

## Anemia ipocromica, segno di carcinoma del colon

**Marcello Pugliese**  
Medico di medicina generale  
Donnici Inferiore (CS)

**G.S., che ha 88 anni, è stato uno dei miei primi pazienti. È abbastanza attivo, guida l'auto ed è perfettamente autosufficiente. È un assiduo frequentatore dell'ambulatorio ed è uno degli assistiti che richiedono periodicamente "tutti gli esami" a cadenza semestrale. In occasione dell'ultimo check-up emerge per la prima volta il riscontro di anemia ipocromica (GR 3.500.000, Hb 10.1).**

### ■ Visita ambulatoriale

■ **Storia clinica:** il paziente è affetto da diabete mellito di tipo 2 e assume sulfaniluree, con un buon compenso metabolico; presenta inoltre lieve ipertensione arteriosa, in trattamento con ACE-inibitori, e bronchite cronica, essendo un ex-fumatore. Assume ASA a basse dosi e IPP per la protezione gastrica.

■ **Anamnesi:** gli esami mostrano MCV 76, Hct 34, Mch 26, Mchc 30, VES 14; funzionalità epatica, renale e marcatori oncologici sono nella norma. Il paziente è asintomatico, tranne una riferita lieve astenia. Nega ematemesi o emoftoe, sanguinamento gengivale, epistassi, ematuria, riscontro di sangue nelle feci. Sono assenti anche stipsi, vomito, tosse, febbre, anoressia, calo ponderale. Segue una dieta bilanciata iposodica e ipoglicemica. Memore di un caso clinico simile decido di ricoverare il paziente nel sospetto della presenza di una neoplasia

del basso apparato digerente e lo invio in ospedale - a seguito di contatti telefonici con il collega internista - con diagnosi di "anemia ipocromica in soggetto con sospetta neoplasia del colon", con non poche difficoltà per le opposizioni e qualche commento ironico da parte del recalcitrante collega.

### ■ Diagnosi

Dopo 10 giorni rivedo il paziente in ambulatorio. È accompagnato dalla figlia, che col viso riconoscente e dopo avermi chiesto: "Dottore, ma come faceva a saperlo?", mi porge la lettera di dimissione: carcinoma del colon ascendente stenosante e ulcerato.

Gli esami bioumorali confermano l'anemia ipocromica sideropenica, mentre gli altri valori sono nella norma. Nella cartella clinica sono riportati i referti delle indagini effettuate.

■ **EGDS:** ernia iatale da scivolamento, iperemia dell'esofago distale. HP negativo.

■ **Ecografia addome completo:** steatosi epatica, non alterazioni strutturali di fegato, reni, milza, pancreas. Prostata aumentata modestamente di volume con calcificazioni stromali come per prostatite cronica. Vescica nella norma. Calcolosi colecistica.

■ **Rettosigmoidocolonscopia:** l'esame è limitato al trasverso di destra-flessura destra, per la presenza di una neoformazione stenosante e ulcerata non superabile dallo strumento. Si eseguono 5 biopsie. Non alterazioni dei restanti tratti esplorati. Noduli emorroidari congesti nel canale anale.

■ **Scintigrafia ossea total body:** non alterazioni di rilievo.

■ **TAC total body:** tiroide aumentata di volume con disomogeneità del lobo destro. Aortosclerosi e coronarosclerosi. Non alterazioni densitometriche a carico di fegato, reni, surreni, pancreas, milza, polmoni, mediastino e vescica. Non linfadenomegalie toraciche e addominali. A destra, a livello del tratto ascendente del colon a

circa 10 cm dalla valvola ileocecale, si apprezza formazione stenotomica nel lume intestinale, lunga circa 3 cm, di verosimile natura eteroplastica.

■ **Esame istologico sulle biopsie:** adenocarcinoma medio-differenziato ulcerato del grosso intestino.

### ■ Evoluzione clinica

Il paziente viene ricoverato in chirurgia oncologica dove si procede a incisione mediana, colectomia destra con linfadenectomia di 39 linfonodi, ileo-trasversostomia T-L meccanica, colecistectomia, drenaggio tubulare sottoepatico.

Il decorso post-operatorio e la canalizzazione sono regolari e la dimissione avviene a distanza di 5 giorni dall'intervento.

■ **Esame istologico:** rettocolite ulcerosa microscopica; colecistite cronica calcolotica. Adenoma tubulo-papillare del cieco con displasia moderata. Adenocarcinoma pT3 N2 M0 G3: secondo la classificazione patologica pTNM, si tratta di un tumore primitivo a livello 3 come dimensioni, con interessamento linfonodale di 5 linfonodi su 39 asportati, senza evidenza di metastasi a distanza e scarsamente differenziato. Inoltre il tumore viene classificato allo stadio C-III di Dukes, cioè come un tumore che attraversa la *muscularis mucosae*, invade la sierosa e coinvolge 4 o più linfonodi.

