

Su una amletica questione chirurgica: la terapia del carcinoma occulto della tiroide



Ann. Ital. Chir., LXXIII, 4, 2002

M.A. Cannizzaro, M. Veroux*, A. Cavallaro,
M. Costanzo, P.F. Veroux*

Università degli Studi di Catania
Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Trapianti d'Organo e
Tecnologie Avanzate
Cattedra e Servizio Clinicizzato di Endocrinochirurgia
P.O.U. San Luigi e Santi Currò, Catania
*I Clinica Chirurgica e Centro Trapianti d'Organo
Azienda Policlinico Universitario, Catania

Introduzione

L'incidenza delle malattie tiroidee nella popolazione generale è molto elevata: si calcola che circa il 50% dei soggetti presumibilmente sani presenta noduli tiroidei microscopici, il 15% noduli tiroidei palpabili, il 10% una alterazione dei valori di TSH e il 5% delle donne accusa una alterazione della funzionalità tiroidea; nel 3,5% dei casi, inoltre, è riscontrabile un carcinoma papillifero occulto (1). Nonostante i numerosi dati presenti in letteratura, il carcinoma occulto della tiroide rappresenta un'entità clinica particolarmente controversa, per l'inquadramento nosologico, la diagnosi ed il trattamento, con accesi dibattiti persino sulla sua definizione.

Il carcinoma occulto della tiroide è una neoplasia di diametro non superiore a 10 mm, anche se alcuni Autori estendono tale limite sino a 15 mm di diametro, indipendentemente dalla presenza di linfadenopatia latero-cervicale e/o di una lesione clinicamente evidenziabile (2). Gli Autori propongono una revisione della loro esperienza nel trattamento del carcinoma occulto, ponendo l'accento sulle caratteristiche fondamentali e i criteri per la terapia chirurgica.

Pazienti e metodi

Dal 1 Gennaio 1999 al Maggio 2001 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per tireopatia 275 pazien-

Abstract

ABOUT A QUESTIONABLE SURGICAL PROBLEM:
THE RIGHT THERAPY OF OCCULT THYROID
CARCINOMA

Introduction: *the authors review their experience about treatment of occult thyroid carcinoma.*

Patients and methods: *24 patients with papillary occult carcinoma of the thyroid were observed in the period 1999-2001. All carcinoma was 10 mm in diameter. In seventeen patients (71%) was performed a total thyroidectomy, while in seven (29%) a lobectomy; in four of seven patients treated with lobectomy was subsequently performed a total thyroidectomy. Total thyroidectomy wasn't performed in three female patients aged <35 years, with a 5 mm -diameter carcinoma. In two patients (8,3%) with nodal metastasis a lymph node excision was performed. All patients were alive and free of disease at last control.*

Conclusions: *the incidental finding of occult thyroid carcinoma in a patient treated with a lobectomy does not entail a subsequent total thyroidectomy, because of this surgical procedure may be oncologically correct; therefore the authors believe that total thyroidectomy may be the treatment of choice of occult carcinoma, because it allows a correct oncological follow-up.*

Key words: Occult carcinoma, thyroid, total thyroidectomy. Lobectomy, follow-up.

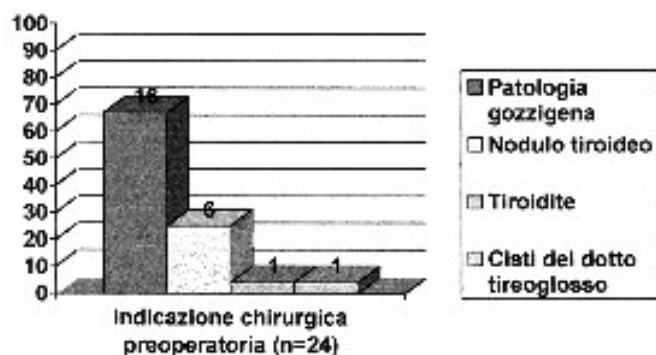
ti: 46 pazienti presentavano un carcinoma della tiroide all'esame istologico definitivo; tra loro sono stati selezionati i 24 pazienti con cancro occulto della tiroide, valutandone incidenza, indicazione chirurgica preoperatoria, intervento chirurgico, morbilità e mortalità ed il follow-up postoperatorio. Abbiamo considerato carcinoma occulto ogni neoplasia tiroidea asintomatica di diametro inferiore ad 1 cm.

