

“Hot” carcinoma in ipertiroidismo da amiodarone

Responsabile editoriale
Renato Cozzi

INTRODUZIONE

Presentiamo un caso clinico il cui interesse deriva dalla rarità della combinazione di differenti condizioni, peraltro singolarmente piuttosto ordinarie nella pratica clinica endocrinologica, nello stesso paziente e dalla modalità inattesa di presentazione di malattia.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Maschio di 50 anni.

Episodio di fibrillazione atriale sottoposta a cardioversione farmacologica con amiodarone ev. Successivo riscontro di ipertiroidismo e nodulo tiroideo negli esami eseguiti nell’ambito dello studio delle cause di tachiaritmia e in considerazione della terapia con amiodarone.

Non familiarità per tireopatie né storia di esposizione a radiazioni.

INDAGINI DIAGNOSTICHE

Laboratorio

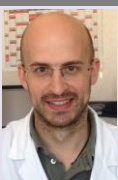
	TSH (mUI/L, vn 0.35-3.20)	FT4 (pg/mL, vn 8.5-16.5)	FT3 (pg/mL, vn 2.4-4.2)
18 mesi prima della terapia con amiodarone	1.55	9.5	-
1 giorno dopo amiodarone ev	0	19	4.4
3 mesi dopo sospensione dell’amiodarone	0	20.6	5.6

Al controllo a 3 mesi: Ac anti-Tg, anti-TPO, TsAb: negativi; calcitonina < 2 pg/mL (vn < 10).

Imaging

Ecocolor-doppler tiroide (fig 1): ecostruttura disomogenea; al III medio-inferiore destro, nodulo ipoecogeno, “taller than wide”, con micro-calcificazioni interne, del diametro massimo di 8 mm, vascolarizzazione peri-lesionale; Vps ATI destra 32 cm/sec.

Scintigrafia tiroidea con curva di iodo-captazione (circa 4 mesi dopo sospensione della terapia con amiodarone) (fig 2): nodulo caldo al III medio-inferiore destro, che determina parziale inibizione funzionale del tessuto tiroideo extra-nodulare; captazione alla 24° ora circa 42%.



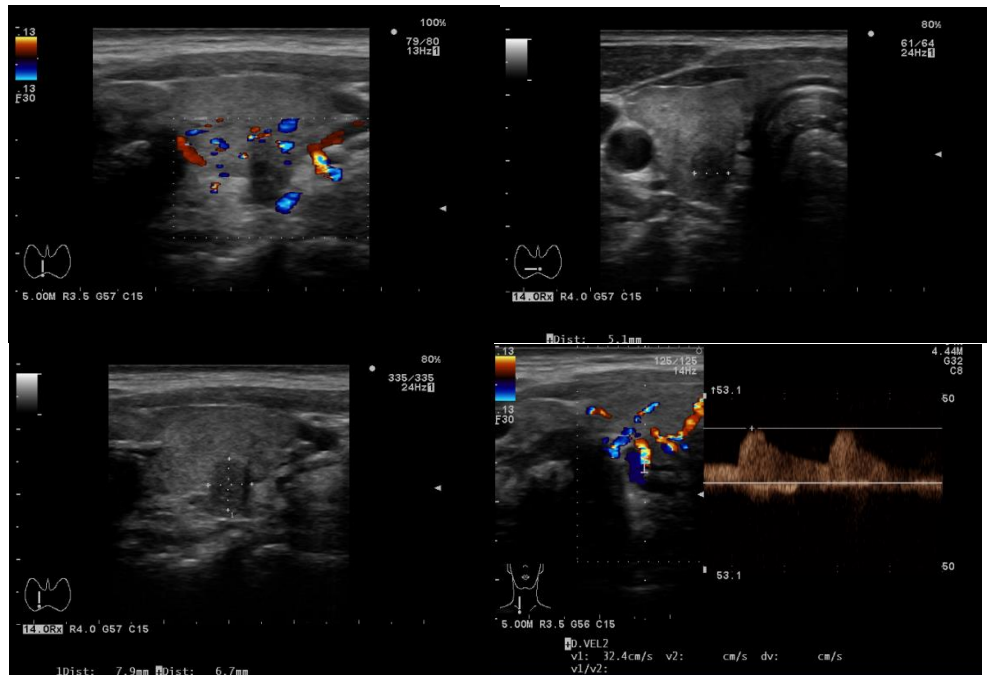


Figura 1. Ecocolor-doppler tiroide. In alto a sinistra scansione longitudinale di lobo destro con colordoppler; in alto a destra scansione trasversale di lobo destro con diametro del nodulo; in basso a sinistra scansione longitudinale di lobo destro con diametri antero-posteriore e longitudinale del nodulo; in basso a destra: flussimetria dell'arteria tiroidea inferiore di destra.

