

LEZIONI
DI MEDICINA INTERNA

I Scuola di Specializzazione in Medicina Interna

direttore
prof. *Francesco Balsano*



Copyright © MMIII, ARACNE EDITRICE S.R.L.
00173 Roma, via R. Garofalo, 133 A/B
tel. (06) 72672222 telefax 72672233

www.aracne-editrice.it
info@aracne-editrice.it

ISBN 88-799-521-4

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

I edizione: ottobre 2003

PREFAZIONE

La necessità di cambiamento nella didattica universitaria è sostenuta a torto o a ragione da più parti. Soprattutto è sotto accusa la lezione accademica. Io sono profondamente convinto che le improvvisate lezioni accademiche non abbiano più ragione di esistere; ma la lezione Accademica (con la A maiuscola) che impegnava profondamente il docente debba mantenere le sue caratteristiche soprattutto perché resta una insostituibile palestra per lo stesso docente e i discenti.

Tuttavia in questo momento si fa un gran parlare di didattica interattiva e a me sembra che questo volume rappresenti un esempio di quello che dovrebbe essere la partecipazione attiva dei discenti all'insegnamento.

Presento pertanto con molto piacere la raccolta di alcuni casi clinici che hanno fatto parte del corso di lezioni del V anno della I Scuola di Specializzazione in Medicina Interna e che sono stati preparati, in collaborazione con gli specializzandi, e da loro presentati ai colleghi più giovani. Proseguiremo su questa strada anche nei prossimi anni alternando lezioni Accademiche a lezioni interattive avendo come obiettivo una migliore preparazione degli specializzandi, il cui impatto con il mondo del lavoro è stato finora molto soddisfacente.

Prof. Francesco Balsano

Capitolo I

LINFOMA DI HODGKIN

a cura del dott. Alessandro Esposito

Sig.ra F.I. di anni 15, studentessa.

Disturbo principale soggettivo

La pz. giunge in reparto per il riscontro, due settimane prima del ricovero, di una linfadenopatia in sede ascellare sinistra; su consiglio del medico di fiducia la paziente si sottoponeva a terapia con FANS per una settimana (bromelaina).

Per il persistere della linfadenopatia, la paziente eseguiva un'indagine ecografica della spalla sinistra che documentava in corrispondenza della regione sopra e sottoclaveare sinistra, del prolungamento ascellare della mammella di sinistra e nel cavo ascellare omolaterale, la presenza di plurime formazioni nodulari. Le formazioni descritte, ipoecogene, ben separate tra loro, mostravano dimensioni massime di cm 3.5, cm 3.4, cm 3 e cm 2.9 da riferire verosimilmente a linfonodi aumentati di volume. Assenza di linfadenomegalie in sede laterocervicale e sottomandibolare di sinistra.

La paziente si recava presso il P.S. di un ospedale di Roma dove veniva confermata la presenza della linfadenopatia e veniva sottoposta ad un controllo radiologico del torace che non rilevava alterazioni pleuroparenchimali, seni costofrenici liberi, ombra cardiaca nei limiti della norma. Gli esami ematochimici eseguiti in regime d'urgenza (emocromo, azotemia, creatininemia e coagulazione) risultavano nei limiti della norma.

La paziente veniva quindi trasferita al policlinico Umberto I nel nostro reparto per le cure e gli accertamenti del caso.

Anamnesi familiare

Madre di 44 anni in a.b.s. Padre di 62 anni in a.b.s. Una sorella gemella ed un fratello più grande in a.b.s.

Anamnesi fisiologica

Nata da parto cesareo a 8 mesi. Allattamento materno. Regolare sviluppo

psico-fisico. Studentessa II anno scuola media superiore. Menarca a 13 anni, regolare per cicli di ritorno, per quantità e durata. Alvo regolare. Diuresi fisiologica. Non allergie a farmaci ed alimenti.

Esame obiettivo

Soggetto in discrete condizioni generali, psiche lucida, sensorio integro, decubito indifferente.

Facies: composita.

Cute: rosea elastica, sollevabile in pliche. Annessi cutanei: normorappresentati.

Mucose visibili: umide, ben irrorate.

Respiro: eupnea.

Temperatura cutanea 37° C.

PA 110/60 Fc 88 b.p.m.

Sistema muscolare: tonico-trofico.

Apparato osteoarticolare: apparentemente indenne.

Stazioni linfoghiandolari: presenza di due linfonodi in sede sottoclaveare e cavo ascellare di sinistra, delle dimensioni di una nocciola, di consistenza duro-elastica, con caratteri di fissità rispetto ai piani profondi, non dolenti ne' dolorabili alla palpazione.

Capo: normoconformato, globi oculari in asse, pupille isocoriche, isocliche normoreagenti alla luce, all'accomodazione ed alla convergenza.

Collo: Cilindrico, non dolente ai movimenti attivi e passivi di flesso-estensione e lateralizzazione. Tiroide non palpabile. Polsi carotidei e succlavi presenti e validi bilateralmente.

