



Cisti surrenaliche

Antonio Corso¹ · Raimondo Angelone¹ · Francesca Torresan² · Filippo Ceccato³ · Emilio Quaia¹ · Filippo Crimi¹

Accettato: 2 aprile 2022 / Pubblicato online: 20 maggio 2022
© The Author(s) 2022, corrected publication 2022

Introduzione

Le cisti surrenaliche rappresentano un raro reperto, con un'incidenza riportata nelle serie autoptiche di circa 0,07% [1]. Queste masse sono perlopiù asintomatiche, tuttavia possono diventare clinicamente manifeste in caso di complicanze. Benché le indagini radiologiche di scelta per lo studio delle masse surrenaliche siano TC e RM, l'ecografia rappresenta spesso la metodica di primo livello con cui vengono riscontrate le cisti surrenaliche, come nei due casi clinici di seguito proposti. All'ecografia, le cisti semplici si presentano generalmente con pareti sottili, contenuto anecogeno e rinforzo posteriore di parete [2], mentre le cisti complesse possono presentare echi e setti interni o calcificazioni parietali [3].

Caso clinico 1

Paziente maschio di 60 anni, eseguiva nel 2018 una TC addome di approfondimento in seguito al riscontro ecografico, in corso di stadiazione per neoplasia prostatica, di una sospetta massa surrenalica. La TC mostrava una formazione ipodensa surrenalica destra dotata di pareti calcifiche (Fig. 1) che è risultata essere all'istologia una cisti parassitaria da *Histoplasma capsulatum*.

Nella maggior parte dei casi, le cisti surrenaliche in TC presentano una densità media nel range dei liquidi (da -9 HU

a +20 HU), con densità sovraliquida (>20 HU) solo nel 15% dei casi [2]. Ulteriore caratterizzazione è permessa dall'uso del mezzo di contrasto (MdC), che non viene captato dalle cisti.

Caso clinico 2

Paziente femmina di 20 anni, in seguito a riscontro ecografico incidentale di massa surrenalica sinistra, eseguiva nel 2017 una RM addome di approfondimento che mostrava una formazione cistica settata priva di impregnazione di MdC (Fig. 2), in seguito asportata per aumento dimensionale e risultata all'istologia di natura endoteliale.

In RM il segnale delle cisti è iperintenso nelle sequenze T2 e ipointenso nelle T1, come da contenuto liquido, senza impregnazione di MdC né restrizione di segnale nelle sequenze pesate in diffusione.

L'*imaging* è fondamentale nell'individuazione e caratterizzazione delle cisti surrenaliche al fine di escludere complicanze e per differenziarle da lesioni con componenti cistiche (solitamente feocromocitomi) che necessiterebbero di trattamento chirurgico [4].

Funding Note Open access funding provided by Università degli Studi di Padova within the CRUI-CARE Agreement.

Dichiarazioni etiche

Conflitto di interesse Gli autori Antonio Corso, Raimondo Angelone, Francesca Torresan, Filippo Ceccato, Emilio Quaia e Filippo Crimi dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Consenso informato I pazienti hanno sottoscritto un consenso informato all'esecuzione degli esami diagnostici e all'eventuale utilizzo degli stessi a fini scientifici/di ricerca.

Studi sugli animali Gli autori di questo articolo non hanno eseguito studi sugli animali.

Proposto da M. C. DeMartino.

✉ F. Crimi
filippo.crimi@unipd.it

¹ Istituto di Radiologia, Dipartimento di Medicina-DIMED, Università di Padova, Padova, Italia

² U.O.C. Endocrinochirurgia, Dipartimento di Scienze Chirurgiche Oncologiche e Gastroenterologiche, Università di Padova, Padova, Italia

³ U.O.C. Endocrinologia, Dipartimento di Medicina-DIMED, Università di Padova, Padova, Italia

