



UN'INASPETTATA DIAGNOSI DI MICROCARCINOMA PAPILLARE AD ELEVATA AGGRESSIVITÀ

Rivolta Benedetta¹, Masserini Benedetta¹, Bernardi Irene², Cerabolini Chiara², Camera Antonella¹, Liboà Federico¹, Cerutti Nadia³

¹ Dirigente medico, SC nutrizione clinica, diabetologia e malattie endocrine, ASST Pavia

² Medico in formazione specialistica, SC nutrizione clinica, diabetologia e malattie endocrine, ASST Pavia

³ Direttrice, SC nutrizione clinica, diabetologia e malattie endocrine, ASST Pavia

antonella_camera@asst-pavia.it

INTRODUZIONE E BACKGROUND

I microcarcinomi papillari hanno una bassa aggressività e una evoluzione estremamente lenta. Le lesioni metastatiche sono rare, generalmente omolaterali e di modeste dimensioni. Nei pazienti anziani sono poco aggressivi. Le linee guida ATA 2015 suggeriscono di non effettuare FNAC nei noduli tiroidei <1 cm e la possibilità di effettuare solo una sorveglianza attiva per il microcarcinoma papillare a basso rischio, in particolare nei pazienti anziani. Viene qui presentato un caso atipico di microcarcinoma papillare tiroideo in paziente ultraottantenne.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Paziente di 82 anni inviata da ORL per il riscontro di linfadenopatia laterocervicale destra (livello IV), non dolente né dolorabile, di 2.5 cm.

L'ecografia del collo confermava un linfonodo ad ecostruttura solida, disomogenea, sovvertita, di 31 mm e analoghe formazioni al II e V livello e sovraclaveari. Si evidenziava inoltre un gozzo multinodulare, in particolare al lobo tiroideo di destra si segnalava al III medio laterale un nodulo solido isoecogeno a margini netti rotondeggianti con spot calcifici interni, vascolarizzazione prevalentemente periferica di 8x11x12 mm e al III medio basale paraistmico un nodulo solido isoecogeno a margini abbastanza regolari ovalare con una piccola area subcentimetrica con microcalcificazioni, a vascolarizzazione prevalentemente periferica di 12x21x30 mm. Restanti noduli privi di caratteristiche ecografiche sospette.

L'esame FNAC del nodulo tiroideo destro dava esito TIR1-2, tuttavia l'esame citologico del linfonodo mostrava un microframmento di neoplasia papillare TTF1+ suggestiva per carcinoma papillare della tiroide. La ripetizione di FNAC su noduli destro e paraistmico, mirata alla zona con maggior microcalcificazioni, confermava assenza di cellule neoplastiche in entrambi i noduli. La TC collo-torace con mdc confermava le linfadenopatie laterocervicali e sovraclaveari ed evidenziava noduli polmonari subcentimetrici mantellari bilaterali sospetti per secondarismi. Agli ematochimici preoperatori TSH 0.8 mcUI/ml, CT ed autoimmunità tiroidea negative, Tireoglobulina 406 ng/ml, CEA e NSE negativi. La PET total body con FDG mostrava esclusivamente ipercaptazione nei linfonodi laterocervicali e sovraclaveari destri (SUV bw max 7,7).

La paziente veniva sottoposta a tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale destro II-V + VI livello. All'esame istologico nella porzione media del lobo di destra evidenza di focolaio di 0.8 cm di carcinoma papillare variante follicolare a basso grado G1 infiltrante il parenchima, invasivo focalmente nel tessuto peritiroideo, entro la superficie di sezione. Nella porzione inferiore del lobo un altro focolaio di 0.4 mm contenuto nella superficie di sezione, infiltrante il parenchima. Due linfonodi al III livello sedi di metastasi subtotale, un altro tra IV e V livello (Carcinoma papillare della tiroide G1 m -multiplo- T1a N1b R0).

Alla scintigrafia con rTSH post operatoria: focale accumulo di radioiodio in loggia tiroidea paramediana destra. Ematochimici dopo stimolo con rTSH: tireoglobulina 13 ng/ml; Ab anti-Tg 18 UI/mL, TSH: 327 mcU/mL. In programma radioablazione I131.

DISCUSSIONE E TAKE HOME MESSAGES

Questo caso di presentazione atipica di microcarcinoma papillare, diagnosticato solo dopo identificazione di voluminose metastasi linfonodali in paziente ultraottantenne, suggerisce, a dispetto delle linee guida, di valutare attentamente la scelta di sottoporre a sorveglianza attiva i microcarcinomi nei pazienti anziani. Inoltre suggerisce quantomeno di eseguire sempre l'agoaspirato nei micronoduli sospetti con attenta osservazione ecografica anche dei linfonodi laterocervicali.