

## Diagnosi di linfoma tiroideo: è possibile evitare la chirurgia tiroidea?

Martinelli R, Fazzalari B, Deiana MG, Mori F, Motta C, Poggi M e Monti S  
UOC Endocrinologia,  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea, Roma

**Introduzione:** Il linfoma tiroideo è una rara causa di malignità la cui diagnosi è difficile e normalmente avviene solo dopo la tiroidectomia. Riportiamo un caso di linfoma tiroideo in cui la Core Needle Biopsy ha permesso una diagnosi senza ricorrere alla tiroidectomia

**Discussione:** Una donna di 59 anni, con recente indicazione alla tiroidectomia totale, giunge alla nostra osservazione a maggio '23 per una seconda opinione. Diagnosi nel 2018 di tiroidite cronica autoimmune, normo-funzionante, con conglomerato nodulare di circa 4 cm del lobo tiroideo di sinistra, risultato benigno (Tir2) all'agoaspirato del 2018 ed invariato negli anni. A febbraio '23, dopo la comparsa di tumefazione in sede latero-cervicale destra, in assenza di sintomatologia compressiva, ha eseguito una nuova rivalutazione presso il proprio Endocrinologo ed agoaspirato su nodulo ipoecogeno di 2.4 cm del lobo tiroideo destro. L'esame citologico non è stato diagnostico dimostrando: "materiale linforeticolare, elementi linfocitari ed istioidi. Non evidenza di cellule epiteliali". E' stata data indicazione alla tiroidectomia totale.

Al momento della nostra prima valutazione, la paziente assume terapia con Ramipril 5 mg die e Colecalciferolo 50000U ogni 15 giorni. Portava in visione i seguenti esami: TSH 3.58  $\mu$ UI/mL, FT4 e FT3 normale, Calcitonina 0.76 pg/mL (<9.9).

All'esame obiettivo presentava: BMI: 22.8 kg/m<sup>2</sup>; P.A.: 120/80 mmHg; F.C.: 80 bpm; tumefazione visibile alla base destra del collo (score estetico 2/4), di consistenza tendenzialmente dura. All'esame ecografico, la tiroide aveva una ecostruttura disomogenea per la presenza di multiple formazioni nodulari solide, isoecogene, confluenti nel lobo sinistro e nodulo solido, intensamente ipoecogeno, di 3.2 cm, scarsamente vascolarizzato, del terzo medio -superiore del lobo destro, in sede posteriore. Si evidenziano inoltre: linfonodo, privo di ilo, di 0.9 cm superiormente al polo superiore del lobo destro e piccoli linfonodi peritiroidei inferiormente a d entrambi i lobi tiroidei con diametro massimo di 0.8 cm.

E' stata proposta la Core Needle Biopsy del nodulo tiroideo destro, eseguita a fine giugno '23: "frammenti di tessuto ad aspetto linfoide costituito da linfociti di media taglia atipici con numerosi figure mitotiche. La popolazione è costituita da una maggioranza di linfociti B (CD20+, CD79a+, CD10+, CD5-) associati ad alcuni linfociti T (CD3+) sparsi. L'indice di proliferazione (Ki67) è pari al'80%. Il quadro è compatibile con una malattia linfoproliferativa B di alto grado; la caratterizzazione immunofenotipica effettuata in data 13/7/23 mostra positività per PAX5, Bcl-6 e Bcl-2 come da linfoma centrofollicolare.

La paziente è stata pertanto inviata all'Unità di Ematologia. Ha eseguito, ad agosto '23, la PET-FDG che ha dimostrato " [...] patologico incremento dell'attività metabolica in corrispondenza di quota di tessuto localizzata in loggia tiroidea di destra (SUVmax paria a 35); cranialmente ad essa, si segnala, ulteriore focalità iperattiva, (SUVmax pari a 17), in corrispondenza di una formazione, di verosimile pertinenza linfonodale, mal parametrabile alla TC low-dose, di analogo significato patologico. Il restante parenchima tiroideo appare moderatamente captante FDG, a carattere disomogeneo, ed è da valutare nel contesto clinico/ecografico".

Il 5 settembre '23 ha iniziato trattamento chemioterapico con schema R-CHOP (rituximab più ciclofosfamide, doxorubicina, vincristina e prednisone) 21 X 6 cicli ogni 21 giorni.

