

GIUSEPPE RESSA

# I casi clinici del dottor Cretinetti

*Commentati da* RENATO ROSSI

*Introduzione di*  
RICCARDO DE GOBBI

*Vignetta di copertina disegnata  
dal  
DOTTOR ENZO BRIZIO,  
medico di famiglia  
in Fossano (CN)*

*Copyright 2026*

EDIZIONE FUORI COMMERCIO

*Alla memoria di Enzo Brizio,  
fondatore della mailing list di Clinica medica "Ippocrate"  
... e tanto altro.*



## Indice

|          |   |
|----------|---|
| Premessa | 9 |
|----------|---|

### Introduzione

#### LA DIAGNOSI

*a cura di*

RICCARDO DE GOBBI

|                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| La Clinica Medica: dalla riflessione critica<br>alla pratica quotidiana                                   | 11 |
| La logica del ragionamento diagnostico                                                                    | 12 |
| Le euristiche e le loro insidie                                                                           | 14 |
| Il metodo per aumentare la probabilità<br>di una corretta diagnosi                                        | 17 |
| Capacità e Contenuto medio informativi di un test                                                         | 19 |
| La soglia di indagine - La soglia di terapia                                                              | 19 |
| Il cosiddetto "Occhio Clinico"                                                                            | 20 |
| Se la diagnosi non è ancor chiara...                                                                      | 23 |
| La grande importanza dei RED FLAGS                                                                        | 24 |
| Impariamo dai nostri errori: quante cose<br>ci può insegnare l'analisi di un comune errore<br>diagnostico | 27 |
| Brevissima guida per ridurre gli errori diagnostici                                                       | 32 |

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| I CASI CLINICI                             | 34 |
| Nando il fiumarolo                         | 35 |
| Quella strana malattia sessuale            | 37 |
| Quella strana trombosi                     | 39 |
| Quel cuore che non c'entrava               | 42 |
| Quel buio ingannatorio                     | 44 |
| Quelle strane lesioni alle gambe           | 46 |
| Quella strana artrosi                      | 48 |
| Quella brutta faccia storta                | 50 |
| Quegli strani testicoli                    | 54 |
| Quel paziente sudicione                    | 56 |
| Quell'amante distratto                     | 58 |
| I due Cretinetti e quella strana anemia    | 61 |
| Quello strano diabete                      | 64 |
| Quelle strane coliche renali               | 66 |
| Quei peperoni assassini                    | 69 |
| Quando un'analisi confligge con la Clinica | 70 |
| Quel falso peccato di gola                 | 72 |
| Quella aspirina negata                     | 75 |
| Quell'animale nascosto                     | 77 |
| Quello strano mal di gola                  | 79 |
| Quella falsa epilessia                     | 81 |
| Quella strana artrosi cervicale            | 84 |
| Cretinetti e i fans                        | 86 |
| Quella reprimenda del barone               | 89 |
| Quegli inutili ormoni sessuali             | 91 |
| Quel ticchettio sinistro                   | 94 |
| Cretinetti e quell'occhietto ammiccante    | 96 |
| Cretinetti e il lifting della diva         | 99 |

|                                            |     |
|--------------------------------------------|-----|
| Quella gioiosa amazzone                    | 102 |
| Cretinetti e la maledizione di Raffaello   | 107 |
| Cretinetti e il pel di carota              | 111 |
| Quelle strane perdite di coscienza         | 114 |
| Cretinetti e la donna delle pulizie        | 117 |
| Quella febbre del riccone                  | 119 |
| Cretinetti e il poker                      | 123 |
| Cretinetti e la lampadina ad intermittenza | 127 |
| Cretinetti ed il servaggio intellettuale   | 130 |
| Cretinetti e quell'incredibile abbaglio    | 133 |
| Cretinetti e quella strana tiroide         | 136 |
| Cretinetti e quello strano sassolino       | 140 |
| Cretinetti e gli occhiali del pokerista    | 143 |
| Quelle neglette goccioline                 | 145 |
| Cretinetti e l'ingombrante collega         | 148 |
| Cretinetti e quell'incolpevole cervello    | 151 |
| Lazzaro, alzati e cammina                  | 154 |
| Larcombe o Spinoza?                        | 156 |
| Ogni lasciata è persa                      | 159 |
| Quel magnifico stallone                    | 163 |
| Me ne fotto!                               | 166 |
| Quella comunicazione che non c'entrava     | 168 |
| Il cancellino e la lavagna                 | 172 |
| Cuore o cervello?                          | 175 |
| Le venne una grossa idea                   | 177 |
| Ma le gambe, ma le gambe...                | 179 |
| Quell'addome dolente...                    | 181 |
| Ci ho una certa...                         | 183 |
| Il cervello del medico e la tecnologia     | 186 |

|                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Coronavirus o no?                                                                 | 188 |
| Covid-19 colpisce ancora                                                          | 192 |
| Il disco incantato                                                                | 195 |
| Quella ossessione virale                                                          | 199 |
| La scorciatoia diagnostica                                                        | 200 |
| La solita paziente ansiosa!                                                       | 203 |
| La pensione                                                                       | 205 |
| Le connessioni diagnostiche                                                       | 207 |
| Quando arrivare tardi cambia poco                                                 | 209 |
| Il fattore "C"                                                                    | 211 |
| La Clinica! La Clinica!                                                           | 214 |
| Quell'epicureo in smobilitazione                                                  | 216 |
| La diagnosi fatta <i>"a voce"</i>                                                 | 218 |
| Cara paziente parente                                                             | 220 |
| Miglior medico è colui che è stato anche paziente                                 | 225 |
| La fiducia è una cosa seria che si dà<br>alle persone serie (dalle persone serie) | 227 |
| "Botte piena e moglie ubriaca?"                                                   | 230 |
| "Ma basta un esame delle urine!"                                                  | 233 |
| Tributo                                                                           | 238 |

## PREMESSA

La generazione dei “Baby-Boomer” era convinta di poter cambiare il mondo con il proprio impegno e incontrò nelle aule universitarie gli ultimi Grandi Maestri della Clinica Medica, personaggi talora autoritari e burberi ma innamorati della professione medica, desiderosi di trasmettere conoscenze e competenze acquisite in decenni di acute osservazioni e di continuo gravoso impegno.

In questo favorevole contesto didattico-formativo si assisteva al prepotente irrompere, nel campo diagnostico, della “Tecnica” che vide affiancarsi, alla radiologia tradizionale, l’ecografia, la tomografia computerizzata, la risonanza magnetica e tanto altro.

La Clinica medica è, da allora, radicalmente mutata e secondo alcuni non è più praticata perché superata dalla tecnologia.

In realtà le tre regole auree della clinica ovvero la Anamnesi (raccolta della storia sintomatologica del paziente, ascoltandolo nelle sue espressioni verbali e osservando i messaggi non verbali del linguaggio corporeo), l’Esame Obiettivo (praticato in maniera sistematica utilizzando tutti i nostri cinque sensi e, se possibile, anche il “sesto”...) ed il Ragionamento Clinico (basato sulla formulazione di ipotesi da confermare o confutare), devono essere ancora utilizzate, e con successo, specie se integrate con i preziosi apporti che le ricerche sulle strategie decisionali - psicologia cognitiva hanno fornito e continuano a fornire a noi tutti (non dimentichiamo il Premio Nobel a Kahneman proprio per questi studi...).

Nella pratica clinica dovremmo quindi integrare le nostre conoscenze di semeiotica classica con i rapporti

degli studi sulle euristiche decisionali, sui bias procedurali, sugli errori e sulle metodiche di identificazione e di correzione.

Si tratta in altri termini di sottoporre il nostro stesso ragionamento diagnostico a rigorose verifiche sui presupposti, sul processo e sui risultati (Quale è la nostra ipotesi iniziale? Per quali motivi la abbiamo formulata? Quali dati la confermano e quali la smentiscono? La nostra ipotesi è rafforzata o indebolita dalla nostra verifica? Quali ipotesi alternative possiamo formulare? Tra queste ipotesi ve ne è qualcuna che è più coerente con anamnesi e riscontro di sintomi e segni? È opportuno prendere in considerazione questa nuova ipotesi?).

In ogni caso anche con le migliori intenzioni prima o poi sbaglieremo: in questi casi sarà fondamentale identificare con chiarezza gli errori e risalire alle procedure non corrette che ci hanno portato ad errare.

In questo libro si raccontano storie reali che integrano il campo strettamente “professionale-tecnico” con la complessa e contraddittoria umanità sia del paziente sia del medico, diversa per il ruolo ma simile per il suo carico di ansia ed incertezza, gioia e tristezza.

C'è una bella differenza tra l'“essere medico” ed essere un “tecnico della salute”, quello per intendersi del “Sorry, you have a cancer”, il quale, magari, non vede l'ora di passare al paziente successivo: del resto è stato affermato che “per essere un bravo medico bisogna essere, per prima cosa, una brava persona”.

Nella narrazione dei casi clinici, il dottor Cretinetti ed il dottor Falchetto sono spesso due figure che, nella realtà quotidiana, coesistono e si alternano nella medesima persona.

## LA DIAGNOSI

a cura di  
RICCARDO DE GOBBI

### LA CLINICA MEDICA: DALLA RIFLESSIONE CRITICA ALLA PRATICA QUOTIDIANA

*La nostra mente è la risorsa più importante che abbiamo, la più complessa conosciuta nell'Universo: non rinunciamo ad usarla...*

Alcuni anni fa una sentenza della Corte di Cassazione (12 gennaio 2018, sentenza numero 15178/2018) ha destato scalpore in quanto ha condannato in via definitiva un neurologo che si era limitato ad escludere problemi di propria competenza, in una paziente che aveva presentato episodi di perdita di coscienza e che era poi deceduta per grave cardiopatia aritmogena.

Sempre più spesso leggiamo, nella nostra pratica quotidiana referti di iper-specialisti che si limitano a campi di indagine e di azione sempre più profondi ma sempre più ristretti; nel frattempo in tutto il mondo milioni di pazienti consultano dr. Google, vari symptom-checkers, e recentemente le Intelligenze Artificiali LLM (Chat-Gpt, Gemini, Perplexity ecc).

In questo contesto, ci sono fortissimi dubbi, che una eventuale “ignoranza naturale”, nella valutazione di una problematica di salute, possa essere superata con l'aiuto della “intelligenza artificiale” perché troppi fattori entrano in ballo nel ragionamento diagnostico.

Quest'ultimo, seppure impegnativo, ci costringe a riflettere analiticamente ed a concludere sinteticamente, migliorando le nostre capacità cognitive anche al di fuori dell'ambito professionale.

## LA LOGICA DEL RAGIONAMENTO DIAGNOSTICO

Per effettuare una diagnosi corretta è indispensabile, in primis, raccogliere una accurata anamnesi, con la evidenziazione dei sintomi e ricercare attentamente i segni tramite l'esame obiettivo.

I grandi clinici del secolo scorso utilizzavano questi dati come premesse di un ragionamento logico deduttivo che consentiva una diagnosi clinica spesso corretta ed esauriente.

Ricordiamo che la clinica medica della prima metà del Novecento fu in grado di diagnosticare senza sussidi laboratoristici e strumentali una consistente parte delle malattie infettive ma anche quadri clinici come ictus, infarti e malattie infettive come la tubercolosi.

La logica tradizionale, prezioso strumento di quegli anni, dimostrò tuttavia alcuni seri limiti, che furono dapprima evidenziati e successivamente superati dalle ricerche della psicologia cognitiva ed in particolare della psicologia dei processi decisionali.

La logica deduttiva, basata sulla relazione di causa-effetto, consente di formulare conclusioni certe solo se vi è una forte correlazione tra la presenza del segno o sintomo e la malattia, oppure tra la sua assenza e la assenza di malattia: in termini di percentuale il segno o sintomo deve essere presente nel 100% dei casi di ma-

lattia e deve essere assente nel 100% delle persone non malate.

Sfortunatamente le correlazioni assolute sono eventi piuttosto rari, nella migliore delle ipotesi abbiamo a disposizione solo i valori di:

*Sensibilità* (di quel sintomo, segno o esame) = percentuale dei **positivi** *in presenza* di una determinata patologia (i rimanenti sono, evidentemente, dei **falsi negativi**)

*Specificità* (di quel sintomo, segno o esame) = percentuale dei **negativi** *in assenza* di una determinata patologia (i rimanenti sono, evidentemente, dei **falsi positivi**)

Ad esempio, il medico sospetta, sulla base dei primi passi diagnostici (anamnesi ed esame obiettivo), che il paziente abbia la patologia X, gli fa eseguire il test di laboratorio e/o strumentale di conferma.

Ebbene, il medico *deve sempre tenere a mente che i risultati di queste indagini possono entrare nel gruppo dei falsi (negativi o positivi) e, quindi, deve sempre sottoporli al vaglio critico.*

Questo procedimento era alla base degli insegnamenti dei vecchi Clinici, nostri Maestri, i quali arrivavano persino ad affermare che “Se un esame confligge con la Clinica, bisogna prendere in considerazione il fatto che sia errato o fuorviante” come pure “Siamo abbastanza

moderni per prendere atto dell'aiuto degli esami e troppo moderni per sopravvalutarlo" per poi concludere:

"Il buon diagnosta *"pesa"* tutti i dati che ha a disposizione tramite il ragionamento clinico che gli fa *evidenziare* quelli veramente importanti e *scartare* quelli che sono secondari o fuorvianti".

La logica del ragionamento diagnostico in Medicina dovrà, alla fine, confrontarsi con le probabilità e sarà quindi una logica probabilistica.

#### LE EURISTICHE E LE LORO INSIDIE

Le Euristiche (dal greco "eurisko" = trovare) sono strategie usate talora in maniera inconscia in ogni attività che comporti una raccolta di dati, un loro ordinamento ed una decisione da assumere: possiamo quindi tranquillamente affermare che ogni medico, quando fa diagnosi, *utilizza anche inconsapevolmente una propria euristica che può comportare vantaggi ma anche predisporre all'errore*, specie se non sottoposta a valutazione auto-critica ("ho preso in considerazione tutti i dati?... ne ho sopravvalutato o trascurato qualcuno?... quale altra malattia potrebbe essere?").

Gli studiosi di Psicologia della Decisione hanno dimostrato che alcune "euristiche" possono indurre in *errori inconsapevoli*.

Prendiamo in considerazione alcuni esempi ...

→ **La Euristica della Disponibilità:**

Si è portati a diagnosticare una malattia perché in quel periodo ed in quella popolazione essa è particolarmente frequente (es. far diagnosi di influenza per stati febbrili non influenzali durante il periodo epidemico).

→ **La Euristica della Rappresentatività:**

Si è portati ad interpretare un dato quale indicatore di una malattia in quanto ne è solitamente espressione significativa (es. la oppressione retrosternale è tipicamente correlata a problemi cardiologici mentre talora può essere manifestazioni di altre malattie).

→ **I Fenomeni di Ancoraggio:**

Noi tutti abbiamo una naturale tendenza a basarci su dati noti e situazioni riconosciute, interpretando ogni dato nuovo alla luce del “già visto o già conosciuto”. Questo atteggiamento è molto frequente in ogni settore, ma preclude ipotesi innovative e può comportare errori diagnostici (es. una perdita di coscienza in paziente già epilettico è facilmente interpretata come recidiva di crisi mentre potrebbe, ad esempio, trattarsi di sincope legata ad aritmia...).

→ **L’Effetto Cornice:**

Un paziente che ha già ricevuto una diagnosi, specie se effettuata da specialisti o comunque da colleghi esperti, difficilmente viene rivalutato criticamente: pigrizia mentale, conformismo, ingiui-

stificato timore di contraddire il parere di un collega possono condurre a gravi errori (es. un paziente psichiatrico, noto per gli atteggiamenti teatrali, che lamentasse forte dolore toracico, con ecg e troponina negativi potrebbe essere “semplicemente sedato” mentre potrebbe essere affetto da una iniziale dissecazione aortica...)

Gli psicologi cognitivi hanno rilevato e descritto decine di **“cognitive dispositions to respond (CDRs)”** ovvero modalità di risposta che possono inconsapevolmente indurci in errore quando dobbiamo prendere una decisione se applicate meccanicamente senza valutarne la adeguatezza in quello specifico contesto; oltre alle euristiche sopra indicate, ricordiamo, solo per rendere il lettore consapevole della complessità di un normale procedimento decisionale alcune tra le più frequenti “trappole cognitive”.

#### **Breve Elenco di CDRs erronei:**

- 1) errori di valutazione legati a pregiudizi ed aspettative...
- 2) quelli legati alle difficoltà già affrontate, che portano ad operare una scelta per stanchezza od a non mutare una decisione perché ci è costata molta fatica (anche se è errata...)
- 3) la curva ad U nella valutazione dei dati trasmessi da altri professionisti, ovvero la tendenza a concentrarci sulla prima ed ultima parte di lettere di dimissione e referti sottovalutandone la parte intermedia...

- 4) la tendenza a sopravvalutare ipotesi diagnostiche che siamo in grado di gestire bene, rifuggendo istintivamente da settori della medicina che conosciamo meno...
- 5) la tendenza a scartare le ipotesi peggiori quando il paziente suscita in noi sentimenti positivi o al contrario la tendenza a valutare per prime le ipotesi peggiori se abbiamo visitato recentemente pazienti con sintomi simili
- 6) la overconfidence, ovvero la sovravalutazione delle nostre capacità e delle nostre conoscenze, il che può portare ad una diagnosi superficiale e ad una terapia non corretta...
- 7) la conclusione prematura ovvero la tendenza compulsiva ad effettuare una qualche diagnosi ed a prescrivere una qualche terapia perché il tempo – ed alcune direzioni sanitarie – sono tiranni... etc... etc...

### **IL METODO PER AUMENTARE LE PROBABILITÀ DI UNA CORRETTA DIAGNOSI**

La prima fase di un corretto procedimento diagnostico è la raccolta diligente e libera da acquisizioni preesistenti (ad esempio mai etichettare pregiudizialmente un paziente già noto per alcune patologie ma cancellare sempre la “lavagna diagnostica” scritta in passato).

Si parte dai dati anamnestici acquisiti in quella visita e quelli clinici rilevabili sul momento, mediante la interrogazione del paziente ed il suo esame obiettivo secondo la metodica della semeiotica classica.

Al termine di questo primo livello di indagine il medico formula generalmente alcune ipotesi preliminari ognuna delle quali può essere confermata o smentita da indagini laboratoristiche e/o strumentali.

Questa è la fase più importante e delicata: *talora il medico richiede batterie di esami e di accertamenti "lasciandosi guidare dagli eventi"*, attendendo cioè i risultati delle indagini.

Questa pratica è da evitare in ogni modo in quanto fonte di molteplici errori ed omissioni. Se ricordiamo, infatti, che ogni accertamento ha i suoi falsi negativi e positivi, *la pratica di richiedere esami in libertà e di accettarne acriticamente i risultati è poco utile e potenzialmente dannosa.*

Importante rilevare l'ansia trasmessa al paziente che si vede prescrivere esami a pioggia: questo comportamento potrebbe fargli pensare che il medico naviga nel buio diagnostico più completo, non parliamo poi dell'aggravio sulle casse della Sanità di esami inutili e/o ridondanti.

Sfortunatamente questo ben operare diagnostico cozza con la odierna dissennata vulgata che vede l'errore medico anche quando non c'è: poggia su ragionamenti viziati all'origine perché la soluzione del dilemma diagnostico è nota al "criticone" di turno, magari animato solo da prezzolate motivazioni risarcitorie.

## CAPACITÀ E CONTENUTO MEDIO INFORMATIVI DI UN TEST

La Capacità informativa media di un test è la informazione ottenibile in media da quel test in relazione ad una determinata ipotesi diagnostica.

Il Contenuto informativo medio di un test è la *riduzione media* dell'incertezza diagnostica ottenibile con la sua esecuzione in quel paziente e in quel momento della malattia: in altre parole la differenza tra la incertezza iniziale e quella residua dopo il test ("cosa può dirmi di più questo test? può confermare o smentire la mia ipotesi? può suggerirmi altre ipotesi?"): *se il Test non fornisce risposta a nessuna di queste tre domande è preferibile non effettuarlo* perché una eventuale falsa positività potrebbe addirittura essere dannosa per il paziente indirizzando il medico verso diagnosi errate...

## LA SOGLIA DI INDAGINE - LA SOGLIA DI TERAPIA

Può essere utile, in alcune circostanze, stabilire approssimativamente una soglia di probabilità di presenza della malattia, al di sopra della quale un accertamento anche invasivo deve essere effettuato: **Soglia di Indagine o di Esame.**

La soglia di probabilità accettabile è generalmente tanto più bassa quanto più elevato è il danno potenziale che la mancata diagnosi può comportare per il soggetto. (Esempio: in caso di dubbia meningite anche se le probabilità sono basse è in genere opportuno effettuare la rachicentesi data le gravi conseguenze di una errata diagnosi)

## **“IL COSIDDETTO “OCCHIO CLINICO”**

Nei capitoli precedenti abbiamo brevemente illustrato alcuni concetti basilari che possono aiutarci a risolvere i rompicapi della medicina evitando, per quanto possibile, di commettere grossolani errori.

Tuttavia nella pratica quotidiana spesso non vi è il tempo e talora non vi è neppure la necessità di addentrarsi in ragionamenti approfonditi per effettuare una diagnosi corretta: da circa due secoli i clinici formulano diagnosi veloci, corrette e talora brillanti utilizzando il proprio “occhio clinico” ovvero quell’insieme strutturato di conoscenze e di competenze che le neuroscienze hanno dimostrato essere basate sulla memoria episodica, su quella semantica, sulla memoria di lavoro e su quella procedurale.

I colleghi di cultura anglo-sassone, da secoli pragmatici ed operativi, hanno approfondito queste “Strategie di diagnosi veloce” distinguendone diversi tipi da utilizzarsi in diverse situazioni cliniche ed evidenziandone vantaggi (in genere sempre un notevole risparmio di tempo...) ma anche limiti e potenziali errori.

Ve le proponiamo, con brevi commenti, perché sono strategie utilizzate quotidianamente e spesso inconsapevolmente: dobbiamo conoscerne pregi e difetti per utilizzarle in maniera ottimale.

### **Strategie di Prima Fase**

**Spot Diagnosis:** È una diagnosi istantanea che si basa su precedenti esperienze generalmente visive o auditive del quadro clinico e non richiede la acquisizione di ulteriori dati. (Esempi di diagnosi corretta: molte affe-

zioni dermatologiche – psoriasi, acne ecc. – ma anche alcune malattie tipo la pertosse riconoscibile uditivamente dalla tosse abbaiente ecc. Esempio di errore: il carcinoma buccale scambiato per banale ulcera aftosa).

**Self Labelling:** È sostanzialmente una auto-diagnosi: viene infatti formulata direttamente dal paziente. È attendibile per forme semplici, specie se già lamentate dal paziente, va tuttavia sempre valutata criticamente perché il paziente, per quanto esperto tende a cadere facilmente nel “Bias dell’Ancoraggio”. (Esempi diagnosi corretta. Cistite, Tonsillite Streptococcica. Esempio di errore: Cefalea nucale in paziente artrosica: Autodiagnosi: cervicalgia da artrosi > Diagnosi reale, formulata in rianimazione: Emorragia sub Aracnoidea).

**Presenting Complaint:** È la diagnosi basata sul sintomo lamentato dal paziente. (Esempi Diagnosi Corretta: Cefalea, Dismenorrea. Esempio di errore: Gravidanza extrauterina scambiata per dismenorrea...).

**Pattern Recognition Trigger:** La associazione di più elementi – segni o sintomi – richiama un modello noto e fa scattare la ipotesi diagnostica. (Esempio diagnosi corretta: Tachicardia ed ansia con dimagrimento > Diagnosi: Ipertiroidismo Esempio di errore: Pallore, Sudorazione, Lipotima in Diabetico: Infarto miocardico scambiato per crisi ipoglicemica).

### Strategie di Conferma delle Ipotesi

Quando la diagnosi non è agevole o comunque quando vi siano dubbi diagnostici anche i pragmatici col-

leggi anglosassoni consigliano alcune possibili strategie di conferma che hanno codificato in alcune procedure molto utili nella medicina pratica.

**Restricted Rule Out:** Vengono via via scartate le varie ipotesi diagnostiche iniziando tuttavia dalle affezioni più gravi o che comunque che richiedano interventi particolari. (Esempio: in caso di Cefalea escludere anzitutto una emorragia subaracnoidea od un problema neurologico urgente quindi escludere la meningite (isolamento!) quindi passare in rassegna la varie ipotesi iniziando dalle più comuni ma ricercando via via anche segni di malattie meno frequenti (es. Arterite di Horton).

**Stepwise Refinement:** La diagnosi viene rifinita per passaggi successivi. (Esempio: Ematuria: si distingue anzitutto una ematuria di origine urologica da una di origine nefrologica od ematologica (emoglobinuria). Accertata la origine urologica si compie una diagnosi d'organo: Rene? Vie escretrici? Vescica? ...).

**Ragionamento Probabilistico:** È il metodo che più di qualsiasi altro si basa su procedimenti scientifici ma, per essere applicato correttamente, richiede la conoscenza della prevalenza delle malattie in quel contesto geografico / ambientale come pure della sensibilità e specificità di sintomi, segni e dati laboratoristici-strumentali riscontrati.

**Pattern Recognition Fit:** Il quadro in esame viene confrontato con quadri clinici analoghi, già conosciuti o diagnosticati dal medico: nella sostanza si tratta di un perfezionamento del "Pattern Recognition Trigger": quest'ultimo è un processo veloce mentre il Pattern Re-

cognition Fit è più raffinato e si riferisce a situazioni cliniche più complesse (esempio forma polimialgica non tipica che per vari elementi ricorda pazienti già seguiti e che in seguito svilupparono neoplasie: alla nostra mente si affaccia la ipotesi di “polimialgia paraneoplastica”...).

**Clinical Prediction Rule:** È in sostanza una versione ancora più evoluta del Pattern Recognition, espressa con chiare regole formali che generalmente attribuiscono a segni e sintomi un punteggio basato su studi validati: ne risultano le scale di valutazione che conosciamo (Esempi: ABCD2 Score per valutare il rischio di Ictus dopo TIA-NIH Stroke Scale per una diagnosi sulla gravità dell'ictus-CHA2DS-Vasc per valutare rischio embolico ed HAS-Bled per il rischio emorragico nella Fibrillazione Atriale ecc.).

### SE LA DIAGNOSI NON È ANCOR CHIARA...

Se la diagnosi non è chiara il pragmatismo anglo-sassone recupera strategie tradizionali molto usate anche in Italia nella medicina clinica tradizionale:

***Il Test of Time:*** ovvero la valorizzazione del tempo quale strumento di supporto della diagnosi.

Alcuni esempi di applicazione pratica del Test of Time (gli intervalli di tempo qui indicati possono variare di pochi giorni a seconda dei riferimenti bibliografici...).

Tosse Acuta nei bambini: il 50% si risolve entro 10 giorni ed il 90% entro 20 giorni; dopo tre settimane prendere in considerazione pertosse od asma.

Mal di gola: i bambini con mal di gola virale tendono a migliorare in 3 giorni e nell'85% dei casi guariscono in 7 giorni.

Congiuntiviti: nelle forme virali i sintomi tendono a risolversi in 5 giornata nel 65% dei casi.

Diarrea: nelle diarree infettive di adulti e bambini dopo 3 settimane il 76% non ha più alcun sintomo.

Mal di Schiena: nella lombalgia acuta senza sciatica, dopo 6 settimane il 40% non aveva alcun dolore; dopo 12 settimane il 58% non aveva alcun dolore.

In caso di dolore tipo sciatica dopo 2 anni il 55% lamentava ancora sintomi.

***Il Test of Treatment:*** si prova a trattare il paziente con la terapia che al momento appare adeguata, se ne monitorizzano attentamente gli effetti e se ne verificano in maniera critica i risultati: è il "criterio ex-adiuvantibus" dei vecchi clinici...

## LA GRANDE IMPORTANZA DEI RED FLAGS

I più gravi errori in Medicina sono legati al mancato riconoscimento di situazioni gravi che si presentano con sintomi o segni apparentemente comuni e benigni ma ad una indagine più accurata indicatori di situazioni gravi: i nostri colleghi di cultura anglosassone hanno coniato per questi sintomi il suggestivo termine di "Red Flags" – bandierine rosse -: chi le vede sa che deve essere attento ed accurato...

### Ecco alcuni esempi di Red Flags, comuni ma non per questo da tare

- **Cefalea** > Quasi sempre benigna ma ricerchiamo sempre segni di rigidità nucale (meningite-emorragia sub aracnoidea) e di deficit neurologici (Neoplasie ecc.).
- **Vertigini** > Spesso benigne ma ricerchiamo i segni neurologici ed in particolare cerebellari, nonché il ni-stagmo.
- **Dolore Toracico** > Comune, quotidiano, ma attenti ai dati anamnestici ai segni ed ai sintomi che possano far ipotizzare infarto miocardio, pneumotorace od aneurisma dissecante.
- **Dispnea** > Comune, quotidiana, ma attenti ai dati anamnestici ai segni ed ai sintomi che possano far ipotizzare una embolia polmonare od un pneumotorace.

**Concludendo** ricordiamo come un grande uomo del '700 ci invitava a valorizzare ed utilizzare sempre la nostra ragione:

“L'Illuminismo (Aufklärung) è la liberazione dell'uomo dallo stato volontario di minorità intellettuale: dico minorità intellettuale, ovvero la incapacità di servirsi dell'intelletto senza la guida d'un altro. Volontaria è questa minorità quando la causa non sta nella mancanza d'intelletto, ma nella mancanza di decisione e di coraggio nel farne uso senza la guida di altri. Sapere aude! Abbi il coraggio di servirti del tuo proprio intelletto! Questo è il motto dell'illuminismo.” (Kant Immanuel: “Berlinische Monatsschrift” 1784 Berlino. Traduzione Italiana P. Martinetti, Antologia kantiana, Paravia, Torino, 1944).

## BIBLIOGRAFIA

- Timossi Roberto Giovanni: *Imparare a Ragionare: Un manuale di logica*, Marietti Editore Milano 2011.
- Austoni Mario, Federspil Giovanni: *Metodologia Clinica*, Cedam, Editore Padova 1975.
- Liberati Alessandro: *La Medicina delle Prove di Efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore Roma 1997.
- Zanussi Carlo: *Metodologia Diagnostica in Medicina Interna*, Utet Editore Torino 1999.
- Scandellari Cesare: *La Diagnosi Clinica*, Masson Editore Milano 2005.
- Motterlini Matteo, Crupi Vincenzo: *Decisioni mediche*, Raffaello Cortina Editore Milano, 2005.
- Rossi Renato: *Sopravvivere tra numeri e statistica*, © 2011. Editore on line da [www.pillole.org](http://www.pillole.org)
- Kahneman D., Slovic P., Tversky A.: *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1982.
- Kahneman D.: *Pensieri lenti e veloci*, 2012 Arnoldo Mondadori Editore Milano.
- Croskerry P.: *The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize*, Them Academic Medicine, Vol. 78, N° 8 - 2003.
- De Gobbi R., Fassina R.: *L'errore in Medicina*, Parte prima. Rivista Società Italiana di Medicina Generale N. 6, Anno 2013.
- De Gobbi R., Fassina R.: *L'errore in Medicina*, Parte seconda. Rivista Società Italiana di Medicina Generale N. 1, Anno 2014.
- Timossi Roberto Giovanni: *Imparare a Ragionare: Un manuale di logica*. Editore Marietti, 2011.

## **IMPARIAMO DAI NOSTRI ERRORI: QUANTE COSE CI PUÒ INSEGNARE L'ANALISI DI UN COMUNE ERRORE DIAGNOSTICO**

Gli errori diagnostici negli Stati Uniti costituiscono il 14% del totale degli errori e sono contestati nel 24% delle richieste di risarcimento (1).

Nel Regno Unito le importanti ricerche di Reason e Nolan hanno evidenziato come accanto agli errori individuali, ancora più importanti siano gli errori di sistema, per i quali l'approccio deve essere per forza di cose sistemico (2,3).

Negli Stati Uniti ed in particolare in Canada oltre a questo approccio si è sviluppata una approfondita analisi delle componenti cognitive dell'errore umano, che ha permesso di individuare distorsioni (bias) spesso inconsapevoli, nei processi cognitivi che favoriscono l'errore (4,5).

A fini didattici ci sembra utile richiamare un articolo di Clinical Medicine che esamina un caso clinico **non particolarmente complesso** gestito da diverse figure professionali, ove si possono individuare ed analizzare diversi tipi di errore compiuti a vari livelli: lo riassumiamo commentandolo perché riteniamo che possa insegnarci molto, tanto sul piano individuale, quanto in particolare sul problema della interazione tra le figure sanitarie.

Una donna di 78 anni, diabetica, affetta da cardiopatia ischemica fibrillante, ipotiroidica in trattamento, operata in passato per nefrolitiasi, lamenta pollachiuria disuria e stipsi e viene trattata dal medico di famiglia con cotrimoxazolo.

Quattro giorni dopo l'inizio della terapia insorge dolore ai quadranti inferiori dell'addome per il quale viene ricoverata in ambiente chirurgico: non è presente febbre, si rilevava modesta tensione addominale. Gli esami evidenziavano 20330 Globuli bianchi (85% neutrofili), Emoglobina = 11,8 Creatinina = 224  $\mu\text{mol/L}$  Urine = tracce di sangue e proteine, non leucociti.

Viene posta diagnosi di infezione urinaria con insufficienza renale e trasferita in medicina, ove il medico di guardia conferma la diagnosi e prescrive amoxicillina+clavulanico; in seconda giornata perviene la urinocoltura che risulta negativa. Il programma diagnostico-terapeutico non subisce modifiche se si eccettua la richiesta di una Tac addome che il radiologo rifiuta di effettuare data la presenza di insufficienza renale, anche se dopo adeguata idratazione la funzionalità renale era considerevolmente migliorata.

In quarta giornata una infermiera registra un calo pressorio (105/80: pressione precedente = 155/100) ma non allerta il medico.

Uno specializzando anziano visita la paziente ma non modifica l'iter diagnostico-terapeutico. Nel pomeriggio insorge uno stato collassiale: una Rx diretta addominale evidenzia gas libero in addome.

La paziente muore nell'arco di poche ore. L'esame autotico evidenzia una perforazione di un diverticolo colico nella pelvi.

## Esame del Caso Clinico con gli strumenti della Psicologia Cognitiva

Reason ha più volte affermato che la nostra propensione agli errori è il prezzo che dobbiamo pagare per la considerevole capacità del nostro cervello di pensare ed agire intuitivamente.

Nel caso in esame si possono individuare alcuni errori cognitivi caratteristici.

Il primo medico che visitò la paziente adottò la **“Euristica della Disponibilità”**: la paziente presentava polachiuria e disuria quindi la diagnosi era “infezione urinaria”. Il medico del reparto cui fu trasferita la paziente fu influenzato dall’**“Effetto di Cornice”** e rimase **“Ancorato”** alla prima ipotesi anche quando pervenne il risultato negativo della urino coltura.

Il radiologo rifiutò di effettuare la Tac manifestando uno stile di **“Pensiero Verticale”** rigido e ripetitivo (contrasta con il “Pensiero Laterale” flessibile e creativo): il radiologo avrebbe dovuto quanto meno porsi la domanda: cosa posso consigliare in sostituzione alla Tac??

I medici del reparto manifestarono una sorprendente **“Tendenza alla Inerzia”** in base al principio della “non-maleficenza”.

L’ultimo medico che visitò la paziente che iniziava a presentare una moderata ipotensione incorse in alcuni errori già citati (cornice, ancoraggio, pensiero verticale) ma soprattutto, in presenza di un dato nuovo, nella **“Incapacità di estrarre i dati significativi”** e di rielaborarli costruendo una ipotesi.

Il caso clinico presentato ha un particolare interesse per la medicina pratica in quanto si tratta di un errore

diagnostico tra due affezioni piuttosto comuni: una infezione urinaria ed una complicanza della comune diverticolosi.

Quanto descritto dai colleghi inglesi potrebbe verificarsi con straordinarie analogie anche nel nostro contesto.

Cosa ci insegna dunque questo sfortunato caso clinico?

Per ciò che concerne il primo collega l'errore e in parte giustificabile per la atipicità del caso ed in particolare per la modesta resistenza addominale.

Diversa è la situazione per gli operatori che intervengono successivamente: vale in questi casi la regola aurea di non farsi influenzare dall'effetto "cornice" indotto dall'inquadramento effettuato dai colleghi intervenuti in precedenza: ogni contatto con un nuovo paziente dovrebbe comportare una **rivalutazione critica** di quanto in precedenza effettuato e diagnosticato.

Il rifiuto del radiologo di effettuare la Tac e la inerte accettazione da parte dei colleghi clinici senza che alcuno cerchi una soluzione alternativa, mettono in luce il grave problema della interazione tra le varie figure professionali e della mancanza di un progetto comune: è molto triste constatare come si possa perdere una vita per la rigidità mentale e la inerzia di alcuni colleghi.

Infine in merito all'ultimo collega che ha visitato la paziente già ipotesa ma non ancora in stato di shock non si può non osservare da un lato la inerzia, dall'altro la incapacità di cogliere con prontezza il nuovo elemento e di rivalutare alla luce di quello tutta la storia clinica, formulando ipotesi alternative.

L'errore in medicina è inevitabile e, ove concorrano diverse figure professionali le probabilità di errore aumentano; le soluzioni consistono da un lato, come ci

hanno insegnato Reason e Nolan, nell'introdurre procedure di riduzione dell'errore nel sistema, dall'altro, visto che il sistema è formato da esseri umani, nel prendere sistematicamente in considerazione correggendoli, i tunnel mentali in cui facilmente si incuneano i nostri ragionamenti se non sono sorretti da una continua valutazione critica.

#### BIBLOGRAFIA

- 1) Newman-Toker De et al.: *Diagnostic Errors-the next frontier for patient safety*. Jama 2009; 301: 1060.
- 2) Reason J.: *Human Error: models and management*. BMJ 2000; 320: 768.
- 3) Nolan T.W.: *System changes to improve patient safety*. BMJ 2000; 320: 771.
- 4) Graber M. et al.: *Reducing diagnostic errors in medicine: what's the goal?* Acad. Med. 2002; 77: 981.
- 5) Croskerry P.: *The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them*. Acad. Med. 2003; 78: 775.
- 6) Neale G. et al.: *Misdiagnosis: analysis based on case record review with proposal aimed to improve diagnostic processes*. Clin. Med. 2011; 11: 3.

**BREVISSIMA GUIDA  
per RIDURRE GLI ERRORI DIAGNOSTICI**

*(È impossibile Non Errare mai  
ma è possibile sbagliare raramente  
e senza gravi conseguenze)*

Il paziente viene da noi lamentando un disturbo:

- A)** Le notizie che ci fornisce sono chiare ed affidabili oppure è opportuno che acquisiamo ulteriori dati ponendo alcune domande chiare e precise?
- B)** Il paziente ci ha fornito tutte le notizie che era in grado di fornirci: passiamo ora all'Esame Obiettivo generale effettuato sulla base di tutte i dati che il paziente ci ha fornito. Non limitiamoci a visitare unicamente la zona interessata dal disturbo ma esaminiamo tutto il corpo: un reperto inaspettato potrebbe suggerirci nove ipotesi diagnostiche.
- C)** Abbiamo ora a disposizione tre fonti di dati: quelle che ci ha fornito spontaneamente il paziente, quelle che abbiamo raccolto interrogandolo e quelle che abbiamo riscontrato visitandolo. Sulla base di delle conoscenze che abbiamo così acquisito possiamo formulare un certo numero di ipotesi diagnostiche.
- D)** Tra le ipotesi diagnostiche consideriamo anzitutto quelle ad alto rischio di decorso sfavorevole, ricercando le Red Flags (bandierine rosse), ossia segni indicatori di gravi malattie o problemi (ad esempio in caso di cefalea acuta valutiamo Innanzitutto la presenza di febbre, rigidità nucale, alterazioni dello stato di coscienza, sintomi e segni legati a deficit neurologici...)
- E)** Dopo avere escluso le ipotesi di problemi gravi ed urgenti prendiamo in considerazione le ipotesi diagnostiche meno drammatiche : diamo un peso approssimativo ai dati raccolti in base al loro valore informativo nel processo diagnostico ( ad esempio il sintomo "astenia" è presente in numerosissimi

quadri morbosi e quindi ha un basso valore informativo, mentre il sintomo “oppressione toracica” va sempre valorizzato perché compare in gravi malattie anche se talora è una semplice somatizzazione...) e formuliamo il numero più ampio possibile di ipotesi.

- F)** Iniziamo quindi a prendere in considerazione le ipotesi maggiormente supportate dai dati che abbiamo a disposizione: quali accertamenti diagnostici possono confermare o anche smentire con ragionevole certezza la prima ipotesi? Gli esiti degli accertamenti rafforzano od indeboliscono la nostra ipotesi? Se non possiamo confermare con certezza la prima ipotesi dobbiamo prendere in considerazione la seconda ipotesi maggiormente supportata. Se nessuna ipotesi può essere confermata dobbiamo nuovamente interrogare il paziente e visitarlo.

*Se neppure questa rivisitazione ci fornisce dati chiarificatori non abbiamo altra scelta che tenere sotto stretta e diligente osservazione il paziente riprendendo in considerazione l'insieme dei dati ogni qual volta emerga una novità: comparsa di nuovi sintomi, scomparsa di vecchi sintomi, comparsa di nuovi segni corporei od acquisizione di nuovi dati laboratoristici o strumentali...*

## I CASI CLINICI

Fatte proprie le nozioni contenute nella introduzione, limitate intenzionalmente da un *taglio pratico*, in questa parte del libro c'è l'esposizione di casi clinici nei quali il lettore potrà rilevare la *tipologia* dell'errore occorso (a volte sono multipli).

Intendiamoci: dobbiamo tener presente il concetto ben espresso dalla massima di Eduardo De Filippo "Credere alla iella è da ignoranti ma non crederci porta male".

Non è un comodo paravento, beninteso, per nascondersi dietro l'errore o presunto tale ma la consapevolezza che in Medicina esiste sempre un *marginale di incertezza*, anche operando allo stato dell'Arte perché non è una scienza esatta. Allo stesso tempo è bene essere sempre i *tiranni di se stessi* e non perdonarsi mai nulla, con lo scopo di migliorarsi, a beneficio del paziente.

Non stupirà, nella lettura di alcuni casi clinici del libro nei quali entra in scena il *dottor Falchetto* al posto di *Cretinetti*, la descrizione di un "colpo d'ala", una "genialata" che gli fare fare diagnosi seguendo i dettami della definizione data in un celeberrimo film ("Che cos'è il genio? È fantasia, intuizione, decisione e velocità di esecuzione").

La spiegazione di queste circostanze non è sempre riportabile a valutazioni razionali al 100%, del resto è stato detto che "se suoni il pianoforte ogni giorno per quattordici ore, *non per questo* diventi Mozart".

Ovviamente meglio non farci troppo affidamento nella pratica quotidiana.

## NANDO IL FIUMAROLO

A Roma, sul Tevere, si vedono remare i canoisti, ai margini del fiume sono ancorate le zattere dei “fiumaroli” di una volta, ora in parte trasformate in ristoranti galleggianti. Di uno di questi è titolare Nando; con una giovinezza i cui trascorsi erano stati opportunamente oscurati dai parenti (si vociferava che facesse il protettore di alcune prostitute trasteverine e altro).

Dopo un breve soggiorno a Regina Coeli (carcere romano) si era riciclato in queste nuove mansioni di ristoratore e non disdegnava di praticare anche dello sport sulle bionde acque per temprare il suo fisico scultoreo.

Un giorno d'estate Nando chiamò a domicilio il giovanissimo sostituto di Cretinetti, il quale era in ferie da lurido massimalista, il medico accorse prontamente. Trovò Nando in preda a sintomi pseudoinfluenzali, riferiva: febbre a 40°, epistassi, tosse produttiva con espettorato strato di sangue, dolore toracico e una violenta cefalea frontale; all'esame obiettivo il medico rileva: faringe infiammata, subittero con intensa soffiatura congiuntivale, crepitii diffusi su tutto l'ambito polmonare, epatomegalia. Il vice Cretinetti, allarmato, diagnostica una polmonite con “sofferenza epatica” e propone senz'altro il ricovero ma Nando rifiuta adducendo il fatto che *“A Ferragosto in ospedale non c'è nessuno e mi faranno morire come è successo alla mia povera mamma”*; a quel punto si inizia una terapia antibiotica prescrivendo nel contempo delle analisi che rilevano: transaminasi due volte il normale, bilirubina a 3, prevalentemente coniugata, CK aumentata, piastrinopenia, azotemia 80 e lieve

proteinuria, i risultati dei markers dei virus epatitici tardarono qualche giorno ma erano negativi.

Il vice Cretinetti si recò di nuovo al domicilio di Nando per ricontrollarlo ma, mentre stava scendendo le scale che lo conducevano alla zattera, gli venne incontro la moglie, disperata, con le mani nei capelli, che urlava *“Nando è morto!!”*.

Il sostituto ebbe un malessere che a stento controllò, chiese particolari sull'accaduto: Nando aveva avuto un violentissimo colpo di tosse, aveva sputato moltissimo sangue, aveva perso conoscenza ed era rapidamente spirato. Nel frattempo erano accorse numerose persone, attratte dalle grida disperate della donna, e anche un'autoambulanza del vicino ospedale. Ci fu un'autopsia e un funerale al quale il giovanissimo medico partecipò; per fortuna ci fu molta comprensione da parte della famiglia. Non così per la stampa che vessò il povero medico; Cretinetti tornò a breve dalle ferie e, saputo l'accaduto con la relativa diagnosi, cercò inutilmente di consolare il collega che anche ora, a distanza di anni, gli ricorda quella drammatica sostituzione estiva alla quale seguì un lungo periodo in cui non riuscì più ad esercitare la professione.

#### **SOLUZIONE**

Il paziente era affetto da leptospirosi.

#### **Commento**

Sul caso si possono fare alcune considerazioni. Di fronte a un paziente che presenta una sintomatologia ad esordio acuto con febbre elevata, interessamento epatico e polmonare e sindrome emorragica si dovrebbe pensare anzitutto a una malattia infettiva con

possibile setticemia. Si tratta di una condizione grave che richiede il ricovero immediato sia per instaurare una terapia antibiotica per via endovenosa sia per espletare gli accertamenti diagnostici utili trovare l'agente etiologico. Il caso non era semplice, poiché la leptospirosi non è una patologia vista molto di frequente, anche se l'anamnesi, con il senno di poi, avrebbe potuto indirizzare verso la giusta direzione. Se un errore ci sentiamo di imputare al sostituto di Cretinetti è forse quello di non aver ben compreso la gravità della situazione e non aver insistito di più per convincere Nando a ricoverarsi, tutelandosi così anche dal punto di vista legale.

## **QUELLA STRANA MALATTIA SESSUALE**

Nuovo e particolare paziente, 35 enne, 195 cm, irsuto, scolarità imprecisata, ex galeotto per lesioni colpose aggravate, molto temuto nel suo quartiere dove lo chiamano l' "ANIMALE" per i suoi modi rozzi e l'aspetto truce; si vocifera che spesso sia sfuggito per un pelo alle ire di mariti da lui gratificati con corna a dieci palchi; attualmente, di professione, fa il "riscossore di crediti insoluti".

Accusa un episodio caratterizzato da rialzo febbrile sui 40 gradi con brividi scuotenti ed urine ipercromiche; il dottor Cretinetti, che è già stato messo al corrente delle sue abitudini sessuali dal tam tam del pettegolezzo, prescrive senza indugio una terapia a base di chinolonici a dosi piene anche perché, interrogato in proposito, il paziente gli dice che negli ultimi tempi la minzione è un po' difficoltosa e c'è nicturia.

