25° CONGRESSO NAZIONALE
AME
Update in Endocrinologia Clinica

ROMA
12 - 15 novembre
2026

Associazione Medici Endocrinologi

CARCINOMA DELLE PARATIROIDI: UNA SFIDA DIAGNOSTICA E DI FOLLOW-UP. ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO

Carla Di Dato[1*], Paola Senes[1], Agnese Barnabei[1], Alessandro Scoppola[1]
[1] UOSD Endocrinologia Asl Roma1 P.O. S. Spirito, Roma;
*didatocarla@gmail.com

INTRODUZIONE

Il carcinoma delle paratiroidi (CP) rappresenta lo 0.005 % di tutti i tumori e meno dell'1% dei casi di iperparatiroidismo primario. Il quadro clinico è generalmente caratterizzato da ipercalcemia grave, ma il 2% dei CP è non funzionante e clinicamente silente. Il CP può presentarsi in maniera sporadica o in associazione a sindromi ereditarie (MEN1 o HPT-JT), ma in oltre l'80% delle forme sporadiche sono descritte mutazioni del gene CDC73. La rarità di questo tumore e l'eterogeneità clinica sono alla base dei quesiti ancora aperti relativi alla gestione di questa neoplasia. La casistica presentata riguarda 5 pazienti seguiti presso il nostro centro di endocrinologia.

PRESENTAZIONE DEI CASI

Le caratteristiche dei nostri pazienti sono riassunte nella tabella 1. Nei pazienti 1 e 5 l'indicazione è stata l'iperparatiroidismo. Nei pazienti 2, 3 e 4 l'indicazione è stata per gozzo nodulare o nodulo sospetto. Di questi ultimi non disponiamo del PTH preoperatorio in presenza di calcemia normale. In tre pazienti l'esame istologico è risultato carcinoma paratiroideo a cellule principali angioinvasivo ed in due di questi ha mostrato anche infiltrazione del parenchima tiroideo. Al follow up i pazienti 3 e 5 hanno manifestato un iperparatiroidismo normocalcemico in assenza di alterazioni rilevate all'imaging. Il paziente 2 ha presentato una recidiva all'imaging, in assenza di ipercalcemia e iperparatiroidismo

		ETA alla diagnosi	SESSO	CALCIO PREOP (mg/dl)	PTH PREOP (pg/ml)	INDICAZIONE	ISTOLOGIA	CALCIO POST OP (mg/dl)	PTH POST OP (pg/ml)	FOLLOW UP (m)	GENETICA
1	NK	71	D	11	194	iperPTH	CP a cellule principali	9.4	33	12	In corso
2	FR	52	U	9.1	nd	Cisti del collo	Neoplasia cistica con infiltrazione capsulare	9	69	12	In corso
3	CM	43	D	9.2	nd	gozzo	CP a cellule principali	9.2	119	120	negativa
4	FC	49	U	9.1	36	nodulo PET +	CP a cellule principali	9.3	42	84	negativa
5	SB	60	U	13.2	856	iperPTH	CP a cellule principali	9.4	63.5	18	In corso

