

Triggiani V, Giagulli VA, Tafaro E, Licchelli B, Guastamacchia E
Endocrinologia e Malattie Metaboliche, Dipartimento DIM, Università degli Studi di Bari
“Aldo Moro”.

Un caso di Ectopia tiroidea.

Riportiamo il caso di una donna di 33 anni, giunta per recente incremento volumetrico di una tumefazione presente da anni in sede preioidea, di consistenza dura, non dolente. Si associava ipotiroidismo (TSH = 20 mU/L con fT4 appena sotto il range di normalità e anticorpi negativi). All'ecografia: formazione ipoecogena di 27x11x30 mm, disomogenea; loggia tiroidea vuota. Alla scintigrafia: captazione esclusivamente a livello della formazione; assenza di captazione in sede ortotopica. L'agoaspirato, eseguito su un'area nodulare ipoecogena, non mostrava anomalie citologiche. È stata prescritta l-tiroxina alla dose di 75 mcg/die e si è deciso di seguire la paziente nel tempo, non essendo presente alcuna sintomatologia. Dopo 6 mesi il TSH era nella parte bassa del range di normalità (0.6 mU/L) e non vi erano sostanziali modificazioni clinico-ecografiche. L'ectopia tiroidea ha una prevalenza di 1/100-300 mila, anche se tessuto tiroideo ectopico si ritrova nel 7-10% in casistiche autoptiche. Deriva da anomalie di sviluppo durante la migrazione dell'abbozzo tiroideo dal pavimento dell'intestino primitivo alla posizione definitiva. Nella maggior parte dei casi il tessuto tiroideo ectopico si ritrova lungo il decorso del dotto tireoglossa o lateralmente nel collo, mentre più rare sono le localizzazioni in sede toracica e addominale. Spesso l'ectopia tiroidea è una condizione asintomatica. Eventuali sintomi e segni possono essere in relazione alle dimensioni della ghiandola ectopica o ai rapporti con gli organi adiacenti o a malattie propriamente tiroidee (tiroidite, ipo- ed ipertiroidismo, noduli tiroidei, carcinoma tiroideo). È necessario escludere che si tratti di metastasi da carcinoma tiroideo occulto. Può associarsi o meno alla presenza di tiroide in sede ortotopica. L'ipotiroidismo è frequente soprattutto laddove non vi sia tiroide in loggia tiroidea. Occorre eseguire un'accurata valutazione per definire localizzazione ed estensione, crescita nel tempo, effetti negativi su strutture vicine, presenza di neoplasia. Ecografia e scintigrafia sono le indagini strumentali più utili, mentre l'agoaspirato con tg su eluato può essere indicato in caso di presenza di noduli o sospetto di metastasi da carcinoma tiroideo. L'intervento chirurgico può trovare indicazione nei casi sintomatici, mentre l'ablazione con radioiodio può essere indicata in caso di malattia ricorrente.