PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TEST SSM 2018

A B ✓ D E

SVOLTA CON SOLUZIONI COMMENTATE

Il perché di ogni risposta

COSA TROVI IN QUESTO DOCUMENTO

Testo della prova SSM 2018 come distribuita ai candidati; il Ministero non l'ha pubblicata. Impaginazione, soluzioni e commenti di TestBuddy. Non è un documento ufficiale del MUR.

- I quesiti con le risposte in ordine casuale
- Sotto ogni quesito la risposta giusta e il perché di ogni risposta sbagliata

Domande	138 quesiti
Totale	**138 quesiti**

In questa versione ci sono **138 domande su 140** della prova, quelle con la nostra soluzione commentata; le altre (quasi tutte con un'immagine) le aggiungiamo appena pronte.

COME USARLA

1 · A TEMPO

Datti un minuto e mezzo a domanda, senza appunti, come all'esame.

2 · CORREGGI

Segna le risposte sbagliate e leggi il perché di ognuna, non solo la giusta.

3 · RIPASSA

Riprendi gli argomenti dove hai sbagliato di più e rifai le domande nell'app.

DOMANDE

1 **Un giovane di 28 anni si presenta all'attenzione medica riferendo la comparsa di pomfi pruriginosi di piccole dimensioni (1-2 mm) circondati da un'area di eritema, dopo esercizio fisico o episodi febbrili. Come si definisce tale manifestazione?**

A Dermatografismo

B **Orticaria colinergica**

C Vasculite necrotizzante

D Angioedema ereditario

E Malattia da siero

Risposta giusta: B

Il quadro corrisponde a un'**orticaria colinergica**, scatenata da stimoli che innalzano la **temperatura corporea** durante l'esercizio o la febbre. Si riconosce per la presenza di **pomfi pruriginosi** di 1-2 mm circondati da un alone eritematoso transitorio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Dermatografismo**: Il dermatografismo è una diversa orticaria fisica che si manifesta esclusivamente dopo sfregamento o pressione meccanica sulla cute, con un pattern clinico distinto rispetto alla risposta termica o febbrile.
- **C) Vasculite necrotizzante**: Le vasculiti necrotizzanti generano lesioni cutanee più persistenti, spesso dolorose o di natura purpurica, che non rientrano nel quadro transitorio e strettamente correlato a variazioni termiche o attività fisica.
- **D) Angioedema ereditario**: L'angioedema ereditario provoca un edema profondo localizzato tipicamente a labbra, volto, mani o vie aeree, senza produrre i classici pomfi superficiali e pruriginosi descritti nel caso.
- **E) Malattia da siero**: La malattia da siero rappresenta una reazione di ipersensibilità sistemica post-esposizione a farmaci o sieri, caratterizzata da manifestazioni come febbre, rash e artralgie, non da piccoli pomfi indotti dallo sforzo.

2 **L'esofago di Barrett è costituito da una condizione in cui è sempre presente:**

A proliferazione di cellule ciliate al terzo prossimale dell'esofago

B infezione da Helicobacter esofagea

C carcinoma in situ a livello distale esofageo

D **epitelio distale esofageo sostituito da epitelio di tipo cilindrico (o colonnare) metaplastico**

E epitelio prossimale esofageo sostituito da epitelio di tipo respiratorio

Risposta giusta: D

L'esofago di Barrett consiste in una **metaplasia** indotta dal **reflusso gastroesofageo** cronico. L'epitelio pavimentoso stratificato fisiologico del tratto **distale** viene progressivamente sostituito da un rivestimento cilindrico o colonnare. Tale adattamento tissutale espone il paziente a un rischio aumentato di sviluppare un **adenocarcinoma**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) proliferazione di cellule ciliate al terzo prossimale dell'esofago**: La metaplasia interessa specificamente il segmento inferiore e non il terzo prossimale. Non esiste alcun fenomeno proliferativo relativo alle cellule ciliate nella storia naturale della malattia.
- **B) infezione da Helicobacter esofagea**: L'infezione da ceppi batterici è prevalentemente correlata alla patologia dello stomaco. Il determinante patologico primario risiede nell'acidosi persistente e nel processo metaplastico conseguente.
- **C) carcinoma in situ a livello distale esofageo**: Il carcinoma in situ può rappresentare una possibile evoluzione maligna successiva. L'esofago di Barrett è inquadrato come lesione preneoplastica e non coincide con la diagnosi oncologica conclamata.
- **E) epitelio prossimale esofageo sostituito da epitelio di tipo respiratorio**: La trasformazione istologica non prevede l'insorgenza di epiteli di tipo respiratorio. La sede anatomica coinvolta rimane quella caudale e non la porzione superiore.