Tabella 1

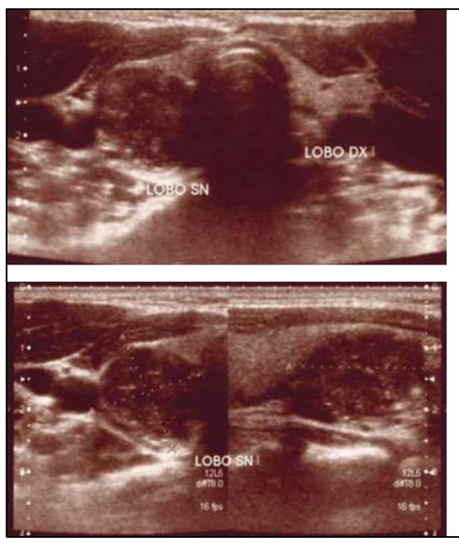


Fig. 1 immagine ecografica di CP. **Caso 3**

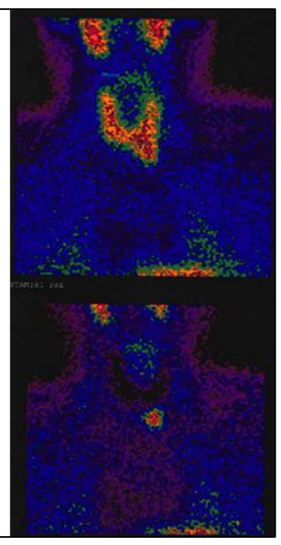


Fig. 2 Scintigrafia paratiroidea 99mTc-MIBI. **Caso 3**

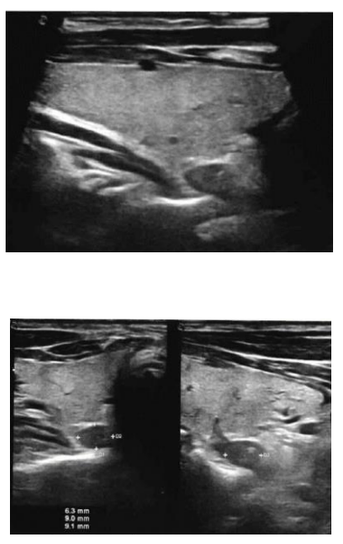


Fig. 3 immagine ecografica di recidiva. **Caso 2**

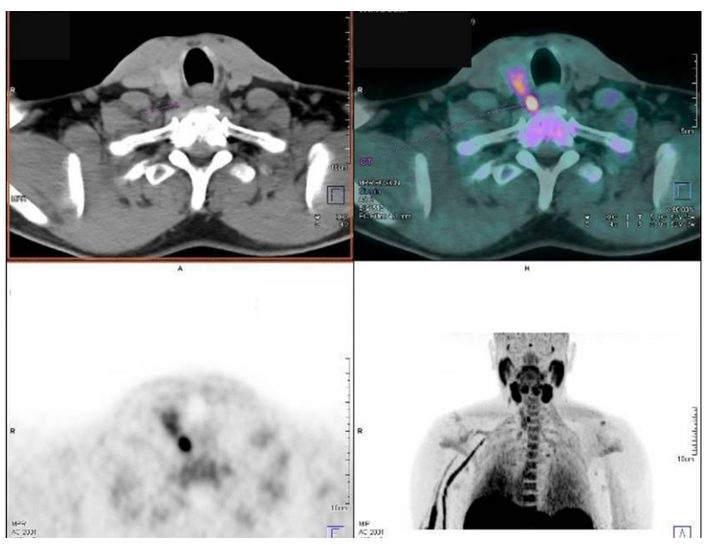


Fig. 4 immagine di recidiva ipercaptante a 18F-colina-PET. **Caso 2**

DISCUSSIONE

Le indagini preoperatorie del CP non permettono una diagnosi differenziale con l'adenoma paratiroideo. Nella nostra casistica quattro pazienti sono giunti dopo la chirurgia e in tutti la diagnosi è stata istologica. Nel caso 5 a distanza di 12 mesi dall'intervento l'ecografia del collo ha mostrato una recidiva controlaterale confermata dall'imaging nucleare. Dei nostri pazienti tre sono risultati affetti da un CP non funzionante. In questi casi il follow up biochimico presenta dei limiti. In due pazienti abbiamo riscontrato un iperparatiroidismo normocalcemico senza evidenza strumentale di malattia, tuttavia solo uno di questi due aveva un CP funzionante alla diagnosi.

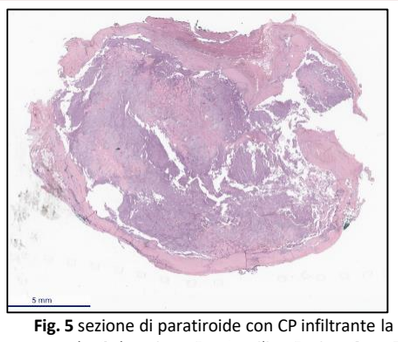


Fig. 5 sezione di paratiroide con CP infiltrante la capsula. Colorazione Ematossilina Eosina. **Caso 5**