Alla rivalutazione ecografica del 13/09/2023 la formazione nodulare del terzo medio-superiore del lobo destro si è ridotta del 75 % passando da un volume di 6.9 ml ad un volume di 1.7 ml.

L'ultima rivalutazione ecografica del 31/10, dopo tre cicli di chemioterapia, dimostra una riduzione complessiva del 95% del volume; non è inoltre più visibile il linfonodo localizzato superiormente e adiacente al lobo di destra, precedentemente segnalato e corrispondente al linfonodo captante alla PET-FDG.

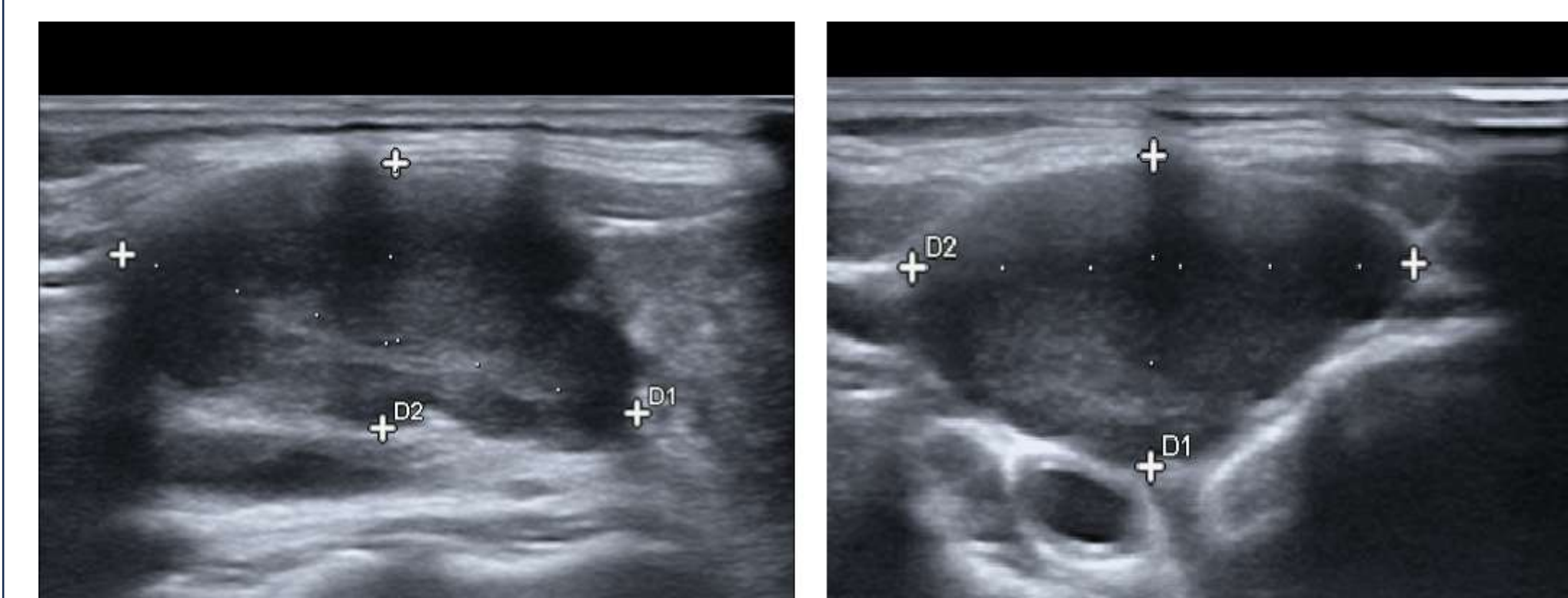


Fig 1: ecografia al momento della diagnosi

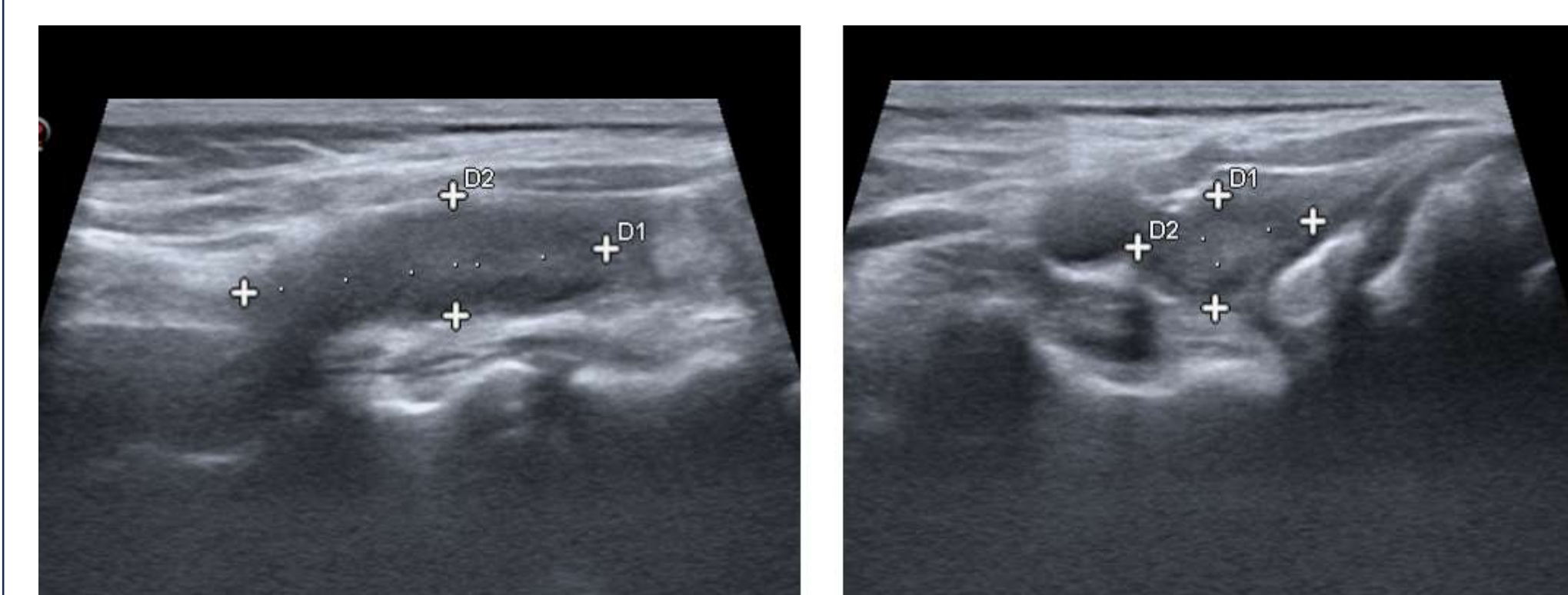


Fig 2: prima rivalutazione ecografica

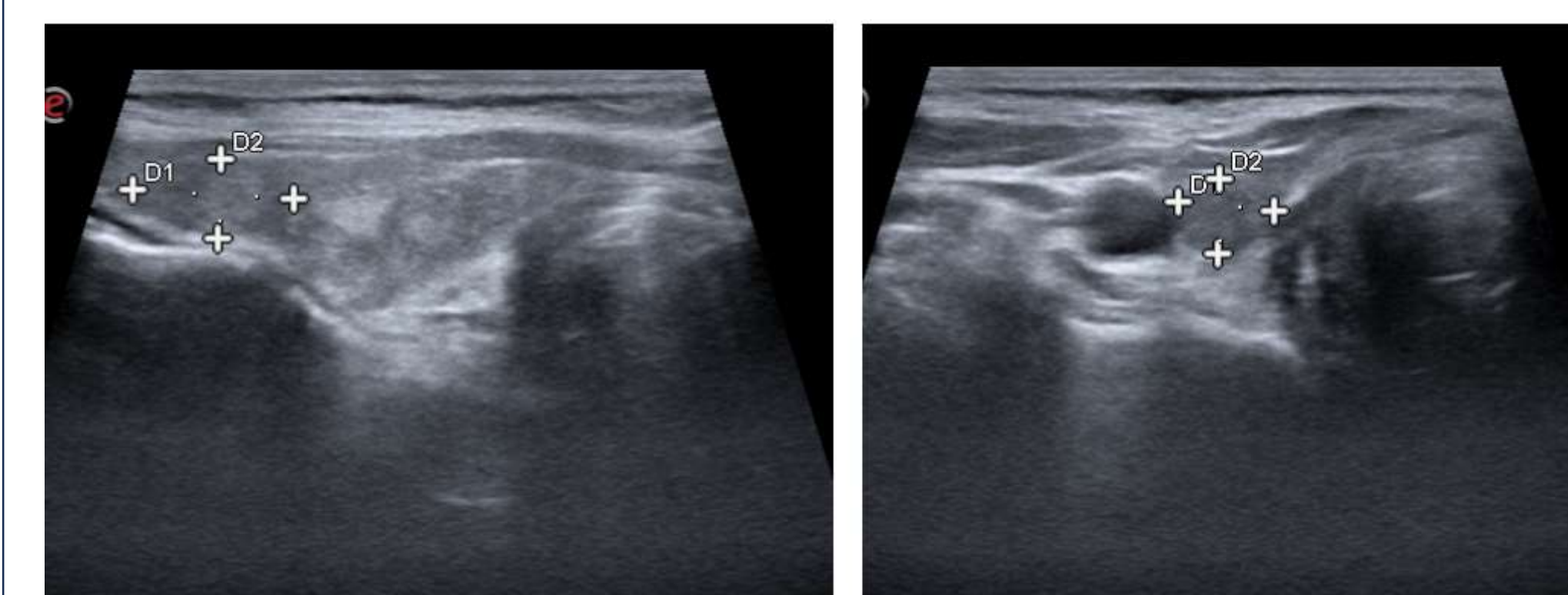


Fig 3: rivalutazione dopo tre cicli di CHT R-CHOP

