Scatole cinesi per una spalla dolente

Data 06 gennaio 2007
Categoria casi_clinici

Un caso di spalla dolorosa che ha portato, come in un gioco di scatole cinesi, ad una diagnosi di tutt'altra natura.

Recentemente nella mailing list medica "Ippocrate" (per iscriversi: www.listaippocrate.it) si è tenuta una vivace discussione sulle problematiche riguardanti la diagnosi.
E' possibile, in una certa misura, formalizzare la metodologia diagnostica oppure l'abilità e l'intuito clinico sono qualità per molti versi innate e che non si possono insegnare?
Una corrente di pensiero riteneva che l'abilità diagnostica, il cosiddetto " **colpod'ala** ", che permette di arrivare a soluzione brillanti e rapide, sia una qualità intrinseca che non si può insegnare, l'altra corrente riteneva che l'uso di **check list e algoritmi diagnostici** , seppur meno affascinanti della brillante intuizione clinica, possa permettere di affrontare il complesso problema della diagnosi valutando varie ipotesi diagnostiche e riducendo, se possibile, il margine dierrore.
Uno dei medici iscritti alla lista ha quindi proposto la soluzione di un caso clinico con cui aveva dovuto confrontarsi di recente. Lo scopo era quello di esemplificare i meccanismi che sottostanno al procedimento diagnostico che ogni medico mette in atto quando si trova davanti ad un paziente.
Avendo partecipato a questa "sfida diagnostica" penso sia interessante ripercorrere i vari momenti che hanno permesso di far luce sul caso. La pillola è stata costruita come un dialogo e con stile talora informale in quanto sono state riportate, con poche variazioni, le mail scambiate tra i due medici.

Stucchi:
Si presenta nel vostro studio un giovane uomo di trentasei anni. E' un artigiano e, per postulato, non frequenta quasi mai l'ambulatorio. Di lui ricordate a malapena che è un forte fumatore perchè il padre, vostro vecchio paziente e anch'egli fumatore, è morto a 58 anni per un tumore polmonare.
Il paziente si lamenta di un dolore-fastidio alla spalla sinistra, irradiato al collo,sempre a sinistra. E' presente da 3 giorni e mai ne aveva sofferto in passato.
Tutto quello che volete sapere vi sarà detto.

Rossi:
Ci troviamo di fronte ad un caso di dolore di spalla. La prima cosa da fare è discriminare tra un dolore di origine muscolo-scheletrica e un dolore riflesso a partenza viscerale.
Ti pongo quindi le seguenti domande:
- oltre al dolore alla spalla ci sono altri sintomi (per esempio cambiamento dei caratteri della tosse, catarro striato di sangue, dimagramento, nausea, febbre, dispnea, sudorazione, disturbi digestivi, ecc?)
- modalizzazione del dolore: è sempre presente, oppure compare solo ai movimenti, qual è la sua intensità, si accentua durante il sonno? il paziente ha provato a prendere qualche FANS?, il dolore si irradia anche al braccio?, aumenta con la tosse?, c'è stato qualche trauma al collo o alla spalla che non viene riferito spontaneamente? come tiene il braccio il paziente, riesce a vestirsi e spogliarsi spontaneamente?
- esame obiettivo della spalla: con quali movimenti si accentua il dolore?, ci sono punti specifici che se premuti accentuano il dolore (punti trigger)?, il dolore si accentua muovendo il capo e il collo, premendo gli spazi intercostali?
Siccome non stiamo visitando il paziente ma solo esercitandoci su un caso per via telematica ti prego di specificare l'esito delle prove per evidenziare un conflitto sub-acromiale (manovra di Neer, manovra di Hawkins), della manovra per evidenziare una rottura della cuffia dei rotatori, prova di Jobe, manovra dell'arco doloroso, lift-off test, palm test, ecc.
- esame obiettivo cardiaco e polmonare
- palpazione del collo (ci sono noduli tiroidei?)
- stazioni linfonodali cervicali e ascellari
- esame obiettivo dell'addome
- esame obiettivo neurologico: c'è una diminuzione della forza muscolare al braccio interessato? c'è atrofia muscolare?, com'è la sensibilità, i riflessi, i nervi cranici?
- esame obiettivo cardiaco (compresa pressione arteriosa) e polmonare
- infine mi devi dire se tu, dopo aver eseguito tutto l'ambaradan, hai posto la diagnosi di un vero dolore di spalla o ti sei orientato più verso un dolore irradiato a partenza dal collo o ancora verso un possibile dolore viscerale. Mi raccomando questo è un punto molto importante perchè il mio algoritmo diagnostico imposterà il successivo iter sulla base della tua risposta.

