

IL LINFOMA TIROIDEO

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

Il linfoma tiroideo è una patologia relativamente rara: costituisce circa il 2% dei linfomi extra-nodali e l'1-5% di tutti i tumori maligni tiroidei. Si tratta quasi sempre di linfomi non Hodgkin a cellule B. La tiroidite di Hashimoto ne aumenta significativamente il rischio relativo, anche se un linfoma tiroideo è presente solo nello 0.5% dei casi.

La scarsità di materiale per l'analisi immunocitochimica è spesso causa di ritardo diagnostico, con conseguenze anche gravi per il paziente, la cui prognosi dipende dalla tempestività e accuratezza nella diagnosi.

Sharma e coll hanno recentemente valutato **retrospettivamente 75 pazienti** afferiti alla Mayo Clinic, con diagnosi di linfoma tiroideo tra il 2000 e il 2014, allo scopo di definirne caratteristiche cliniche, biochimiche e radiologiche.

Il 62.7% dei pazienti aveva un linfoma primitivo della tiroide e l'età mediana alla diagnosi era 67 anni (*range* 20-90), con una trascurabile prevalenza del sesso maschile (50.7%). La tiroidite di Hashimoto era presente nel 54.7% dei casi, con una durata mediana di malattia di 8 anni e con un rischio relativo di 6.6 (intervallo di confidenza 95% 0.87-50.44, $p = 0.06$) per il linfoma tipo MALT (*mucoase-associated lymphoid tissue*) rispetto al linfoma non MALT.

Il **quadro clinico** all'esordio si presentava con:

- massa cervicale in rapido accrescimento (88%);
- disfagia (45.3%);
- raucedine (37.3%);
- dispnea (24%).

In una percentuale minore di casi erano presenti anche dolore cervicale (18.7%), perdita di peso (13.3%), l'associazione di febbre, perdita di peso e sudorazione notturna (10.7%), linfonodi palpabili (10.1%). La durata media dei sintomi prima della presentazione era di 4 settimane e non c'erano differenze significative tra linfoma primario e secondario.

Il **pattern ecografico** tipico era costituito da una massa solida nell'ambito di una ghiandola fortemente aumentata di volume, ipoecogena rispetto al tessuto tiroideo circostante o, più spesso, molto ipoecogena (rispetto ai muscoli pre-tiroidei), con caratteristiche variabili dei margini. **Caratteristiche ecografiche utili per la diagnosi differenziale con il carcinoma anaplastico** erano l'aumento della vascolarizzazione, l'assenza di calcificazioni e necrosi.

L'**agoaspirato** (FNA), eseguito con aghi di calibro ridotto (25-27 G), è risultato indicativo di un particolare tipo di linfoma nel 42% dei casi, in maniera concordante con la diagnosi definitiva nell'89% dei casi e con maggiore accuratezza per il linfoma diffuso a grandi cellule B.

In tutti i pazienti sottoposti a FNA, la **diagnosi finale** è stata confermata da:

- *core-needle biopsy*, nel 53.3% dei casi;
- tiroidectomia (parziale o totale), nel 21.3%;
- biopsia incisionale, nel 12%;
- biopsia linfonodale, nel 12%.

La *core biopsy* ha mostrato la più alta sensibilità diagnostica (93% vs 71% dell'FNA, $p = 0.006$), in particolare per il linfoma tipo MALT (100% vs 25% dell'FNA, $p = 0.01$), consentendo di ottenere più materiale per l'analisi citometrica, immunocitochimica e dell'architettura tissutale.

In **conclusione**, il linfoma tiroideo va sospettato in presenza di una massa cervicale intra-tiroidea in rapido accrescimento, unilaterale, ecograficamente solida, ipoecogena, con tendenza a espandersi nei tessuti molli adiacenti. La *core-needle biopsy* rappresenta la tecnica diagnostica con maggiore sensibilità e può consentire di ridurre i tempi della diagnosi.



Commento

La casistica dello studio è tra le più ampie pubblicate e fornisce informazioni utili per la diagnosi del linfoma tiroideo. La distribuzione nei due sessi è sostanzialmente uguale e c'è una quota consistente di linfomi secondari, discostandosi dai dati della letteratura che mostrano una più netta prevalenza del sesso femminile e del linfoma primario. Tali dati potrebbero essere legati a un *bias* di arruolamento, dovuto al fatto che si tratta di un centro di eccellenza che raccoglie casi più avanzati e/o complessi, e alle dimensioni esigue del campione. Gli altri dati sono sostanzialmente in linea con quanto già noto.

Limiti dello studio, come correttamente dichiarato dagli stessi autori, derivano dal disegno retrospettivo e dall'assenza di dati di incidenza e prevalenza della patologia nella popolazione in esame, che impedisce di calcolare valore predittivo positivo e negativo delle tecniche diagnostiche impiegate.

Va considerato infine, nell'interpretazione dei risultati, il diametro ridotto degli aghi utilizzati: in assenza della possibilità di eseguire una *core-needle biopsy*, l'FNA dovrebbe essere eseguito con aghi di 21-23 G.

Bibliografia

1. Sharma A, et al. Clinical presentation and diagnostic challenges of thyroid lymphoma: a cohort study. *Thyroid* [2016, 26: 1061-7](#).
2. Angelini F, Graziano F. Linfoma tiroideo. [Endowiki](#).