

Studio Specialistico di Otorinolaringoiatria del Dott. Fabio Colaboni

Via Suor Maria Mazzarello 31 / Roma – Tel.: 06/7880547



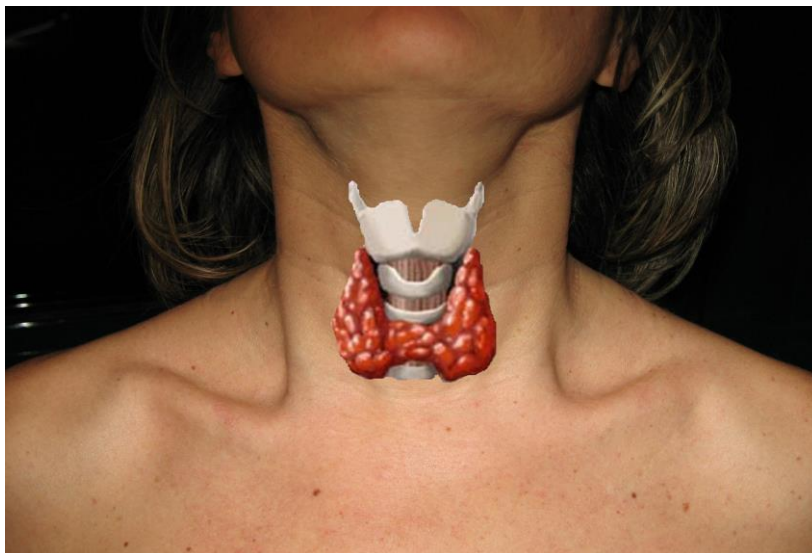
La Tiroide

dell'Otorinolaringoiatra

La tiroide è una ghiandola endocrina situata alla base del collo, davanti alla trachea.

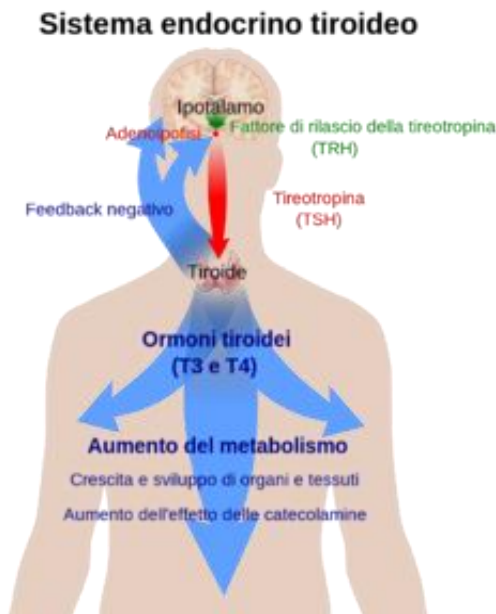
Per ghiandola endocrina s'intende una ghiandola di origine epiteliale che secreta ormoni.

Ha una forma a farfalla, con le ali poste ai lati della laringe (**lobi**) unite tra loro da una parte centrale più sottile (**istmo**).



Gli “**ormoni tiroidei**”, prodotti dalla ghiandola, sono costituiti da aminoacidi contenenti iodio, e sono deputati alla regolazione di numerose funzioni organiche (metabolismo, battito cardiaco, temperatura corporea, accrescimento, ecc...).

La tiroide è a sua volta stimolata da un altro ormone, il **TSH** (ormone tireostimolante), prodotto dall'ipofisi, detta anche “ghiandola pituitaria”, situata nella sella turcica, posta alla base del cervello.



La terapia medica della tiroide è di stretta pertinenza dell'endocrinologo.

L'otorinolaringoiatra entra in gioco quando la tiroide necessita di una terapia chirurgica.

Le patologie chirurgiche più frequenti della tiroide sono rappresentate dallo “struma plurinodulare” (volgarmente detto “Gozzo”) e dalle neoplasie (tumori), che possono essere di natura sia benigna che maligna.

GOZZO o STRUMA PLURINODULARE

Per "**gozzo semplice**" o "**struma**" s'intende un aumento volumetrico della ghiandola tiroide non sostenuto né da fenomeni infiammatori (tiroiditi) né da neoplasie (tumori).



