

A volte ritornano: "l'acidina"

SIMEU ID

0 9 1

Carlo Alberto Torsello¹, Giuseppina Caroppi², Eleonora Bacco³, Rosalba Fiorile⁴, Francesco Benincaso⁴, Esterina Parente⁴, Anna Casullo¹, Palma Lapio⁴, Paola Caporaletti⁵, Rosanna Villani⁶

Caso clinico:

Donna, anni 78

In APR: cardiopatia ipertensiva, dislipidemia mista, esiti di poliomielite in età infantile, pancreatite cronica, MRC G3A KDIGO. Abitudine tabagica attiva (30 p/y).

La signora, da noi soprannominata "Acidina", eseguiva 3 accessi in PS tra gennaio e marzo 2025, seguiti da ricovero in ambiente internistico, per diarrea. Nel secondo accesso la paziente giungeva in PS tramite 118 in **codice rosso**, dopo essere stata rinvenuta dai propri familiari al suolo nel proprio domicilio, disorientata.

EO: Coma GCS 3, PAM 50 mmHg, Fc: 130 bpm, anurica dopo cateterismo vescicale. Si esegue EGA

Grave acidosi metabolica ipercloremica ipokaliemica

Agli esami ematochimici, **creatinina: 7.7 mg/dl**. eGFR (EPI-CKD): 4.6 ml/min.



POCUS: Reni ridotti di dimensioni, con assenza di differenziazione cortico-midollare. Vena cava collabita. Camere ventricolari ridotte, con kissing parietale del ventricolo sinistro.

- Trasferimento c/o la nostra Sub Intensiva MEU
- Posizionato in urgenza CVC
- Praticata terapia idroelettrolitica e.v., integrazione di potassio e bicarbonati e.v., terapia con amine (Noradrenalina), terapia diuretica con furosemide in infusione continua.

A fronte di una iniziale refrattarietà alla terapia, si assisteva nell'arco delle 24 h successive a progressivo miglioramento dell'equilibrio acido-base, ripresa della diuresi (1000 cc nelle 24/h) e ripresa dello stato di vigilanza. La paziente veniva trasferita in ambiente internistico con **creatininemia: 1.76 mg/dl**, eGFR: 27 ml/min ed EGA.

Misurati (37.0°C)	Crit. Riferimento	Crit. Basso	Crit. Alto
pH	7.40	[7.20 7.35 7.45 7.60]	
pCO ₂	23	[20 35 48 70]	
pO ₂	96	[40 83 108 -]	
Na ⁺	150	[120 136 145 160]	
K ⁺	2.4	[2.8 3.5 5.1 7.8]	
Cl ⁻	118	[80 98 107 120]	
Ca ⁺⁺	1.27	[0.75 1.15 1.33 1.60]	
Hct	25	[18 37 54 60]	
Hgb	8.0	[40 65 95 450]	
sO ₂	100.0	[94.0 98.0 -]	
HCO ₃ (c)	3.4	[10.0 21.0 28.0 40.0]	
HCO ₃ (sid)	2.5	[10.0 21.0 28.0 40.0]	
A-aDO ₂	-38	[- - - -]	
pH _a /pH _v	1.30	[- - - -]	
RI	-0.2	[- - - -]	
Hct(c)	34	[- - - -]	

Misurati (37.0°C)	Crit. Riferimento	Crit. Basso	Crit. Alto
pH	9.4	[7.0 12.0 17.0 20.0]	
O ₂ Hb	96.3	[90.0 95.0 -]	
COHb	1.3	[- - - -]	
MetHb	1.0	[- - - -]	
Hb	1.4	[- - - -]	
sO ₂	98.6	[94.0 98.0 -]	

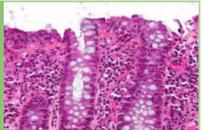
Derivati	Crit. Riferimento	Crit. Basso	Crit. Alto
TCCO ₂	14.9	[- - - -]	
BE _{efc}	-10.6	[- - - -]	
BE(B)	-8.6	[- - - -]	
Ca ⁺⁺ (7.4)	1.27	[- - - -]	
AG	20	[- - - -]	
P/F Ratio	457	[- - - -]	
pA _O ₂	121	[- - - -]	
CaO ₂	12.9	[- - - -]	
sO ₂ (c)	97.5	[- - - -]	
HCO ₃ (c)	14.2	[- - - -]	
HCO ₃ (sid)	18.2	[10.0 21.0 28.0 40.0]	
A-aDO ₂	25	[- - - -]	
pH _a /pH _v	0.79	[- - - -]	
RI	0.3	[- - - -]	
Hct(c)	28	[- - - -]	