Le urine si schiariscono e il paziente si sente meglio.

Cretinetti fa eseguire un'urinocoltura a 10 giorni dal termine della terapia, che risulta negativa, le urine mo-

strano una positività dell'emoglobina e dell'urobilinogeno e 2-3 emazie nel sedimento; il medico richiede un'ecografia prostatica che fa rilevare una ghiandola aumentata di volume, edematosa e con calcificazioni diffuse.

Cretinetti pensa che la sindrome e questi reperti possano essere senz'altro addebitate alle abitudini sessuali del paziente e, CON CAUTELA, lo interroga in proposito; l'"animale" gli riferisce, infatti, di aver sofferto *"de' scola e robbaccia simile a questa che però me passaveno co' la pennnicillina che me dava er precedente dottore; tutto è iniziato co' quelle "zozze" quanno lavoravo ar cantiere in Africa"*.

Cretinetti prescrive alfa litici urinari e nimesulide, congeda "l'animale", la sintomatologia disurica migliora. Dopo un mese, però, viene richiamato dal paziente perché la sindrome si è presentata di nuovo con in più delle "macchie sulla pelle", Cretinetti si reca al domicilio del paziente ma lo trova già in stato confusionale, iperpiretico; la sorella, affetta da diabete di tipo 1, gli ha fatto anche un controllo glicemico che è di 50 mg/dl, senza però che ci sia sudorazione algida e tachicardia, nessun deficit neurologico né rigidità nucale, qualche petecchia sul torace.

Cretinetti è allarmato, lo ricovera prontamente, ma il paziente arriva in ospedale in coma e muore.

### **SOLUZIONE**

Diagnosi autoptica: malaria cerebrale.

#### *Commento*

Il quadro clinico indicava a prima vista una patologia infettiva a localizzazione urinaria o prostatica e le abitudini sessuali del pa-

ziente corroboravano questa diagnosi. In realtà si trattava di una infezione malarica che il paziente aveva contratto durante il suo soggiorno in Africa. La malaria è una patologia che in Italia si vede molto raramente, anche se dovrebbe essere sospettata di fronte a un paziente con sintomatologia febbrile e anamnesi positiva per soggiorni in zone endemiche. Se manca il dato anamnestico o questo non viene opportunamente considerato la diagnosi risulta difficile semplicemente perché non ci si pensa. Probabilmente questo è stato l'errore di Cretinetti: nonostante il paziente avesse chiaramente detto di essere stato in Africa il medico aveva scotomizzato il dato. Il caso della morte di Fausto Coppi e della ritardata diagnosi di malaria ci ricorda però che in simili trappole è molto facile cadere. Sarebbe buona norma non adagiarsi mai sulla diagnosi più facili e avere sempre a disposizione delle diagnosi alternative, o almeno pensarci.

## QUELLA STRANA TROMBOSI

La paziente è una signora ultraottantenne logorroica, ipertesa da molti anni, affetta da cardiopatia ischemica, litiasi biliare e urinaria, insufficienza venosa degli arti inferiori; a un controllo ecografico periodico dell'apparato urinario viene casualmente rilevata, oltre alla solita microlitiasi, una massa solida di 2,5 cm di diametro massimo.

La signora chiama Falchetto a casa perché improvvisamente ha accusato dolenzia alla coscia destra; all'esame obiettivo il medico rileva un edema della stessa e un aumento della temperatura della cute sovrastante.

Fa diagnosi di probabile tromboflebite profonda consigliando un ecodoppler di conferma.

La paziente afferma di avere un carissimo amico angiologo e lo consulta: la diagnosi viene confermata; il trattamento prevede inizialmente eparina e anticoagulanti embriacati, poi per sei mesi solo cumarinici.

Il vaso si ricanalizza; dopo pochi mesi la sindrome si ripresenta e viene seguita la terapia precedente.

Dopo tutte queste vicissitudini, Falchetto viene chiamato, d'inverno, al domicilio dalla paziente per una febbre di 37,5 gradi; egli tenta di spiegarle che, essendo vaccinata, il decorso potrebbe essere benigno ma, date le insistenze, si reca dalla stessa.

La paziente si scusa per il disturbo affermando di *"sentirsi uno straccio"*, Falchetto l'accompagna in camera e, visitandola, nota solo un intenso pallore della cute e delle mucose, fa presente questo rilievo alla paziente che però non ammette discussioni, addebitandolo al semidigiuno degli ultimi giorni e all'influenza che l'ha molto debilitata.

Falchetto insiste, pregandola di recarsi in studio una volta guarita, dato che questo pallore non gli era mai saltato agli occhi malgrado le frequenti visite ambulatoriali. Dopo qualche giorno la signora si fa viva e Falchetto prescrive alcuni esami del sangue che rilevano anemia microcitica ipocromica e sideropenia, vorrebbe cercarne la causa, ma la paziente tergiversa.

Dopo un mese di assoluto silenzio, viene in studio la figlia con una richiesta di terapia marziale prescritta dal dottor Cretinetti, primario presso la Clinica XY. Falchetto chiede spiegazioni ma la donna insiste dicendo che il professore ha visitato la madre a fondo, ha fatto eseguire altre analisi, compresi i marker tumorali – che sono negativi – e che la terapia *"va fatta e basta"*.

Falchetto si rifiuta di ricopiare la prescrizione, spiega alla paziente una connessione diagnostica che gli si è accesa nel cervello; viene guardato con scetticismo e sufficienza ma, alla fine, la figlia si convince e fa eseguire alla madre un esame strumentale che conferma l'ipotesi diagnostica e i sospetti.

### **SOLUZIONE**

Adenocarcinoma mucoso del cieco moderatamente differenziato con infiltrazione a tutto spessore compresa la sottosierosa; quattro dei linfonodi sono sede di metastasi; stadio T3, N2, Mx G2. La tromboflebite profonda era paraneoplastica.

### **Commento**

Una prima domanda che viene spontanea: perché Cretinetti, di fronte a una trombosi venosa profonda in una paziente senza apparenti fattori di rischio, non si sia posto il problema se si potesse trattare di una trombosi secondaria. Eppure sono ben descritti casi di trombosi venosa profonda che insorgono come primo segno di una neoplasia misconosciuta. Avrebbe quindi dovuto indagare in questo senso. Strano appare anche il comportamento dell'angiologo che, in quanto specialista, dovrebbe aver avuto un indice di sospetto ben maggiore rispetto al medico curante.

Una seconda osservazione riguarda il direttore della clinica XY che si accontenta di trattare un'anemia microcitica sideropenica senza ricercarne la causa in una paziente anziana, accontentandosi semplicemente dei marker tumorali negativi.

Eppure in tutti i testi di clinica si stressa il concetto che l'anemia sideropenica va considerata un sintomo di cui è sempre necessario ricercare la patologia sottostante. Tra le cause più comuni di anemia sideropenica, soprattutto negli anziani, vi sono senza dubbio le malattie gastro-intestinali, in primis le neoplasie. Il medico curante a questo punto, in parte emendandosi, si insospetti-

sce e prescrive una colonscopia che chiarisce sia la causa dell'anemia che della precedente trombosi venosa profonda.

Viene da chiedersi perché vi sia stata una catena simile di errori che ha portato certamente a un ritardo diagnostico che potrebbe aver compromesso la possibilità di resezione completa della neoplasia.

### **QUEL CUORE CHE NON C'ENTRAVA**

Paziente ottantenne, ipertesa da lungo tempo, affetta da stenosi valvolare aortica, insufficienza valvolare mitralica ed insufficienza cardiaca, bpc o in ossigenoterapia discontinua, ipertensione arteriosa, f.a.; ipotiroidismo, obesità di grado severo.

D'estate il dottor Cretinetti le consiglia un soggiorno in collina per evitare lo stress termico della città, la paziente accetta ma, dopo poco, telefona un paio di volte lamentando un dispnea ingravescente che le limita molto l'attività.

Il dottor Cretinetti chiede se la terapia con ace inibitori, digitale, anticoagulanti, diuretici e tiroxina è stata eseguita, la paziente conferma; gli dice di aumentare le ore di ossigeno terapia e di farsi risentire.

Non chiama più e dopo due mesi rientra a casa perché i sintomi peggiorano e fa fatica anche a fare pochi passi; il dottor Cretinetti che sperava la paziente si ricoverasse all'ospedale del paese, cosa che egli aveva consigliato se le cose fossero ulteriormente peggiorate, si reca, molto seccato, vista la calura, a casa della stessa.

La visita: è pallida, i soffi sistolici cardiaci sono molto aumentati di intensità, ci sono rantoli basali polmonari a piccole e medie bolle, edemi declivi di grado severo, la

pressione arteriosa è bassa, la dispnea è severa, l'alvo è normale, la diuresi è intensa.

“È CHIARAMENTE un peggioramento dell'insufficienza cardiaca” sentenzia Cretinetti e verga la richiesta di ricovero ma dopo 24 ore una telefonata lo avverte che il collega ospedaliero APPENA vista la paziente, senza visitarla, ha intuito la scorciatoia diagnostica bellamente lisciata da Cretinetti.

### **SOLUZIONE**

Il collega ospedaliero ha notato l'estremo pallore della paziente, ha fatto eseguire un semplice emocromo che ha rilevato una emoglobina di 5 g, da qui una gastroscopia con seguente referto: area cicatriziale da ulcera gastrica prepilorica con mucosa congesta cosparsa da numerose erosioni a fondo ematinico.

### **Commento**

Cretinetti ha commesso sicuramente alcuni errori. Il primo è stato quello di non informare la paziente che la terapia anticoagulante comporta un rischio non trascurabile di emorragie e di non consigliarle di controllare le feci (possibile melena). Il secondo è di non aver pensato che un peggioramento dello scompenso cardiaco può essere dovuto, tra le varie cause, anche a un'anemia e di non averci pensato quando, visitando la paziente al suo ritorno, ha notato il pallore. Il terzo errore è stato di non aver dato importanza al valore dell'INR (superiore a 2) nell'esame eseguito prima della partenza.

Tuttavia la paziente non è esente da colpe. Anzitutto era nota per la sua ritrosia a seguire le indicazioni del medico circa la terapia; inoltre monitorava l'INR in modo incostante. Quando la paziente telefona, dopo pochi giorni dalla partenza, riferendo un peggioramento della dispnea, l'ipotesi che questo fosse dovuto a

un aggravamento dello scompenso cardiaco era corretta e l'errore è stato di averlo imputato alla scarsa compliance terapeutica senza cercare altre possibili cause. Ma la paziente ci ha messo molto di suo rimanendo completa muta per ben due mesi nonostante Cretinetti le avesse raccomandato di richiamare e di ricoverarsi nel caso la situazione clinica si fosse aggravata.

## QUEL BUIO INGANNATORIO

Cretinetti, tra i vari pazienti, ha anche dei colleghi, e si sa che sono i peggiori, sempre pronti a mettersi in cattedra e a contestare le diagnosi.

Questa volta la collega paziente lo chiama addirittura a casa perché ha febbre e astenia, Cretinetti è furibondo perché alle prese con centomila visite domiciliari, a causa dell'epidemia influenzale, e pensa tra sé e sé che la novellina poteva curarsela pure da sola questa influenza.

Ci va di sera tardi, dopo sette ore di studio, è esausto e isterico, suona alla porta, apre la madre della paziente perché dice *“la figlia è a letto e non ce la fa ad alzarsi”*; Cretinetti pensa che è stata sempre una mollacchiona lamentosa fin da quando era studente, adesso che è medico poi!!!

La stanza è semibuia perché la luce dà fastidio alla malata, egli si siede al suo fianco e la interroga, riferisce di accusare una astenia intensissima e un'anoressia completa più qualche colpetto di tosse; gli dice che beve pochissimo perché ha nausea e quindi le urine sono scure perché concentrate.

Cretinetti la visita in maniera completa e non rileva nulla di particolare, redige una prescrizione di *“antibio-*

*tici di copertura, così per sicurezza* (“*così me la levo di torno*”, pensa tra sé e sé).

Il giorno dopo riceve una telefonata dalla paziente collega la quale, non trovandolo, in mattinata ha chiamato il dott. Falchetto il quale, appena entrato in stanza ha formulato la corretta diagnosi senza toccare la paziente.

### **SOLUZIONE**

La diagnosi era: epatite acuta da virus B.

### **Commento**

In questo caso Cretinetti parte già con dei preconcetti perché ritiene la collega una “pappamolle” e cade vittima della cosiddetta “euristica della disponibilità”: si è in piena epidemia influenzale e quindi la paziente, che lamenta febbre e astenia, non può avere che l’influenza. La diagnosi è già disponibile anche prima di effettuare la visita. Perché pensare a qualcosa di diverso? Come si è detto nella prima parte del libro, le euristiche sono scorciatoie estremamente utili nella maggior parte dei casi, permettono diagnosi rapide, ma sono soggette anche ad errori che bisogna conoscere per poterli evitare.

Stressato per il superlavoro Cretinetti non dà la dovuta importanza al fatto che l’astenia è decisamente troppo intensa per una banale influenza e che le urine “scure” possono essere dovute a molte cause tra cui l’ittero. Inoltre, infastidito dal fatto che una collega non è in grado di curarsi per una semplice influenza, la visita in modo approssimativo non accorgendosi dell’ittero e compie poi un altro errore non scusabile: se ritiene che si tratti di una forma virale perché prescrivere un antibiotico, farmaco notoriamente inefficace sui virus? Viene da pensare che sia scattato una specie di riflesso pavloviano (febbre = antibiotico).

Da questo caso deriva una lezione da tenere sempre a mente: mai dare per scontata una diagnosi (anche nei casi apparentemente più banali) e mai esimersi dall'effettuare un esame obiettivo accurato: anche se spesso dalla visita non si ricavano informazioni aggiuntive esistono sempre le eccezioni.

## QUELLE STRANE LESIONI ALLE GAMBE

Si presenta in studio una paziente 25 enne che lamenta dei gonfiori alla gambe. Falchetto la visita: l'esame obiettivo completo è negativo eccetto delle lesioni contusiformi bilaterali sulle gambe. *"È chiaramente un eritema nodoso"* sentenzia con voce stentorea.

Spiega alla paziente che le cause possono essere molteplici e che vanno tutte esplorate: prescrive routine completa ematochimica, Rx torace, tine test, tampone faringeo, Rx arcate dentarie; gli esami risultano tutti negativi.

Falchetto è in difficoltà, prescrive un antibiotico a largo spettro; la paziente telefona dopo dieci giorni e dice che va un po' meglio, Falchetto si rassicura; dopo qualche mese però la malata torna alla carica perché l'eritema nodoso si è ripresentato in maniera più accentuata, anzi afferma che in realtà non è mai passato del tutto e che le prude molto.

Falchetto chiede una consulenza dermatologica, il collega conferma la diagnosi di eritema nodoso e prescrive una serie di analisi reumatologiche e immunitarie; la paziente si reca in studio da Falchetto, mostra la ricetta e, prima di farsele trascrivere, dice che le fa male tanto la gola.

Falchetto la visita e rileva un segno clinico che gli fa accendere una connessione diagnostica, la sottopone ad un consulto specialistico dal dott. Cretinetti, noto specialista della branca medica attinente al sospetto diagnostico, al quale invia una lettera esplicativa.

Quest'ultimo dice alla paziente che non è nulla di grave e di farsi rivedere dopo qualche mese. Falchetto va avanti per conto suo, fa effettuare un esame che conferma i suoi sospetti, a distanza di otto anni la paziente è ancora viva.

### **SOLUZIONE**

Biopsia linfonodale richiesta autonomamente da Falchetto: LINFOMA DI HODGKIN che viene trattato con chemio e radioterapia.

### **Commento**

Riteniamo che il comportamento di Cretinetti nella gestione di questo caso sia stato tutto sommato corretto: ha compreso fin dall'inizio che si trattava di un eritema nodoso e ha richiesto gli accertamenti del caso ben sapendo che spesso vi è una causa sottostante potenzialmente grave. Se un appunto possiamo rivolgergli è di aver prescritto un antibiotico quando non vi era una chiara indicazione al suo utilizzo. Di sicuro inizialmente è stato tratto in inganno dal fatto che gli accertamenti richiesti sono risultati negativi, compresa la radiografia del torace che non evidenziava linfadenomegalia mediastinica. A questo ha contribuito anche la comparsa delle lesioni cutanee. Francamente pensiamo che ben pochi, nei suoi panni e con nessun elemento che facesse propendere in tal senso, avrebbero avanzato il sospetto di linfoma.

Meno scusabile il comportamento dell'ematologo che, pur di fronte a una storia clinica di eritema nodoso recidivante, di lin-

foadenopatia laterocervicale e con un sospetto clinico avanzato da Cretinetti e clinicamente motivato, non ha consigliato la biopsia del linfonodo che, alla fine, ha permesso la diagnosi.

## QUELLA STRANA ARTROSI

Paziente sessantenne, affetto da ipertensione arteriosa essenziale, bpco da fumo, obesità (un 20 kg circa in più del peso ideale per il suo biotipo), viene in studio per il solito controllo e riferisce anche l'ennesima riacutizzazione di una lombalgia cronica.

Cretinetti-Falchetto lo visita: cuore, pressione; il paziente è abituato a mettersi a torso nudo quando viene visitato, cosa inusuale, di solito gli altri aprono dei piccoli varchi nella camicia dove a stento passa il fonendoscopio per l'auscultazione.

Questo fatto fa sì che gli occhi di Falchetto capitino casualmente sull'addome dove nota una pulsazione epigastrica, si chiede il perché questa si noti in un soggetto così obeso e tenta una palpazione profonda, gli sembra di sentire una pulsazione, prescrive un'ecografia dell'aorta addominale e l'ennesima Rx della colonna lombare (su pressione del paziente).

I referti parlano di aorta addominale non dilatata e spondilodiscartrosi di grado severo; solita terapia medica e prescrizione di cicli di fisiochinesi.

Il paziente torna per gli usuali controlli mensili e si lamenta perché la schiena continua a fargli male; Cretinetti si esibisce nell'ennesimo sermone sulla necessità di mettersi a dieta e, tra sé e sé, pensa che forse questo dolore servirà a convincere il paziente, dopo anni di tenta-

tivi, a calare di peso: *“Questo di certo gioverà anche alla sua pressione e al suo cuore!”*, esclama enfaticamente.

Passano alcuni mesi e, considerata l'inefficacia assoluta delle terapie e l'aumento del dolore lombare, Cretinetti prescrive una TC della colonna; eseguito l'esame, il radiologo lo chiama in studio dicendo che non solo vede una grossa immagine alla TC ma che osservando la Rx della colonna fatta in precedenza era già possibile fare la diagnosi.

Cretinetti trasecola, dice al paziente di recarsi immediatamente in studio e redige una lettera per il collega del P.S. rimarcando l'urgenza del problema.

Il paziente, dopo molte resistenze, si reca in ospedale, trova una collega Cretinetti, ingioiellata a mo' della Madonna di Pompei, che legge distrattamente la lettera e afferma che sono necessari altri esami strumentali per fare la diagnosi; non fa a tempo a terminare la frase che il paziente cade a terra davanti a lei e giace al suolo senza coscienza.

A quel punto Cretinetti crede alla diagnosi riferita da Cretinetti-Falchetto e avvia immediatamente il malcapitato in sala operatoria dove viene salvato per un pelo.

### **SOLUZIONE**

Rottura da dissecazione dell'aorta addominale (aneurisma di 7 cm), dopo qualche anno anche la toracica discendente (messa subito sotto controllo TC) si sfiancò, stavolta l'intervento fu programmato (sette ore di camera operatoria), il paziente è ancora vivo.

### **Commento**

Sicuramente Cretinetti, dopo aver notato la pulsazione epigastrica, ha pensato che potesse trattarsi di un aneurisma del-

l'aorta discendente, tanto è vero che ha subito richiesto un esame ecografico. Se un appunto possiamo fargli è quello di essersi troppo fidato dell'esame strumentale e aver sottovalutato il rilievo clinico. Tuttavia ci chiediamo: quanti di noi a quel punto e con un'ecografia dell'aorta addominale che esclude la presenza di dilatazioni avrebbe richiesto una TAC?

Se Cretinetti è quindi ampiamente scusabile, molto meno lo è la dottoressa ingioiellata che, pur di fronte a una TAC diagnostica e con una sintomatologia a questo punto indicativa, fa spallucce e proclama che sono necessari altri accertamenti. Viene spontaneo chiedersi: "Di grazia, di quali altri accertamenti hai bisogno per porre diagnosi di aneurisma aortico in fase di rottura?"

## QUELLA BRUTTA FACCIA STORTA

Il paziente è un maschio ultrasettantenne, affetto da dislipidemia II; morbo di Dupuytren alle mani, è in trattamento cronico con simvastatina.

Il suo rapporto interpersonale con Falchetto presenta qualche ambiguità, egli è ricchissimo, abituato più a comandare che ad obbedire e Falchetto all'inizio si è chiesto perché ha scelto di farsi curare proprio da lui.

Poi la segretaria gli ha riferito una telefonata col cellulare, sentita in sala d'aspetto, in cui il magnate dell'industria prendeva in giro un amico che si faceva curare da un mega specialista: *"Chissà quanto ti sarà costato, io vengo dal mio medico della mutua che è gratis!!"*.

Falchetto pensa tra sé e sé che forse l'avarizia ha fatto la differenza, prova un po' di amarezza ma, comunque sia, il rapporto fila abbastanza liscio, solo con qualche impuntatura.

Un giorno il paziente gli estorce un patto verbale secondo cui *“mai e poi mai”* Falchetto lo avrebbe ricoverato perché *“oramai sono vecchio e se devo morire deve essere a casa mia!”*, Falchetto non è abituato ad ospedalizzare con leggerezza ed accetta di buon grado.

Un giorno il paziente viene in studio perché facendosi la barba ha notato un “bozzo” sulla guancia sinistra. Falchetto palpa la zona ed effettivamente apprezza una lesione di circa 2 cm, poco mobile, di consistenza duro elastica, non dolente; estende la palpazione alla regione laterocervicale ed omolateralmente palpa dei linfonodi aumentati di volume senza altre caratteristiche sospette, nella regione anteriore del collo gli sembra di apprezzare un nodulo tiroideo, il cavo orale è apparentemente indenne, nessuna secrezione dal dotto di Stenone.

Prescrive un'ecografia nella quale il radiologo rileva: neoformazione in regione parotidea 25x12 mm ad ecostruttura disomogenea e margini regolari, linfadenopatia laterocervicale omolaterale, nodulo tiroideo 14x9 mm.

Falchetto dice al paziente che è meglio eseguire una biopsia della lesione, il malato rifiuta *“perché in fondo non mi dà nessun fastidio”*; dopo qualche giorno telefona allarmato perché *“la faccia gli si è un po' storta”* e la pressione è 200/105; visita immediata con rilevazione di: paralisi del facciale inferiore, pressione arteriosa 185/90.

Il paziente afferma che è convinto di avere un ictus e chiede la terapia per abbassare la pressione ed accertamenti per confermare la “sua” diagnosi.

Falchetto riflette sui seguenti fatti: il paziente non è mai stato iperteso, però il facciale ha una paralisi parziale e non totale, forse il paziente si è spaventato per la paresi e gli si è alzata la pressione, però è anche dislipidemico e

magari qualche placca carotidea si è frantumata col rialzo pressorio; qualcosa però non lo convince.

Alla fine “patteggia” la terapia antiipertensiva e una TC cerebrale privata urgente con l’impegno a fare la biopsia al più presto.

L’industriale chiama un taxi e si reca alla clinica privata XY, la TC risulta negativa ma il radiologo dice al paziente che potrebbe essere un falso negativo, consiglia ripetizione, dopo sette giorni, dell’esame ed in più attiva una consulenza immediata cardiologica, neurologica ed oculistica.

L’ECG è normale così pure l’ecodoppler cardiaco, un ecodoppler dei tronchi sovraortici mostra un ispessimento intimale diffuso, il fondo dell’occhio è compatibile con l’età.

Falchetto viene contattato (su richiesta del paziente) dal cardiologo privato il quale afferma essere senz’altro un accidente vascolare cerebrale e prescrive terapia antiipertensiva e asa; alle perplessità addotte da Falchetto sulla giustezza della diagnosi taglia corto e la comunicazione si interrompe.

Passano due giorni ed il paziente ritelefona perché la paralisi è aumentata pur con una pressione arteriosa di nuovo normale, chiede lumi; Falchetto riesce ad imporre la biopsia del nodulo e poi telefona alla collega anatomopatologa che riferisce: *“epitelio squamoso con qualche atipia”*.

Falchetto va in crisi, non sapeva che a livello ghiandolare ci fosse un epitelio squamoso e chiede lumi alla collega che ipotizza una metastasi da ca. polmonare.

Falchetto chiude la conversazione, ringraziando, ma si chiede perché una metastasi debba arrivare alla paro-

tide saltando tutti i passaggi intermedi, la collega è però MOLTO risoluta per cui il mutualista fa effettuare una TC polmonare che rileva effettivamente un piccolo nodulo.

Nel frattempo la paralisi del facciale inferiore è arrivata ad impedire al paziente un eloquio fluente e c'è anche uno scolo permanente di saliva dalla commissura labiale deviata.

Falchetto prende il telefono e risolve il caso.

### **SOLUZIONE**

ca. parotideo.

### **Commento**

Il paziente fu sottoposto a paroiectomia totale con svuotamento laterocervicale e radioterapia adiuvante, dopo 3 anni di completo benessere è morto per metastasi ossee.

In linea generale una paralisi o paresi facciale che coinvolge solo la parte inferiore del viso è di origine centrale mentre una paralisi o paresi che coinvolge anche la parte superiore del viso è di origine periferica. Questo perché i muscoli della parte superiore del viso ricevono una innervazione bilaterale dal cervello. Tuttavia una lesione centrale si accompagna anche a una debolezza o una vera e propria paralisi del braccio e della gamba controllate alla lesione cerebrale. Le ipotesi dei vari consulenti che si trattasse di una forma di origine centrale non erano campate in aria anche se gli accertamenti non deponevano in tal senso. Da considerare però che una TC può non evidenziare una ischemia cerebrale nelle fasi iniziali, molto più sensibile è una RM con diffusione per evidenziare ischemie acute anche di piccole dimensioni. Perché non è stata richiesta?

D'altra parte la presenza di una massa parotidea che comprime selettivamente la branca inferiore del nervo facciale può

provocare una paralisi solo della parte inferiore del viso simulando una forma centrale. In questo caso non vi sono però altri segni neurologici associati che invece sono frequenti nelle forme centrali. Forse i vari consulenti sono stati tratti in inganno dal referto istologico? Vanno fatte almeno due considerazioni. La prima: anche se l'anatomopatologo non ha catalogato la lesione come neoplasia parotidea ha comunque avanzato l'ipotesi di una forma metastatica (ed escludere solo una neoplasia polmonare è in questo caso insufficiente perché il tumore primitivo potrebbe essere in altra sede). La seconda: anche ammesso che la neoformazione parotidea fosse di origine benigna, questo non escludeva che vi potesse essere una compressione del nervo facciale con paralisi conseguente.

In conclusione una serie di errori (peraltro in parte comprensibili) ha comportato un ritardo diagnostico di alcune settimane che, però, non è detto abbia avuto un impatto sulla prognosi.

## QUEGLI STRANI TESTICOLI

Cretinetti riceve, con fastidio, un paziente sessantenne a lui noto essere un tenace assertore dei check up semestrali. Cretinetti aveva, all'inizio, tentato di opporsi, rimarcando l'inutilità di questa procedura ma poi, fiutando aria di revoca, ha, oramai da anni, docilmente obbedito.

Questa volta però il paziente non viene per questo motivo ma per una dolenzia ai testicoli; Cretinetti lo visita e rileva un bel varicocele bilaterale.

Il paziente gli dice che l'ha sempre avuto fin da ragazzo (il che non gli ha impedito di avere un figlio) anche se ultimamente gli è parso un po' più ingrossato e comunque gli interessa solo sapere se c'è qualcos'altro di nuovo.

Cretinetti nega e il paziente si ritiene soddisfatto; il medico però insiste e dopo molte resistenze riesce a imporre la prescrizione di un'ecografia rene vescica scroto prostata che conferma il varicocele bilaterale senza nient'altro.

Passa un anno e il paziente ritorna, lamentando per la ennesima volta un dolore lombare continuo, fa dei movimenti con la schiena toccandosela *"mi fa tanto male, dalla mattina alla sera"*; Cretinetti già da anni aveva documentato (con Rx e TC) una spondiloartrosi lombare con protrusioni e anche un'ernia del disco, neanche si alza dalla sedia, prescrive la ennesima fisiokinesi terapia e fans.

Terminato il primo ciclo, il paziente torna alla carica lamentando, in maniera decisa, l'inefficacia delle cure, Cretinetti si arrocca, prescrive secondo ciclo e visita ortopedica.

Il paziente scompare e si ripresenta dopo 2 mesi, è stato da tre ortopedici che hanno prescritto ulteriori fisiochinesiterapie, cortisonici ecc. ecc. ma senza risultati. A questo punto Cretinetti fa eseguire un esame strumentale che indirizza sulla diagnosi ma, dopo tre mesi di progressivo deperimento organico, il paziente muore.

### **SOLUZIONE**

Era appena uscita la Risonanza magnetica e Cretinetti, tronfio tronfio, la consigliò al paziente per *"controllare meglio la colonna"*: il radiologo vide un'ombra a piastrone in sede retroperitoneale con aspetto *"a ragno"* che nei due punti più distanti arrivava a 9 centimetri; fu eseguita biopsia, l'esame istologico orientò la diagnosi per: **CARCINOSI** retroperitoneale a piccole cellule.

Il paziente perse 30 CHILI IN TRE MESI e morì, imbottito di morfina, per cachessia, fu tentata una chemioterapia senza il minimo giovamento.

### **Commento**

Anche se l'aggravamento del varicocele avrebbe potuto in un certo senso essere un segnale precoce di qualche ostacolo anatomico al deflusso delle vene spermatiche, la rarità della condizione (carcinosi retroperitoneale) e la negatività della ecografia spiegano in gran parte il comportamento iniziale di Cretinetti. Meno spiegabile è invece la gestione del caso dopo che il paziente continuava a lamentare una lombalgia che non rispondeva ai trattamenti standard. Hanno sottovalutato il sintomo sia Cretinetti che gli specialisti: tutti non si sono accorti che il dolore non aveva le caratteristiche di una lombalgia di origine muscolo-scheletrica. Era obbligatorio andare alla ricerca della causa. Anche se si era in un'epoca in cui la RM faceva le sue prime apparizioni, si sarebbe sempre potuto ricorrere a una TC! Va considerato che una lombalgia persistente in un soggetto sessantenne potrebbe nascondere patologie gravi come per esempio una neoplasia addominale o un aneurisma dell'aorta in fase di rottura (vedi il caso. Quella strana artrosi).

## **QUEL PAZIENTE SUDICIONE**

Il paziente è un cinquantenne gaudente, dichiara all'atto della prima visita di fare il commerciante ma in realtà si dice, nel quartiere, che svolga da tempo immemorabile le funzioni di "regista-attore" di film non propriamente casti.

Preso atto di questa "professione", Cretinetti guarda come ovvie le "manifestazioni" esteriori che di tanto in

tanto il paziente lamenta: erosioni sulle zone genitali, herpes labiali, afte buccali, micosi del glande che egli tratta con le solite terapie del caso più sciacqui vari a gogò, con bicarbonato, unito a cicli di polivitaminici *“per tirarlo un po’ su”*.

Cerca di consigliare l’uso dei preservativi ma, per ovvi motivi “professionali”, il paziente rifiuta, GIURA che “nel suo ramo” sono tutti “puliti” e che fanno il test HIV ogni 6 mesi, Falchetto annuisce e ridacchia tra sé e sé.

Ogni tanto si fa viva una specie di foruncolosi e un eritema nodoso che Cretinetti addebita senz’altro ai comportamenti promiscui del soggetto, prescrive tetracicline a cicli e le più svariate pomate.

Dopo qualche anno di questa sindrome il paziente comincia a lamentare una malattia da reflusso gastroesofageo (ernia iatale dimostrata all’EGDS) e una “colite” che *“ho da ragazzo ma che adesso mi si è accentuata”* e che Cretinetti addebita senz’altro alla sua vita densa di emozioni e dissoluta.

Gli anni passano e Cretinetti conferma le sue diagnosi, ad un certo punto gli si accende una lampadina e fa eseguire AGA ed EMA, il primo risulta, al primo dosaggio positivo, ma poi entrambi sono ripetutamente negativi in laboratori di chiara fama.

Cretinetti torna alle sue consolidate “diagnosi” quando all’improvviso il paziente riferisce di sentire dei dolori articolari diffusi che addebita, sconsolato, all’età (50 anni).

Finalmente la diagnosi si rende palese e Cretinetti trasformatosi schizoidamente in Falchetto manda il malato ad una consulenza specialistica specificando il sospetto e TEMENDO una sonora smentita del collega.

Questi fa eseguire un esame strumentale che, unito ai sintomi del soggetto, gli fa invece confermare la diagnosi.

### **SOLUZIONE**

Colonscopia: rilevamento di lesioni compatibili con una sindrome di Behcet.

### **Commento**

La diagnosi obiettivamente non era facile perché i sintomi si sono manifestati nel corso di anni ed era difficile metterli in relazione tra loro. In più va considerato che la malattia di Behcet è rara. Oggi con l'avvento della Intelligenza Artificiale (IA) il sospetto diagnostico è più agevole, purché si abbia l'avvertenza di segnare nella cartella computerizzata del paziente i vari accessi e di porre le domande giuste. Se si chiede a ChatGPT: "Cosa può avere un paziente che nel corso degli anni presenta episodi di ulcere genitali, afte orali e lesioni cutanee?" si ottiene subito come risposta che si potrebbe trattare di sindrome di Behcet. Il caso in questione è avvenuto anni fa, quando di IA ancora non si parlava, quindi non ci sentiamo di lanciare accuse di incompetenza a Cretinetti che, anzi, pur con un certo ritardo, è arrivato a sospettare la diagnosi corretta.

### **QUELL'AMANTE DISTRATTO**

Lei è una quarantenne indomita; protesi mammaria bilaterale per ipotrofia, labbra ritoccate che ricordano improbabili antenati del Centrafrica in una donna bionda e con gli occhi verdi.

Frequenta un collega che lavora in un centro per l'ipertensione, il quale, quando la compagna gli dice che

si sente un po' "rimbambita", le misura immediatamente la pressione che risulta in più occasioni stabilmente sui 135/100.

La quarantenne, che ha entrambi i genitori ipertesi, viene invitata ad eseguire i seguenti esami: Holter pressorio, ECG, ecodoppler cardiaco, dei tronchi sovraortici e delle arterie renali, fondo dell'occhio, Rx torace, RM addominale, studio funzionale del surrene con: aldosterone, pra, ACTH, cortisolo, Na, K, nel plasma; cortisolo, aldosterone, catecolamine, VMA, Na, K urinari; clearance della creatinina delle urine delle 24 ore, nonché routine ematochimica di base; tutti gli esami risultano nella norma tranne un modesto aumento del colesterolo.

A questo punto Cretinetti deduce che non è una ipertensione secondaria, riflette sul fatto che in fondo entrambi i genitori sono ipertesi e consiglia senz'altro la terapia, preferendo un diuretico perché la compagna gli fa presente che ha notato anche una "ritenzione idrica" dovuta ad ciclo che ha cominciato ad essere un po' "scarso in quantità, perché in fondo ho 40 anni".

Falchetto si vede arrivare la paziente che reca questa ricetta da trascrivere e il pacco di accertamenti effettuati *"da controllare, perché quattro occhi vedono meglio di due"* (così ella afferma); egli controlla il tutto (ridacchiando tra sé e sé perché pensa all'inutilità dei test in una paziente con entrambi i genitori ipertesi) e poi verga senza indugi la ricetta mentre la paziente continua a parlare, come al suo solito, senza freni.

Dice che *"ha bisogno di qualche bomba per tirarsi su"*, propone l'ennesimo intervento, stavolta di blefaroplastica *"perché la pelle è piena di rughe"* ed esige l'ennesima cura di ferro e vitamine che Falchetto-Cretinetti aveva pre-

scritto l'anno precedente, per questi stessi motivi, con giovamento.

Falchetto è spazientito, pensa tra sé e sé che questo è l'ennesimo sfogo di una quarantenne che gioca a fare la ragazzina; sta per consegnare tutte le ricette quando gli si accende una lampadina, visita la paziente (cosa che Cretinetti non aveva fatto, consigliando solo gli esami di laboratorio e strumentali summenzionati) e trova alcuni segni che gli fanno pensare ad una patologia che poteva essere il momento unificante di tutta la sindrome.

Confermata la stessa con esami strumentali e di laboratorio, la terapia adeguata ha risolto il tutto; successivi studi hanno confermato l'esistenza della stessa patologia in tre dei cinque germani.

Anche stavolta la diagnosi era già chiara solo se Falchetto-Cretinetti avesse fatto cadere i suoi moralistici pregiudizi, su una paziente solo apparentemente fatua, che gli hanno bendato gli occhi ed offuscato il cervello.

### **SOLUZIONE**

Somministrata tiroxina, la "ipertensione" è SPARITA e anche tutto il resto con somma soddisfazione della paziente che non ha più "ritenzione idrica", la "pelle invecchiata", il colesterolo poi "adesso è perfetto" e "mi sento come anni fa".

Su loro sollecitazione, tre dei cinque germani della paziente vengono indagati e si scopre che hanno tutti la stessa patologia autoimmune (tiroidite di Hashimoto), due di loro anche un ipotiroidismo misconosciuto.

### **Commento**

I sintomi dell'ipotiroidismo erano abbastanza chiari, ma ammettiamo, sia solo per amor di ragionamento, che possano essere

sfuggiti ai medici che si sono avvicendati nella gestione del caso. Un errore di Cretinetti è stato di ritenere superflui gli esami per eventuale ipertensione secondaria in quanto vi era un'anamnesi familiare positiva per ipertensione di entrambi i genitori. Tra sé e sé ha irriso il collega che aveva richiesto lo screening per le forme di ipertensione secondaria. In realtà un'anamnesi familiare positiva per ipertensione, anche se importante, non esclude che un paziente possa avere una forma secondaria. Stupisce poi che siano stati richiesti esami per escludere forme secondarie francamente rare (come un feocromocitoma o un morbo di Cushing) e non si sia richiesto un semplice TSH che avrebbe subito indirizzato verso la diagnosi corretta (si consideri che l'ipotiroidismo è sicuramente più frequente di un Cushing). Sorprendente poi il fatto che si sia trascurato completamente l'esame obiettivo, ragione per cui nessuno si è accorto dell'esistenza di una tiroide ingrandita. Errore questo forse ancora più grave perché salta uno dei pilastri (insieme all'anamnesi) su cui si dovrebbe fondare l'iter diagnostico.

Purtroppo nella maggior parte dei casi di ipertensione che si vedono nella pratica non si evidenzia alcuna causa (forme primitive) e questo, complice la routine quotidiana, porta erroneamente a pensare che sia inutile effettuare la ricerca di forme secondarie. Come dimostra questo caso esistono anche le eccezioni e non tenerne conto porta spesso a ritardi diagnostici talora anche gravi.

## **I DUE CRETINETTI E QUELLA STRANA ANEMIA**

Paziente di sessantanni, ipertesa, affetta da ernia iatale con malattia da reflusso ad andamento stagionale e colon irritabile da decenni.

Si presenta da Primo Cretinetti per il solito controllo cuore-pressione, tutto bene, sta per congedarsi dal medico quando, come per inciso, dice di avere una macchia sulla coscia, la mostra a Cretinetti il quale consiglia l'immediata asportazione, diagnosi: melanoma, la resezione viene estesa anche ai linfonodi inguinali che però risultano negativi.

Passano gli anni e la paziente continua il solito tran tran di visite e controlli ematochimici, cardiovascolari, ecografie epatiche, Rx torace, tutti nella norma.

Ad un certo punto riferisce una astenia ingravesciente, è molto pallida, è in atto il riacutizzarsi della malattia da reflusso, gli esami ematochimici rilevano una anemia sideropenica; Primo Cretinetti consiglia terapia marziale e sucralfato, la paziente migliora come pure gli esami ematochimici ma, dopo due mesi dalla sospensione della terapia, si riaffaccia di nuovo l'anemia.

Cretinetti prescrive una EGDS che rileva una esofagite di I grado, riprescrive ferro e gastroprotettori con nuovo successo, ma dopo qualche tempo si ripropone il problema e la paziente riferisce anche l'esacerbarsi della sua "colite", a questo punto Primo Cretinetti richiede una colonscopia che però risulta negativa.

Cretinetti è in difficoltà, "sente" che c'è qualcosa che gli sfugge e consiglia una consulenza ematologica (con cortese lettera di accompagnamento) che la paziente esegue in un primario centro diretto dal professor Massimo Cretinetti.

In questa sede viene prescritta terapia marziale per 6 mesi prima per via endovenosa e poi per bocca *"perché i brevi cicli che le ha fatto fare il suo medico della mutua non sono certo sufficienti"*, la paziente migliora ma riferisce il riacutizzarsi dei "sintomi colitici" per cui Primo Cretinetti fa temporaneamente sospendere la terapia col ferro.

La paziente migliora ma una notte viene colta da una violenta colica addominale tanto che si ricovera d'urgenza e viene sottoposta a laparotomia. Dopo due anni di ulteriori sofferenze muore.

### **SOLUZIONE**

La paziente era affetta da metastasi ileali da melanoma (è il tumore che più frequentemente dà metastasi al tubo digerente) ma i due Cretinetti non ci pensarono, fu sottoposta a resezione e viscerolisi.

Seguirono metastasi cutanee, epatiche e polmonari, tutte resecate chirurgicamente, cachessia neoplastica e morte; la paziente fu smontata pezzo per pezzo.

Cretinetti non trovò le parole giuste per fermare questi interventi inutili e fu sbigottito dal fatto che la paziente iniziava sempre le telefonate con aggiornamenti sullo stato di salute del marito cardiopatico e poi, quasi per inciso, riferiva le sue.

### **Commento**

Se è vero che errare è umano e più vero ancora che perseverare è diabolico. In varie occasioni i due Cretinetti si limitano, di fronte a una anemia sideropenica, a prescrivere una terapia marziale senza sincerarsi se sotto non vi sia una causa. Eppure la regola di ricercare sempre una causa in questo tipo di anemia è cosa da prima elementare. A un certo punto uno dei due medici, di fronte alla paziente che riferisce sintomi addominali persistenti, ha uno sprazzo di luce e chiede una colonscopia. Pensiero corretto, ma l'esame negativo lo tranquillizza. Eppure se è vero che un'anemia sideropenica spesso è secondaria a una patologia del tubo digerente è anche vero che oltre al colon vi sono altre sedi da esaminare. Una TAC o una RM dell'addome sarebbero state appropriate.

Un errore poco scusabile è stato senza dubbio quello di aver completamente messo in secondo piano l'anamnesi di un precedente intervento per melanoma. La comparsa di anemia sideropenica in una paziente con storia oncologica positiva, anche se sono passati anni, dovrebbe sempre costituire un campanello di allarme e indurre il medico a sospettare una recidiva.

## QUELLO STRANO DIABETE

75 anni, maschio, affetto da più di vent'anni da diabete mellito di tipo 2, è in discreto compenso glicemico con antidiabetici orali, però da alcuni anni accusa parestesie agli arti inferiori, nessuna lesione ai piedi.

Cretinetti parte per le vacanze estive, quando torna, ascolta gli aggiornamenti del collega sostituto il quale lo informa che il suddetto paziente, da circa una ventina di giorni, si è aggravato.

Egli ha chiesto una consulenza al centro diabetologico dove è stata fatta diagnosi di polineuropatia sensitivo motoria e consigliato il passaggio alla terapia insulinica che *“Lei avrebbe dovuto cominciare anni fa, ai primi segni di questo problema, LO DICA al suo medico di BASE”*.

Il paziente si presenta in studio da Cretinetti, accompagnato dai due figli che lo reggono sotto le ascelle, deambula lentissimamente, barba lunga, eloquio lento, si siede di botto sulla poltrona e dice che si sente uno straccio, non ha appetito, è dimagrito di qualche chilo, gli fa male la testa: *“Sono sicuro che ci ho un cancraccio, ho capito che me manca poco, ma vojo morì a casa mia.”*

Mostra il profilo glicemico del giorno precedente che è praticamente normale, come pure l'emoglobina glicata, dice che ha aspettato il ritorno di Cretinetti per avere conferma della giustezza del cambio di terapia orale con insulina, che non ha ancora iniziato; i figli, invece, insistono per un ricovero ospedaliero *“per fare una TACCHE”*.

Cretinetti sta per avvallare il tutto, comincia a scrivere la minuta dell'impegnativa ma qualcosa però non lo convince, si accende una lampadina: spiega al paziente il suo sospetto diagnostico, gli chiede di eseguire prima del ricovero alcune analisi del sangue, queste, per fortuna, confermano l'illuminazione.

Rimosso un tenacissimo scetticismo del paziente e dei figli, si inizia una nuova terapia orale per la malattia sospettata, a causa di questo trattamento il giorno dopo si richiede l'inizio anche della terapia insulinica.

Dopo dieci giorni il moribondo si ripresenta in studio, da solo e tirato a lucido, magnificando le virtù diagnostiche di Falchetto.

Non crede di essere migliorato in così poco tempo, imbonisce il pubblico in sala di attesa esclamando in romanesco che *“Nun me riuscivo manco più a alzarne da la sedia e a famme la barba!!, ma Lui ce ha pensato a la diagnosi ggiusta”*.

Falchetto si affaccia alla porta della sua stanza e, colpito da una crisi di delirio diagnostico e di autostima, chiama ad alta voce “LAZZARO” il paziente, tra il tripudio dei servili mutuati, ma ha la coscienza sporca perché anni prima aveva formulato, in un caso simile, una goffa diagnosi che gli era costata una SONORA REVOCA della paziente e di tutta la sua famiglia.

**SOLUZIONE**

Polimialgia reumatica

**Commento**

Il paziente soffre di diabete di tipo 2 da circa 20 anni e da alcuni anni lamenta parestesia agli arti inferiori. Già questi dati fanno ipotizzare una polineuropatia. La diagnosi posta dal diabetologo non è quindi campata in aria anche se forse sarebbe stato opportuno richiedere una elettromiografia. Cretinetti si stupisce e non crede alla polineuropatia in quanto l'equilibrio glicemico appare discreto. In realtà una polineuropatia diabetica può svilupparsi anche se vi è un equilibrio glicemico accettabile perché entrano in gioco altri fattori: la durata del diabete, possibili picchi glicemici non intercettabili con gli esami standard che possono però provocare danni nervosi. Va considerato inoltre che alcuni diabetici possono sviluppare una neuropatia indipendentemente dall'equilibrio glicemico per una predisposizione genetica e/o per la presenza di una infiammazione di basso grado. D'altra parte la polimialgia reumatica era difficilmente sospettabile in quanto generalmente comporta un interessamento del cingolo scapolare e del collo e molto più raramente colpisce il cingolo pelvico e gli arti inferiori. Tuttavia è vero che in casi sporadici può provocare sintomi che mimano una polinevrite agli arti inferiori. Bravo quindi Cretinetti ad averci pensato. Non era facile!

**QUELLE STRANE COLICHE RENALI**

Il paziente è un pimpante epicureo cinquantenne che gode di ottima salute salvo un'insufficienza venosa agli arti inferiori; nell'anamnesi familiare si rilevano una forte familiarità flebopatica e calcolotica urinaria.

