

Giannuzzi R, Martino E, Nardiello E, Cecilioni L, Bertini A

Introduzione Spesso una sintomatologia sfumata allontana dalla diagnosi, se non ci si pensa...

Case Report Vi presentiamo 2 casi clinici. Il primo paziente, di 72aa giungeva in PS per episodi sincopali recidivanti con trauma cranico. Dopo il primo accesso in PS veniva ricoverato perché alla TC si riscontrava un ematoma subdurale ed una falda di ESA, ECG ed esami ematici risultavano nella norma. Il paziente presentava un'andatura atassica, nel sospetto di lesione ischemica cerebellare veniva eseguita una RM encefalo che confermava il sospetto pertanto il paziente veniva dimesso con Aspirina. Tornava 2 settimane dopo per ulteriori 3 episodi sincopali con trauma cranico. Gli esami ematici mostravano una creatinina di 3.18 mg/dl, PCR 4,81, la troponina risultava 310,5 ng/l.

Il secondo paziente, di 45 aa, giungeva in PS per confusione mentale e disartria, appariva fatuo e confuso, il tossicologico risultava negativo. Gli esami ematici risultavano nella norma, come anche la TC cranio. L'ECG è in Fig.1.

Solo ad un second look veniva notato che il primo paziente all'EGA aveva 2,83 mmol/l di calcio ionizzato ed il secondo paziente aveva 1,8 mmol/l (v.n. 1.15-1.29) Fig.3. A quel punto aggiungendo la calcemia agli esami, nel primo paziente risultava 20.8 mg/dl e nel secondo 15mg/dl.

Il primo paziente è stato trattato con liquidi, furosemide, steroidi ed in seconda giornata dializzato. All'ecografia del collo è stata visualizzata una sospetta formazione paratiroidea caudale al lobo dx della tiroide di 3x2x6 cm. Il PTHi era 2751pg/ml. Dopo 3 giorni presentava uno stato di shock associato a desaturazione per cui veniva intubato e trasferito in rianimazione. Decedeva dopo 2 giorni per arresto cardiaco in PEA.

Il secondo paziente veniva trattato con liquidi, furosemide, Cinacalcet e difosfonati. Il PTHi era 1169 pg/ml. All'ecografia venivano riscontrate almeno 2 formazioni paratiroidi, che venivano confermate alla TC del collo con mdc ed alla scintigrafia con Sestamibi. Il paziente veniva sottoposto a tiroidectomia totale e paratiroidectomia.

Conclusioni l'ipercalcemia ha una presentazione subdola, con sintomatologia variegata. L'EGA pertanto va guardato nella sua interezza.

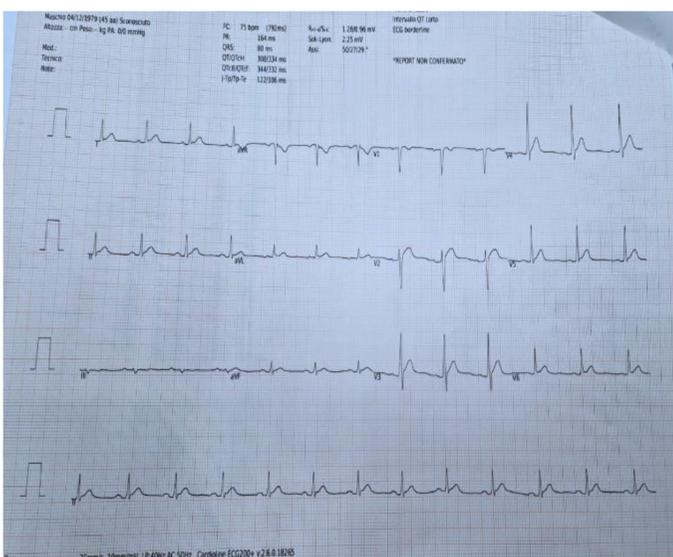


Fig.1 ECG caso 2

[80] Emogas completa sangue arterioso (POCT)			Esame		
T	37	°C			
FO2(i)	21	%			
pH	7.45	>	7.35 - 7.45		
pCO2	35.6	mmHg	35.0 - 48.0		
pO2	65.6	<	83.0 - 108.0		
HB	12.8	g/dL	12.5 - 17.2		
Saturazione di ossigeno	94	<	95 - 99		
Ematocrito	39	%	37 - 49		
K	3.6	mmol/L	3.4 - 4.5		
Na	136	mmol/L	136 - 146		
Calcio ionizzato	2.83	mmol/L	1.15 - 1.29		
Cloro	102	mmol/L	98 - 108		
Glucosio	101	mg/dL	70 - 105		
Acido lattico	0.90	mmol/L	0.30 - 1.20		
Bilirubina totale	0.8	mg/dL			
PO2(a)/FO2(i)c	313.0	mmHg			
BEecl	0.9	mmol/L			
Eccesso di basi	1.1	mmol/L			
SBC	25	mmol/L	22 - 28		
HCO3 bicarbonati	25	mmol/L	22 - 29		
CO2 totale	22	mmol/L	22 - 32		

[80] Emogas completa sangue venoso (POCT)		
Esito	U.M.	Intervallo Riferimento
pH	7.39	7.32 - 7.42
pCO2	39.1	< mmHg 41.0 - 51.0
pO2	52	> mmHg 20 - 40
HCO3 bicarbonati	24	< mmol/L 24 - 28
CO2 totale	20	< mmol/L 24 - 29
Eccesso di basi	-1	mmol/L
Saturazione di ossigeno	89	> % 40 - 70
Na	138	mmol/L 136 - 146
K	3.7	mmol/L 3.4 - 4.5
Cloro	107	mmol/L 98 - 108
Calcio ionizzato	1.84	> mmol/L 1.15 - 1.29
Acido lattico	0.90	mmol/L 0.30 - 1.20
Glucosio	Glucosio non determinabile	mg/dL 70 - 105
Ematocrito	52	> % 40 - 51
HB	17.0	g/dL 13.5 - 17.2

Fig. 2 EGA del caso 1 a sin ed EGA del caso 2 a dx

Affiliazioni

U.O.C Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza – Dipartimento di Emergenza – Ospedale Maggiore – Ausl Bologna

Contatti

rosangela.giannuzzi@ausl.bologna.it

CASE REPORT