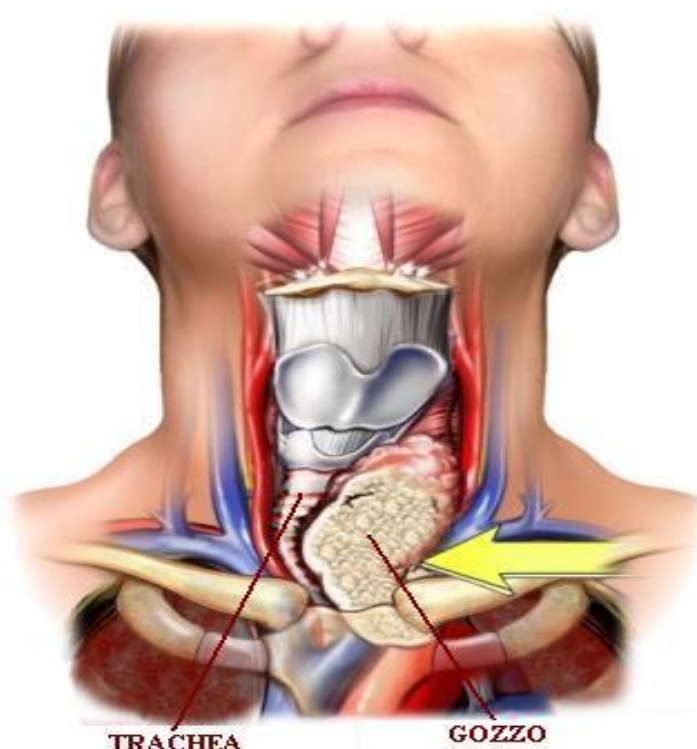
Nei pazienti affetti da “**gozzo**” la tiroide tende a produrre una minor quantità di ormone tiroideo (per carenza alimentare di iodio, familiarità, allattamento ecc...) cui fa seguito un aumento di produzione del TSH (ormone stimolante la tiroide) da parte dell’ipofisi, che ha come effetto l’incremento di volume della ghiandola stessa (ipertrofia).

Esistono regioni geografiche nelle quali è presente una scarsa quantità di iodio nel suolo e che presentano pertanto una elevata incidenza della malattia all’interno della popolazione; tali zone, dette “**gozzigene**”, sono oggi meno diffuse grazie all’introduzione di iodio negli alimenti.

L’aumento volumetrico della tiroide è, in sintesi, un meccanismo di compenso, messo in atto dalla ghiandola nel tentativo di produrre ormoni tiroidei in quantità sufficienti.

L’aumento del volume ghiandolare si ripercuote sull’organismo in modo negativo, causando una serie di segni e sintomi.

Il segno più evidente dello “**struma**” è rappresentato dalla **deformazione estetica del collo**, con comparsa di una **tumefazione globosa**, più o meno accentuata, a seconda delle dimensioni raggiunte dall’organo.