Risultati

Quarantasei pazienti erano affetti da carcinoma della tiroide; in 24 pazienti (52,2%) il carcinoma era inferiore ad 1 cm di diametro.

Diciassette dei 46 pazienti erano di sesso femminile (71%), con un'età media di 50 anni (range 27-77 anni).

Tab. I - INCIDENZA DI CARCINOMA OCCULTO NELLE TIREOPATIE CHIRURGICHE. NOSTRA ESPERIENZA (24 CASI) GENNAIO 1999/MAGGIO 2001



L'indicazione primaria all'intervento chirurgico è stata una patologia gozzigena in 16 casi (67%), un nodulo tiroideo non definibile preoperatoriamente in 6 casi (25%), una tiroidite linfocitica in 1 caso (4%) e una cisti del dotto tireoglossa in 1 caso (4%) (Tab. I).

In 13 casi il tumore era localizzato al lobo destro (54,2%), in 9 casi (37,5%) al lobo sinistro, in 2 casi (8,3%) rispettivamente all'istmo tiroideo ed al lobo piramidale.

Una tiroidectomia totale in prima istanza è stata eseguita in 17 casi (71%), mentre una lobectomia tiroidea è stata effettuata in 7 pazienti (29%); in quattro dei sette pazienti trattati in prima istanza con una lobectomia tiroidea è stata successivamente effettuata una radicalizzazione della ghiandola. La radicalizzazione non è stata attuata in tre pazienti di sesso femminile di età inferiore ai 35 anni e con riscontro di neoplasia di diametro inferiore a 0,5 cm. In due pazienti (8,3%) con diffusione linfonodale neoplastica confermata all'esame istopatologico estemporaneo è stata eseguita una linfadenectomia a la demande.

L'esame istopatologico definitivo ha evidenziato un carcinoma papillifero in tutti i casi trattati, con un diametro variabile tra 0,2 cm e 1 cm. Diciassette carcinomi erano capsulati (71%), 4 presentavano una diffusa sclerosi (16,5%), mentre 3 carcinomi (12,5%) erano non capsulati. Tutti i pazienti sottoposti a tiroidectomia totale sono stati sottoposti a scintigrafia total-body e terapia radio-metabolica. In 1 caso (4%) di tiroidectomia totale si è verificata una paralisi transitoria del ricorrente, mentre in 3 casi di tiroidectomia totale (12 %) abbiamo osservato una ipocalcemia sintomatica transitoria.

Tutti i pazienti sono vivi e al follow-up non presentano segni di ripresa di malattia.

Discussione e commento

L'incidenza di carcinoma occulto fra le neoplasie tiroidee è molto variabile. In una serie di 138 autopsie effettuate su pazienti senza alterazioni cliniche o laboratoristiche suggestive per patologia tiroidea, nel 3% dei casi è stato riscontrato un carcinoma occulto (3).

Studi autoptici in popolazioni in cui erano presenti pazienti tireopatici hanno rilevato un'incidenza del 8,5 - 14% di carcinoma papillifero occulto, senza una manifesta correlazione fra l'incidenza di carcinoma e l'età o il sesso, ma con frequente concomitanza di gozzo multinodulare (4-6).

In una serie di 277 pazienti operati per patologia benigna, nel 10,5% dei casi all'esame istologico definitivo era presente un carcinoma papillifero occulto (7).

In uno studio di Fink e coll. (8) su 425 tiroidi asportate per patologia benigna ed analizzate istologicamente, era presente un microcarcinoma occulto nel 24% dei casi e la sua incidenza era maggiore nei soggetti di sesso maschile, della V-VI decade di vita e che erano stati sottoposti ad una tiroidectomia totale.

