

# Mielopatia? No, è un disturbo di conversione

Il caso di questa paziente ha tratto in inganno numerosi specialisti. Dopo una prima diagnosi di mielopatia grave di presumibile origine cervicale la diagnosi più corretta è quella di un disturbo di conversione di tale intensità e talmente articolato, che è raro osservarne. Sulla guarigione della paziente ogni interpretazione è poi possibile...

**Maurizio Ivaldi\***, **Fabiana Ciullo\*\***, **Mara Fiorese\***, **Artiola Islami\***, **Stefano Alice\***

*\*Medicina Generale, Genova; \*\*Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, Genova*

**D**i primo mattino una paziente ultra-cinquantenne telefona al suo medico di famiglia, del quale è una nuova assistita e richiede di essere visitata a domicilio. I problemi che lamenta sono dispnea, e deficit dell'equilibrio, a cui si accompagna marcata astenia. Precisa che i sintomi sono insorti in pieno benessere il giorno prima e che stanno peggiorando.

## ► Visita domiciliare

Il giorno stesso, in tarda serata, il medico giunge a casa della paziente, che vive in un quartiere periferico, popoloso, molto trafficato, non socialmente degradato. La casa, nella quale il medico entra per la prima volta, è tipicamente borghese, pulita e ordinatissima, ad aprirgli la porta è una amica della malata, sua coetanea, che è accorsa ad accudirla, è la stessa persona che gli ha telefonato nel primo pomeriggio, sollecitando la visita.

La paziente è a letto, ha perso l'equilibrio in cucina, mentre cercava di cucinare il pranzo: "Non mi sono fatta male - dice - ma mi sono spaventata e ho preferito coricarmi". Le sue condizioni generali sono buone,

non sono presenti segni di trauma, e coerentemente con la recente insorgenza dei disturbi, i muscoli degli arti inferiori sono normotrofici, viene però rilevata una importante ipoestesia agli arti inferiori. A fatica e solo aiutandola nei passaggi posturali si riesce ad esaminare la deambulazione, che risulta possibile solo per pochi passi ed avviene mantenendo gli arti inferiori rigidi, strisciando i piedi per terra ed ondeggiando con il tronco. Secondo il medico di famiglia l'andatura paraparetico-spastica e l'ipoestesia agli arti inferiori sono elementi più che sufficienti per richiedere una visita neurologica con priorità breve.

## ► Visita specialistica

Lo specialista neurologo ambulatoriale della Asl vede la paziente da lì a 5 giorni e, giudicando il caso urgente, la invia al Pronto Soccorso, proponendo un ricovero ospedaliero.

## ► Primo ricovero ospedaliero

Dopo visite generali e specialistiche, esami ematici, Rx torace e TC encefalo, viene esclusa qualsiasi malattia neurologica di natura organica.

Viene disposta una osservazione breve durante la quale si verifica un netto miglioramento, si dimette quindi la paziente, che rientra nella propria abitazione e riprende il lavoro.

## ► Secondo ricovero ospedaliero

Per alcuni mesi le sue condizioni restano buone. Interrompe il periodo di benessere la comparsa di febbre, astenia e dolori muscolari diffusi con ANA positivi e aumento della PCR. La paziente viene ricoverata in Reumatologia. Durante la degenza si verificano episodi di cefalea, disorientamento spazio temporale, debolezza muscolare con deficit della deambulazione. Sorge il sospetto di vasculite cerebrale. La RM encefalo risulta negativa. La PET total body evidenzia solo un'area infiammatoria a livello dell'origine della carotide comune sinistra.

• **Diagnosi.** Dopo 15 giorni di degenza la paziente viene dimessa con la diagnosi di connettivite indifferenziata e rinviata al curante con la prescrizione di terapia cortisonica (deflazacort 30 mg per 3 giorni 1 cpr, poi ½).

## ► Peggioramento

Dopo la dimissione si verifica un peggioramento. La paziente lamenta forti dolori ed ipoestesi, debolezza e cadute piuttosto frequenti, che fortunatamente non causano danni. I disturbi del movimento stanno diventando cronici. Non riesce ad andare a lavorare e neppure a svolgere la sua abituale attività di volontariato parrocchiale, consistente in visite periodiche ad anziani soli e nella distribuzione di generi alimentari e vestiti a persone povere. Essendo divorziata e lavorando il suo unico figlio in un'altra città, viene lei stessa aiutata a turno da alcune delle amiche, che condividono il suo impegno nelle attività caritative.

