

Premessa. L'invasione della v. cava inferiore e dell'atrio dx è una grave ma fortunatamente non comune complicanza del carcinoma a cellule chiare del rene. Si registrano ogni anno circa 190 nuovi casi di carcinoma renale infiltrante la v. cava e l'atrio dx (1). In letteratura sono stati pubblicati casi clinici in cui i sintomi d'esordio, erano segni di scompenso cardiaco congestizio, una stanchezza e mancanza di respiro, una tumefazione indolente alla gamba dx ed un dolore toracico atipico (2).

Viene descritto un caso clinico che ha presentato come sintomo d'esordio un episodio sincopale.

Caso clinico. Donna di 90 anni con storia di ipertensione, fibrillazione atriale (F.A.) cronica, cardiopatia ischemica ipertensiva e demenza viene portata in DEA per sincope di lunga durata e lenta ripresa.

L'esame fisico rivela : toni cardiaci aritmici normofrequenti, non rumori aggiunti polmonari; addome trattabile e dolente alla palpazione al fianco sx; la paziente si presenta vigile, disorientata, ipotesa (PA 80/60). L'ECG: F.A. a media risposta ventricolare, S1-Q3 e BBDx intermittente. L'EGA dimostra ipocapnia ed ipossia di lieve entità.

Gli esami ematochimici evidenziano aumento dell'LDH, del d-dimero vidas (7931 mcg /L) ed un significativo decremento della funzione renale (clearance 15 ml/min).

Vengono effettuati: un' ecocolor doppler venoso arti inferiori, negativo per TVP; un'ecocardiogramma che mostra una grossa massa disomogenea in atrio dx (fig.1); un'ecoaddome che evidenzia un rene sx con lesione eteroplastica grossolana con caratteri ecografici di massa complessa solida del diametro di circa 10 cm con una vena cava inferiore soprarenale quasi completamente trombizzata (fig.2)

Gli accertamenti effettuati depongono per una diagnosi di eteroplasia renale sx di tipo infiltrante estesa in vena cava inferiore ed in atrio dx.

In considerazione del quadro clinico (insufficienza renale) e dell'età della paziente, non si procede ad ulteriori accertamenti diagnostici e si opta per una terapia palliativa.

Conclusioni. L'episodio sincopale presentato può essere classificato tra le cause di sincope da "malattie strutturali cardiache o cardiopolmonari".(3)

Secondo la nostra esperienza, ed i dati della letteratura, l'utilizzo dell'Ecocardiografia nei casi di sincope, va integrata con i dati anamnestici, obiettivi, elettrocardiografici e laboratoristici. L'ecocardiogramma da solo non è quasi mai diagnostico, ma soprattutto in PS, ci può fornire immediatamente informazioni circa il tipo e la gravità della malattia cardiaca sottostante e costituisce un valido aiuto nella stratificazione del rischio.(3)

Bibliografia

1. Crouch ED, et al. Renal cell carcinoma presenting as right atrial mass. Echocardiography 2002; 19(2):149-51
2. Hunsaker Robert P., Stone James R. Renal -cell carcinoma extending into the vena cava and right side of the heart. N Engl J Med 2001; 345 N° 23:1676;
3. Task force on syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. European Heart Journal 2001 (22): 1256-1306.