



UN CASO DI CARCINOMA FOLLICOLARE DELLA TIROIDE IN STRUMA OVARI MALIGNO



Giulia Messina¹, Simona Censi¹, Fiammetta Battheu¹, Cristina Clausi¹, Giulia Tasca², Ilaria Piva², Stefania Zovato², Francesca Galuppini³, Gianmaria Pennelli³, Caterina Mian¹

¹ U.O.C. Endocrinologia, Dipartimento di Medicina, Azienda Ospedale-Università di Padova

² Istituto Oncologico Veneto, IOV-IRCCS, Padova

³ U.O.C. Anatomia Patologica, Dipartimento di Medicina, Azienda Ospedale-Università di Padova

Corresponding Author: Giulia Messina (giulia.messina@aopd.veneto.it)



BACKGROUND

Lo struma ovarii (SO) è un raro tumore ovarico: si tratta di un teratoma monodermico composto da oltre il 50% da tessuto tiroideo. Nella maggior parte dei casi è benigno, tuttavia nel 5-10% dei casi è rappresentato dallo struma ovarii maligno (SOM).

Si presenta più spesso come massa unilaterale, solitamente asintomatica e di riscontro incidentale, con quadro biochimico di eutiroidismo, ma raramente anche ipertiroidismo. Clinicamente può manifestarsi come massa addominale palpabile, può dare dolore pelvico o alterazione dei cicli mestruali.

La diagnosi è istologica, ma andrebbe eseguita anche l'analisi immunohistochimica per markers come la tireoglobulina (Tg) per confermare l'origine tiroidea.

Il trattamento è generalmente chirurgico, tuttavia, poiché si tratta di una patologia estremamente rara, non vi sono linee guida diagnostico-terapeutiche ben definite.

PRESENTAZIONE DEL CASO CLINICO

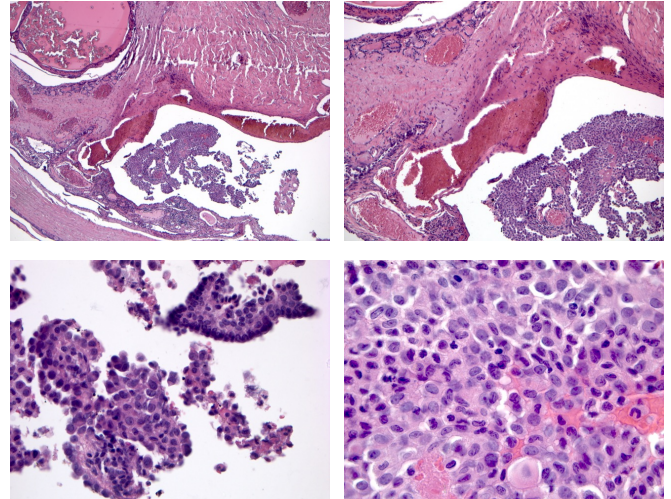
A una paziente di 54 anni con anamnesi muta, in seguito ad accertamenti ginecologici per dolore pelvico, veniva riscontrata una voluminosa massa ovarica sinistra sospetta. Veniva pertanto sottoposta a *intervento di annessiectomia sinistra, biopsia peritoneale pelvica e polipectomia endometriale*.

L'esame istologico definitivo deponesse per struma ovarii maligno di 14 cm con metastasi peritoneale pelvica (pT2bNxM1, FIGO IIB, stadio IV) sede di carcinoma follicolare ben differenziato. (IHC: Tireoglobulina+, TTF1+, PAX8+, Cromogranina-, Synaptofisina-, BRAF/RAS negativo).

ESITO E FOLLOW-UP

Eseguita quindi ecografia tiroidea che dimostrava quadro di struma colloide senza nodularità di sospetto. Gli esami ematochimici dimostravano quadro di eutiroidismo, calcitonina negativa, anti-Tg e anti-TPO negativi.

Discussa al GOM Tumori Tiroidei, alla luce dello stadio e dell'estensione della malattia, veniva posta indicazione a intervento di tiroidectomia totale (il cui successivo esame istologico deponesse per quadro di tireopatia follicolare). Successivamente, data la storia clinica e i valori di Tg post-tiroidectomia veniva indicato trattamento con radioiodio.



DISCUSSIONE

Lo SOM è un raro teratoma monodermico dell'ovaio, composto per almeno il 50% da tessuto tiroideo maturo, i cui sottotipi più frequenti sono il carcinoma papillare (PTC) e, più di rado, il carcinoma follicolare (FTC).

Il trattamento di prima linea per lo SOM è la chirurgia, tuttavia, non esiste una consensus relativa al management terapeutico poiché, trattandosi di una patologia rara, la letteratura presente è basata solo su case report e piccole case series.

La prognosi è generalmente favorevole tuttavia i dati in letteratura sono estremamente variabili: il tasso di recidiva varia dal 7.5-35% e il rischio di metastatizzazione dal 5-27%. Il ruolo dell'endocrinologo risulta essenziale per stratificare il rischio e decidere in merito all'iter successivo. La tiroidectomia totale e la terapia con radioiodio andrebbero infatti prese in considerazione nei casi di stadi avanzati o istologia aggressiva, così da ridurre il rischio di recidiva. Tra i fattori predittivi di recidiva rientrano le caratteristiche istologiche, la presenza di metastasi, le dimensioni del tumore > 4 cm e il profilo molecolare.

La Tg è utilizzata come marker tumorale nel follow-up ed è consigliato misurarla periodicamente in aggiunta all'imaging pelvico.

TAKE HOME MESSAGES

- Lo SOM è un tumore ovarico raro con comportamento simile a quello dei tumori tiroidei.
- La presenza di metastasi a distanza e caratteristiche istologiche aggressive sembrano correlare con una prognosi peggiore per cui, in tali casi, è indicata una terapia più aggressiva con tiroidectomia totale e ablazione con radioiodio.
- Nel management diagnostico-terapeutico dello SOM è indispensabile una stretta collaborazione tra ginecologo ed endocrinologo, in modo da meglio stratificare il rischio di recidiva e definire il trattamento post-chirurgico.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE:

- Tondi Resta I, Sande CM, LiVolsi VA. Neoplasms in Struma Ovarii: A Review. *Endocr Pathol.* 2023;34(4):455-460. doi:10.1007/s12022-023-09789-7
- Manzella La Barbera, F., Gallo, D., Premoli, P. et al. Gestione dello struma ovarii maligno. *L'Endocrinologo* 25, 566–568 (2024). doi.org/10.1007/s40619-024-01518-4
- Addley S, Mihai R, Alazzam M, Dhar S, Soleymani Majd H. Malignant struma ovarii: surgical, histopathological and survival outcomes for thyroid-type carcinoma of struma ovarii with recommendations for standardising multi-modal management. A retrospective case series sharing the experience of a single institution over 10 years. *Arch Gynecol Obstet.* 2021;303(4):863-870. doi:10.1007/s00404-021-05969-0