Un giorno il paziente si reca, piegato in due dal dolore, nello studio di Cretinetti il quale, sulla base ai sintomi e dei segni clinici fa diagnosi di colica renale, mette in opera la terapia di emergenza, dà i soliti consigli del caso e prescrive una Rx diretta addome, un'ecografia renale e vescicale, un esame delle urine.

Il paziente scompare e si rifà vivo dopo un mese, non ha fatto gli esami diagnostici e accusa lo stesso dolore ma dall'altro lato, in più afferma che *"a causa del maledetto lavoro che mi tiene dodici ore in piedi"* le gambe sono sempre più gonfie.

Cretinetti riprescrive la solita terapia più diosmina, dice al paziente di fare questa benedetta ecografia che rileva solo una dilatazione calicopielica bilaterale addebitata alle pregresse coliche, si consiglia un'urografia che in paziente non esegue.

Contemporaneamente il malcapitato si reca anche da un suo carissimo amico angiologo il quale consiglia senz'altro uno stripping delle safene per l'insufficienza venosa ingravescente; subito dopo il paziente torna da Cretinetti per riferire il tutto ed aggiunge che *"mi si sono gonfiate anche le palle e il pisello, credo che sia dovuto al gran "lavoro" sessuale che ho per le mani, speriamo non mi sia preso qualcosa di brutto!! mi fa fare il test per l'AIDS?"*.

A questo punto una lampadina si accende e una connessione diagnostica apre un nuovo scenario; Cretinetti si trasforma in Falchetto e con due successivi esami strumentali riesce a confermare il sospetto; a distanza di anni il paziente è vivo e più pimpante che mai.

Rx urografia: a sn normale; a dx ritardo nell'eliminazione del mdc; nei radiogrammi tardivi opacizzazione scarsa dell'uretere lombare fino all'apofisi trasversa L4-5

dove si interrompe la colonna, non calcoli. Rx pielografia: vistosa calicopielectasia con stravasamento del mdc, regolare la parte prossimale dell'uretere mentre in corrispondenza del tratto presacrale riduzione del calibro. TC addome: in sede perirenale dx falda ipodensa che nelle fasi tardive si opacizza con marcato enhancement come per versamento urinario; mediocalcinosi aortica con diam max 2,7 cm; quest'ultima, la cava, gli ureteri e le arterie iliache comuni sono circondate da tessuto denso che mostra modesto enhancement dopo mdc con piccole calcificazioni; uretere dx con dilatazione fino a livello delle ultime lombari.

### **SOLUZIONE**

Intervento chirurgico per ureterolisi e rimozione parziale di tessuto fibroso che all'esame istologico non dimostra atipie, diagnosi finale: FIBROSI RETROPERITONEALE.

Gli esami ematochimici non mostrarono nulla di patologico in senso autoimmune.

Dopo qualche mese la massa fibrosa riaumentò di volume, fu iniziata una terapia con Nolvadex 20 mg x 2 per un anno con quasi completa riduzione del tessuto fibroso.

Il paziente sta bene.

### **Commento**

La fibrosi retroperitoneale è una patologia rara che può essere idiopatica oppure secondaria a malattie autoimmuni, neoplasie, interventi chirurgici addominali, infezioni croniche come la tubercolosi. I sintomi più comuni sono il dolore lombare o addominale, sintomi urinari, edema agli arti inferiori. La diagnosi era francamente difficile e tutto lasciava presupporre che si trattasse soltanto di una urolitiasi. Solo la comparsa di un importante edema a livello scrotale ha portato a sospettare che vi fosse

un'ostruzione venosa e a richiedere una TC che ha permesso di risolvere il caso. Non ci sentiamo quindi di attribuire colpe particolari a Cretinetti.

## QUEI PEPERONI ASSASSINI

La paziente è un'ultrasettantenne senza patologie degne di nota salvo una modica ipertensione, chiama a casa Cretinetti per l'insorgere di una sindrome vertiginosa.

Egli si reca al domicilio della paziente, la trova a letto, all'esame obiettivo rileva solo una pressione arteriosa sistolica di 170 millimetri di mercurio e nient'altro, la donna riferisce che le vertigini non erano posizionali e che comunque erano già cessate lasciando il posto ad una *"testa confusa e a un po' di nausea"*; durante la visita si verificano alcune crisi prolungate di singhiozzo parossistico ma l'esame obiettivo addominale è completamente negativo.

Tutta questa sindrome viene da lei addebitata ad un'indigestione causata da *"una grossa mangiata di peperoni che proprio non dovevo fare, me li sento tutti sullo stomaco, purtroppo però mi piacciono da morire"*.

Cretinetti potenzia la terapia antipertensiva con un diuretico dicendole di telefonare il giorno successivo per aggiornamenti, sfortunatamente la frase detta dalla paziente diviene profetica e viene trovata morta nel suo letto.

## SOLUZIONE

All'autopsia: emorragia del tronco cerebrale; questo referto fu gentilmente comunicato a Cretinetti dal figlio della paziente il quale sottolineò il fatto che *"una cosa così particolare potesse servire per l'esperienza futura"*.

### **Commento**

Le vertigini sono una patologia vista molto di frequente nella medicina ambulatoriale e non è affatto facile orientarsi. La difficoltà si riscontra soprattutto nel caso di vertigini non posizionali che possono essere causate da molte condizioni anche gravi, ma che spesso sono solo delle sensazioni di instabilità o testa leggera o confusa che il paziente ha difficoltà a descrivere con precisione. Non vi erano segni neurologici che potessero far pensare a una patologia cerebrale grave (come per esempio un'importante cefalea, una paresi o una rigidità nucale), mentre il singhiozzo può avere molte cause, non è semplice identificarle a letto del malato e senza accertamenti. In ogni caso nella maggior parte dei casi sia le vertigini che il singhiozzo sono sintomi autorisolutivi. Troppo facile sentenziare che il caso possa servire di lezione per il futuro. Certo che tutto diventa facile con il senno di poi, ma viene da chiedere: "Dobbiamo richiedere una TAC cerebrale in tutti i pazienti con vertigini anche in mancanza di altri segni neurologici perché non si sa mai e potrebbe essere un'emorragia cerebrale?"

### **QUANDO UN'ANALISI CONFLIGGE CON LA CLINICA**

Cretinetti riceve una sua paziente 69enne affetta da molteplici patologie: BPCO con frequenti riacutizzazioni, pollinosi, obesità, cisti renali bilaterali, poliartriosi, deviazione del setto, ipertrofia dei turbinati, esiti di paralisi periferica post zosteriana del VII, dislipidemia II<sup>a</sup>, ernia iatale da scivolamento, gastrite cronica, insufficienza venosa di grado severo, ansioso depressiva.

Siamo di giugno e la paziente accusa una congestione congiuntivale e un edema palpebrale, senz'altro at-

tribuiti da Cretinetti alla solita pollinosi, inizia terapia con corticosteroidi topici e poi sistemici i quali vengono aggiunti ai beta2 stimolanti per via inalatoria che la paziente già pratica, come ogni primavera.

La congiuntivite non migliora per cui la paziente si reca a visita oculistica che referta: edema palpebrale non di pertinenza oculistica, esoftalmo bilaterale, Cretinetti fa eseguire il dosaggio degli ormoni tiroidei che risultano normali e il TSH che è 1.7 (quindi normale).

La sintomatologia diminuisce di intensità e la paziente si rifà viva solo ad agosto lamentando un "*senso di frullio in mezzo al petto*", all'esame obiettivo l'azione cardiaca è ritmica con tachicardica sui 100 bpm, la p.a. è 160/70, Cretinetti fa sospendere i broncodilatatori per aerosol e chiede un ECG che conferma i dati obiettivi aggiungendo "segni di sovraccarico ventricolare sn".

Dopo un breve miglioramento la paziente si ripresenta in settembre lamentando il riacutizzarsi della sintomatologia cardiaca, Cretinetti palpa la regione anteriore del collo e gli sembra di apprezzare un aumento di volume della tiroide, chiede un secondo dosaggio ormonale: gli ormoni risultano ancora una volta normali, il TSH è 1.3, gli anticorpi anti TG e TPO sono negativi.

L'ecografia viene prenotata solo dopo 1 mese ma la paziente non fa in tempo ad eseguirla perché la situazione precipita: accusa un aggravamento della tachicardia e tachipnea, una instabilità psichica con crisi di ansia incontrollabile, astenia marcata.

Cretinetti chiede il ricovero, la paziente si reca al P.S. dove però stramazza a terra per un arresto cardiaco, viene rianimata, si salva.

Con una analisi del sangue la diagnosi viene prontamente fatta con sbigottimento della paziente e di Cretinetti.

### **SOLUZIONE**

Morbo di Basedow.

### **Commento**

I dati clinici (ipertensione sistolica e tachicardia) avevano giustamente indirizzato Cretinetti verso un ipertiroidismo, ma i ripetuti dosaggi ormonali risultati sempre nella norma lo hanno portato fuori strada. La presenza di esoftalmo e l'ingrandimento della tiroide erano altri elementi a sostegno della diagnosi. Si poteva pensare che la normalità dei dosaggi ormonali fosse un falso negativo? Forse, anche se non ci sentiamo di colpevolizzare troppo Cretinetti. Abbiamo provato a proporre il caso a ChatGPT. D'acchito viene posta diagnosi di morbo di Basedow. Quando diciamo alla IA che i dosaggi ormonali e gli anticorpi antitiroide sono negativi vengono avanzate diagnosi alternative (feocromocitoma, Cushing, arterite di Takayasu) ma si suggerisce anche di ripetere gli esami in un laboratorio diverso. Il caso comunque ha quasi dell'incredibile: attualmente, con i controlli di qualità a cui devono sottoporsi i laboratori, errori del genere non dovrebbero più vedersi.

## **QUEL FALSO PECCATO DI GOLA**

Paziente maschio, quarantenne, obeso, viene in visita privata da Falchetto perché da dieci anni gli è stata rilevata ecograficamente una "steatosi epatica".

Reca con sé le analisi con i markers epatitici negativi e le transaminasi aumentate di una volta e mezza il normale, il resto negativo.

Falchetto pensa, tra sé e sé, che diavolo è venuto a fare il paziente a visita da lui, dato che il caso è di una banalità infinita.

Per giustificare la parcella redige, con molta sufficienza, la cartella partendo come al solito dall'anamnesi familiare che rileva il decesso del padre a 50 anni per cirrosi epatica (*"ma je giuro che nun beveva una goccia de' vino, dotto', e nun era grosso come a me"*), il resto dell'anamnesi familiare è negativo, salvo un diabete nel padre *"che però era venuto solo all'ultimo"*.

Il paziente non beve e non fuma, afferma che da dieci anni gli è stato detto che c'è questa steatosi, ha tentato di seguire delle diete ma le analisi non sono migliorate anche calando di 5 o 6 chili per cui ha smesso di stare a vitto ipocalorico, ultimamente si sente anche *"molto fiacco e nun ci ho vojia de' fa' gnente"*.

Chiede se c'è da prendere qualche medicina per aiutarlo a dimagrire; fino a quel momento ha fatto, a cicli, solo degli epatoprotettori in compresse e in fiale i.m., senza giovamento, per cui il curante si è spazientito invitandolo a ripresentarsi in studio SOLO dopo un calo ponderale di almeno 10 chili.

Falchetto risponde che essendoci una sofferenza epatica non è opportuno assumere farmaci anoressizzanti, lo visita e rileva un fegato un po' ingrossato e di consistenza aumentata, non dolente, il restante esame obiettivo è negativo.

Prende il solito foglietto dell'ennesima dieta ipocalorica e lo dà al paziente rimarcando, con voce sussiegosa, il

fatto che il suo medico curante ha pienamente RAGIONE e che se non perde i 10 kg di troppo, nel tempo potrebbe fare la fine del padre con una bella cirrosi epatica.

Detto questo, fa per congedarlo (continuando a pensare all'inutilità di quel consulto) ma, all'improvviso, gli si ACCENDE UNA LAMPADINA; una SCORCIATOIA DIAGNOSTICA gli si spalanca nella mente, la sintesi dei dati in suo possesso gli fa balenare un'ipotesi che lì per lì gli sembra assurda; torna dietro la scrivania e prescrive alcune analisi che invece confermano il sospetto.

Epilogo: Falchetto pensa quanto sia facile, anche in casi così apparentemente ovvi, fare la figura di Cretinetti.

### **SOLUZIONE**

Emocromatosi.

### **Commento**

Qualora si riscontri un aumento delle transaminasi senza ittero e senza segni clinici di patologie concomitanti (come per esempio lo scompenso cardiaco) è buona norma non fermarsi alle ipotesi diagnostiche più ovvie: epatite virale, abuso di alcolici, steatosi non alcolica. Vanno almeno escluse anche alcune cause metaboliche epatiche come l'emocromatosi, il morbo di Wilson o il deficit di alfa<sub>1</sub> antitripsina e richiesta un'ecografia epatica (per diagnosticare eventuali patologie biliari). Si tratta di un pannello di esami minimi che dovrebbe essere nel bagaglio culturale di ogni medico.

Il fatto che la diagnosi sia stata fatta ben dopo 10 anni dal riscontro dell'ipertransaminasemia porta a chiedersi: come è stato possibile? La risposta può essere una sola: nessuno è stato colto dal dubbio che forse non si trattava della solita e più comune steatosi non alcolica. Eppure bastava consultare un qualsiasi testo di diagnostica differenziale!

## QUELLA ASPIRINA NEGATA

75 anni, affetto da ipertensione, sarcoma di Kaposi primitivo, diverticolosi e poliposi colica, è in terapia con irbesartan con buon compenso.

Causa la sua professione è a contatto con molti papaveri della medicina uno dei quali, in una megacena “di lavoro”, sentenzia che *“una bella aspirinetta alla tua età non fa male, anche perché sei iperteso e quindi più a rischio”*; questa opinione mi viene riferita in studio dal paziente con una richiesta di prescrizione.

È un personaggio MOLTO insistente e si sa che sono i peggiori perché ti fanno lavorare male, ma quel giorno la permalosità meridionale prevalse e gli dissi che non c’era ragione di prenderla, il paziente si seccò perché *“caro dottore, un aspirinetta che male mi può fare?”*; il discorso poi ritornò nei controlli successivi e, non so come, si riuscì a convincerlo a non insistere.

Un mese fa subisce un trauma stradale, accompagnato al P.S. gli vengono riscontrate solo delle contusioni multiple e nient’altro.

Pochi giorni fa Falchetto viene chiamato perché il paziente (vedovo senza figli, vive da solo) è stato trovato dal portiere a terra, è cosciente ma ha un deficit del lato destro del corpo con disartria, ha perso le urine; dopo una buona mezz’ora si riesce a convincerlo al ricovero urgente perché *“dobbiamo fare un accertamento per valutare il danno al cervello”*.

Andando a casa Falchetto si macera l’animo pensando a quanto è stato stupido a negargli una prescrizione così banale, è stato un momento bruttissimo, gli

scrupoli aumentavano e non riusciva a rimuoverli con nessuna giustificazione mentale; ha pensato anche a quante volte avrebbe dovuto bere l'amaro calice col paziente che gli avrebbe rinfacciato, a vita, quella dannata *"aspirina negata per una giusta prevenzione"*.

### **SOLUZIONE**

Oggi finalmente la catarsi, viene la sorella a riferire che il paziente aveva un'enorme ematoma cerebrale subdurale la cui origine è stata fatta risalire al trauma di un mese orsono.

Falchetto, di colpo, si leva un fardello che gli opprimeva l'animo e ha pensato che in questo caso anche una aspirinetta poteva essere un aggravante forse fatale e ha anche riflettuto sul fatto che vivendo da solo il paziente poteva benissimo morire di un "apparente ictus", con relativi scrupoli di coscienza a vita, per il medico.

Arte difficile, quella medica, perché a volte situazioni e giudizi si ribaltano di 180 gradi.

### **Commento**

Attualmente le linee guida consigliano l'ASA in prevenzione cardiovascolare primaria solo in pazienti di 40-70 anni molto selezionati e ritenuti ad alto o altissimo rischio cardiovascolare (per esempio diabetici con associati multipli fattori di rischio) e a basso rischio emorragico. Inoltre non viene consigliata nei soggetti anziani per il maggior rischio emorragico. In conclusione l'ASA non si dovrebbe usare di routine ma solo dopo un'accurata e personalizzata valutazione dei rischi e dei benefici.

Bene ha fatto quindi il medico a non prescrivere il farmaco, considerando che il paziente (75 enne) aveva un solo fattore di rischio (l'ipertensione) peraltro in buon compenso.

## QUELL'ANIMALE NASCOSTO

Una assistita chiede a Falchetto il nome di un buon chirurgo vascolare perché una sua amica, che soffre di un dolore ad un arto inferiore durante la marcia, ha eseguito un ecodoppler consigliato dal dottor Cretinetti e l'esame ha dimostrato una stenosi della iliaca comune di dx all'origine; a quel punto il curante le ha consigliato l'intervento.

Falchetto, dopo aver raccolto un'anamnesi approssimativa, chiede di poter vedere la paziente: 48 anni, ciclo mestruale presente e valido, non fuma, non è diabetica, non è obesa, non è ipertesa, il quadro lipidico è perfetto, nessuna malattia in passato salvo *"un problema alla tiroide che però funziona benissimo"* (mostra le analisi con ormoni e TSH ripetutamente normali ma anticorpi anti TG e anti TPO fortemente positivi) e qualche *"dolore reumatico della mia età"* (sorride) *che gira e che mi dà molta fiacca quando viene"*; recentemente ha accusato anche delle *"chiazze vaganti"* sulla pelle che però sono passate. La paziente chiede se Falchetto conosce qualche bravo chirurgo vascolare, ma il medico non è convinto, interroga più approfonditamente la paziente sui segni e sintomi già riferiti e fa eseguire delle analisi del sangue (e nuovo ecodoppler da un angiologo di provate capacità) perché ha intravisto UNA SCORCIATOIA DIAGNOSTICA.

### SOLUZIONE

Secondo ecodoppler arterioso positivo, Angio RM conferma la lesione stenotica della iliaca. Analisi: ana pos, anti DNA nativo pos; indici infiammatori elevati come già detto; ast 250 alt 300, or-

moni tiroidei normali, anti TG 4665 anti TPO 3000, immunocomplessi ass., complemento diminuito, LAC pos.; anca neg. Il resto della routine ematochimica normale, compresi i markers epatitici e gli indicatori di epatopatie croniche rare.

Sospetto di LES, biopsia epatica: quadro istologico compatibile con epatopatia associata a disordine autoimmunitario sistemico.

Iniziata terapia con asa e idrossiclorochina con qualche timore per l'epatossicità: dopo tre mesi transaminasi normali e soprattutto quadro clinico nettamente migliorato: sparite le artralgie e i rash cutanei, come pure la claudicatio.

Un tentativo di riduzione dell'idrossiclorochina a una compressa ha causato un riacutizzarsi dei sintomi per cui la dose è stata riaumentata a due compresse.

L'ultimo ecodoppler arterioso agli arti inferiori (dopo due anni) è addirittura negativo.

### **Commento**

Due erano i fatti che Falchetto ha giustamente valorizzato e che gli hanno permesso di arrivare alla diagnosi evitando alla paziente un inutile intervento chirurgico. Il primo: perché una donna sana, non fumatrice, ancora relativamente giovane, senza fattori di rischio cardiovascolare, dovrebbe sviluppare un'arteriopatia agli arti inferiori? Il secondo: quale patologia potrebbe unificare sintomi apparentemente diversi come le artralgie, l'astenia, una dermatite vagante, una tiroidite autoimmune?

Falchetto si è posto queste domande, ma già il fatto della coesistenza di una patologia autoimmune e un'arteriopatia apparentemente senza motivo portano a ipotizzare una vasculite o una connettivite su base autoimmunitaria.

La lezione generale che si può trarre da questa storia è che, di fronte a sintomi e segni apparentemente non spiegabili e che sembrano non avere alcun collegamento tra loro, vale la pena

esplorare l'ipotesi di una malattia sistemica o di una sindrome paraneoplastica.

## QUELLO STRANO MAL DI GOLA

Falchetto rientra dalle vacanze estive e riceve una giovane paziente che era stata male durante le ferie ed era stata vista in sequenza da tre colleghi Cretinetti, di cui l'ultimo, primario otorino, professor Max Cretinetti. Riferiva ai medici un dolore alla gola, veniva fatta diagnosi di faringite acuta. Erano stati prescritti in sequenza tre tipi diversi di antibiotici, i primi due senza miglioramento, quello del primario (una cefalosporina iniettiva) con modesto giovamento.

La resistenza alla terapia veniva interpretata, dai colleghi Cretinetti che si erano avvicendati nelle cure, come la conseguenza del fatto che la paziente è istruttrice di nuoto e spesso ha costume e capelli bagnati per ore; il primario le aveva anche fatto eseguire oltre al tampone faringeo, risultato positivo per streptococco alfa emolitico, i test per mononucleosi, cytomegalovirus e toxoplasma, i primi due erano risultati positivi per le IgG.

La paziente dice a Falchetto che ora ha in bocca delle "cose bianche" ed è principalmente per questo motivo che si reca da lui; egli ascolta la storia clinica ed osserva con attenzione la giovane che è visibilmente seccata perché ha uno *"stupidissimo mal di gola che però non mi passa, mi sono imbottita di farmaci che mi hanno rovinata la bocca, il fegato, ma soprattutto fatto schizzare il cervello e non hanno risolto nulla"*; è irrequieta, gesticola.

Falchetto la visita e rileva quello che la paziente riferiva ma anche qualcos'altro che, confermato da esami ematochimici e strumentali, gli fa fare la giusta diagnosi precedentemente lasciata.

### **SOLUZIONE**

Falchetto aveva notato che la paziente era “troppo” irrequieta, ha spostato le mani anche nella regione anteriore del collo e ha notato un aumento del volume tiroideo, ha fatto eseguire una ecografia e alcune analisi.

Risultati: ghiandola tiroidea aumentata di volume con struttura diffusamente disomogenea, ves 70, ormoni tiroidei alti, tsh basso, autoanticorpi assenti; la curva di captazione è risultata ai valori minimi della norma.

Diagnosi di: tiroidite subacuta, prescritto inizialmente un mese di corticosteroidi, proseguiti poi per altri ancora perché i dati ematochimici non recedevano e così pure la sintomatologia.

Dopo questo tempo la paziente è guarita; la cosa particolare è che a distanza di 4 anni le immagini ecografiche sono perfette come se nulla fosse accaduto: una restitutio ad integrum completa.

Credo che la lezione che possiamo ricavare da questo caso è che, pur in presenza di patologie apparentemente banali, non costa nulla far scivolare le mani un po' oltre la apparente zona anatomica dei sintomi; la “irrequietezza”, già presente all'inizio, evidentemente era stata interpretata come un atteggiamento insofferente della malcapitata. Le “cose bianche” erano un mugheto.

### **Commento**

Questa storia clinica dimostra come purtroppo, di fronte a un sintomo molto frequente, si corra il rischio di porre la diagnosi più comoda senza esplorare ipotesi alternative. Eppure il fatto che

ben tre terapie antibiotiche fossero risultate inefficaci e che sia il tampone faringeo che i test ematici escludessero le cause più frequenti di faringotonsillite dovevano essere un campanello di allarme. Nella tiroidite subacuta il dolore di solito è localizzato anteriormente al collo ma può irradiarsi alla mandibola e alla faringe, da qui la possibilità di essere scambiata per una faringotonsillite. Il segno distintivo è il dolore alla palpazione della regione tiroidea.

Un'altra lezione che possiamo trarre è che la visita del paziente non dovrebbe mai essere troppo sbrigativa. Neppure quando la diagnosi appare ovvia. In particolare palpare la regione tiroidea, esaminare le stazioni linfonodali e le porte erniarie e valutare i polsi arteriosi sono manovre che richiedono pochissimo tempo e permettono talora di evitare errori diagnostici.

## QUELLA FALSA EPILESSIA

Paziente cinquantenne, in buona salute tranne una ipertensione "adrenalinica" che Cretinetti si è deciso a trattare con un sartanico anche perché il precedente curante aveva già provato con beta bloccanti (sospesi per bradicardia severa) e ace inibitori (sospesi per tosse).

Un giorno arriva una gran telefonata dalla moglie, persona estremamente ansiosa anch'essa; riferisce che il marito, affetto da una sindrome febbrile da raffreddamento, è stato trasportato d'urgenza in ospedale.

Si era alzato, di mattina presto, per mangiare e ad un certo punto *"si è sentito un gran botto, sono andata in bagno e l'ho trovato per terra che si contorceva tutto"*.

Dopo qualche giorno la paziente riferisce che la suocera le ha comunicato che “*il suo bambino*” da piccolo aveva avuto due episodi simili in occasione di “*grosse influenze*” e che anche allora aveva avuto delle “*crisi di INFANTIOLI* (espressione romanesca indicante epilessia)”. Il pediatra gli aveva detto che erano convulsioni febbrili; poi a 20 anni ebbe un'altra piccola crisi senza rialzo termico.

Cretinetti dice alla signora di comunicare questa cosa ai colleghi ospedalieri i quali, sulla base di un EEG con qualche alterazione irritativa, RM encefalica negativa; la negatività di Holter cardiaco e pressorio, nonché dell'ecodoppler cardiaco e di quello dei vasi sovraortici, iniziano senz'altro una terapia con fenobarbitale.

Passano tre anni in buona salute tanto che Cretinetti decide di diminuire il dosaggio della terapia antiepilettica fino a dosi subterapeutiche per poi sospenderla.

Sfortunatamente, in occasione di una prima Comunione, il paziente, padrino della comunicanda, proprio quando stava per essere distribuita l'ostia consacrata, alla fine del lungo sermone del celebrante, cade a terra incosciente, accusa scosse ritmiche agli arti superiori ed inferiori, diventa cianotico, respira a fatica.

Gli astanti sono impietriti, un volenteroso, probabilmente patito di noti telefilm, pratica un rudimentale massaggio cardiaco, arriva l'ambulanza, il paziente viene ricoverato, rifà i soliti accertamenti e ne esce con la precedente terapia e l'aggiunta di un secondo antiepilettico.

Cretinetti riceve la madre e la moglie del malcapitato, comincia a spiegare che spesso le epilessie necessitano di più farmaci, che il tentativo di sospensione è fallito e che si sarebbe continuata la terapia a vita.

Qualcosa, però, nel suo cervello comincia a frullare, si trasforma in Falchetto, riesamina mentalmente la storia clinica del paziente, gli sorgono dei dubbi, chiede ulteriori notizie ai congiunti del paziente e il sospetto diagnostico gli sembra più evidente.

Fa eseguire un esame strumentale che in mezz'ora conferma l'ipotesi nuova, la terapia medica viene buttata nei secchioni, da allora il paziente vive felice anche se con un piccolo "sovrappeso" indipendente dalla sua volontà.

### **SOLUZIONE**

Approfondendo l'ANAMNESI si stabilì che le crisi infantili non si erano verificate durante la febbre ma nella convalescenza, quella a 20 anni era postminzionale.

Il sermone del prete e le orazioni varie erano durate più di mezz'ora, durante tutto questo tempo il paziente, padrino della bambina, rimase rigorosamente in piedi.

I betabloccanti, in passato, avevano causato in passato una bradicardia severa ed erano stati sospesi.

Si effettua Tilt test: asistolia prolungata e sincope; successivo impianto di pacemaker a domanda.

### **Commento**

Di fronte a un paziente con sincope si pone il problema di determinarne la causa. Frequente è la sincope riflessa in cui un riflesso anomalo del sistema nervoso autonomo causa bradicardia anche grave e ipotensione (sincope vaso-vagale, sincope post-minzionale, sindrome del seno carotideo, ecc). Esistono poi cause cardiache (per esempio aritmie, stenosi aortica severa, ecc) e cause neurologiche (epilessia). Talora l'anamnesi è utile ai fini diagnostici (per esempio la sincope che compare dopo la minzione o la de-

fecazione oppure in caso di prolungata stazione eretta). La presenza di convulsioni, morso della lingua e perdita di urina indirizzano verso una forma epilettica. Comunque spesso è necessario ricorrere ad accertamenti e tra questi diremmo quasi obbligatorio è il tilt test (test di stimolazione ortostatica passiva) che serve per diagnosticare un'ipotensione ortostatica, una sindrome del seno carotideo, una forma vaso-vagale. Se durante il test si verificano sintomi come svenimento, vertigini, calo pressorio, aritmie, asistolia, ecc. il test viene considerato positivo e conferma la presenza di un problema di regolazione del sistema nervoso autonomo.

Nel caso specifico vi erano dei segnali che orientavano in tal senso (per esempio talora l'episodio si era verificato dopo la minzione o una prolungata stazione eretta). In realtà in un'occasione si erano verificate anche scosse prolungate degli arti superiori che potevano far pensare a una epilessia e questo può giustificare la diagnosi iniziale. Altrettanto dicasi del fatto che una nuova crisi si era verificata alla sospensione della terapia antiepilettica. Anche la presenza di anomalie (seppur aspecifiche) all'elettroencefalogramma ha contribuito a interpretare il quadro clinico come epilessia. L'errore diagnostico è pertanto comprensibile anche se appare strano il fatto che durante i ricoveri non sia mai stato eseguito il tilt test.

## **QUELLA STRANA ARTROSI CERVICALE**

Maschio 65 enne in ottima salute, noto frequentatore di studio perché patofobico, all'ennesima visita riferisce artralgie alla colonna cervicale.

Cretinetti, indispettito, non si alza neanche dalla sedia, prescrive una Rx colonna cervicale; il paziente

la porta dal medico il quale apre la busta, prende il referto e lo legge: "Marcati segni di uncoartrosi, discopatia C5-6", lo rimette a posto e prescrive ciclo di FKT e FANS.

Passano alcuni anni nei quali il paziente continua a fare i suoi cicli periodici di FKT e FANS per l'artrosi cervicale. A un certo punto egli ritorna in studio perché ha una diarrea acquosa profusa, una tosse secca fastidiosa e gli fanno male *"tutte le ossa"*; Cretinetti fa spallucce e attribuisce il tutto a una forma virale stagionale che in quel momento imperversa tra i suoi pazienti.

Gli antispastici prescritti risultano, però, inefficaci come pure le terapie con antisettici dell'apparato digerente; le colture delle feci, gli esami parassitologici; i test per tifo paratifo e melitense, virus epatitici sono negativi. Il paziente, una domenica, dopo l'ennesima scarica diarroica, collassa e viene ricoverato, dopo pochi mesi muore. Con un po' più di attenzione nel corso della "visita" di anni prima, per l'artrosi cervicale, si sarebbe potuto salvare la pelle al paziente.

### **SOLUZIONE**

Fu eseguita una colonscopia che non rilevò lesioni neoplastiche, una Rx della colonna e del torace mostrarono lesioni compatibili con metastasi ossee e polmonari. Fu eseguita una TC total body per la ricerca del tumore. Fu rilevata una massa tiroidea, che era anche palpabile, come pure i linfonodi laterocervicali aumentati di volume e di consistenza dura.

La biopsia refertò: carcinoma midollare della tiroide, la calcitonina era  $>2000$ ; GUARDANDO le radiografie della colonna cervicale di qualche anno prima si poteva rilevare una evidentissima calcificazione in sede tiroidea.

### **Commento**

Anche in questo caso torna utile quanto abbiamo già detto in precedenza: non bisognerebbe mai rinunciare a un minimo di esame obiettivo fidandosi solo degli accertamenti di laboratorio e strumentali. E, come abbiamo sottolineato in altre occasioni, un'occhiata alle lastre porta via pochi minuti e può rivelare particolari importanti. Cretinetti, di fronte al paziente che lamentava dolori in sede cervicale, neppure si alza dalla sedia e prescrive subito una radiografia. Forse la semplice palpazione del collo già allora avrebbe permesso di riscontrare il nodulo tiroideo e la linfadenopatia. Non ne abbiamo la certezza, ma questo non giustifica il comportamento del medico.

### **CRETINETTI E I FANS**

La paziente è una simpatica e giovanilissima 50 enne, single per scelta, in ottima salute, il sorriso più bello del quartiere; ella, dopo aver sollevato un grosso vaso sul balcone di casa, accusa una lombosciatalgia di grado severo con deficit anche motori (steppage) che Cretinetti cura con fans, miorilassanti e poi cortisonici, vista l'inefficacia dei primi.

La paziente dopo venti giorni di cure sta un po' meglio, Cretinetti le propone di scalare gradualmente il cortisone ed approfondire il problema eseguendo in prima battuta una radiografia del rachide lombare, la paziente non fa in tempo a farla perché una mattina ha una improvvisa ematemesi, Cretinetti viene chiamato al telefono e consiglia senz'altro il ricovero per eseguire una endoscopia urgente.

Questa rileva multiple ulcerazioni a livello gastrico e il gastroenterologo endoscopista eccepisce che *“con tutti*

*questi farmaci assunti così a lungo mi stupisco il suo medico non le abbia dato nessuna protezione gastrica”.*

Cretinetti ammette l'errore e incassa la stoccata, segue terapia con ranitidina (gli inibitori di pompa non esistevano) e protettori gastrici topici, la paziente migliora di poco, con residua persistente piroisi, rifiuta l'endoscopia di controllo prevista dopo un mese *“perché se ci ripenso è stata un incubo”*.

Dopo poco tempo riferisce anche un dolore all'ipcondrio destro che si manifesta a distanza di circa due ore dal pasto: Cretinetti, al termine della visita, lo attribuisce a una probabile litiasi biliare (familiarità negativa), l'ecografia epatica mostra bile ispessita con sabbia biliare e un piccolo calcolo che, alla Rx diretta epatica, risulta radiotrasparente, segue terapia con acido ursodesossicolico.

Durante quest'ultima, la paziente riferisce l'emissione di feci picee per cui Cretinetti consiglia una nuova EGDS (che stavolta la paziente esegue) la quale rivela un quadro simile alla prima con qualche erosione bulbare; il gastroenterologo endoscopista consiglia alla paziente di proseguire la terapia con gli stessi farmaci ma a dose doppia con, in più, un procinetico; raccomanda anche un mantenimento molto prolungato e le prenota un controllo endoscopico dopo 2 mesi complessivi.

Nel corso di una successiva visita la paziente riferisce una cefalea (di cui non ha mai sofferto), la pressione arteriosa risulta elevata, la familiarità rileva solo un avo iperteso, successivi controlli confermano il dato, malgrado il vitto iposodico.

Cretinetti prescrive gli esami di laboratorio per la ricerca di un'eventuale ipertensione secondaria che risul-

tano negativi, salvo livelli aumentati di ACTH, per questi motivi decide di far eseguire una TC cerebrale (la RM non esisteva) che risulta negativa per patologia ipofisaria, a quel punto prescrive una terapia con diuretici, con l'intenzione di ricontrollare nel tempo questo dato.

La paziente si ripresenta per il controllo pressorio, lamentandosi, inoltre, della persistenza della sua dispepsia con qualche crisi compatibile con coliche biliari di grado moderato, Cretinetti consiglia senz'altro l'intervento chirurgico, la paziente nicchia e propone di rifare una nuova ecografia per vedere *“se il calcolo si è sciolto così non mi opero”*.

### **SOLUZIONE**

Si conferma la litiasi biliare, il pancreas è indenne ma, inaspettamente, si evidenzia una lesione nodulare unica epatica, con caratteristiche molto sospette. Sopravviene una improvvisa ematemesi con intervento chirurgico di gastrectomia totale, resezione duodenale e del nodulo epatico: gastrinoma duodenale metastatizzato. L'ACTH aumentato era da sindrome paraneoplastica.

### **Commento**

In questo caso l'errore fondamentale di Cretinetti è stato di non approfondire abbastanza la ricerca della causa che aveva provocato l'aumento dell'ACTH. Si è limitato a escludere un adenoma ipofisario senza pensare che qualche volta tale aumento è dovuto a un tumore non ipofisario come per esempio un carcinoide oppure una neoplasia polmonare. Com'era il cortisolo? Cretinetti lo ha dosato? La cosa riveste la sua importanza perché nelle forme di iperproduzione di ACTH da tumori non ipofisari il cortisolo è particolarmente elevato, molto più di quanto non lo sia nell'iperproduzione da tumore ipofisario.

Altra domanda: com'è possibile che per ben due volte il gastrinoma duodenale non sia stato visto all'esame endoscopico?

Infine un'annotazione: una diarrea persistente può essere provocata sia da un aumento (più frequentemente) che da una diminuzione del calcio sierico. Se Cretinetti avesse richiesto una calcemia il riscontro di livelli molto aumentati avrebbe forse indirizzato verso la ricerca di lesioni ossee.

### QUELLA REPRIMENDA DEL BARONE

Cretinetti frequentava, all'epoca, la specialità di Medicina Interna e si esibì, davanti a un mitico Clinico Medico, in un *"Professore, pensavamo che questo paziente avesse una cirrosi, MA l'ecografia è negativa, QUINDI non ce l'ha"*.

Il Barone visitò il paziente, poi affrontò lo specializzando chiedendogli un documento, un silenzio tombale piombò in corsia, Cretinetti estrasse, con mano tremante, il pezzo di carta e lo porse al professore.

Egli lo aprì ed esclamò: *"Qui vedo una FOTO di Giuseppe Ressa, bene!"* e poi, dandogli ripetutamente un buffetto sulla guancia, con un sorriso beffardo a mo' di Padrino cinematografico: *"QUESTO invece È Giuseppe Ressa"* e poi ancora *"l'ecografia è una fotografia ma io SENTO, perché lo tocco, che questo è un fegato cirrotico e RICORDATEVI TUTTI quello che ho detto"*.

### SOLUZIONE

Si passò alla stanza successiva e Cretinetti, rimettendosi la patente in tasca, mentalmente cassò l'uscita del Sommo bollandola come una spacconata e con lui tutti gli altri saputelli specializzandi,

con camice inamidato, per i quali le indagini strumentali erano senz'altro più affidabili del sensorio umano; a fine visita il Barone fu apostrofato con i peggiori soprannomi, il più benevolo era "pazzo aterosclerotico".

GRANDE fu la sorpresa di Cretinetti quando, dopo qualche anno, nelle vesti di medico di famiglia, si vide arrivare in studio un nuovo paziente cirrotico, oramai ascitico: ERA LUI!!!

Naturalmente Cretinetti non lo riconobbe, fu il paziente a ricordargli l'episodio, rimarcando l'uscita di Cretinetti al suo capezzale e la giustezza del commento del diffamato Barone.

Cretinetti arrossì visibilmente e abbassò la testa, farfugliando qualche parola sconnessa.

Dopo pochi anni il paziente morì.

### **Commento**

Un'ecografia epatica negativa non esclude la cirrosi. Questo può dipendere dal fatto che la malattia è ancora in fase iniziale, dalle limitazioni della tecnica ecografica, dalla scarsa esperienza dell'operatore. Anche se la diagnosi di cirrosi epatica è istologica, spesso essa viene posta in presenza di criteri clinici, laboratoristici e di imaging. Il Barone enfatizza l'importanza dei criteri clinici: senza dubbio il riscontro di un fegato duro alla palpazione è un segno indicativo (il fegato può essere aumentato di volume ma anche ridotto nelle fasi avanzate). Vi sono altri segni come per esempio ascite, ittero, circoli collaterali addominali, splenomegalia, presenza di varici esofagee. È anche vero però che nelle fasi iniziali, in mancanza di tali segni, la diagnosi si avvale di tecniche di imaging molto più sensibili dell'ecografia (elastografia epatica, TAC o RM).

Cretinetti pensava che il paziente fosse cirrotico ma poi afferma che l'ecografia è negativa. Il suo errore è stato di essere troppo confidente in un esame strumentale. Evidentemente se aveva ipotizzato una cirrosi voleva dire che segni clinici e di laboratorio erano presenti. Al Barone avrebbe dovuto dire: "Pensiamo

che questo paziente abbia una cirrosi epatica, L'ecografia è negativa ma questo non esclude la diagnosi".

## **QUEGLI INUTILI ORMONI SESSUALI**

Donna di 63 anni sottoposta all'età di 20 anni a nefrectomia sinistra per idropionefrosi tubercolare; dall'età di 27 anni soffre di ipertensione arteriosa (con padre e tutti i fratelli ipertesi); all'età di 40 anni le viene rilevato un valore alto di colesterolo.

Il precedente medico, con cui era in cura, la sottopone ad una consulenza presso il centro universitario per la cura delle dislipidemie, nel quale, dopo svariati ed approfonditi controlli, si escludono cause secondarie e si propende per una forma primitiva, infatti anche una figlia giovane ne è affetta.

La madre e la figlia vengono messe in terapia cronica con ipolipemizzanti, alla prima viene prescritta anche la terapia sostitutiva all'inizio della menopausa "per proteggere le arterie dal colesterolo".

La paziente è affetta anche da gastrite cronica, s. del tunnel carpale modesta (fa l'impiegata e usa molto le tastiere), poliartrosi di grado severo; nell'infanzia ha accusato RRA senza reliquati articolari o cardiaci; ha subito due interventi chirurgici per cataratta bilaterale (nel 2000 e 2002). Nel 1994, in seguito ad un periodico controllo ecodoppler dei TSA, viene rilevata una placca della carotide interna sinistra con stenosi all'80% per cui la paziente viene sottoposta a TEA.

È a questo punto che la paziente, pensionatosi il medico precedente, conosce Falchetto; il rapporto non è age-

volissimo perché la paziente è già seguita da due centri universitari, uno per la cura per le dislipidemie e un altro per la cura dell'ipertensione.

La paziente fuma venti sigarette al dì e Falchetto cerca di farla smettere con parziale successo, i controlli ematochimici e strumentali si susseguono serrati, la situazione è stabile, una prova da sforzo appena submassimale è negativa.

La paziente pratica terapia con betabloccanti, calcio-antagonisti, diuretici dell'ansa, simvastatina, asa e terapia estroprogestica.

Nel 2002 Falchetto rende noto alla paziente i risultati disastrosi degli ultimi studi sulla terapia sostitutiva ormonale, egli ha sempre pensato che esiste un OROLOGIO BIOLOGICO con delle lancette che non si possono spostare artificialmente e gode nel constatare che i trial clinici sono andati male, prova ancora più piacere a dirlo alla paziente (per la serie quanto sono stato bravo e preveggenza a pensarlo); entrambi i centri universitari però si oppongono con fermezza ad una sua sospensione.

Alla fine la paziente, che ha anche sentito qualcosa in televisione o letto qualche giornale della salute, sospende gli estroprogestinici; dopo pochi mesi però riferisce di sentirsi fiacca e di accusare una aumentata caduta dei capelli (stiamo in ottobre).

Falchetto le dice che questo potrebbe essere dovuto alla sospensione degli ormoni e all'autunno (all'esame obiettivo nessuna chiazza alopecica) ma la invita a tenere duro perché *"i sintomi passeranno in pochi mesi quando l'organismo si sarà abituato alla mancanza di ormoni"*.

La paziente si reca di nuovo nei suoi soliti Centri dove i colleghi Cretinetti affermano che ha fatto molto

male a sospendere la terapia sostitutiva e consigliano di riprenderla, a prova di questo adducono la rilevazione di valori aumentati sia della pressione arteriosa sia del colesterolo e quindi *“non ci sono dubbi in proposito”*.

La paziente torna alla carica, Falchetto è in grossa difficoltà, si mangia la lingua e pensa tra sé e sé che ha fatto malissimo a sollevare il problema, magari in questo caso la terapia ormonale era giusta.

Ha davanti a sé una donna chiaramente infastidita dagli avvenimenti che continua a lamentarsi, dice che da quando ha sospeso gli ormoni *“mi sono scombinata tutta, mi sento una vecchia di 100 anni, sono ingrassata 5 chili e tra un po’ rimarrò senza capelli, il colesterolo si è alzato e sicuramente mi dovrò rioperare alle carotidi perché le placche torneranno, la pressione è di nuovo alta e mi giocherò anche l’unico rene che mi rimane”*.

La paziente si toglie la giacca del tailleur e continua il profluvio di parole *“e poi, dottore, dovrò anche ritirarmi da quel poco di lavoro che ancora faccio perché la mano di notte ha ricominciato a formicolare”*.

Falchetto è a terra, si sente perso e riprescrive gli estrogeni, la paziente continua a parlare senza freno, tanto che le va di traverso la saliva e ha alcuni colpi di tosse.

Falchetto alza gli occhi sconsolato e la guarda, all’improvviso nota qualcosa e gli si accende una lampadina, le sinapsi bollono, il cervello riesamina tutta la storia e correla i dati.

### **SOLUZIONE**

Chiede alla paziente di mettersi seduta sul lettino, la visita, trova quello che gli è parso di intuire osservandola, fa eseguire altre analisi del sangue ed un esame strumentale che confermano

i suoi sospetti, correggendo farmacologicamente la patologia tutta la sindrome è scomparsa.

Epilogo: Falchetto pensa che l'osservazione attenta del paziente gli ha fatto fare una diagnosi che però poteva essere formulata già da tempo.

Diagnosi: gozzo con IPOTIROIDISMO

### **Commento**

Analizzando il caso appare del tutto incomprensibile come non si sia pensato alla tiroide di fronte a un aumento del colesterolo.

Anche in presenza di una sindrome del tunnel carpale si dovrebbe ipotizzare un ipotiroidismo. Si trova scritto in tutti i libri di diagnostica differenziale e costa davvero poco prenderne in mano uno. Stranissimo poi che, nonostante i numerosi consulti medici, nessuno si sia accorto della presenza di un gozzo tiroideo.

In ogni caso (*repetita juvant*) siccome non è possibile ricordare tutto, ogni tanto prendiamoci qualche minuto e andiamo a consultare qualche flow-chart. Vediamo un paziente con ipercolesterolemia? Pensiamo che potrebbe essere una forma secondaria. Vediamo una sindrome del tunnel carpale? Andiamo a ripassare quel libro di clinica. Oggi poi grazie a internet e alla IA è possibile in pochi minuti avere le risposte che ci servono: basta porre le domande giuste.

## **QUEL TICCHETTIO SINISTRO**

Paziente 50 enne, viene in visita privata per un'ipertensione iniziata da poco tempo che non trae giovamento dalla terapia. Anamnesi familiare negativa per ipertensione; non fuma; è magro, l'esame obiettivo è completamente negativo salvo un'ipertensione distolica di 110 mmHg.

Reca con sé controlli ematochimici ripetuti che evidenziano una ipokaliemia (3 mg) persistente e in più: pra normale ma ai limiti bassi, ormoni cortico e midollari surrenalici plasmatici normali; aldosterone urinario nelle 24 ore normale ma verso i limiti bassi; TC addominale negativa, ecodoppler delle arterie renali negativo; il paziente è stato già messo in terapia da un mese con aceinibitori, a dose piena, ma senza successo.

Cretinetti rassicura il paziente sulla inesistenza di un'ipertensione secondaria e sta per vergare una ricetta con un altro ipertensivo da aggiungere al primo perché *"alcune ipertensioni richiedono più farmaci"*. Il paziente fa avanzare la sedia verso la scrivania del medico per ascoltare meglio i tempi e i modi dell'assunzione ma improvvisamente si sente un rumore come un ticchettio ripetuto, la diagnosi fu quindi fatta A VISTA con grande sorpresa del medico in piena "crisi diagnostica" e aiutato immeritadamente da un colpo di fortuna.

### **SOLUZIONE**

Il paziente teneva in tasca una confezione di una nota ditta di liquirizia a tocchetti.

Egli era affetto da dolico-colon con stipsi refrattaria ad altri trattamenti, poi su consiglio di un erborista aveva provato della liquirizia che consumava avidamente (2 pacchetti al giorno delle confezioni commerciali più altre aggiunte), la stipsi era migliorata moltissimo.

