

ABSTRACT POSTER

NOME PRIMO AUTORE: Patrizia

COGNOME PRIMO AUTORE: Del Monte

SEDE: SSD Endocrinologia, E.O. Ospedali Galliera, Genova

NOME COAUTORE: Carla Micaela

COGNOME COAUTORE: Cuttica

SEDE: SSD Endocrinologia, E.O. Ospedali Galliera, Genova

NOME COAUTORE: Alessandro

COGNOME COAUTORE: Marugo

SEDE: SSD Endocrinologia, E.O. Ospedali Galliera, Genova

NOME COAUTORE: Arnoldo

COGNOME COAUTORE: Piccardo

SEDE: SC Medicina Nucleare , E.O. Ospedali Galliera, Genova

NOME COAUTORE: Luca

COGNOME COAUTORE: Foppiani

SEDE: SC Medicina Interna, E.O. Ospedali Galliera, Genova

NOME COAUTORE: Marih

COGNOME COAUTORE: Dezzana

SEDE: SC Anatomia Patologica, E.O. Ospedali Galliera, Genova

NOME COAUTORE: Ugo

COGNOME COAUTORE: Catrambone

SEDE: SC Chirurgia, E.O. Ospedali Galliera, Genova

NOME COAUTORE: Ugo

COGNOME COAUTORE: Catrambone

SEDE: SC Chirurgia, E.O. Ospedali Galliera, Genova

TIPOLOGIA: POSTER

ARGOMENTO: Caso Clinico - Tiroide

TITOLO: Metastasi di carcinoma renale in nodulo tiroideo iperfunzionante

INTRODUZIONE: i noduli tiroidei iperfunzionanti sono considerati solitamente benigni, anche se esistono in letteratura descrizioni di tumori tiroidei rilevati in noduli caldi. Ancora più raro è il riscontro di metastasi riscontrate all'interno di noduli tiroidei iperfunzionanti.

METODI: descriviamo un caso clinico.

RISULTATI: Maschio di 74 anni con ipertiroidismo a prevalente secrezione di T3 (TSH <0.005 µU/ml, FT3 7.97 pg/ml, FT4 1.85 ng/dl) riscontrato ad accertamenti effettuati per tachicardia. Nefrectomia dx 4 anni prima per tumore renale a cellule chiare senza segni di secondarietà toraco-addominali. Alla ecografia tiroidea nodulo solido ipoecogeno con lacune cistiche di 5 cm diametro massimo paraistmico sinistro con vascolarizzazione mista; lobo dx ridotto di volume, senza noduli. Alla scintigrafia voluminosa area calda in corrispondenza del nodulo paraistmico sinistro, con inibizione del restante parenchima. Trattato con metimazolo (10 mg/die, poi ridotto a 5 mg/die) con regolarizzazione della funzionalità tiroidea e miglioramento della sintomatologia. L'esame citologico da agoaspirato non era dirimente (THY1). Nei mesi successivi il dosaggio del metimazolo è stato ridotto a 5 mg a di' alterni. Il paziente riferiva fastidio locale ed il nodulo era aumentato (6 cm). È stato sottoposto a tiroidectomia totale. L'esame istologico ha evidenziato un nodulo istmico con componente emorragica, coerente con metastasi di adenocarcinoma renale a cellule chiare. Una nuova TC torace e addome non rilevava ulteriori secondarietà. Il paziente è ora in terapia sostitutiva con l-tiroxina con buon compenso ed è seguito presso l'Oncologia, ove è stato programmato trattamento chemioterapico.

CONCLUSIONI: Le metastasi in sede tiroidea rappresentano circa l' 1.4-3% di tutti i tumori rilevati nella tiroide all'intervento. Il rene è la sede più frequente della neoplasia primitiva (22-28%). Non sempre la citologia tiroidea consente una diagnosi corretta. Nel caso descritto è possibile che la metastasi si sia sviluppata in un pre-esistente nodulo iperfunzionante, favorita anche dalla iper-vascolarizzazione del nodulo stesso, sostituendo progressivamente il tessuto nodulare tiroideo (con riduzione del fabbisogno della terapia tireostatica). In conclusione, in un paziente con storia di carcinoma renale operato, i noduli tiroidei -inclusi quelli caldi iperfunzionanti- vanno valutati con particolare attenzione ed il trattamento chirurgico può essere la strategia terapeutica preferibile.