Elementi fuorvianti

- Da dicembre 2024 : alvo diarroico con emissione di 3-4 scariche/die, feci liquide o semi-formate, mai melena o sangue vivo, in assenza di addominalgia e febbre.
- Nel corso dei ricoveri gli **esami microbiologici** eseguiti sui campioni di feci risultavano sempre **negativi**.
- Unico episodio di iperpiressia in corso di ricovero, seguito da riscontro di positività al virus H1N1.
- **Emocolture sempre negative**. Al terzo ricovero urinocolture positive per E. Coli ed Enterococco faecium trattati secondo antibiogramma.
- Markers neoplastici negativi ad eccezione di cromogranina A: 20.64 nmol/L (v.n. < 3) (sindrome da carcinoide? Utilizzo di PPI?).
- EGDS: lieve iperemia della mucosa gastrica.
- **Colonscopia: lesione ulcerata solitaria del retto sottoposta a biopsia.**

Conclusioni: il quadro di acidosi metabolica e insufficienza renale acuta presentatosi in tutti e tre i ricoveri veniva ristabilito con le terapie sintomatiche. **Persisteva invece l'alvo diarroico**. La paziente rientrava l'ultima volta in PS a marzo 2025 con medesimo quadro, seppur più attenuato. Nel frattempo pervenivano referti degli esami istologici delle biopsie coliche eseguite nel corso del secondo ricovero, da cui quadro compatibile con "**colite microscopica linfocitica**". Tale riscontro ha permesso di praticare terapia specifica (**mesalazina per o.s.**), terapia steroidea dapprima con **metilprednisolone e.v.**, poi con **budesonide per os**, portando alla risoluzione della diarrea. La diagnosi finale più verosimile risulta pertanto essere "**acidosi metabolica severa, ipercloremica, a GAP anionico aumentato e insufficienza renale acuta pre-renale in paziente con diarrea cronica da colite microscopica**".

Breve excursus sulle coliti microscopiche



Le coliti microscopiche, collagenosica(C.C.) e linfocitica(C.L.), rappresentano un'entità patologica che causa diarrea secretoria cronica con colon endoscopicamente normale. La diagnosi è istologica e si ottiene mediante l'esame di biopsie del colon a più profondità. La C.C. è definita da un ispessimento del collagene della membrana basale epiteliale maggiore di 10 µm e la C.L. da un aumento del livello di linfociti intraepiteliali (LIE) maggiore di 20 per 100 cellule epiteliali. L'incidenza mondiale della colite microscopica è di circa 5 casi ogni 100.000 pazienti-anno, con una predominanza femminile.

La descrizione di questo caso mette in risalto come il setting dell'emergenza/urgenza abbia avuto ancora una volta il ruolo di "ballare" sul filo sottile che separa la vita dalla morte fornendo una chance laddove "l'agire sulla causa" richiede un iter inevitabilmente complesso e lungo. **L'approccio clinico sistematico di fronte al grave squilibrio acido-base ha evitato l'exitus della paziente in tre diverse occasioni, consentendo la definizione di una rara diagnosi eziologica e l'adozione della terapia specifica.**

Affiliazioni

1. Università degli Studi di Foggia, Medicina Interna, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, AOU Policlinico Foggia.
2. Università degli Studi di Foggia, Medicina Interna, Epatologia a direzione universitaria, AOU Policlinico Foggia.
3. Università degli Studi di Foggia, MEU, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, AOU Policlinico Foggia.
4. Dirigente Medico S.C. MEU, AOU Policlinico Foggia.
5. Direttrice SC Medicina di Emergenza-Urgenza, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, AOU Policlinico Foggia.
6. Direttrice Scuola di Specializzazione MEU, Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche, AOU Policlinico Foggia.

Contatti

torcarlo94@gmail.com

CASE REPORT – Malattie rare