

“A VOLTE NON È COLPA DELLA TIROIDE: UN RARO CASO DI METASTASI INTRATIROIDEA”

Roberta La Monica¹, Simona Merlino¹, Rosario Paratore², Clara Ugolini³, Davide Corleo⁴



¹ UO Endocrinologia “La Maddalena” Dipartimento Oncologico di III livello, Palermo
² UO Medicina Nucleare “La Maddalena” Dipartimento Oncologico di III livello, Palermo
³ U.O. Anatomia Patologica³ Universitaria A.O.U.P., Università di Pisa
⁴ UO Endocrinologia Pediatrica Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello, Palermo



INTRODUZIONE E BACKGROUND

Descriviamo un caso di una paziente di 77 anni che giungeva alla nostra osservazione per nodulo tiroideo citologicamente sospetto (TIR3B) in gozzo multinodulare, sottoposta a risoluzione chirurgica mediante intervento di tiroidectomia totale (maggio 2024). Le analisi pre-operatorie mostravano normale funzione tiroidea, assenza di autoimmunità e calcitonina negativa. In anamnesi patologica remota storia di carcinoma mammario operato e chemioterato (2013).

INTRODUZIONE E BACKGROUND

L'esame istologico definitivo deponeva per: “Carcinoma midollare della tiroide del lobo destro (2.5 cm) infiltrante il parenchima, la capsula, il tessuto fibroadiposo peritiroideo e alcuni fasci muscolari. Immagini di infiltrazione perineurale. Due linfonodi nei tessuti molli peritiroidei sede di metastasi (Calcitonina -, Sinaptofina +, Cromogranina +, CEA +/-, Tireoglobulina -, TTF-1-I,)”.

Le analisi ematochimiche post-operatorie mostravano valori di **calcitonina e CEA negativi**, TSH 29.66 uUI/ml, TG <0.10 ng/ml con AAT negativi. **Mutazione del proto-oncogene RET negativa**.

La **TC collo/Torace con mdc** mostrava: “nella pregressa loggia tiroidea, modesta quota di tessuto di densità parenchimatosa, di significato sospetto, in rapporto di stretta contiguità con la trachea, sia a destra che a sinistra, e con i muscoli sottojoidei [...]; incremento dimensionale dei linfonodi giugulari, sovraclaveari e mediastinici [...]”.

Al fine di rivalutare la diagnosi è stata richiesta revisione dell'esame istologico presso altro centro, il cui referto definitivo deponeva per **localizzazione tiroidea di carcinoma mammario**: “carcinoma costituito da cellule piccole con nuclei medio/piccoli, con aspetti di scarsa differenziazione, infiltrante diffusamente i tessuti lassi peritiroidei e focalmente i tessuti muscolari. Presenza di infiltrazione perineurale estesa, embolizzazione vascolare, necrosi focale (Cromogranina +; Calcitonina -; Tireoglobulina -; PAX8-; TTF-1-; GATA-3 + ER 95%; PR5 %; HER-2: 1+) .

