

Gestione terapeutica di un carcinoma papillare con componente insulare metastatico iodio-refrattario

V Del Gatto, F Delle Cese, FC Tamburelli, G Schinzari, A Pontecorvi, S Della Casa
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Introduzione: Il carcinoma papillare della tiroide diffonde tipicamente per via linfatica, ma talvolta può presentarsi con metastasi a distanza, prevalentemente al polmone e all'osso. Si tratta in genere di un tumore indolente, controllato efficacemente con chirurgia, terapia radiometabolica e terapia levotiroxinica soppressiva. Tuttavia, nei pazienti affetti da carcinoma tiroideo differenziato avanzato, iodio-resistente e in progressione, è necessario prendere in considerazione la terapia con inibitori delle tirosinchinasi.

Descrizione del caso: Donna di 34 anni senza precedenti anamnestici di rilievo che, qualche ora dopo il parto naturale, lamentava comparsa di parestesie e ipotonia degli arti inferiori per cui eseguiva una RM della colonna con riscontro di una lesione osteolitica lombare di 5 cm e veniva perciò sottoposta ad intervento di decompressione midollare posteriore. L'esame istologico documentava la presenza di reperti compatibili con localizzazione di carcinoma papillare della tiroide. Durante il primo trimestre di gravidanza, la donna aveva eseguito un agoaspirato su un nodulo tiroideo che era risultato non diagnostico (TIR1) e non era stato ripetuto. Veniva, pertanto, sottoposta nuovamente ad agoaspirato, risultato sospetto per patologia maligna (TIR4), e a TC total body, che escludeva la presenza di altre metastasi. Ad un mese dal parto, si sottoponeva a intervento chirurgico di tiroidectomia totale con linfadenectomia del compartimento centrale. L'esame istologico documentava la presenza di carcinoma tiroideo papillare varietà follicolare con componente insulare scarsamente differenziata (50%), angioinvasivo (pT1b, N0, M1). La paziente veniva, dunque, sottoposta a 3 sedute di terapia radiometabolica nell'arco di 15 mesi (dose cumulativa somministrata: 450 mCi di ¹³¹I). Tuttavia, i successivi controlli eseguiti documentavano persistenza di malattia, sia biochimica (Tg 89 ng/ml, TSH 0.08 mcUI/ml, Ab anti Tg negativi), sia radiologica, con presenza di patologia neoplastica a livello lombare confermata alla scintigrafia post-terapia e alla PET con FDG. Circa 18 mesi dopo l'intervento, in seguito al peggioramento della sintomatologia dolorosa e della difficoltà nella deambulazione, la paziente eseguiva RM della colonna lombosacrale che documentava la progressione locoregionale della malattia, con estensione extra-ossea ai muscoli paravertebrali e compressione del sacco durale e delle radici della cauda equina. Gli esami ematochimici evidenziavano Tg 70,6 ng/ml, Ab anti Tg negativi, TSH 0.05 mcUI/ml. Il caso clinico veniva pertanto discusso da team multidisciplinare e veniva deciso di intraprendere terapia con lenvatinib. A 6 mesi dall'inizio della terapia la tireoglobulina si era drasticamente ridotta (Tg 0.8 ng/ml, Ab anti Tg negativi) e la RM della colonna documentava marcata riduzione del tessuto solido precedentemente segnalato con evidenti fenomeni necrotico-colliquativi nel contesto. Dopo l'inizio del trattamento con inibitori delle tirosinchinasi la paziente ha manifestato ipertensione arteriosa, ben controllata con la terapia antipertensiva, e rialzo del valore di TSH che ha richiesto un aggiustamento della dose della terapia levotiroxinica. Nel complesso, però, la paziente riferisce un miglioramento della qualità della vita, con completa ripresa della deambulazione e riduzione della sintomatologia algica a livello lombare.

Conclusioni: Da questo caso clinico si evince che è mandatorio ripetere l'agoaspirato in caso di risultato non diagnostico e che i pazienti più complessi devono essere presi in carico da un team multidisciplinare. Inoltre, è importante prendere in considerazione la terapia con inibitori delle tirosinchinasi nei tumori refrattari alle terapie tradizionali, nonostante il rischio di effetti collaterali.