

Uno strano tatuaggio sul collo!!!

Una paziente di 55 anni viene inviata da PS per la comparsa di una voluminosa ecchimosi del collo preceduta da algie trafittive in sede cervicale anteriore.

La paziente è apiretica, i parametri emodinamici risultano nella norma e non ci sono segni o sintomi di tireotossicosi.

Non vengono riferiti traumi del collo o ingestione di corpi estranei.

In anamnesi si segnala esclusivamente un ipotiroidismo primario in tireopatia autoimmune in terapia sostitutiva con levo-tiroxina. Non sta assumendo altri farmaci in particolare anticoagulanti.

I primi esami mostrano:

Analita	risultato	v.n.
FT4 (pg/ml)	13.3	5.5-12.0
TSH (uU/ml)	4.95	0.25-4.50
hTg (ng/ml)	39	<55.0
Calcemia	10.8 mg/dl	8.6-10.5
PT (ratio)	0.96	0.80-1.20
PTT (ratio)	0.99	0.82-1.20

All'ecografia del collo: Tiroide di volume normale bilateralmente normovascolatizzata, ad ecostruttura bilateralmente ipoecogena (++) , disomogenea (+++) per la presenza di aree ipoecogene confluenti, la maggiore e più definita al terzo medio-superiore del lobo sinistro di 6x7x28 mm (0,5 ml) nei piani posteriori. Istmo ipoplasico. Trachea in asse. In sede LCV bilateralmente (LII) si rilevano alcuni linfonodi reattivi il maggiore a destra di 12x4 mm.



Qual è l'ipotesi diagnostica più plausibile?

1. *Dissecazione aortica*
2. *Tiroidite subacuta*
3. *Emorragia spontanea di adenoma paratiroideo*
4. *Emorragia intranodulare tiroidea*

La risposta esatta è la n3

Emorragia spontanea di adenoma paratiroideo

Perché?

Il nostro caso descrive un raro episodio di ecchimosi cervicale anteriore determinata dal sanguinamento di un adenoma paratiroideo.

Gli esami effettuati hanno infatti mostrato livelli di calcio pari a 10.8 mg/dl (v.r. 8.6-10.5 mg/dl), fosforo pari a 3 mg/dl (v.r. 2.5-4.5 mg/dl), calcio ionizzato pari a 1.32 mmol/mol (v.r. 1.15-1.27 mmol/mol) con PTH aumentato pari a 120 ng/ml (v.r. 12-88 pg/ml) e vitamina D di 28 ng/ml. I livelli di calciuria delle 24 ore erano aumentati (pari a 5.0 mg/kg/die) e l'ecografia addome risultava nei limiti di norma.

Lo studio scintigrafico paratiroideo mostrava dopo somministrazione di 99mTc-sestamibi la comparsa di un'area focale e ovalare di aumentata fissazione del tracciante proiettantesi in corrispondenza della porzione media della loggia tiroidea sinistra, supportando l'ipotesi diagnostica di adenoma paratiroideo.

La paziente è stata dunque sottoposta ad intervento di paratiroidectomia superiore sinistra e l'esame istologico ha confermato la diagnosi (EI: reperti compatibili con adenoma prevalentemente a cellule principali).

Benché rara, l'emorragia extracapsulare può costituire la prima presentazione di un adenoma/carcinoma paratiroideo ⁽¹⁾.

Secondo l'ipotesi più accreditata in letteratura, tale sanguinamento sarebbe causato da uno squilibrio tra rapida crescita del tumore paratiroideo e capacità di apporto vascolare ⁽²⁾.

A differenza di quanto accade nel caso di noduli tiroidei emorragici, in cui il sanguinamento è in genere intracapsulare, la capsula paratiroidea è troppo sottile da poter contenere l'emorragia provocando stravasamento ematico nel tessuto sottocutaneo cervicale e mediastinico ^(2,3).

I sintomi/segni più frequenti sono gonfiore, disfagia, dispnea, deglutizione dolorosa, disfonia ed ecchimosi di collo e torace. Una severa compressione emorragica della faringe o della laringe può

determinare restringimento delle vie aeree, mentre la compressione del nervo laringeo ricorrente può indurre paralisi delle corde vocali ^(2,3,4).

La diagnosi differenziale prevede l'esclusione di infezioni, traumi, ingestione di corpi estranei, tiroiditi subacute (per il dolore) e l'aneurisma dissecante dell'aorta ^(3,4).

Tuttavia, l'ecografia tiroidea, l'anamnesi e la clinica in questa paziente escludevano tali diagnosi (risposte errate 1 2 e 4).

In conclusione, in caso di pazienti con ematoma anteriore del collo e dolore alla deglutizione, è opportuno tenere in considerazione la rara possibilità di una emorragia extraghiandola paratiroidea e richiedere il dosaggio della calcemia al fine di una corretta diagnosi differenziale.

Bibliografia di riferimento

1. Bilezikian JP, Khan AA, Silverberg SJ, Fuleihan GE, Marcocci C, Minisola S, Perrier N, Sitges-Serra A, Thakker RV, Guyatt G, Mannstadt M, Potts JT, Clarke BL, Brandi ML; International Workshop on Primary Hyperparathyroidism. Evaluation and Management of Primary Hyperparathyroidism: Summary Statement and Guidelines from the Fifth International Workshop. *J Bone Miner Res.* 2022 Nov;37(11):2293-2314. doi: 10.1002/jbmr.4677. Epub 2022 Oct 17. PMID: 36245251.
2. Ulrich L, Knee G, Todd C. Spontaneous cervical haemorrhage of a parathyroid adenoma. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep.* 2015; 2015:150034. doi: 10.1530/EDM-15-0034. Epub 2015 Jun 1. PMID: 26124955; PMCID: PMC4482155.
3. Merante-Boschin I, Fassan M, Pelizzo MR, Ide EC, Rugge M. Neck emergency due to parathyroid adenoma bleeding: a case report. *J Med Case Rep.* 2009 May 21;3:7404. doi: 10.1186/1752-1947-3-7404. PMID: 19830200; PMCID: PMC2726549.
4. Rehman HU, Markovski M & Khalifa A Spontaneous cervical hematoma associated with parathyroid adenoma. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 182 E632 10.1503/cmaj.091167

Martina Verrienti, [Martina Verrienti, martina.verrienti@edu.unife.it](mailto:martina.verrienti@edu.unife.it)

Maria Rosaria Ambrosio, mbrmrs@unife.it