25° CONGRESSO NAZIONALE AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA 12 - 15 novembre 2026
Associazione Medici Endocrinologi

Oltre l'effetto iatrogeno: il morbo di Graves che non ti aspetti

Maria Cristina Nucci[1], Stefania Obiso[1], Stefania Giuliano[2]

[1] *Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università Magna Graecia di Catanzaro*
[2] *UOC di Endocrinologia, AOU R. Dulbecco Catanzaro*

Introduzione

Il morbo di Graves (GD) rappresenta la causa più comune di ipertiroidismo e la sua associazione con il carcinoma papillare della tiroide (PTC) è ben nota, verificandosi fino al 2% dei pazienti con GD. Al contrario, l'insorgenza *de novo* di GD in pazienti già sottoposti a emitiroidectomia per PTC è un evento eccezionalmente raro, stimato intorno allo 0,2% dei casi. Presentiamo il caso di una paziente che ha sviluppato la **malattia di Graves** proprio **durante il follow-up oncologico per PTC**.

Data prelievo	TSH (uIU/mL)	FT4 (ng/dL)	Dosaggio LT4 (mcg/die)	TRAb
11/06/2024	4,5	1,28	50	
23/09/2024	1,8	1,3	75	
23/05/2025	0,12	1,57	67,8	
23/09/2025	<0,01	1,88		
23/04/2026	0,005	4,57	Sospende LT4!	
29/05/2026	0,005	3,30		20,56+

Esami esibiti solo al controllo del 2026

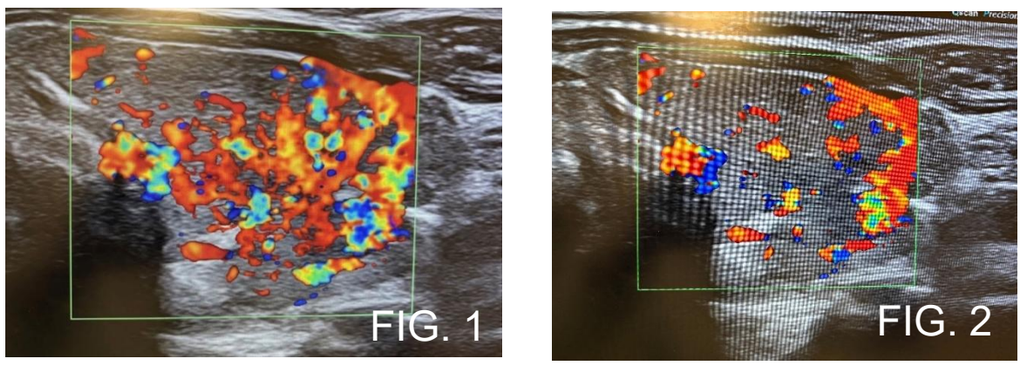


Fig. 1 ecografia prima dell'avvio della terapia con metimazolo (Apr. 26)
Fig. 2 ecografia a 45 giorni dall'avvio della terapia con metimazolo

Caso clinico

Donna di 54 anni sottoposta a lobo-istmectomia destra nell'Aprile 2024 a causa di un riscontro citologico indeterminato. L'esame istologico definitivo ha riscontrato un **microcarcinoma papillare** nel contesto di una flogosi cronica, mentre la capsula e il linfonodo peritiroideo sono risultati indenni. In seguito all'ipotiroidismo post-chirurgico è stata avviata una terapia sostitutiva con levotiroxina. Nel corso del follow-up, in assenza di recidiva oncologica, i controlli ematici hanno mostrato una **progressiva soppressione del TSH** e un aumento delle frazioni libere. Tale quadro è persistito anche dopo la riduzione e la successiva sospensione della levotiroxina. In concomitanza la paziente manifestava i sintomi tipici della tireotossicosi e l'ecografia mostrava un quadro di tiroidite con aumento della vascolarizzazione intraparenchimale. Previa terapia sintomatica con propranololo, il dosaggio dei TRAb è risultato positivo, confermando la **diagnosi di GD** e inducendo l'inizio del trattamento con metimazolo.

Data prelievo	TSH (uIU/mL)	FT4 (ng/dL)	Dosaggio metimazolo (mg)	
29/05/2026	0,005	3,30	15	
24/06/2026	0,005	1,04	15 alt. a 10	
05/08/2026	3,48	0,34	10	
17/09/2026	17,50	0,53	5	TRAb ++

To be continued...

Discussione

I meccanismi che guidano lo sviluppo della GD dopo emitiroidectomia non sono ancora del tutto chiari, ma la letteratura converge verso **un'alterazione dell'omeostasi immunitaria causata dalla manipolazione chirurgica dell'organo**. Nei soggetti con TRAb pre-operatori negativi, la distruzione delle cellule epiteliali indotta dalla chirurgia potrebbe determinare il rilascio massivo di antigeni tiroidei nel circolo ematico, stimolando i linfociti T-helper a produrre autoanticorpi. L'intervallo osservato in questo caso è assolutamente coerente con i tempi di latenza descritti in letteratura per questo raro fenomeno.

Take-Home Messages:

- Nella pratica quotidiana, il riscontro di un TSH soppresso nel post-operatorio viene quasi sistematicamente attribuito a una tireotossicosi iatrogena da eccesso di levotiroxina
- Considerare ipotesi alternative: se la soppressione persiste nonostante la riduzione del farmaco, l'ecografia con Power Doppler e il dosaggio dei TRAb diventano fondamentali per escludere un ipertiroidismo primitivo
- Poiché le attuali linee guida promuovono approcci chirurgici sempre più conservativi, l'insorgenza della **GD *de novo* deve entrare stabilmente nella diagnosi differenziale delle tireotossicosi post-chirurgiche**