Presentazione insolita di carcinoma follicolare della tiroide: metastasi cutanea isolata come esordio clinico di malattia ampiamente metastatica a livello osseo

Marta Zoco[1,2], Giovanni Targher[1,2], Alberto Dellera[1], Maria Pina Iagulli[1]

[1] Metabolic Diseases Research Unit, IRCCS Sacro Cuore - Don Calabria Hospital, Negrar di Valpolicella, Italy
[2] Department of Medicine, University of Verona, Verona, Italy

CARCINOMA FOLLICOLARE

Il **carcinoma follicolare (FTC)** diffonde per via ematogena, soprattutto a **osso** e **polmone**. Le metastasi cutanee sono **molto rare (<1%)**, tipiche delle fasi avanzate e a sede prevalente scalpale. Eccezionale che siano il **primo segno** di un FTC occulto.

CASO CLINICO

- **Donna, 48 anni**, asintomatica, nessuna tireopatia nota (familiarità materna per tireopatia nodulare).
- Lesione **frontale 4 × 3 mm**, piana, bruno chiara, a lenta crescita: escissa come nevo.
- Istologia: **tessuto tiroideo follicolare**, margine profondo coinvolto. Sede fuori dal tragitto embriogenetico → **secondarismo**.

TIMELINE INTEGRATA

aprile 2025 → luglio 2026



DIAGNOSI apr–lug 2025

1. **22/04** Exeresi lesione frontale → metastasi da neoplasia follicolare tiroidea
2. **11/06** Eco: nodulo lobo destro ipoecogeno, vascolarizzato, **38 mm** (EU-TIRADS 5). FT4/TSH normali
3. **25/06** FNAC: **TIR 3B**
4. **09/07** PET-FDG: tiroide SUVmax 10.8, LN IIA dx 3.8, plurime lesioni ossee

CHIRURGIA ago 2025

5. **31/07** Tg 6254 µg/L, AbTg <1.3 U/mL. **11/08** FNAC LN II livello bilaterale: negativi
6. **18/08 Tiroidectomia totale + LND centrale, periricorrenziale e laterocervicale destra (II–III).** Esame istologico: FTC lobo destro 4.5 cm, capsula infiltrata, invasione vascolare dubbia, <3 mitosi/2 mm², no necrosi; linfonodi 0/15

RADIOIODIO set–ott 2025

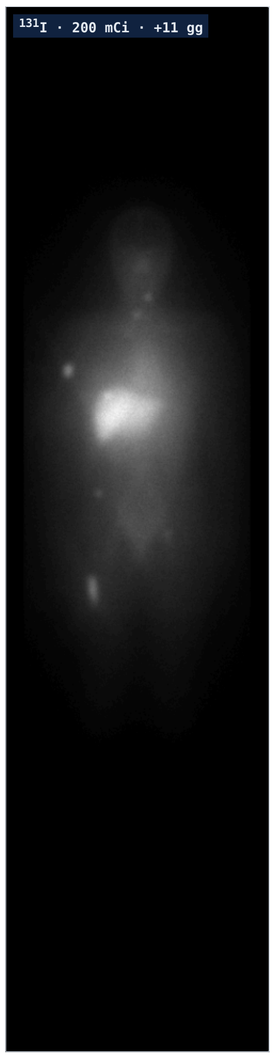
7. **29/09 ^{131}I 200 mCi** in sospensione L-T4 + **rhTSH** (TSH endogeno 8.9 mU/L: incremento insufficiente). TSH 147.6 mU/L, Tg stim. 9172 µg/L
8. **Da ottobre** acido zoledronico **4 mg/mese**