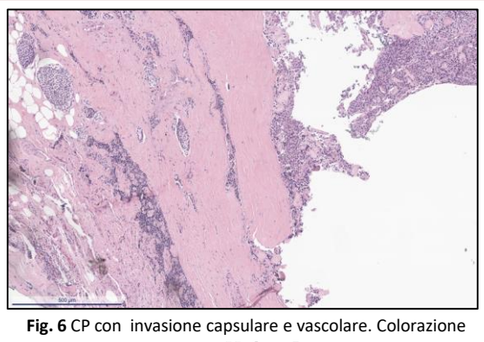


Fig. 6 CP con invasione capsulare e vascolare. Colorazione con EE. **Caso 5**

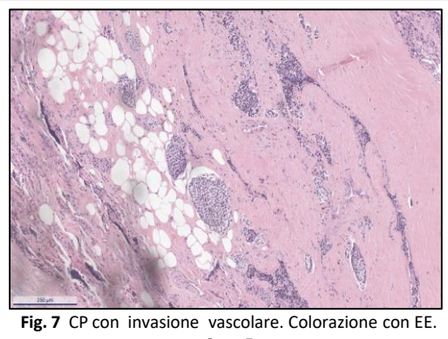


Fig. 7 CP con invasione vascolare. Colorazione con EE. **Caso 5**

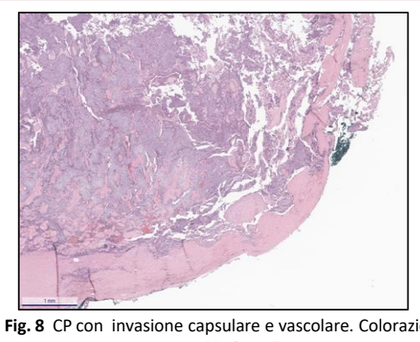


Fig. 8 CP con invasione capsulare e vascolare. Colorazione con EE. **Caso 5**

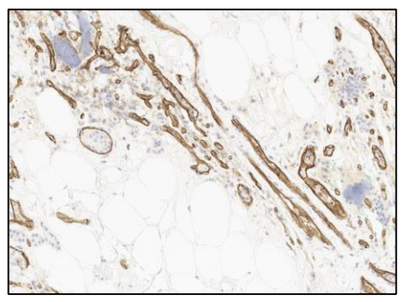


Fig. 9 CP con invasione vascolare. Colorazione con CD31. **Caso 5**

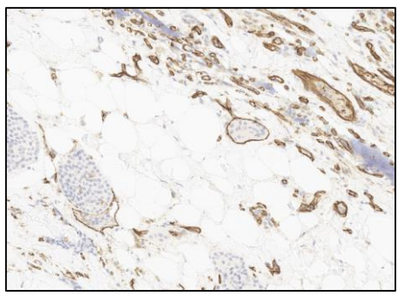


Fig. 10 CP con invasione vascolare. Colorazione con CD31. **Caso 5**

TAKE HOME MESSAGES

- Nella diagnosi prechirurgica dell'iperparatiroidismo primario è fondamentale ricercare segni o sintomi che possano indicare un CP.
- Nel follow up dei CP non funzionanti il controllo biochimico dovrebbe essere sempre associato all'imaging per escludere una recidiva di malattia.
- L'esame genetico rappresenta uno strumento cruciale nella gestione del CP per identificare la predisposizione ereditaria, personalizzare il follow up del paziente e individuare i familiari a rischio.
- La complessità del CP richiede un approccio multidisciplinare nell'ambito di un setting esperto.

BIBLIOGRAFIA

1. Cetani F, Pardi E, Marcocci C. Parathyroid Carcinoma and Ectopic Secretion of Parathyroid hormone. Endocrinol Metab Clin North Am 2021;50(4):683–709.
2. Ullah A, Khan J, Waheed A, Sharma N, Pryor EK, Stumpe TR, Zarate LV, Cason FD, Kumar S, Misra S, Kavuri S, Mesa H, Roper N, Foroutan S, Karki NR, Rivero J Del, Simonds WF, Karim NA. Parathyroid Carcinoma: Incidence, Survival Analysis, and Management: A Study from the SEER Database and Insights into Future Therapeutic Perspectives. Cancers (Basel). 2022;14(6). doi:10.3390/cancers14061426.
3. Sidhu P, Talat N, Patel P, Mulholland N, Schulte K-M. Ultrasound features of malignancy in the preoperative diagnosis of parathyroid cancer: a retrospective analysis of parathyroid tumours larger than 15 mm. Eur Radiol 2011;21(9):1865–73
4. Salcuni AS, Cetani F, Guarnieri V, Nicastro V, Romagnoli E, de Martino D, Scillitani A, Cole DEC. Parathyroid carcinoma. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2018 Dec;32(6):877-889.