



TRATTAMENTO CON TERMOABLAZIONE MEDIANTE RADIOFREQUENZA DEI NODI TIROIDEI E CITOLOGIA



Cristina Clausi¹, Simona Censi¹, Isabella Merante Boschini^{1,2}, Fiammetta Battheu¹, Giulia Messina¹, Caterina Mian¹

1: Dipartimento di Medicina (DIMED), UOC Endocrinologia, Università di Padova, 35121 Padova, Italia;

2: Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche (DiSCOG), Università di Padova, 35121 Padova, Italia;

Corresponding author: Cristina Clausi (cristina.clausi@aopd.veneto.it)



INTRODUZIONE

Negli ultimi anni sono state proposte tecniche di termo-ablazione (TA) eco-guidate come opzioni terapeutiche per il trattamento dei noduli tiroidei benigni iperfunzionanti o sintomatici per volume o per estetica, specialmente laddove la terapia mediante radioiodio e la chirurgia non siano attuabili. Secondo le recenti raccomandazioni delle linee guida dell'European Thyroid Association, è necessaria una diagnosi citologica benigna ripetuta due volte prima di pianificare la TA dei noduli tiroidei. Si può evitare di ripetere l'FNA nei noduli spongiformi e cistici puri (EU-TIRADS-2).

CASE REPORT

♀ 60 anni

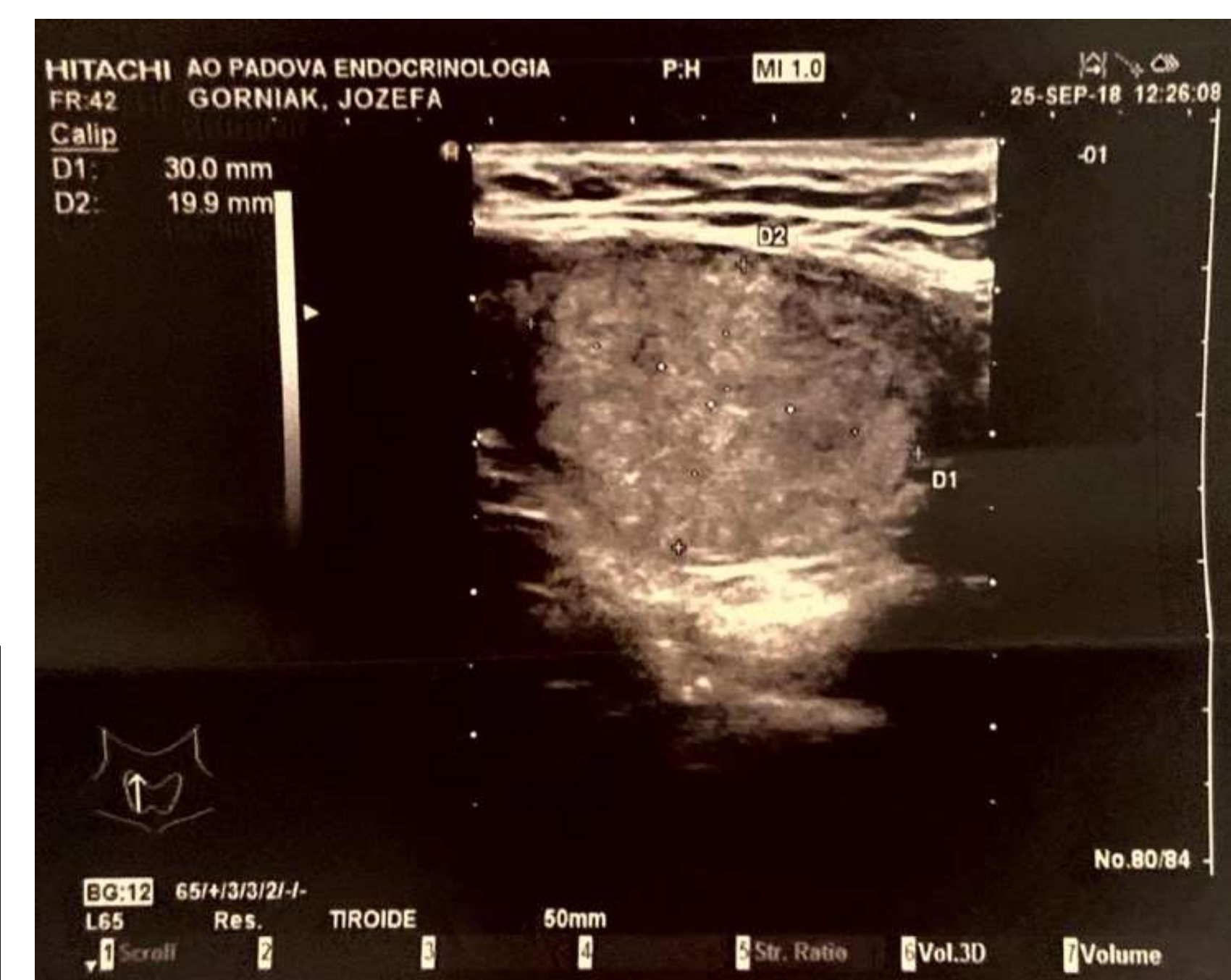
Nodo maggiore al terzo inferiore del lobo tiroideo destro di 30x20x29mm, isoecogeno, finemente disomogeneo, delimitato da sottile orletto ipoecogeno, con vascolarizzazione peri e intranodulare (EU-TIRADS-3). Funzione tiroidea normale, anticorpi anti-tireoglobulina e anti-tireoperossidasi negativi e calcitonina indosabile.

FNAC: Dato l'incremento volumetrico del nodo maggiore di destra (36x23x32mm), veniva eseguito agoaspirato del nodo, con esito di **benignità (TIR2)**.

La paziente rifiutava la soluzione chirurgica definitiva, pertanto si concordava per un'eventuale programmazione di TA mediante l'utilizzo di radiofrequenze (RF).

Prima di procedere con la TA veniva programmato un secondo agoaspirato del nodo, con esito **indeterminato ad alto rischio (TIR3b)**, per cui la paziente, rivalutando l'opzione chirurgica, veniva inviata ad intervento di tiroidectomia totale.

Esame istologico: carcinoma follicolare minimamente invasivo di 3.5 cm con estesi aspetti di necrosi coagulativa, in gozzo iperplastico-adenomatoso, invasione della pseudocapsula, assente invasione vascolare. La paziente veniva successivamente sottoposta a terapia con radioiodio (RAI) con 1.1 GBq.



CONCLUSIONI

Il caso clinico supporta la necessità di ripetizione dell'esame citologico prima di eseguire TA per noduli tiroidei citologicamente benigni ma con caratteristiche ecografiche non a bassissimo rischio, al fine di minimizzare il rischio di mancata diagnosi di lesioni maligne e il rinvio del loro trattamento.