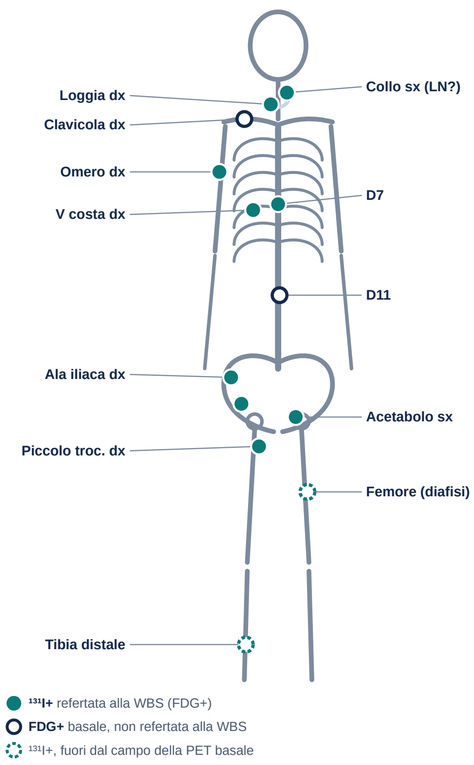
FOLLOW-UP ott 2025–lug 2026

9. **29/10** PET: risposta metabolica iniziale. Tg 825 µg/L
10. **09/02** PET: captazione residua SUVmax <2.5. Tg 37,9 µg/L (in TSH soppressione)
11. **16/04** Eco collo negativa
12. **22/07** PET: metabolismo pressoché normalizzato, **osteosclerosi**. Tg 32,1 µg/L (in TSH soppressione)

WBS POST-TERAPEUTICA

10/10/2025



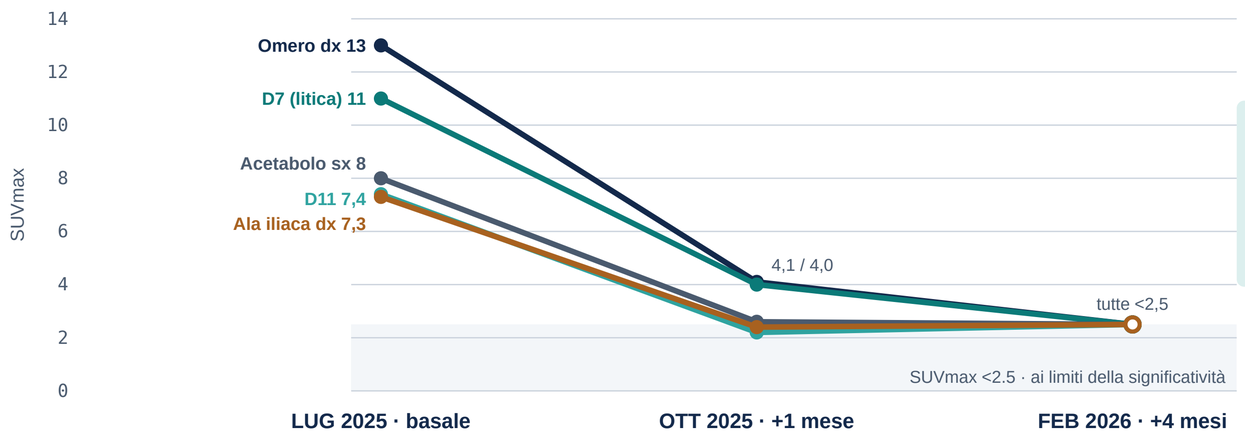


Fissazione intensa di ^{131}I (planare + SPECT/CT addome): collo (loggia dx e focus craniale paramediano sx, verosimilmente linfatico), diafisi omerale dx, V costa dx anteriore, soma D7, ala iliaca dx, pilastro acetabolare sx, piccolo trocantere dx. Nessun'altra captazione patologica.

Iodio- e FDG-avidità coesistono: lesioni con SUVmax fino a 13 mantengono differenziazione e captazione di radioiodio.