3 **La rettocolite ulcerosa è:**

A una malattia acuta intestinale che guarisce dopo terapia medica

B una malattia cronica intestinale che determina diverticolosi diffusa del colon

C una malattia cronica che interessa esclusivamente il sigma

D **una malattia cronica intestinale che determina lesioni continue della mucosa intestinale in senso retrogrado**

E una malattia cronica del colon che determina lesioni discontinue della mucosa intestinale in senso retrogrado

Risposta giusta: D

La rettocolite ulcerosa è una malattia infiammatoria cronica che interessa la mucosa intestinale con **lesioni continue**. Il processo patologico ha esordio nel retto e si espande progressivamente verso il colon prossimale. Questa caratteristica anatomopatologica permette di distinguerla chiaramente dalle altre patologie infiammatorie intestinali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) una malattia acuta intestinale che guarisce dopo terapia medica**: Non descrive un quadro acuto né una condizione risolvibile definitivamente. La patologia è **cronica e recidivante**, gestita con cicli farmacologici che inducono remissioni ma non eliminano la malattia.
- **B) una malattia cronica intestinale che determina diverticolosi diffusa del colon**: Confonde la rettocolite ulcerosa con una condizione strutturale diversa. La diverticolosi riguarda la formazione di diverticoli nella parete colica ed è estranea al processo infiammatorio mucoso tipico della malattia.
- **C) una malattia cronica che interessa esclusivamente il sigma**: Riduce artificialmente il campo di coinvolgimento. Il retto costituisce la sede di esordio quasi sempre obbligatoria, da cui l'infiammazione può migrare prossimalmente interessando segmenti variabili o l'intero organo, senza mai arrestarsi esclusivamente al sigma.
- **E) una malattia cronica del colon che determina lesioni discontinue della mucosa intestinale in senso retrogrado**: Inverte il pattern di distribuzione anatomica. Il coinvolgimento saltuario o discontinuo con aree di mucosa sana interposte è specifico del morbo di Crohn; la rettocolite ulcerosa mostra invece un'estensione sempre regolare e contigua.

4 **Nei pazienti affetti da Linfoma di Burkitt, soprattutto nella variante endemica, è stata dimostrata pregressa infezione da:**

A Cytomegalovirus
B **Epstein-Barr Virus**
C Paramyxovirus
D Toxoplasma gondii
E Herpes Simplex Virus

Risposta giusta: B

L'associazione è caratteristica del **linfoma di Burkitt**, in particolare delle **forme endemiche**. Il **virus EBV** induce trasformazione neoplastica dei linfociti B, ma richiede spesso la coesistenza di **cofattori** ambientali come la **malaria cronica**, che promuove la proliferazione cellulare e l'accumulo di alterazioni genetiche.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Cytomegalovirus**: Il CMV provoca patologie specialmente nei soggetti immunodepressi, ma non risulta associato a questo tipo di linfoma.
- **C) Paramyxovirus**: I paramyxovirus includono agenti come morbillo e parotite, estranei alla genesi di questa neoplasia.
- **D) Toxoplasma gondii**: Si tratta di un protozoo e non di un virus. Genera infezioni rilevanti nell'immunodepresso ma non contribuisce all'eziologia del Burkitt.
- **E) Herpes Simplex Virus**: L'HSV causa infezioni mucocutanee ed eventuale encefalite grave, senza nessun nesso patogenetico con il Burkitt.

---

5 **Si definiscono tofi:**

A **accumuli di cristalli di urati nelle articolazioni di pazienti affetti da artrite gottosa**
B lesioni caratteristiche dei pazienti affetti da pemfigoide
C precipitati antigene-anticorpo a livello dei capillari sanguigni
D placche calcifiche a livello delle articolazioni in pazienti affetti da Morbo di Paget
E accumuli di immunocomplessi in pazienti affetti da artrite autoimmune