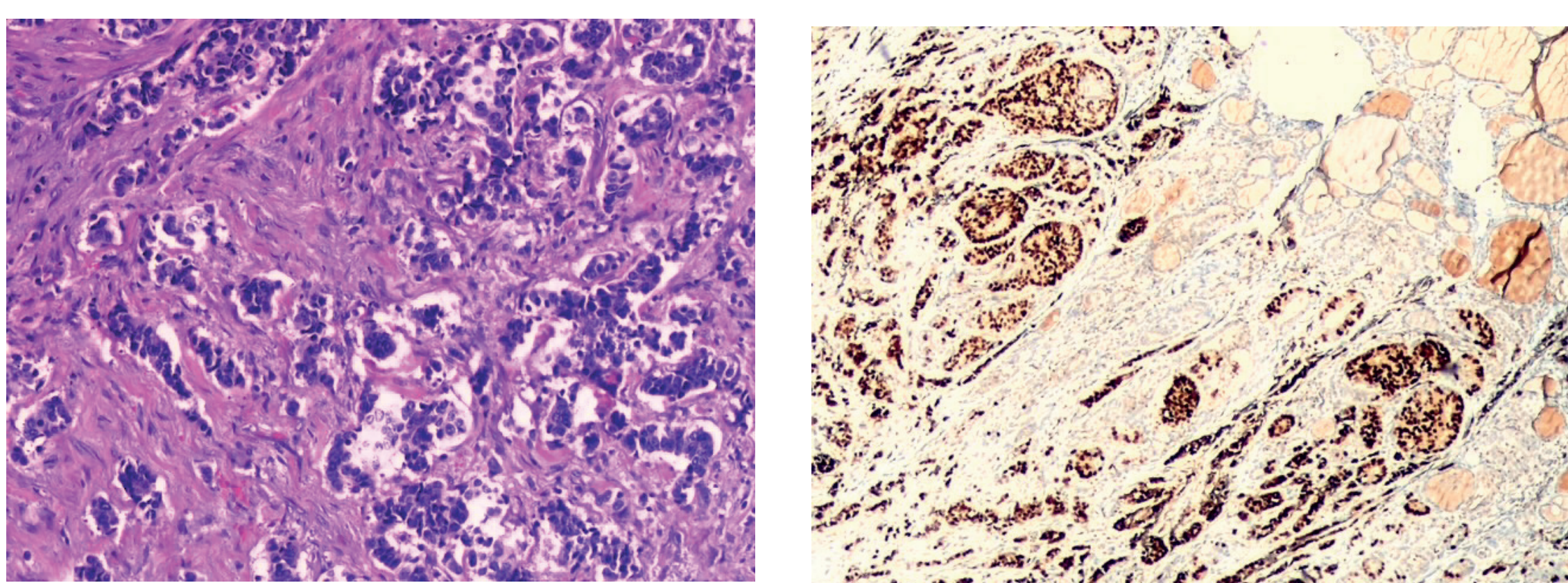


FIG. 1 Lesione in EE (ingrandimento 4x) e GATA-3 (ingrandimento 2x)

DISCUSSIONE

Il dubbio che la diagnosi istologica potesse essere errata è sorto per i valori di calcitonina e CEA negativi nonostante la presenza di malattia strutturale. La revisione istologica, tenendo conto del pregresso carcinoma mammario della paziente, ha valutato l'immunofenotipo, in particolare la perdita di espressione dei marcatori tiroidei (Tireoglobulina, PAX-8 e TTF-1) e la positività per GATA-3, risultati dirimenti nella diagnosi differenziale. La valutazione dell'iperespressione di HER-2, congruente con l'espressione della neoplasia mammaria primitiva, ha contribuito alla diagnosi.

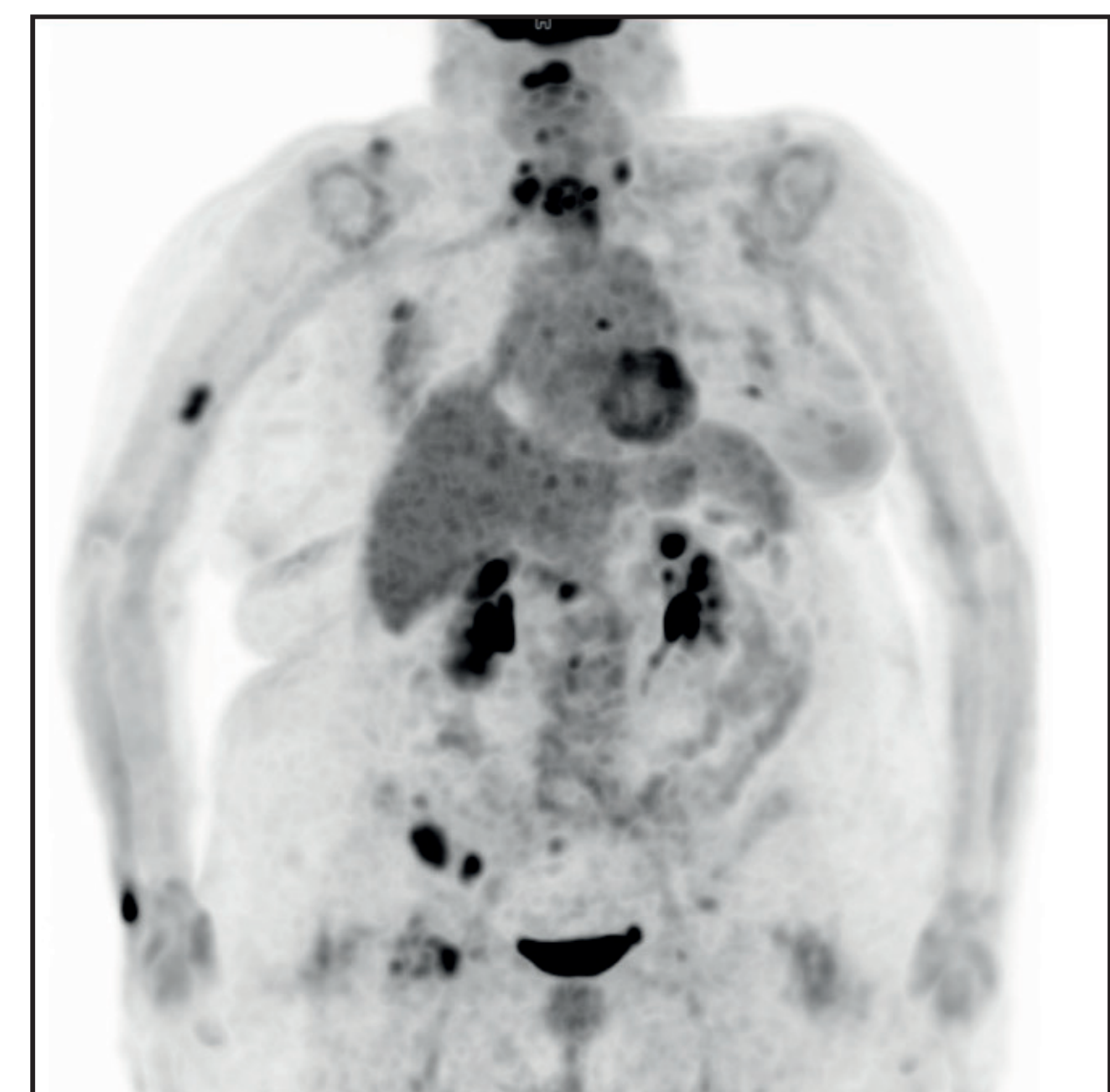


FIG. 2 MIP (Maximum Intensity Projection)