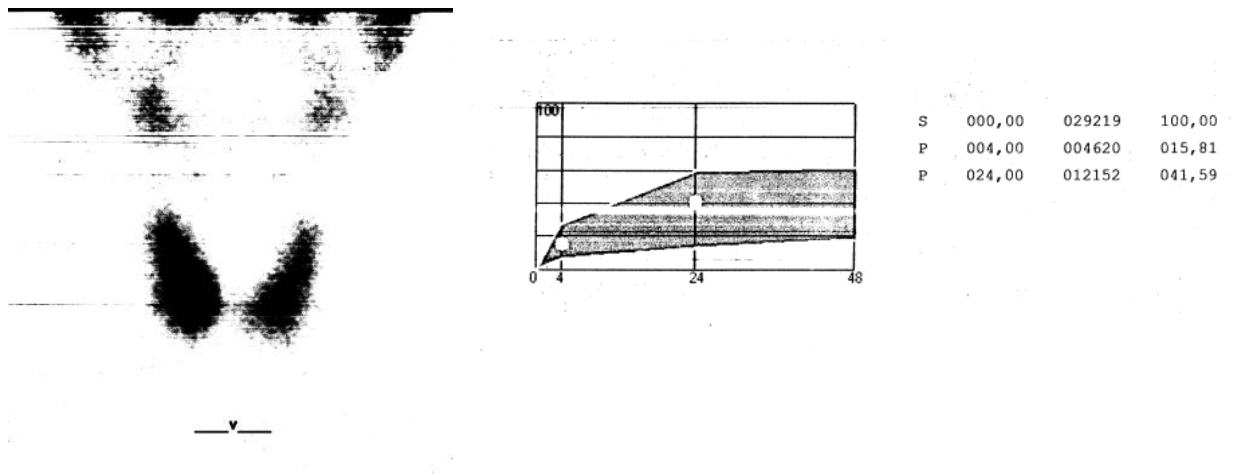


Figura 2. Scintigrafia tiroidea e iodo-captazione. Nodulo tiroideo funzionalmente autonomo del lobo destro. Il test di captazione del radioiodio mostra una normale cinetica del radioalogeno, con percentuale massima di accumulo alla 24° ora pari al 41.6% della dose somministrata.

TRATTAMENTO

Posta indicazione a emitiroidectomia destra, informando il paziente del rischio statistico di totalizzazione chirurgica ad acquisizione dell'esame istologico definitivo. In considerazione del quadro di lieve ipertiroidismo, il paziente ha iniziato terapia con metimazolo 5 mg/die in attesa del suggerito intervento.

Nel sospetto intra-operatorio di linfonodi patologici, viene eseguita anche linfadenectomia dell'emicompartimento centrale destro ed esame istologico estemporaneo di linfonodo laterocervicale omolaterale.

Esame istologico: nodulo di 7 mm, con struttura papillare e microfollicolare, costituita da elementi con dettagli nucleari da carcinoma e citoplasmi positivi per HBME-1, galectina-3 e citocheratina 19. Alcuni gettoni neoplastici periferici giungono sulla capsula tiroidea adiacente. Nel parenchima circostante si evidenzia un ulteriore micro-focolaio neoplastico del diametro di 1 mm. Diagnosi: microcarcinoma papillare infiltrante la capsula tiroidea, multi-focale (pT3m). Linfonodo IV livello destro e linfonodi emicompartimento centrale destro: linfadenite reattiva.

In considerazione della multifocalità, dell'infiltrazione della capsula tiroidea e della *compliance* del paziente, viene proposta ed eseguita tiroidectomia di completamento circa 4 mesi dopo il primo intervento. Esame istologico: si osservano multipli noduli sub-centimetrici medio-macrofollicolari e focolai di flogosi cronica granulomatosa cicatriziale. Non quadri neoplastici.

ESITO E FOLLOW-UP

Attualmente il paziente è in buone condizioni cliniche e in buon compenso con la terapia tiroxinica.

DISCUSSIONE

Si tratta di un caso di carcinoma papillare della tiroide, insorto in nodulo funzionalmente autonomo e in paziente con ipertiroidismo slatentizzato dalla terapia con amiodarone.

I valori di iodo-captazione e il quadro clinico ed ecografico non consentono di stabilire con certezza il contributo dell'eventuale tireotossicosi da amiodarone al quadro di ipertiroidismo riscontrato.

La scintigrafia tiroidea con ⁹⁹Tc e la curva di iodo-captazione sono state eseguite nel sospetto di un nodulo funzionalmente autonomo, in considerazione della bassa dose di amiodarone utilizzata e del tempo intercorso dalla sua sospensione (circa 4 mesi).

Trattandosi di un carcinoma a basso rischio secondo le classi ATA (*American Thyroid Association*), non è al momento, a nostro parere, indispensabile l'ablazione del residuo tiroideo. Per la stessa ragione e in considerazione della patologia cardiologica, non è indicata la terapia TSH-soppressiva; l'obiettivo è quello di mantenere il TSH nella porzione di normalità. Sarà ovviamente necessario sorvegliare il paziente e rivalutare il rischio secondo il principio della stratificazione dinamica.

TAKE HOME MESSAGES

I noduli "caldi" sono benigni nella grande maggioranza dei casi e non richiedono l'esecuzione dell'agoaspirato, che va tuttavia preso in considerazione in caso di criteri ecografici di franco sospetto.

L'ecocolor-doppler della tiroide e la scintigrafia con curva di iodo-captazione sono entrambi utili nella diagnosi differenziale della tireotossicosi e in particolare nel sospetto di tireotossicosi da amiodarone, condizione nella quale tuttavia le indagini medico-nucleari possono essere non dirimenti. Infatti, la classica distinzione tra tireotossicosi ad alta captazione (ipertiroidismo propriamente detto) e a bassa captazione (di norma da ressi follicolare) può non essere possibile a causa dell'elevato carico di iodio.

CONFLITTO DI INTERESSI: gli autori non hanno conflitti di interessi.

CONSENSO INFORMATO: è stato ottenuto dal paziente il consenso informato scritto per la pubblicazione di questo articolo.

BIBLIOGRAFIA

- The American Thyroid Association (ATA) guidelines taskforce on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2016, 26: 1-133.
- Bahn RS, et al; American Thyroid Association; American Association of Clinical Endocrinologists. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Endocr Pract* 2011, 17: 456-520.
- Piantoni L. Tireopatia da amiodarone. [Endowiki](#).