Yamashita e coll. (9) su 835 pazienti sottoposti a tiroidectomia totale per gozzo adenomatoso hanno riscontrato un'incidenza del 30,7% di carcinoma della tiroide, del quale circa il 53,5% era un cancro occulto.

L'incidenza di carcinoma occulto nella popolazione italiana non si discosta dai dati riportati in letteratura, come osservato da Aureliano e coll. (10, 11) che in una serie autoptica su 507 soggetti con un'età media di 67,1 anni, senza evidenza clinica di cancro della tiroide, hanno riscontrato una incidenza del 10,4% di carcinoma occulto.

È probabile che i carcinomi papilliferi insorgano dapprima come piccoli carcinomi con aspetti follicolari a qualsiasi età, per poi modificarsi in aspetto papillifero man mano che il tumore cresce e mostra una tendenza più invasiva (3).

L'estrema variabilità nell'incidenza di carcinoma occulto della tiroide è correlata alle diverse aree geografiche e soprattutto alla metodologia di indagine morfoistopatologica. In uno studio autoptico Martinez-Tello et coll. (12) hanno confrontato l'incidenza del carcinoma occulto della tiroide nei pazienti nei quali era presente una lesione tiroidea macroscopicamente visibile e nei pazienti clinicamente silenti, nei quali la tiroide era esaminata in toto. L'incidenza di carcinoma occulto era rispettivamente del 5,2% e del 22%.

L'espressione clinica del carcinoma occulto della tiroide è estremamente imprevedibile e può variare da un nodulo di diametro inferiore a 15 mm clinicamente evidenziabile, ad un carcinoma clinicamente silente evidenziato casualmente durante un'indagine eseguita per altro motivo o in corso di esame istologico sul pezzo operatorio o ancora al riscontro autoptico; esiste infine la possibilità di un carcinoma che si presenti clinicamente con localizzazioni secondarie in soggetti con tiroide apparentemente indenne (2).

Lo studio citologico su agoaspirato può talvolta indirizzare verso un'errata diagnosi, in particolar modo in presenza di carcinomi occulti concomitanti ad un gozzo plurinodulare (13, 14). L'ecografia e l'esame citologico su agoaspirato ecoguidato restano comunque le metodiche di prima scelta nella diagnostica del carcinoma occulto della tiroide (2).

Istologicamente esistono tre forme di carcinoma papillifero occulto della tiroide: capsulata, parzialmente capsulata e sclerotica (15). La forma più frequente è quella capsulata.

L'interesse clinico crescente verso il microcarcinoma tiroideo è dettato dal possibile riscontro di metastasi linfonodali e/o a distanza al momento della sua diagnosi. Un nodulo cistico a sede cervicale, quale espressione di una metastasi linfonodale, può essere il primo sintomo rilevabile in un paziente portatore di un carcinoma occulto della tiroide; la diagnosi differenziale di queste lesioni è spesso complessa soprattutto in presenza di lesioni clinicamente non rilevabili della tiroide, e frequentemente ottenuta solo con l'asportazione chirurgica della lesione (16-18).

Piccoli carcinomi della tiroide possono determinare estese metastasi linfonodali. L'assenza di una lesione tiroidea clinicamente rilevabile non esclude, altresì, la possibilità di una diffusione metastatica a distanza di un carcinoma occulto della tiroide. L'evoluzione metastatica a distanza, spesso letale, è tuttavia rara e si limita ad alcune segnalazioni in letteratura di diffusione metastatica ossea e polmonare (19-22).

