Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

Dipartimento Biomedicina
SOD PATOLOGIA MEDICA
Direttore *Prof. Domenico Prisco*
Week Hospital
(Biomedicina A)
Tel. 055-4271054 - 055-7947252
Fax. 055-7947345

Servizio Sanitario della Toscana

Nome e Cognome
Fernando

Periodo di ricovero
9.12.2013-13.12.2013

Residenza e telefono
Roma

Luogo e data di nascita
Roma, 7/10/1969

Medici di riferimento

Diagnosi alla dimissione

Gastrite cronica atrofica autoimmune . Paraparesi spastica. Ipertensione arteriosa. Iperinsulinismo. Steatosi epatica. Colelitiasi. Ipovitaminosi D

Anamnesi e note di decorso

Allergie ed intolleranze: polline e graminacee
Fattori di rischio cardiovascolare: ipertensione arteriosa dal 2009, ipetrigliceridemia
Pregressi interventi chirurgici: nessuno
Dieta varia e regolare, appetito conservato, diuresi nella norma, mancanza di stimolo alla defecazione
Il paziente presenta da 12 anni circa un quadro clinico alquanto complesso caratterizzato da gastrite cronica atrofica autoimmune. Nel 2003 diagnosi di mielopatia carenziale (paraparesi spastica) da deficit di vitamina B12 e anemia macrocitica. Il paziente ha presentato un buon controllo della sintomatologia attraverso terapia sostitutiva con vitamina B12 fino al 2006 quando sono comparsi rigidità, assenza di peristalsi e spasmi muscolari in diverse regioni corporee con progressione caudo-craniale ed interessamento in particolare dell'arto superiore dx. Per tale motivo il paziente ha eseguito numerosi accertamenti (compresa la determinazione degli anticorpi anti GAD nel sospetto di Stiff Men Syndrome) risultati negativi. Si segnala la presenza dell'HLAB51 e positività di ANA e LAC non confermati all'ultimo controllo. Il paziente lamenta inoltre rigidità alle piccole articolazioni che non migliora con il movimento e fenomeno di Raynaud.
Nel 2009 comparsa di discromia ungueale dovuta a carenza di zinco. Insorgenza di clonie a riposo fino a 20 episodi per notte nell'intervallo tra le varie somministrazioni di tossina botulinica.
Dall'agosto 2013 riduzione dei livelli di vitamina B12 nonostante la terapia sostitutiva per cui è stata incrementata la frequenza delle somministrazioni a 1 volta alla settimana.
Nel settembre 2013 episodio di colica renale sx trattata con terapia medica per cui il paziente ha

eseguito un'ecografia dell'addome completo che ha mostrato inoltre steatosi epatica di grado moderato-severo e litiasi della colecisti. Per il rilievo di batteriuria, il paziente ha effettuato terapia antibiotica (cefpodoxima per 10 giorni) che ha sospeso in data 8/12.
Ha eseguito inoltre gastroscopia con rilievo di gastrite cronica di grado lieve nell'antro gastrico, gastrite cronica di grado moderato con metaplasia intestinale completa e lieve-moderata atrofia. Non presente Helicobacter Pylori.
Riferito episodio di epatite per cui è stata sospettata eziologia autoimmune. Sierologia per HBV e HCV e quantiferon negativi . Da segnalare ipovitaminosi D.
Durante la degenza il paziente è rimasto in buon compenso emodinamico, apiretico.
Abbiamo eseguito RM dell'encefalo, del tronco-encefalo e del rachide cervicale che non ha mostrato alterazioni di segnale a carico dell'encefalo e del midollo spinale. Rettilinearizzato il rachide cervicale con protrusioni osteofitosico discali a sede C5-C6-C7 con impronta sul sacco dorsale. Segni di flogosi mascellare sinistra.
All'EMG/ENG/PEV sensitivo-motori dei quattro arti reperti negativi per polineuropatia sensitivo-motoria. Alterazione delle vie corticospinali relativamente all'arto inferiore destro per riduzione dell'ampiezza del PEM senza franchi rallentamenti della conduzione. Nei limiti i parametri agli arti superiori. Modesta alterazione della conduzione lungo le vie somatosensitive afferenti dall'arto inferiore destro (con normale conduzione periferica).
Quadro capillaroscopico morfologicamente caratterizzato da segni di distonia vascolare con note di connettivopatia, per cui si consiglia controllo ad 1 anno.
Alla visita oculistica fondo oculare nella norma. Pregressa paresi III n.c. (diplopia in estrema lateralizzazione destra).
Agli esami ematici lieve anemia normocitica (Hb 12.2 g/dL), VES 18 mm/h, gastrina 1170 pg/mL.
Si consiglia di ricontrollare il dosaggio della gastrina e di eseguire EGDS di controllo con frequenza annuale.
Rivedremo il paziente in data 22/1 alle ore 9.30 presso i nostri ambulatori

Esami eseguiti

- esami ematici (vedi referti allegati)
- ECG
- RMN cerebrale e del midollo cervicale
- Potenziali evocati sensitivo-motori
- EMG/ENG 4 arti
- Capillaroscopia
- Visita oculistica con fundus

Esami consigliati

- Emocromo con formula, azotemia, creatinina, sodio, potassio, AST, ALT, VES, PCR, 25 OH vitamina D, acido folico, vitamina B12, gastrina, esame delle urine tra circa 1 mese e poi secondo giudizio medico
- Capillaroscopia tra circa un anno (mesi invernali)
- EGDS una volta l'anno

Terapia consigliata

Plaunac 10mg 1cp mattina
Lobivon 5mg 1 cp mattina

Luvion 50mg 1/2 cp pomeriggio
Amlodipina 5mg 1/2 cp cena
Deltacortene 5mg 1 cp dopo colazione
Lyrica 75mg 1 cp mattina
Lyrica 75mg 1 cp pranzo
Lyrica 100mg 1 cp sera
Fulcrosupra 145mg 1 cp cena
Laroxyl 3 gtt ore 10 e 18
Metformina 500 mg 1 cp a colazione
Metformina 500 mg 2 cp a pranzo
Metformina 500 mg 2 cp a cena
Valium 5 gtt prima di coricarsi
Gliptide 200mg granulato 1 bustina ore 8 e 22
Betotal 1 cp a pranzo
Dobetin 5000 1fl i.m. ogni due mesi
Dibase 100000 1 fl i.m. ogni tre settimane
Deursil 450 mg 1 cp
Prefolic 50mg 1 fiala intramuscolare il mercoledì
Normix 200mg (2 cp alle 8 e ore 18) x3gg/mese
Tossina Botulinica arto inferiore destro trimestrale
Tossina Botulinica arto superiore destro trimestrale
Valium gocce extra x singhiozzo persistente o rigidità più acute (10/20gtt) al bisogno
Onligol (1 bustina sera) a giorni alterni al bisogno
Sirdalud 4mg (1 cp sera) al bisogno

Firenze, 13.12.2013