Torace: conico, emitoraci simmetrici e normoespandibili. F.V.T. normotrasmeso su tutto l'ambito. Apici in sede, suono chiaro polmonare, basi mobili. M.V. fisiologico, assenza di rumori aggiunti.

Apparato cardiovascolare: itto palpabile al V spazio intercostale sinistro sulla emiclaveare. Aia cardiaca nei limiti. Toni netti. Pause libere.

Polsi periferici: presenti e validi.

Mammelle: conformi per età e sesso, capezzoli in asse normoestroflessi, ben epitelizzati, alla palpazione non si apprezzano tumefazioni patologiche.

Apparato urinario: Giordano negativo bilateralmente, punti ureterali superiori e medi non dolorabili.

Addome: piano, cicatrice ombelicale normointroflessa, trattabile, non dolorabile alla palpazione superficiale e profonda.

Timpanismo ileocolico come di norma, peristalsi presente e valida. Fe-

gato e milza margini inferiori non palpabili. ROT presenti e suscetibili come di norma. SNC: non apparenti deficit di forza e sensibilità.

LINFOADENOPATIA	<p>È necessario verificare accuratamente la storia clinica di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ patologie recenti o croniche ➤ assunzione di farmaci ➤ tumefazione linfonodale acuta o cronica ➤ viaggi ➤ traumi
LINFOADENOPATIA	<p>Può essere distinta in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Regionale (singola stazione linfonodale) ➤ Generalizzato (tre o più stazioni linfonodali, in genere comprendenti un'adenopatia cervicale, ascellare e inguinale, spesso accompagnata da una splenomegalia)
LINFOADENOPATIA	<p>Verificare le caratteristiche dell'interessamento linfonodale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ linfonodi dolenti o non dolenti ➤ linfonodi isolati o a pacchetti ➤ linfonodi mobili o adesi <p>considerare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ dimensioni ➤ localizzazione ➤ consistenza ➤ reazione cutanea, suppurazione o formazione di fistole associate

Segno guida: linfoadenomegalia

Definizione

Tumefazione di un linfonodo dovuta a proliferazione delle cellule che lo costituiscono o a infiltrazione da parte di cellule normalmente non presenti.

Meccanismi patogenetici di ingrandimento linfoghiandolare

- aumento del numero dei linfociti o macrofagi, in una esaltata risposta immunitaria;

LINFOADENOPATIE REGIONALI	Cause abituali di adenopatie regionali: <ul style="list-style-type: none"> - infezioni locali - neoplasie maligne Dati utili per la diagnosi <ul style="list-style-type: none"> ➤ localizzazione dei linfonodi ➤ consistenza dei linfonodi ➤ presenza di una sindrome linfonodale, quale: <ul style="list-style-type: none"> - Lesione da inoculazione (ulcera) con linfoadenopatia satellite e sintomatologia sistemica - Lesione genitale con linfoadenopatia satellite - Faringite con linfoadenopatia satellite
------------------------------	--

LINFOADENOPATIE GENERALI	Possibili cause abituali di adenopatia generalizzata: <ul style="list-style-type: none"> - infezioni: virali, batteriche, micotiche, protozoarie - infiammazioni: connettiviti, infiammazione cutanea - sarcoidosi - ipersensibilità - malattie metaboliche - neoplasie maligne: ematologiche o metastatiche
-----------------------------	--

- infiltrazione da parte di cellule infiammatorie in corso di processi infettivi;
- infiltrazione da parte di cellule tumorali metastatiche proliferazione tumorale dei linfociti costituenti il linfonodo (linfoma).

L'aumento di dimensioni dei linfonodi non deve essere sempre considerato segno di malattia. Nel bambino, un certo ingrandimento dei linfonodi è considerato fisiologico; nell'adulto un aumento di dimensioni dei linfonodi inguinali è reperto comune e non preoccupante. Inoltre, nei lavorato-

ri manuali è frequentemente possibile riscontrare linfonodi ascellari o del gomito di dimensioni aumentate di natura infiammatoria.

Una linfadenopatia generalizzata può essere segno di un processo infettivo generale (brucellosi, tubercolosi, toxoplasmosi, mononucleosi) o di un linfoma in stadio avanzato; una linfadenopatia localizzata indica piuttosto un processo infettivo localizzato, o in qualche caso, la sede di un processo tumorale, primitivo o metastatico.

Un linfonodo duro isolato in qualsiasi sede dovrebbe spingere prontamente a un esame accurato della cute e dei tessuti molli nel territorio a monte del linfonodo.

Se non si evidenzia la lesione primaria, va sempre eseguita una biopsia del linfonodo.

Se la biopsia non conferma la neoplasia maligna sospettata, va sempre eseguita una coltura tessutale sulla biopsia per la ricerca di batteri, miceti e bacilli acidoresistenti.