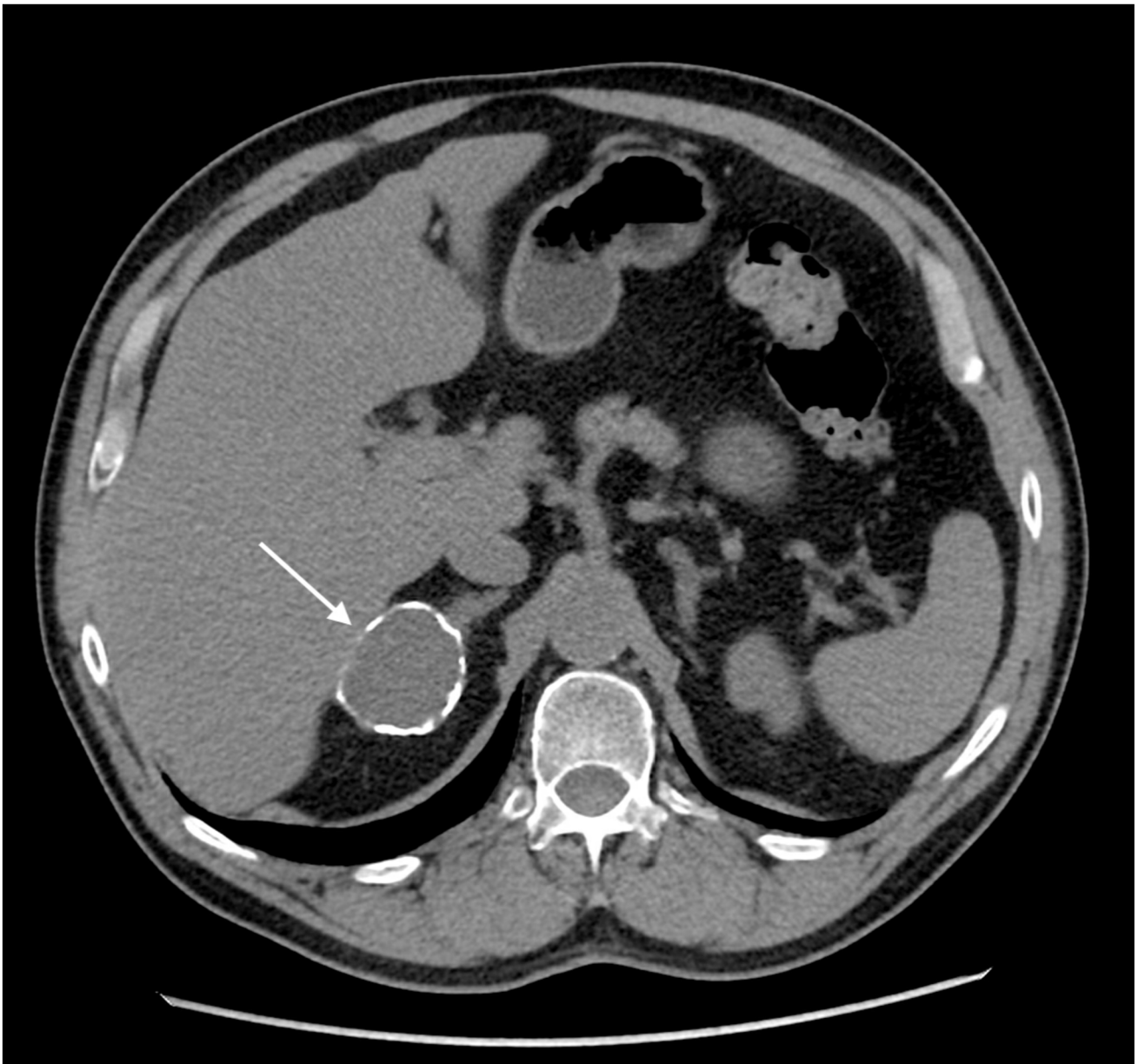


Fig. 1 Scansione diretta assiale TC. Formazione ovoidale ipodensa di 45×37 mm del surrene destro (*freccia*), di densità media di circa 19 HU con pareti calcifiche. Le calcificazioni parietali sono il reperto di

più frequente riscontro alle immagini TC, con un'incidenza riportata di circa il 62% [2]



Fig. 2 Immagine RM assiale pesata in T2. Cisti surrenalica polilobata sinistra di 58×53 mm (*freccia*), iperintensa in T2 come tipico delle cisti

a contenuto liquido [2], con alcuni esili setti interni non vascolarizzati nelle sequenze con M_dC

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

2. Ricci Z, Chernyak V, Hsu K et al (2013) Adrenal cysts: natural history by long-term imaging follow-up. *AJR Am J Roentgenol* 201(5):1009–1016
3. Boland GW, Blake MA, Hahn PF, Mayo-Smith WW (2008) Incidental adrenal lesions: principles, techniques, and algorithms for imaging characterization. *Radiology* 249:756–775
4. Cavallaro G, Crocetti D, Paliotta A et al (2015) Cystic adrenal lesions: clinical and surgical management. The experience of a referral center. *Int J Surg* 13:23–26

Nota della casa editrice Springer Nature rimane neutrale in riguardo alle rivendicazioni giurisdizionali nelle mappe pubblicate e nelle affiliazioni istituzionali.

Bibliografia

1. Neri LM, Nance FC (1999) Management of adrenal cysts. *Am Surg* 65(2):151–163