Lin e coll. (23) analizzando una casistica di 97 pazienti affetti da microcarcinoma della tiroide, hanno osservato 6 casi (6,2%) che presentavano metastasi già al momento della diagnosi. In questi pazienti, gli Autori hanno individuato alcuni fattori di rischio quali l'età alla diagnosi, il livello sierico di tireoglobulina nel primo mese postoperatorio e la presenza di metastasi linfonodali, che si correlavano significativamente con la presenza di metastasi a distanza. Non rappresentavano fattori di rischio significativi il sesso, la dimensione del tumore ed il tipo di tecnica chirurgica utilizzata.

Nell'esperienza di Russo e coll. (24) in una casistica di 16 pazienti trattati per microcarcinoma della tiroide, l'unico decesso è stato osservato in un paziente con metastasi ematogene. Questi Autori considerano il carcinoma occulto della tiroide una malattia potenzialmente letale, ma non hanno riscontrato differenze significative nella sopravvivenza a lungo termine nei pazienti trattati con tiroidectomia totale o conservativa.

Non esistono tutt'oggi uniformità di vedute sul trattamento del carcinoma occulto della tiroide.

Tourniaire e coll. (25) suggeriscono di non eseguire di routine una tiroidectomia totale, che dovrebbe essere riservata ai casi con estensione extra-tiroidea o con metastasi linfonodali o a distanza.

Di contro alcuni Autori, proprio per la potenziale aggressività biologica del carcinoma occulto, responsabile di metastasi linfonodali ed a distanza, optano per un'exeresi chirurgica più estesa (tiroidectomia totale ed eventuale linfoadenectomia laterocervicale) (13, 15, 20).

Sanders e Rossi (27), nella loro casistica di 92 pazienti affetti da carcinoma della tiroide non palpabile associato ad una linfoadenopatia cervicale, hanno stratificato due gruppi di rischio in rapporto al sesso e all'età, valutando l'incidenza di recidiva neoplastica, la morbilità e

la mortalità. Nel gruppo a basso rischio (soggetti di sesso femminile di età inferiore a 50 anni o di sesso maschile di età inferiore a 40 anni) questi Autori hanno osservato un'incidenza del 16% di recidive locoregionali, che sono state tutte trattate efficacemente con terapia chirurgica o radiometabolica, con una sopravvivenza del 100% a 10 e 20 anni; di contro il 28% dei pazienti ad alto rischio (donne di età superiore a 50 anni e uomini di età superiore a 40 anni) moriva a causa della malattia neoplastica tiroidea, presentava un 26% di recidiva neoplastica con il 70% di mortalità.

Sanders e Rossi (27), pur evidenziando che una lobectomia sia sufficiente nei soggetti a basso rischio, preferiscono la tiroidectomia totale, per facilitare il successivo follow-up e il trattamento delle lesioni metastatiche con la radioiodioterapia. Questi Autori evidenziano tuttavia che, in centri con scarsa esperienza di chirurgia tiroidea, una lobectomia tiroidea può essere preferita nei pazienti a basso rischio, per evitare un aumento di incidenza di complicanze postoperatorie. Nei pazienti ad alto rischio, tuttavia, la tiroidectomia totale aumenta la sopravvivenza.

L'estensione della linfoadenectomia è un altro dei punti cruciali nel trattamento del carcinoma papillifero occulto della tiroide: come per le altre lesioni neoplastiche, si preferisce adottare una tecnica di linfoadenectomia quanto più conservativa possibile, preferendo una linfoadenectomia "a la demande" rispetto a tecniche più demolitive (2, 27). L'asportazione dei linfonodi metastatici, non sembra migliorare la sopravvivenza, ma riduce l'incidenza di recidive locali che, in ogni caso, potrebbero essere efficacemente controllate con la radioiodioterapia (2, 28, 29).

Purtuttavia, la presenza di lesioni linfonodali neoplastiche ad un controllo scintigrafico postoperatorio impone ugualmente un trattamento chirurgico, in quanto in alcuni casi la radioiodoterapia può esitare in una risposta parziale. Il nostro atteggiamento prevede un'exeresi radicale del parenchima ghiandolare, per gli evidenti vantaggi in termini di follow-up ed un'eventuale esecuzione di una linfoadenectomia a la demande in caso di localizzazioni linfonodali riscontrate intraoperatoriamente.

