



# Metastasi ipofisaria da carcinoma neuroendocrino occulto

Luigi Demarchis<sup>1</sup>, Sabrina Chiloire<sup>1</sup>, Pier Paolo Mattogno<sup>2</sup>, Antonella Giampietro<sup>1</sup>, Maria Grazia Maratta<sup>3</sup>, Liverana Lauretti<sup>2</sup>, Giovanni Schinzari<sup>3</sup>, Rosalinda Calandrelli<sup>4</sup>, Simona Gaudino<sup>4</sup>, Guido Rindi<sup>5</sup>, Alessandro Olivi<sup>2</sup>, Giampaolo Tortora<sup>3</sup>, Francesco Doglietto<sup>2</sup>, Laura De Marinis<sup>1</sup>, Alfredo Pontecorvi<sup>1</sup>, Antonio Bianchi<sup>1</sup>, Marco Gessi<sup>5</sup>

Corresponding author: Demarchis Luigi, demarchis.luigi94@gmail.com

1. Pituitary Unit, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy.
2. Neurosurgery, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy
3. Medical Oncology Unit, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy
4. Radiology and Neuroradiology Unit, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy
5. Anatomic Pathology Section, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

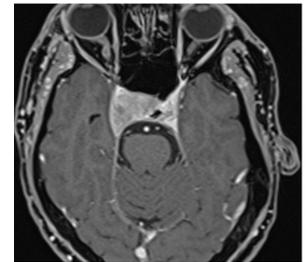
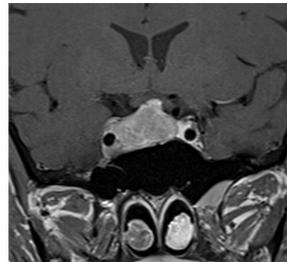
## INTRODUZIONE

Le metastasi ipofisarie sono reperti rari e rappresentano l'1% delle lesioni ipofisarie trattate chirurgicamente. Nonostante la bassa incidenza, data la frequente compressione esercitata sulle strutture circostanti, le metastasi ipofisarie possono presentarsi con sintomi importanti quali cefalea, disturbi del *visus* e del campo visivo. In ultimo, il danno alla ghiandola ipofisaria può essere associato a disturbi elettrolitici e ad alterazioni della sfera sessuale.

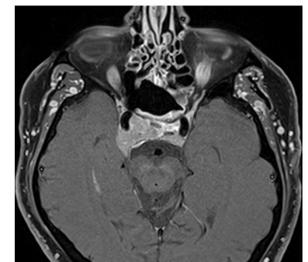
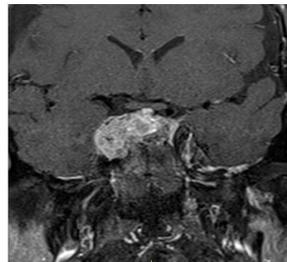
## CASO CLINICO

Paziente maschio di 57 anni, si presentava con ptosi e lacrimazione in occhio destro, riferendo diplopia nello sguardo di lateralità a destra, già trattato precedentemente con terapia cortisonica senza beneficio. La risonanza magnetica dell'encefalo evidenziava una lesione infiltrante il seno cavernoso a destra, in contatto con il chiasma ottico, infiltrante il clivus e la clinoida. Gli esami ematochimici mostravano una prolattinemia di 47 ng/mL. L'esame del campo visivo rilevava un deficit campimetrico supero-temporale nell'occhio sinistro. La radiografia del torace, eseguita in previsione dell'intervento chirurgico, risultava negativa. Il paziente era quindi sottoposto ad asportazione totale della lesione e l'esame istologico individuava la presenza di "neoplasia con morfologia neuroendocrina ben differenziata, formata da cellule rotonde relativamente monomorfe con intensa espressione di sinaptofisina, cromogranina, SSTR2A e INSM1. Le cellule neoplastiche sono Pit1-, Tpit-, GATA3- e SF1-. Multifocale intensa espressione di TTF1. Non positività per CDX2 e ISLET1. Indice proliferativo (MIB1) 5-7%. Non positività per CAM5.2 e AE1/AE. Commento: localizzazione di un tumore neuroendocrino (NET). Il pattern immunostochimico suggerisce un'origine polmonare (possibile carcinoide atipico, NET G2)". Il paziente era quindi sottoposto a TC-TB con riscontro di una lesione di natura neoplastica di dimensioni 24x22.5 mm<sup>2</sup> in sede sellare laterale destra e posteriore, che erodeva la lamina quadrilatera e il processo clinoida posteriore omolaterale e che si estendeva in sede extra compartimentale nel seno cavernoso inglobando la porzione intracranica all'arteria carotidea interna. Il peduncolo ipofisario era deviato verso sinistra. La PET-TC Ga-DOTA-TOC rilevava la persistenza di patologia neoplastica con aumentata espressione dei recettori per la somatostatina in regione sellare ed era negativa per altre lesioni. A completamento dell'iter diagnostico, il paziente eseguiva PET-TC 18 FDG che rilevava un'area funzionalmente più attiva in sede parasellare destra. **Tutte le indagini radiologiche non evidenziavano ulteriori lesioni.**

## PRE CHIRURGIA



## CONTROLLO A 6 MESI



## TRATTAMENTO

In considerazione del grading, della non evidenza diagnostica della sede del tumore primitivo e della persistenza di malattia, si decideva d'avviare il paziente a terapia farmacologica con analogo della somatostatina e di rivalutare lo status della ghiandola mediante risonanza magnetica per considerare la possibilità di sottoporlo a radioterapia sul residuo tumorale.

## TAKE HOME MESSAGE

Il caso presentato vuole enfatizzare l'importanza del considerare l'ipofisi non solo come sito di formazione di tumori primitivi ma anche come possibile sede di metastasi (maggiore correlazione con i tumori di mammella, polmone e colon) senza escludere, a priori, fra le cause possibili, primitivi più rari come il carcinoma neuroendocrino occulto del caso clinico presentato.

## BIBLIOGRAFIA

Castle-Kirszbaum M, Goldschlager T, Ho B, Wang YY, King J. Twelve cases of pituitary metastasis: a case series and review of the literature. Pituitary. 2018 Oct;21(5):463-473. doi: 10.1007/s11102-018-0899-x. PMID: 29974330.