

UN CASO CLINICO DI PARAGANGLIOMA INTRATIROIDEO

Gilda Dalmazio, Eugenia Maria Morabito, Federica Ferrar, Marco Capezzone
UOSD Endocrinologia, Ospedale Misericordia, Grosseto
E-mail: gilda.dalmazio@usldest.toscana.it

INTRODUZIONE

I paragangliomi (PGL) tiroidei sono neoplasie neuroendocrine estremamente rare, con circa 50 casi descritti in letteratura, verosimilmente ad origine dal paraganglio laringeo inferiore, il cui corretto inquadramento diagnostico è spesso post-chirurgico, come nel caso clinico presentato.

CASO CLINICO

La paziente, di 76 anni, giungeva a visita per follow-up di gozzo multinodulare non tossico asintomatico, riscontrato incidentalmente in corso di ecocolordoppler carotideo. In anamnesi segnalava ipertensione arteriosa in terapia con sartanico, dislipidemia, obesità di I grado, malattia da reflusso gastroesofageo e abitudine tabagica. Il nodulo dominante, che misurava 3 cm all'epoca della diagnosi cinque anni prima, era già stato sottoposto ad esame citologico su agoaspirato, risultato non diagnostico (materiale fibrino-ematico, rari aggregati di tireociti di piccola e media taglia), anche alla successiva ripetizione.

All'ecografia effettuata contestualmente alla visita la tiroide era di volume superiore alla norma per prevalenza del lobo destro, al cui terzo superiore si localizzava un nodulo solido ipoecogeno di mm 23x40x36 (APxLLxCC) con vascolarizzazione peri- e intranodulare (Figura 1); altri due noduli con analoghe caratteristiche erano presenti in sede istmica e al terzo medio di sinistra (rispettivamente delle dimensioni massime longitudinali di 12 e 13 mm).

Gli esami ematochimici erano nella norma (Tabella 1).