Conclusioni

Il carcinoma occulto della tiroide rappresenta un'entità neoplastica che solo raramente porta a morte il paziente; tuttavia, nelle sue espressioni biologiche più invasive, può presentarsi con metastasi linfonodali ed ematogene già al momento della diagnosi, anche senza che sia evidenziabile la lesione tiroidea primitiva.

Preferiamo eseguire una tiroidectomia totale, in quanto solo un trattamento chirurgico radicale consente di ottenere un follow-up oncologico corretto al fine di evidenziare un'eventuale ripresa di malattia neoplastica; la bassa incidenza di complicanze postoperatorie, inoltre, del

tutto sovrapponibile a quella osservata nel trattamento delle tireopatie benigne, incoraggia ad un atteggiamento radicale nel trattamento dei carcinomi occulti della tiroide. Solo la tiroidectomia totale può garantire una radicalizzazione macroscopica ed una "deplezione" completa del parenchima tiroideo, in vista di una terapia radio-metabolica, e ci pone al riparo in ogni caso da eventuali localizzazioni bilaterali o multifocali. In alcuni pazienti selezionati (giovani, con tumori <5 mm di diametro, unici e ben capsulati) non abbiamo eseguito una radicalizzazione tiroidea dopo lobectomia tiroidea, senza apprezzabili differenze in termini di sopravvivenza e di recidive locali. Il ruolo della linfettomia è tuttora dibattuto: appare razionale eseguire una linfettomia a la demande nei pazienti con diffusione linfonodale conclamata e nelle recidive linfonodali. In caso di recidiva linfonodale, preferiamo optare per la sua asportazione chirurgica.

Riassunto

Introduzione: Gli Autori rivisitano la problematica dei carcinomi occulti della tiroide, presentando la propria esperienza specifica.

Pazienti e metodi: Un totale di 24 pazienti con carcinoma papillifero occulto della tiroide sono stati osservati nel periodo gennaio 1999-maggio 2001. Tutte le lesioni neoplastiche avevano un diametro inferiore a 10 mm di diametro. Diciassette pazienti (71%) sono stati sottoposti a tiroidectomia totale in prima istanza, mentre in 7 pazienti è stata effettuata una lobectomia tiroidea (29%); in quattro dei sette pazienti trattati in prima istanza con una lobectomia tiroidea è stata successivamente effettuata una radicalizzazione della ghiandola.

La radicalizzazione non è stata attuata in tre pazienti di sesso femminile di età inferiore ai 35 anni e con riscontro di neoplasia di diametro inferiore a 0,5 cm. In due pazienti (8,3%) con diffusione linfonodale neoplastica confermata all'esame istopatologico estemporaneo è stata eseguita una linfoadenectomia a la demande. Tutti i pazienti sono vivi senza segni di ripresa di malattia.

Conclusioni: Gli Autori sottolineano come il riscontro occasionale di un carcinoma occulto nell'ambito di un ablato ghiandolare di loboistmectomia non implica la necessità di una radicalizzazione, in quanto questo intervento può essere ritenuto "oncologicamente sufficiente". Tuttavia è razionale optare per una radicalizzazione tiroidea, che rappresenta la premessa per un corretto follow up oncologico.

Bibliografia

1) Wang C., Crapo L.M.: *The epidemiology of thyroid disease and implication for screening*. Endocrinol Metab Clin North Am, 26:189-218, 1997.

2) Schietroma M., Giri S., Valente A., Carlei F., Di Domenico S., Simi M., Speranza V.: *Carcinoma "occulto" della tiroide: caratteristiche cliniche, morfologiche e biologiche per un corretto regime terapeutico*. Minerva Chir, 50:199-208, 1995.

3) Komorowski R.A., Hanson G.A.: *Occult thyroid pathology in the young adult: an autopsy study of 138 patients without clinical thyroid disease*. Hum Pathol, 19:689-96, 1988.