Cretinetti non indagò sul consumo di questa pianta (forse pensava che fosse prevista solo sui testi sacri), **NATURALMENTE** l'anamnesi fisiologica era stata SALTATA a piè pari (tanto a che serve?), dal dotto clinico.

Se Cretinetti l'avesse raccolta, sarebbe uscito fuori il problema della stipsi con il suo allegato "rimedio" e la diagnosi sarebbe stata fatta.

Anche in questo caso il salto di questa prima ed essenziale tappa del sentiero diagnostico ha fatto fare una infinità di esami strumentali e di laboratorio del tutto inutili e anche dannosi perché il fatto che fossero negativi aveva indotto il medico saputello a prescrivere un secondo antipertensivo.

### **Commento**

Anche in questo caso è mancata la consapevolezza che non si può ricordare tutto. Perdoniamo Cretinetti per non aver raccolto un'anamnesi approfondita e quindi non essere venuto a conoscenza dell'assunzione esagerata di liquirizia.

Tuttavia è noto che nei casi di scarsa risposta ai farmaci l'ipertensione può essere di tipo secondario. Se Cretinetti avesse avuto l'avvertenza di consultare un libro di clinica forse non gli sarebbe sfuggita la domanda: "Ma lei assume per caso liquirizia?"

## **CRETINETTI E QUELL'OCCHIETTO AMMICCANTE**

75 anni, affetto da decenni da s. depressiva di grado severo refrattaria ad ogni trattamento (quello consigliato dalla moglie esasperata: "*calci in culo*", è stato bocciato dal comitato etico della locale ASL).

È affetto da 20 anni da diabete mellito tipo 2 con compenso metabolico appena sufficiente, anche per la scarsissima attività fisica, concentrata prevalentemente sul telecomando del televisore.

È stato affetto, a 65 anni, da paralisi periferica sinistra del VII con reliquati permanenti, da 5 anni è gastrectomiz-

zato per un cancro svelatosi con una ematemesi in soggetto già affetto da ulcera duodenale; è affetto anche da dislipidemia II<sup>a</sup> e ipertensione, ha accusato in passato anche un accidente vascolare cerebrale con disartria ed emiparesi destra, da probabile embolia carotidea (placca non stenotica considerata “friabile”), senza reliquati permanenti.

Da allora è in trattamento con ramipril 10 mg, diuretici a basse dosi, statine, antidiabetici orali, venlafaxina rilascio prolungato; la ticlopidina, dopo qualche mese dall’evento vascolare, è stata sospesa per diarrea profusa, l’asa non è stato mai tentato per pregressa intolleranza (“*da piccolo mi sono venute delle grosse bolle*”) e la subentrante situazione gastrica suscritta.

Improvvisamente Cretinetti riceve una gran telefonata sul telefonino in cui la moglie allarmatissima gli dice che il marito ha un occhio chiuso ed è tutto agitato.

Cretinetti vola, la pressione è 200/100, ritmo cardiaco regolare, la palpebra dx è completamente ptotica, il paziente ha un eloquio non fluente, il resto è negativo salvo una “*senzaione di formicolio al braccio destro*”.

Cretinetti pratica furosemide i.m. e consiglia immediato ricovero, dice alla moglie che potrebbe essere una recidiva di accidente vascolare cerebrale o addirittura forse una riaccensione a distanza del cancro gastrico, compila la ricetta e va via.

Il giorno dopo riceve un’altra telefonata, il paziente è rimasto a casa su consiglio di un nipote internista che è giunto al suo domicilio subito dopo Cretinetti, “*Ha lasciato una lettera per lei, dottore!*”. Cretinetti torna dal paziente, legge lo scritto, a mala pena dissimula il suo disappunto e avvallà il tutto, torna a casa e tra e sé e sé pensa, amareggiatissimo, a quanta ignoranza lo pervade.

### **SOLUZIONE**

Il collega ha semplicemente SOLLEVATO LA PALPEBRA e ha notato: strabismo esterno che, associato alla ptosi palpebrale, fanno diagnosi di paralisi dell'oculomotore da mononeurite diabetica (tempo impiegato per la diagnosi: circa due secondi), per la quale consiglia terapia insulinica e neurotrofici vari; dopo tre mesi la sindrome regredì.

### **Commento**

La paralisi dell'oculomotore (III nervo cranico) comporta ptosi palpebrale, deviazione dell'occhio verso il basso e l'esterno, diplopia, midriasi. Le cause possono essere: infezioni o infiammazioni (meningiti, encefaliti), traumi cranici, tumori cerebrali, aneurismi a carico dell'arteria comunicante posteriore, neurite, ischemia.

La presenza di parestesie al braccio destro, difficoltà di eloquio, pressione elevata avevano portato Cretinetti a sospettare una recidiva di ictus. Diciamo la verità: non era un'ipotesi campata in aria dato che una ptosi palpebrale si può verificare, seppure non frequentemente, nell'ictus ischemico. Come si fa a distinguere una ptosi ischemica da una causata da una paralisi del nervo (per esempio secondaria a una neurite diabetica)?

La prima è più lieve, vi è miosi, i movimenti oculari sono normali e la diplopia è assente, nella seconda la ptosi è più marcata, l'occhio è deviato in basso e verso l'esterno, vi è midriasi e diplopia. Tuttavia va considerato che se l'ischemia colpisce il tronco cerebrale dove si trova il nucleo del III nervo cranico la ptosi da ischemia e quella da neurite sono praticamente indistinguibili in quanto entrambe sono dovute a lesioni del III nervo cranico.

Quindi pur rimanendo valida la diagnosi di paralisi del III nervo cranico da neurite diabetica, riteniamo di poter concludere che potrebbe benissimo essere stato anche un insulto ischemico cerebrale lieve che si è risolto indipendentemente dalla terapia

insulinica e dai neurotrofici (??). D'altra parte le condizioni di rischio c'erano tutte (diabete, ipertensione, precedente ictus) e vi erano segni che portavano pure verso la genesi ischemica (difficoltà di eloquio = interessamento delle aree del linguaggio, che nella maggior parte dei soggetti sono poste nell'emisfero di sinistra, parestesie all'arto superiore destro = interessamento delle aree sensoriali poste nel lobo parietale sinistro).

## CRETINETTI E IL LIFTING DELLA DIVA

Paziente 65 enne con salute di ferro, in gioventù è stata una nota attrice di film mitologici, corpo aristocratico, arti lunghi, dita sottili, abitudini di vita maniacali, non fuma, mangia pochissimo.

Il primo contatto del giovanissimo Cretinetti con la paziente fu una visita domiciliare per una sospetta *“grave sindrome influenzale”* (temperatura 37.2 C).

Egli si presenta in giacca e cravatta da novellino, viene accolto da un maggiordomo gallonato che lo fa accomodare in un salone di 150 mq (il doppio di TUTTA la casa di Cretinetti) sulle cui pareti il lurido minimalista ammira delle grandissime fotografie in bianco e nero della diva, con boa di struzzo e ghepardo al guinzaglio, in più, su un tavolo di alto antiquariato, un'infinità di foto incorniciate con dediche appassionate di mitici attori.

Alla visita Cretinetti non rileva nulla di rilevante, consiglia riposo per pochi giorni *“vedrà che l'influenza le passerà da sola”*.

In un successivo contatto in studio, nella semideserta sala d'aspetto, si sentì un tumulto, Cretinetti si adombrò,

aprì la porta e vide un emozionatissimo paziente che chiedeva l'autografo alla diva "*dottore, era il mio IDOLO quand'ero giovane*", ella glielo concesse, sfoderando il suo famoso solare ed inimitabile sorriso.

Cretinetti, dopo un baciamento (che si deve fare per campare), cominciò a compilare la cartella cartacea, fece subito il GROSSO ERRORE di chiedere l'età della signora, ella rispose con una cifra palesemente in contrasto col vero e Cretinetti, per piaggeria e fame di pazienti, la riportò senza indugi.

La diva lamenta i suoi "*GRAVI problemi di sovrappeso*" ai quali aggiunge ad abundantiam un "*gonfiore al viso*", Cretinetti non nota assolutamente nulla, ma su insistenza della stessa, prescrive, "*ut aliquid fieri videatur et ab patiente non revocatur*", una routine ematochimica completa con gli elettroliti e gli ormoni tiroidei: risultati tutti normali, a quel punto viene consigliato un blando diuretico.

La paziente si ripresenta dopo un mese lamentando la non soluzione del problema, stavolta anche a Cretinetti pare di vedere un certo gonfiore delle palpebre e del volto, con un incarnato non più chiaro come prima ma il resto dell'esame obiettivo è negativo.

Non segue nessuna nuova prescrizione; l'incontro si chiude con un "*dottore ho capito, lei è una persona squisita e non me lo vuole dire, ma QUI ci vuole una chirurgia plastica al viso, anche se sono ancora GIOVANISSIMA*".

Ella si reca da un notissimo specialista del ramo che gli propone senz'altro una blefaroplastica e lifting del viso, viene effettuata una routine completa prechirurgica con: ECG, Rx torace ed analisi ematochimiche, tutti nella norma.

Dopo l'intervento il volto è fortemente tumefatto ed ecchimotico, il collega spiega che questo è normalissimo, però dopo quindici giorni di terapia con bromelina non c'è miglioramento e il collega consiglia *“un po' di cortisone”*: nulla cambia, anzi il quadro peggiora, si gonfia anche il collo; il chirurgo afferma essere un caso a lenta risoluzione e che naturalmente *“il gonfiore per la forza di gravità tende a scendere in basso”*.

La paziente si reca da Cretinetti e con voce flebile, ma concitata, afferma che *“quel cretino del suo collega, al quale ho lasciato \*\*milioni, ha fatto un lavoraccio e in più il cortisone mi ha fatto gonfiare anche le mani, mi sento uno straccio, non ce la faccio a fare le cose di prima, NON MI POTRÒ PIÙ FARE VEDERE IN GIRO!!”* (si dispera).

Cretinetti cerca di rabbonire la paziente e consiglia questa volta dei *“diuretici forti perché a mali estremi, estremi rimedi e vedrà che tornerà BELLISSIMA come è sempre stata prima”*; purtroppo le parole della paziente furono profetiche e dopo pochi giorni la diva fu trovata morta nel suo letto.

### **SOLUZIONE**

La paziente era affetta da sindrome di Marfan che può complicarsi con aneurismi dell'aorta ascendente (e loro rottura).

### **Commento**

L'edema a mantellina è un tipo di edema diffuso che interessa il torace, le spalle, il collo e talora anche il viso. È dovuto a una compressione od ostruzione della vena cava superiore causata da una trombosi oppure da tumori mediastinici, più raramente da aneurismi dell'aorta toracica o da processi infiammatori mediastinici.

La paziente era affetta da sindrome di Marfan che può complicarsi con aneurismi dell'aorta ascendente. Se è vero che la diagnosi è più agevole quando vi sono i segni clinici classici (statura elevata, aracnodactilia, braccia lunghe rispetto al corpo, sterno deformato, scoliosi, ipotonia muscolare) è anche vero che esistono forme sfumate a lenta evoluzione in cui sono presenti solo alcuni dei tratti della sindrome, non sempre ben visibili. Non sorprende quindi che né Cretinetti né il chirurgo plastico non abbiano posto la diagnosi, così come i medici precedenti. Basta controllare su Google le immagini di alcuni pazienti con sindrome di Marfan per rendersi subito conto che il loro aspetto è ben diverso da quello della diva da tutti ammirata.

Allo stesso modo pensiamo poco si possa imputare a Cretinetti per non aver sospettato un edema a mantellina dato che all'inizio i segni erano sfumati e in seguito l'edema poteva benissimo essere confuso con i postumi dell'intervento di chirurgia estetica eseguito sul viso.

Infine va considerato che la sindrome di Marfan è una condizione rara e che l'edema a mantellina non è un evento frequente nella popolazione generale.

In conclusione possiamo dire che se Cretinetti ha sbagliato aveva comunque molte attenuanti.

## **QUELLA GIOIOSA AMAZZONE**

Cretinetti viene scelto come medico di famiglia da una donna anagraficamente di 50 anni, con aspetto da 40 enne (a essere cattivi), estremamente piacente, frequentatrice del jet set romano, tre matrimoni alle spalle con relativi figli sparsi, carattere brillantissimo, ottima amazzone e vincitrice di concorsi ippici, non ha

una occupazione specifica ma organizza le feste degli sfaccendati.

Dichiara di essere affetta da almeno dieci anni, come lo erano entrambi i genitori di cui uno deceduto per ictus e l'altro per infarto del miocardio, da ipertensione arteriosa che cura saltuariamente *“perché mi rimbambiscono”*, con beta bloccanti, e anche da un *“colesterolo elevato che deriva dal fatto che non mangio mai a casa mia con tutti questi ricevimenti”*.

Riferisce altresì ripetute infezioni respiratorie che *“capitano spesso a noi che cavalchiamo in tutte le stagioni”*, curate con antibiotici.

Confessa di aborreire i medici per cui ha avuto, con essi, scarse frequentazioni ed è venuta solo per presentarsi a Cretinetti perché il suo medico precedente è morto da 3 anni e lei non lo sapeva!

Cretinetti la visita e rileva una p.a. di 155/90, un'azione cardiaca ritmica e un soffio diastolico al focolaio aortico, fa eseguire una ecocardiografia che rileva una insufficienza valvolare aortica con dilatazione lieve moderata dell'aorta ascendente che mostra anche qualche calcificazione al Rx telecuore, il colesterolo totale è 350 con LDL elevate e HDL normale.

Cretinetti si avventura in un acidissimo sermone dicendo alla paziente che la somma delle due patologie: ipertensione, mal curata, e dislipidemia, non curata, hanno già causato questi danni in un soggetto ancora giovane.

Si inizia una terapia continua con aceinibitori e statine che ottiene l'effetto di controllare la pressione arteriosa e i valori del colesterolo; passano pochi anni e Cretinetti si mostra soddisfatto, come pure la paziente

che continua la sua vivacissima esistenza almeno fino a quando viene colpita da una sindrome caratterizzata da cefalea e vertigini.

Cretinetti prescrive un ecodoppler dei TSA che mostra la presenza di piccole placche carotidee e vertebrali giudicate “stabili”; l’ecocardiografia è solo di poco peggiorata, si aggiunge asa 100 mg al dì ma dopo 15 giorni la paziente chiede un’ulteriore visita perché dichiara di sentire da una settimana *“la gamba destra pesante, come bloccata e anche la mano destra mi formicola un po’, in più ho la sensazione che mi manchino le parole”*.

Cretinetti la visita ed effettivamente le prove antigravitazionali degli arti di destra sono positive, le dice che potrebbe essere un attacco circolatorio cerebrale, la paziente rifiuta il ricovero *“perché mi pare che in questi ultimi giorni la cosa stia migliorando e poi ho una scadenza importante a cui non posso mancare (fidanzamento ufficiale della splendida figlia con un petroliere mediorientale), mi dia qualcosa”*.

Cretinetti porta il dosaggio dell’asa a 325 mg e prescrive una TC cerebrale urgente con mdc che viene segretamente eseguita in una notissima clinica privata della Capitale.

L’esame mostra una lesione recente nel territorio della arteria meningea media sinistra, Cretinetti dice che è stato un piccolo ictus e visto che l’aspirina non ha funzionato si può provare a sostituirla con la ticlopidina che *“va presa, mi raccomando, 2 volte al dì insieme a tutte le altre terapie, magari in futuro faremo gli anticoagulanti”*.

Permane, nel tempo, un leggero deficit all’arto inferiore destro che la paziente pubblicamente camuffa alla grande, spacciandolo per una sciatica cronica dovuta al-

l'equitazione, con relativa ernia del disco che dice di non voler operare *“perché tanto tornano a noi che cavalchiamo”*.

Passano pochi anni e il “compagno” della gaudente riferisce a Cretinetti di notare un forte e progressivo deterioramento cerebrale della paziente *“ho paura che le stia venendo l'Alzheimer”*; Cretinetti propone una routine ematochimica, completa di dosaggio degli ormoni tiroidei, dell'acido folico e della vitamina B 12 che risulta normale; consiglia la ripetizione di una TC cerebrale motivandola, alla confusa paziente, come “controllo” a distanza, il referto parla di multiple lesioni ascrivibili a una patologia cerebro vascolare diffusa.

Cretinetti aggiunge “neurotrofici cerebrali” e spiega all'uomo che purtroppo la paziente ha cominciato a subire troppo presto, nella sua vita, i danni di malattie comuni come l'ipertensione e la dislipidemia, non curate a dovere, per cui, ad appena 60 anni, si vede un quadro tipico che si manifesta dopo i 70, il paziente annuisce sconsolato e Cretinetti fa entrare l'appuntamento successivo.

Ma la sera, le elucubrazioni mentali di Cretinetti, non soprafatte dalla insulsaggine di una trasmissione televisiva, lo portano a ripensare al caso e a verificare la fondatezza della sua asserzione riferita al coniuge della paziente.

Essa conteneva la diagnosi giusta che però NON era quella esplicitata ma un'altra che poteva spiegare TUTTA la storia clinica della paziente.

Un ulteriore accertamento di laboratorio e poi strumentale confermarono la TARDIVA illuminazione, un trattamento medico risolse in gran parte il quadro o perlomeno evitò che portasse a più gravi conseguenze sulla malcapitata.

### **SOLUZIONE**

Lue terziaria cerebrale.

### **Commento**

La lue terziaria è la fase avanzata della sifilide che si manifesta anni o anche decenni dopo aver contratto l'infezione se non viene curata. Può essere sospettata in presenza di gomme sifilitiche cutanee e porta spesso a insufficienza aortica, aneurismi dell'aorta, danni al midollo spinale, paralisi progressiva e deterioramento cognitivo che simula la demenza.

Cretinetti non ha pensato a tale patologia non avendo notato delle gomme cutanee e non avendo approfondito l'anamnesi. Vi è da dire però che i sintomi iniziali dell'infezione (sifiloma e linfogadenopatia inguinale) possono essere transitori e sfumati e perciò passare inosservati. Altrettanto dicasi delle manifestazioni della sifilide secondaria. Quindi non necessariamente una raccolta anamnestica avrebbe portato a una diagnosi precoce. Tuttavia c'era un dato che poteva indirizzarlo; la presenza di una insufficienza valvolare aortica con dilatazione dell'aorta. Questa condizione riconosce varie cause: può essere congenita, essere dovuta a malattie del tessuto connettivo come la sindrome di Marfan, dipendere da ipertensione, malattie infiammatorie autoimmuni come le vasculiti, infezioni come l'endocardite batterica e la sifilide.

A scusante del nostro eroe possiamo dire che la paziente aveva una serie di patologie (ipertensione, ipercolesterolemia, lesione ischemica alla TAC cerebrale) che poteva giustificare di volta in volta i vari sintomi. È stato bravo quando a un certo punto ha come un'intuizione e chiede gli esami sierologici per la diagnosi di sifilide. Forse poteva pensarci prima se avesse avuto presenti le varie patologie che possono provocare insufficienza valvolare aortica associata a dilatazione aortica.

Per inciso: i neurotrofici cerebrali hanno efficacia nulla nelle forme di vasculopatia cerebrale.

## CRETINETTI E LA MALEDIZIONE DI RAFFAELLO

Cretinetti acquisisce un nuovo paziente di 16 anni, fino ad allora assistito da un pediatra, amico di famiglia, che però è deceduto; è un ragazzo di una bellezza unica, abbagliante, i lineamenti sembrano disegnati da Raffaello (di cui porta il nome).

La madre è orgogliosissima di questo figlio (che però non le somiglia affatto), reca con sé un libretto dove il collega diligentemente annotava ogni cosa e dal quale risulta: padre morto per ca. cerebrale; non allergie alimentari o respiratorie né intolleranze a farmaci; lipomatosi, scoliosi; malattie sofferte in passato: morbillo, varicella, parotite epidemica, scarlattina, VI malattia, tonsilliti recidivanti per le quali era stato proposto un intervento chirurgico rifiutato dalla madre.

Il ragazzo viene riportato in studio perché, “strizzandosi” un brufolo sul collo ha notato un piccolo “bozzo”; alla visita si rileva, in zona tiroidea, un nodulo, l’ecografia ne conferma la presenza, la scintigrafia parla di nodulo freddo, l’agoaspirato di cellule tiroidee senza atipie, gli ormoni sono normali.

Cretinetti consiglia comunque un intervento che però viene procrastinato sine die dalla madre che afferma “*perché toglierlo se è benigno?*”, la sorveglianza ecografica strumentale mostra, negli anni, la non progressione volumetrica della lesione, né la comparsa di altre (“*visto che avevo ragione, dottore?*”).

Il giovane arriva ai 20 anni, sempre più bello, ha abbandonato gli studi e frequenta il giro della moda, molte sfilate e foto su copertine, un giorno il belloccio si presenta in studio, d’estate, reduce dalla finale di un torneo

di calcetto, durante la partita, in conseguenza di un fallo, è caduto a terra insaccandosi e la sua tumefazione cocci-gea, *“che però già ho da anni”*, si è gonfiata.

Mostra anche una lesione cutanea ascellare bilaterale pruriginosa che Cretinetti ascrive a una micosi estiva, il medico nota anche delle lesioni tipo lentiggini nei due cavi, prescrive terapie topiche per entrambi i problemi e applicazione di ghiaccio sul coccige.

Dopo pochi giorni il bel giovane accusa un dolore lancinante alla nuca irradiato all'arto superiore destro; Cretinetti consiglia le solite terapie con FANS che risultano inefficaci, come pure i corticosteroidi e i miorilas-santi, per cui decide di far effettuare una TC che rileva *“tumefazione da probabile ernia del disco C5-6”*.

Fatto sta che, spontaneamente, in seguito a una tor-sione improvvisa del collo dovuta a un inizio di litigio con un rivale in amore, il dolore scompare per cui la cosa cade nel dimenticatoio anche perché inizia un nuovo pro-blema di salute con una tosse secca che non si attenua con i soliti rimedi.

L'esame obiettivo toracico è negativo, si rileva una epatosplenomegalia modesta.

La madre, al seguito, *“impone”* una Rx torace *“perché questo disgraziato fuma un pacchetto di sigarette al dì e chissà cos'altro con quelle puttanelle che frequenta”*; l'esame rileva *“una piccola sfumata opacità nodulari-forme basale dx”*, l'ecografia addominale un fegato au-mentato di volume senza alterazioni strutturali come pure la milza che ne ha anche una accessoria.

Cretinetti inizia una terapia antibiotica ma il quadro radiografico rimane immutato per cui decide di far effet-tuare una TC toracica; il giovane, mentre stava recandosi

dal medico con l'esito dell'esame radiologico, accusa un malessere improvviso con cefalea e palpitazioni.

Arrivato in studio, riferisce il tutto a Cretinetti, addebitando l'accaduto a un calo di pressione (siamo a Luglio con 37 gradi) e a un "superlavoro sessuale"; inaspettatamente però il controllo pressorio rileva un valore di 190/100, l'azione cardiaca è ritmica ma tachicardica; Cretinetti prescrive una terapia con beta bloccanti e visiona la TC che conferma la presenza di un nodulo che contrae rapporti di contiguità con la pleura; dice al paziente di farsi rivedere dopo aver effettuato alcune analisi del sangue, e poi si deciderà il da farsi per tutti questi problemi. Al medico non vedente, solo dopo aver visionato i risultati ematochimici, si apre uno scenario che, dopo ulteriori esami, lo fa arrivare finalmente a una diagnosi che spiega tutta l'evoluzione della storia complessiva del paziente.

Come al solito era tutta lì davanti al medico, ma il mancato collegamento tra anamnesi e gli episodi della storia clinica, solo apparentemente slegati tra loro, aveva impedito a Cretinetti di intraprendere la scorciatoia diagnostica.

### **SOLUZIONE**

Il paziente fu operato più volte, oggi è oramai 40 enne, purtroppo ha dovuto abbandonare la carriera di modello, è depresso, non si dà pace "*perché proprio a me doveva venire questa malattia*", la madre è morta di infarto per il dolore "*di vedere quell'angelo di mio figlio ridotto così*".

Cretinetti fece eseguire analisi ematochimiche per la ricerca di un'ipertensione secondaria perché gli sembrava strano che con 37 gradi di temperatura in un 20 enne uscisse fuori un valore pressorio di 190/100 mmHg.

Le analisi furono compatibili con un feocromocitoma, ma anche allora Cretinetti NON era arrivato alla diagnosi COMPLESSIVA.

Chiese una TC addominale che confermò il sospetto, fu operato e fu rimossa anche la “cisti” coccigea, l'esame istologico di quest'ultima parlò di “neurofibroma”.

Poi di seguito vennero asportati: nodulo “tiroideo”, nodulo extrapleurico, anch'essi neurofibromi; l'“ernia” cervicale era naturalmente un neurofibroma ma fu lasciata lì.

Dopo poco tempo cominciarono a uscire i neurofibromi sottocutanei con una velocità preoccupante, l'aspetto di Raffaello peggiorò a tal punto che nessuno più lo chiamò a sfilare, le ragazze sparirono, la madre assistette sgomenta al disfaccimento fisico di un soggetto così bello che è diventato negli anni una specie di “elephant man” di cinematografica memoria, ne morì di dolore.

Un'altra vittima della NEUROFIBROMATOSI DI VON RECKLINGHAUSEN.

Il padre era morto di tumore cerebrale (come detto nell'anamnesi), forse anche lui ne soffriva?

Le lentiggini in cavo ascellare sono patognomoniche della malattia.

### **Commento**

La neurofibromatosi di tipo I o malattia di von Recklinghausen si manifesta di solito a partire dell'infanzia ed è caratterizzata da: macchie caffè-latte ( $\geq 6$  macchie  $> 5$  mm nei bambini,  $> 15$  mm negli adulti), neurofibromi cutanei e sottocutanei, noduli di Lisch (piccole macchie pigmentate sull'iride), lentiggini ascellari o inguinali, difficoltà di apprendimento (in circa il 50% dei casi), scoliosi e altre deformità ossee, ipertensione (causata da stenosi dell'arteria renale o feocromocitoma), glioma del nervo ottico. È una patologia rara ma non rarissima (circa 1 caso su 3000 persone), ma un medico di medicina generale potrebbe non vederne un caso in tutta la sua

vita professionale. Forse se Cretinetti avesse insistito per l'asportazione del nodulo tiroideo e coccigeo sarebbe arrivato prima alla diagnosi. Per il vero l'agoaspirato del nodulo tiroideo refertava solo cellule prive di atipie, ma non è sufficiente a escludere un neurofibroma perché potrebbe non campionare aree suggestive per neurofibroma e d'altra parte i neurofibromi hanno una componente stromale che rende difficile la diagnosi citologica.

## CRETINETTI E IL PEL DI CAROTA

Lei è una venticinquenne, classico "pel di carota", bellissima, con trucco appariscente, hot pants fissi, sguardo civettuolo e ammiccante; camicette trasparenti con scollature profondissime; è nota per aver fatto perdere la testa a tutti i giovani del quartiere, uno dei quali, si tolse la vita per lei; spesso quando la si vede per strada si sente un "La Roscia, la Roscia!" e i presenti si fermano ad ammirarla.

Un attempato pensionato, vedovo senza figli, con possibilità economiche illimitate, le consente un tenore di vita sfarzoso e non in linea con il suo lavoro di impiegata ministeriale.

La vita, però, all'inizio era stata dura con lei perché la madre era stata abbandonata presto dal marito ed era morta, quando lei era bambina, per cause che la paziente ignora (parla vagamente di tumore, ma dice che sono notizie a lei riferite da amiche della genitrice), fu messa in un orfanotrofio per anni; tutti le dicono che la mamma era la sua fotocopia, non ha parenti.

Cretinetti ha la ventura di averla come paziente, raramente si presenta e le uniche occasioni di incontro sono per alcuni sanguinamenti rettali che Cretinetti ad-

debita, dopo aver fatto alcune domande, a una replezione emorroidaria a cui segue la solita terapia.

Un giorno “La Roscia” torna da Cretinetti perché accusa un’astenia marcata, al medico pare di rilevare un pallore cutaneo ancora più intenso, in una pelle di per sé bianchissima, inoltre le mucose sono pallide; l’ipermenorrea, nota in anamnesi, si è accentuata.

Le analisi confermano un’anemia sideropenica con emoglobina a 8 g, Cretinetti inizia senza indugio una terapia marziale con parziale giovamento; dopo qualche mese, però, la sindrome si ripresenta.

Con molto imbarazzo, Cretinetti controlla la zona anale della paziente che mostra un plesso emorroidario congesto e sanguinante; le dice che l’unico sistema per impedire che questa anemia si ripresenti ciclicamente è fare una bella emorroidectomia ed assumere finalmente la pillola che la paziente ha sempre rifiutato paventando il rischio cancro.

L’operazione viene eseguita, la pillola viene assunta e le cose vanno molto meglio, ma poi l’anemia si ripresenta; la “Roscia” si ripresenta in studio, è stranamente dimessa, senza trucco, molto pallida.

Cretinetti la visita e nota un subittero sclerale che lo porta a consigliare una ecografia epatica, troppo tardi, la paziente morì pochi mesi dopo.

### **SOLUZIONE**

L’ecografia rilevò metastasi epatiche multiple, fu eseguita una coloscopia che mostrò il colon pieno di polipi e in più un cancro.

Cretinetti solo allora capì che la “Roscia” non era solo piena di lentiggini, come molte del suo genere ma, sul viso, c’erano ANCHE le chiazze della sindrome di PEUTZ-JEGHERS, infatti

erano presenti (oltre nella regione periorale) anche sul prolabio e sulla mucosa delle guance.

In realtà la paziente copriva quelle “lentiggini”, che detestava, con abbondante uso di cosmetici vari (come specificato nella storia), poi il rossetto rosso fuoco copriva le labbra, ma in bocca c’erano e visibilissime a tutti fuorché a Cretinetti.

Quando la “Roscia” si presentò per l’ultima visita, dimessa e struccata, Cretinetti notò meglio quelle macchie sul viso che però goffamente continuò a classificare come lentiggini.

La fine fu rapida e morì invocando la madre.

L’attempato amante si sparò un colpo di pistola alla tempia lasciando un messaggio “*Non è giusto che sia morta prima di me*”, questo scritto fu riferito a Cretinetti da un carabiniere della locale stazione, suo paziente.

Il giorno del funerale un lugubre tam tam si sentì nel quartiere, molte persone, saputo per strada l’accaduto, cessarono le proprie occupazioni e si accodarono al fiume di gente che si recava in chiesa, alcuni negozi chiusero le saracinesche.

Il parroco, che aveva conosciuto la madre della paziente, disse, con le parole rotte dalla commozione: “*Un crudele destino ha accumulato madre e figlia*”; al sentire questo, Cretinetti ebbe un singulto, il prete aveva fatto la diagnosi!

Cretinetti aiutò a portare la bara della giovane, poi seguì, con l’automobile, il corteo funebre fino al camposanto.

Di pomeriggio aprì lo studio ma i colloqui con i pazienti furono molto scarni perché l’attonito medico si esprimeva a monosillabi, non riusciva a perdonarsi il fatto di non aver formulato in tempo la giusta diagnosi in una giovane che ne aveva inequivocabili segni nella zona più visibile: il VOLTO.

Passò alcune notti insonni, lo scrupolo non lo abbandonò più.

Spera che almeno Dio lo abbia perdonato, la “Roscia”, morta a venticinque anni, sicuramente no.

### **Commento**

La sindrome di Peutz-Jeghers si caratterizza per la presenza di macchie cutanee pigmentate (in particolare sulle dita, sulle labbra e sulla mucosa orale) e di polipi gastro-intestinali (con aumentato rischio di degenerazione neoplastica). È causata da una mutazione del gene *STK11* e si trasmette con modalità autosomica dominante per cui un genitore ha il 50% di probabilità di trasmetterla ai figli. Si tratta di una malattia rara e questo ha senza dubbio contribuito a ingannare Cretinetti, anche perché la paziente tendeva a coprire le macchie con il trucco. Tuttavia un errore grave si deve imputare al medico: non aver indagato dapprima la causa della rettorragia (ascrivendola semplicemente alle emorroidi) e poi l'anemia sideropenica recidivante (ritenendola causata dall'ipermenorrea). Si può capire la riluttanza a richiedere una colonscopia in una ragazza giovane, ma il quadro clinico la giustificava ampiamente.

### **QUELLE STRANE PERDITE DI COSCIENZA**

La paziente è una 75 enne, è stata sottoposta a 55 anni all'asportazione della ghiandola salivare sottomandibolare dx per ca. adenoideo cistico e, nello stesso intervento, a tiroidectomia totale per struma linfomatoso; soffre di dislipidemia II<sup>a</sup>, insuff. venosa aa. inf., lombartrosi, litiasi biliare.

Nel 1998 episodio febbrile acuto, in periodo di epidemia influenzale, accompagnato da vomito e diarrea, si ricovera per confusione mentale, viene fatta diagnosi di shock ipovolemico con IRA, viene praticata terapia infusionale spinta con recupero quasi completo della funzionalità renale.

2002: durante una nuova epidemia influenzale, nuovo episodio di epigastralgia acuta con vomito e confusione mentale, ricovero: EGDS mucosa gastrica di aspetto flogistico senza lesioni di continuo, indenne il duodeno, ecografia epatica: sabbia biliare, Na 124/K5; terapia con flebo, inibitori di pompa protonica, ac.ursodeossicolico, eutirox, AT 10, pravastatina.

Dopo un mese nuovo episodio con perdita di coscienza e paresi faciobrachiale sn regredita in 2 mesi, TC cranica con segni di patologia cerebrovascolare cronica, viene aggiunta una compressa di cardioaspirina.

Arriva la torrida estate del 2003, mentre è in vacanza la paziente accusa una astenia marcata e un episodio di vomito e diarrea con stato di prostrazione, viene ricoverata con diagnosi finale di: disidratazione grave in paziente con gastroenterite.

Luglio 2004: Cretinetti riceve la paziente complimentandosi per il suo aspetto sempre asciutto e l'incarnato sempre ben colorito *"Già fatto le prime vacanze?"* *"Ma no dottore, mi è ripresa la fiacca come l'anno scorso di questi tempi e ho tanti crampi ai polpacci"*, Cretinetti magnifica le virtù della ipotensione che affligge la signora *"Non si preoccupi, d'estate è un problema ma vivrà più a lungo persino di chi ha un pressione normale, mi prenda magnesio e potassio per 20 giorni e mi faccia sapere"*.

Passano pochi giorni e la paziente accusa un nuovo episodio di transitoria perdita di coscienza, viene ricoverata.

Esce dall'ospedale con: TC cerebrale con mdc negativa per lesioni cerebrali recenti; Ecodoppler TSA negativa per l'età, markers tumorali negativi; sul foglio di dimissioni viene riportato che alla paziente è stata effet-

tuata terapia infusione spinta con soluzione fisiologica per disidratazione grave, Na 112/K 4.2, az 54 creat 1.4.

Cretinetti annota diligentemente il tutto sulla cartella di studio, redarguisce severamente la paziente invitandola di nuovo a bere e a mangiare salato d'estate *"come già le avevo detto l'anno scorso"*; ella ammette di non aver fatto, le dice che *"gli episodi si potrebbero ripetere l'anno prossimo, siamo a 2 crisi, non so se alla prossima i reni reggeranno"*.

Poi, dopo qualche giorno, improvvisamente, gli si accende una lampadina, chiama al telefono la paziente e le fa eseguire degli esami ematochimici, alla loro lettura, egli sente un brivido sulla schiena, la paziente sarebbe potuta morire da lì a breve per una nuova crisi.

### **SOLUZIONE**

Morbo di Addison.

### **Commento**

Un'iponatremia può essere causata da molte condizioni tra cui vomito, diarrea, farmaci (per esempio diuretici, antidepressivi e altri), ipotiroidismo, ecc. Tra le cause rare vi è però anche l'ipoadrenalismo che si associa a ipotensione. Sia Cretinetti che i medici che si sono succeduti nella cura della paziente hanno attribuito le varie perdite di coscienza, l'ipotensione e l'iponatremia a cause diverse (episodi di vomito e diarrea, ischemie cerebrali, clima caldo). La cosa è comprensibile dato che il morbo di Addison è molto raro (circa 1-4 casi ogni milione di persone all'anno). Però una patologia rara è sempre possibile e questo ci porta a una conclusione che abbiamo già ripetuto altre volte: conviene sempre consultare un testo di diagnostica differenziale per avere uno sguardo più completo sulle cause di ipotensione e ipo-

natriemia e considerare una conclusione diagnostica provvisoria fino a prova contraria, avendo a disposizione ipotesi alternative.

Cretinetti comunque è abbastanza sfortunato: sembra che tutte le malattie rare capitino a lui. Forse gli gioverebbe un pellegrinaggio a Padova per accendere un cero a Sant'Antonio!

## **CRETINETTI E LA DONNA DELLE PULIZIE**

45 anni, brevilinea, collo alla Mike Tyson, grande lavoratrice (fa le pulizie nelle scale dei condomini), moglie devota, madre di due figlie, mai un lamento e scarsissime frequentazioni in studio.

Il marito (gestore di un chiosco di fiori) si innamora perdutamente di una ragazza dell'Est e abbandona la famiglia, da allora la moglie comincia a frequentare lo studio sempre più di frequente.

All'inizio si fa viva per delle epigastralgie, più marcate a distanza dai pasti, Cretinetti le dice che senz'altro il trauma della separazione ha inciso sul fisico e, dopo terapie con antiacidi topici, le prescrive l'assunzione di inibitori della pompa protonica con solo parziale giovamento.

La paziente dice di essere "molto smaniosa", Cretinetti le dà qualche pacca sulla spalla stigmatizzando il comportamento del marito che le ha prosciugato il conto bancario (per ingraziarsi la bionda e slanciatissima estone), propone degli psicofarmaci, prima degli ansiolitici, poi degli antidepressivi perché egli nota che il tono dell'umore si sta facendo, visita dopo visita, sempre più basso.

La paziente rifiuta dicendo che ce la deve fare da sola e che, assumendoli, teme di non potersi più alzare alle 5

di mattina per andare a pulire la banca, prima di recarsi nei vari condomini.

Cretinetti cerca di convincerla ma non ci riesce, nel frattempo le mestruazioni cominciano ritardare, salta qualche ciclo, la paziente si lamenta di essere *“tutta gonfia e sempre più grassa anche se nun magno gnente perché, dottore mio, ci ho lo stommico in bocca”*.

Cretinetti prescrive un diuretico e, accertatosi della sussistenza di una familiarità per menopausa precoce, afferma che potrebbe essere venuto il momento anche per lei e che comunque il forte stress psicologico può giocare il suo ruolo nella spiegazione del fenomeno mestruale.

Dopo un mese la paziente torna e dice che il diuretico non le ha fatto nulla, inoltre si sente stanchissima e teme di perdere il lavoro perché *“nun ci ho piu' la forza de' prima”*, Cretinetti le misura la pressione arteriosa, trovandola 155/95, la paziente afferma che se lo aspettava *“anche se ce l'ho avuta sempre bassa ma è loggico, nun ce sto più co' la testa, so' 'n fascio de' nervi, la mia vita è finita: la famiglia si è sfasciata, nun ci ho una lira, so' diventata 'na barca”*.

Cretinetti propone delle analisi del sangue, complete dello studio degli ormoni tiroidei, risulta tutto nella norma; a quel punto si lancia in una filippica sulle conseguenze fisiche e psichiche di un trauma familiare così grave e dice alla paziente di rassegnarsi, mentre ella le mostra l'ennesima mortificante smagliatura cutanea.

La paziente va via sempre più depressa, Cretinetti la osserva mentre si allontana mestamente verso la sala d'aspetto per riprendere il giaccone e, a quel punto, ha una folgorazione, la storia clinica, sviluppata in quell'anno, gli si dipana davanti come una successione logica di eventi accumulati da una causa unica.

**SOLUZIONE**

Morbo di Cushing.

**Commento**

Tutti i sintomi lamentati dalla paziente, visti col senno di poi, possono essere inquadrati nel quadro di un morbo di Cushing o di una sindrome di Cushing ACTH-indipendente, cosa che all'inizio può essere sfuggita a Cretinetti. Appare però non spiegabile il fatto che, di fronte alla comparsa improvvisa di ipertensione in una paziente che fino a quel momento aveva sempre avuto la pressione bassa il medico non abbia effettuato uno screening completo delle cause di ipertensione secondaria e non abbia chiesto, insieme agli altri esami, anche il dosaggio del cortisolo e dell'ACTH. Si è limitato a delle analisi standard e al dosaggio del TSH e degli ormoni tiroidei. Dimenticanza? Ancora una volta ripetiamo: perché non prendere in mano un testo di diagnostica differenziale?

Infine un'annotazione: leggendo questa storia clinica viene spontaneo chiedersi perché Cretinetti abbia prescritto un diuretico. La cosa appare francamente incomprensibile.

**QUELLA FEBBRE DEL RICCONO**

Cretinetti ha alcuni pazienti (molto pochi in verità) che continuano sistematicamente a "saltarlo", ricorrendo abitualmente allo specialista che essi reputano idoneo a seconda della localizzazione topografica del disturbo: se hanno un problema in corrispondenza del cuore, consultano un cardiologo, del torace, uno pneumologo, dell'addome un gastroenterologo, del cervello un neurologo.

Non tutti hanno recepito il garbato invito a cambiare medico e tra questi il più spocchioso è un miliardario 75

enne che vive in 400 mq con piscina pensile, non ha tempo di cercarsi un altro medico della mutua e poi Cretinetti è così comodo con quella collaboratrice solerte e premurosa che ricopia tutto in fretta!

Dopo 25 anni di frequentazioni a distanza, Cretinetti viene contattato dalla segretaria convivente tutto fare, prossima erede universale, ex Miss nazionale a riposo: *“Dottore, Mumo (vezzeggiativo) ha da tre giorni una febbre strana che va e viene, può venire a casa?”*.

Cretinetti schiuma di rabbia perché sa che nessuno specialista si recherebbe a domicilio, solo per questo motivo “Mumo” ha dovuto ripiegare sul lurido medico della mutua.

Egli visita il magnate, il quale è portatore di PM impiantato per BAV di terzo grado, assume un ace inibitore per un’ipertensione arteriosa e 100 mg di asa per un riferito pregresso accidente vascolare cerebrale; all’esame obiettivo rileva, al torace, una ipofonesi basale dx con rantoli crepitanti, il resto è negativo.

Gli viene detto che la temperatura sale a 40 gradi e poi ridiscende a livelli normali, il tutto accompagnato da brividi scuotenti; è un ottobre che sembra estate, tanto che Cretinetti indossa ancora una semplice maglietta a maniche corte (come se la sarà presa questa polmonite? si dice tra sé e sé); interrogato in proposito, il paziente riferisce emissione di urine “scure” con qualche bruciore, sudorazione profusa e breve dispnea notturna quando la temperatura sale.

Cretinetti formula una diagnosi di polmonite tra lo scetticismo del paziente e della compagna *“ma se non ho neanche un colpo di tosse!”*, esclama sbigottito; anche il medico è perplesso e pensa ad una forma atipica, pre-

scrive un fluorchinolonico; il possidente, alla fine, conclude che *“probabilmente è stato il vento che ho preso ieri quando mi stavano consegnando la nuova Bentley”*.

Cretinetti si ritira, dicendo al paziente di contattarlo dopo 3 giorni, tornando a casa riflette sull'accaduto e rimane perplesso, in attesa di sviluppi.

Dopo una settimana si presenta in studio la “tuttofare” con una ricetta di una cefalosporina iniettiva da copiare: *“Sa dottore, un nostro carissimo amico infettivologo è venuto a casa e gli ha fatto fare una lastra al torace che è risultata negativa, era una infezione urinaria, infatti!”*.

Cretinetti annaspa, osserva la radiografia con referto di “non immagini con caratteri di attività, strie disventilatorie basali destre, segni di enfisema diffuso” e un esame delle urine con: ps 1035, tracce di proteine ed emoglobina, alcuni cilindri ialini, flora batterica discreta; il medico ricopia la ricetta e tace, avvilitissimo.

Dopo qualche giorno, di sabato, la bellona richiama sul telefonino e si scusa *“perché il professore è a un congresso e Mummo ha di nuovo la febbre”*, Cretinetti si reca a domicilio, trova un reperto obiettivo molto migliorato, i rantoli non li sente più, ma gli pare di apprezzare ancora un'ipofonesi, sebbene molto ridotta in estensione; cerca di spiegare che non tutte le polmoniti, specie se la radiografia è fatta precocemente, si vedono con i raggi X e dice di insistere con la terapia riassociando il chinolonico; il magnate fa un sorriso sardonico e simula una accettazione della diagnosi di Cretinetti.

Passa un mese e Cretinetti, munito di borsa al seguito, viene quasi investito da una silenziosissima automobile, alla cui guida nota una procace bionda che lo riconosce e si scusa; dai sedili posteriori vede protendersi

una manina con sigaro cubano e sente una voce sibilante *“Bongiorno il mio dottore, come va?”*.

Cretinetti prova un irrefrenabile istinto omicida, ma dissimula e chiede notizie dell'accaduto, viene rassicurato con un *“Tutto bene, le urine sono chiare, non mi danno più fastidio, il professore è contento!”*; al sentire queste parole il mutualista taglia corto.

Dopo 15 gg. si ripete, di sabato, la scenetta “perché ho una febbriola che, a pensarci bene, non mi è mai passata e di nuovo le urine un po' scure”. Cretinetti taglia corto, ordina, risoluto, un esame che il paziente stranamente esegue senza replicare, in seguito alle risultanze del quale ci sono i logici sviluppi del caso.

### **SOLUZIONE**

Cretinetti, a causa della persistenza del reperto obiettivo, chiama l'amico radiologo dicendogli che c'è una polmonite che non lo convince, con radiogramma precoce negativo, gli chiede di far eseguire una TC toracica. Essa rileva una massa solida di 4 cm adesa alla pleura senza segni di infiltrazione, viene eseguito un prelievo con esame istologico che depone per un'adenocarcinoma polmonare che viene giudicato operabile dal chirurgo toracico il quale esegue una lobectomia inferiore destra, i linfonodi risultano negativi con una massa che macroscopicamente era di 6 cm.

### **Commento**

Nel caso di ripetuti episodi febbrili e reperto obiettivo di ipofonesi e rantoli crepitanti alla base destra con radiografia del torace che mostra solo delle strie disventilatorie la diagnosi di polmonite a lenta risoluzione o di polmonite interstiziale sono ipotesi accettabili. Tuttavia se gli episodi si ripetono è necessario prendere in considerazione altre ipotesi come per esempio una

tubercolosi o una patologia bronchiectasica. Ma è regola escludere in primis una neoplasia polmonare. Ci si può chiedere come mai la massa non sia stata vista con l'esame radiografico. Ci sono varie ragioni: anche una lesione di 4 cm può non essere visibile alla radiografia se è in una posizione sfavorevole (per esempio in sede posteriore o a ridosso del diaframma o adesa alla pleura) oppure se vi è una sovrapposizione di strutture anatomiche come le coste o il mediastino o, ancora, se la massa ha una densità simile a quella dei tessuti circostanti. Si consideri inoltre che la radiografia standard ha una risoluzione spaziale molto più bassa della TAC. Insomma: se si è di fronte a una polmonite che tende a non guarire nonostante terapia antibiotica o a recidivare bisogna approfondire prescrivendo una TAC toracica e non accontentarsi di una semplice radiografia negativa.

## CRETINETTI E IL POKER

Cretinetti ama molto il giuoco del poker e, per questo, è rimasto particolarmente scosso quando questa settimana è morto d'infarto del miocardio, all'età di 65 anni, la "Sfinge".

Si è molto commosso quando ha letto sul giornale i numerosi necrologi che la annunciavano, citando, in gran parte, solo questo nome d'arte.

