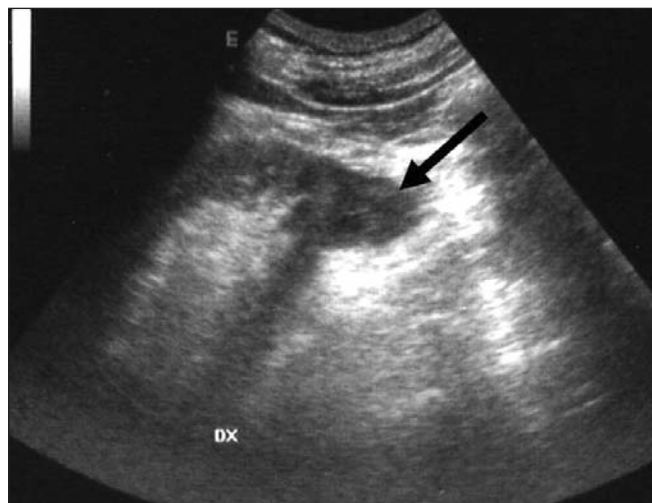


Fig. 1 e 2 - Ecografia eseguita al ricovero. Presenza di un'area anecogena a contorni irregolari che circonda il polo inferiore del rene di destra.



Fig. 3 - Ecografia eseguita 6 mesi prima del ricovero. Presenza di cisti semplici del polo inferiore del rene destro di 3.9 cm.

cisti semplice di diametro 5 x 3.7 cm. Non erano evidenti concrezioni litiasiche nel rene, nel giunto e nelle vie urinarie superiori. Il rene sinistro era normale. Non erano presenti raccolte evidenti nel retroperitoneo e nello scavo pelvico.

Il versamento perirenale che circondava il polo inferiore del rene portava a formulare le seguenti ipotesi diagnostiche: ematoma, urinoma, rottura di cisti. Poiché la complessità della lesione non consentiva di dirimere questi dubbi, il paziente veniva avviato all'indagine TC. L'esame morfologico con contrasto mostrava a destra una lieve ectasia calico-pielica ed una falda di versamento intracapsulare associata ad una falda di versamento extracapsulare con ispessimento

delle fasce perirenali a livello del polo inferiore del rene, senza interessamento del grasso e dello spazio pararenale.

TEST DI VERIFICA

2) Quale ipotesi diagnostica fareste per la lesione pericapsulare del polo inferiore?

- a. Ematoma
- b. Urinoma
- c. Rottura di una cisti
- d. Ascesso
- e. Nessuno dei precedenti.

PARTE II

Il giorno successivo al ricovero il paziente esibiva una precedente ecografia che segnalava a carico del rene destro una formazione cistica semplice polare inferiore di circa 4 cm ad estrinsecazione esofitica (Fig. 3). Nel contempo la sintomatologia dolorosa regrediva nell'arco di un paio di giorni ed il successivo esame delle urine non evidenziava più microematuria. I controlli ecografici eseguiti nei giorni successivi evidenziavano una progressiva riduzione fino alla scomparsa della falda di versamento perirenale (Figg. 4, 5).

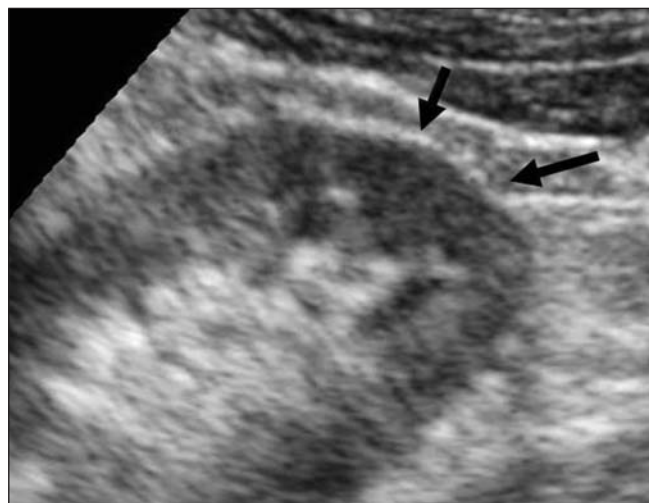
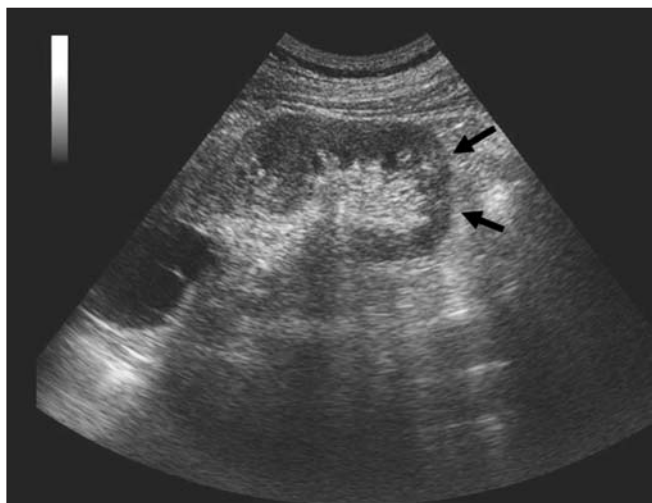


Fig. 4 e 5 - Ecografia eseguita 5 giorni dopo il ricovero. Scomparsa dell'area anecogena a carico del polo inferiore del rene di destra.