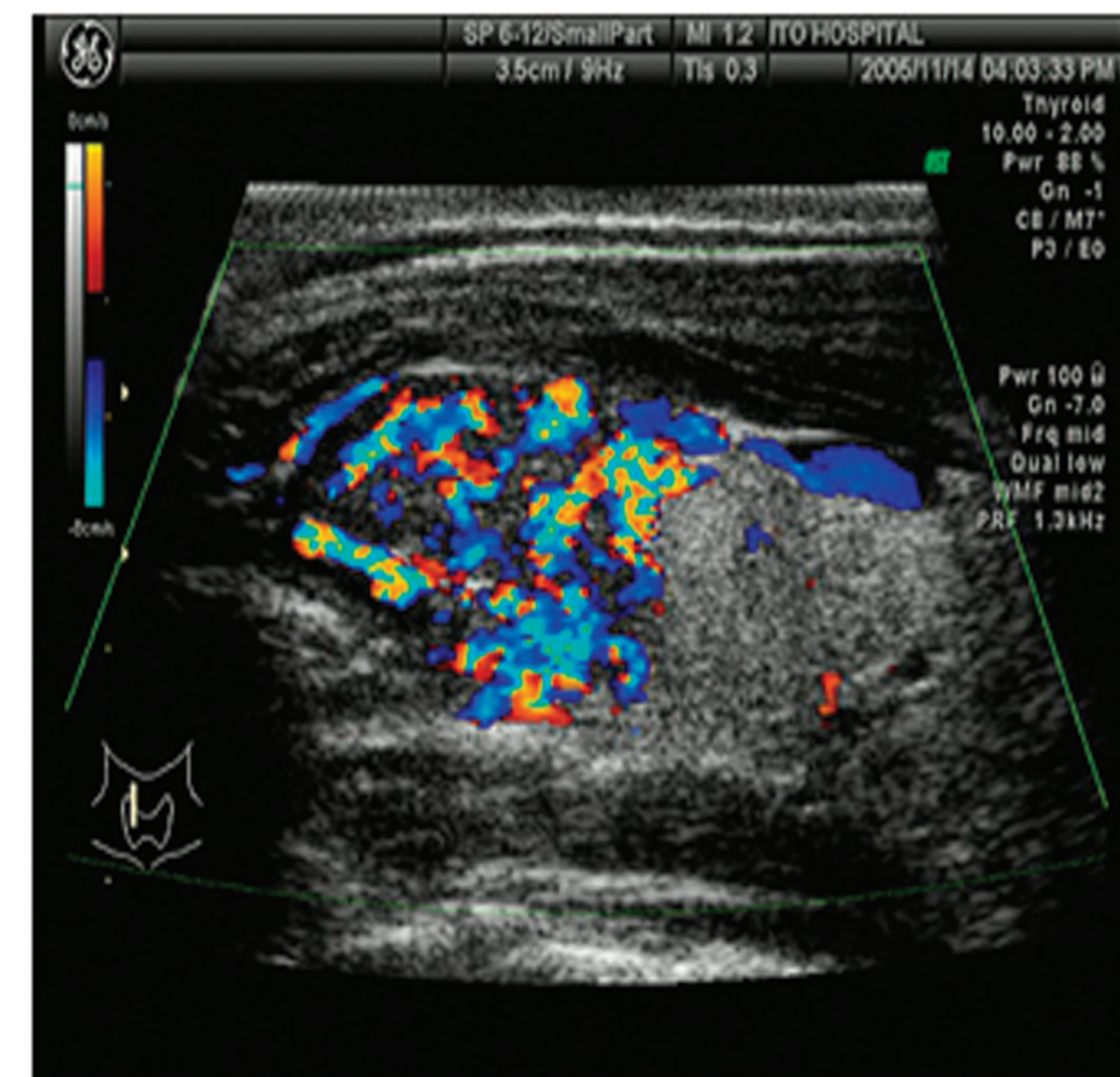


Figura 1: Aspetto ecografico di PGL tiroideo [Yano Y et al, Thyroid, 2007].

Veniva effettuato esame citologico su agoaspirato del nodulo dominante del lobo destro che risultava a citologia indeterminata (colloide assente, rari aggregati di tireociti in parte di media taglia: TIR3A).

TRATTAMENTO

Viste le dimensioni del nodulo, l'incremento volumetrico e la citologia indeterminata, si poneva indicazione a tiroidectomia; l'esame istologico era suggestivo di PGL tiroideo di 4 cm (immunofenotipo: cromogranina +; CK CAM 5.2, Tg, calcitonina, CEA, TTF-1: negativi; attività proliferativa <5%), con invasione della capsula tumorale orientativa per forma maligna, nel contesto di gozzo nodulare con microcarcinoma papillare variante classica di 0.9 cm multifocale, bilaterale, pT1a(m) Nx Mx.

FOLLOW-UP

Alla valutazione post-intervento l'ecografia non evidenziava residui né linfadenopatie; la tireoglobulina e gli anticorpi antitireoglobulina erano indosabili, le metanefrine e le normetanefrine urinarie nella norma, la cromogranina e l'NSE erano negative. La TC total body e la scintigrafia con analogo della somatostatina non mostravano reperti patologici eccetto un'iperplasia surrenalica sinistra (veniva poi esclusa una ipersecrezione ormonale). La valutazione genetica non evidenziava sindromi ereditarie.

Al successivo follow-up a 12 e 24 mesi il quadro biochimico-strumentale era stazionario, confermando la remissione di malattia.

CONCLUSIONI

I PGL tiroidei sono difficili da diagnosticare pre-operatoriamente: nella quasi totalità dei casi sono non funzionanti e un'eventuale sintomatologia compressiva non consente una distinzione dalla patologia nodulare. Le caratteristiche ecografiche non sono peculiari: in maggioranza si presentano come noduli solidi ipoecogeni confinati alla tiroide, localizzati prevalentemente nella porzione superiore del lobo destro, con accentuata trama vascolare; in genere solitari, si localizzano più raramente nel contesto di gozzo multinodulare, mentre l'associazione con il carcinoma papillare tiroideo è stata riportata in soli altri due pazienti. La diagnosi citologica non è quasi mai dirimente, mentre per quella istologica viene in supporto l'immunoistochimica. Il comportamento è in maggioranza benigno, laddove la malignità sembrerebbe definita dalla presenza di patologia metastatica. La chirurgia è spesso risolutiva e il follow-up non è standardizzato.

BIBLIOGRAFIA:

1. Yano Y, Nagahama M, Sugino K, Ito K, Kameyama K, Ito K. Paraganglioma of the thyroid: report of a male case with ultrasonographic imagings, cytologic, histologic, and immunohistochemical features. *Thyroid*. 2007 Jun;17(6):575-8. doi: 10.1089/thy.2006.0284. PMID: 17614779.
2. Pelizzo MR, Conti C, Pennelli G, Bellan E, Cook GJ, Wong KK, Colletti PM, Merante Boschin I, Rubello D. Thyroid Paraganglioma: Our Experience and Systematic Review of the Literature on a Rare Tumor. *Am J Clin Oncol*. 2018 Apr;41(4):416-423. doi: 10.1097/COC.000000000000295. PMID: 27163832.
3. Lee SM, Policarpio-Nicolas ML. Thyroid Paraganglioma. *Arch Pathol Lab Med*. 2015 Aug;139(8):1062-7. doi: 10.5858/arpa.2013-0703-RS. PMID: 26230601.