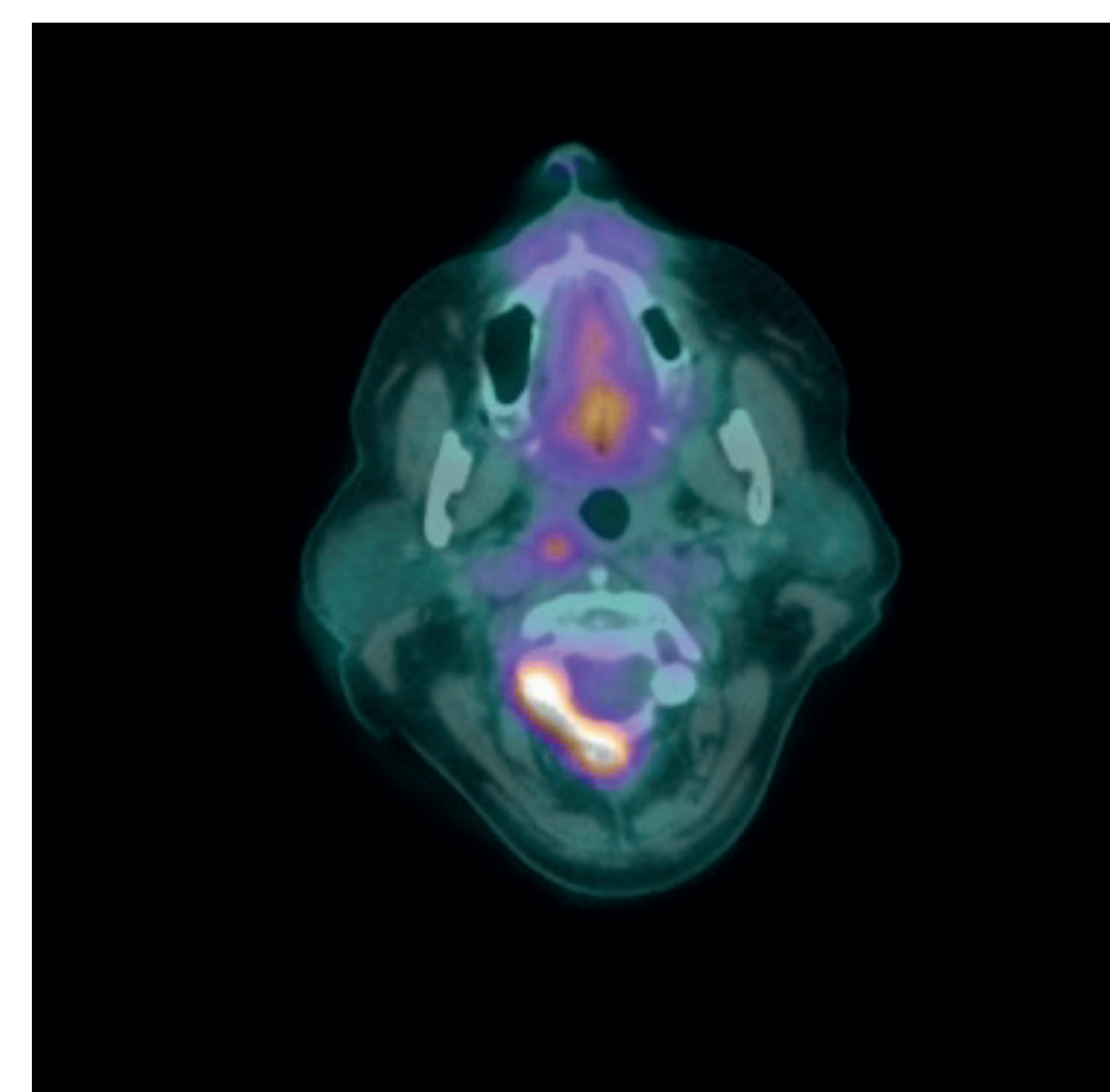


FIG. 3 Particolare TC/PET

TAKE HOME MESSAGES

Le metastasi intratiroidi da carcinoma mammario sono rare e possono verificarsi diversi anni dopo dalla diagnosi del tumore primitivo (12 anni dopo nel caso della nostra paziente). Il caso clinico in questione ci invita a riflettere sull'importanza dei dati anamnestici, di cui anche l'anatomo patologo deve tenere conto, e del corretto inquadramento diagnostico-terapeutico.