Era un giocatore professionista di poker, identico a quelli che si vedono spesso nei film, Cretinetti gli era particolarmente affezionato anche perché gli aveva dato degli utilissimi consigli che hanno fermato un'emorragia di denaro che durava da anni.

Gli sembra di risentirlo: *"Caro dottore, il poker non è un giuoco è un'arte, perché non si basa solo sulla for-*

*tuna, come pensano gli sprovveduti, ma sul simulare e dissimulare quello che ha in mano, lei gioca contro altre persone di cui deve saper cogliere i momenti di debolezza e sui quali deve far sentire la sua pressione psicologica; poi deve giocare sempre come se i soldi non fossero i suoi, questo le permette, anche nei momenti bui, di continuare a puntare con scioltezza e non perdere la concentrazione”.*

Come paziente era il solito epicureo che dal medico non va quasi mai, modico iperteso dall'età di 50 aa., sedentario per definizione, forte fumatore (dichiara 40, in realtà almeno 60), modica dislipidemia II<sup>a</sup>.

Cretinetti all'inizio gli ha prescritto un beta bloccante confidando sulla cardioprotezione dello stesso, oltre che sull'azione antipertensiva; a 53 anni il paziente accusa una sindrome caratterizzata da emiparesi sn fugace, classificata come TIA carotideo.

Gli fa eseguire ecodoppler TSA, ECG e d ecocardiogramma, risulta una ATS marcata delle carotidi interne, bilateralmente, con stenosi del 50%.

Cretinetti aggiunge alla terapia asa 100 mg al dì e una statina, consiglia per l'ennesima volta almeno una riduzione del fumo, senza ricavarne il minimo riscontro.

Dopo 3 anni il paziente ha un nuovo attacco, sempre a sn, la placca è arrivata all'80% e il medico consiglia senz'altro l'intervento chirurgico di endoarteriectomia, dopo altri 3 anni ennesimo attacco, stavolta con emiparesi dx e disartria, anche la placca a sinistra è arrivata all'80% per cui si esegue un'altra endoarteriectomia.

Il paziente “scende” a 40 sigarette e continua la sua professione che, come d'uso, ha i suoi alti e bassi; la moglie, in un momento di tracollo economico, lo lascia ed

egli si ritrova da solo a doversi occupare della conduzione della casa.

Cretinetti lo vede raramente e non è per niente sicuro che egli pratichi la terapia con continuità, spera che il cornetto di corallo salvavita che gli ha regalato per ringraziarlo dei preziosi consigli e che la “Sfinge” porta sempre con sé, possa aiutarlo.

Un bel giorno se lo vede arrivare, è leggermente preoccupato e riferisce la seguente storia: *“Caro dottore, mi sono successe due cose strane, giorni fa stavo al tavolo da gioco e mi ero inchinato a raccogliere una fiche che era caduta dal tavolo, mi sono ritrovato svenuto per terra ma mi sono ripreso subito e ho dovuto subire le canzonature dei compagni di tavolo, uno di questi è un chirurgo che mi ha palpato il polso e mi ha consigliato di smettere di fumare, ho ripreso a giocare e ho pure vinto. Ieri, stavo a riposo a casa e mi stavo preparando degli spaghetti, mi sono chinato per raccogliere un forchettone e mi sono ritrovato un'altra volta lungo per terra e mi sono pure fatto questo ficozzo (bernoccolo)”*.

Cretinetti visita il paziente ma non trova nulla di anormale, chiede lumi sulla effettuazione della terapia prescritta e gli dice di praticare un ecodoppler dei vasi epiaortici per controllare se le placche si sono riformate, aumenta il dosaggio della aspirina a 325 milligrammi e fa per congedare la “Sfinge”.

Con la mano già sulla maniglia, Cretinetti viene colto da una improvvisa folgorazione, chiede al paziente di togliersi di nuovo l'impeccabile giacca e cravatta che egli, come d'uso, indossa e lo rivisita nuovamente, trova un reperto stupefacente che gli conferma un sospetto diagnostico che, non si sa come, gli è frullato per la testa.

Esso viene confermato con grande soddisfazione di Cretinetti ma con grossa preoccupazione dalla “Sfinge”.

### **SOLUZIONE**

Il paziente aveva un mixoma atriale.

### **Commento**

Il mixoma atriale è un tumore benigno che di solito si sviluppa nell'atrio sinistro. Può comportare dispnea, aritmie, sincope o ictus o TIA quando, muovendosi, ostruisce il flusso sanguigno. Il gaudente giocare di poker ha in anamnesi alcuni episodi di attacco ischemico transitorio, presenta fattori di rischio cardiovascolare (soprattutto è un forte fumatore) e carotidi con placche stenotiche importanti. Tutto questo giustifica sia Cretinetti che i medici che si sono succeduti nei ricoveri per cui ascrivere i vari episodi alle stenosi carotidee è stato più che corretto, anche perché i diversi accertamenti espletati sul versante cardiaco (compreso l'ecocardiogramma) erano risultati negativi. In occasione degli ultimi due episodi sincopali Cretinetti procede a un esame cardiaco e sente dei rumori che non lo convincono quando fa cambiare posizione al paziente. Indubbiamente è stato bravo. Ma va osservato che comunque un ecocardiogramma andava richiesto ad ogni episodio e forse la diagnosi di mixoma atriale sarebbe stata posta prima. Questa richiesta (insieme a un holter cardiaco) era necessaria non tanto per il sospetto di mixoma quanto perché vale la regola che una sincope, un TIA o ictus possono dipendere non solo da una patologia carotidea e dei vasi cerebrali, ma anche da una condizione cardiaca (per esempio stenosi aortica, fibrillazione atriale, ecc.). D'altra parte il caso ha dello straordinario in quanto la frequenza del mixoma atriale si aggira in circa 1 caso ogni 2 milioni di persone all'anno.

## CRETINETTI E LA LAMPADINA AD INTERMITTENZA

La fauna medica è varia e spesso variopinta, di quest'ultima tipologia fa parte un collega, discreto ballerino, ottimo velista, buon tennista, mediocre medico.

Egli ha sempre l'occhio puntato sull'orologio che, più che l'orario di studio, scandisce quello dei suoi hobby.

E mal gliene incolse ad una sua paziente 70 enne che si presentò in studio un'ora prima della partenza per le ferie del Sommo, lamentava una cefalea improvvisa monolaterale e venne liquidata con le "rassicurazioni" del caso più FANS.

Si reca il giorno successivo da Cretinetti al quale riferisce di accusare, da qualche tempo, anche una dolenzia a molte articolazioni e una debolezza muscolare attribuita dal ballerino al riacutizzarsi di una "grossa artrosi"; *"Ho difficoltà al alzarmi dal letto e a stendere i panni, a volte, persino a camminare"*.

Cretinetti cambia vestito e si trasforma in Falchetto, pone il sospetto di una polimialgia reumatica, le analisi di laboratorio avvalorano la sua ipotesi, passa in cavalleria la biopsia della arteria temporale, peraltro normopulsante, e si inizia terapia con corticosteroidi che ottiene un completo e rapido giovamento.

La paziente magnifica le virtù diagnostiche di Cretinetti paragonandolo ai Grandi della medicina di tutti i tempi e si fa vedere a cadenze prestabilite, dopo un anno Cretinetti tenta una riduzione molto graduale della terapia e la sintomatologia sembra, in un primo momento non riaffacciarsi, poi, però si rifà viva e la terapia con corticosteroidi non riesce più a dominarla.

Falchetto legge in Internet un lavoro con metotrexate nella PMR e prontamente lo associa con i soliti controlli ematologici e l'aggiunta di acido folico, la sintomatologia, dopo qualche mese regredisce ma non completamente.

La paziente non è più soddisfatta come prima e comincia a lamentarsi che *“in fondo la sua cura non funziona”*, Cretinetti è molto preoccupato anche perché, nei vari colloqui della visite precedenti, ha potuto appurare che la donna ha fatto secchi ben 2 mariti deceduti per infarto miocardico.

Temendo, per ritorsione, un influsso negativo nei suoi confronti, si è munito di un corno di corallo “COLLAUDATO” regalatogli da una devota paziente e lo indossa sempre i giorni degli appuntamenti con la jettatrice, sfregandolo vigorosamente in tasca per “attivarlo”.

La donna afferma che ha sospeso il metotrexate e sospenderà anche il cortisone *“che mi ha fatto gonfiare tutta, mi ha spaccato la pelle, sono un mostro, oramai”*; Cretinetti è alle corde, la paziente ritorna all'ennesima visita, senza terapia da un mese.

Ha un incedere incerto a piccoli passi, fa fatica a salire sul lettino, ha un eloquio lento, Cretinetti si lancia in una filippica, affermando che la sospensione della terapia è stata la causa di tutto questo, le fa rifare le analisi del sangue comprese quelle tiroidee, i risultati sono perfetti, Cretinetti è al tappeto.

Ma in una notte buia e tempestosa, in seguito ad un onirico consulto col suo Maestro universitario, si accese una lampadina che risolse il caso.

Durante l'agitato sonno a Cretinetti comparve la sagoma del Maestro universitario, con aria imbronciata,

che lo redarguì severamente: *“Quante volte ho detto allo specializzando internista Ressa di NON SEDERSI MAI SULLE DIAGNOSI?”*

E il lurido mutualista, genuflesso nell’atto di baciar-gli la mano, replicava: *“Sì, Maestro!”*

Il professor Giunchi spesso affermava questo assunto, volendo intendere che non è detto che un paziente etichettato con una diagnosi non possa accusare un’altra malattia che APPARENTEMENTE ha sintomi simili ma segni non sovrapponibili SE il medico li cerca e non sta SEDUTO sulla vecchia diagnosi.

#### **SOLUZIONE**

Morbo di Parkinson.

#### **Commento**

La prima diagnosi di polimialgia reumatica era esatta: lo confermavano sia gli esami di laboratorio (che mostravano un aumento degli indici di flogosi) sia il benefico immediato ottenuto con la terapia steroidea. Doveva però insospettirlo in seguito quando, dopo l’apparente remissione dei sintomi alla sospensione del cortisone, la paziente ritorna. Forse è stato tratto in inganno dalla paziente stessa che si lamentava di una recidiva, forse non ha pensato che potesse essere qualcosa di diverso dalla polimialgia reumatica, oppure ha dato troppa importanza al fatto che l’aggiunta di metotrexato aveva portato a un miglioramento parziale. Tuttavia la marcia magnetica a piccoli passi è tipica del morbo di Parkinson e dei parkinsonismi, così come la lentezza dell’eloquio. Probabilmente c’era anche una faccia amimica che Cretinetti non deve aver notato. Per fortuna ci ha pensato il suo vecchio maestro che, apparsogli in sogno, gli ha ricordato che è sempre meglio mettere in discussione una diagnosi che sembra acquisita quando non

tutti gli elementi concordano. Cretinetti farebbe bene ad appuntarsi questa massima in un bel foglio protocollo da incorniciare e appendere alla porta, piuttosto che a limitarsi a sfregare un cornetto di corallo che lo farà anche sentire più tranquillo, ma di sicuro non lo aiuta molto a destreggiarsi tra le insidie e le sabbie mobili della clinica.

## CRETINETTI ED IL SERVAGGIO INTELLETTUALE

I vecchi maestri avevano insegnato a Cretinetti, quando era giovane, di non avvallare sempre le diagnosi dei colleghi, non per partito preso, ma per allenare il cervello a ragionare per conto proprio.

Purtroppo, spesso le raccomandazioni vengono disattese, soprattutto quando i colleghi in questione sono specialisti di chiara fama della branca in questione.

Cretinetti segue periodicamente una paziente alla quale ha scoperto un prolasso della mitrale con modesto rigurgito, per questo gli è stata etichettata la nomea di *“illustre clinico dall’udito infallibile”*, di cui Cretinetti si schermisce con malcelata vanagloria.

La paziente in questione ha 64 anni, fisico aristocratico, maniere affabili, gran conoscitrice e collezionista di porcellane cinesi (un fatale giorno a Cretinetti si impigliò una manica del giubbotto in una sporgenza di un prezioso e rarissimo pezzo posto su colonnina, si esibì in una farsesca caduta a terra per salvare l’esemplare, ci riuscì evitando il pignoramento della sua casa, come risarcimento del danno). In anamnesi familiare padre iperteso di grado severo, deceduto per ictus cerebri a 55 anni, anche lei è affetta da iperten-

sione arteriosa, ma di grado lieve che Cretinetti controlla agevolmente con un beta bloccante; è affetta anche da gozzo multi nodulare sottoposto ad emitiroidectomia a 20 aa. con disfonia residua; litiasi urinaria, rizartriosi, sinusite frontale cronica con periodiche severe riacutizzazioni.

La paziente si reca in studio per il controllo della pressione e dello stato della valvola mitralica, il controllo pressorio è buono, la valvola non mostra nel tempo un progressivo sfiancamento, il rigurgito persiste in grado modesto.

Un giorno la paziente, a fine visita, informa Cretinetti che si è recata da un illustrissimo oculista per una improvvisa diminuzione del visus, egli ha diagnosticato una maculopatia degenerativa, chiede lumi e il medico di famiglia le dà qualche spiegazione.

Dopo pochi mesi la paziente, allarmata, riferisce a Cretinetti che le cose stanno peggiorando con una velocità impressionante e l'oculista vuole tentare una terapia fotodinamica, si lamenta che *"non ci vedo più bene e quando passeggi per strada, spesso urto le persone che incrocio, con mia grande vergogna"*, esibisce anche un bernoccolo dovuto ad un impatto su un palo della luce.

A quel punto a Cretinetti si accende una lampadina, alla quale egli non dà subito credito perché gli sembra una diagnosi strana, ma poi riflette sul fatto che questa si presta bene a spiegare tutta la storia della paziente.

Un accertamento diagnostico la confermò, con stupore della paziente, del dotto cattedratico oculista e di Cretinetti.

### **SOLUZIONE**

La paziente eseguì un'angio-RM.

La paziente era affetta da aneurisma carotideo oftalmico dx con compressione del chiasma ottico, trattato per via transfemorale dx con occlusione.

Dopo il trattamento l'aneurisma si è ridotto inizialmente del 50% e attualmente, dopo un anno, è di 5 mm; è stato spettacolare osservare l'espressione del viso della paziente quando descriveva il progressivo ampliarsi del suo campo visivo "*non mi ricordavo più che si potesse vedere così TANTO!*" esclamava, mostrando con un sorriso solare la sua splendida dentatura.

### **Commento**

L'aneurisma della carotide interna nel suo tratto oftalmico può comprimere le strutture vicine (come nel caso in esame) oppure causare un'emorragia cerebrale. I sintomi più comuni sono diplopia, riduzione del campo visivo, dolore oculare, fotopsie, paralisi del nervo oculomotore. È una patologia rara considerando che rappresenta solo il 5% degli aneurismi intracranici. Appare sorprendente che Cretinetti, di solito abituato a lisciare anche diagnosi più facili, abbia avuto un'improvvisa illuminazione, al contrario dell'oculista che si è limitato a diagnosticare una comune maculopatia. Sorprende ancora di più il fatto che abbia pensato che i disturbi del visus potessero dipendere da una patologia cardiovascolare basandosi su dati poco significativi come il fatto che il padre fosse deceduto a 55 anni per ictus o che la maculopatia degenerativa avesse avuto un decorso rapido. È vero che gli aneurismi intracranici hanno un certo grado di familiarità, ma allora dovremmo chiedere una risonanza magnetica nucleare a tutti i pazienti che hanno una familiarità positiva per ictus perché quest'ultimo potrebbe essere stato causato dalla rottura di un aneurisma e il nostro paziente potrebbe avere anche lui un aneurisma cerebrale? Lo sviluppo troppo rapido della maculopatia reti-

nica non è invece un dato significativo perché questo può avvenire nel 10-15% dei casi (soprattutto quando si tratta della cosiddetta maculopatia essudativa).

Il dato che il nostro eroe ha valorizzato, quello più importante, è quanto riferito dalla paziente stessa: “spesso urto persone che incrocio”. Si tratta di un sintomo dell’emianopsia, vale a dire della perdita della metà del campo visivo di uno o di entrambi gli occhi. La più comune è l’emianopsia omonima (la perdita del campo visivo avviene nel lato destro o sinistro di entrambi gli occhi), meno frequente la forma eteronima (la perdita del campo visivo avviene in entrambi gli occhi nel campo nasale oppure temporale). L’emianopsia eteronima bitemporale è tipica di una lesione del chiasma ottico: in pratica una persona non vede nulla nella parte esterna del proprio campo visivo e quindi ha difficoltà a muoversi negli spazi aperti.

Non resta quindi che rinnovare i complimenti a Cretinetti che probabilmente aveva preso trenta e lode all’esame di oculistica. Questo fatto ci ha sorpreso e portato a indagare, così siamo venuti a sapere da fonte affidabile (un collega di studio di Cretinetti che era presente alla scena) che il professore che lo esaminò rimase talmente scosso dalla bravura del nostro che quasi si prostrò a terra (sembra volesse baciargli i piedi) e finì per invitarlo a cena in un famoso ristorante pluristellato di Roma. La cena avvenne in un’atmosfera da favola, il professore non fece altro, per tutta la serata, che magnificare la bravura di quel suo allievo a cui predisse una carriera professionale luminosa e costellata di successi.

## CRETINETTI E QUELL’INCREDIBILE ABBAGLIO

Ragazzino di 14 anni, figlio di madre affetta da sindrome ansioso fobica di grado severo, “allergica” a tutti i farmaci che usa a dosi omeopatiche, abbandonata dal

delicato marito alla nascita di questo figlio *“perché, te lo devo proprio dire, amo un'altra”* (la cosa fu detta quando l'infermiera portò il bimbo dalla sala parto).

Purtroppo questo piccolo paziente sembra avere tutte le “stimmate” della madre, gesticola, esegue movimenti ripetitivi, come aggiustarsi i capelli continuamente.

Appena iscritto con Cretinetti, si presenta in studio accompagnato dalla madre, perché *“gli si arrossano i padiglioni auricolari dopo che ha mangiato”*.

Il medico non sa che pesci pigliare ma focalizza la sua attenzione su questo ragazzino che sembra la vittima sacrificale di una situazione familiare molto complessa, lo guarda, ci parla, egli gli confessa che sente un irrefrenabile desiderio di bere e che questo lo obbliga a fare molta urina, a scuola va bene, ma lo canzonano perché ha ancora la voce da bambino.

Il fratello più grande (20 anni) è un frequentatore abituale dello studio, lamenta i sintomi più vari, con relative montagne di esami che non hanno mai portato a nessuna diagnosi di natura organica; Cretinetti ha cercato di convincerlo, senza successo, che non ha nulla e mal gliene incolse quando osò scoprire un prolasso della mitrale, fece la sciocchezza di dirlo al paziente, apriti cielo!

Cretinetti visita il secondogenito e osserva la mancanza di segni pre puberali, oltre ad ipostaturalismo. In una visita successiva chiede alla madre se il pediatra aveva fatto qualche accertamento e la genitrice gli dice che era stato mandato da un endocrinologo che aveva fatto “delle prove di diluzione dell'urina” escludendo (e Cretinetti se lo fa confermare) la presenza di diabete in-

insipido, riferisce che il padre ha “sviluppato” a 15-16 anni, come pure suo fratello.

Cretinetti la butta sullo “psicologico” proponendo di consultare un esperto del ramo, la cosa non ha seguito e la situazione non si sblocca, il medico dice alla madre che se il bambino non si sviluppa entro l’anno gli farà fare dei test ormonali e che comunque ha fatto molto male a non fargli iniziare una psicoterapia che avrebbe potuto “sbloccarlo”. Dopo questo ennesimo colloquio i pazienti scompaiono e non si ripresentano più per mesi, un giorno la segretaria di Cretinetti dice che la signora si è presentata in studio senza appuntamento e che deve assolutamente parlargli; il medico è alle prese con un altro paziente molto “difficile”, dice all’impiegata di darle una prenotazione per il giorno successivo ma l’assistente gli replica che la signora è scoppiata a piangere e che gli deve dire una cosa terribile.

La madre, tra le lacrime, disse a Cretinetti che il figlio aveva “*un cancro al cervello*” e che sarebbero andati a Parigi.

### **SOLUZIONE**

ISTIOCITOSI IPOTALAMICA A CELLULE DI LANGHERRANS, terapia con ADH intranasale e fattore di crescita.

### **Commento**

Mentre nel caso dell’aneurisma dell’arteria carotidea interna Cretinetti si era dimostrato un asso della clinica, in questo frangente va incontro a una figura barbina da manuale. Già il fatto che il ragazzino riferisca polidipsia e poliuria dovevano far pensare a un diabete insipido. Cretinetti in realtà lo ipotizza ma poi si fa ingannare dalla madre: secondo lei tale patologia era stata esclusa

dall'endocrinologo. Ma non vi erano referti da poter consultare (pare smarriti durante un trasloco). Come dicevano i nostri padri: *verba volant, scripta manent*.

Ma vi era un altro dato che doveva indirizzare verso una patologia dell'asse ipotalamo-ipofisi: il ritardo puberale. Qui Cretinetti ha commesso un errore imperdonabile: invece di insistere per un consulto presso una struttura specializzata in tali problemi si fida di quanto riferito dalla madre (anche il padre e il fratello avevano avuto una pubertà ritardata) e la butta sulla psicologia rimproverando la donna per non aver seguito il suo consiglio di portare il figlio da uno psicoterapeuta.

Anche in questo caso abbiamo un po' indagato il passato di Cretinetti e siamo venuti a sapere che lui aveva saltato a piè pari l'endocrinologia nell'esame di clinica medica. Aveva scommesso sul fatto che il titolare di quell'esame era un appassionato di cardiologia e di infettivologia e si era preparato su quelle due branche quasi ignorando le altre. Aveva vinto la scommessa (all'esame era passato, anche se per il rotto della cuffia), ma non lo passò nel suo ambulatorio quando gli si presentò questo caso.

## CRETINETTI E QUELLA STRANA TIROIDE

Paziente 60 enne, dal carattere molto particolare, convive con uno zoo casalingo in cui prevalgono i gatti, soffre di epilessia primaria in trattamento cronico con Mysoline, è affetta da qualche anno da una forma di poliartrite prevalente alle mani, etichettata come artrite reumatoide (di cui soffre anche la sorella), per questo esegue trattamento corticosteroidico a piccole dosi, con discreto giovamento.

Un bel giorno la paziente si presenta nello studio del dottor Cretinetti perché ha notato un "bozzo" nella re-

gione anteriore del collo, il medico lo palpa e gli pare di chiara origine tiroidea. Cretinetti ci rimane malissimo perché non aveva mai notato nulla, oltretutto la signora ha una forte familiarità tiroidea e le mani, in quella regione, erano state poste molto spesso.

Le fa eseguire una ecografia che conferma il nodulo tiroideo e una struttura ghiandolare uniformemente disomogenea, l'agoaspirato parla di "quadro compatibile con tiroidite cronica", gli ormoni sono normali, gli autoanticorpi (TG e TPO) positivi a basso titolo.

Cretinetti sta per archiviare l'ennesima tiroidite autoimmune, quando la paziente gli telefona per riferire che si sente tutto il collo gonfio e che fa fatica a respirare, il medico non si scompone più di tanto, conoscendo il carattere estremamente ansioso della paziente, ma, comunque, le dice di venire al volo in studio.

All'esame obiettivo Cretinetti palpa una corona di linfonodi laterocervicali omolaterali rispetto al nodulo, il viso ha un colorito uniformemente rossastro, l'esame obiettivo toracico è negativo.

Cretinetti annaspa ma la paziente gli chiede di eliminare il problema alla radice e di *"togliere questo nodulo che mi crea tutti questi problemi"*, anzi ha già consultato un amico chirurgo che la potrebbe mettere in lista.

Cretinetti le spiega che, in realtà, la malattia è di tutta la tiroide e che il nodulo ne è solo la manifestazione più evidente, casomai se la dovrebbe togliere tutta, se decidesse autonomamente di procedere.

A sentir questo la paziente ci ripensa *"perché togliendo tutta la ghiandola ho paura di perdere la voce come mia sorella"* ma dopo poco tempo torna alla carica, il nodulo alla tiroide si è ingrossato, come pure la catena la-

terocervicale controlaterale che si è resa palpabile e non dolente alla palpazione, la dispnea, però, è migliorata.

Cretinetti dice alla paziente che forse è meglio togliere questa tiroide; all'ennesimo diniego, le fa eseguire analisi ematochimiche che risultano negative, salvo una ves a 50, pcr e mucoproteine positive; negative, invece, le sierologiche per CMV, EBV.

A quel punto Cretinetti chiama il chirurgo dicendo di affrettare l'intervento, vista la clinica della paziente, chiede lumi anche sulla perizia dell'anatomo patologo che ha eseguito la lettura dell'agoaspirato e gli vengono date piene rassicurazioni in merito.

Per l'intervento *"c'è una lunga lista di attesa, ma tanto una tiroidite può aspettare"*.

Cretinetti sente puzza di bruciato e prende una decisione autonoma.

Quello che allarmò Cretinetti fu che l'ingrandimento del nodulo era stato troppo veloce, egli pensò ad un ca. tiroideo; i test per la toxoplasmosi erano stati già fatti in un lontano passato ed erano positivi, Cretinetti avviò la paziente ad un suo amico chirurgo.

La realtà era ancora peggiore delle apparenze, anche se meditando bene sulla storia e cancellando i fattori confondenti, essa era lì chiara, limpida, solo da cogliere con mano perché era l'unica che poteva far incastrare tutti i pezzi diagnostici a disposizione.

### **SOLUZIONE**

Il secondo chirurgo, amico di Cretinetti, apre il collo della paziente con la classica incisione da tiroidectomia, trova una GANGA di tessuto linfocitario che, a un primo esame, poi confermato, risulta essere un LINFOMA non Hodgkin.

La paziente viene richiusa, asportando solo poco tessuto.

Sottoposta a TC total body, risultarono ingranditi, oltre ai linfonodi laterocervicali bilat. anche quelli mediastinici (collo gonfio, facies rubizza e dispnea descritti nella storia).

Fu sottoposta a cicli di chemioterapia e radioterapia con remissione precoce e completa.

### **Commento**

La precedente diagnosi di nodulo tiroideo e di tiroidite autoimmune ha ingannato a lungo Cretinetti che non si è preoccupato quando, visitando la paziente che si era recata a visita perché si sentiva il collo gonfio e faceva fatica a respirare, palpa una corona di linfonodi in sede laterocervicale. A questo punto le ipotesi diagnostiche principali da prendere in considerazione erano le seguenti:

- 1) una linfadenopatia secondaria alla tiroidite;
- 2) una linfadenopatia secondaria a una patologia neoplastica tiroidea non evidenziata dall'agoaspirato;
- 3) una patologia linfonodale di origine infettiva;
- 4) una linfadenopatia espressione di malattie ematologiche (leucemia o linfoma).

L'errore di Cretinetti è stato quello di adagiarsi sulla prima ipotesi (possibile, ma di solito in questi casi la linfadenopatia è lieve), trascurando le altre. Doveva chiedere un'ecografia dei linfonodi che probabilmente avrebbe evidenziato caratteristiche sospette (vascolarizzazione aumentata, perdita dell'ilo iperecogeno, margini sfumati, ecc.) e lo avrebbe indotto a prescrivere una biopsia linfonodale, mentre una nuova ecografia tiroidea avrebbe escluso, perlomeno in prima istanza, una natura maligna del nodulo. Anche l'aumento della VES e della PCR erano segnali che andavano valorizzati e che, al contrario, Cretinetti ha trascurato.

## CRETINETTI E QUELLO STRANO SASSOLINO

Si sa che i peggiori casi capitano ai colleghi, compresi i loro familiari e collaterali, la banalità sembra non albergare nei discepoli di Ippocrate, se poi sono anche amici, la frittata è fatta perché si passa, nell'approccio medico, da un estremo all'altro del tipo: pacca sulla spalla o TC total body.

Un amico collega 50enne chiama Cretinetti al telefono, lamentando una marcata astenia *"mi sembra di dormire in piedi!"* che viene frettolosamente spiegata con una serie di *"Lavori troppo, datti una calmata, hai cinquant'anni!"*, segue una consolatoria routine ematochimica completa, con valori nella norma.

Il collega non demorde e, periodicamente, in seguito a contatti per altri motivi, insiste sulla sua "fiacca", Cretinetti gli fa dosare anche gli ormoni tiroidei che risultano normali, *"e poi comincio ad alzarmi la notte a fare pipì, ma insomma sti cinquant'anni mi sono piombati in testa all'improvviso!"*.

Cretinetti fa spallucce, addebitando il tutto a un inizio di iperplasia prostatica, anche se il collega nega la sussistenza di sintomi irritativi o ostruttivi, gli riferisce anche l'insorgere di una certa nausea associata a stipsi di cui non ha mai sofferto in passato, viene prescritto aumento di introito di cibi ricchi di scorie senza giovamento.

A questo punto, dopo un ulteriore contatto telefonico, Cretinetti si decide, finalmente, a visitare il collega e all'esame obiettivo non trova nulla di anomalo salvo una bradicardia sinusale e una modesta ipertensione (150/95), l'amico ha una familiarità ipertensiva da parte

di padre e si decide di controllare i valori ad intervalli regolari, anche perché l'estate si sta avvicinando e si ritiene inopportuno, in ogni caso, iniziare la terapia con l'approssimarsi della stagione calda.

La stipsi è diventata tenace e disturbante per cui Cretinetti, rifiutando il collega una colonscopia, gli fa eseguire una TC addome per studio del colon che risulta negativa.

Ma la storia non finisce qui perché il paziente, mentre soggiorna in un'amena località balneare, chiama al telefono Cretinetti dalla sua barca, riferendogli una sintomatologia ascrivibile, senza dubbio, ad una colica renale.

Cretinetti gli prescrive la solita terapia, rimandando gli esami strumentali all'imminente ritorno dalle ferie, la sintomatologia recede solo parzialmente ed il collega rientra al suo domicilio; il calcolo si è fatto strada andandosi a posizionare nella porzione pelvica dell'uretere e non procede oltre, malgrado tutti i tentativi farmacologici, a quel punto, dopo ripetute coliche, si decide di estrarlo per via endoscopica, con pieno e immediato giovamento.

Cretinetti aveva interrogato il paziente sulla esistenza di eventuali episodi in passato, anche paucisintomatici, e sulla familiarità per calcolosi, ma egli aveva negato entrambe queste circostanze.

L'urologo lo liquida con una pacca sulla spalla raccomandandogli di bere molto, così pure fanno i colleghi amici, alcuni dei quali gli confessano di soffrirne fin da giovani.

Cretinetti, però, sente emergere, nei suoi circuiti sinaptici, una spiegazione più complessa del caso.

Cretinetti, trasformatosi in Falchetto, si chiese come mai un soggetto ultracinquantenne senza familiarità avesse una prima colica renale e se si poteva spiegare tutto il restante corteo sintomatologico con un unico comune denominatore.

### **SOLUZIONE**

Si accende una lampadina e Falchetto fa eseguire una calcemia, una fosforemia e un dosaggio del PTH intatto, i valori mostrano una calcemia a 13,6, fosforemia 2,1, pth superiore di tre volte i valori massimi.

Falchetto dice allo sbigottito collega che probabilmente c'è un problema alle paratiroidi, l'ecografia è negativa ma il sospettoso medico fa eseguire una scintigrafia paratiroidea che mostra un adenoma singolo di tre centimetri in sede mediastinica che viene rimosso chirurgicamente.

### **Commento**

Una stipsi ostinata che compare per la prima volta in un soggetto cinquantenne va sempre guardata con attenzione. Il primo sospetto è quello di una neoplasia del colon e giustamente Cretinetti fa eseguire una TC del colon (visto che il paziente rifiuta la colonscopia). L'esito negativo non doveva però interrompere l'iter diagnostico. Se solo Cretinetti avesse consultato il solito libro di diagnostica differenziale (quante volte lo abbiamo consigliato: perché si ostina a non ascoltarci?) avrebbe scoperto che tra le cause principali di stipsi figura l'ipercalcemia. Del tutto incomprensibile poi il comportamento quando il paziente va incontro a una colica renale dovuta a un calcolo incuneatosi nell'uretere. Ma come? Né Cretinetti né l'urologo pensano di dosare la calcemia? A un certo punto (e in questo caso non si può certo dire "meglio tardi che mai") i circuiti sinaptici di Cretinetti vengono improvvisamente

elettrizzati da una scossa illuminante e si richiede finalmente l'esame che doveva essere prescritto già molto prima. Se fossimo in un campo da calcio diremmo che Cretinetti ha meritato in successione due bei cartellini gialli: espulso!

### CRETINETTI E GLI OCCHIALI DEL POKERISTA

Lui è un cinquantenne gaudente, giocatore professionista di poker, orizzonti culturali che si espandono fino all'Asso di Cuori, grosso tombeur de femme, voce impostata, modi gentili, abbigliamento firmato.

Passa le sue frequenti vacanze in lussuosissimi villaggi turistici nei quali si presenta sempre da solo alloggiando, però, nelle sistemazioni più ampie e lussuose che vengono, dopo poco, occupate da lascive compagnie.

Le ore piccole e le varie ed eventuali fanno il resto, ma quella volta l'epicureo ebbe un cedimento "prestazionale" che lo portò a chiamare Cretinetti con una telefonata transoceanica a mille euro al minuto.

Lamenta una "fiacca mostruosa" che il medico goffamente, con una malcelata invidia, attribuisce al suo stile di vita malgrado le rimostranze del paziente che afferma di seguirlo da sempre, Cretinetti conclude con un *"Si dia una calmata, ha cinquant'anni come me e certe cose si debbono rallentare"*.

Sembra tutto finito lì quando, dopo dieci giorni, Cretinetti si vede arrivare in studio l'allarmatissimo gaudente il quale gli riferisce che, dopo una maratona sessuale durata una notte con una ragazza dell'Est, si è sentito male *"Ho visto doppio e mi sono sentito svenire"*.

Il medico è quasi infastidito da un caso che gli sembra banale ma il paziente insiste specificando che il medico del villaggio gli ha fatto eseguire una visita oculistica e una risonanza cerebrale che sono risultate entrambe negative, gli ha prescritto una cura di polivitaminici e sali minerali, consigliandogli di terminare il soggiorno nel più assoluto riposo.

*“Ma questa fiacca, dottore, non mi passa!”*; Cretinetti fa spallucce e sta per segnare la solita routine ematologica consolatoria quando la procace e giovanissima “compagna” del satiro gli offre un chewing gum che il cinquantenne, con una certa ritrosia, accetta.

Cretinetti scrive al computer la ricetta degli accertamenti quando il paziente, con un lamento, blocca la masticazione e si accascia mollemente sulla sedia. Il medico è allarmato, si alza dalla poltrona, ausculta il cuore, controlla la pressione arteriosa, ma tutto è nella norma, il paziente non è sudato, non trema, Cretinetti esegue una glicemia con il reflettometro ambulatoriale ma il valore è normale.

Nel frattempo il paziente si è ripreso, si dà una ravigliatina ai capelli togliendosi gli occhiali scuri parabolici da professionista del poker e fa accendere la lampadina nel cervello del mediocre diagnosta.

### **SOLUZIONE**

Cretinetti constata la presenza di una ptosi palpebrale che anche il paziente aveva notata ma che attribuiva alla stanchezza accusata nell'ultimo soggiorno al villaggio turistico, il tutto, collegato all'involontario “test del chewing gum”, all'astenia marcata e alla diplopia gli fanno pensare all'ignorata diagnosi di miastenia, confermata da un collega neurologo.

La TC toracica ha dimostrato un timoma, il paziente è in terapia con corticosteroidi e mestinon ed è in attesa di decidere il destino della massa mediastinica, *“non mi vorrei fare squartare il petto, dottore!”*.

### **Commento**

Nella miastenia gravis la masticazione è spesso difficoltosa e affaticata, tanto che uno dei test utili ad avvalorare il sospetto diagnostico va sotto il nome di “test della masticazione”.

Quando il paziente si toglie gli occhiali ed appare evidente una ptosi palpebrale bilaterale il quadro si fa certamente più chiaro: astenia prolungata e ptosi palpebrale orientano in prima istanza verso la miastenia gravis (o al limite verso l'ipotiroidismo). Tuttavia anche questa volta dobbiamo muovere delle critiche all'operato di Cretinetti. Ma come, un paziente ti riferisce un'astenia prolungata e tu subito ti metti a prescrivere la solita routine ematochimica mentre dentro di te pensi che il sintomo sia dovuto alla vita dissoluta del paziente? Non ti è neppure venuto in mente che prima di qualsiasi accertamento bisogna effettuare l'esame obiettivo? Procedi su due piedi al dosaggio della glicemia senza dire al paziente che l'ambulatorio non è una spiaggia assolata dei Caraibi per cui togliersi gli occhiali da sole è il minimo sindacale? Suvvia Cretinetti, un po' di dignità!

### **QUELLE NEGLETTE GOCCIOLINE**

Paziente privata, 75 enne, molto ricca e saputella, affetta da ipertensione di grado lieve, insufficienza circolatoria cerebrale modesta con meningioma volumetricamente stabile nel tempo, si reca saltuariamente a visita da Cretinetti *“per fare il punto della situazione”* ma quest'ultima volta il problema si trascinava da tempo.

Subito dopo l'estate, otto mesi prima, la paziente ha cominciato a lamentare una dispnea da sforzo ingravescente, ha effettuato "*per non sbagliare, caro dottore*", sia una visita cardiologia che pneumologica con diagnosi, rispettivamente, di sindrome del nodo del seno e asma bronchiale.

Gli è stato proposto l'impianto di un pacemaker e una terapia con beta 2 stimolanti e corticosteroidi per via inalatoria che la paziente ha praticato in maniera discontinua; il pace maker, poi, non ha alcuna intenzione di metterlo, malgrado la sua autonomia si stia riducendo di molto, non riuscendo a fare brevi percorrenze senza l'insorgere di una dispnea severa.

Cretinetti è molto perplesso: non si spiega come mai una paziente cominci a soffrire di asma bronchiale in età senile, il broncospasmo c'è ed è evidentissimo all'esame obiettivo ma la diagnosi di malattia del nodo del seno non lo convince anche perché è vero che la paziente è fortemente bradicardia (45 battute al minuto), ma se sollecitata ad effettuare delle semplici flessioni, il ritmo risponde, innalzando la frequenza.

Non sa che pesci pigliare, consiglia di proseguire la terapia inalatoria aggiungendo una bassa dose di corticosteroidi per os.

La paziente si ripresenta da Cretinetti, dopo quindici giorni, complimentandosi per l'efficacia della cura ma affermando, nel contempo, che la vista le è calata.

Cretinetti sentì una scossa elettrica in tutto il corpo e si salvò in corner, rimediando all'errore.

### **SOLUZIONE**

Il goffo medico non si chiede il perché la paziente ha un improvviso asma bronchiale da otto mesi, non spiega la bradicardia, salta completamente la diagnosi e instaura una terapia.

La paziente soffriva di glaucoma, l'oculista le aveva prescritto un collirio a base di beta bloccanti con conseguente abbassamento dell'ipertono oculare, le aveva consigliato un controllo annuale e la cosa era finita lì.

Cretinetti si lanciò in una filippica, strigliando la paziente sulla circostanza che ella non gli aveva riferito, l'anziana signora si giustificò affermando che erano solo delle "goccine per gli occhi".

Il medico chiamò l'oculista e concertò, insieme a lui, una nuova terapia con completo beneficio e senza questo disturbante effetto collaterale.

### **Commento**

Può un'asma bronchiale esordire a 75 anni? Può succedere, anche se è un'evenienza meno comune rispetto all'asma che inizia nell'infanzia o nel giovane adulto. Si tratta di una forma che risponde meno ai broncodilatatori e che va più frequentemente incontro a complicanze e riacutizzazioni. In questi casi va effettuata una scrupolosa anamnesi perché le cause possono essere varie, ma tra esse si devono ricordare soprattutto le esposizioni ad agenti irritanti oppure a farmaci (per esempio betabloccanti, FANS e ASA).

Questa volta Cretinetti è stato messo sull'avviso dal fatto che la bradicardia scompariva sotto sforzo. In realtà non sempre la bradicardia da betabloccanti scompare sotto sforzo. In generale si può dire che i betabloccanti selettivi (per esempio bisoprololo e metoprololo) permettono un certo adattamento della frequenza allo sforzo, mentre quelli non selettivi (per esempio il propanolo oppure il timololo che viene usato per il glaucoma) permettono un adattamento minore. Questo dipende dal fatto che i non selettivi bloccano anche i recettori beta 2 situati non solo nei bronchi ma anche nei vasi sanguigni. Durante lo sforzo si ha un aumento della secrezione di adrenalina che provoca sia

vasocostrizione (agendo sui recettori alfa 1 vasali) che vasodilatazione (agendo sui recettori beta 2 vasali). La vasodilatazione a sua volta riduce la pressione arteriosa e, grazie al riflesso barocettivo, fa aumentare la frequenza cardiaca. Se la paziente usava come farmaco per il glaucoma il timoptolo (che è non selettivo) ma vi era comunque un aumento della frequenza sotto sforzo si deve pensare che entrassero in gioco altri meccanismi regolatori che possono giustificare il superamento del betablocco sotto sforzo (va ricordato che la frequenza cardiaca non è regolata solo dai recettori beta 1 ma anche da catecolamine, tiroxina, livelli di anidride carbonica, ecc.). In alternativa si può ipotizzare che l'oculista avesse prescritto il betaxololo, un betabloccante selettivo.

## CRETINETTI E L'INGOMBRANTE COLLEGA

Il paziente in questione è un epicureo ultracinquantenne, professionista, gran fumatore con voce da orco delle favole, affetto da dislipidemia II<sup>a</sup> in terapia con pravastatina 20 mg die.

A parere di Cretinetti, però, il suo maggior fattore di rischio è la sorella medico, la quale, da 300 km di distanza, riesce a fare diagnosi e ordina terapie che il mite Cretinetti, dopo qualche resistenza, avvala.

Ma un buon meridionale sa aspettare il momento del riscatto e questo accade al rientro dalle vacanze del paziente.

*“Dottore, è quasi un mese che ho una febbre continua che non mi supera il 38 e una fiacca pazzesca, sono stato in barca con degli amici ma sono dovuto rientrare perché non ero di nessun aiuto nelle cose da sbrigare con le vele”.*

Cretinetti indaga sulla sussistenza di sintomi ascrivibili a qualche focolaio di infezione ma il paziente nega e aggiunge *“Mia sorella mi ha detto di farmi prescrivere una lastra al torace e alle spalle che mi fanno tanto male”*, Cretinetti visita il paziente e non trova nulla di nuovo su un esame obiettivo toracico sempre disastroso per una BPCO presente oramai da anni.

Nulla per il resto, salvo una riferita dolenzia muscolare e astenia ai cingoli *“Ma è ovvio con tutta l'artrosi che ho e che mia sorella mi ha scoperto con la risonanza”* e mostra un mattone di lastre con RM a tutta la colonna vertebrale e alle ginocchia.

A Cretinetti si accende una lampadina e pensa ad una diagnosi, richiede una routine ematochimica completa che risulta negativa eccetto una ves a 71 e una PCR fortemente positiva, con la famosa lastra al torace che non mostra focolai.

*“Mia sorella mi ha detto di rifarle daccapo e aggiungere (mostra un elenco su un fogliaccio a quadretti): calcitonina, ormoni tiroidei”*.

Cretinetti ha un sussulto di orgoglio *“DICA ALLA COLLEGA CHE NON SONO IL SUO SEGRETARIO, se vuole confrontarsi con me mi chiami pure al telefono e parliamo della mia ipotesi diagnostica, le dirò di più, in caso contrario il nostro rapporto finisce”*.

Il paziente incassa e Cretinetti si stupisce che il paziente non si sia alzato e lo abbia mandato al diavolo, non solo ma l'assistito afferma che farà tutto quello che Cretinetti pensa sia giusto, è molto preoccupato, però, e aggiunge *“Dottore, per venire nel suo studio trascinavo i piedi e siamo solo a 300 metri di distanza”*.

Cretinetti scrive su un foglio la sua diagnosi, prescrive una RM cranio, torace, addome pelvi e afferma con voce stentorea *“Se la mia diagnosi è giusta non troveremo nulla”*.

Dopo pochi giorni il paziente torna in studio con l'esame che è completamente negativo e afferma di voler sapere la verità *“Perché dottore, ero convinto di avere un cancro prima di fare quest'esame”*.

Cretinetti sospende la pravastatina e inizia la terapia, la febbre scompare come pure l'astenia, il paziente è raggiante, il medico pure ma non aveva mai fatto quella diagnosi a 56 anni e ha ancora qualche dubbio.

P.S. *La sorella collega non ha telefonato ma ha fatto sapere che la diagnosi potrebbe benissimo essere quella giusta.*

### **SOLUZIONE**

La diagnosi era: polimialgia reumatica, confermata da un amico reumatologo.

### **Commento**

Questa volta Cretinetti gioca in casa e ha gioco facile nel fare una diagnosi tutto sommato abbastanza ovvia: febbre, astenia, dolori alle spalle e al cingolo pelvico in un paziente ultracinquantenne depongono in prima istanza per una polimialgia reumatica, che infatti viene confermata dall'aumento marcato degli indici di flogosi. Cretinetti afferma che a 56 anni non aveva mai fatto quella diagnosi. Ma ha la memoria corta o forse il suo subconscio aveva rimosso quanto gli era capitato qualche anno prima quando una mancata diagnosi di polimialgia reumatica gli era costata una serie di sonanti e umilianti revoche: erano passati ad altro medico non solo il paziente, la moglie e i tre figli, ma anche i suoceri, i fratelli e i cognati con relativa prole. La cosa si

era risaputa subito in tutto il quartiere e molto altri pazienti aveva cambiato curante, gettando Cretinetti nello sconforto più profondo dal quale riuscì a malapena a uscire quando si presentò per essere assunta come segretaria “miss maglietta bagnata”, una provocante trentenne che aveva scatenato più di una rissa a coltello sulle spiagge laziali.

In questa vicenda, inoltre, Cretinetti mostra un animo un tantino grezzo: vuol vendicarsi della sorella del paziente (medico) prescrivendo RM a pioggia con la sicurezza matematica che saranno negative. Corre però un certo rischio perché la RM della pelvi potrebbe mostrare segni di infiammazione a carico dei muscoli e dell'articolazione sacro-iliaca (il paziente lamentava dolori anche al cingolo pelvico). Non che questo sconfessasse la sua diagnosi, anzi la avvalorava. Ma certe scommesse farebbe meglio a evitarle. Forse in quel momento voleva far colpo sulla segretaria?

## CRETINETTI E QUELL'INCOLPEVOLE CERVELLO

Lei è una gioviale giovane di 35 anni, sorriso che non conosce confini, ipertesa, molto emotiva, viene a visita da Cretinetti “*perché la gamba destra mi fa cilecca*”. Cretinetti la visita e nota riflessi OT aumentati all'arto inferiore dx, accenno di Babinski, diminuzione della sensibilità tattile ed epicritica.

Chiede una RM della colonna che evidenzia una ernia discale C4-5, si inizia la fisioterapia.

La paziente non migliora e l'ortopedico consiglia visita neurologica, il collega propone una RM cerebrale che evidenzia una neoformazione fronto parietale sn, interpretata come “*ascesso cerebrale*”.

La paziente ha dei precedenti inquietanti perché anni prima fu sottoposta da un otorinolaringoiatra a una mediastinoscopia per linfadenopatia che Cretinetti, in quell'occasione Falchetto, riuscì a diagnosticare come una semplice mononucleosi, inimicandosi per sempre il dotto collega.

