

CASO CLINICO pubblicato dal Dott. Davide Favali – <http://www.iospallanzani.it/?p=1040>

19 settembre 2009: un paziente di 66 anni affetto da ipertensione arteriosa non in trattamento farmacologico è stato inviato in PS dal proprio MMG per comparsa da circa un mese di edemi declivi ingravescenti associati ad impotenza funzionale agli arti inferiori, astenia, inappetenza, febbricola serotina trattata con paracetamolo, contrazione della diuresi e riferito calo ponderale. Il paziente lavora come agricoltore e vive solo, è celibe, non ha mai fumato, non beve alcoolici, ha una dieta varia e nega allergie; l'anamnesi familiare è muta, ed ha sempre goduto di buona salute, lamentando solo qualche episodio bronchitico e riferendo interventi di tonsillectomia ed ernioplastica inguinale bilaterale.

Tre giorni prima il proprio MMG gli aveva richiesto una routine ematica che aveva mostrato leucocitosi neutrofila (13750/mmc), creatinina di 1,69 mg/dl per un filtrato glomerulare calcolato secondo MDRD di 49,4 ml/min, albuminemia di 2,58 g/dl e colesterolemia totale di 101 mg/dl, PSA totale 65,68 mg/ml, TSH 0,009 U/ml ed FT4 2,34 ng/ml, proteinuria 70 mg/dl con esterasi leucocitarie positive e lieve componente monoclonale in zona gamma globuline, severa batteriuria e cilindri ialino-granulosi urinari.

Il 19-09 il paziente aveva appoggiato male una gamba mentre lavorava nei campi e da allora faticava a muoversi.

In PS obiettivamente il paziente presentava edemi declivi improntabili, mucose asciutte, soffio protosistolico sui 4 focolai d'auscultazione, prostata calda, tumefatta, lievemente dolente, impotenza agli arti inferiori con difficoltà a mantenere il Romberg, PA 125/95 mmHg, FC 100 b/min R, sat O₂ 98% in AA e TC 37°C.

Gli esami ematici mostravano leucocitosi 15000/mmc), creatinina a 2,2 mg/dl, Hb 11 g/dl, PCR 26,06 mg/dl e AST e ALT aumentate (rispettivamente 59 e 53 U/l).

L'RX torace è risultato negativo per focolai pleuroparenchimali a focolaio in atto.

La diagnosi conclusiva di ricovero dal PS è stata di insufficienza renale con proteinuria ed edemi declivi, febbricola serotina dnnd.

All'ingresso in reparto abbiamo eseguito l'ecografia renale che ha mostrato reni di dimensioni nella norma (circa 10 cm) con spessore cortico-midollare conservato, non idronefrosi; è stato posizionato un CV, iniziato furosemide per os alfa-litico e tiamazolo, richiedendo una consulenza urologica.

Sono inoltre state eseguite le emocolture in corso di puntata febbrile (TC 38°C).

L'urologo ha sospettato un quadro di prostatite acuta e consigliato terapia con ciprofloxacina 500 mg ogni 12 ore per 20 giorni e tamsulozina per 30 giorni, con successiva rimozione del CV e ripetizione del PSA dopo 3 mesi; è stata quindi intrapresa tale terapia ne sospetto di uno stato settico da prostatite acuta complicato da peggioramento della funzionalità renale.

L'ecografia addome ha mostrato solo un fegato di dimensioni lievemente aumentate con un piccolo angioma epatico al V° segmento epatico ed una cisti corticale di 48 mm al polo superiore del rene destro.

Il controllo dell'RX torace ha descritto invece congestione ilo-perivasale.

E' stata eseguita quindi l'ecocardiografia che ha mostrato ipertrofia parietale concentrica del ventricolo sinistro, lieve insufficienza aortica, EF > 60%.

I successivi esami richiesti (urocoltura, emocolture, HCV, HBV, HIV, crioglobulinemia, ANA, ANCA, C3, C4, proteinuria di Bence-Jones) sono risultati negativi; IgG e IgA sono risultate normali, le IgM basse.

Il profilo tiroideo ha confermato un TSH soppresso (0,009 micU/ml) con FT4 normale ed FT3 bassa ed anticorpi anti-TSH, TPO e TG negativi.

La beta2microglobulina e la ferritina sono risultate aumentate.

Dopo 5 giorni di trattamento con ciprofloxacina la febbre persisteva per cui si associava ceftazidime 2 gr ev. ogni 8 ore e venivano richieste la reazione di Widal-Wright e gli anticorpi contro la Rickettsia Conori risultati entrambe negativi.

Nei giorni successivi l'ipertensione si è risolta ma il paziente ha presentato difficoltà nella ripresa della deambulazione e deficit distale nella dorsiflessione del piede, assenza dei riflessi e deficit della sensibilità superficiale profonda agli AAI per cui è stata richiesta una consulenza fisiatrica che ha posto indicazione alla FKT.

È stata anche eseguita una TC cerebellare (nel sospetto di ischemia cerebellare) che ha mostrato un quadro di encefalopatia vascolare cronica.

Il 05-10 la funzione renale era rientrata nella norma (1 mg/dl di creatinina) ma si era manifestata iperglicemia a digiuno in più occasioni per cui è stata iniziata metformina; il PSA era ancora elevato (50 ng/ml) e la PCR si era negativizzata.

Durante la degenza il paziente aveva presentato un calo ponderale di 5 Kg.

Il 16-10 è stata inoltre eseguita l'elettromiografia che ha descritto grave sofferenza assonale motoria e sensitiva, disto-proximale, ai 4 arti con possibile diagnosi di Sindrome di Guillain-Barre' o CIP; il paziente è stato quindi trasferito in Neurologia, dove è stata eseguita la rachicentesi con studio liquorale risultato normale.

Durante la degenza ha eseguito la visita endocrinologica con riscontro di iperplasia adenomatosa della tiroide e visita ematologica che ha concluso per un quadro di gammopatia monoclonale IgM transitoria di accompagnamento ad infezione in acuto.

Dalla Neurologia il paziente è stato trasferito in RRF con diagnosi di polineuropatia assonale sensitivo-motoria in diabete mellito, encefalopatia vascolare cronica, ipertensione arteriosa; qui ha eseguito riabilitazione motoria, addestramento per l'autonomia nelle attività della vita quotidiana e alla dimissione sono stati prescritti 2 tutori dinamici per la plegia distale bilaterale e per migliorare lo schema del passo.

I successivi controlli clinici e strumentali eseguiti in post-dimissione hanno confermato la persistenza di una grave sofferenza assonale sensitiva e motoria ai 4 arti prevalente agli arti inferiori dove non sono risultate evocabili le risposte motorie e sensitive; agli arti superiori si sono invece registrate risposte sensitive di piccola ampiezza assenti all'esame precedente.