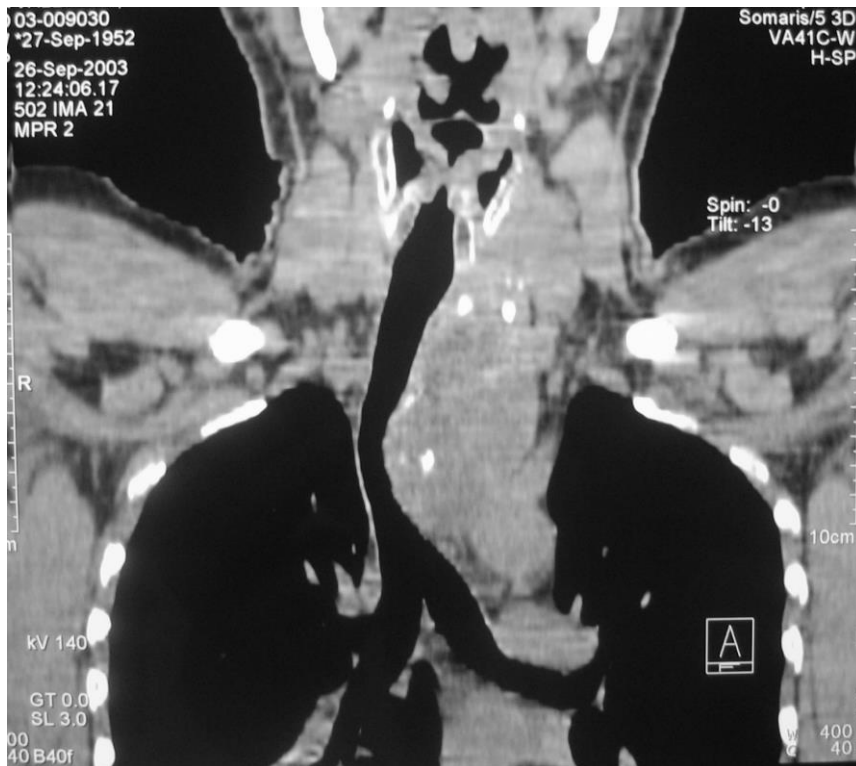


Possono inoltre presentarsi **i sintomi legati alla compressione** esercitata dalla ghiandola ingrandita sugli organi vicini, come difficoltà respiratoria (**dispnea**) per compressione sulla trachea e deglutizione difficoltosa (**disfagia**) per compressione sull'esofago.

In alcuni casi la tiroide, anche se apparentemente piccola, può in realtà essere di notevoli dimensioni, tendendo a crescere più verso l'interno che verso l'esterno, insinuandosi nella regione toracica situata tra i polmoni (regione mediastinica retrosternale) e producendo alterazioni a carico della funzionalità cardiaca e circolatoria (tachicardia, extrasistolia, sindromi vagotoniche, ecc...).

Si parla in questo caso di **“gozzo immerso”**.

Solo un'accurata indagine clinico- strumentale (*ecografia, scintigrafia, TAC, RMN ecc...*) è in grado di stabilire con esattezza le reali dimensioni di un gozzo.



TAC – GOZZO IMMERSO

La **diagnosi** si avvale dei **dati anamnestici** (storia clinica, descrizione dei sintomi, regione di residenza, familiarità ecc...) e **obiettivi** (ispezione del collo, palpazione della ghiandola, ecc....).



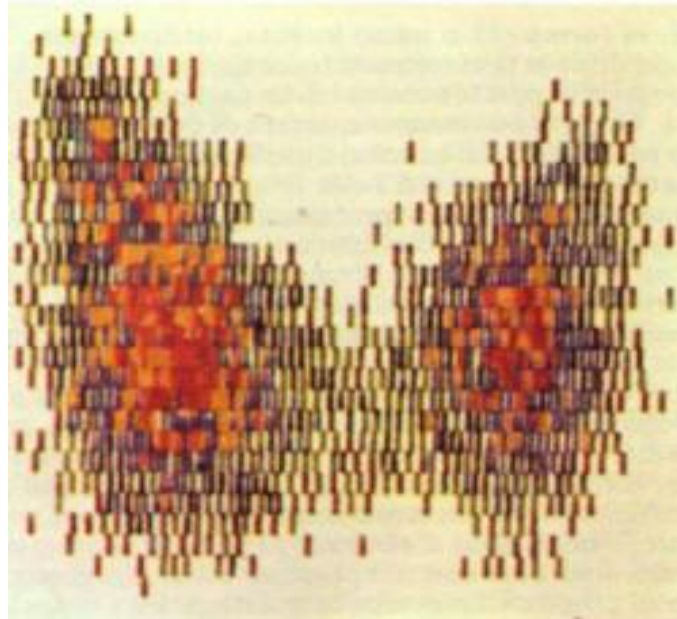
ALPAZIONE DEL COLLO

Gli **esami ematici** evidenzieranno in genere uno stato di normale funzionalità tiroidea, o “**eutiroidismo**”, con FT3, FT4 e TSH del tutto normali.

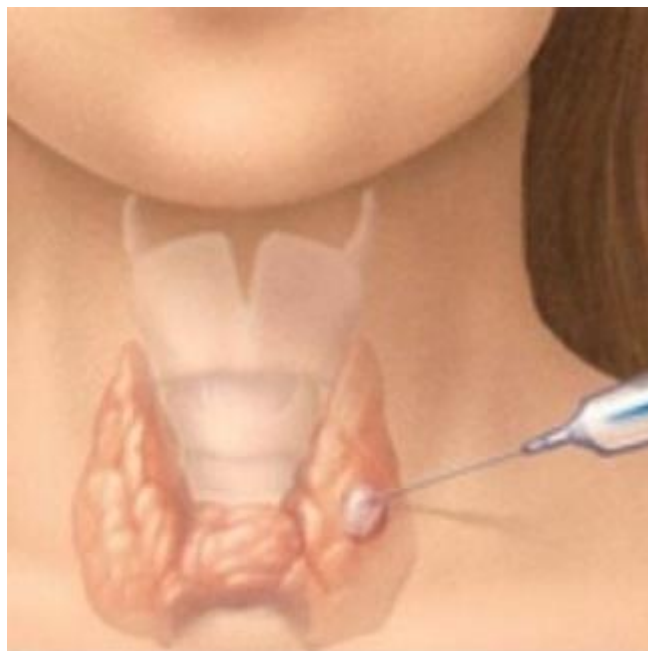
L’**ecografia** tiroidea mostrerà l’ingrossamento dell’organo, con presenza, spesso, nel suo contesto, di noduli solidi e aree cistiche (**tiroide multinodulare**).