4) Yamamoto Y., Maeda T., Izumi K., Otsuka H.: *Occult papillary carcinoma of the thyroid. A study of 408 autopsy cases*. Cancer 65:1173-9, 1990.

5) Bondeson L., Ljungberg O.: *Occult thyroid carcinoma at autopsy in Malmo, Sweden*. Cancer, 47:319-23, 1981.

6) Franssila K.O., Harach H.R.: *Occult papillary carcinoma of the thyroid in children and young adults. A systemic autopsy study in Finland*. Cancer, 58:715-9, 1986.

7) Pelizzo M.R., Piotta A., Rubello D., Casara D., Fassina A., Busnardo B.: *High prevalence of occult papillary thyroid carcinoma in a surgical series for benign thyroid disease*. Tumori, 76:255-7, 1990.

8) Fink A., Tomlinson G., Freeman J.L., Rosen I.B., Asa S.L.: *Occult micropapillary carcinoma associated with benign follicular thyroid disease and unrelated thyroid neoplasm*. Mod Pathol, 9:816-20, 1996.

9) Yamashita H., Noguchi S., Watanabe S., Uchino S., Kawamoto H., Toda M., Murakami N., Nakayama I., Yamashita H.: *Thyroid cancer associated with adenomatous goiter: an analysis of the incidence and clinical factors*. Surg Today, 27:495-9, 1997.

10) Autelitano F., Spagnoli L.G., Santeusano G., Villaschi S., Autelitano M.: *Carcinoma occulto della tiroide, studio epidemiologico su materiale autoptico*. Ann Ital Chir, 61:141-6, 1990.

11) Autelitano F., Santeusano G., Mauriello A., Autelitano M., Palmieri G., Orlandi A., Spagnoli L.G.: *Patologia latente della tiroide: studio epidemiologico e statistico di tiroidi prelevate in corso di 507 autopsie consecutive*. Ann Ital Chir, 63:761-81, 1992.

12) Martinez-Tello F.J., Martinez-Cabruja R., Fernandez-Martin J., Lasso-Oria C., Ballestin-Carcavilla C.: *Occult carcinoma of the thyroid. A systematic autopsy study from Spain of two series performed with two different methods*. Cancer, 15:4022-9, 1993.

13) Harach H.R., Saravia Day E., Zusman S.B.: *Occult papillary microcarcinoma of the thyroid - a potential pitfall of fine needle aspiration cytology?* J Clin Pathol, 48:185-6, 1995.

14) Layfield L.J., Mohrmann R.L., Kopald K.H., Giuliano A.E.: *Use of aspiration cytology and frozen section examination for management of benign and malignant thyroid nodules*. Cancer, 68:130-4, 1991.

15) Nasir A., Chaudhry A.Z., Gillespie J., Kaiser H.E.: *Papillary microcarcinoma of the thyroid: a clinico-pathologic and prognostic review*. In Vivo, 14:367-76, 2000.

16) Monchick J.M., De Petris G., De Crea C.: *Occult papillary carcinoma of the thyroid presenting as a cervical cyst*. Surgery, 129:429-32, 2001.

17) Francomano F., Cotellese R., Francione T., Dell'Osa A., Napolitano L.: *Metastasi linfatiche cervicali cistiche isolate da carcinoma papillifero occulto della tiroide: una diagnosi inusuale e spesso difficile*. G Chir, 21:327-30, 2000.

