

## Prurito e diagnosi di eteroplasia pancreatica

**Leonardo Trentadue**

Medico di medicina generale  
Ferrandina (MT)

Un'assistita di 56 anni, sposata, 3 figli a carico, si presenta in ambulatorio in preda a un prurito diffuso in tutto il corpo. Presumendo un'eziologia allergica, prescrivo un antistaminico, ma tre giorni dopo la paziente è ancora in ambulatorio, perché il sintomo non recede.

### Storia clinica

La paziente è affetta da malattia da reflusso gastroesofageo con esofagite di primo grado ed ernia jatale da scioglimento; broncopneumopatia cronica asmatica; discospondiloartrosi con discopatie multiple e moderata stenosi del canale spinale cervicale soprattutto in C5-C6. Nell'aprile del 2007 il reumatologo diagnostica una sindrome fibromialgica e prescrive un miorilassante e integratori. In precedenza (1989), la paziente è stata sottoposta a emitiroidectomia sinistra e nel 2001 ad emitiroidectomia destra per gozzo plurinodulare, con diagnosi di ipoparatiroidismo iatrogeno da esiti di tiroidectomia totale. Nel 2009 nuovo intervento chirurgico per asportazione di una neoformazione di tessuto tiroideo ectopico in sede mediastinica. Infine, la paziente presenta un'ipertensione di grado medio, in terapia con perindopril+indapamide.

### Visita ambulatoriale

Visitandola noto un subittero sclerale e, alla palpazione, un fegato moderatamente ingrandito. Prescrivo subito alcune indagini ematochimiche, che evidenziano marcata iperbilirubinemia e aumento degli indici di funzionalità epatica. Non aspetto l'effettuazione dell'ecografia epatica, che pure avevo predisposto e ricovero la paziente in ospedale per sospetta epatite.

### Ricovero ospedaliero

Dopo i primi esami come la radiografia del torace, che evidenzia una BPCO e un cuore ingrandito, e un ECG che mette in risalto un'ipertrofia ventricolare sinistra, si passa alla TAC dell'addome.  
► **TAC addome:** epatomegalia a densità omogenea, esente da lesioni focali

di tipo secondario. Piccola cisti biliare sub-glissoniana. Dilatate le vie biliari intraepatiche e il dotto epatico comune; colecisti sovradistesa simil-idropica, a pareti ispessite, ripiena di sedimento biliare denso. Dilatato l'epatocoledoco (diametro massimo 1.5 cm) fino al tratto medio-distale, ove termina bruscamente a livello della regione cefalopancreatica. A tale livello la ghiandola mostra una discreta tumefazione solida, che interessa anche il processo uncinato (diametro 3.5 cm), risultando come lesione ad alterato enhancement, ipo-isodensa al parenchima circostante. La vena mesenterica superiore decorre a contatto con tale formazione, senza netto piano di clivaggio. Pervia e normo-opacizzata l'arteria mesenterica superiore. Reperto compatibile con lesione eteroplasica della testa del pancreas. Addensato il cellulare adiposo perigliandolare, ove si repertano numerose piccole linfoadenopatie; presenza di linfoadenomegalie patologiche anche in sede celiaco-mesenterica, ilare epatica e intercavo-paraortica. Sulla base di tale referto si decide subito per l'intervento chirurgico.

### Intervento chirurgico

Dopo l'esplorazione chirurgica del cavo addominale e l'esame istologico estemporaneo su linfonodi intercavo-aortici e della fossetta duodeno-digiunale, si procede al collegamento epatico-digiuno su ansa alla Roux, a gastro-entero-anastomosi palliative, colecistectomia, biopsia escissionale su nodulo sospetto del V segmento epatico, drenaggio e parete a strati.

### Dimissioni

Alla dimissione gli esami ematochimici evidenziano: globuli bianchi 9.6,

globuli rossi 4.06, HGB 11.3, piastrine 286, gammaGT 104, bilirubina totale 2.2, diretta 1.1, calcemia 6.8, amilasi 189, lipasi 107, fibrinogeno 526; i restanti esami di routine nella norma. La terapia domiciliare consigliata è eparina a basso peso molecolare per 10 giorni, omeprazolo 10 mg, pancrelipasi, levotiroxina sodica, calcitriolo, calcio carbonato, perindopril+indapamide.

### Decorso clinico

Dopo il periodo di assistenza domiciliare integrata per le medicazioni, la paziente si reca periodicamente in ospedale per effettuare la chemioterapia. In questo periodo si sono evidenziati sintomi riconducibili alla sindrome fibromialgica, con manifestazioni alessitimiche e crisi ansioso-depressive, oggetto di valutazione e cura in corso d'opera.

### Conclusioni

Per il Mmg il dato più importante che emerge dall'analisi di questo caso clinico è il percorso diagnostico per la gestione di un prurito generalizzato persistente, non controllabile con terapia antistaminica.

Questo sintomo costituisce una delle "bestie nere" per il Mmg. Non solo dovremmo effettuare un controllo clinico completo (nel caso descritto decisivo è stato l'esame obiettivo che ha evidenziato l'aumento volumetrico del fegato e l'osservazione del subittero sclerale che ha orientato decisamente la diagnosi) e non restringere l'ottica diagnostica al solo registro allergologico, ma dovremmo allargare lo sguardo alle molteplici possibili eziologie, percorrendo, col ragionamento clinico e con l'aiuto degli esami ematochimici e strumentali, sentieri razionali di avvicinamento alla diagnosi corretta.