

“Sindrome secca” di difficile diagnosi

Leonardo Trentadue

Medico di medicina generale
Ferrandina (MT)

Un paziente settantenne, iperteso in buon compenso terapeutico, viene regolarmente in studio per il controllo della pressione arteriosa e per la prescrizione del clortalidone. È in una di queste occasioni che mi riferisce di avvertire da parecchi giorni difficoltà a deglutire i cibi secchi, con necessità di bere frequentemente, bruciori alla lingua e difficoltà fonetiche.

Visita ambulatoriale

L'anamnesi remota non presenta particolari patologici importanti. Nel 2001 compare l'ipertensione arteriosa di grado lieve-medio, ben controllata tuttora con clortalidone. Nel 2002 si presentano acufeni bilaterali di lieve entità e nel 2003 alla pancolonoscopia si evidenzia la presenza di diverticoli a livello di tutti i tratti colici, più numerosi a livello del sigma e del colon discendente. Nel 2005 è la volta di una tenosinovite stenotante alla mano sinistra, con successivo intervento chirurgico risolutore. A settembre dello stesso anno la rottura completa della cuffia dei rotatori della spalla destra, costringe il paziente a un periodico interessamento dell'ortopedico. Nel luglio del 2007 il paziente viene sottoposto ad ernioplastica inguinale sinistra.

Nel corso della visita, alla domanda se avverte secchezza anche agli occhi, il paziente riferisce una lieve xeroftalmia, mentre l'ispezione e la palpazione delle ghiandole parotidi risulta negativa. Anche la palpazione di tiroide e milza risulta negativa. Il paziente avverte invece dolori alla spalla destra, dove negli anni scorsi si è verificata la rottura della cuffia dei rotatori, e saltuarie mialgie agli arti inferiori, accompagnate da gonalgia bilaterale.

Indagini diagnostiche

Non accusando il paziente poliuria e assumendo solo il clortalidone, si potrebbero escludere un'eziologia iatrogena e diabetogena del disturbo. Non è un fumatore, beve due caffè al giorno e un bicchiere di vino a pranzo e cena, non mastica abi-

tualmente chewing-gum: si possono quindi escludere cause legate ad abitudini voluttuarie.

A questo punto richiedo una serie di analisi ematochimiche, che indaghi su possibili patologie reumatiche, endocrine, epato-renali, ematologiche e immunologiche, che comprendono: anticorpi anti-nucleo (Ana) e anticorpi anti-Ena.

Nel dubbio ricerco un'eventuale sindrome di Sjögren e quindi completo le indagini con le richieste di un'ecografia del collo e delle ghiandole salivari con scintigrafia delle stesse. Richiedo anche una visita oculistica con test di Schirmer, che misura la quantità della lacrimazione.

Ipotesi diagnostiche

Tutti gli esami ematochimici e strumentali risultano nella norma, tranne il test di Schirmer, positivo.

Diabete, tireopatie, sindrome di Sjögren, reumopatie ed epatopatie vengono così escluse come possibili cause del disturbo. Una rapida riconsultazione sull'eziologia della xeroftalmo-stomia, evidenzia altre - più rare - possibili cause (amiloidosi, emocromatosi, granulomatosi di Wegener, fibrosi cistica).

A questo punto sono necessari i consulti del reumatologo, dell'ematologo e dell'endocrinologo. Tralascio gli ulteriori accertamenti richiesti dagli specialisti, perché tutti risultano negativi. Non resta quindi che formulare una diagnosi.

Diagnosi e terapia

Nessuno specialista si esprime sulla diagnosi, tranne il reumatologo che fissa il verdetto diagnostico in una “sin-

drome della bocca secca” dovuta ad atrofia delle ghiandole salivari minori. Per quanto riguarda la terapia si consiglia: accurata igiene orale con eliminazione di foci dentari, sciacqui con clorexidina 0.2%, sostituti salivari come le compresse orosolubili a base di acido ialuronico. Nei casi impegnativi si può ricorrere a un farmaco anticolinergico, la pilocarpina per via orale, che stimola la produzione di saliva e lacrime con l'attivazione del sistema nervoso simpatico. Gli effetti collaterali, non minimali, come le vampate al volto, l'ipersudorazione, gli spasmi addominali, la nausea ecc, limitano l'uso di questo farmaco a casi selezionati, dopo aver effettuato un attento rapporto danno-beneficio.

Conclusioni

La diagnosi del reumatologo, “sindrome della bocca secca”, non pare molto precisa, alla luce della presenza, anche se lieve, della xeroftalmia. Sarebbe forse più appropriato parlare di “sindrome secca”, che può comprendere, oltre alla xerostomia e alla xeroftalmia, anche il coinvolgimento di altre ghiandole esocrine. Si possono così evidenziare anche xerosi cutanea, esofagite con complicanze atrofiche, bronchite cronica, dispareunia e pancreatite. Epidemiologicamente la “sindrome secca” colpisce soprattutto gli adulti, con una prevalenza del 15% nella fascia di età che va dai 40 ai 90 anni.

Il paziente descritto in questo caso è migliorato sensibilmente dal punto di vista sintomatologico, naturalmente senza eliminare del tutto la xerostomia e la lieve xeroftalmia, disturbi a decorso cronico con percentuali basse di guarigione completa.