La **scintigrafia tiroidea** potrà evidenziare la coesistenza di aree ghiandolari con aumentata funzione (*noduli caldi*) alternati con aree con funzione ridotta (*noduli freddi*).



L'**Ago aspirato**, se necessario **ecoguidato**, seguito da un **esame citologico**, serve spesso al fine di dirimere dubbi diagnostici nei confronti di patologie di natura tumorale.



La terapia medica è di competenza dell'endocrinologo.

La terapia chirurgica è necessaria quando il volume della ghiandola inizia a creare i problemi estetici e funzionali descritti, tenendo presente che quanto più la tiroide è grande, tanto più l'asportazione risulterà indaginoso.

TUMORI BENIGNI

I tumori benigni della tiroide sono rappresentati quasi esclusivamente dagli **“adenomi”**.

Queste neoplasie spesso producono ormoni e possono essere responsabili di un aumento patologico degli ormoni tiroidei nel sangue; in questi casi si viene a profilare un quadro di *ipertiroidismo* (Morbo di Plummer) con tutti i sintomi a esso collegati (irritabilità, insonnia, sudorazione, dimagrimento, tachicardia, stanchezza, ecc...).

TUMORI MALIGNI

I tumori maligni della tiroide sono rappresentati quasi esclusivamente dai **carcinomi** (tumori maligni di origine epiteliale).

È stato stimato che circa il 30% delle tiroidi esaminate in corso di autopsia presenta una forma tumorale, non diagnosticata quando la persona era in vita, a significare che il cancro della tiroide è più comune di quanto si pensi.

Le donne sono più colpite degli uomini nella proporzione di quattro a uno.

Un fattore di rischio accertato è rappresentato dal **“gozzo”**, specie se di notevoli dimensioni e con le caratteristiche multinodulari sopra descritte (presenza di noduli freddi).

Un altro fattore di rischio è **l'esposizione alle radiazioni**.



Studi epidemiologici hanno, infatti, evidenziato come il tumore della tiroide sia più comune in coloro che sono stati sottoposti a cicli di radioterapia per altre forme tumorali, o in coloro che, per vari motivi, sono stati esposti a ricadute di materiale radioattivo (dopo il disastro della centrale atomica di Cernobyl il tumore della tiroide, nelle regioni limitrofe, ha subito un brusco incremento nella popolazione).

I tumori della tiroide rientrano nella categoria degli **adenocarcinomi** (tumori maligni che prendono origine dall'epitelio ghiandolare) e sono istologicamente distinti in ***papilliferi*** (oltre il 75% dei casi) ***follicolari*** (circa il 15%) e ***anaplastici*** (meno del 5% dei casi).

Vi sono poi tumori a carico delle cellule parafollicolari, vicine a quelle che producono gli ormoni, denominati “***carcinomi midollari***”.