Ma stavolta Cretinetti ha errato non chiedendo la RM cerebrale e sottovalutando l'esame obiettivo che pur aveva eseguito a regola d'arte.

La paziente viene ricoverata e sottoposta, per un mese, ad antibiotici e.v.; è sempre in contatto con Cretinetti che esprime le sue perplessità sulla diagnosi di ascesso cerebrale, nulla lo fa pensare: la paziente è immuno competente, non ha avuto infezioni delle vie aeree superiori, dell'orecchio o dei seni paranasali.

Telefona due volte in ospedale ma nessun collega ritiene utile scambiare delle informazioni con lui.

Siamo ad agosto, viene eseguita una craniotomia con estrazione di liquido citrino negativo per cellule neoplastiche e ricco di globuli bianchi, si continua la antibiotico terapia e una successiva RM dimostra la persistenza della lesione che viene classificata come "ascesso cerebrale atipico".

Rientra il primario dalla ferie e, a sua volta, diagnostica: tumore maligno cerebrale proponendo un intervento chirurgico *"Ma non garantisco sulle conseguenze"*. Nel frattempo era insorta una febbre continua sui 38 gradi e una linfadenopatia laterocervicale bilaterale, vengono eseguiti test sierologici per rosolia, CMV, toxoplasma, echinococco, HIV, aspergillo, borrellia, adenovirus che non danno adito a conferme per cui l'intervento viene fissato e la paziente sta per entrare in sala operatoria.

Cretinetti, che era in costante contatto con l'assistita, esegue una manovra avvolgente e riesce ad ottenere una consulenza specialistica che lo avvia su un sentiero diagnostico completamente nuovo.

### **SOLUZIONE**

Il collega ematologo consiglia una biopsia linfonodale latero-cervicale che rileva la presenza di un linfoma non Hodgkin, nel frattempo si era evidenziata la presenza di una grossa ghiandola in sede ascellare.

### **Commento**

È incredibile che Cretinetti abbia chiesto una RM della colonna invece che cerebrale di fronte a una paziente che lamentava disturbi sensitivi e motori alla gamba destra con segno di Babinski positivo. E infatti il neurologo prescrive una RM cerebrale che evidenzia una neoformazione fronto-parietale sinistra. Perché questa neoformazione sia stata interpretata come "ascesso cerebrale" non è dato sapere. Le possibili alternative più probabili erano una neoplasia cerebrale o una metastasi cerebrale. Per quanto anche un linfoma non Hodgkin possa causare una neoformazione cerebrale, questa eventualità è molto rara. Viene eseguita una craniotomia con estrazione di liquido citrino. Domandiamo: perché non è stata eseguita una biopsia stereotassica per determinare il tipo di lesione cerebrale? Quando poi compaiono febbre e linfadenopatia laterocervicale bilaterale si esplorano varie ipotesi nell'idea che possa essere di natura infettiva. Ma una linfadenopatia cervicale può essere causata anche da patologie neoplastiche e in primis ematologiche. Andava chiesta una biopsia linfonodale che, in effetti, ha permesso la diagnosi.

## LAZZARO, ALZATI E CAMMINA

67 anni, ipertesa trattata con beta bloccanti e diuretici; in passato TIA carotideo e conseguente terapia con ASA più protezione con IPP, affetta da ernia iatale con malattia da reflusso g.e., molto ansiosa e afflitta dal pensiero di uno sfratto esecutivo *“Dottore, si rende conto... alla mia età?”*.

Aggiunta terapia con ansiolitici.

Telefonata *“Dottore ho vomito, diarrea e un po' di febbre”*.

Pensiero in nuvoletta *“In questo periodo ce l'hanno tutti, lo dicono anche i giornali e la TV, ma insomma chiamare per queste banalità!”*

Pensiero espresso: *“TRANQUILLA, prenda un po' di fermenti lattici e citrato, dura pochi giorni!”*.

Il giorno successivo telefonata *“Dottore, mamma è in coma, mi hanno detto che non ci sono speranze”*

*“Co... come?”*

*“Sono tornato a casa, ho salutato ma nessuno mi ha risposto, ho sentito dei rumori provenienti dalla sua camera, sono accorso, l'ho vista che aveva gli occhi aperti e l'infantioli (convulsioni), il letto era pieno di cacca e vomito... dottore si salverà?”*

*“Ma... ma... adesso dove sta?”*

*“È in ospedale, i medici non mi hanno dato speranze, sta per fare una TAC al cervello”*.

Oggi è tornata nel mio studio in ottima forma.

### SOLUZIONE

La TC cranica era negativa, come pure la RM.

I colleghi del P.S., prima di questi esami diagnostici, non dando speranze al figlio parlavano di emorragia cerebrale (o peggio) in ipertesa.

Poi, nei controlli ematochimici, è risultato il sodio a 115 e il potassio a 2,8.

La paziente assumeva diuretici, come detto, ma la sua sodiemia di era 139, il potassio 3,6.

Cretinetti forse avrebbe potuto consigliare la sospensione del diuretico, saputa notizia della gastroenterite virale, ma il principio attivo era impapocchiato nella stessa compressa con il beta bloccante e nulla ha detto.

Sarebbe bastato?

### **Commento**

Una paziente in trattamento con diuretici che improvvisamente va incontro a una grave gastroenterite con vomito e diarrea profusi è a rischio di importanti alterazioni idro-elettrolitiche (iposodiemia, ipopotassiemia, alcalosi metabolica) e disidratazione con possibili disturbi neurologici e dello stato di coscienza. Forse se Cretinetti avesse consigliato di sospendere il diuretico la paziente non avrebbe sperimentato un'evoluzione così drammatica. Tuttavia dobbiamo usare il condizionale perché non è detto che questo sarebbe bastato. Inoltre è probabile che inizialmente Cretinetti abbia escluso la possibilità di una evoluzione così grave in poche ore, anche considerando che vi era una piccola epidemia di gastroenterite ("in questo periodo ce l'hanno tutti") e che in genere si guarisce spontaneamente in pochi giorni.

Per quanto riguarda i medici del PS che alla figlia hanno parlato di emorragia cerebrale ancora prima di avere in mano degli accertamenti ematochimici, è possibile che il figlio, dato il comprensibile stato emotivo, abbia equivocato. Probabilmente il medico, di fronte a un paziente in coma, ha semplicemente illustrato

le varie cause tra cui anche un ictus emorragico, per escludere il quale aveva richiesto una TAC.

## LARCOMBE O SPINOZA?

70 enne, iperteso, “ereditato” anni fa con una valvulopatia aortica misconosciuta, dilatazione della radice e prima parte dell’arco.

Gli ho fatto impiantare un tubo valvolato; due anni fa per un deficit della conduzione elettrica cardiaca, arrivata al BAV II, gli ho fatto inserire anche un pacemaker. PT INR maniacalmente controllato e sempre nel range.

Paziente riservato, eccellente fornitore di torroni calabresi a Natale, tende sempre a minimizzare i suoi fatti di salute, ex dirigente statale.

Venerdì scorso *“Dottore è qualche giorno che mi sanguina il naso”*.

*“Come va il controllo della scoagulazione?” “L’ho rifatto in anticipo proprio oggi ed è 2,1”*.

*“Tutto OK, sarà una varice del naso, ci ha mai sofferto?”*

*“Veramente mai”*.

*“Venga in studio che la visito”*.

*“Dottore oggi non posso, devo parlare a un meeting, e poi ho messo un po’ di ghiaccio ed è passata, anche se sono un pò rimbambito”*.

*“Venga almeno lunedì”*. “OK”.

Lunedì: visita, nulla di rilevante.

*“Guardi, penso che sia una varice del naso, la faccio vedere da un otorino”*.

Nessuna varice. *“Come va?”*

*“Non ho più sanguinato e sto anche un po’ meglio con quel rimbambimento”.*

*“Questa storia non mi convince, le chiedo una TC cranica urgente”.*

*“Una TAC? Dottore, non le pare di esagerare? Le ho detto che sto meglio! Non mi va proprio di infilarmi nel tubo”.*

*“C’è qualcosetta che mi dà fastidio in questa storia”. È andato via con un’aria di quello che pensa *“In passato il dottore mi ha scoperto cose che non sapevo, si è sempre condotto bene, non lo mortifichiamo”.**

Stamattina gran telefonata della figlia diabetica insulino dipendente.

*“Dottore dalla TC è uscito...”*

*“Cara XY, avevo dei sospetti, apposta ho insistito”.*

*“L’hanno trattenuto in ospedale e lo operano a giorni, lui sta bene e non voleva restare, ha chiesto se poteva tornare domani!”*

*“Stia tranquilla, l’intervento andrà bene, il problema è cosa fare dopo”.*

### **SOLUZIONE**

Discussione del caso nella mailing list “Ippocrate”: “James Larcombe, mio Mentor per la mia attività in UK, che ringrazierò sempre con affetto, diceva *“L’istinto in realtà è solo la tua mente logica che fa dei ragionamenti e dei check così veloci che non te ne rendi più neanche conto. È per questo che di solito lo si acquisisce con l’esperienza”.* (Grazie James)”.

Questo NON spiega, però, perché capita di fare diagnosi “uniche” e “al volo” (intendo una sola volta per quella malattia, ad. Esempio l’unico feocromocitoma che ho visto in 30 anni) come

pure non spiega perché, di contro, su “malattie” che abbiamo visto più volte facciamo dei “lisci” clamorosi.

E non spiega anche quelle decisioni indicate come “non razionali”.

Avevo già riferito che le altre 2 emorragie cerebrali viste in pazienti scoagulati nel giusto range, le avevo perse senza poter rilevare sintomi e segni a causa dell’andamento “fulminante”, quindi l’esperienza, semmai, mi poteva far pensare l’opposto di quello che ho deciso.

Spinoza parlava di “conoscenza intuitiva” e la considerava la conoscenza di più alto grado.

Io sto con lui, con buona pace di James, mi piace almeno pensarci, i “colpi d’ala” hanno il loro fascino forse perché sembrano delle “botte di genio”, del resto è stato detto che “se suoni quattordici ore al giorno il pianoforte, non per questo diventi Mozart”.

### **Commento**

Quando uscirono i primi computer capaci di giocare a scacchi molti affermarono che non sarebbero mai stati in grado di battere l’uomo. Previsione clamorosamente smentita nel 1997 quando il supercomputer Deep Blue della IBM sconfisse il campione del mondo Garry Kasparov in 6 partite con il punteggio di 3,5 a 2,5. Questa gara è stata un evento epocale che ha segnato una svolta nello sviluppo della Intelligenza Artificiale. È molto probabile che lo stesso si verificherà in Medicina. Nel caso in esame Cretinetti insiste perché il paziente si sottoponga a una TAC cerebrale anche se l’INR è nel range ottimale e il paziente sembra stare bene. Perché lo fa? Cosa lo spinge? Neppure lui riesce a spiegarsi la cosa. Occhio clinico? Fortuna? Oppure più semplicemente prudenza?

Abbiamo sottoposto il caso a ChatGPT. Di seguito la sua risposta. In un paziente in trattamento con warfarin che presenta alcuni episodi di epistassi e sintomi neurologici (seppur lievi e

transitori) va assolutamente esclusa un'emorragia cerebrale. Ma l'INR è in range ottimale, abbiamo obiettato. Risposta di ChatGPT: dobbiamo considerare che il valore normale dell'INR in soggetto non in trattamento anticoagulante è compreso tra 0,8 e 1,2. Pertanto anche se un valore di 2,1 è considerato ottimale per un soggetto in terapia con warfarin vi è un aumento del rischio emorragico rispetto a una persona non anticoagulata. Il fatto che il paziente abbia avuto alcuni episodi di epistassi in assenza di cause locali come una varice del setto e presenti sintomi neurologici seppur lievi e transitori indica che potrebbero essersi verificate delle micro-emorragie cerebrali che possono evolvere in sanguinamenti massivi improvvisi. Va considerato poi che alcuni soggetti potrebbero essere più sensibili agli anticoagulanti per predisposizione genetica oppure per variazioni della dieta o assunzione di farmaci (FANS, antibiotici, amiodarone).

Abbiamo allora chiesto a ChatGPT: cosa faresti in questo paziente?

Risposta: valutazione clinica immediata, richiesta di esami ematochimici per valutare la funzionalità epato-renale e i parametri della coagulazione, TAC encefalo senza mezzo di contrasto.

Non c'è che dire. Una gestione impeccabile, alla faccia dei critici della Intelligenza Artificiale (IA). Pura fortuna? Non crediamo; piuttosto accurato ragionamento clinico e prudenza (che è sempre necessaria quando si deve gestire la salute di una persona). Quindi lasciamo in pace Spinoza e affidiamoci, non fosse altro per un secondo parere, alla IA.

## **OGNI LASCIATA È PERSA**

50 enne, fumatore, un po' sovrappeso, donnaiolo impenitente "*Ogni lasciata è persa, dotto'*", noto personaggio

di Trastevere perché proprietario di un famoso ristorante, iperteso da dieci e in trattamento con ace inibitori con ottimo compenso.

Si presenta in studio per epigastralgie persistenti da mesi, di cui non ha mai sofferto in passato, associate ad anoressia e calo ponderale.

Driblo la sua richiesta di “quarche pasticca” e lo costringo, con minacce più o meno velate, ad effettuare una EGDS che rileva un’ulcera gastrica, cancerosa all’esame istologico: gastrectomia.

Dopo pochi mesi il paziente si ripresenta in studio, trionfante, perché “*A dotto’, me so’ rimagnato ‘a prima amatriciana!!*”.

Passano due anni ed eccolo di nuovo a visita perché “*Da quarche tempo ci ho er fiato corto, dotto’*”: la pressione arteriosa è bassa, i toni cardiaci sono lontani, l’azione è ritmica ma bradicardica.

L’ecodoppler rileva una grave miocardiopatia dilatativa, con coronarie indenni alla coronarografia: aggiunge diuretici dell’ansa a dosi massicce e terapia anticoagulante. Il paziente si riprende lentamente e riacquista una discreta autonomia personale ma, dopo un anno, la dispnea diventa ingravescente, malgrado l’aggiunta di beta bloccanti a dosi crescenti e spironolattone, la Rx del torace mostra notevole congestione ilare.

La trucida moglie consulta un cardiologo di chiarissima fama che sentenzia, come unica speranza, quella di un trapianto cardiaco.

Passano pochi mesi, Armando fa sempre più fatica a respirare, riferisce anche “*un po’ d’alterazione*”, tosse con modesto espettorato, più una certa anoressia.

“A dotto’, che ne dici a famme rifa’ ’n antra lastra?”, Cretinetti riprescrive, senza convinzione, una Rx del torace che mostra nodularità multiple bilaterali, confermate alla TC, “compatibili con ripetizioni metastatiche”.

Cretinetti dissimula la sua grande preoccupazione e manda il ristoratore a una consulenza pneumologica.

Il collega prende da parte la figlia del paziente (incinta) e le dice *“Purtroppo la cosa è molto grave, c’è un quadro da metastasi diffuse, purtroppo il cancro dello stomaco si è disseminato... signora mi dispiace, ma la situazione cardiaca di suo padre non ci permette nessun trattamento, e poi... ha pochi mesi da vivere, oramai”*.

La figlia ha un malore, sviene, riflette anche sul fatto che il padre non potrà vedere il nascituro, l’unico possibile nipote.

Cretinetti riceve la notizia, per telefono, dalla singhiozzante, inconsolabile figlia e medita, amaramente, sulla prossima perdita di un paziente a lui molto caro.

Dopo pochi giorni si presenta in studio la procacissima donna di servizio della famiglia per prendere le solite ricette.

Cretinetti parla a lungo con lei, chiede notizie delle condizioni di Armando e della figlia, poi, alla fine del colloquio, congedata la donna, ha una visione e cade folgorato a terra.

Cretinetti riprese conoscenza e, folgorato sulla via del colpo d’ala, risolse il caso, riscattando, in zona Cesarini, una prestazione medica a dir poco disastrosa.

Armando migliorò: dalla cerimonia del battesimo in poi andò in uno stato di levitazione permanente, era felice, dava la mano a tutti, anche a sconosciuti per strada, colmò Cretinetti di ogni affettuosità.

L'anno successivo chiese al medico il permesso di andare "Alle Seicelles" per festeggiare la guarigione, Cretinetti diede il suo assenso, con qualche perplessità.

Poco tempo dopo il rientro, Armando perse conoscenza all'improvviso e morì per strada.

Cretinetti ci rimase malissimo, quando apprese il risultato dell'autopsia.

### **SOLUZIONE**

Cretinetti discorre amabilmente con la nuova donna di servizio della famiglia di Armando. Si accorge che Ella parla di "Armando" con un tono fin troppo confidenziale, intervallando le sue parole da accessi di tosse subcontinui.

Cretinetti si offre per una visita gratuita.

Trova un quadro obiettivo polmonare molto compromesso, chiede alla statuarina ragazza delucidazioni sul decorso della malattia, ella dissimula, afferma di avere questa tosse da mesi "*Poca poca, non sempre*" e anche un po' di febbre "*Poca poca, non sempre*".

Cretinetti fa eseguire una Rx del torace che dimostra un quadro che, sommato alle risultanze dell'espettorato e della Mantoux, depongono per una TBC, fumatore, donnaiolo impenitente "*Ogni lasciata è persa, dotto*".

Combinando questi dati ad una presunta stretta intimità con Armando, Cretinetti valuta la possibilità di probabile contagio.

Viene confermata la diagnosi anche per il ristoratore. Si inizia la terapia che permette al donnaiolo di partecipare, dopo alcuni mesi, al battesimo del nipote perché ritenuto non più infettivo.

Era pur sempre un cardiopatico grave, ma era così felice di essere guarito dalla TBC !!

Cretinetti non se la sentì di proibirgli il lungo viaggio alle "Seicelle".

L'aveva visitato il GIORNO PRIMA del decesso: non segni di stasi polmonare, non edemi periferici, p.a. 110/70; PT INR 2,1.

*"Tutto bene, sor Armando!!"*

L'autopsia rilevò una MASSIVA EMORRAGIA CEREBRALE.

### **Commento**

Perché Cretinetti prescrive una terapia anticoagulante? Va bene, il paziente soffre di una grave cardiomiopatia dilatativa, ma il ritmo è normale (seppur bradicardico) e le coronarie sono indenni, non vi sono trombi nelle cavità cardiache. Non sembra vi siano indicazioni forti all'anticoagulante. È stato prescritto dal cardiologo? Se questo è il caso Cretinetti doveva far presente che non condivideva affatto quella scelta.

Un altro rilievo riguarda la gestione del problema polmonare: la TAC del torace mostra numerose nodularità compatibili con metastasi e si pensa subito al pregresso carcinoma gastrico. Ipotesi verosimile ma perché non si esplorano altre possibili diagnosi come per esempio un'origine infettiva? Dopo aver parlato con la nuova domestica Cretinetti cade a terra e sviene folgorato dal colpo d'ala. Bravo, applausi a scena aperta e cena a lume di candela con la procace segretaria. Peccato che non gli sia successo lo stesso quando si è trattato di prescrivere la terapia anticoagulante che alla fine è stata, con molta probabilità, la causa della massiva emorragia cerebrale.

## **QUEL MAGNIFICO STALLONE**

40 anni, l'uomo più bello del mondo, 195 cm, capelli castano chiaro, occhi verde smeraldo, mascella quadrata ma non troppo, denti Durbans, armonia complessiva del corpo da scultura di Fidia che forgia con incessanti sedute in palestra e, temo, "additivi" più o meno leciti.

Non ho mai saputo di cosa si occupasse nella vita fino a quando, dieci anni or sono, ebbe una uretrite che richiese delle domande da parte mia che esitarono nella “confessione” che era una PORNOSTAR.

La cosa mi sorprese alquanto, immaginavo che i praticanti questo mestiere fossero dei trucidi analfabeti scapestrati mentre il Nostro esibisce studi classici portati brillantemente a termine, una moglie e un figlio.

All’epoca, con una caduta di stile verticale, gli chiesi i TITOLI dei suoi più famosi film, mi rispose che era molto noto per una serie denominata “STALLION & OLLION”, del genere soft porn comico.

Non contento di questa risposta proseguì su questo terreno poco nobile chiedendogli chi fosse OLLION, mi rispose senza imbarazzo che era una donna “normale” con la quale c’era una forte “intesa” e amicizia.

Inappagato da queste precisazioni lo incalzai sulla definizione di “donna normale” e mi disse, con mio sgomento, che le “migliori” pornostar non erano delle professioniste del genere ma delle “dilettanti” nel senso vero della parola.

Concluse queste importanti questioni, i nostri contatti, in questi anni, hanno riguardato saltuarie recidive di uretriti e/o prostatiti con test HIV sempre negativo.

Prima di Natale viene in studio e mi dice: *“Dottore, quando vado a letto mi viene un gran prurito e ho problemi...”*.

Io, di rimando, con una goliardia fuori posto, lo apostrofo: *“Beh, immagino...”* e lo stallone, di contro: *“Dottore non scherzi, io sono un ATLETA, vado a letto presto perché i film li giriamo di giorno, di notte è un problema liberarsi per alcune attrici non professioniste, donne “normali” in-*

*tendo, sto parlando, quindi, del MIO letto, non di quello da... LAVORO".*

Parto in quarta e spiego a Stallion che questo è il periodo degli acari e consiglio di cambiare, senz'altro, il materasso che mi dice datare circa 10 anni.

Eseguo un approssimativo esame obiettivo e rilevo delle lesioni da grattamento sul torace.

L'altro giorno l'atleta torna a visita e mi mostra una prescrizione del dermatologo "DIRAHIST CAPSULE", mi dice che è un cugino della moglie e lo ha visitato gratuitamente, confermando la mia diagnosi, mi interroga sulla opportunità di questa terapia.

Sfortunatamente la diagnosi era errata e solo un esame obiettivo fatto più seriamente mi ha portato a chiedere degli approfondimenti...

#### **SOLUZIONE**

Linfonodi ingrossati di consistenza molto aumentata, indolenti, poco mobili in laterocervicale dx, il resto dell'esame obiettivo negativo.

MORBO di Hodgkin.

L'ESAME OBIETTIVO, L'ESAME OBIETTIVO!

#### **Commento**

Nel film "Caro diario" il regista e protagonista Nanni Moretti racconta vari episodi della sua vita. Il film è diviso in tre episodi: "In vespa", "Isole" e "Medici". In particolare in quest'ultimo episodio racconta quello che appare essere un vero e proprio calvario con peregrinazione tra vari medici che sbagliano diagnosi e terapia. Moretti lamentava un prurito insistente che non viene correttamente inquadrato. Alla fine si scopre che è affetto da linfoma di Hodgkin. In effetti il prurito è un sintomo di questo tipo

di linfoma, anche se è presente solo nel 25-30% dei casi. Può esserci anche in altri tipi di linfoma ma è meno comune. Oltre il prurito persistente, sintomi del linfoma di Hodgkin sono la febbre, il calo ponderale, l'astenia prolungata, le sudorazioni notturne e linfadenomegalia.

In prima istanza Cretinetti vede probabilmente delle lesioni da grattamento e parte in quarta esibendosi in uno scivolone diagnostico da manuale: scabbia. Non miglior figura fa il dermatologo cugino della moglie dello Stallone (che non sembra, per quello che ne sappiamo) molto preoccupata della "professione" del marito. Finalmente, ma in colpevole ritardo, Cretinetti esegue un esame obiettivo più accurato e palpa dei linfonodi ingrossati in sede laterocervicale destra che gli permettono di diagnosticare la vera causa del prurito. Che si sia ricordato del film di Moretti?

## ME NE FOTTO!

59 aa. sedentario fumatore dislipidemico, immune ai consigli di modificare le sue abitudini di vita nelle scarse frequentazioni in studio.

Improvvisa precordalgia notturna accompagnata da sudorazione algica, ricovero in ospedale con diagnosi di SCA da STEMI con EPA, si esegue angioplastica, esce con la solita terapia cardiotonica, statine, doppia disaggregazione.

Si presenta in studio e ascolta l'ennesima filippica del sottoscritto con ostentato distacco.

Dopo 2 mesi torna in studio perché ha notato un "bozzo" al fianco destro che gli fa male; alla visita: tumefazione delle dimensioni di un mandarino, non mobile, termotatto aumentato, dolente.

Cretinetti, stavolta, si improvvisa Falchetto e fa la sua diagnosi (omissis).

### **SOLUZIONE**

Il paziente se ne fotte e, di domenica, si reca al P.S., si esegue ecografia e si inizia terapia antibiotica per raccolta ascessualizzata sottocutanea che si riduce nettamente dopo 10 giorni.

Passa un altro mese, il paziente (mi scuso, volevo dire “persona assistita”) ritorna in studio lamentando una *“fiacca che non mi passa, anzi peggiora sempre di più”*, noto un pallore marcato della cute e delle mucose.

La tumefazione si è ripresentata, di consistenza lignea, a piastrone, poco dolente spontaneamente e alla palpazione.

Ribadisco la mia prima diagnosi e propongo (omissis). Il paziente se ne buggera e si reca nuovamente, il giorno seguente, al P.S.; eseguito un emocromo, tra gli altri esami, viene ricoverato.

Ne esce dopo un mese, subisce un intervento chirurgico con una ventilata diagnosi che viene fatta cadere e altro...

Al P.S. fu rilevata una anemia sideropenica con 8g di Hb.

Furono eseguite una colonscopia e una gastroscopia che non rilevarono nulla.

Una “disperata” TC addominale rilevò vasta raccolta emorragica retroperitoneale parzialmente fibrotica, in parte colliquata.

Un collega si esibì in una diagnosi di fibrosi retroperitoneale; fu coperto di insulti dal primario e si ripiegò su lesioni emorragiche diffuse da doppia disaggregazione, la raccolta sottocutanea già ascessualizzata e poi fibrotica (a piastrone) è stata rimossa con grossa fatica.

L'emoglobina, vista ieri, è risalita a 14g., tra qualche mese una TC addominale per la quantificazione di eventuali esiti fibrotici profondi.

Il paziente sta bene.

### **Commento**

In questa occasione Cretinetti ha avuto una illuminazione: ha pensato che la “bozza” al fianco destro, dolente e calda, potesse essere una raccolta emorragica, considerato che il paziente era in duplice terapia antiaggregante. Lo informa circa il suo sospetto e probabilmente prescrive una TAC addominale (o un’ecografia), anche se non ce lo dice. Il paziente sembra non nutrire molta fiducia nelle abilità del suo medico curante: forse in passato gli era capitata qualche disavventura?

Recatosi in PS viene dimesso con diagnosi di raccolta ascessualizzata e terapia antibiotica. Domandiamo: ascesso dovuto a cosa? Il radiologo che ha eseguito l’ecografia era sicuro della sua diagnosi? Aveva ventilato qualche altra ipotesi? Anche questo non sappiamo perché Cretinetti sorvola su questi particolari. Alla fine comunque il paziente viene ricoverato e finalmente viene effettuata una TAC che consente la diagnosi. Ci permettiamo un consiglio a Cretinetti: recusi il paziente con una frase di questo tipo: “Tra di noi non vi evidentemente un rapporto di fiducia, per favore cambi medico”.

### **QUELLA COMUNICAZIONE CHE NON C’ENTRAVA**

54 anni, due figli, impiegata, patofobica e, in più, moglie di un simpatico collega che non aveva di meglio da fare che “mollarmela” in cura (cosa, ahimè, molto frequente nella mia attività).

Anni or sono mi fece ammattire per una supposta patologia reumatica “molto grave” la cui diagnosi, a suo dire, poggiava su artralgie agli arti inferiori in un soggetto con le classiche “gambe a X”.

A nulla valsero le mie assicurazioni su una spiegazione posturale della cosa: da lì esami reumatologici ripetuti, completamente negativi.

Dopo alcuni anni riferisce severa dispnea da sforzo durante la marcia di avvicinamento all'ufficio (in salita) ma che non si presentava sulla scalinata di Trinità dei Monti dopo lo shopping del sabato pomeriggio (Bulgari, Ferragamo ecc. ecc).

Esame obiettivo negativo, esami strumentali come Rx torace, ecocardio, test ergometrico, tutti negativi.

La dispnea scompare mentre aumenta, consensualmente, la mia dopo il pressing ripetuto del simpatico collega, servo della diagnostica strumentale e poco avvezzo al metodo clinico.

Prima dell'estate gran telefonata del collega il quale si dichiara MOLTO preoccupato perché la moglie ha accusato una sensazione "come di scossa" arto superiore destro.

Mi faccio passare al telefono la paziente la quale, interrogata dal sottoscritto, dichiara di avere questi formicolii da mesi, soprattutto di notte, ma che *"oggi, mio caro, non riesco a muovere bene la mano"*.

Propendo per una sindrome del tunnel carpale in impiegata con otto ore di PC giornaliera: consiglio una visita in studio, *"ma sai, adesso non ho tempo, telefonerò alla tua segretaria per un appuntamento nei prossimi giorni"*, ripiego sulla prescrizione di un tutore da indossare la notte, in attesa della visita.

Passano alcuni giorni e il simpatico collega mi chiama di sabato mattina sul telefonino dicendomi che la moglie ha una cosa molto grave.

### **SOLUZIONE**

Il collega mi riferisce che si è rivolto autonomamente ad un suo amico radiologo il quale ha eseguito alla paziente una RM encefalica con mdc che ha evidenziato un'unica recente lesione ischemica rolandica.

Il collega mi chiede, allarmatissimo, se è un inizio di Alzheimer...

Nella richiesta della prima ecografia cardiaca transtoracica avevo scritto espressamente "con studio integrità setti"; risposta: "setti integri".

Memore di una discussione in "Ippocrate", ho consigliato la ecografia transesofagea che la paziente ha rifiutato perché *"non ce la farò mai a farla"*.

Dopo UN ANNO esegue doppler transcranico con m.d.c.: "Comparsa di 24 segnali microembolici a riposo e di effetto tendina dopo Valsalva indicativo di shunt dx sn persistente di grado severo" confermato da Ecocardiotransesofageo finalmente eseguito **"UNA VERA TORTURA!"**.

Letti sul sito "Pillole" gli aggiornamenti circa i risultati della chiusura chirurgica, la paziente se ne frotte delle perplessità e si sottopone ad intervento *"Così finalmente tolgo l'aspirina che mi fa TANTO MALE allo stomaco"*.

Intervento perfettamente riuscito per via venosa transfemorale dx con applicazione di dispositivo "a ombrellino" e seguito da DOPPIA disaggregazione... perfettamente sopportata.

Dopo qualche mese continua solo con asa e poi sospende.

Dopo qualche anno: recidiva lieve; esami per trombofilia e malattie autoimmuni negativi; dispositivo in sede.

Conclusione: si continua asa a vita!

### **Commento**

La paziente si rivolge a Cretinetti per la comparsa di dispnea che compare in salita ma non sulla scalinata della Trinità dei Monti

dopo aver fatto shopping sfrenato, cosa peraltro abbastanza strana. Comunque Cretinetti chiede una serie di accertamenti cardiologici che risultano negativi. Ci informa che nella richiesta dell'ecocardiogramma ha specificato che voleva si valutasse l'integrità dei setti. Richiesta ancora più strana: pensava a una comunicazione interatriale o a un forame ovale pervio? Su quali basi cliniche? In ogni caso se è così bisogna dire che Cretinetti meriterebbe il premio Nobel per la medicina, che però bisognerebbe subito toglierli per manifesta ignoranza: è noto che la semplice ecografia transtoracica non è l'esame adatto per valutare i setti, bisogna chiedere un ecocardiogramma trans-esofageo. E comunque, se aveva quel sospetto, doveva almeno chiedere un ecocardiogramma con contrasto e un ecodoppler trans-cranico per rilevare le microbolle durante Valsalva (che passano dall'atrio destro al sinistro e poi nelle arterie cerebrali nel caso vi sia una comunicazione tra i settori destri e sinistri del cuore).

Quando la paziente riferisce che da mesi soffre di parestesie all'arto superiore destro, soprattutto di notte, Cretinetti ipotizza una sindrome del tunnel carpale. Inoltre la paziente lamenta la comparsa recente di una difficoltà a muovere la mano. Anche questo potrebbe essere dovuto a una sindrome del tunnel carpale, anche se non si può escludere un'altra genesi, per esempio una compressione nervosa a livello cervicale o anche un'origine centrale. In ogni caso non ci sentiamo di colpevolizzare Cretinetti se ha pensato a una patologia comune come il tunnel carpale. Diciamo la verità: chi avrebbe ipotizzato un ictus ischemico dovuto a una comunicazione interatriale?

Ma poi siamo sicuri che sia stata questa la causa dell'ictus? Perché pur con la chiusura della comunicazione si è verificata, dopo qualche anno, una recidiva di ictus? Forse la causa va ricercata da qualche altra parte (una fibrillazione atriale parossistica asintomatica e mai diagnosticata?).

## IL CANCELLINO E LA LAVAGNA

I vecchi Maestri ammonivano: “NON SEDETEVI SULLE DIAGNOSI! Se il paziente continua a venire da voi per lo stesso motivo, afferrate il cancellino, cancellate la lavagna e riprendete il gessetto in mano”.

68 anni, un intervento chirurgico di appendicectomia a 27 aa, nessuna malattia cronica.

Scarsissime frequentazioni per micropatologie. Quattro anni or sono la paziente, visibilmente angosciata, viene in studio lamentando l'insorgenza di una aritmia ipercinetica soprattutto notturna “*Quando mi sveglio e mi assalgono i pensieri*”. Esame obiettivo cardiaco negativo, funzionalità tiroidea normale nonostante una facies che poteva far sospettare un iper: showdown della paziente che confessa decenni di infelicità coniugale repressa “*per il bene di mia figlia*” (malata di sclerosi multipla).

Inizio terapia con antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina con parziale giovamento, ma si manifesta in modo più severo una malattia da reflusso gastro esofageo, già diagnosticata anni prima e poco sintomatica in passato, con dimostrazione di voluminosa ernia iatale alla gastroscopia (“*dottore me la faccia fare perché sono molto preoccupata*”).

Ora i sintomi, invece, sono importanti e molto “partecipati” dalla paziente che rispondono scarsamente agli inibitori di pompa, agli antiacidi in bustine e persino al doppio blocco associando la ranitidina agli IPP.

Decido per una somatizzazione gastrica di grado severo e aggiungo terapia associata con antispastici e ansiolitici: “*Dottore l'ultima terapia mi ha fatto MOLTO più bene di tutte le altre*”.

Passano gli anni con ripetute visite che mi portano a giocherellare con altri antispastici e ansiolitici, alla ricerca di quello più efficace fino a stilare, con la paziente, una “classifica” tra loro.

Quando torna al suo paese di origine, senza il marito appresso, si manifesta un netto miglioramento della sintomatologia che mi porta a confermare la diagnosi di somatizzazione.

Questa estate il miglioramento non si manifesta, malgrado il lungo soggiorno marino con figlia e nipotini, rientra dalle ferie e riferisce che, oramai, oltre ai reflussi è colpita da crisi di vomito recidivanti che *“prima erano rare e mi liberavano dai sintomi”*, mi mette a conoscenza che la madre ha avuto una calcolosi biliare.

Esame obiettivo addominale negativo, ecografia epatica negativa, rassicurazioni e inizio nuovamente una terapia con antispastici e antidepressivi come sopra, parziale giovamento: aggiunta di IPP e antiacidi in bustine con modesto giovamento.

*“Dottore, non sarà che mi serve una psicologa? Mi sono ripartite anche le palpitazioni”*.

Un mese or sono la paziente mi telefona dall'ospedale perché si è sentita malissimo....

La paziente stava passeggiando per strada quando ha cominciato ad accusare violenti dolori addominali e vomito ripetuto.

Da poco eseguita seconda gastroscopia con modeste lesioni esofagee da reflusso e grossa ernia iatale.

La paziente si presenta al pronto soccorso con dolori violenti all'addome e vomito, all'e.o. ipotensione e meteorismo colico imponente con alvo chiuso a gas...

### **SOLUZIONE**

Il foglio di uscita parla di intervento di “derotazione del mesentero con resezione iliale di 30 cm per necrosi ischemica”.

In questo mese la paziente non ha avuto più gli episodi degli ultimi 4 anni.

### **Commento**

L'angina abdominis è caratterizzata da dolori addominali associati a nausea e vomito e altri disturbi come diarrea e stipsi alternati e calo ponderale. Il carattere distintivo è il dolore addominale che compare tipicamente circa 15-30 minuti dopo il pasto. Il paziente, proprio per evitare il dolore, tende a ridurre l'assunzione del cibo e quindi perde peso. La diagnosi si basa sull'ecodoppler delle arterie mesenteriche e, soprattutto, sull'angio-TAC o sull'angioRM. Il gold standard diagnostico è considerata l'arteriografia dell'arteria mesenterica che, se la diagnosi è confermata, consente di eseguire un'angioplastica con eventuale posizionamento di stent.

Quando la paziente riferisce crisi di vomito recidivanti Cretinetti non ha indagato oltre e si è adagiato sulla precedente diagnosi di reflusso gastro-esofageo. Se avesse rilevato che il dolore compariva a breve distanza dal pasto forse avrebbe avuto una delle sue rare illuminazioni diagnostiche. Ma non è detto. Non si tratta di una patologia rara in senso stretto, ma è sottodiagnosticata perché spesso confusa con il colon irritabile o con patologie gastroesofagee. È più frequente nei pazienti con fattori di rischio cardiovascolare, ma in questo caso non pare ce ne fossero e forse questo spiega la sottovalutazione di Cretinetti.

## CUORE O CERVELLO?

Nella mia indole il cuore domina il cervello, in più siamo in un'epoca nella quale si dà grande rilievo alla psiche rispetto al soma.

Sta di fatto che, in questa ottica Cretinetti può commettere l'ennesima cappelata.

60enne, borgataro quello che basta per "piacere", donnaiolo, accanito giocatore di poker, quelli, per intenderci, con la sigaretta alla Humphrey Bogart.

Passato personale burrascoso: la moglie lo lascia con una bambina di due anni per accompagnarsi ad un facoltoso commerciante, lui, dopo mesi di scoramento, prende in mano la situazione e cresce questa figlia da solo.

A poco più di venti anni ella si sposa e cambia città per seguire il nuovo lavoro del marito.

Nel frattempo nel paziente insorge una ipertensione arteriosa essenziale accompagnata da crisi di aritmia ipercinetica e instabilità emotiva da s. ansiosa reattiva. Gli prescrivo un beta bloccante, con giovamento. Un mese fa si presenta in studio senza appuntamento: è visibilmente agitato, eloquio concitato: *"A Giusè, me stanno a prenne delle crisi! Me sento come 'n oppressione ar petto, fatico da respirà e ci ho la testa con de' pensieri strani che nun ci ho mai avuto!"*.

Gli chiedo se ci sono novità nella sua vita, mi dice che ha perso il lavoro e ha una nuova compagna: *"Me credevo che fosse quella ggiusta e mo' che me ne serve 'na mano, sai che me fa, Giusè? Me lascia 20 euro ogni lunedì sur commodino e me dice che me devono abbastà per campa 'na settimana!"* e sbotta a piangere, piegando la testa tra le braccia e appoggiandola sulla mia scrivania.

Dopo qualche minuto e pacche sulle spalle da parte mia, accompagnate da un florilegio di consolatorie espressioni pregne di una misoginia che non mi appartiene, si calma.

Lo faccio sdraiare sul lettino, gli ascolto il cuore, gli misuro la pressione: tutto bene.

Si riveste, è tranquillo, mi cerchia il volto con le sue mani: *“A Giusè, mo’ sto bbene, nun me sento più gnente, sei proprio un amico, tu si che capisci subito quello che ci ho!”*.

Dopo una settimana mi telefona per salutarmi: parte per il nord Italia dove ha trovato un nuovo lavoro.

Dopo un mese mi richiama dall’ospedale dove è ricoverato...

#### **SOLUZIONE**

**ADENOCARCINOMA** polmonare con metastasi cerebrale in sede frontale.

#### **Commento**

In questo caso non vediamo colpe particolari di Cretinetti, anche se forse avrebbe dovuto valutare meglio un’ipotesi alternativa alla depressione quando il paziente gli riferisce di sentirsi un’oppressione al petto, fatica a respirare e strani pensieri. Tuttavia a precisa domanda il paziente scoppia a piangere? Come non imputare disturbi così aspecifici alla depressione? Ma dopo la visita e alcune frasi consolatorie il paziente, prima di uscire, confessa al medico di sentirsi già meglio. È del tutto comprensibile che Cretinetti non abbia pensato a una patologia organica. E poi siamo sicuri che i sintomi lamentati fossero dovuti alla neoplasia polmonare metastatizzata al cervello? Possono un’oppressione al petto e una dispnea causate da una malattia oncologica scomparire dopo qualche pacca sulle spalle? Ne du-

bitiamo molto. Inoltre non c'erano tosse, emoftoe, segni neurologici. Quali elementi clinici aveva Cretinetti per ipotizzare un tumore polmonare?

## LE VENNE UNA GROSSA IDEA

Paziente 85 enne, già vittima di cappelata major, circa 20 anni or sono, quando una sindrome ad esordio improvviso con il binomio TACHIPNEA-TACHICARDIA fu lisciata clamorosamente da Cretinetti, nella diagnosi, egli si limitò a controllare gli arti inferiori che non avevano segni di allarme: era una embolia polmonare.

Sopravvissuta a questa prima cappelata, Cretinetti tentò di impapocchiare: *“Non c'erano segni di trombosi venosa profonda, non so come... bla bla bla”*.

In seguito una TVP da manuale, ripetutasi nel tempo e decisione di scoagulazione cronica con Coumadin.

Una diverticolosi colica, da atlante di patologia, e una ipertensione arteriosa ben controllata completano il quadro.

Un mese or sono la paziente si presenta in studio lamentando un gonfiore all'arto inferiore dx e, in minor misura, al sinistro con una panniculite evidente bilaterale. Terapia con lomefloxacina 500 x 2 e fucicort pomata.

Cretinetti avverte i figli di eseguire un PT INR anticipato per l'interazione con l'antibiotico: dopo 7 giorni PT INR 8; sospensione per due giorni della TAO e poi ripresa, diminuzione dell'antibiotico a 1c al dì, ulteriore controllo a 7 giorni: PT INR 9.

La paziente viene rivista *“Sto meglio, dottore, però ho una fiacca tremenda e l'appetito mi è passato completa-*

*mente!” “È la cura signora, molto pesante, ma devo dire che sta molto meglio e quindi sospendiamo”.*

*“Però il gonfiore è rimasto, anche se non è più rossa la parte”.*

*“Ci vuole un po’ di tempo, signora, la sua circolazione venosa è molto compromessa da sempre”.*

*“Sì, e poi le volevo dire che quel dolore che ho avuto al costato dopo la caduta di Ferragosto ancora ce l’ho e mi scende al fianco destro”.*

*“Ma signora, siamo a Ottobre!”*

*“Sì ma in ospedale mi dissero che il dolore delle fratture costali poteva durare molto e mi sono stata zitta”.*

*“Va bene, la rivedo tra 15 giorni”.*

Ieri telefonata dei figli, comunicano a Cretinetti che il PT INR è 12.

Convocati in studio, giurano che le dosi della TAO sono state somministrate personalmente da loro, secondo lo schema abituale che da decenni subisce pochi aggiustamenti per la costanza nel tempo del PT INR.

A quel punto, a Cretinetti *“le venne una grossa idea...”* (dagli Squallor: 38 Luglio).

### **SOLUZIONE**

Eseguita TC, con l’ipotesi di una patologia epatica grave che giustificava l’effetto amplificatore di una TAO condotta, per decenni, con stabilità dei parametri.

Si riscontra:

NEOPLASIA del PANCREAS primitiva con numerose METASTASI epatiche e polmonari, diffusa DISSEMINAZIONE LINFATICA addominale.

Quindi: l’edema agli arti inferiori era un linfedema con sovrapposta panniculite, la sintomatologia dispeptica non era da ef-

fetto collaterale dell'antibiotico, il dolore al costato irradiato al fianco dx non era da frattura costale di agosto.

### **Commento**

Cretinetti non si chiede perché una paziente in terapia anti-coagulante possa lamentare un importante edema all'arto inferiore destro e, in misura minore anche a sinistra. O meglio imputa la cosa a un problema infettivo, tanto che prescrive un antibiotico. E come interpreta l'aumento così vistoso dell'INR? Non si domanda perché invece che diminuire aumenta ancora anche dopo la sospensione dell'anticoagulante. O meglio, si limita a dare la colpa all'antibiotico. Poi compaiono astenia marcata, anoressia, dolore al fianco. Cre-diamo ci fossero abbastanza segnali (edema ad entrambi gli arti inferiori, INR molto elevato, dolore al fianco, importante astenia, anoressia) per approfondire perché una delle prime ipotesi che vengono in mente è una neoplasia. D'accordo, non c'era l'ittero che avrebbe potuto indirizzare verso un coinvolgimento epatico, né un dolore epigastrico che può far pensare al pancreas. Le ipotesi diagnostiche potevano essere diverse: proprio per questo il caso era meritevole di accertamenti e non della solita frase di circostanza: "Ma signora ci vuole tempo, rivediamoci tra 15 giorni". In ogni caso una diagnosi più precoce non avrebbe cambiato di molto la prognosi probabilmente: un tumore al pancreas con metastasi epatiche, polmonari e linfonodali diffuse purtroppo lascia poche speranze anche se la diagnosi viene fatta qualche mese prima.

### **MA LE GAMBE, MA LE GAMBE...**

70 anni molto ben portati, molto signorile di modi.

È affetta da tiroidite autoimmune con ipotiroidismo in trattamento sostitutivo, insuff. venosa aa. inf., pre-gresso TIA carotideo in profilassi secondaria con asa.

Si presenta in studio per edema declive monolaterale, paventando una flebite che non dà segni all'esame obiettivo.

La rassicuro insistendo, per la millesima volta, sulla necessità della elasto compressione con calze almeno 70 den (*"non le sopporto, dottore!"*), mi replica che vuole eseguire il doppler venoso, le replico che non è necessario.

Chiama il giorno successivo lamentando che l'edema è peggiorato e che sono comparse alcune macchioline in loco, la rivedo: poche e sporadiche petecchie, nessun segno di flebite: confermo le prescrizioni, sospendendo l'ASA.

Passa il fine settimana, il lunedì mi informa che, *"per sicurezza"*, ha eseguito privatamente un esame ecodoppler venoso (e anche arterioso *"per completezza"*) che risulta negativo per trombi e positivo per insuff. venosa piccola safena sn.

L'angiologo conferma le mie prescrizioni, aggiungendo che si potrebbe intervenire chirurgicamente in caso di non giovamento delle stesse.

Passano alcuni giorni con ripetuti aggiornamenti quotidiani, tipo il bollettino medico di quando Papa Giovanni stava male, lamentando l'inefficacia delle cure: comincio a SPAZIENTIRMI, insistendo nel dire che ci vorranno almeno 15 gg. per migliorare.

Passa una settimana ed ennesimo contatto telefonico con richiesta di visita URGENTE.

Rilevo che l'edema è diventato bilaterale, anche se molto più marcato a sinistra e le petecchie, anch'esse, sono comparse nell'altro arto inferiore anche se piccole. Chiedo alcuni esami ematochimici...

### **SOLUZIONE**

Proteinuria 24 ore 2,5 g; IgA aumentate, ves 35 fibrinogeno 501 alfa 2 aumentati ana anca neg complemento n immunocomplessi aumentati creatinina n sedimento n M. di Berger.

### **Commento**

Un edema agli arti inferiori bilaterale può essere dovuto a patologie venose o linfatiche ma non vanno dimenticate anche cause sistemiche:

- 1) scompenso cardiaco;
- 2) cirrosi epatica;
- 3) sindrome nefrosica.

