

Neoplasia dello stomaco in anziana paziente

Leonardo Trentadue
Medico di medicina generale
Ferrandina (MT)

Vengo chiamato dal marito di una assistita ottantatreenne per una visita domiciliare. L'uomo mi riferisce che la moglie "da ieri si è addormentata e si sveglia solo se la scuoto". Quando arrivo nell'abitazione, trovo la signora in uno stato soporoso, ma risvegliabile, e all'auscultazione rilevo una marcata aritmia cardiaca. Dispongo senza esitazioni il ricovero ospedaliero.

Storia clinica

La paziente soffre da anni di artrosi del rachide lombare, coxartrosi bilaterale e discopatie multiple con osteofitosi. Nel 2000 subisce, senza caduta, una frattura somatica di D2, pur essendo in cura con calcio e vitamina D3. Viene aggiunto alendronato, ma nel 2005 una radiografia della colonna in toto mostra crolli somatici multipli, in particolare del tratto lombare con valore soglia superiore al 15%; scoliosi dorso-lombare destro-convessa ad ampio raggio, associata a segni di spondiloartrosi e riduzione d'ampiezza di alcuni spessori discali, in particolare a livello degli ultimi metameri cervicali come per discopatia. Nello stesso anno compare un tremore intenzionale alle mani e il neurologo prescrive trazodone 15 gtt x 2/die.

Ricovero ospedaliero

Durante il ricovero ospedaliero nel reparto di medicina vengono effettuate alcune indagini.

■ **Esami ematochimici:** GR 2.590.000, Hb 79, Hct 23,9, Mcv 92,3; GB 9.700, piastrine 114.000, ammoniemia 127, creatininemia 1,6, glicemia 115, bilirubina totale 1,6, uricemia 6,5, proteine totali 5 (all'elettroforesi proteica: albumina 39, alfa1 4,7, alfa2 7,6, beta 10,5, gamma 38,1), Pt 33, Ptt 66,1, Inr 2,5. Le altre indagini risultano nella norma.

■ **ECG:** fibrillazione atriale, blocco di branca sinistro completo.

■ **Rx torace:** impegno edematoso degli spazi aerei alveolari più marcato a destra; aumento volumetrico cardiaco.

■ **TAC cerebrale:** numerosi artefatti da movimento per paziente irrequieta; sistema ventricolare in asse, non dilata-

to; assenza di grossolane aree di patologica densità a carico del parenchima cerebrale; ipodensità periventricolare da sofferenza della sostanza bianca.

■ **Ecografia addome:** fegato aumentato di volume a ecostruttura disomogenea; colecisti normodistesa senza segni di litiasi; in regione ipogastrica si apprezza una formazione solida rotondeggiante in contiguità con un viscere cavo privo di peristalsi con pareti ispessite e irregolari (neoformazione gastrica?); milza e pancreas nella norma; rene destro: segni di idronefrosi, rene sinistro nella norma.

■ **TAC addome completo con e senza mdc:** si è proceduto alla distensione delle pareti gastriche previa assunzione di H₂O per os. Regolari fegato, pancreas, milza, surreni, rene sinistro. Rene destro: voluminosa cisti corticale polare superiore e parapielica (diametro 6 cm), regolarmente opacizzate le cavità calico-pieliche. A livello del cardias e del fondo gastrico si apprezza parete ispessita e infiltrata con evidente lesione endoluminare, soprattutto in sede fundica superiore (neoplasia gastrica?). Non evidenti raccolte fluide libere o sacche in peritoneo, retroperitoneo e scavo pelvico. Regolare calibro dei grossi vasi addominali e pelvici. Regolari gli organi pelvici. Assenza di adenopatie addominali e/o pelviche. Questo il quadro completo degli esami effettuati dalla paziente, che però ostinatamente rifiuta di eseguire l'esofago-gastroduodenoscopia, che sarebbe decisiva per la diagnosi di certezza.

Diagnosi e terapia

Alla dimissione viene posta diagnosi di eteroplasia gastrica in paziente con cardiopatia ischemica e fibrillazione

atriale; deterioramento cognitivo senile; osteoporosi grave.

La terapia a domicilio comprende rifaximina, lattitolo, furosemide, canrenoato di potassio, esomeprazolo, alendronato.

Decorso clinico

Seguo la paziente recandomi al suo domicilio a giorni alterni, in regime di ADI. Dopo un'iniziale difficoltà ad alimentarsi, con disfagia e nausea, la paziente accusa inappetenza, per cui comincio a pormi il problema per una possibile alimentazione parenterale.

Ma improvvisamente scompaiono nausea e disfagia e la paziente comincia ad alimentarsi quasi normalmente. Non avendo a disposizione una diagnosi accertata, cerco di ipotizzare quello che può essere successo, tenendo presenti gli elementi prospettati dalle indagini effettuate in ospedale. Si tratta quasi certamente di un processo neoplastico a carico dello stomaco, ma il miglioramento delle condizioni cliniche, con la progressiva normalizzazione della funzionalità alimentare, contraddice l'elemento diagnostico indiziario. La paziente è sempre allettata, ma non solo si alimenta bene, è anche più lucida e non evidenzia più il fenomeno dell'assopimento.

Dopo due giorni mi reco al domicilio per il consueto controllo e trovo il marito disperato: il giorno prima ha chiamato urgentemente il 118 perché la moglie perdeva molto sangue dalla bocca, ma non c'è stato nulla da fare per salvarla. L'eteroplasia gastrica aveva rotto gli argini ed era esplosa in un'emorragia massiva esiziale.