PET/TC ^{18}F-FDG SERIALE

SUVmax per sede · luglio 2025 → luglio 2026



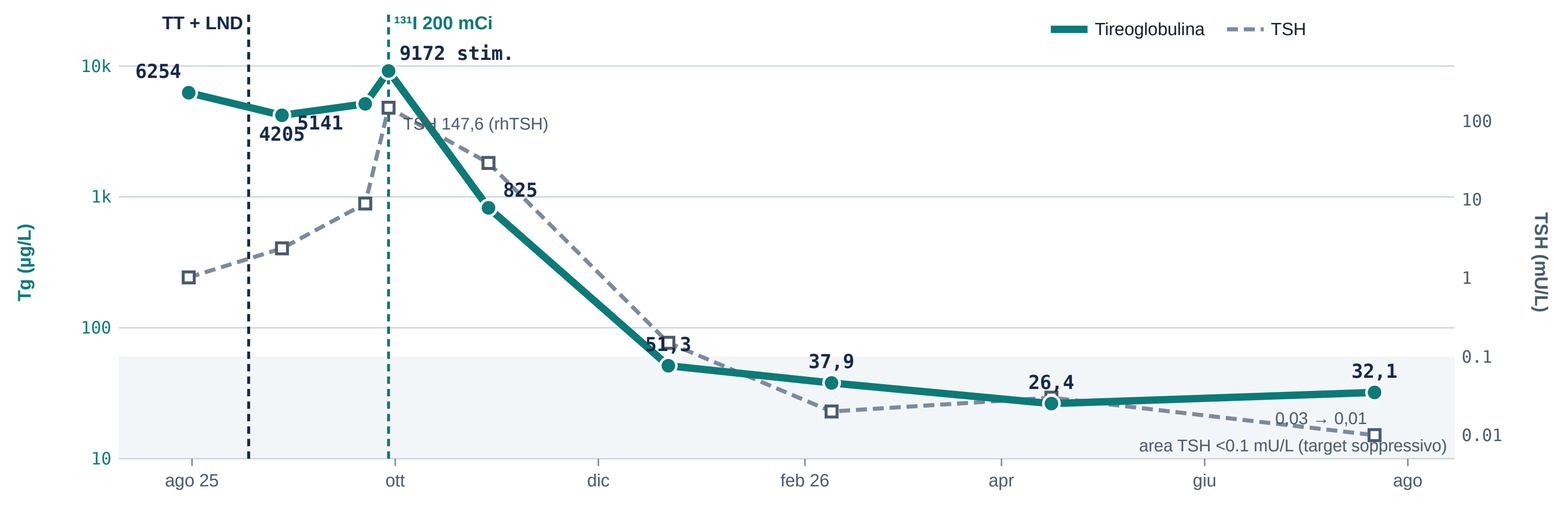
LUG 2026

metabolismo pressoché normalizzato in tutte le sedi

+ evoluzione osteosclerotica

MONITORAGGIO BIOCHIMICO

Tg e TSH, scala logaritmica



AbTg negativi in tutte le determinazioni (<1.3 UI/mL; picco 3.2 U/mL a TSH stimolato, v.r. <3): Tg interpretabile. Calcemia, PTH, 25-OH-vit. D, ALP e CTX nella norma in corso di zoledronato.

Discussione. La lesione cutanea ha svelato una malattia ossea diffusa ancora silente, trattata prima di qualsiasi evento scheletrico. La Tg soppressa stabile intorno a 30 µg/L indica malattia persistente in plateau: il caso è in rivalutazione al GOM tra secondo ciclo di ^{131}I e sorveglianza attiva.

TAKE-HOME MESSAGES

1. Sebbene le metastasi cutanee di FTC siano rare, vanno considerate nella **diagnosi differenziale delle neoformazioni cutanee** anche in assenza di una tireopatia nota, in quanto la diagnosi e il trattamento precoce possono migliorare la prognosi.
2. Le metastasi scheletriche possono mantenere **elevata differenziazione e iodio-sensibilità**, nonostante il marcato ipermetabolismo alla PET-FDG.

BIBLIOGRAFIA

1. Filetti S, et al. ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up of patients with advanced thyroid cancer. *Ann Oncol* 2022;33(10):1014-1025.
2. Ringel MD, et al. 2025 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2025;35(8):841-985.
3. Leboulleux S, et al. Radioiodine therapy in advanced differentiated thyroid cancer: contemporary approaches and outcomes. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2023;11(11):845-857.