TEST DI VERIFICA

3) Alla luce dell'evoluzione del quadro clinico ed ecografico, cambiereste l'ipotesi diagnostica in:

- a. Ematoma
- b. Urinoma
- c. Rottura di una cisti
- d. Ascesso
- e. Nessuno dei precedenti.

DISCUSSIONE

La rottura di una cisti renale può essere legata ad un evento traumatico, avvenire spontaneamente (1) o far seguito ad un processo infettivo (2). Essa si manifesta con un quadro clinico acuto caratterizzato da lombalgia e da modesto innalzamento febbrile accompagnato da ematuria qualora la rottura avvenga nelle vie escrettrici. La colica renale, se presente, è legata all'emissione di eventuali coaguli, mentre il dolore posteriore ed in fossa iliaca è legato ad una reazione del peritoneo parietale posteriore quando la rottura avviene nel retroperitoneo (3). Solo raramente la rottura si accompagna ad emoperitoneo (4).

L'ecografia può documentare solo raramente la rottura della cisti, ma è in grado di evidenziare sicuramente i segni indiretti della rottura quali la comparsa di una raccolta retroperitoneale o l'ectasia delle vie escrettrici coinvolte. Nel caso descritto l'aspetto ecografico della raccolta peripolare inferiore non consentiva di ipotizzare, in mancanza di riscontri strumentali precedenti, l'ipotesi immediata di rottura di cisti pre-

sistente. La diagnosi è viceversa diventata evidente quando è stata dimostrata la preesistenza di una cisti. La storia clinica del paziente ha imposto in ogni caso la diagnosi differenziale con un urinoma perirenale da fissurazione dell'uretere. Nel caso descritto era necessario porre diagnosi differenziale con l'urinoma ovvero una raccolta perirenale di urina dovuta a lesioni di un calice, della pelvi o dell'uretere per migrazione di calcolo renale.

La diagnosi differenziale fra ematoma, urinoma e rottura di cisti renale va confermata con la TC con M.d.C. (5). Nel caso specifico, la TC non solo ha evidenziato la raccolta perirenale sotto e extracapsulare, ma ha anche documentato l'ispessimento reattivo della fascia peri e pararenale, la mancata estensione della raccolta nello spazio pararenale e la natura non emorragica della raccolta. La diagnosi fra rottura di cisti ed urinoma dipende naturalmente dal contesto clinico.

In conclusione, l'ecografia renale ha un ottimo potere di risoluzione nei confronti della patologia cistica per l'eccellente trasmissione degli ultrasuoni nei liquidi e per la possibilità di individuare anche lesioni di dimensioni minime. Il solo esame ecografico invece non è sufficiente per porre diagnosi di rottura di cisti e nei casi sospetti bisogna ricorrere alle indagini di secondo livello (TC o RMN).

RIASSUNTO

Un uomo di 47 anni, con anamnesi positiva per calcolosi renale destra, si presentò per dolore colico al fianco destro. L'ecografia renale evidenziava un'area anecogena a contorni irregolari a carico del polo inferiore del rene di destra. La TAC renale diagnosticò la presenza di

una falda di versamento intra ed extracapsulare a carico del polo inferiore del rene di destra. Una precedente ecografia renale segnalava la presenza di una grossa cisti polare inferiore del rene destro non rilevata all'ecografia eseguita all'atto del ricovero. Successive ecografia mostrarono una progressiva riduzione dell'area di versamento peripolare che si associava ad un graduale miglio-

ramento della sintomatologia dolorosa. Il paziente fu dimesso con diagnosi di rottura spontanea di cisti renale.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Papanicolaou N, Pfister RC, Yoder IC. Spontaneous and traumatic rupture of renal cysts: diagnosis and outcome. *Radiology* 1986; 160: 99-103.
2. Jemni M, Jemni H, Kraiem C, Mosbah A. Infection and rupture of a serous renal cyst. *Ann Urol (Paris)* 1991; 25: 45-7.
3. Fernandez Fernandez A, Mayayo Dehesa T, Rodriguez Luna JM, et al. Rupture of simple renal cyst after minimal renal injury. *Actas Urol Esp* 1989; 13: 65-8.
4. Borràs M, Valdivielso JM, Egido R, Vicente de Vera P, Bordalba JR, Fernández E. Haemoperitoneum caused by bilateral renal cyst rupture in an ACKD peritoneal dialysis patient. *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21: 789-91. Epub 2005 Dec 20.
5. Hughes CR, Stewart PF Jr, Breckenridge JW. Renal cyst rupture following blunt abdominal trauma: case report. *J Trauma*. 1995; 38: 28-9.