LINFOADENOPATIE REGIONALI	
<i>PATOLOGIE</i>	LINFONODI INTERESSATI
Infezioni oculari o orbitali	Auricolari anteriori
Rosolia, infezioni del canale uditivo esterno	Auricolari posteriori
Lesioni del cuoio capelluto (micosi, punture di insetti, etc.)	Sottoccipitali
Infezioni orali o dentarie	Sottomentonieri o sottomandibolari
Neoplasie maligne della bocca, faringe e laringe	Anteriori del collo e sottomandibolari (duri)
Linfoma, leucemia	Cervicali (elastici)
Infiammazione faringea (virale, batterica)	Cervicali anteriori (ingrossati, dolenti)
Metastasi a partenza da polmoni, esofago, cuore; a sinistra linfonodo sentinella del carcinoma gastrico	Sopraclaveari (non dolenti, duri)
Sporotricosi, malattia da graffio di gatto (quest'ultima talvolta da adenopatia generalizzata); infezioni distali, dermatite	Epitrocleari e ascellari (molli, dolenti)
Metastasi a partenza dalla mammella	Ascellari (non dolenti, duri)
Herpes genitale, gonorrea, infezione degli arti inferiori	Inguinali (dolenti)
Sifilide, linfogranuloma venereo	Inguinali (duri, non dolenti)
Metastasi a partenza da vulva, ano, porzione inferiore del retto, testicolo, prostata.	Inguinali (duri)

Esami ematochimici della paziente (All'ingresso in reparto) :

- G.R. 4.270.000/mm³,
- Hb 12.4 g/dl,
- HCT 35.3 %,
- MCV 82.6,
- G.B. 7.700/mm³,
- neutrofilii 60.5 %,
- eosinofili 2.4 %,
- monociti 15.3 %,
- linfociti 21.50%,
- basofili 0.3 %,
- piastrine 291.000/mm³,
- glicemia 70 mg/dl,
- azotemia 19.10 mg/dl,
- creatininemia 0.94 mg/dl
- Sodiemia 137.3 mEq/L,
- potassiemia 4.56 mEq/L,
- uricemia 3.39 mg/dl,
- trigliceridemia 23.20 mg/dl,
- colesterolemia 89 mg/dl (vn 120–220),
- col. HDL 34 mg/dl
- col. LDL 34 mg/dl
- VES 30,
- sideremia 44 mcg/dl (vn 50–150),
- AST 14 U/L,
- ALT 19.5 U/L,
- LDH 155 U/L,
- Gamma GT 12.20 U/L
- BILT 0.52 mg/dl,
- BILD 0.23 mg/dl,
- Ck 47 U/L,
- calcemia 8.5 mg/dl,
- fosfatemia 4.3 mg/dl,
- proteine totali sieriche 7 g/dl,
- albumina 51.5 %,
- globuline alfa1 4.4. %,
- globuline alfa2 12.9 %,

- globuline beta 10.2 %
- **globuline gamma 21 %** (vn 9–18 %)
- A/G 1.06
- Tempo di protrombina 14.4 sec
- INR 1.23,
- fibrinogeno 401 mg/dl, aPtt 1.26

Ulteriori indagini ematochimiche eseguite:

HBsAg	NEGATIVO
HCV-3	NEGATIVO
ANTICORPI ANTI TOXOPLASMA IgM IgG	NEGATIVI
ANTICORPI ANTI EBV: EA E VCA	NEGATIVI

Ecografia addominale: fegato aumentato di volume iperriflettente come per una condizione steatosica di media entità. Nella norma il calibro della vena porta (mm 9.7), colecisti dismorfica alitiasica. Ecograficamente indenne il pancreas. Milza di normale volume (D.L. cm 9.6, D. A–P cm 5.0) ecostruttura conservata.

TC del torace: assenza di tumefazioni linfonodali in sede mediastinica ed ilare. Presenza di voluminose masse linfonodali conglobate (4/5 cm) nel cavo ascellare a sinistra; linfonodi di 1.5 cm nel cavo ascellare a destra. Assenza di noduli nel parenchima polmonare.

TC Addome Pelvi con mezzo di contrasto: non evidenza di lesioni occupanti spazio nel parenchima epatico. Modico aumento volumetrico della milza con densità omogenea del parenchima. Nella norma pancreas, surreni e reni. Non ectasia delle vie escretrici. Non sono presenti adenopatie in sede paraortocavale, a livello delle stazioni iliache comuni interne ed esterne ed in sede inguinale. Regolare morfologia della vescica e dell'utero. Formazione cistica di 1.5 cm in sede ovarica destra con piccola cisti funzionale di 1 cm in sede ovarica sinistra.

Elettrocardiogramma: Ritmo sinusale F.C: 65 b.p.m., non alterazioni significative della ripolarizzazione ventricolare.

Ecocardiogramma: ventricolo sinistro di volume normale con normali spessori parietali e buona cinesi globale. Atrio sinistro e cavità destre normali. Apparati valvolari normali.