L'errore iniziale di Cretinetti è stato di attribuire l'edema alla nota insufficienza venosa. Tuttavia "un esame urine non si nega neppure a un nemico" e costava poco richiederlo. Avrebbe evidenziato la proteinuria e indotto a ulteriori accertamenti. Anche la presenza di petecchie avrebbe dovuto allertare Cretinetti. Sebbene questo non sia un segno tipico del morbo di Berger (o nefropatia da IgA) può verificarsi nella porpora di Schönlein-Henoch, una vasculite sistemica da IgA strettamente correlata al morbo di Berger. Tra l'altro le petecchie agli arti inferiori sono abbastanza tipiche del morbo di Schönlein-Henoch. Insomma, c'erano varie ragioni che dovevano indurre Cretinetti a non adagiarsi sulla diagnosi più comoda e facile.

### **QUELL'ADDOME DOLENTE...**

75 anni, ipertesa, monorene, alcuni TIA carotidei in "prevenzione" con asa. Si presenta alcuni mesi or sono, in periodo di virosi, per una diarrea persistente: solite raccomandazioni.

Sparisce.

Si ripresenta dopo due mesi, riferendo la stessa sintomatologia e affermando che crede sia un problema psicologico dovuto alla separazione traumatica del figlio con moglie pizzicata all'uscita di un B&B in atteggiamento inequivocabile.

Esame obiettivo con dolenzia diffusa alla palpazione e meteorismo.

Si prescrivono antispastici e probiotici.

Passa un ulteriore mese e la paziente ritorna in studio lamentando la persistenza della sintomatologia: è stata, di sua iniziativa, da un Nutrizionista che ha eseguito test di intolleranza alimentari con multiple positività e ha prescritto dieta di privazione oltre a probiotici, che non hanno sortito effetto.

Prescrizione di esame coprocolturale e parassitologico delle feci che risultano negativi.

All'esame obiettivo persistono dolenzia diffusa e meteorismo: la paziente riferisce senso di gonfiore epigastrico "*Mi sento come un bozzo*".

Si decide di procedere con la colonscopia che rileva due piccoli polipi asportati con ansa, il gastroenterologo consiglia una gastroscopia, anch'essa negativa...

### **SOLUZIONE**

La pessima conduzione di questo caso clinico è dovuta, almeno in parte, proprio alla apparente "indifferenza" ai sintomi della paziente la quale, come detto, nella esposizione del caso, si è presentata a intervalli di mesi, riferendo la stessa sintomatologia e dando anche interpretazioni personali (psicologiche) circa la sua origine.

Fuori Roma, ha incontrato un suo parente, nostro collega, che ha "preso in mano" la situazione con test di intolleranza alimentari, colon e gastroscopia.

Quando la paziente è tornata mi ha riferito il tutto, aggiungendo che la diarrea era come acqua e che, *“per questo motivo, dottore, sto perdendo peso”*.

La paziente, dopo il dosaggio del VIP, è stata sottoposta a una TC addome che ha rilevato neoformazione della coda del pancreas con metastasi epatiche sulle quali è stata effettuata biopsia, referto: TUMORE NEUROENDOCRINO.

### **Commento**

La comparsa di episodi ricorrenti di diarrea e dolori addominali in una paziente di 75 anni non dovrebbe mai essere sottovalutata. Cretinetti, come suo solito, scarica la colpa sulla paziente e la sua indifferenza invece di recitare il *“mea culpa”* per aver sottovalutato il quadro clinico. La negatività dell'esame coproculturale e parassitologico fecale oltre che degli accertamenti endoscopici erano altri segni che non ci si doveva fermare nella ricerca della causa.

I tumori neuroendocrini sono sicuramente una patologia rara ed è difficile pensarci in prima battuta. Ma, a costo di sembrare ripetitivi, abbiamo sottoposto il caso a ChatGPT. Ecco la sua risposta: in una donna con episodi ricorrenti di diarrea e dolori addominali e con coprocultura, esame parassitologico fecale, gastroscopia e colonscopia negativi bisogna pensare a: colon irritabile (però attenzione! Diagnosi di esclusione), sindrome da malassorbimento (insufficienza pancreatica, celiachia a esordio tardivo, malattia intestinale infiammatoria cronica, diarrea da farmaci, tumori neuroendocrini (VIPomi).

ChatGPT batte Cretinetti 3 a zero!

### **CI HO UNA CERTA...**

62 anni, molto mal portati, nubile, un po' trasandata, molto *“pesante”* come carattere, sempre estremamente

riservata e pudica, affetta da molti anni da tiroidite autoimmune con ipotiroidismo, in terapia.

Scarsissime frequentazioni in studio, salvo negli ultimi due anni.

Ha cominciato col riferire una certa secchezza agli occhi, trattata cronicamente dall'oculista con collirio all'acido ialuronico (*"è un problema comune alla sua età, signora"*).

Qualche successivo e raro consulto per *"questa artrosi che sta peggiorando con l'età, è proprio vero: per una donna i 60 anni sono la fine, mi sento sempre più ingessata e faccio fatica a fare le cose, guardi poi mi si sono rinsecchite e deformate le mani, e il viso poi? Non ne parliamo, sembro una vecchia"* e poi aggiunge *"qualche volta le mani mi formicolano pure di notte e di giorno continuo ad avere sempre freddo e mi diventano bianche cadaveriche, come succedeva anche da ragazza"*.

Cretinetti fa diagnosi di sindrome del tunnel carpale *"maledetti mouse del PC"* (prescrizione di tutore), prescrive routine ematochimica completa completa del TSH: tutto nei limiti normali; di conserva con Cretinetti, si conclude che i dolori, l'affaticamento e tutto il resto sono sintomi ascrivibili alla età.

Un bel giorno la paziente chiede alla segretaria un appuntamento urgente perché accusa senso di cardiopalmo.

Cretinetti la visita (finalmente) e rileva un soffio sistodiastolico sul focolaio aortico che non si ricorda di aver mai sentito e una azione cardiaca regolare, ma inframmezzata da extrasistoli.

Una ecografia cardiaca conferma un danno valvolare con una FE diminuita ed un aumento della PAP, un Holter conferma il reperto acustico.

Indirizzata da un cardiologo, viene prescritta una terapia con beta bloccanti e controlli strumentali seriatì, le viene prospettato un possibile intervento chirurgico per correggere l'anomalia valvolare che causa l'insufficienza di pompa.

Passano i mesi e la paziente torna in studio riferendo, sommessamente, che non è migliorato nulla, tranne la sensazione di cardiopalmo, si scusa del disturbo arrecatomi perché *"all'età non c'è rimedio"* ma ora accusa anche una ingravescente difficoltà alla deglutizione di cui non ha mai sofferto in passato.

Una EGDS urgente viene prescritta dall'allarmato Cretinetti con referto di possibile diminuita motilità esofagea, gastrite atrofica di alto grado, HP positiva.

Cretinetti prescrive una terapia eradicante ma, mentre sta vergando un appunto cartaceo per la signora, un'impellente urgenza minzionale lo porta ad allontanarsi dalla sala.

Mentre espletava la funzione, lenta nei tempi, ahimè, per l'età, nel cervello di Cretinetti "i pezzi diagnostici", a mo' di un moderno LEGO, si incastrano perfettamente da soli.

Si lava le mani, esce dal bagno, e dice alla paziente che forse ci potrebbe essere una diagnosi nuova...

#### **SOLUZIONE**

Sclerodermia.

#### **Commento**

Tiroidite autoimmune, secchezza oculare, astenia, artralgie, mani risecchite e deformate, sindrome del tunnel carpale ...

Che cosa si pretende di più? C'erano già tutti i sintomi per pensare a una connettivite autoimmune, se non proprio a una

sclerodermia (per esempio a una sindrome di Sjogren, a un LES, a un'artrite reumatoide, a una polimiosite, ecc.).

La comparsa di difficoltà alla deglutizione era un sintomo che avvalorava ancora di più questo sospetto.

Bastava chiedere i soliti esami di screening per questo tipo di patologie: VES, PCR, RA test, anticitrullina, ANA, ENA, ant ds DNA, topoisomerasi I, ecc. Oppure, nel caso Cretinetti non se la sentisse di gestire da solo il caso, sarebbe stato sufficiente inviare la paziente a consulenza reumatologica specificando il sospetto di connettivite o altra patologia autoimmune da definire. Tra l'altro ricordiamo che la difficoltà alla deglutizione è tipica della sclerodermia.

## **IL CERVELLO DEL MEDICO E LA TECNOLOGIA**

Ultrasessantacinquenne, iperteso, monorene congenito con doppio distretto pelvico, sintomatologia sospetta per ca. colico, colonscopia conferma.

Viene sottoposto a resezione colica e asportazione di un oncocitoma renale rilevato durante intervento, segue chemioterapia adiuvante sospesa all'ultimo ciclo per tossicità ematologica.

Passano due anni e il paziente si presenta in studio con tosse subcontinua e febbre elevata; e.o. suggestivo per diagnosi di polmonite. Segue prescrizione di terapia antibiotica.

Dopo due giorni interviene un dotto parente medico il quale afferma "essere impossibile fare diagnosi clinica di polmonite", prescrive una Rx che conferma.

Dopo 15 giorni il paziente si presenta al controllo, apiretico, residua tosse di modesta entità, all'esame obiet-

tivo lobo polmonare ventilato con residui rantoli crepitanti di modesta estensione, gli dico di aspettare dieci giorni senza terapia e di ripresentarsi al controllo che mostra un quadro soggettivo e oggettivo quasi completamente risolto.

Congedo il paziente.

A questo punto rientra in campo il collega parente che impone una Rx che conferma quadro quasi risolto.

Non contento, prescrive una TC che mostra piccola area polmonare con aspetto spiculare, afferma che possa essere una metastasi e prescrive PET TC che rileva un'area metabolicamente attiva.

Dico al paziente che gli esami non sono intelligenti e che la risoluzione radiologica delle polmoniti può essere più lenta rispetto a quella clinica.

Niente da fare, viene avviato dal solerte parente medico all'intervento chirurgico.

### **SOLUZIONE**

A pre ospedalizzazione fatta, il paziente mi telefona per informarmi della cosa e, NON SO COME, cede alle mie insistenze ed esegue, ALL'ULTIMO MOMENTO, una nuova TC che risulta completamente negativa.

Intervento stoppato, paziente contento.

### **Commento**

Questa volta Cretinetti ha avuto ragione e si trattava in effetti di una polmonite a risoluzione un po' più lenta dell'usuale, almeno dal punto di vista radiologico. Tuttavia il sospetto del parente medico non era per nulla sbagliato. Anche se è vero che una polmonite può residuare in un esito flogistico con un certo grado di captazione alla PET (perché anche le cellule flogistiche consumano

glucosio), l'aspetto spicolare rende più probabile come ipotesi una metastasi oppure una neoplasia polmonare primitiva. Comunque prima di avviare all'intervento si dovevano fare altri passi: una broncoscopia oppure un agoaspirato TC guidato (nel caso di lesione periferica) per determinare l'esatta natura della lesione perché il trattamento cambia se si tratta di metastasi o di neoplasia primitiva. La biopsia inoltre avrebbe permesso di evidenziare se l'immagine radiologica era un esito flogistico post-polmonite.

Ricordiamo che nella esecuzione della PET-TC viene iniettato un tracciante radioattivo (di solito il  $^{18}\text{F}$ -FDG, che è un analogo del glucosio). Questo tracciante viene assorbito dalle cellule con metabolismo elevato come per esempio le cellule tumorali, mentre si ha poco assorbimento nelle lesioni fibrotiche. Le lesioni infiammatorie assorbono il tracciante ma in misura minore rispetto a quelle neoplastiche. Pertanto una lesione captante alla PET-TC non sempre significa tumore. L'unico modo per confermare la diagnosi è la biopsia.

## CORONAVIRUS O NO?

Ognuno di noi sa bene che i peggiori pazienti sono i colleghi, a maggior ragione quando sono anche amici, per non parlare quando ci ammaliamo noi stessi.

Un incubo per tutti, poi, quando si ammalano i familiari, sia propri sia degli amici colleghi.

Di solito si fanno delle pessime figure con degli errori diagnostici che non si sarebbero commessi in altre circostanze.

Il dottor Cretinetti sta camminando per strada, deve recarsi urgentemente a casa di un paziente. Incontra un collega amico che sta passeggiando con la mamma no-

vantenne. Li saluta frettolosamente, vista la situazione, ma fa in tempo a notare uno spiccato pallore nella vegliarda.

Dopo qualche ora l'amico gli telefona, riferendogli che la mamma, da qualche tempo, si sente uno straccio e cammina a fatica.

A quel punto Cretinetti gli dice che, poche ore prima, ha notato uno spiccato pallore nella mamma e consiglia un emocromo urgente.

Dopo qualche giorno il collega gli telefona riferendogli che l'emoglobina è a 7 g.

Cretinetti pone qualche domanda e l'amico gli riferisce che la mamma accusa, da qualche tempo, dei dolori addominali e ha anche avuto una perdita di sangue rosso vivo commisto alle feci che non aveva riferito al figlio.

In più l'amico aggiunge che la mamma, che in passato non ha avuto patologie degne di nota e che non assume alcun farmaco, ha notato un gonfiore ingravescente di un arto Inferiore "Non ti preoccupare, figlio, sono le mie solite vene".

Ispezionato l'arto, il collega gli riferisce che ha tutte le caratteristiche di una trombosi venosa profonda.

Cretinetti gli dice che tutti questi sintomi e segni potrebbero essere collegati tra loro: la mamma potrebbe avere una neoplasia intestinale con conseguente anemia e, magari, una trombosi venosa profonda paraneoplastica, inoltre andrebbe trasfusa.

Il collega obietta che non se la sente di far eseguire alla mamma degli esami strumentali invasivi, vista l'età e la situazione clinica complessiva.

A quel punto Cretinetti prescrive del ferro per bocca e una terapia anticoagulante con eparina a dosaggio

pieno, dicendo all'amico di dare disposizioni alla mamma circa l'osservazione delle feci.

Passa circa un mese e si ripete l'emocromo che è risalito a 9 grammi e mezzo di emoglobina.

L'arto inferiore è leggermente migliorato e Cretinetti consiglia di continuare la terapia anticoagulante, sperando, dice all'amico collega, che questa non faciliti una emorragia intestinale.

Pesando i pro e i contro gli dice che l'eparina va continuata in due somministrazioni al giorno.

Scoppia l'epidemia del covid-19.

Passano altri 15 giorni, il collega chirurgo è in servizio in ospedale e sta facendo una consulenza presso il reparto di cardiologia.

Improvvisamente squilla il suo cellulare: è la mamma che lo chiama, è molto agitata, affannata, dice che si sente morire e lo implora di correre a casa. L'amico si allarma e chiede consiglio al collega cardiologo che è di guardia nel suo reparto, lo ragguaglia su tutta la storia della mamma, compresa la terapia in atto.

Il cardiologo fa diagnosi di scompenso cardiaco acuto e consiglia il collega di praticare alla mamma una fiala di Lasix endovena ed iniziare un beta bloccante.

L'amico corre a casa della mamma ed esegue la iniezione endovenosa. Dopo qualche minuto la mamma si sente meglio. Riferisce che si sentiva abbastanza bene prima del malessere, che è insorto improvvisamente.

L'episodio si ripete il giorno successivo e il collega cardiologo conferma la diagnosi, affermando che una ultranovantenne con anemia non è strano che abbia uno scompenso cardiaco acuto.

Viene confermata la terapia con la furosemide da continuare per bocca a due compresse al giorno, dopo la somministrazione per endovena.

A quel punto, l'amico del dottor Cretinetti gli telefona riferendo l'accaduto.

“Ma non è che, niente niente, la mamma s'è preso il coronavirus? Magari la febbre non le viene perché è una grande anziana!”.

Cretinetti è dubbioso e dice l'amico che potrebbe esserci un'altra spiegazione.

### **SOLUZIONE**

Episodi di microembolia polmonare originati dalla tvp (paraneoplastica). Il fatto che non ci sia stata una EP massiva potrebbe essere dovuto all'anticoagulante. Questi episodi spiegano la tachicardia durante i malesseri. Anemia ed emorragia erano dovuti ad una neoplasia del colon.

### **Commento**

Strano che di fronte a una probabile trombosi venosa profonda nessuno abbia pensato di eseguire almeno un ecodoppler. Poco comprensibile anche che, sospettando una neoplasia intestinale (i segnali erano molto indicativi: anemia e rettorragia), non si sia proceduto con il ricovero per eseguire gli accertamenti opportuni. Va bene che la paziente era anziana, ma la neoplasia potrebbe essere stata resecabile con buone probabilità di guarigione. Così facendo invece la paziente avrebbe potuto andare incontro a una complicanza grave come un'emorragia massiva, una perforazione, un'occlusione che avrebbero richiesto un intervento d'urgenza, ben più pericoloso di un intervento programmato.

Incomprensibile poi il cardiologo che pone diagnosi di scompenso cardiaco sulla base di un sintomo riferito (la dispnea) senza

neppure vedere la paziente. La storia clinica di una trombosi venosa profonda (verosimilmente paraneoplastica) avrebbe dovuto in prima istanza far nascere il sospetto di un'embolia polmonare. Alla fine di questa storia Cretinetti esce quasi vincitore perché sospetta la diagnosi corretta. Giusta la sua osservazione che la terapia anticoagulante probabilmente ha impedito un'embolia polmonare massiva.

## COVID-19 COLPISCE ANCORA

50 enne, diabetico in terapia insulinica con infusore, dislipidemia II a, in controllo metabolico appena sufficiente, aritmia extrasistolica ventricolare non complessa da decenni e non trattata.

Nei primi giorni della pandemia da covid comincia a riferire sintomatologie bizzarre e, soprattutto, a chiedere frequentemente dei certificati di malattia, riferendo che il controllo metabolico del suo diabete mellito non è perfetto.

Cretinetti compila i certificati e cerca di capire cosa sta succedendo.

Il paziente comincia a chiedere, insistentemente e giornalmente, notizie scientifiche sul covid 19, come pure fanno centinaia di altri pazienti con colloqui telefonici del periodo pandemico.

Il paziente scrive una lettera al Presidente della Regione Lazio chiedendogli come mai la terapia con la clo-rochina non è stata validata e disponibile nella regione e tempesta Cretinetti, tutti i giorni, di mail e messaggi sull'argomento.

Il medico è esausto e quando il paziente gli riferisce che è cominciata una insonnia incoercibile, gli dice che

sarebbe meglio iniziare degli ansiolitici anche perché, gli dice Cretinetti, è chiaramente affetto da una sindrome ansiosa grave con spunti fobici.

Il paziente non è molto convinto della diagnosi e continua a riferire i danni irreparabili di questa pandemia, come pure a sanificare in maniera ossessiva tutti gli oggetti di casa.

Non parliamo di quando altri oggetti vengono toccati da altre persone, come l'incolpevole pony express per la pizza a domicilio o i frequentatori dei supermercati.

Chiede di essere incluso nella tipologia dei pazienti fragili, per cui segue certificato del medico del lavoro.

Un bel giorno Cretinetti riceve la telefonata dalla disperata moglie del paziente "Sono veramente disperata, dottore, a me pare veramente pazzo, ha tutti gli occhi di fuori, io vado da mia madre per salvare i miei figli che piangono tutto il giorno!".

Chiede disperatamente di darle una mano.

Cretinetti le dice che vorrebbe vedere il paziente in studio e di stare tranquilla perché sono messe in opera tutte le condizioni per limitare il rischio di contagio.

Il paziente rifiuta perché afferma di essere sicuro di prendersi il virus nello studio del suo medico di famiglia. La cosa peggiora sempre più, finché la moglie costringe il paziente a sottoporsi a visita psichiatrica.

Il collega prescrive un antidepressivo, un ansiolitico e anche un antipsicotico.

Cretinetti è sollevato, pensa che questa terapia senz'altro aiuterà il paziente e diminuirà il suo carico di lavoro.

Ma non è così e le cose, settimana dopo settimana, precipitano per cui Cretinetti impone al paziente una visita, ormai indifferibile.

Si fa accompagnare in macchina dalla moglie, arrivato sotto lo studio viene colto da un attacco di panico e rifiuta di scendere dall'automezzo.

A quel punto Cretinetti si affaccia alla finestra e cerca di farlo ammansire. Riesce a malapena a farlo uscire dalla macchina ma il paziente gli dice, quasi gli urla, che giammai afferirà allo studio.

Cretinetti è folgorato sulla via di Damasco al solo guardare il paziente e fa immediatamente la diagnosi giusta.

### **SOLUZIONE**

Cretinetti, esasperato da settimane di continui contatti sia telefonici sia per mail, sia per sms, come pure per WhatsApp, non colse l'importanza di quel segno clinico che la signora gli riferiva, lo iscrisse nella comoda diagnosi di sindrome ansiosa di grado severo con spunti fobici.

Forse il fatto che la mascherina anti covid mettesse in evidenza solo gli occhi del malcapitato paziente, aprì gli occhi anche a Cretinetti.

La diagnosi era: tempesta tireotossica da morbo di Graves, con esoftalmo.

### **Commento**

La mancata diagnosi iniziale di Cretinetti è comprensibile, almeno fino al momento in cui la moglie gli riferisce che ormai non ne può più, il marito sembra un pazzo con gli occhi fuori dalle orbite e lei è quasi tentata di andare a rifugiarsi da sua madre. Questo dato, messo accanto agli altri sintomi, dovrebbe far ipotizzare, in alternativa alla sindrome ansioso-depressiva (avvalorata peraltro anche da una consulenza psichiatrica!), una iperfunzione tiroidea. A sua scusante possiamo accampare il fatto che il paziente non si era mai recato a visita, terrorizzato oltre

ogni misura dalla pandemia. Alla fine la catarsi: appena il paziente scende dall'auto Cretinetti, affacciato alla finestra, nota l'esoftalmo e pone la diagnosi corretta. Un appunto ulteriore che possiamo fare al nostro è che non bisognerebbe mai avventurarsi in diagnosi banali senza almeno visitare il paziente: questo caso dimostra che la diagnosi talora si può fare anche solo vedendo il malato per pochi secondi. Cretinetti è anche fortunato: se non avesse avuto la finestra dello studio che affacciava direttamente al parcheggio? Immaginiamo la scena: il paziente rifiuta di salire all'ambulatorio, Cretinetti deve:

1) attraversare una sala d'aspetto piena di persone con la mascherina che lo apostrofano, gli chiedono dove sta scappando, lo tirano per il camice quasi strappandolo,

2) scendere le scale a due gradini alla volta rischiando l'osso del collo dato che la signora delle pulizie aveva appena passato uno straccio bagnato,

3) visitare il paziente in strada sotto gli occhi sospettosi di un poliziotto che stava multando le auto in doppia fila.

Una scena degna di Alberto Sordi in una delle sue migliori interpretazioni.

## IL DISCO INCANTATO

Il paziente è un professionista sessantenne, obeso, sedentario, fumatore, con ipertensione arteriosa (familiarità positiva) che, negli anni, si è dimostrata progressivamente meno suscettibile di correzione farmacologica richiedendo molteplici associazioni di farmaci, arrivate attualmente a quattro molecole con beta bloccanti (per una "componente adrenalina" da professionista), ace inibitori, diuretici e calcioantagonisti.

Il paziente assume anche tamsulosina per una iperplasia prostatica e la terapia sostitutiva con levo tiroxina perché ha subito una tiroidectomia a causa di un gozzo multinodulare con effetti compressivi.

Cretinetti sembra un disco incantato che ripete sempre la stessa canzone: “Devi dimagrire, devi fare attività fisica tre volte a settimana, basta fumareeee!”, raccomandazioni solo in parte recepite, ma senza grossi esiti sui valori pressori.

Ad un certo punto, Cretinetti, messo nell’angolo da un rialzo pressorio, constatata la inefficacia di una quadruplica terapia, dice la paziente che “cala una carta che, se siamo fortunati, potrebbe essere il SETTEBELLO”.

Dopo 20 giorni il paziente telefona informando Cretinetti che la pressione è crollata, Cretinetti comincia a tirar giù un birillo dietro l’altro e, alla fine, il paziente rimane in terapia solo con il SETTEBELLO, eliminando tutta la quadruplica terapia.

Cretinetti è soddisfatto e, allo stesso tempo, avvilito.

### **SOLUZIONE**

Il miglioramento è stato drammatico nel senso che, settimana dopo settimana, Cretinetti è riuscito a buttar giù, in sequenza, tutti i “birilli farmacologici” che erano rimasti in piedi per anni e il paziente è perfettamente compensato con 25 mg di spironolattone.

TC addominale: adenoma singolo. L’iperaldosteronismo primario è più frequente di quanto non si pensi e solo un terzo dei pazienti (più meno) ha ipopotassiemia... certo che, se c’è, il sospetto è maggiore, soprattutto se il paziente non prende farmaci in grado di alterare la potassiemia. A proposito di surrene: il feocromocitoma è raro, come la malattia di Cushing, però anche loro sono suscettibili di guarigione, o notevole miglioramento con te-

rapia chirurgica, quindi è importante diagnosticarli. Ed entrambi possono portare a mortalità precoce.

### **Commento**

Cretinetti è felice ma nello stesso tempo avvilito. Forse dovrebbe essere solo avvilito al sommo grado. Di fronte a un'ipertensione andrebbe sempre esclusa una forma secondaria e non basta dire, a scusante, che vi è una familiarità positiva. È certo che, in caso non vi sia ipopotassiemia, l'iperaldosteronismo può non venire considerato, almeno in prima istanza. Tuttavia quando l'ipertensione non viene controllata neppure con ben quattro farmaci qualche domanda bisogna pure porsi. In questi casi è obbligatorio richiedere, tra gli altri esami, anche il dosaggio della renina e dell'aldosterone perché il test di screening dell'iperaldosteronismo è il rapporto tra aldosterone e renina ( $ARR = \text{Aldosterone/Renin Ratio}$ ). Poiché non vi è un accordo generale sul valore soglia dell'ARR è opportuno affidarsi al laboratorio che esegue l'esame esplicitando chiaramente che vi è il sospetto di un iperaldosteronismo. Infatti possono variare sia le unità di misura che il modo di determinare la renina (talora espressa come renina diretta, altre volte come attività reninica plasmatica). Inoltre i valori variano a paziente in posizione supina o eretta. Per questo è meglio chiedere direttamente al laboratorio e affidarsi ai loro calcoli. In alternativa si può farsi aiutare da ChatGPT. Noi l'abbiamo fatto ipotizzando un valore di renina in pg/ml in posizione supina di 4 e di aldosterone di 150 (valori entrambi apparentemente normali). ChatGPT calcola per noi l' $ARR = 37,5$ , considerato sospetto per iperaldosteronismo. L'Intelligenza Artificiale ci consiglia a questo punto di eseguire un test di soppressione dell'aldosterone per confermare il sospetto (per esempio il test al captopril oppure il test di soppressione con soluzione fisiologica) e in seguito una TAC alla ricerca di un adenoma (più raramente carcinoma) surrenalico che è passibile di soluzione chirurgica. Nel caso invece

l'iperaldosteronismo sia dovuto a un'iperplasia surrenalica la terapia si basa sugli antialdosteronici.

Probabilmente Cretinetti ignora queste sottigliezze e forse anche l'esistenza di ChatGPT (ce lo ha dimostrato molte volte) e da praticone prescrive invece lo spironolattone. Ma che modo di procedere è mai questo? E se la sua ipotesi fosse stata sbagliata? Forse dovrebbe tornare sui banchi universitari. Temiamo però che questa sarebbe per lui un'esperienza devastante che metterebbe a dura prova la sua tenuta psicologica perché risveglierebbe ricordi dolorosi sepolti profondamente in qualche angolo del cervello. Dai soliti bene informati siamo venuti a sapere che al secondo anno di medicina Cretinetti si innamorò perdutamente di una compagna di corso. Di tale fanciulla poco si sa se non che era originaria della Sicilia orientale, ma doveva avere ascendenze vichinghe: alta, lunghi capelli biondo chiaro, occhi verdi come il mare, fisico statuario da far invidia alla Venere del Botticelli. Gli amici del cuore avevano messo Cretinetti sull'avviso: con quella "perla della natura" lui non aveva nessuna speranza. Ma il nostro si era procurato un'edizione in lingua latina (non si fidava dei traduttori) della "Ars amandi" di Ovidio. Forte di quelle letture Cretinetti si era illuso di far breccia nel cuore della "vichinga". Grande fu il suo dolore quando la bella gli disse che lo lasciava per seguire a Londra un ragazzo del suo paese che andava in quelle fredde lande a fare il cuoco in un ristorante stellato con la segreta speranza, un giorno, di diventare "Chef". Cretinetti fu colto da una gravissima depressione e a nulla valsero antidepressivi a tonnellate, consulenza psichiatriche dai luminari più rinomati della capitale, i pianti della madre disperata che non poteva sopportare quel figliolo così distrutto da quella "rovinafamiglie", i rimbrotti del padre che ogni sera lo minacciava ("O ritorni a studiare o ti mando a zappare la terra"). Il povero giovane, al colmo della disperazione, acquistò un biglietto per nuova Delhi con l'intento di

proseguire per il Tibet per andare a seppellirsi, diceva, in qualche sperduto monastero tra le nevi. Alla fine Cretinetti rinsavì quando un suo amico gli presentò una “mora” del nord Italia che ben presto soppiantò la vichinga. Come sia andata a finire le nostre fonti non sanno riferire.

## QUELLA OSSESSIONE VIRALE

Telefonata di una infermiera, figlia di un paziente che è affetto da emiplegia sn, esito di incidente stradale.

Dice a Cretinetti che è andata a trovare il padre e si è accorta che è affannato, lui nega, gli ha misurato la saturazione dell'ossigeno che è 88, le sembrava che la cute fosse calda e si rileva 37.5 di temperatura corporea.

Cretinetti le dice che il caso è sospetto, indaga su possibili contagi interfamiliari, l'infermiera gli assicura che ha fatto un tampone una settimana prima ed è negativo.

Cretinetti propone l'effettuazione del tampone al padre e la paziente gli risponde che “lo carico in macchina e lo porto da me in ospedale”, non sente ragioni.

Si sentono il giorno dopo, l'infermiera riferisce che il tampone e il sierologico sono negativi, come pure una TC toracica, il paziente è stato rimandato a casa con diagnosi di sospetta infezione urinaria, si inizia terapia con chinolonici.

Il giorno seguente l'infermiera ritelefonava, dicendo a Cretinetti che ha notato un segno clinico inequivocabile, il medico organizza i “pezzi diagnostici”, consiglia un esame strumentale e la diagnosi corretta viene fatta.

### **SOLUZIONE**

Il paziente è affetto da una TVP all'arto inferiore, la figlia ha notato un edema importante all'arto... e il paziente ha una EP non massimale. La TC polmonare da sola non sarebbe risultata utile ma sicuramente la angio-TC qualcosa avrebbe probabilmente dovuto evidenziare ... a chi avesse avuto il colpo d'ala di voler cercare. Questa circostanza del paziente che non nota la propria dispnea è una eventualità comune e il medico non deve aspettarsi che gli sia riferita sempre.

### **Commento**

La comparsa improvvisa di una dispnea associata a importante desaturazione può dipendere da varie cause tra cui scompenso cardiaco, infezioni polmonari, pneumotorace massivo, embolia polmonare (EP). Non sempre in quest'ultimo caso è clinicamente evidente una trombosi venosa sorgente dell'embolo (o degli emboli). In Pronto Soccorso il paziente viene sottoposto a una TAC toracica senza mezzo di contrasto: tuttavia questa non sempre è in grado di identificare un'embolia polmonare. È necessaria una TAC con contrasto che ha una sensibilità molto elevata (superiore al 90%): questo significa che se negativa esclude quasi certamente un'EP.

Una domanda: possibile che in PS, con un paziente che lamenta dispnea improvvisa e ipossiemia, non sia stato dosato almeno il D-dimero?

## **LA SCORCIATOIA DIAGNOSTICA**

60 anni, affetta da 10 anni da artrite reumatoide, in terapia con methotrexate settimanale e piccole dosi di cortisone, isterectomia 5 anni orsono per ca., qualche episodio di infezioni delle vie respiratorie superiori e inferiori.

Nei giorni intorno Ferragosto la paziente si reca dello studio di Cretinetti perché accusa febbre sotto i 38 e un dolore continuo in zona precordiale che si accentua con gli atti del respiro.

Dice che si è buggerata con l'aria condizionata messa a palla.

Cretinetti la visita e rileva dei rantoli in campo polmonare superiore sinistro e dei sibili diffusi, per cui prescrive una terapia antibiotica a base di macrolidi e le dice di aumentare la dose di cortisone a 25 mg al giorno.

Dopo una settimana la paziente ritorna al controllo: è apiretica, il dolore in zona precordiale persiste anche se si è attenuato per cui la espansibilità toracica è aumentata.

Cretinetti la visita e non ausculta più i rantoli a piccole bolle né i sibili che aveva rilevato in precedenza. Non si spiega perché il dolore precordiale persista e non è suscettibile di peggioramento sotto sforzo.

A quel punto, pur non ascoltando nulla di anomalo a livello cardiaco, chiede una ecografia che rileva la presenza di una pericardite e di una acinesia infero basale del miocardio.

### **SOLUZIONE**

Cretinetti dice la paziente che la sua artrite reumatoide potrebbe aver causato una pericardite e una miocardite, spiegando con parole semplici cosa questo voglia dire.

Non crede a un problema coronarico anche perché la paziente non ha nessun fattore di rischio cardiovascolare e, quindi, gli sembra molto più probabile l'ipotesi su base reumatologica.

Una risonanza magnetica cardiaca conferma i dati dell'ecografia. Una TAC coronarica risulta negativa.

Il reumatologo conferma diagnosi di pericardite miocardite in A.R. e dice di ridurre progressivamente il cortisone, prescrive la colchicina per 6 mesi.

### **Commento**

Cretinetti ci vede giusto e diagnostica una pericardite e una miocardite su base reumatica dovuta all'artrite reumatoide di cui soffre la paziente. Verso questa diagnosi deponevano sia la febbre che il dolore precordiale che si accentuava con gli atti del respiro. Un ECG forse avrebbe documentato i segni tipici della pericardite (ST sopra-slivellato in molte derivazioni, a differenza di quanto succede nell'infarto miocardico dove a essere interessate sono poche derivazioni).

Ha torto, però, Cretinetti quando afferma che il dolore toracico non poteva essere di origine coronarica in quanto la paziente non aveva fattori di rischio cardiovascolare. In realtà dovrebbe sapere che **l'artrite reumatoide (AR) è un fattore di rischio cardiovascolare di per sé**, indipendente dagli altri noti fattori (ipertensione, diabete, fumo, ipercolesterolemia, ecc.). I pazienti con AR sviluppano più frequentemente infarto e ictus rispetto alla popolazione generale perché l'infiammazione cronica, come è noto, è uno dei meccanismi patogenetici dell'aterosclerosi. Infatti la flogosi persistente danneggia l'endotelio favorendo l'aggregazione piastrinica e la formazione della placca. Studi epidemiologici hanno evidenziato che nei pazienti con AR il rischio di infarto è aumentato del 50%, quello di ictus di circa il 40% e la mortalità cardiovascolare di 1,5 – 2 volte.

Anche stavolta quindi Cretinetti non si smentisce: sembra che in lui esistano due personalità, come nel personaggio di Norman Bates (Psycho di Alfred Hitchcock): da una parte un medico attento e perspicace che fa diagnosi brillanti, dall'altra un praticone che scivola su banali bucce di banana.

## LA SOLITA PAZIENTE ANSIOSA!

Ultracinquantenne, figura slanciata, 6 anni fa dimagrimento di oltre 10 kg e febbre di origine indeterminata.

Esploro le possibili cause reumatologiche, infettive (di ogni tipo) e neoplastiche e non cavo un ragno da un buco.

In particolare: TAC total body negativa e studio ecografico cardiaco negativo, anche transesofageo, per ricerca di vegetazioni valvolari da endocardite.

Dopo mesi si riprende e riacquista peso, tornando al suo precedente stato di salute che è stato sempre eccellente.

La paziente ha un animo inquieto sia come indole sia per eventi della vita affettiva molto negativi.

Nell'ultima, la paziente riferiva un senso di cardiopalmo che Cretinetti poteva tranquillamente inscrivere nella sindrome ansiosa ma decise, comunque, di visitarla, anche se aveva una idea preformata della loro origine.

In questo era immemore delle raccomandazioni dei grandi maestri i quali ammonivano: "Quando un paziente viene in studio, prendete il cancellino, cancellate la lavagna, prendete il gessetto in mano e ricominciate a scrivere".

Cretinetti auscolta il cuore della paziente e sente un soffio sisto-diastolico sul focolaio aortico che si auscolta anche avvicinandosi a quello mitralico.

Si allontana dalla paziente per un attimo e controlla, sulla cartella, se avesse mai ha notato un simile reperto.

Non trova assolutamente nulla.

La pressione arteriosa è, come sempre, bassa.

La avvia a uno studio ecocardiografico urgente, segue telefonata concitata con il cardiologo al quale Cretinetti esplicita una ipotesi diagnostica che non trova grossa corrispondenza nel collega.

### **SOLUZIONE**

Avviata con urgenza all'intervento chirurgico, Cretinetti riceve un messaggio WhatsApp della paziente "Scusi dottore il disturbo nel giorno di festa, volevo solo dirle che l'intervento è andato bene. I cardiocirurghi mi hanno detto che l'aneurisma dell'aorta ascendente, da 6 cm era arrivato, in 10 giorni, a 8 e che sarebbe scoppiato a breve.

Grazie Doc, mi ha salvato la vita. Le voglio bene".

Riferisce che i cardiocirurghi sono rimasti sorpresi di come l'alterazione anatomica riscontrata all'ecografia fosse drammaticamente peggiorata in pochi giorni.

Cretinetti risponde al messaggio, congratulandosi con la paziente della felice conclusione, le dice che poi, dopo le dimissioni, si rivedranno in studio. Dopo dieci giorni la paziente si presenta e Cretinetti le dice che potrebbe essere utile controllare anche la figlia per una sospetta sindrome di MARFAN che ha sospettato in mancanza di altre patologie che giustificino la lesione che la ha portata all'intervento chirurgico. Chiede se i suoi genitori abbiano avuto il suo problema di salute: la paziente riferisce una morte improvvisa di uno di loro.

### **Commento**

La comparsa improvvisa e mai registrata di un importante soffio sisto-diastolico sul focolaio aortico (percepibile in parte anche sul focolaio mitralico) deve indurre il medico a richiedere accertamenti: suggerisce una condizione acuta come per esempio

una dissezione aortica che si estende alla radice dell'aorta e provoca insufficienza valvolare oppure una endocardite infettiva della valvola aortica o ancora la rottura di una cuspidè della valvola (traumatica, Marfan, degenerativa, malattia connettivale). Un ecocardiogramma standard non è sufficiente a escludere una dissezione aortica perché non esplora bene il tratto medio e distale dell'aorta toracica e talora neanche il tratto ascendente. Anche un ecocardiogramma trans-esofageo, pur essendo più sensibile, potrebbe dare un falso negativo. Più utile ai fini diagnostici è la TAC con contrasto o, in alternativa, la risonanza magnetica cardiaca.

Cretinetti avanza anche l'ipotesi che l'aneurisma aortico con insufficienza valvolare possa essere dovuto alla sindrome di Marfan. In tal caso avrebbe potuto proporre alla paziente il test genetico per evidenziare la mutazione del gene FBN1 associato alla fibrillina-1. Il fatto che uno dei genitori della paziente sia andato incontro a morte improvvisa può essere visto in quest'ottica, ma ha un valore diagnostico molto relativo in quanto le cause della morte improvvisa sono varie: un infarto con fibrillazione ventricolare, un'aritmia maligna, una cardiomiopatia ipertrofica, una sindrome di Brugada, una sindrome da QT lungo o corto, un'embolia polmonare massiva, un'emorragia cerebrale con inondazione dei ventricoli, ecc. Vai a sapere!

## LA PENSIONE

Anche in pensione e in ferie capita di essere consultati a distanza da ex pazienti.

“Donna di 37 anni in ottima salute, rimane in città e frequenta una piscina per mitigare gli effetti del gran caldo.

Un giorno accusa un fortissimo dolore in sede auricolare.

Consulta autonomamente un otorinolaringoiatra il quale diagnostica otite e prescrive antibiotico.

Dopo due giorni subentrano vertigini violente con vomito che la costringono a letto: diagnosi confermata e aggiunta di corticosteroidi.

Il giorno successivo compare eruzione sul padiglione: nuova visita con diagnosi di eczema “probabilmente contratto in piscina”.

Telefonata al medico di famiglia in pensione il quale suggerisce una diagnosi da riferire con molta delicatezza al collega, condita da infiniti “forse”.

Non si fa in tempo perché il giorno successivo la paziente si sveglia con una paralisi facciale.

Allarmatissima, effettua un accesso al pronto soccorso dove viene sottoposta a TC cranica che risulta negativa e viene dimessa con diagnosi di “Paralisi di Bell”. L'ex medico di famiglia insiste al telefono sulla sua diagnosi e prega la paziente di riferirla al collega otorinolaringoiatra.

### **SOLUZIONE**

Herpes oticus.

### **Commento**

Nel commentare questo caso ce la sbrighiamo in fretta. Otalgia associata a eruzione cutanea a livello del padiglione auricolare: non ci vuole un genio della clinica per diagnosticare un herpes zoster oticus o sindrome di Ramsay Hunt (interessamento del nervo facciale). In alternativa potrebbe trattarsi di un'otite esterna (detta anche orecchio del nuotatore): infezione del condotto uditivo

esterno che talora si estende anche alla cute del padiglione. Di solito però l'otite esterna non provoca eruzione del padiglione ma vi è piuttosto secrezione, il dolore è localizzato a livello del CUE e si accentua con la pressione sul trago o se si tira il lobo dell'orecchio. Invece nell'herpes il dolore è più profondo e bruciante e di solito non si accentua con la pressione esterna. Inoltre nell'herpes l'eruzione cutanea è abbastanza caratteristica con la formazione delle tipiche vescicole, cosa che manca nell'otite esterna. La comparsa di paralisi facciale, infine, si verifica solo nell'herpes. Lo specialista può essere stato tratto in inganno all'inizio, quando vi era solo dolore, ma alla comparsa dell'eruzione cutanea si doveva privilegiare la diagnosi di herpes zoster.

## LE CONNESSIONI DIAGNOSTICHE

59 anni, dottissimo esperto di lingue antiche e traduttore di testi sacri, ipertensione arteriosa controllata con ace inibitori, nessun altro fattore di rischio cardiovascolare; asma bronchiale in terapia subcontinua con beta 2 stimolanti e corticosteroidi per via inalatoria.

In primavera precordalgia a riposo, sospetta per patologia coronarica, si reca al P.S. ma gli accertamenti strumentali e di laboratorio, ripetuti per diverse ore, sono negativi, viene rimandato a casa con rassicurazioni.

Dopo tre mesi altra crisi ma più prolungata, si fatica a convincerlo ad un nuovo accesso: STEMI anteriore con occlusione trombotica IVA, angioplastica e posizionamento di stent: doppia disaggregazione, beta bloccanti, ace inibitori, statina a dosaggi massimi.

Dopo altri tre mesi ennesima crisi, nuovo accesso al P.S.: coronarografia negativa, si conferma terapia medica.

Dopo poco una gran telefonata: "Dottore, mi si è gonfiata tutta una gamba, non sarà perché sto sempre seduto al mio tavolo di studio?", viene ricevuto al volo, sospetto di TVP, ecodoppler d'urgenza positivo.

### **SOLUZIONE**

Cretinetti sospettò una turba coagulativa, genetica o acquisita. Eseguito il corrispettivo pannello di analisi, la diagnosi fu di: Sindrome da anticorpi anti fosfolipidi.

### **Commento**

Non sappiamo se anche il primo episodio di dolore toracico fosse di origine ischemica: la negatività degli esami eseguiti in PS non è sufficiente ad escluderlo. Di natura ischemica invece è sicuramente il secondo episodio, tanto che viene diagnosticato un infarto miocardico con elevazione del tratto ST. A questo punto non possiamo che ipotizzare che anche gli altri episodi siano stati di natura ischemica, pur con coronarografia ed esami negativi. Potrebbe infatti essersi verificato uno spasmo coronarico oppure esservi una disfunzione microvascolare che può non essere evidente durante la coronarografia standard. La disfunzione microvascolare (nota anche come angina microvascolare) si verifica quando non vi è un'adeguata dilatazione o vi è una costrizione dei piccoli vasi coronarici. In pratica è una vera e propria angina a coronarie apparentemente normali (la disfunzione microvascolare è difficile da evidenziare con le tecniche convenzionali ma potrebbe invece essere diagnosticata con tecniche più avanzate come la RM cardiaca, la flussimetria coronarica, la PET o la tomografia a coerenza ottica).

Quando compare la trombosi venosa il sospetto che di base vi sia uno stato trombofilico si fa forte. Non diamo quindi troppo merito a Cretinetti, ma ammettiamolo, non era facile pensare a

una sindrome da anticorpi antifosfolipidi all'inizio. Anche l'Intelligenza Artificiale si trova in difficoltà e interrogata prospetta varie ipotesi. Solo dopo ripetute sollecitazioni (non hai altre idee?) ci propone come diagnosi alternativa uno stato di trombofilia. Ci arriva però, al contrario di Cretinetti, senza sapere che il paziente ha avuto anche una TVP.

## **QUANDO ARRIVARE TARDI CAMBIA POCO**

Donna novantenne, non paziente personale in cura, senza patologie degne di nota accusa un dolore in regione lombare. Etichettata clinicamente come una "grossa artrosi", confermata da radiografie, il dolore persiste per cui, dopo aver somministrato paracetamolo e FANS senza giovamento, le viene applicato un busto ortopedico. La signora consulta sempre e solo specialisti privati di cliniche di lusso, scegliendoli A SECONDA DEL RIFERIMENTO TOPOGRAFICO del disturbo. Si aggiunge, dopo un mese, una sintomatologia come da reflusso gastroesofageo (mai accusata prima) per cui: consulenza gastroenterologica con gastroscopia e rilievo di modesti segni di esofagite da reflusso, solita terapia con scarso giovamento ("Tranquilla, ci vogliono almeno DUE MESI di cura"). Dopo quel tempo, persistendo la sintomatologia, il collega prescrive una ecografia addominale che rileva una dilatazione aortica di circa 3 cm. Allarme rosso (sic!) e la PAZIENTE, a mo' di PALLINA ARGENTATA del FLIPPER, viene spinta da un chirurgo vascolare il quale consiglia una TC addominale. Il radiologo conferma la dilatazione, anche se scrive nel referto che l'esame non è allo stato dell'arte per la presenza di artefatti da grave

meteorismo. Passano i mesi e i sintomi non demordono, si aggiungono astenia e anoressia con aggravamento della sintomatologia da reflusso. Quindici giorni orsono la paziente nota un colorito giallastro e il nuovo collega gastroenterologo ipotizza “Un calcolo incuneato nel coledoco”...

### **SOLUZIONE**

A quell'età un ittero è un carcinoma del pancreas fino a prova contraria.

Diagnosi, del resto, quasi sempre tardiva. Il pancreas sta in una zona profonda e mal visualizzabile in ecografia, che la TC addominale non sia stata diagnostica non è poi così sorprendente, più che per i problemi tecnici per quelli cognitivi: “Chi cerca trova, ma si trova solo ciò che si cerca”. Alla fine la diagnosi l'ha fatta con collega internista il quale ha rilevato anche la presenza di ascite. Hanno tentato di posizionare uno stent alle vie biliari senza successo. L'ittero è comparso solo dopo mesi dall'inizio dei primi sintomi, questo vuol dire che la sede del carcinoma non era sufficientemente vicino al coledoco per dare compressione. Cosa sarebbe cambiato, a livello prognostico, in una novantenne?