Il paziente è in attesa di eseguire un ciclo di 12 sedute di chemioterapia, secondo il protocollo "Folfox4" (5-fluorouracile+acido folinico+oxaliplatino), che ha dimostrato di aumentare in modo statisticamente significativo la sopravvivenza in pazienti in tale stadio di malattia, in particolare la sopravvivenza libera da malattia a 3 anni è risultata del 62% contro il 44% della sola chirurgia.

### ■ Approfondimento

Il tumore del colon-retto rappresenta la terza neoplasia nel mondo occidentale per frequenza e la seconda causa di morte per tumore negli USA. In Italia si ammalano di tumore maligno del colon-retto dai 20mila ai 30mila soggetti ogni anno. L'aspetto macroscopico varia in funzione della

sede: a destra sono più frequenti le forme vegetanti, mentre a sinistra in genere si formano placche ulcerate, che interessano spesso ad anello l'intera circonferenza dell'intestino, determinandone la stenosi. La sintomatologia e l'esordio clinico sono estremamente variabili, influenzati dalla sede anatomica, dall'estensione della malattia, dalla presenza o meno di fenomeni ostruttivi o emorragici, ecc. La presentazione è solitamente vaga e tardiva; l'intervallo medio stimato tra l'inizio della sintomatologia e la diagnosi è in genere molto lungo (fino a 18 mesi). In virtù del fatto che le feci a livello del cieco e del colon ascendente sono ancora relativamente fluide, le lesioni che insorgono in questa sede, pur accrescendosi tanto da ostruire il lume, non determinano alcuna sintomatologia ostruttiva.

Il tumore che qui origina, essendo il colon destro più distensibile e di calibro maggiore, ha più tempo per aumentare di dimensioni prima di dare segni clinici e così raggiunge dimensioni maggiori rispetto a quelli del colon discendente.

La neoplasia appare di solito vegetante e friabile e quindi soggetta al sanguinamento continuo, ma di modesta entità, per cui l'anemia ipocromica microcitica secondaria allo stitico ematico spesso può rappresentare l'unico segno del tumore.

Pertanto, in un paziente che presenti un'anemia sideropenica (che nella popolazione anziana assume un rilievo particolare e che riconosce cause disparate), in cui esistono indizi che indirizzino a considerare la diagnosi di neoplasia coloretale, è giustificata un'indagine accurata del colon.

## Un caso di otomicosi cronicizzata dalle cuffie auricolari

Una ragazza di 14 anni si presenta in ambulatorio, accompagnata dalla madre, lamentando dolore e senso di ovattamento all'orecchio sinistro. Tali sintomi sono insorti, improvvisamente, il giorno prima, senza febbre né rinite. All'esame otoscopico rilevo le tipiche lesioni biancastre a carico del condotto uditivo esterno, che mi fanno ipotizzare una micosi. Per confermare il sospetto diagnostico, prescribo un tampone auricolare e nell'attesa inizio una terapia antimicotica con fluconazolo orale 100 mg/die. Congedo la paziente, raccomandandole di farsi rivedere a distanza di dieci giorni. Puntualmente la ragazza si ripresenta in ambulatorio con la risposta del tampone auricolare, che risulta positivo per *Candida albicans*. Nonostante la risposta del tampone e l'appropriatezza della terapia, le mie certezze vacillano davanti alla mancata regressione della sintomatologia e al quadro otoscopico pressoché immutato. A questo punto sostituisco il fluconazolo con la terbinafina (250 mg/die) e aggiungo un antimicotico locale. Al successivo controllo, dieci giorni

dopo, la situazione clinica e otoscopica non è migliorata. In preda allo sconforto chiedo alla ragazza se, nel frattempo, avesse avuto contatti con animali domestici o avesse frequentato qualche piscina. A quest'ultima domanda la madre, intervenendo, mi rivela che la figlia più che dedicarsi al nuoto, preferisce passare il tempo con le amiche ad ascoltare musica con il suo lettore mp3. Dopo questa dichiarazione il sospetto che le cuffie del lettore musicale potessero essere il veicolo dell'infezione e della sua cronicizzazione diventa più che plausibile. Raccomando alla ragazza di disfarsi delle cuffie e di continuare la terapia per altre due settimane, trascorse le quali constatò una completa risoluzione dei sintomi e una normalizzazione del quadro otoscopico.

Questo caso, confortato anche da altre segnalazioni in letteratura, conferma che l'utilizzo diffuso e promiscuo delle cuffie auricolari tra i giovani può rappresentare una causa poco indagata di micosi del condotto uditivo esterno.

**Sergio Ferrari**  
MMG, Vallecorsa (FR)