

Raia Salvatore (salvatore.raia1@unicatt.it), Chiloiro Sabrina, Giampietro Antonella, Maratta Maria Grazia, Attili Fabia, Schinzari Giovanni, Rufini Vittoria, Rindi Guido, Pontecorvi Alfredo, De Marinis Laura e Bianchi Antonio

INTRODUZIONE

Il carcinoma midollare della tiroide (MTC) ha un decorso clinico variabile; metastasi a distanza sono spesso presenti anche alla diagnosi. Presentiamo il caso di una donna con MTC operato nel 2000 e con tipizzazione, dopo 22 anni dalla diagnosi, di un sito metastatico davvero insolito: il pancreas. Per nostra conoscenza questo costituirebbe il settimo caso riportato in letteratura.

PRESENTAZIONE DEL CASO

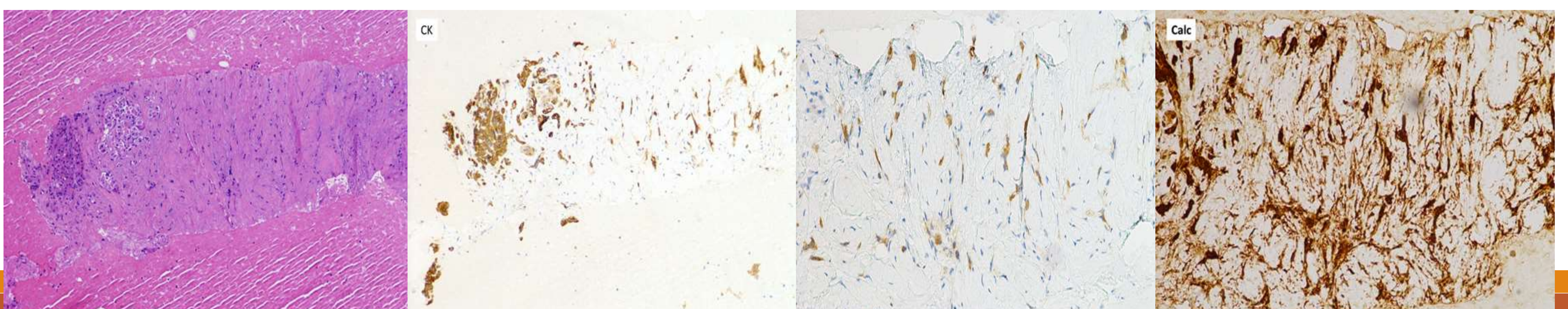
- Donna di 72 anni veniva sottoposta nel 2000 per GMN a TT con successiva diagnosi istologica di MTC (pT2N1bMx) e conseguente reintervento con linfadenectomia del compartimento centrale+ linfadenectomia latero-cervicale dx. Calcitonina postoperatoria 314 pg/mL
- Nel 11/2002 veniva poi sottoposta a linfadenectomia sovraclaveare dx e laterocervicale sx per recidiva di MTC con metastasi in 4/9 linfonodi.
- Durante il follow-up dal 2002 al 2012, persistenza di ipercaltoninemia, in assenza di immagini suggestive di ripetizioni di malattia.
- Nel 2012 per ulteriore incremento dei valori di calcitonina sierica (> 1000 pg/ml) e CEA 12 ng/ml, si eseguiva PET/TC FDG e DOPA negativo e PET/TC GA-DOTANOC che evidenziava la presenza di un nodulo di circa 1 cm nella coda pancreatica.
- Si effettuava EUS + agoaspirato sulla lesione della coda pancreatica: citologia negativa.
- Si introduceva Lanreotide ATG 120 mg ogni 28 giorni per lesione compatibile con NET.
- Nel 2012 si eseguiva test per mutazione gene RET: negativo.
- TC TB 2014: progressione di malattia con multiple lesioni ossee e polmonari, due lesioni di 8 e 6 mm nel corpo e nella coda del pancreas; PET-TC 68GA-DOTANOC: persistenza di lesione pancreatica ad elevata espressione dei recettori della somatostatina; PET 18F-DOPA: riscontro di secondarismi scheletrici.
- La paziente rimaneva asintomatica e si decideva di proseguire terapia con Lanreotide ATG diminuendo intervallo di somministrazione a 14 giorni.
- Ricovero 2017 per rivalutazione diagnostica, TC TB: decremento delle formazioni nodulari polmonari; formazioni nodulari compatibili con NET a livello del corpo e della coda del pancreas. Lesione parietale del fondo gastrico da caratterizzare. Effettuava quindi EGDS e poi EUS + biopsia: sospetto GIST per cui iniziava follow-up.
- 04/2019 eseguiva resezione gastrica atipica in seguito ad episodio di melena con conferma istologica di GIST (epitelioide SDH competente).
- Ultima PET-TC 18FDOPA 04/2022: aumentata captazione al fegato in s2, multipli segmenti scheletrici, a livello splenico e piccola captazione mammaria dx.
- 04/2022 ripetizione EUS + biopsia su lesione pancreatica nota, diagnosi di "localizzazione di carcinoma midollare tiroideo noto".

ESITO E FOLLOW UP

La paziente nel corso di tutto l'iter diagnostico-terapeutico si è sempre mostrata asintomatica con ECOG 0, con calcitoninemia persistentemente elevata (> 1000 pg/mL) e prosegue il follow-up continuando Lanreotide ATG 120 mg ogni 14 giorni, iniziando denosumab 1 fiala ogni 3 mesi, ripetendo periodicamente esami di controllo. La patologia presenta decorso indolente e l'obiettivo è la stabilizzazione, riducendo il più possibile la progressione biochimica-radiologica degli ultimi anni ma soprattutto la progressione clinica.

DISCUSSIONE E TAKE HOME MESSAGES

Siti insoliti di metastasi possono comparire nei pazienti con MTC anni dopo la diagnosi iniziale. Sebbene rare, le metastasi inaspettate da MTC evidenziano la necessità di un riconoscimento rapido e di un trattamento personalizzato. Questo caso ci stimola ancora una volta a considerare le patologie nelle condizioni uniche e peculiari proprie di ogni paziente.



METASTASI PANCREATICA DA MTC: DA SINISTRA VERSO DESTRA EE COLORAZIONE IN EMATOSSILINA EOSINA, CK POSITIVITÀ PER CITOCHERATINE, SYN POSITIVITÀ PER SINAPTOFISINA, CALC POSITIVITÀ PER CALCITONINA