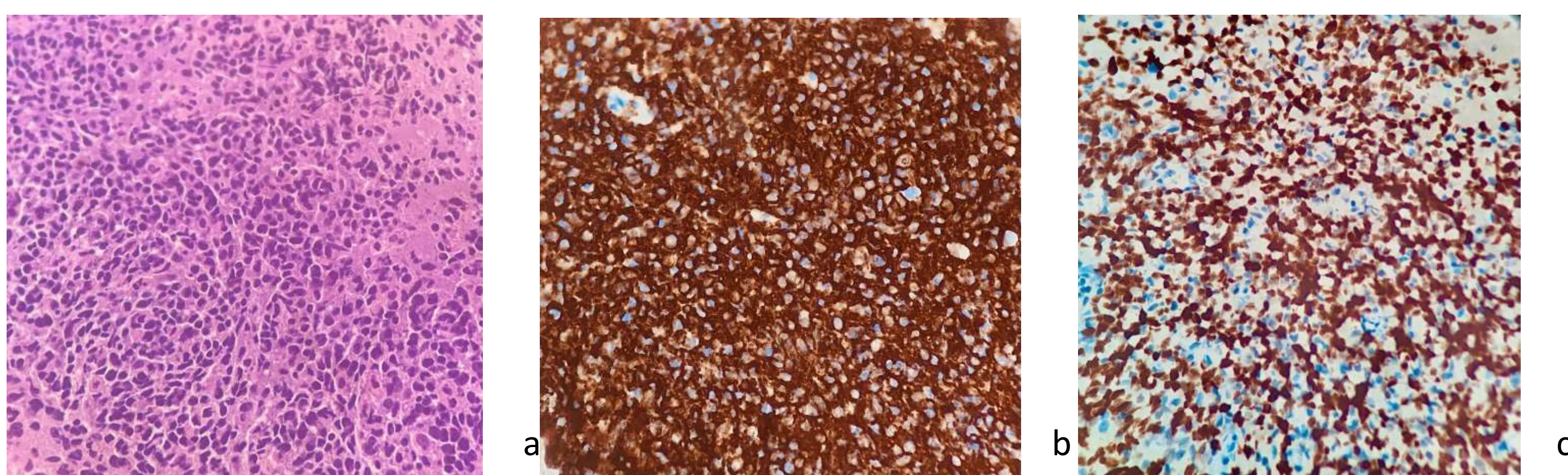


Fig4: Istologico da Biopsia. Ematossilina-Eosina (a), CD20 (b), Ki67 (c)

**Conclusioni:** la Core Needle Biopsy ha permesso la diagnosi di linfoma centrofollicolare a cellule B ad alto grado, localizzato a livello tiroideo, senza ricorrere alla chirurgia tiroidea e permettendo un trattamento chemioterapico che si sta dimostrando efficace.