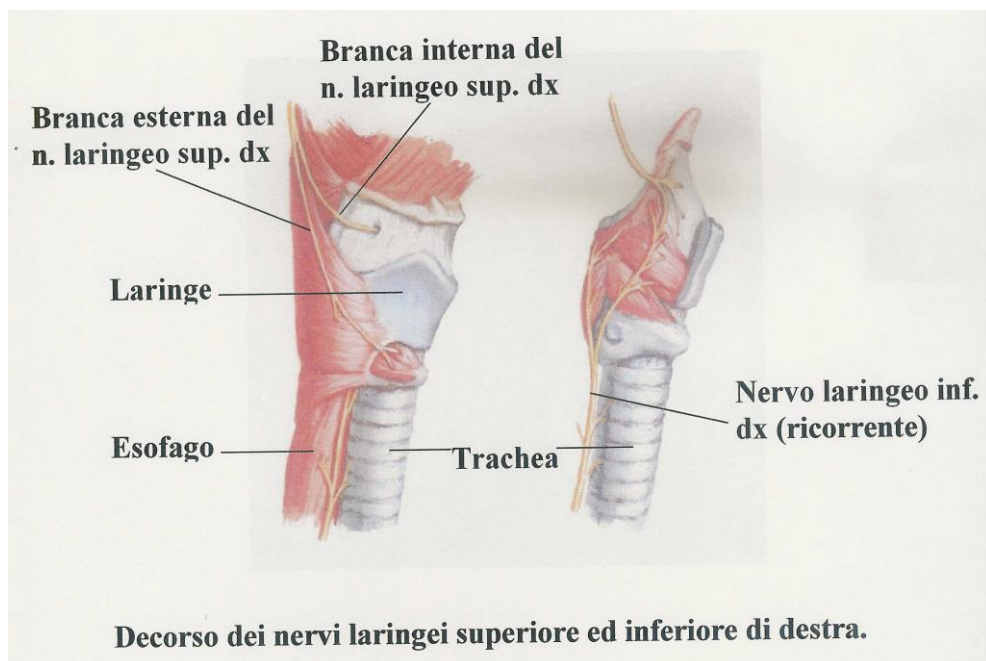
Il “***carcinoma anaplastico***”, fortunatamente il meno frequente, è quello a prognosi peggiore in quanto dà precocemente metastasi a distanza.

La diagnosi si basa sulla valutazione clinico-anamnestica del paziente, supportata da esami strumentali e clinici mirati.

La palpazione evidenzierà la presenza di una tumefazione, nel contesto della ghiandola, di consistenza dura, lignea, spesso aderente ai piani sovra e sottostanti, non necessariamente dolente, con l'eventuale interessamento dei linfonodi del collo.

Il dosaggio nel sangue degli ormoni tiroidei (FT3 – FT4 – TSH), della calcitonina, dell'HTG, ecc... serviranno a indicare un'eventuale alterazione della funzionalità dell'organo.

La fibrolaringoscopia è preziosa al fine di evidenziare alterazioni anatomico-funzionali a carico della laringe, come ad esempio la **paralisi delle corde vocali**, suggestiva di infiltrazione dei nervi ricorrenti (nervi laringei inferiori), nervi che passano nel contesto della tiroide e che sono deputati alla motilità della laringe.



L'esame ecografico, quando documenta la presenza di un nodulo solido, a contorni sfumati, è spesso suggestivo di neoplasia.

La scintigrafia è un esame specifico che prevede la somministrazione di **iodio radioattivo** che viene captato dalle cellule della tiroide.

I noduli captanti lo iodio vengono indicati come “**noduli caldi**”, mentre quelli non captanti si definiscono “**noduli freddi**”.

La TAC con mezzo di contrasto, eventualmente corredata dalla **Risonanza Magnetica Nucleare**, forniscono informazioni preziose circa l'estensione e le caratteristiche del tumore.



RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

L'agobiopsia ecoguidata con esame citologico è sempre necessaria al fine di confermare la diagnosi e di stabilire l'esatta natura istologica del tumore.

TERAPIA

La terapia dei tumori della tiroide è chirurgica e consiste nell'asportazione della ghiandola seguita da **trattamenti oncologici radio-chemioterapici**, a seconda del tipo istologico e dell'estensione del tumore.

Dopo la chirurgia è fondamentale l'intervento dell'endocrinologo per compensare gli squilibri ormonali che la tiroidectomia inevitabilmente comporta.

Nei carcinomi papilliferi e in quelli follicolari, più a rischio di metastasi, il paziente viene trattato successivamente all'intervento con iodio radioattivo (**trattamento radio-metabolico**) che, a causa della sua specificità, raggiungendo solo le cellule tiroidee, è particolarmente efficace e viene utilizzato al posto della classica radioterapia.

La chemioterapia è limitata alle neoplasie avanzate e aggressive (in particolare nel carcinoma anaplastico) e a quelle che hanno già dato metastasi a distanza.

La prognosi è migliore per le neoplasie costituite da cellule in parte funzionanti, che captano cioè i preparati iodati, perché rispondono meglio ai farmaci chemioterapici.

La precocità della diagnosi risulta sempre e comunque un fattore determinante per la guarigione del paziente.