### **Commento**

Non ci sembra che in questo caso siano stati commessi errori gravi. Non vi erano segni indicativi di cancro del pancreas (ittero, dolore epigastrico a barra, dimagrimento) e il persistere del dolore lombare poteva essere dovuto a molte altre condizioni, compresa una semplice artrosi. D'altra parte anche la negatività della TAC non è stata di aiuto. È vero che una TAC negativa non esclude in assoluto una neoplasia pancreatica, per esempio se la massa neoplastica è piccola oppure non ha ancora determinato alterazioni dei tessuti circostanti o, ancora, se vi sono degli arte-

fatti (come nel caso in esame) che possono ridurne la sensibilità (non tanto quindi per un errore del radiologo, come sembrerebbe ventilare Cretinetti). Che poi la diagnosi sia stata fatta dall'inter-nista quando sono comparsi ittero e ascite: beh, ci verrebbe da dire, a quel punto sono buoni tutti!

## IL FATTORE “C”

“C” come caso.

Cretinetti è un melomane, con l'hobby dell'Alta fedeltà, frequentava le mostre Hi-Fi con i rappresentanti delle ditte più “esoteriche” del settore e ha speso una fortuna nell'acquisto di apparecchi.

In una occasione entrò in una sala con la “dimostrazione” dal vivo di una certa catena Hi-Fi, dal costo assurdo, che generava un “SUONO VISIVO” con S. Giorgio che afforcava il demonio in un certo passaggio, il tutto a detta del Guru “officiante”. In effetti, alla fine della audizione, molti ascoltatori lo confermarono con le espressioni più colorite.

Un giorno Cretinetti si reca in ditta perché, per 1200 euro, gli hanno trovato, dopo mesi e mesi di ricerche infruttuose, delle valvole preamplificatrici NOS (New old stock) Mullard del 1962 (una leggenda!) e deve ASSOLUTAMENTE rivalvolare l'amplificatore che è già esoterico, ma non c'è limite alla follia, inoltre progetta, in un prossimo futuro, di cambiare anche le valvole finali, sempre rigorosamente NOS.

Si inchina sul prezioso apparecchio, assieme al tecnico, per seguire dal vivo la sacra procedura. Inevitabilmente gli occhi si incrociano a distanza minima e

Cretinetti nota un subittero ma la persona non è suo paziente e gli non gli va di intromettersi, per delicatezza. Dopo poco, supera l'ostacolo della riservatezza e chiede contezza di quel subittero.

“Ah, sì, dottore, se n'è accorto! Avevo tanta fiacca e sono andato dal medico che mi ha prescritto delle analisi, le transaminasi erano poco poco mosse, mi ha chiesto altre analisi e ho una epatite C. Mi ha mandato dal Prof. XY (azz!) che mi ha detto che è in via di guarigione, ha prescritto anche una ecografia che è risultata negativa e mi ha detto di ripetere le analisi del virus ogni mese assieme alle transaminasi”. Cretinetti chiede altri dati anamnestici e rimane nel dubbio, poi, gli dice “Scusi se mi intrometto ancora, ma, fossi in lei farei una TAC” “Una TAC? Ma allora pensa a qualcosa di grave, ma come, dottore, il Professore mi ha tranquillizzato!”. Dopo qualche insistenza pare accettare il consiglio.

Seguono giorni nei quali Cretinetti è in LEVITAZIONE durante l'ascolto, gli pare di sentire note mai udite ed è felice, in una occasione vede anche uscire dalle casse acustiche un liquido chiaro che, all'analisi del DNA, risulta essere saliva della Callas.

Dopo poco: gran telefonata del tecnico.

### **SOLUZIONE**

Diagnosticato un cancro del pancreas, viene operato di duodeno-cefalo-pancreasectomia con colecistectomia e splenectomia (almeno così pare di aver capito a Cretinetti dalla descrizione del paziente).

“MEGLIO UN MEDICO FORTUNATO DI UNO BRAVO” si diceva una volta, ma forse vale anche per i pazienti? Il caso lo

ha salvato: dopo sei anni è vivo. Un libro di Jacques Monod si intitola, appunto "IL CASO E LA NECESSITÀ". Nel dualismo fra questi due principi c'è tutto il pensiero scientifico. Gli eventi avvengono senza alcun disegno, quindi per CASO, ma seguono leggi rigorose, quindi per NECESSITÀ. Il fattore "C" rientra nella prima parte della dicotomia, ma la comprensione dei fenomeni, e quindi la diagnosi, non può prescindere dalla buona conoscenza dei meccanismi che stanno dietro alla necessità.

### **Commento**

Il paziente ha un subittero e un modesto aumento della transaminasi. Vengono eseguiti degli accertamenti e si dimostra un'epatite da virus C. Questo potrebbe essere sufficiente per fermarsi nell'iter diagnostico? Nella maggior parte dei casi sì, anche se forse escludere altre cause di ittero come per esempio una colestasi intra o extraepatica non sarebbe sbagliato. Cretinetti è stato troppo sfortunato nella sua vita professionale, ne ha viste di cotte e di crude, soprattutto le malattie più improbabili capitano tutte a lui. Chi lo conosce, quando lo incontra per strada, prega per lui perché sa che Cretinetti è particolarmente avversato dalla jella. Uno che lo frequenta da molti anni ci ha rivelato (in camera caritatis e con la promessa di anonimato) che, ogni volta che si reca nel suo studio, per prima cosa strofina il corno di corallo "collaudato", comprato a S. Gregorio Armeno, Napoli, appeso da Cretinetti in sala d'aspetto sotto un cartello che ammonisce "Credere alla jella è da ignoranti, ma non crederci porta sfortuna" (copyright Edoardo De Filippo).

Tutto questo spiega l'ossessione di Cretinetti che lo ha spinto a consigliare una TAC, forse anche inebriato dal DNA della Callas.

## LA CLINICA! LA CLINICA!

Ragazzona di 38 anni, scoppia di salute. La scorsa estate, in uno dei tanti giorni con una temperatura torrida, viene trovata dalla sorella maggiore per terra, incosciente, “ero sicura fosse morta e mi sono messa a urlare”. Chiama il 118, all’arrivo dell’autoambulanza la paziente ha ripreso conoscenza, dice di non ricordare nulla dell’accaduto: pressione arteriosa 80/40, nessun altro segni clinico. Rimane a casa, su consiglio dei sanitari, effettua delle analisi con rilievo di una anemia sideropenica da ipermenorrea (peraltro già nota, ma stavolta con Hb a 9 g). Conclusione diagnostica: “crisi ipotensiva da coesistenza di clima caldissimo e anemia”. Terapia marziale e a dosi generose. Arriva settembre: la paziente è seduta al tavolo con la bambina piccola, perde conoscenza e sbatte il naso sul tavolo. La figlia, disperata, telefona al padre che accorre. Consulenza neurologica e cardiologica con: Elettroencefalogramma (dopo 48 ore dall’evento: normale, Holter senza alterazioni degne di nota, nuova risonanza cerebrale negativa, ecodoppler tronchi sovraortici negativo, analisi del sangue compresi ormoni tiroidei e surrenalici negative): diagnosi non espressa in modo chiaro se non per negare la sussistenza di gravi patologie, elencate per nome. L’altro giorno, mentre era alla guida, finisce contro un palo. La madre, presente in macchina, chiama Cretinetti per dirgli che “lei la diagnosi me l’aveva fatta l’anno scorso”.

### SOLUZIONE

Mentre stava alla guida, la paziente è stata colta da una sindrome caratterizzata da perdita di coscienza, con-trazioni tonico

cloniche, morsicatura della lingua e perdita del controllo sfinteriale.

Ricoverata in ospedale, è stata eseguita una TC cranica, RM ed esame del liquor: negativi, iniziata terapia con antiepilettici.

### **Commento**

La diagnosi posta al primo episodio di perdita di coscienza è forse quella più facile e comoda ma anche opinabile. In realtà andavano escluse sia una causa cardiaca che neurologica. Al secondo episodio la prima diagnosi non è più plausibile: siamo a settembre e la paziente è seduta, difficile pensare che non possa esserci qualcosa di più importante. Infatti vengono eseguiti vari accertamenti in ambito neurologico e cardiologico. Questi escludono patologie di un qualche rilievo, tuttavia la negatività dell'holter cardiaco (ha fatto un ecocardiogramma?) non esclude un'aritmia (bisognerebbe aver richiesto una registrazione prolungata tramite loop recorder). D'altra parte la negatività di RM cerebrale e dell'ecodoppler TSA sono un dato tranquillizzante, ma non lo è un elettroencefalogramma negativo per escludere un'epilessia. Infatti l'EEG ha una sensibilità non elevata e può risultare negativo se viene registrato a distanza dell'episodio; inoltre in alcune forme di epilessia (come l'epilessia temporale) vi è la possibilità di registrare alterazioni epilettiformi solo in caso di registrazioni prolungate o con tecniche specifiche (come la privazione del sonno). Se il sospetto di epilessia è fondato e l'EEG è negativo bisogna ricorrere a registrazioni prolungate o in privazione di sonno oppure si può ricorrere a un video-EEG (si registra un EEG per molte ore o giorni mentre il paziente è isolato in una stanza e viene filmato).

La diagnosi diventa facile quando alla crisi assiste la madre che riferisce morso della lingua, contrazioni tonico-cloniche, perdita del controllo sfinteriale.

## QUELL'EPICUREO IN SMOBILITAZIONE

70 anni, iperteso in terapia con ace inibitori da decenni e, negli ultimi anni, anche con statine, prescritte dall'angiologo di turno per placche carotidee minuscole. Soggetto scapolo, epicureo, tennista instancabile dal passato sportivo glorioso, modi un po' trash, grandissime possibilità economiche, lavora da sempre nel mondo dello spettacolo con tanta passione, soprattutto nei riguardi del personale femminile, Porsche Carrera cabrio grigio metallizzato, aperto anche d'inverno.

“Dottore, sono venuto da lei dopo che mi sono recato da un famoso GERIATRA... il professor..., non si offenda dottore ma mi stavo lamentando del mio stato di salute con il Direttore generale il quale mi ha subito consigliato... ma vorrei ANCHE il suo giudizio, soprattutto perché non mi ha dato molte speranze”. Cretinetti, un po' indispettito, gli chiede “Ma, insomma cosa è successo?”. Dottore lei mi conosce da tanti anni, lo sa a che ritmi lavoro, non ho rallentato minimamente ma adesso, appena compiuti i 70, in questo ultimo anno ho avuto un CROLLO e sono invecchiato tutto di un botto: ho un fiacca tremenda, mi sveglio già stanco ma, soprattutto, caro dottore, **QUA NON SI TROMBA PIÙ!**” “Ah, sì, meglio non toccare questo argomento...” “Ho capito dottore, insomma... non sono mica così anziano, ma il suo collega mi ha visitato e non ha trovato nulla, concludendo che È L'ETÀ e che devo disciplinare i miei ritmi di vita che non sono più sostenibili, mi ha dato un multivitaminico e mi ha consigliato di cambiare il VIAGRA con un altro prodotto americano ma... non funziona!”

“Si accomodi che la visito...”, sorrisino sardonico da parte di Cretinetti mentre si avvicina al lettino e poi, alla fine dell’esame obiettivo, tornando alla scrivania “La possino, ha un fisico da ragazzino, neanche un filo di pancia, sempre abbronzato, scoppia di salute!”. Il paziente si riveste e, nel frattempo, Cretinetti ha preparato una lenzuolata di analisi “ut aliquid fieri videatur”. “Facciamo un po’ di analisucce, non prenda niente per il momento e riduca alla metà il farmaco per la pressione perché è un po’ troppo bassa, vedrà che si sentirà subito meglio”. Il paziente, per nulla rincuorato, mette le ricette nella tasca del suo costosissimo blazer blu, si aggiusta il foulard multicolore al collo e si avvia sconsolato verso la porta, poi con la mano sulla maniglia, tutto mesto, a mezza bocca si congeda dicendo “CHE SCHIFO la vecchiaia, non ho se ha notato ma mi sto pure spelacchiando”. Dopo qualche giorno il gaudente torna con i risultati delle analisi, ma, nel frattempo, Cretinetti si era trasformato in Falchetto e sapeva già cosa fare, ancor prima di vederle...

### **SOLUZIONE**

Cretinetti-Falchetto richiese un supplemento di analisi dalle quali risultarono tutte le tropine ipofisarie con valori “a mattonella”. Una RMN encefalica dimostrò i segni di una vastissima lesione ipofisaria che fu attribuita ad una origine ischemica. Iniziata la terapia sostitutiva con ormone tiroideo, corticosteroidi e testosterone, il paziente affermò di sentirsi “RESUSCITATO”. Da quel momento in poi Cretinetti, in delirio di autoesaltazione, lo chiamò LAZZARO. Per festeggiare, il settantenne permutò il Porsche Carrera cabrio con un modello nuovo, BLU “perché è il suo (di lei...) colore preferito”.

### **Commento**

Era difficile ipotizzare un'ipofunzione ipofisaria dato che i sintomi potevano benissimo essere ascritti all'età, come aveva ipotizzato il geriatra. Tuttavia la presenza di comparsa improvvisa di astenia marcata e di impotenza imponeva di richiedere qualche accertamento e tra questi sicuramente il dosaggio del TSH e degli ormoni tiroidei. Questi avrebbero mostrato un ipotiroidismo con TSH basso, il che avrebbe indirizzato verso una forma centrale. Da qui il passo per arrivare alla diagnosi era quasi obbligato. Cretinetti ci dice che quando il paziente gli riferisce che si stava "spelacchiando" capisce tutto anche prima di vedere i risultati degli esami. In realtà la perdita di peli può avere molte cause oltre l'ipopituitarismo: ormonali, autoimmunitarie, carenziali, farmacologiche. Quindi, come abbiamo già detto altre volte, siamo del parere di credere poco al nostro Cretinetti, che tende di solito a esagerare i suoi meriti. La nostra non è un'opinione basata sul nulla: lo conosciamo da molti anni e non ci lasciamo convincere facilmente.

### **LA DIAGNOSI FATTA "A VOCE"**

Tutti noi medici sappiamo quanto sia piena di insidie una diagnosi fatta per telefono, persino quando si conosce la storia clinica dell'interlocutore, mancano quelle informazioni indispensabili che si ricavano "in presenza".

Purtroppo, però, magari a causa di un carico di lavoro eccessivo, si è costretti a farla, riservandosi di vedere, o almeno risentire, il paziente se le cose non vanno come pensato.

A volte, però, è proprio la voce a guidarci nella diagnosi.

Sessantenne affetta da ipertensione arteriosa con familiarità positiva, scarsissima frequentatrice dello studio anche perché accudisce, a casa, una anziana e tirannica madre convivente.

Entra nella mia stanza mentre ero ancora impegnato a chiudere la scheda clinica dell'appuntamento precedente, inserendo alcune annotazioni.

Mi alzo per salutarla e osservo subito un viso molto invecchiato e, mi pare, anche gonfio, la stretta di mano non è quella vigorosa che mi ricordo.

Mestamente la paziente riferisce di sentirsi particolarmente stanca. Prima di rifugiarmi in banalità riguardanti il suo estremo impegno verso la madre, non posso non ascoltare una tonalità di voce grave, quasi da contralto, che contrasta palesemente con quella quasi chioccia che rammentavo.

La paziente riferisce che ha molta fretta perché ha lasciato la mamma sola e ha paura che “combini qualche guaio, tipo la frattura al femore di un anno fa, l'ultima volta che sono venuta in studio da lei, dottore”. Rifiuta la visita e chiede qualche cosa per “tenersi su” che, però, sia compatibile con la terapia per la pressione arteriosa “che si è un po' alzata ma ho aumentato la dose che mi ha dato e va un pochettino meglio”.

Cretinetti insiste per visitarla ma non la convince “almeno facciamo qualche analisi prima di sparare una terapia a caso”.

La paziente acconsente “anche perché il laboratorio è nel mio palazzo e ci metto un attimo a fare un prelievo”.

Passa una settimana e la paziente si presenta ad un nuovo appuntamento, incede lentamente, quasi si trascina.

Cretinetti stavolta si trasforma in Falchetto e pensa che la diagnosi che aveva pensato verrà confermata.

### **SOLUZIONE**

Il TSH era 129, gli anticorpi anti TPO alle stelle, FT4 “a mattonella”.

### **Commento**

La presenza di astenia, volto invecchiato, voce cambiata che da squillante si fa grave sono le parole chiave che abbiamo posto a ChatGPT per avere consigli. Subito viene ipotizzato un ipotiroidismo, in alternativa (ma meno probabile) ipogonadismo o insufficienza ipofisaria. Si può comunque ricavare una lezione da questo caso: dato che le tireopatie possono provocare sintomi aspecifici oppure difficili da interpretare o non tipici vale sempre la pena di richiedere un TSH, specialmente in una donna dopo la menopausa.

## **CARA PAZIENTE PARENTE**

È bene noto a tutti i medici che i peggiori errori, sia diagnostici sia terapeutici, si commettono con se stessi in primis e, in secundis, con le persone care, raramente capita il contrario.

Ci può scappare anche il morto: ricordo un caro amico medico il quale, quando fu contattato da me per una riunione tra vecchie glorie, mi rispose “Che bello risentirti, ci vengo, ci vengo, però, SBRIGATI!”.

Quando gli chiesi il perché, mi rispose che aveva un cancro.

Mi resi conto che voleva parlarne per sfogarsi: la storia clinica narrava di una tosse secca da UN ANNO che aveva addebitato a un fenomeno allergico, di cui non

aveva mai sofferto in sessanta anni e, in seguito, a un reflusso gastroesofageo, assente nell'anamnesi.

Quando si era deciso ad approfondire la problematica era troppo tardi e la riunione si è tenuta nella camera mortuaria del nostro amico.

Da ciò deriva che alcuni medici affidano i loro cari a colleghi di cui si fidano, purtroppo molto spesso sono investiti ugualmente dalle problematiche di salute che si presentano nel tempo e questi parenti chiedono pareri, generalmente per telefono, sulle risultanze di analisi o esami strumentali, privando il malcapitato medico delle prime tappe del processo diagnostico: anamnesi (spesso riferita in modo incompleto) ed esame obiettivo, nonché tutti i segnali che il linguaggio corporeo sa trasmettere al clinico "dal vivo".

La paziente (femmina di sessantotto anni) ha un quadro clinico, esordito da cinque anni, riferibile a una patologia che provoca fratture, alcune post traumatiche (anche se con traumi non particolarmente efficienti) e, le più recenti, sostanzialmente spontanee (piedi).

«Carissima cugina,  
la tua storia clinica depone chiaramente per una "fragilità ossea"».

Dopo la prima frattura del femore, verificatasi in seguito ad una caduta a terra durante la deambulazione, dovuta a un pavimento bagnato, sfortunatamente si è sviluppata una lesione che è stata interpretata come "algodistrofia" e che, tra alti e bassi a livello clinico, è stata confermata a livello diagnostico, nel corso degli anni: ti hanno prescritto quei farmaci che, come ti ho detto, si chiamano bifosfonati, hai avuto anche altre fratture per traumi modesti.

Due campi di ipotesi:

A) Hai una malattia che nasce e coinvolge le ossa, compromettendone la resistenza a traumi anche minimi (esistono, in questi casi, fratture di costole e/o vertebre dopo colpi di tosse o senza causa efficiente.) La accusi per svariati motivi: genetici, ormonali, ossatura piccola, da immobilizzazione per frattura et cetera.

B) Hai una malattia che SECONDARIAMENTE dà manifestazioni ossee, ma nasce da un'altra parte del corpo.

Concentriamoci su quest'ultima ipotesi:

- hai una *malattia reumatologica*, da definire, che dà anche interessamento osseo e che coinvolge altre strutture (tendini et cetera);

- hai una *disfunzione delle ghiandole* che regolano il metabolismo osseo, che si chiamano PARATIROIDI (stanno all'interno della tiroide);

- hai una *malattia oncologica*: in effetti, hai avuto un cancro della mammella ma biologicamente non aggressivo. È possibile che un cancro del genere o di altra natura dia disseminazione ossea da anni senza che si riesca a comprenderne l'origine? Le metastasi ossee di cancro hanno una durata nel tempo così lunga?;

- hai anche una gammopatia monoclonale da quattordici anni ma i controlli non dimostrano il viraggio a patologie del midollo osseo;

- hai una *patologia internistica* di un organo del corpo (ad esempio reni: *insufficienza renale cronica* di grado severo; intestino: con malassorbimento da *morbo celiaco* et cetera) che dà anche interessamento osseo.

Ebbene, se non ricordo male, TUTTE QUESTE IPO-  
TESI sono state testate più volte in questi cinque anni

ma non hanno avuto risposdenze nelle analisi e negli accertamenti effettuati.

Il DATO che “pesa” più di tutti nel ragionamento clinico è la DURATA NEGLI ANNI di questa patologia “X” che fa escludere alcune ipotesi.

È vero che la Medicina non è la matematica ma c’è una logica interna dovuta a leggi biologiche e fisiopatologiche che seguono il loro percorso, indipendentemente da abbagli diagnostici che, difficilmente, sono appannaggio contemporaneo di diverse figure di medici che hai consultato nel tempo.

Il reumatologo insiste sulla sua diagnosi di “algodistrofia”, un altro collega mette in dubbio le rassicurazioni dell’ematologo e ti ha prescritto un PET-TC per verificare se il midollo osseo avesse fatto degli scherzetti, ma è risultata negativa.

Allora, dopo aver consultato gli amici colleghi della lista di Clinica medica “Ippocrate”, fondata da Enzo Brizio, che è attiva da venticinque anni, mi è stato suggerito di sottoporli a test genetici per identificare anomalie del tuo DNA nei geni che codificano sostanze che entrano nel discorso ossa.

Non ti stupire se queste anomalie genetiche si sono manifestate a decenni di distanza dalla tua nascita.

Ci sono anomalie lievi che possono NON manifestarsi con fratture sino a dopo la menopausa quando, a causa della carenza di estrogeni e, nel tuo caso anche per la terapia ormonale seguita all’intervento per il tumore della mammella e che hai assunto per cinque anni, la cosa esce.

Se questa diagnosi viene confermata, i bisosfonati classici fanno poco in questi casi (soprattutto per l’algodistrofia post immobilizzazione, tipica di questa patologia).

### **SOLUZIONE**

Effettuata una biopsia cutanea con coltura di fibroblasti e studio del collagene si è arrivati alla diagnosi di: Osteogenesi imperfetta di tipo lieve.

Iniziata terapia con Neridronato, prima a boli e.v., poi con un'iniezione intramuscolare mensile, la sintomatologia è nettamente regredita, come pure i segni radiologici di algodistrofia.

### **Commento**

Di fronte a una donna di 68 anni che presenta, nel corso degli anni, ripetuti episodi di fratture in varie parti del corpo in seguito a traumi lievi oppure del tutto spontanee sono state avanzate varie ipotesi, più o meno plausibili. Di sicuro si tratta di una situazione che richiede una diagnosi differenziale accurata. Dato che oggi abbiamo a disposizione l'Intelligenza Artificiale, vediamo se può esserci d'aiuto. Abbiamo posto il problema a ChatGPT. Di seguito alcune delle possibili cause suggerite dall'IA: malattie dell'osso (osteoporosi primaria o secondaria, osteomalacia, osteogenesi imperfetta lieve tipo I o IV), malattie endocrine (ipoparatiroidismo, ipertiroidismo, Cushing), malattie ematologiche oppure oncologiche (mieloma, leucemia, linfomi, metastasi), cause iatrogene (steroidi, anticoagulanti, inibitori dell'aromatasi). A questo punto non resta che escludere le cause iniziando da quelle più frequenti. C'è da dire che l'IA ha correttamente individuato tra le prime cause da ipotizzare l'osteogenesi imperfetta. Per diagnosticare questa situazione ChatGPT consiglia di eseguire i test genetici COL1A1 e COL1A2. In questo caso è stata eseguita una biopsia cutanea con coltura dei fibroblasti e studio del collagene. Tuttavia questa metodica non è il gold standard sia perché è un test invasivo che richiede tempi lunghi per la coltura, sia perché non sempre rileva tutte le alterazioni qualitative e quantitative del collagene. Il test genetico è l'esame di riferimento per la rapidità

di esecuzione e per l'accuratezza, mentre la biopsia cutanea può essere utile nei casi in cui il test genetico non sia dirimente.

### **MIGLIOR MEDICO È COLUI CHE È STATO ANCHE PAZIENTE**

È noto che i libri più astiosi nei confronti dei medici siano scritti proprio da loro, quando diventano pazienti.

Ci si accorge, in quelle circostanze, di quante fragilità alberghino nell'animo di un malato che sono drammaticamente messe in evidenza quando, da parte del medico, viene a mancare la sensibilità giusta che poggia sulla delicatezza delle parole, su un sorriso, su una carezza perché *"Quando si sta male si diventa tutti un po' bambini"*.

Medico sessantenne si intrattiene a pranzo con un amico; improvvisamente accusa un senso di tensione al collo, con una scusa si reca al bagno e, allo specchio, nota una grossa tumefazione paratracheale.

Si congeda dall'amico con una scusa e, in automobile, si autodiagnostica un linfoma ad alta malignità, immaginandosi gli scenari più foschi.

Telefona all'amico radiologo per una ecografia urgente che viene eseguita e che dimostra un gozzo multi nodulare con recente grossa emorragia in uno di essi.

Tira un sospiro di sollievo, esegue un ago aspirato multiplo con esito tranquillizzante, il materiale emorragico viene drenato con giovamento.

Nel tempo, però, si riforma e, alla fine, dopo ripetuti drenaggi il collega si decide a sottoporsi ad intervento chirurgico di tiroidectomia totale. Ha aspettato tanto, troppo: teme i postumi dell'intervento con danno alle

ghiandole paratiroidi ma soprattutto alle corde vocali (“Come farò a lavorare proprio io che faccio della voce il pilastro della mia attività?”)

Nella routine prechirurgica intraospedaliera si sottopone a una visita otorinolaringoiatrica.

La collega, ingioiellata tipo Madonna di Pompei, non gli rivolge una parola (il paziente non si è palesato come medico), infila la sonda e guarda il monitor, esclamando, ripetutamente e ad alta voce “Che BRUTTA IMMAGINE” e continua l’esame, battendo la mano sul monitor.

Il malcapitato comincia a sudare freddo, temendo il peggio, il cuore gli va a mille.

La sonda viene ritirata e la collega verga il suo referto, senza aggiungere verbo, il paziente-medico viene congedato e, mentre sta per varcare la porta dell’ambulatorio, sente dire dalla specialista ad una infermiera presente “Ma insomma, adesso basta, non farò più esami se non mi sostituiscono il monitor”.

### **SOLUZIONE**

Gozzo multi nodulare con micro aree multiple di carcinoma follicolare.

Il medico inizia la terapia sostitutiva.

### **Commento**

Empatia deriva dal greco “empathos” che significa “sentire dentro”. È una qualità essenziale per poter costruire un rapporto interpersonale gratificante e proficuo con il paziente. Grazie all’empatia riusciamo a capire meglio e a identificarci con l’altro, a non vederlo solo come paziente ma come una persona con le sue credenze, i propri valori di vita, le proprie speranze, i timori, le emozioni. La professione di medico, continuamente a contatto con la sofferenza, rende necessario esercitare sempre l’empatia. Essa, oltre che miglio-

rare la relazione con il paziente, instaura un rapporto basato sulla fiducia, migliora la compliance ai trattamenti e la prognosi e riduce il rischio di ritorsioni di tipo legale in caso di errori. È quindi necessario recuperare questa abilità che era probabilmente l'unica arma a disposizione dei medici dei secoli scorsi e che, con il progredire delle conoscenze, si è sempre più persa a favore di un approccio tecnico che potrà essere necessario dal punto di vista scientifico ma che tende ad allontanare i pazienti.

È stato detto da qualcuno che un medico capisce veramente cosa prova un paziente quando si ammala a sua volta. C'è molto di vero in questa affermazione.

“Nelle facoltà di medicina serve un nuovo esame per chi deve curare le persone: serve un esame di umanità”. Lo affermava convintamente e in più occasioni Gianni Bonadonna, padre dell'oncologia milanese e italiana, che sperimentò cosa si prova a stare dall'altra parte quando fu colpito da un ictus.

Alcuni medici sono portati all'empatia per inclinazione naturale mentre altri, purtroppo, lo sono di meno. Empatia e sensibilità connotano la partecipazione emotiva del medico e sono per molti aspetti delle doti naturali. Si possano in qualche modo acquisire? Può essere un percorso difficile, ma con impegno e perseveranza si può almeno imparare ad evitare atteggiamenti di indifferenza o di freddezza. E già questo sarebbe molto.

## **LA FIDUCIA È UNA COSA SERIA CHE SI DÀ ALLE PERSONE SERIE (DALLE PERSONE SERIE)**

Meccanico della vecchia guardia, non ha bisogno di centraline e spinotti per capire il problema, lui il motore lo guarda, lo ascolta, lo tocca e arriva alla diagnosi e alla soluzione.

Fumatore, diabetico, iperteso: visita in studio, accurata auscultazione del cuore e misurazione della pressione arteriosa. “Nessuna novità, continui la stessa terapia”, poi, mentre lui si riveste, controllo la scheda clinica sul PC e mi accorgo che era qualche anno che non rifaceva la ecografia cardiaca. Gliela prescrivo e gli dico “Con calma, senza fretta, la ripetiamo...” e lui, un po’ perplesso *“Ma scusi, er cuore è ’na pompa, giusto? Me lo ha sentito, nun ce stanno novità...?”* “Nulla, nulla, non si preoccupi, è così... per controllo”. Esce dalla sala e si mette la richiesta in tasca, non ho mai visto il risultato.

Quindici giorni prima di Pasqua, trovo una macchia sul pavimento del box, sotto la Maserati (acquistata di seconda mano da un collezionista, tramite prestito bancario), lo chiamo, controlla attentamente, fa la sua diagnosi e la mette a posto dopo brevissimo soggiorno nella sua officina. Si avvicina la festività: mi ero concesso un soggiorno brevissimo fuori Roma ma rivedo una nuova macchia sul pavimento del box.

Dicono che sono una persona molto gentile ma quella volta ero nervoso perché c’eri il rischio di mandare a monte tutto. Telefono al geniacchio, riportando l’accaduto in un modo insolente “È tornata la macchia!” e quando il meccanico mi chiedeva in che punto era, rispetto al posizionamento della autovettura, gli risposi sbrigativamente *“Ma sì è sempre la stessa macchia!”* “Nun la mova e vengo subbiato”.

Arriva, si butta per terra, macchiando inesorabilmente il giubbotto, poi dice *“Nun è la stessa cosa, la perdita nun sta allo stesso posto, vede? E poi è de nastro tipo”*.

Mi mostra la differenza di posizionamento tra l’impronta della vecchia macchia e la nuova, fresca, io nean-

che lo sto a sentire e mi preoccupo solamente che mi aggiusti l'auto, in tempo per la partenza.

Sera di Venerdì santo, arriva il meccanico col bolide, lo ringrazio, gli do il dovuto ma vedevo che Franco, dopo la descrizione del guasto, che era effettivamente di un'altra natura, fremeva per dirmi qualcosa, alla fine non ce l'ha fatta più e mi fa, a mezza bocca, guardando ogni tanto per terra *"Dottore, si Franco je dice che nun è lo stesso problema, vor di' che nun è lo stesso problema..."*.

Improvvisamente mi si squarcia il sipario e mi rendo conto di quanto scorretto sia stato il mio comportamento, dopo tanti anni di proficue frequentazioni, ne sono amareggiatissimo e mi scuso mille volte, adducendo come puerile giustificazione che ero molto nervoso per stanchezza.

Franco va via e mi trovo a pensare quanto sono rimasto male, come medico, quando mi sono reso conto che pazienti, curati diligentemente e con successo per anni, in alcune circostanze mi mostravano una mancanza di fiducia.

Franco, invece, l'ecografia al cuore non l'ha fatta perché si fidava di me.

### **Commento**

Questo caso riguarda solo in parte e di sfuggita la clinica: quando Cretinetti prescrive un ecocardiogramma di controllo lo fa più che altro per abitudine ma non perché ci fossero reali motivi. Infatti il paziente aveva una semplice ipertensione in buon compenso, l'esame precedente era normale, il paziente si sentiva bene e l'esame obiettivo cardiaco era invariato. Il meccanico, pur essendo privo dei minimi rudimenti della Medicina, non esegue quanto prescritto, si fida di lui, se non ha riscontrato nulla di nuovo

perché dovrebbe fare una nuova indagine? Non ne vede il motivo. Così facendo impartisce una severa lezione di “umanità” a Cretinetti che invece non si era fidato di lui e lo aveva rimproverato per la ricomparsa della perdita d’olio (implicitamente accusandolo di non aver fatto un buon lavoro).

Possiamo dare un consiglio al nostro: si tenga ben stretto il meccanico e la prossima volta si fidi del suo operato. Farà bene a fidarsi anche del proprio acume clinico e non prescrivere esami se non ce ne sono i motivi. Un altro consiglio però, che esula dal campo della clinica, è doveroso: la prossima auto se la compri nuova, invece di accendere dei mutui per un’auto vecchia che (benché di una marca prestigiosa) è più prona ai guasti. Anche perché, sia che viaggi in Ferrari, in Maserati o in Porsche, non sarà certo l’auto che gli darà il fascino di Alain Delon. Fascino che, d’altra parte, non ha mai avuto, neppure a vent’anni.

### **“BOTTE PIENA E MOGLIE UBRIACA?”**

“Dotto’, so’ venuta io pe’ prima da sola, perché mi’ madre e’ ‘na persona ‘n po’ particolare”.

Questo il biglietto da visita di una paziente appena iscritta, nota barista del quartiere, chiamata “Er gazzettino” perché sa i fatti di tutti che riferisce, bisbigliando, a tutti “è un segreto, non lo dica a nessuno”.

“Vede, mi’ madre purtroppo beve, nun tanto pero’, solo sul lavoro, ... sa... un cicchetto co’ ‘n cliente, uno co’ ‘n antro, pe’ teneje compagnia, se capisce...ma a casa nun beve mai!”.

Dopo varie domande, a Cretinetti, appena specializzato, pare di capire che la signora è bevitrice da anni, anche se non sa quantificare il suo introito alcolico, è

stata anche visitata più volte da un epatologo che le ha fatto effettuare, nel tempo, alcune ecografie con referto ripetuto di “steatosi epatica” e varie analisi che denotano aumento delle transaminasi, fosfatasi alcalina il doppio del massimo, bilirubina appena sopra il valore massimo, virus epatici negativi.

Dopo vari infruttuosi tentativi con “epatoprotettori”, anche per via intramuscolare, le ha consigliato un programma di disintossicazione che la paziente ha rifiutato sdegnosamente “Ma per chi mi hai preso... pe’ ‘na ‘nbriacona?”.

Questo scontro ha lasciato traccia per cui la paziente, da svariati anni, non si fa visitare da nessuno. “Ultimamente, però, ce l’avemo costretta perché me pare ‘na locomotiva, me pare tonta e nun s’aregge ‘n piedi, s’è gonfiata tutta che me para ‘na botte, tipo l’omino Michelin, e l’avemo portata da un cardiologo che ci ha detto che er core è molto stanco e ci ha dato delle pinnole. ma nun ci è voluta più torna e, secondo me, manco se le pija le medicine”.

Cretinetti finalmente la visita e le dice che ha un anasarca... “Ana... che?” domanda la figlia presente, e le fa eseguire una lenzuolata di analisi.

Quando arrivano i risultati è colto da un brivido alla schiena, non ha il coraggio di dare per certa la diagnosi e verga una lettera da recapitare all’epatologo, titolare di Cattedra, che era stato docente nel corso di Specializzazione in Medicina Interna appena concluso, dicendo alla paziente di sottoporsi a visita da lui, per conferma.

Dopo quindici giorni arriva la risposta dal Professore che conferma la diagnosi e conclude, con sussiego “Si vede che sei stato nostro allievo”.

### **SOLUZIONE**

La paziente era affetta da cirrosi biliare primitiva.

Iniziata terapia con 900 mg di acido ursodesossicolico, e' sopravvissuta alcuni anni, appena in tempo per vedere nascere una nipotina.

All'annuncio, in studio, del decesso, Cretinetti si vide baciare le mani, inumidite dalle lacrime copiose della figlia, arrossi' e si senti' dire "Che Dio la benedica, dotto', perché i miracoli li fa solo Lui ma ja dato la soddisfazione de conosce' mi fja, che ci ha lo stesso nome suo e mi' madre s'è messa a piagne quanno glielo ho detto... er secondo nome è Giuseppina".

Da allora, Cretinetti si vide aspettare ogni mattina presto, fuori dal bar che era a proprio sul percorso di avvicinamento allo studio, dalla figlia riconoscente "Gli ho preparato la colazione co' el cornetto appena fatto".

Non volle mai essere pagata "Così m'offenne, dotto'".

### **Commento**

Si poteva diagnosticare la condizione prima della comparsa dell'anasarca? I dati da valorizzare erano l'aumento delle transaminasi e soprattutto della fosfatasi alcalina che indicano non solo una sofferenza epatica ma anche che vi è una colestasi. A proposito come erano le gammaGT? Nulla è dato sapere dal racconto di Cretinetti. Per una colestasi poteva deporre anche l'aumento della bilirubina, seppur modesto. Strano il fatto che Cretinetti non ci dica se l'aumento era soprattutto a carico della frazione coniugata o di quella non coniugata (dato importante per distinguere i vari tipi di ittero). Non è strano invece che l'ecografista parli di steatosi epatica: nella cirrosi biliare primitiva (più correttamente oggi denominata colangite biliare primitiva) si ha una distruzione autoimmune dei piccoli dotti biliari, ma non sono dilatati (almeno nelle fasi iniziali) i dotti biliari principali che sono quelli meglio

esplorabili dall'ecografia, mentre lo sono molto meno quelli di piccolo calibro.

In ogni caso Cretinetti e anche l'epatologo potevano effettuare una diagnostica differenziale migliore. Proviamo a chiedere a ChatGPT: cosa può provocare un aumento di transaminasi e fosfatasi alcalina? L'Intelligenza Artificiale elenca varie cause ma tra le prime una colestasi intra o extra epatica tra cui anche la colangite biliare primitiva. Il passo successivo non è difficile. La colangite biliare primitiva è una malattia autoimmune e uno dei segni caratteristici è la positività degli auto-anticorpi anti-mitocondrio (AMA). La lezione che Cretinetti dovrebbe trarre da questo caso è semplice: di fronte a una alterazione delle prove epatiche non limitarsi a escludere le solite cause (virus, steatosi alcolica) ma allargare lo sguardo anche a patologie meno comuni. In questo caso mancava un segno clinico abbastanza caratteristico della colangite biliare primitiva: il prurito (presente in circa il 50-70% dei casi). Ma questa mancanza non è una scusante.

### **“MA BASTA UN ESAME DELLE URINE!”**

La paziente è una cinquantenne, amica di una assistita la quale ha pregato Cretinetti di visitarla privatamente “per risolvere un rebus che le sta rovinando la vita e che nessuno riesce a risolvere”.

Da dieci anni è afflitta da un dolore addominale che inizia a qualsiasi ora del giorno o della notte, senza nessun rapporto coi pasti, ingravescente; inizia in regione epigastrica e si irradia a tutto l'addome, senza più riuscire a distinguere la localizzazione, riferisce gonfiore e una sorta di difficoltà ad espellere l'aria (che, comunque, alla fine viene espulsa).

Di solito risponde abbastanza brillantemente dopo vari, iniziali, inutili tentativi con antispastici, ad antiinfiammatori non steroidei e un po' meno al paracetamolo.

Il dolore induce nella paziente uno stato di irritazione psichica che recede immediatamente alla scomparsa dello stesso. Gli intervalli liberi tra una crisi di dolore e l'altra sono del tutto variabili, mai avuto febbre in concomitanza con gli episodi.

Riferisce che, nelle infinite visite mediche effettuate in tutti quegli anni, anche durante le crisi acute, l'addome è stato costantemente trattabile e che i sanitari hanno rilevato solo una ipermotilità intestinale. L'alvo non subisce mutamento alcuno, la paziente è stitica di natura e non ha mai avuto diarrea, a volte si associa vomito e mai, in questi anni, vi è stato dimagrimento.

Ha consultato una serie interminabile di colleghi di varie specialità, senza esito.

Ha effettuato innumerevoli ecografie, radiografie in bianco dell'addome; clisma opaco; clisma opaco del tenue; tac addome con mezzo di contrasto; gastroscopia; colonscopia come pure i più disparati test ematici, compresi quelli per la celiachia, e i markers tumorali, tutti, per fortuna, negativi. L'esame parassitologico delle feci, più volte ripetuto, è sempre risultato negativo come pure i test per intolleranza alimentare e sono stati infruttuosi i tentativi di diete ipoallergeniche. Non calcoli renali o colecistici, non protrusioni discali dorsali o addominali ne' tantomeno problemi vascolari addominali.

In un episodio più acuto degli altri, subito dopo un accesso ad un P.S. è stata sottoposta a laparotomia ur-

gente che non ha rilevato nulla, ha rischiato di essere sottoposta più volte ad altri interventi chirurgici addominali nel corso di crisi particolarmente acute ma si è sempre rifiutata “a suo rischio e pericolo”, come ammonita dai chirurghi intervenuti. La paziente ha assunto antidepressivi per lunghi periodi ma nulla è cambiato, in meglio o in peggio, per quanto riguarda il dolore.

### **Soluzione**

Si dice che l'ultimo medico consultato ha sempre ragione perché tiene conto dei tentativi andati a vuoto dei colleghi implicati precedentemente nel caso, se poi è anche fortunato non c'è lotta.

Grande fu la sorpresa della paziente quando Cretinetti, appena reduce dall'ultimo esame della specializzazione di Medicina Interna la cui domanda assassina era un copia incolla della storia clinica narrata, le fece eseguire solo un esame delle urine: la poveretta si aspettava l'ennesima lenzuolata di accertamenti che, nella sua mente, sarebbero venuti senz'altro negativi, come sempre era accaduto.

La diagnosi fu di porfiria.

Cretinetti non svelò l'aiuto determinante dell'esame appena sostenuto e si atteggiò ad illustrissimo Clinico medico, palesando la diagnosi alla paziente con sussiego, come se la soluzione fosse la più facile del mondo. Al persistente stupore di lei, si inoltrò sulla via della più bieca supponenza “Per fare le diagnosi giuste bisogna pensarci!” e, alla fine, fece anche un lungo sospiro, come per apostrofare i colleghi, precedentemente intervenuti, di ignoranza crassa.

Cretinetti raccontò la storia alla sua amatissima madre, figlia di medico condotto, che gli ricamò il monogramma G.R. sul taschino del camice che il finto Falchetto ostentò, per molto tempo, in studio.

In occasione delle festività natalizie, Cretinetti, Falchetto abusivo, si vide arrivare a casa la paziente, accompagnata da un ansimante uomo di fatica, oberato dallo sforzo di quattro piani di scale a piedi, il quale recava un enorme preziosissimo tappeto persiano.

Cretinetti, abbracciando il voluminoso regalo sempre più strettamente, finse di non volerlo accettare “Non doveva disturbarci!” e l’oggetto fa ancora bella mostra di sé nel suo salone di casa: tutti gli amici e i parenti furono celermente informati dell’accaduto quando andavano a trovarlo.

### **Commento**

Sicuramente Cretinetti si è avvantaggiato di tutti gli accertamenti negativi che la paziente aveva eseguito nel corso degli anni e che avevano escluso le cause più comuni di dolore addominale. Ci racconta che ha posto una diagnosi così brillante perché all’esame di specialità era stato interrogato proprio su questa malattia. Noi siamo propensi a non credergli. In uno dei romanzi gialli più famosi di Agatha Christie l’autrice bara con il lettore: il dottor Armstrong è il colpevole, ma l’autrice nasconde particolari importanti in modo che chi legge non possa arrivare autonomamente alla soluzione. Cretinetti si comporta nello stesso modo (che sia un appassionato di gialli d’antan?). Omette un particolare importantissimo: omette di dirci che la paziente gli riferisce che durante le crisi dolorose le urine diventano di colore rossastro o talora di marrone scuro. Non sappiamo se questo particolare sia stato o meno raccontato anche agli altri medici intervenuti prima di Cretinetti, ma poco importa. Le cose sono andate così, almeno stando al racconto dell’infermiera di Cretinetti che era presente alla visita. Ecco le sue testuali parole: Dopo aver visitato la paziente e aver esaminato accuratamente tutta la documentazione Cretinetti è rimasto a lungo cogitabondo, infine ha detto che si trattava di un semplice

colon irritabile e che tale patologia ha un andamento cronico e capriccioso con cui bisogna convivere. La paziente stava per uscire alquanto delusa, ma quando ormai era sulla porta si è girata e ha detto: “Un’altra cosa dottore: quando mi vengono le crisi emetto delle urine rosse”. A questo punto Cretinetti ha strabuzzato gli occhi, si è alzato, è andato al computer, ha digitato qualcosa e poi ha esclamato trionfante: “Eureka!”

Abbiamo avuto conferma dall’infermiera che sarebbe disposta a ripetere questa deposizione sotto giuramento in tribunale.

## TRIBUTO

La morte di Enzo ha commosso profondamente la comunità telematica che aveva radunato attorno a sé dal 1999, consentendo a tutti gli iscritti di confrontarsi e aiutarsi nella pratica medica quotidiana, senza veli, senza tema di palesare i propri dubbi e i propri errori (non a caso, in essa, sono nati i “Casi Cretinetti”).

Ci ha fatto crescere tutti professionalmente, nella stima e nella affettività reciproche, esaltate nei Congressi che “Ip-pocrate” ha organizzato.

Credo che non si potrebbe chiudere in modo migliore il libro, a lui dedicato, con un brano musicale che si può scaricare nei link riportati sotto e la cui traduzione è disponibile in calce.

Caro, carissimo Enzo, ti siamo tutti debitori!

*Video:*

<https://www.youtube.com/watch?v=dPZVDeo6OJ4>

*solo audio:*

<https://soundcloud.com/alfredo-de-pietra/enzo>

*Chi ha un account Spotify, può anche ascoltarla qui:*

<https://open.spotify.com/intlit/track/4bwxRzFvRKCKc7Aj39Nx2P?si=5c278b8b8fca4141>

## Enzo is your name

(James Higgins-Alfredo De Pietra)

The wind like fingers  
Draws whispers from the air  
The evening shadows hum  
As if you're still out there

Il vento come dita  
Coglie sussurri dall'aria  
Le ombre della sera mormorano  
Come se fossi ancora lì

In the quiet your soul plays  
Like a song that never fades  
Through the years we hear you  
We'll remember you each day

Nel silenzio la tua anima suona  
Come una canzone che non svanisce mai  
Attraverso gli anni ti ascoltiamo  
Ti ricorderemo ogni giorno

The stage is dark now  
The room completely still  
We'll burn a candle  
Light it just for you

Il palco è buio ora  
La stanza completamente immobile  
Accenderemo una candela  
Solo per te

In the quiet your soul plays  
Like a song that never fades  
Through the years we hear you  
We'll remember you each day

Nel silenzio la tua anima suona  
Come una canzone che non svanisce mai  
Attraverso gli anni ti ascoltiamo  
Ti ricorderemo ogni giorno

The silence holds you  
And will for evermore  
Your echo lingers on  
A thread of sound untamed  
And Enzo is your name

Il silenzio ti accoglie  
E lo farà per sempre  
Ma la tua eco permane  
Un filo di suono indomito  
E il tuo nome è Enzo.