Oltre alla terapia corticosteroidica assume una compressa di tramadolo 75 mg + dexketoprofene 25 mg in caso di dolore e 10 gocce di diazepam quando trema e si agita.

• **Ulteriori indagini.** Una nuova RM, questa volta al rachide lombosacrale, evidenzia 3 ernie discali in L3, L4, L5 con una listesi di L3.

Alla visita neurochirurgica lo specialista riscontra clono bilaterale agli arti inferiori ed andatura periparetica spastica, diagnostica una mielopatia grave di presumibile origine cervicale e richiede con urgenza una RM cervicale e toracica senza mdc. Tale esame evidenzia compressioni midollari di modesta entità da C4 a C7, un'area di opacità a livello di C5 e un angioma in D8.

Un ulteriore accesso al Pronto Soccorso per dispnea, debolezza, impossibilità a deambulare e disturbi sensoriali agli arti inferiori porta alla ripetizione di esami ematici, Rx torace, TC encefalo, che risultano tutti negativi compresa la PCR, viene visitata dallo specialista neuro-

logo che non riscontra nulla di significativo, neppure il clono agli arti inferiori evocato pochi giorni prima dal neurochirurgo.

## ► Risoluzione

Appena dimessa la paziente si reca dal curante, che afferma con decisione di essere davvero molto soddisfatto, perché finalmente i dati clinici e strumentali hanno chiaramente dimostrato che si possono escludere tutte le malattie più gravi, che il peggio è ormai passato e che quindi ci si deve attendere in breve tempo un recupero funzionale completo. "So che per lei è stato un percorso lungo e faticoso - dice il medico, tenendole una mano tra le sue - ma ne è valsa la pena, non abbiamo più dubbi, abbiamo certezze. Certezze di guarigione!". Effettivamente in pochi giorni le condizioni cliniche migliorano drasticamente: la paziente cammina normalmente, non ha più dolori e, di sua iniziativa, sospende ogni terapia.

La visita neurochirurgica di controllo dà riscontro negativo per la malattia ipotizzata in precedenza (mielopatia grave) vista la remissione dei sintomi, l'assenza di segni neurologici e la negatività alla RM. Per fugare ogni dubbio, viene concluso l'iter diagnostico con una RM con mdc alla colonna cervicale per valutare l'area di opacità presente all'altezza di C5 ed anche questo esame risulta negativo.

## ► Commento

Caratterizzata da grande Fede, la paziente attribuisce la "guarigione" a un miracolo conseguente alle sue preghiere a Dio. Gli episodi descritti sono avvenuti in un periodo di grave difficoltà esistenziale, perché

la paziente si sentiva sola dopo il trasferimento fuori città del figlio ed inoltre era convinta di essere poco apprezzata dal nuovo dirigente del suo ufficio, subentrato pensionamento ad un capo con cui lei aveva lavorato per molti anni, guadagnandone la stima. Si sentiva svalutata, ma essendo una persona piuttosto umile e molto mite si riteneva incapace di farsi valere. Al medico di famiglia non è sfuggito un suo rapido accenno al fatto che le stesse difficoltà relazionali avevano causato il fallimento del suo matrimonio, approfondirne i motivi con una persona così chiusa e riservata non è stato possibile ma qualunque essi siano stati è evidente che, pur a distanza di tanti anni, non sono ancora del tutto elaborati e superati. Essendo una persona profondamente cattolica, si potrebbe anche ipotizzare che essere divorziata sia per lei una fonte di sofferenza, perché considerata una mancanza morale.

Sulla guarigione della paziente ogni interpretazione è possibile anche quella della guarigione divina, ma non c'è dubbio che in questo caso si tratti di una guarigione soggettiva, cioè attestata dalla malata stessa nella totale assenza di reperti diagnostici oggettivi riferibili a qualsivoglia malattia neurologica di natura organica. Naturalmente ci piace pensare che un qualche effetto terapeutico sia attribuibile alla relazione col medico di famiglia, che ha cercato di tranquillizzarla, rassicurarla e confortarla.

A nostro avviso la diagnosi più corretta è quella di un disturbo di conversione di tale intensità e talmente articolato, che è raro vederne e che, mimando in modo clamoroso malattie neurologiche molto gravi e invalidanti, ha tratto in inganno numerosi specialisti.