18) Verge J., Giuxa J., Alejo M., Basas C., Quer X., De Castro J.,

- Autonell J., Serra C.: *Cervical cystic lymph node metastasis as first manifestation of occult papillary thyroid carcinoma: report of seven cases*. Head Neck, 21:370-4, 1999.
- 19) Pardal-de-Oliveira F., Vieira F.: *Occult papillary carcinoma of the thyroid gland with extensive osseous metastases-a case report with review of the literature*. Pathol Res Pract, 195:711-4, 1999.
- 20) Strate S.M., Lee S.L., Childers J.H.: *Occult papillary carcinoma of the thyroid with distant metastases*. Cancer, 54:1093-100, 1984.
- 21) Laskin W.B., James L.P.: *Occult papillary carcinoma of the thyroid with pulmonary metastases*. Hum Pathol, 14:83-5, 1983.
- 22) Hefer T., Joachims H.Z., Hashmonai M., Ben-Arieh Y., Brown J.: *Highly aggressive behavior of occult papillary thyroid carcinoma*. J Laryngol Otol, 109:1109-12, 1995.
- 23) Lin K.D., Lin J.D., Huang M.J., Ieng L.B., Chao T.C., Ho Y.S.: *Clinical presentations and predictive variables of thyroid microcarcinoma with distant metastases*. Int Surg, 82:378-81, 1997.
- 24) Russo F., Barone Adesi T.L., Arturi A., Stolfi V.M., Spina C., Savio A., De Majo A., Uccioli L., Gentileschi P.: *Studio clinic-patologico del microcarcinoma della tiroide*. Minerva Chir, 52:891-900, 1997.
- 25) Tourniaire J., Bernard M.H., Bizollon-Roblin M.H., Bertholon-Gregoire M., Berger-Dutrieux N.: *Papillary microcarcinoma of the thyroid. 179 cases reported since 1973*. Presse Med 27:1467-9, 1998.
- 26) David J.M., Ruaux C., Bachaud J.M., Bonnet F., Lucot H., Boneu A., Suc E., Cabarrot E.: *Multiple localization and lymphatic involvement of papillary microcarcinoma of the thyroid. Results of total thyroidectomy with bilateral lymph node excision. Apropos of 38 patients*. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac, 109:183-7, 1992.
- 27) Sanders L.E., Rossi R.L.: *Occult well differentiated thyroid carcinoma presenting as cervical node disease*. World J Surg, 19:642-6, 1995.
- 28) Cady B., Rossi R.: *An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma*. Surgery 104:947, 1988.
- 29) Iida F., Sugeno A., Muramatsu A.: *Clinical and pathologic properties of small differentiated carcinomas of the thyroid gland*. World J Surg, 15:511, 1991.

Commento

Commentary

Prof. Ercole CIRINO
Ordinario di Chirurgia Generale
Università di Catania

Gli Autori analizzano un argomento peculiare della patologia tiroidea, quale il carcinoma occulto, nei suoi vari aspetti. Il lavoro è svolto con un'impostazione armonica e testimonia l'esperienza selettiva di un biennio.

Il riscontro di un carcinoma occulto per quanto in genere non foriero di "ansia prognostica" non esime da una corretta definizione della stadiazione oncologica, data la possibile coesistenza di metastasi linfonodali o a distanza, e da un idoneo follow-up oncologico.

Gli Autori pur non trascurando la possibilità in casi selezionati di una ablazione ghiandolare parziale, evidenziano che per una ottimizzazione del planning terapeutico, è necessario asportare in toto il parenchima tiroideo al fine di una valutazione radioisotopica ed eventuale terapia radiometabolica.

The authors analyze the peculiar aspects of occult carcinoma of thyroid. The paper flows omogeneously and present the 2-years specific experience in this peculiar aspect of thyroid disease.

The occurrence of an occult carcinoma does not exclude a correct definition of the stage of the neoplasia, because of the occurrence of lymph node and/or haematic metastases, and a correct follow-up.

The authors suggest that in selected patients partial thyroidectomy may be effectual, but in view of an oncologically correct follow-up and radiometabolic treatment, total thyroidectomy is mandatory.

Autore corrispondente:

Dott. Matteo Angelo CANNIZZARO
Università degli Studi di Catania
Servizio Autonomo Clinicizzato di Endocrinochirurgia
P.O.U. San Luigi e Santi Currò
V.le Fleming, 24
95100 CATANIA
Tel.: 095-7594778
Fax: 095-7594751

