



PROMISE



Associazione Medici Endocrinologi



Civico Di Cristina Benfratelli

Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

EVOLUZIONE EMORRAGICA DI UN NODULO TIROIDEO IN PAZIENTE IN DOPPIA TERAPIA ANTIAGGREGANTE

Pollicino C.^{1,2}, Biscaglia Manno S.^{1,2}, Monti M. L.^{1,2}, Lauria S.², Corrao S.^{1,2}

1. Dipartimento di PROMozione della Salute, Matemo-Infantile, Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo, Italia

2. Dipartimento di Medicina Clinica, U.O.C. Medicina Interna iGR, ARNAS Civico, Di Cristina, Benfratelli, Palermo, Italia
charapollicino94@gmail.com

Introduzione e Background: La tiroide è un organo molto vascolarizzato, ma il sanguinamento spontaneo della ghiandola è raro. Tuttavia gozzo, noduli o cisti possono incrementarne ulteriormente la vascolarizzazione e aumentarne la predisposizione al sanguinamento.[1] Un uomo di 55 anni con storia di recente infarto miocardico, sottoposto ad angioplastica coronarica con posizionamento di stent, si presentava in ambulatorio per riferita improvvisa comparsa di dolore, disfagia e presenza di tumefazione nella regione anteriore del collo dopo inizio di doppia terapia antiaggregante (DAPT). L'imaging rivelava una formazione nodulare verosimilmente emorragica.

Presentazione del caso: Un 55enne, affetto da ipertensione arteriosa, di recente ricoverato presso UTIC per STEMI laterale, sottoposto ad angioplastica coronarica con posizionamento di stent (P-PCI con impianto di DES su D1) ed in terapia con DAPT (ASA 100 mg/die e Ticagrelor 90 mg/die), giungeva presso il nostro ambulatorio di "Malattie della Tiroide", due settimane dopo la dimissione, per riferita improvvisa insorgenza di dolore, disfagia e presenza di tumefazione nella regione anteriore del collo, ascrivendo tale sintomatologia all'inizio della DAPT. Portava in visione TC del collo, eseguita nel corso del precedente ricovero, che mostrava "formazione nodulare nel lobo tiroideo sinistro (2.5 cm) a densità disomogenea, con presenza di aree emorragiche", suggerendo la presenza di un nodulo tiroideo emorragico. All'esame obiettivo si palpava una tumefazione dolente in corrispondenza del lobo sinistro della tiroide. L'ecografia tiroidea recitava "tiroide ingrandita con presenza a carico del lobo sinistro di nodulo iso-ipoecogeno con aree anecogene (28,8 mm x 27,6 mm, TI-RADS 4), con vascolarizzazione periferica all'integrazione ecodoppler" (Fig. 1), meritevole di agoaspirazione con ago sottile (Fine-Needle Aspiration - FNA).

Data la recente angioplastica coronarica e la necessità di bilanciare il rischio trombotico col rischio emorragico, si eseguiva valutazione multidisciplinare con specialista cardiologo: a causa dell'elevato rischio di eventi coronarici ricorrenti, si decideva di continuare la DAPT e di differire FNA del suddetto nodulo, al fine di evitare il rischio di ematomi. Il paziente è stato sottoposto a regolari follow-up ecografici, assistendo nei mesi successivi alla riduzione delle dimensioni del nodulo.

Dopo un anno (Fig. 2), al termine della DAPT, è stato sottoposto a FNA, risultata suggestiva di nodulo cistico. Il paziente è tutt'ora in cura presso il nostro ambulatorio per follow-up annuali ecografici.



Fig.1 Ecografia nodulo lobo tiroideo sinistro alla prima visita

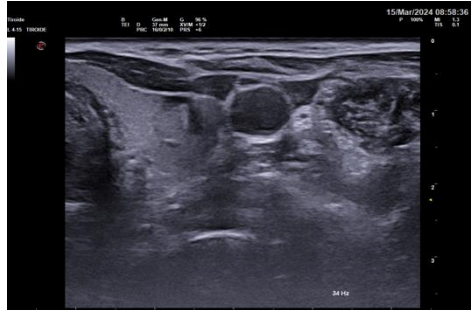


Fig.2 Ecografia nodulo lobo tiroideo sinistro dopo 1 anno

Discussione: Data la recente angioplastica coronarica e la necessità di continuare la doppia terapia antiaggregante a causa del rischio di eventi coronarici ricorrenti, la nostra strategia di "attesa vigile" si è rivelata l'opzione vincente, assistendo nel tempo alla riduzione delle dimensioni del nodulo.

Take Home Messages: La DAPT può determinare un aumento del rischio emorragico e, di contro, causare il sanguinamento di un nodulo tiroideo. In questo caso, è bene valutare rischio trombotico ed emorragico per definire il timing più adeguato alla FNA.

BIBLIOGRAFIA

[1] Gunasekaran K et Al. Spontaneous Thyroid Hemorrhage on Chronic Anticoagulation Therapy. Clin Pract. 2017 Feb 6;7(1):932. doi: 10.4081/cp.2017.932. PMID: 28243434; PMCID: PMC5304264.