Stucchi:
Il paziente si sente solo un po' stanco e inquieto. Il dolore-fastidio è subcontinuo. Non raggiunge mai intensità elevate e non passa mai completamente. Non è modalizzabile. L'esame della spalla e' normale. L'articolazione è libera in tutti i piani del movimento.
L'esame obiettivo generale e' completamente negativo.
Per quanto riguarda la mia impressione se si tratti di un dolore di spalla vero o riflesso non ti posso rispondere: sarebbe troppo comodo, in questo caso io faccio la parte del paziente, non del medico. Io do solo le risposte a tutte le tue

domande e a tutti gli accertamenti che deciderai di chiedere.

Rossi:
Le informazioni ottenute da anamnesi ed esame obiettivo sono del tutto insufficienti per formulare una diagnosi, comunque mi sentirei di escludere (almeno in prima battuta) una patologia importante della spalla, vista la negatività dell'obiettività locale e mi oriento piuttosto verso un'origine riflessa. Il dolore potrebbe dipendere da una patologia polmonare (pleurite, pneumotorace, cancro polmonare), cardiaco (dolore ischemico, pericardite), a partenza dal diaframma, dall'esofago, dalla milza (per esempio infarto splenico) e altro ancora.
Perciò a questo punto mi comporterei così: farei in ambulatorio un ECG e se questo fosse negativo e l'aspetto del paziente è tranquillizzante sotto il profilo clinico darei un FANS per alcuni giorni come criterio ex-juvantibus. Se ritorna perchè il dolore non è cessato e il quadro clinico e la visita non cambiano, è giocoforza richiedere degli accertamenti.

Stucchi:
L'ECG mostra: ritmo sinusale, 88 bpm, sopraslivellamento del tratto ST in tutte le derivazioni, lievi e aspecifiche alterazioni diffuse dell'onda T.

Rossi:
Mi sembra molto probabile la diagnosi di pericardite acuta per cui invio in PS il paziente per avere una conferma o una esclusione della diagnosi chiedendo: valutazione cardiologica, enzimi cardiaci e troponine, radiografia del torace ed ecocardiogramma.

Stucchi:
Questa è la risposta ai tuoi quesiti:
- enzimi cardiaci e troponine normali
- Rx Torace: aumento della trama interstiziale e della diafania, non lesioni focali di significato attuale
- Ecocardiogramma: tutto normale a parte un medio versamento pericardico
- Valutazione cardiologica: in base a sintomi, ECG ed Ecocardiogramma si fa diagnosi di pericardite acuta su base verosimilmente virale. Nulla osta alla dimissione con terapia antifiammatoria per 15 giorni.

Rossi:
Confermata la diagnosi di pericardite acuta non mi convince l'interpretazione del cardiologo di verosimile genesi virale. Per quanto molto spesso la pericardite acuta sia effettivamente di origine virale oppure la causa rimanga sconosciuta un approfondimento diagnostico è necessario per escludere altre patologie sottostanti. Chiedo pertanto i seguenti esami: glicemia, creatinina, VES, PCR, fibrinogeno, emocromo, RA test, test per coxackie, adenovirus, echovirus, epatite B e C, AIDS, test tubercolinico, mononucleosi, toxoplasmosi, test per escludere una sottostante malattie autoimmune, d-dimero, dosaggio ace, TSH, amilasi e lipasi
Inoltre ti chiedo se nel frattempo le condizioni cliniche del paziente sono rimaste stabili.

Stucchi:
Tutti gli esami sono normali a parte:
- emocromo: globuli bianchi 11.500 con 75% di neutrofili
- VES 47
- PCR 4,0 (0,0 - 0,5)
- Toxotest: IgG 36, IgM presenti (test di avidità: bassa avidità)
Le condizioni del paziente non sono cambiate.
Cosa diresti a questo paziente?

Rossi:
Gli direi che ha una toxoplasmosi con pericardite acuta secondaria. Consiglierei, visto l'interessamento viscerale, oltre alla terapia antiflogistica, anche un macrolide (per esempio azitromicina o claritromicina), un monitoraggio del versamento pericardico e la ripetizione del test per HIV a distanza di tempo per escludere una sottostante condizione d'immunodeficienza (non si sa mai).

Stucchi:
Così è stato fatto. Il paziente ha assunto acido acetilsalicilico 800 mx3/die per 15 giorni e, tutto sommato si è subito sentito meglio, anche perchè la diagnosi lo ha tranquillizzato. Ha eseguito un ecocardiogramma di controllo che ha dimostrato una minima riduzione del versamento pericardico. Ha consultato un altro cardiologo che ha confermato la diagnosi e si è messo tranquillo.
Dopo esattamente 20 giorni dalla diagnosi si ripresenta in studio con la moglie. Ha notato una tumefazione in fossa sovraclaveare destra ed è molto preoccupato. Quattro giorni prima, al risveglio, si era accorto di un "nocciolino" sempre in fossa sopraclaveare destra, perché lì aveva dolore. Dal momento che il "nocciolino" è diventato un "mandarino", si è recato dal medico. In effetti, in fossa sopraclaveare destra, si palpa una tumefazione nodulare di circa 4 cm di diametro, poco mobile sui piani profondi, più dura che elastica, dolente lievemente spontaneamente e un po' di più alla pressione.
Vorrebbe sapere qualche cosa dal suo medico...

