



Un'anemia inaspettata

Data 09 agosto 2006
Categoria casi_clinici

Di fronte al riscontro di anemia normocitica le ipotesi diagnostiche sono molteplici e non sempre di facile individuazione, soprattutto se il paziente è asintomatico.

Giovanni è un contadino vecchio stampo di 66 anni che praticamente non frequenta mai l'ambulatorio del medico. Il solo dato di un certo interesse nell'anamnesi è un'ulcera gastrica benigna risalente a circa otto anni prima, guarita perfettamente con terapia medica. L'altro dato importante è che Giovanni è un forte fumatore: ha iniziato a fumare verso i dieci anni e attualmente fuma 35-40 sigarette al giorno. Si sente bene dal punto di vista fisico e, nonostante abbia già oltrepassato l'età della pensione, continua a lavorare nei campi 7-8 ore al giorno. Pressato dalla moglie che lo rimprovera di non fare mai dei controlli medici si reca dal proprio medico curante richiedendo degli esami del sangue. "Così mia moglie la smette di tormentarmi" quasi si giustifica per quella sua richiesta.

Il medico richiede la solita batteria di esami ematochimici di routine che però riservano una sorpresa: vi è una anemia discreta (emoglobina 10,2 g/dL) con MCV normale. Il medico insiste per fare seguire degli altri accertamenti onde scoprire la causa dell'anemia. Richiede pertanto una radiografia del torace (considerato il numero di sigarette fumate ogni giorno), una ecografia dell'addome, sideremia, transferrina, ferritina, VES, sangue occulto fecale, TSH, AST, ALT, gamma GT, ANA, reumatest, reticolociti. Gli esami risultano tutti nelle norme a parte un valore della VES decisamente aumentato (120 mm).

Il medico curante si mostra molto allarmato ma Giovanni si stupisce di tale comportamento in quanto non ha disturbi di sorta.

Tuttavia accetta, nonostante sia titubante, di eseguire altri esami del sangue. Vengono richiesti: PSA, elettroforesi proteica, alfa-fetoproteina, CEA, creatinina, calcemia, fosfatasi alcalina.

Il giorno dopo che Giovanni si è recato all'ospedale per il prelievo del sangue il laboratorio chiama al telefono il medico curante avvisandolo che l'elettroforesi mostra una gammopatia monoclonale di entità importante, tanto che le gammaglobuline rappresentano il 56% del totale delle proteine plasmatiche mentre le albumine sono ridotte ad appena il 38% del totale.

Il curante, dopo accordi telefonici con l'ematologo, provvede al ricovero del paziente. Un esame del midollo conferma la presenza di una abnorme popolazione di plasmacellule, permettendo la diagnosi di mieloma.

Commento al caso clinico

Di fronte ad una anemia normocitica le ipotesi diagnostiche sono numerose. Può trattarsi di un'anemia sideropenica in fase iniziale, di un'anemia associata ad insufficienza renale, ad endocrinopatie (soprattutto ipotiroidismo) oppure a malattie sistemiche (neoplastiche ma anche infiammatorie come l'artrite reumatoide o le collagenopatie). Nel caso di Giovanni era forte il sospetto di un tumore, avvalorato anche dalla VES molto elevata, in primis un cancro polmonare dato che il paziente è un fortissimo fumatore. La negatività della radiografia del torace era solo parzialmente tranquillizzante perché in alcuni casi il tumore potrebbe essere diagnosticabile con metodologie più sofisticate come la TAC ad alta risoluzione o addirittura con una broncoscopia. Altre ipotesi diagnostiche potevano essere una neoplasia del tubo digerente o di altri organi addominali o un cancro della prostata.

La negatività degli ANA e del reumatest escludeva, almeno in prima istanza, una malattia infiammatoria di tipo reumatico o una collagenopatia.

Nel caso non si riesca ad individuare la causa dell'anemia si deve ricorrere all'esame del midollo che permette di diagnosticare o escludere anemie aplastiche e infiltrazioni midollari tumorali. Nel caso di Giovanni l'elettroforesi delle proteine evidenziava una importante componente monoclonale che indirizzava verso la giusta direzione.

Renato Rossi