

CARCINOMA MIDOLLARE DELLA TIROIDE IN PROGRESSIONE CON CALCITONINA NEGATIVA

F. Bondi* - **M.G. Sama****, **M. Puccetti*****, **F. Soprani******, **V. Armaroli******, **N. Minguzzi*******, **M. Del Duca*******

*Endocrinologia, Ospedale Ravenna

**Medicina Interna, Ospedale Ravenna

***Anatomia Patologica, Ospedale Ravenna

****Otorinolaringoiatria, Ospedale Ravenna

*****Radioterapia, Ospedale Ravenna

GN, femmina, venne alla nostra osservazione nel maggio '03, quando aveva 67 anni, a seguito di tiroidectomia eseguita 3 mesi prima, per Ca Midollare della Tiroide (CMT) (pT4, Nx, Mx, con aspetti angioinvasivi); una successiva indagine genetica non dimostrò mutazioni attivanti il RET. In anamnesi il dato più saliente era rappresentato da una nefroangiosclerosi ipertensiva con IRC lieve-moderata (Creat. 1.7 mg/dl).

Le valutazioni iniziali dimostrarono valori di Cea nella norma e di Calcitonina (CT) basali pari a 21 pg/ml con picco a 33.6 pg/ml dopo stimolo con Pentagastrina 0.5 µg/kg/ev + Ca++ Gluconato 2 mg ev (Penta+Ca); l'eco del collo dimostrò adenopatie in LC destra con caratteristiche eco di sospetto, sottoposte pertanto ad esame citologico (Fnab) con dosaggio della CT sul wash out che confermarono la condizione di metastasi linfonodali di CMT.

La paziente venne quindi sottoposta a linfadenectomia funzionale LC destra (l'istologico confermò metastasi linfonodali di CMT); venne quindi proposta una RT con fasci esterni (50 Gy / 25 Fr; 6 Mev) su loggia tiroidea + Lc destra.

Nei 2 anni successivi la paziente venne periodicamente rivalutata con eco del collo, dosaggio di Cea e di CT basale e dopo stimolo con Penta+Ca che non dimostrò mai alcuna risposta allo stimolo; negli anni successivi la paziente venne sottoposta a rivalutazioni annuali con eco del collo + dosaggio di Cea e di CT basale; i dati furono sempre complessivamente coerenti con malattia in remissione clinica (paziente libera da malattia).

Nel feb '12 (9 anni dopo il primo intervento) la paziente lamentò la comparsa di tumefazione in sede LC destra (area 2°); il controllo eco dimostrò pacchetto adenopatico di 25x35 mm senza chiaro piano di clivaggio dalle strutture circostanti; contestualmente i valori di Cea e di CT basale risultarono come sempre normali, così come risultò assente la risposta della CT dopo stimolo sia con Penta+Ca che con Calcio (2.5 mg/kg ev di Ca++ come Calcio Gluconato); l'esame citologico (Fnab) con dosaggio della CT sul wash out confermò la condizione di metastasi linfonodali di CMT.

Venne quindi eseguito un tentativo di debulking chirurgico della massa neoplastica ma l'infiltrazione nelle strutture del collo consentì al chirurgo di essere radicale nel suo intervento. Si decise quindi di sottoporre la paziente a un nuovo trattamento RT con fasci esterni (18 Gy / Fr 3).

Nel frattempo i valori di Cea e CT basale e di CT stimolata con Calcio risultarono sempre nella norma, mentre i controlli ecografici dimostrarono sempre la presenza della massa neoplastica.

Nel ott '13 comparvero micronodularità a livello polmonare sospette per lesioni secondarie; ancora una volta i valori di Cea e CT basale e di CT stimolata con Calcio si confermarono nella norma. Una successiva Pet-68Ga-Dotatate non dimostrò captazioni significative. Stante l'età e la condizione di IRC non si ritenne opportuno instaurare un trattamento con TK inibitori, ma venne instaurata terapia con Lanreotide 120 mg / 28 gg.

L'ultima TC torace del settembre '14 ha però dimostrato una progressione della lesioni neoplastiche polmonari con incremento numerico e dimensionale delle stesse; contestualmente l'obiettività ecografica del collo è peggiorata e la massa neoplastica risulta infiltrare anche i piani cutanei; solo nell'ultimo controllo bioumorale del settembre '14 "finalmente" i valori di CT basale e di Cea sono risultati debolmente positivi (CT 13.4 pg/ml, Cea 10.1 ng/ml).

Tranne rarissime eccezioni, la CT è sempre secreta dal CMT e risulta il suo marcatore sensibile e specifico; in questo caso, tuttavia, la neoplasia, certamente ad andamento indolente, ha sempre dimostrato una bassa propensione alla secrezione della CT; in questo caso l'utilizzo di questo solo marcatore, disgiunto dall'ecografia, avrebbe condotto a errori o ritardi diagnostici ed esposto la paziente a inutili indagini. Come per Ca della tiroide che originano dall'epitelio follicolare anche nel CMT l'ecografia rimane un importante strumento, il cui utilizzo è imprescindibile per il corretto follow up di questi pazienti.