

PSEUDOTUMOR ORBITARIO O ORBITOPATIA TIROIDE-CORRELATA?

Beatrice Fazzalari, Maria Grazia Deiana, Claudia Bongermينو, Valerio Renzelli, Maurizio Poggi e Salvatore Monti

UOS Ambulatorio e DH Endocrinologico, UOC Medicina Specialistica Endocrino-Metabolica, AOU Sant'Andrea di Roma
Corresponding author: beatrice.fazzalari01@gmail.com

INTRODUZIONE E BACKGROUND

La diagnosi di orbitopatia tiroide-correlata (*Thyroid Eye Disease - TED*) può esser resa difficoltosa dalla presenza di altre patologie infiammatorie, non tiroide-relate, che possono mimare un quadro di TED. Si tratta prevalentemente di condizioni immunomediate, perlopiù benigne, monolaterali, di cui la forma più comune è l'infiammazione orbitaria idiopatica, che comprende una serie di condizioni infiammatorie dell'orbita a eziologia incerta, che il più delle volte si configurano in un quadro di pseudotumor orbitario.

Quando un'orbitopatia compare in assenza di ipertiroidismo, la diagnosi della malattia è di esclusione.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Paziente di 67 anni, fumatore, con sospetta diagnosi di tireopatia autoimmune, normo-funzionante. Inviato presso il nostro Centro per sospetta diagnosi di TED dal reparto di Neurologia di altro Ospedale dopo insorgenza di strabismo convergente in OS e diplopia.

Portava in visione:

- RM orbite con mdc: ispessimento dei muscoli retti inferiori, maggiore a destra, e modica imbibizione del tessuto adiposo intraorbitario bilateralmente;
- Esami ormonali: TSH 0.45 uUI/ml, FT4 e FT3 nella norma, TRAb 1.94 UI/L (negativi), AbTPO 0.11 UI/ml (negativi);
- Sintomatologia riferita: diplopia, fotofobia, secchezza oculare e senso di corpo estraneo, soprattutto in OD. Non dolore oculare.

Presso il nostro Centro ha eseguito:

- Valutazione ortottico-oculistica: grave deficit della motilità oculare bilaterale (sguardo fisso) in alto; deficit lieve della motilità verso sinistra in OD, e verso destra in OS. Diplopia costante in alto e lateralmente. Acuità visiva e visione dei colori nella norma. Non esoftalmo, non retrazione palpebrale. Non segni infiammatori (CAS 0/7);
- Ecografia tiroidea: lieve e diffusa disomogeneità del parenchima, senza nodularità;
- Esami ormonali: funzionalità tiroidea nella norma, autoimmunità negativa.

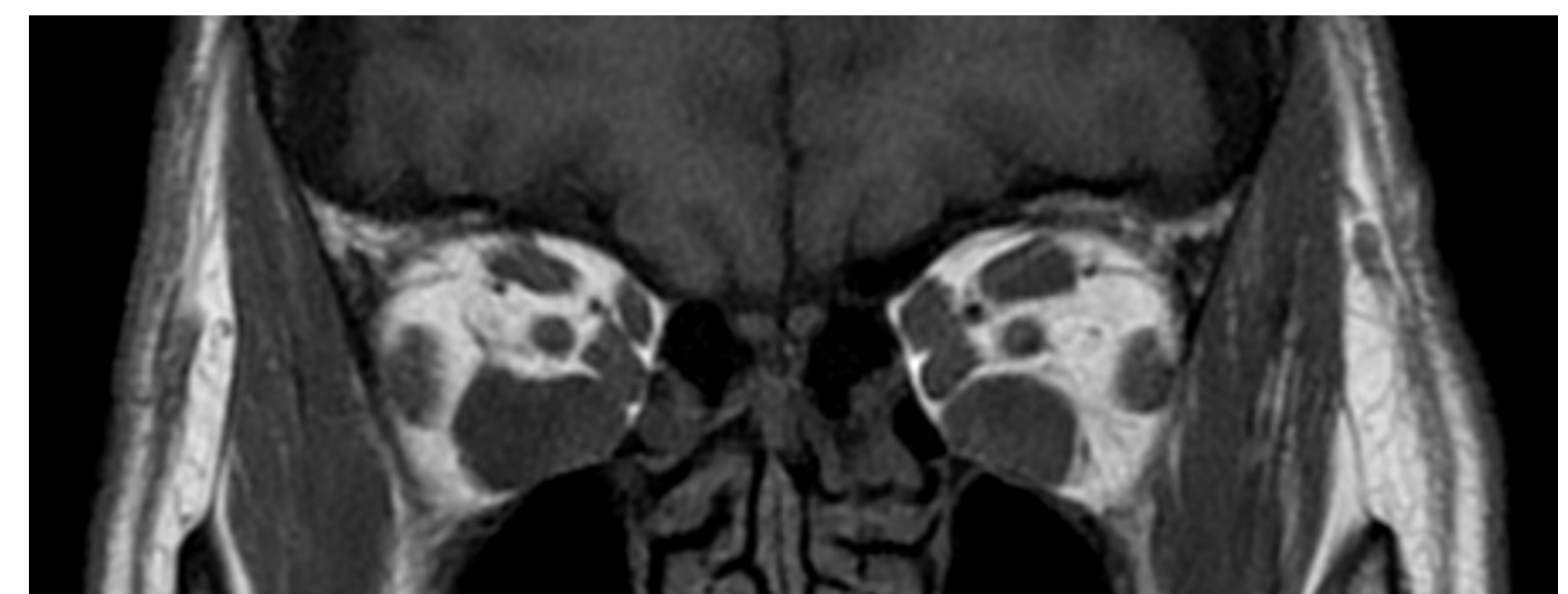
Data l'assenza di ipertiroidismo e di autoimmunità tiroidea e il pattern atipico di presentazione (soprattutto assenza di retrazione palpebrale), il sospetto clinico ha orientato verso una diagnosi alternativa alla TED. In ogni caso, in presenza di TED, l'assenza di attività clinica non permetteva l'inizio di una terapia sistemica immunosoppressiva.

