

CASO CLINICO N° 1: Paziente ♂, 24 anni

Giorno 1. Accesso in PS per comparsa di tumefazione diffusa e dolente della superficie dorsale dell'avambraccio e della mano sinistra.

Anamnesi patologica negativa per ricoveri ospedalieri, chirurgia, patologie di base. Riferisce in corrispondenza della lesione una puntura di insetto avvenuta alcuni giorni prima

Esito accesso in PS: non vengono disposti accertamenti specifici. Rinvio a domicilio con prescrizione di claritromicina 500 mg x 2 per os + antinfiammatori.

Giorno 6. Nuovo accesso in PS per aggravamento della sintomatologia locale e dell'obiettività clinica: febbre elevata (fino a 39,5°C). Viene posta diagnosi di flemmone e disposto il ricovero in reparto di Medicina Generale.

Interventi praticati: drenaggio e toilette chirurgica (→ pus) + esami colturali su sangue e pus
Prosegue claritromicina per via endovenosa.

Giorno 7. Ulteriore aggravamento: tosse, dolori toracici diffusi, esacerbati dai movimenti e dalla respirazione e febbre persistente (39°C), preceduta da brividi.

Esito accertamenti:

- Esami di laboratorio: leucociti 18.780 (neutrofili 89%); CPK 514 U/L; piastrine 124.000/ μ L; creatinina, AST/ALT, VES e PCR nei limiti di norma. HIV Ab negativo. Emogasanalisi nei limiti di norma.
- TAC Torace: addensamenti parenchimali multipli bilaterali a prevalente disposizione periferica riferibili a focolai flogistici da probabile embolia settica. Falda di versamento pleurico postero-basale a destra.



Prova estratta
Mmhm

CASO CLINICO N° 2: Paziente di sesso femminile, 68 anni

Giunge in PS per tosse non produttiva da circa 1 mese e intorpidimento e parestesie agli arti inferiori.

Anamnesi patologica remota

Diabete mellito di tipo II ben controllato, ipertensione e iperlipidemia. Da 3 anni diagnosi di leucemia Linfatica Cronica (Rai stadio III con CD38+ e ZAP-70 negativi), per cui ha eseguito cicli di clorambucil e prednisone con risposta parziale della conta leucocitaria (linfociti tra 32.000 e 125.000/ μ L).

Anamnesi patologica recente:

Tre mesi prima dell'accesso in PS iniziava ibrutinib 420 mg/die, sospeso dopo 1 mese durante ricovero per shock settico attribuito a polmonite nosocomiale (esame colturale da broncoaspirato positivo per *Klebsiella pneumoniae*, MSSA e *Candida krusei*). Sottoposta a intubazione e ventilazione meccanica, supporto emodinamico con noradrenalina e vasopressina e terapia antibiotica ad ampio spettro (vancomicina e piperacillina/tazobactam), con lento miglioramento e dimissione dopo due settimane di ricovero.

Dopo una settimana dalla dimissione incremento dei leucociti (67.000/ μ L) con indicazione a riprendere ibrutinib, che la paziente sta ancora assumendo al momento dell'accesso in PS.

Quadro clinico e accertamenti all'arrivo in Pronto Soccorso:

- Esame obiettivo: sibili espiratori alla base polmonare destra e assenza di segni neurologici focali, negativa la restante obiettività, ad eccezione di febbre (39.1°C), tachicardia e tachipnea. Pressione arteriosa e saturazione O₂ nella norma.
- Esami ematochimici: leucociti 20.400/ μ L (25% neutrofili e 65% di linfociti).
- TAC Torace senza mezzo di contrasto: addensamento nel segmento superiore del lobo inferiore sinistro, suggestivo per polmonite.

Ricovero in reparto di Medicina Generale

Esegue emocolture e inizia terapia antibiotica empirica con vancomicina e ceftazidime per una presunta polmonite nosocomiale, con miglioramento graduale della febbre.

Al 5° giorno di ricovero giungono gli esiti dell'emocoltura, che inducono i medici a modificare la terapia in atto, senza peraltro sospendere gli antibiotici in corso.



Prova ^{non} estratta
Puh

CASO CLINICO N° 3: maschio ♂, 39 anni.

In data 30/11/2016 giunge in PS per febbre e cefalea.

Anamnesi patologica remota

Paziente originario dell'Ecuador. Etilismo noto da anni. Non allergie note. Non assume farmaci

Anamnesi patologica recente

Febbre (fino a 38,8°C) e cefalea di recente insorgenza. Vengono riferiti episodi confusionali di breve durata nei giorni precedenti

Arrivo in Pronto Soccorso:

All'accesso in PS riferisce a cefalea e febbre, nega toracoalgie, astenia o altri disturbi neurologici.

Esame obiettivo: moderato stato di malnutrizione. Lucido e orientato nel tempo e nello spazio. Obiettività neurologica: non rigor nuchalis, segni di Kernig e Brudzinski negativi. Parametri vitali nella norma: saturazione di O₂ e frequenza respiratoria normale. Non febbre.

Esami ematochimici

- Grave iponatremia (116 mmol/L) e ipocloremia (81 mmol/L), con osmolalità 235 mmol/L (valori normali 275–285 mmol/L). Glicemia 88 mg/mL.
- Esami ematochimici urgenti (comprensivi di emocromo con formula) normali.
- Esami aggiuntivi: lattacidemia, procalcitonina, alcoolemia: nella norma.
- Emocolture in corso.
- Esame liquorale: eritrociti 49/mm³, leucociti 8/mm³, glucosio 20 mg/dL (glicemia 105 mg/dL) e proteine 188 mg/dL. Colorazione di Gram: negativa. PCR x agenti di meningite: non disponibili. Liquorcoltura in corso.

Esami radiologici

- Radiografia del torace: modesta accentuazione reticolo-nodulare dell'interstizio polmonare.
- TAC encefalo senza mezzo di contrasto: nessuna evidenza di edema o segni infartuali in atto.

Viene introdotta una terapia antimicrobica empirica e previsti nuovi approfondimenti diagnostici



Prova non
estratta