Rossi:
L'evoluzione clinica non mi tranquillizza per nulla: potrebbe essere semplicemente una linfoadenopatia da toxoplasma (in effetti oltre che in sede cervicale, la linfoadenopatia, che viene descritta di dimensioni molto variabili, può localizzarsi anche in altre zone, compresa la sopra-claveare). Tuttavia potrebbe trattarsi anche di un linfoma, di una malattia linfoproliferativa, o di una metastasi (per esempio da tumore gastrico o esofageo). Non è da escludere anche una TBC.

Nella prima ipotesi la coesistenza di toxoplasmosi viscerale + linfoadenopatia suggerisce che il paziente possa avere una immunodepressione AIDS-correlata (in questo caso farei il test virologico HIV-RNA così eliminiamo il problema del periodo finestra), ma anche un'immunodepressione da altre cause (per esempio neoplasie o malattie linfoproliferative).
In definitiva si apre un quadro abbastanza complesso che io non esiterei a ricoverare, anche perchè potrebbero rendersi necessari esami da eseguire in tempi ravvicinati (per esempio una TAC torace, una gastroscopia) o invasivi (per esempio l'asportazione a scopo bioptico del linfonodo, l'esame del midollo).

Stucchi:
A questo punto ti svelo come è andata nella realtà. Però prima dovresti spiegarmi come mai hai chiesto un toxo test, considerato che la pericardite da toxopasma è rarissima: in letteratura ne sono stati descritti veramente pochi casi.

Rossi:
Ovviamente se prendi una check list vedrai che la cause di pericardite sono numerosissime. Allora, se la clinica non ti aiuta, con quali criteri scegli quali esami fare per primi? Un criterio può essere la probabilità di trovare quella malattia e quanto dipende dalla frequenza, però la frequenza non dice tutto. Altri criteri sono la facilità di esecuzione dell'esame, la sua non invasività, il costo. Naturalmente il toxo test è un esame semplice, che si fa con un prelievo del sangue e quindi l'hoinserito.
Però adesso dimmi com'è andata la faccenda nella realtà...

Stucchi:
Il paziente, dopo tre giorni di dolore alla spalla, di domenica, si è recato in PS dove il cardiologo chiamato ha fatto diagnosi di pericardite e dato la terapia con FANS. Io ho visto il paziente dopo che ha consultato il secondo cardiologo e ho deciso di non approfondire, accettando per buona la genesi virale. Le 3-4 volte, che ho approfondito non ho mai trovato nulla di significativo.
Quando 20 giorni dopo me lo sono ritrovato in studio con quella linfoadenopatia ho cominciato a ragionarci su. Dapprima ho immaginato che i due eventi fossero collegati, poi, dal momento che il linfonodo si è ingrossato in soli 4 giorni, ho pensato a una causa infettiva, in particolare alla tubercolosi, senza peraltro trascurare altre cause infettive di linfoadenopatia. Ho anche prospettato un ricovero perché ero sicuro che il linfonodo si sarebbe finito per asportarlo. Il giovane ha preso tempo e il giorno successivo, incalzato dalla famiglia, ha deciso per l'ospedale. L'ecografia della zona sopraclaveare evidenziava non uno, ma almeno 3 linfonodi confluenti a pacchetto. Due di essi con caratteristiche sospette per afinalismo, e uno con colliquazione centrale. Veniva programmata l'asportazione del linfonodo da lì a pochi giorni ed eseguito un prelievo ematico per la routine e la diagnostica di patologie responsabili di linfoadenopatie. Per motivi contingenti il chirurgo rinviava di tre giorni l'intervento; il contrattempo dava modo di valutare l'esito degli esami richiesti e, in particolare, la positività del Toxo Test. Il medico del reparto mi telefona e, insieme, decidiamo di soprassedere alla chirurgia perché nel frattempo il linfonodo si era fatto lievemente più piccolo e mobile.
Si è concluso per un' infezione da Toxoplasmosi con pericardite e adenopatia. Nondimeno ho i tuoi stessi dubbi e ho appuntato in cartella clinica di prescrivere HIV test e Mantoux se le condizioni lo richiederanno.
Ho rivisto il paziente pochi giorni fa. Si sente bene e, per la strizza, ha pure smesso di fumare. Il linfonodo sovraclaveare destro si palpa a malapena.
Non ho prescritto, per ora, altri controlli.

RenatoRossi
LorisStucchi