È stata eseguita, dal nostro Neuroradiologo dedicato alla TED, prima una rivalutazione della RM già effettuata e poi una nuova RM. La diagnosi, clinica e radiologica, è stata di pseudotumor orbitario.

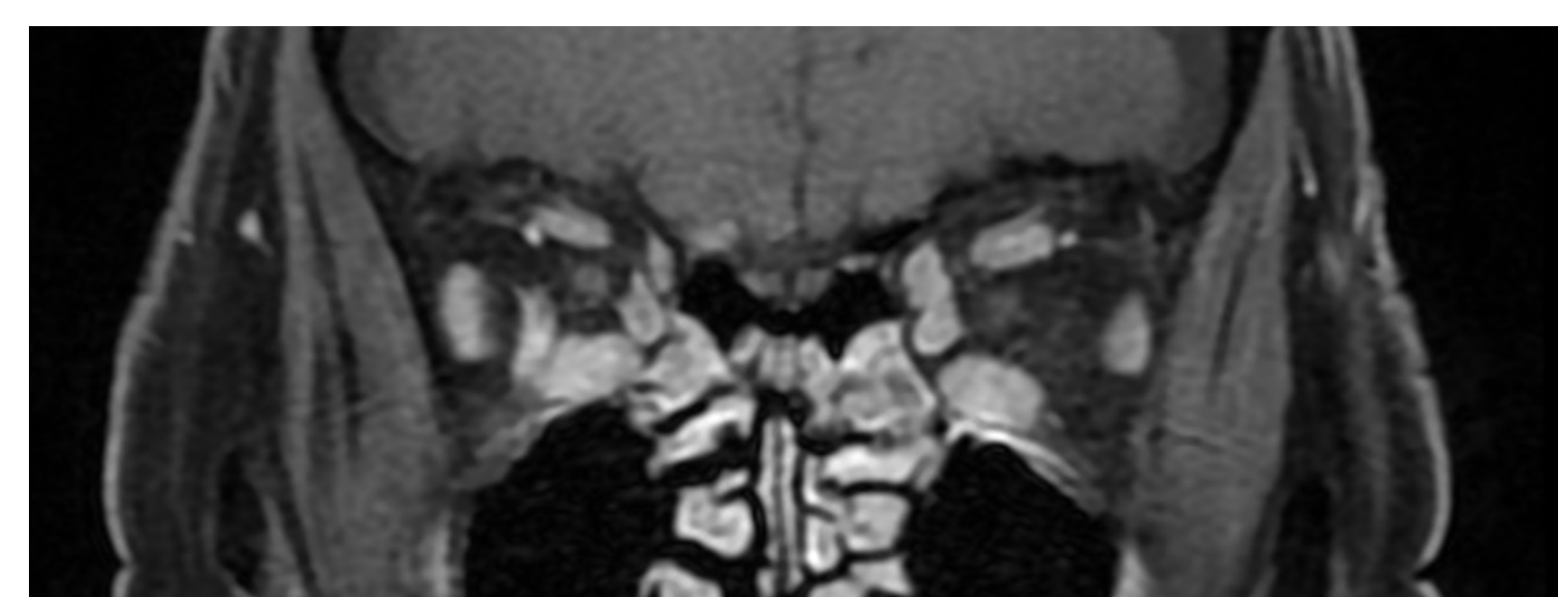
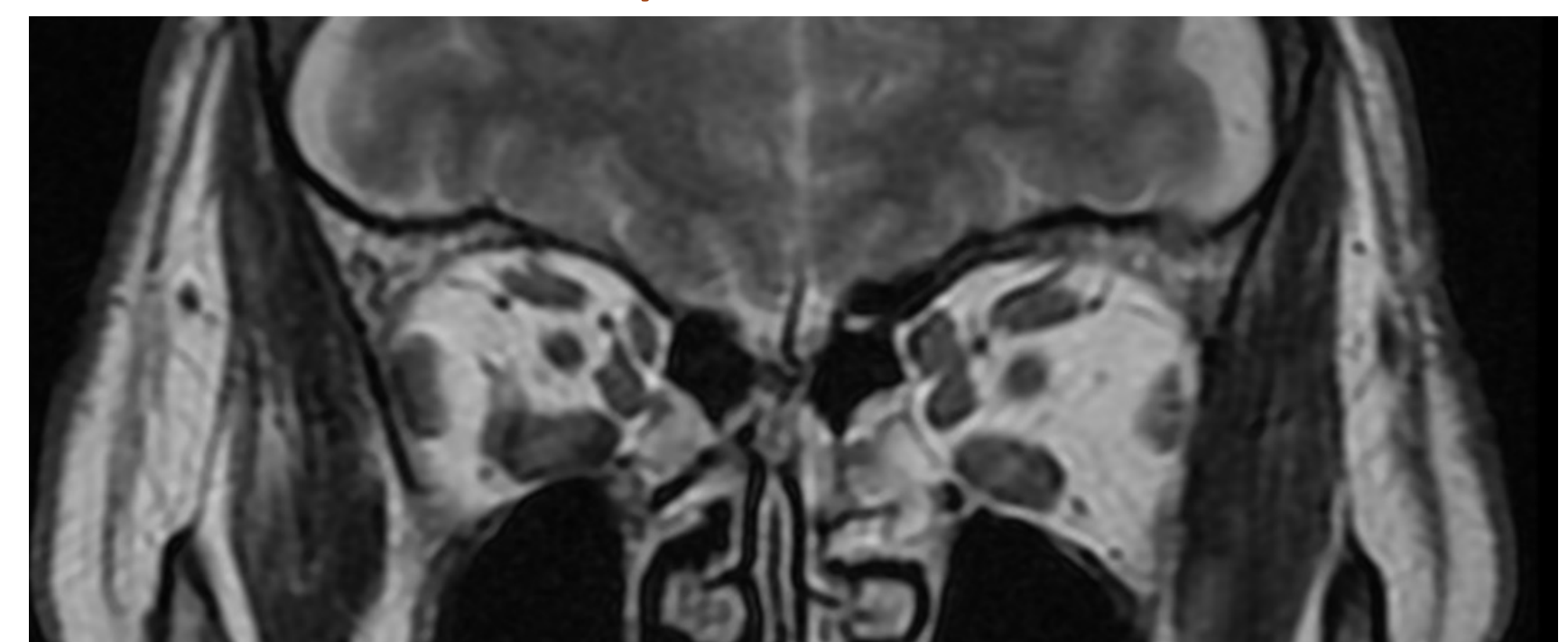
Pertanto, è stata data indicazione al trattamento con Corticosteroidi per os ad alte dosi (dose iniziale 75 mg) e radioterapia orbitaria (20 Gy in 10 sedute da 2 Gy).

Il paziente ha avuto una buona risposta al trattamento combinato dimostrando un miglioramento del campo visivo e della diplopia. Il trattamento corticosteroidico è stato progressivamente ridotto nel corso degli anni sospendendolo a Giugno '25. Inoltre, ha eseguito intervento per cataratta e correzione dello strabismo. Le RM eseguite in questi anni hanno dimostrato un netto miglioramento del quadro radiologico.

RM orbite con mdc prima del trattamento corticosteroidico



RM orbite con mdc dopo il trattamento corticosteroidico



Conclusioni

Questo caso dimostra come in presenza di un quadro clinico "atipico" (assenza di autoimmunità tiroidea, di ipertiroidismo, di retrazione palpebrale e presenza di interessamento oculare asimmetrico) è necessario sospettare patologie alternative alla TED. In questo ambito è indispensabile la presenza di un team multidisciplinare che includa endocrinologo, oculista, ortottista, neuroradiologo, radioterapista e chirurgo dell'orbita.