Risposta giusta: A

I tofi sono depositi di cristalli di urato monosodico tipici della gotta. Si localizzano nei tessuti molli e spesso attorno alle articolazioni. Nelle forme croniche questi accumuli diventano visibili o palpabili come noduli duri.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) lesioni caratteristiche dei pazienti affetti da pemfigoide**: Il pemfigoide è una malattia bollosa autoimmune che colpisce cute e mucose. Le lesioni cutanee del pemfigoide non condividono né la patogenesi né l'aspetto macroscopico con i noduli articolari dei pazienti affetti da gotta.
- **C) precipitati antigene-anticorpo a livello dei capillari sanguigni**: Indica precipitati antigene-anticorpo a livello dei capillari sanguigni. Questa descrizione appartiene alle vasculiti da immunocomplessi e non può riferirsi ai tofi che sono reperti istologici della gotta.
- **D) placche calcifiche a livello delle articolazioni in pazienti affetti da Morbo di Paget**: Il Morbo di Paget induce un'alterazione del rimodellamento osseo con comparsa di placche calcifiche. I tofi non contengono calcio ma sono costituiti esclusivamente da cristalli di acido urico.
- **E) accumuli di immunocomplessi in pazienti affetti da artrite autoimmune**: Descrive un meccanismo legato agli immunocomplessi. I tofi non dipendono da processi immunitari perché si formano per semplice precipitazione di sali di urato.

6 **La dopamina:**

A agisce esclusivamente a livello periferico
B viene prodotta a partire dall'adrenalina
C è un antagonista dei recettori beta-adrenergici
D è un antagonista dei recettori alfa-adrenergici
E **è un precursore della noradrenalina**

Risposta giusta: E

La dopamina funge da **precursore** nella biosintesi delle catecolamine. Il percorso metabólico parte dalla tirosina che si converte in L-DOPA e Successivamente in dopamina. Quest'ultima si trasforma in noradrenalina grazie all'azione dell'enzima **dopamina β-idrossilasi**. La molecola costituisce quindi una tappa intermedia essenziale e non il prodotto finale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) agisce esclusivamente a livello periferico**: L'azione farmacologica non è confinata alla sola sfera periferica. La dopamina svolge un ruolo chiave di neurotrasmettitore all'interno del **sistema nervoso centrale**.
- **B) viene prodotta a partire dall'adrenalina**: La generazione della molecola segue una direzione opposta a quella indicata. La cascata enzimatica procede rigorosamente secondo lo schema **dopamina noradrenalina adrenalina**.
- **C) è un antagonista dei recettori beta-adrenergici**: La dopamina non blocca i recettori beta-adrenergici. Si tratta di un agonista con attività dose-dipendente che stimola simultaneamente recettori dopaminergici e adrenalinici.
- **D) è un antagonista dei recettori alfa-adrenergici**: La sostanza non esercita alcun effetto antagonista sui recettori alfa-adrenergici. A concentrazioni elevate li attiva direttamente producendo vasocostrizione periferica.

7 **Il trattamento di prima linea (il più importante da somministrare) dello shock anafilattico prevede somministrazione di:**

A dopamina
B atropina
C dobutamina
D amiodarone
E adrenalina

Risposta giusta: E

L'adrenalina è il farmaco di prima scelta nello shock anafilattico perché agisce rapidamente sui **recettori alfa e beta**. Stimola la **vasocostrizione**, riduce l'**edema** delle vie aeree e risolve il **broncospasmo**, garantendo un effetto sistemico immediato che salva la vita.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) dopamina**: La dopamina non costituisce il trattamento d'elezione nell'anafilassi; può avere un ruolo in altre forme di shock ma non sostituisce l'adrenalina, che resta il farmaco fondamentale per la sua azione immediata.
- **B) atropina**: L'atropina viene impiegata principalmente per correggere la bradicardia sintomatica o gestire alcune intossicazioni, pertanto non è indicata come terapia urgente dello shock anafilattico.
- **C) dobutamina**: La dobutamina è un agente inotropo riservato allo shock cardiogeno e non possiede l'efficacia vasopressoria o broncodilatatoria richiesta per invertire la cascata anafilattica.
- **D) amiodarone**: L'amiodarone è un antiaritmico utilizzato per stabilizzare il ritmo cardiaco e non interagisce con i mediatori infiammatori o emodinamici coinvolti nello shock anafilattico.

---

8 **Un medico sta rianimando un paziente in tachicardia ventricolare (TV) senza polso. Permane TV senza polso dopo l'erogazione di 3 scariche di defibrillatore e una dose di 1 mg di adrenalina. Quale farmaco occorre somministrare successivamente?**

A Amiodarone
B Isoproterenolo
C Flecainide
D Dopamina
E Atropina

Risposta giusta: A

Nella tachicardia ventricolare senza polso persistente dopo tre scariche e adrenalina, si somministra un **antiaritmico di classe III**. Il farmaco viene inserito nei protocolli di rianimazione avanzata per favorire la conversione del ritmo e migliorare l'efficacia della defibrillazione successiva. L'intervento farmacologico mira specificamente alla risoluzione dell'instabilità elettrica ventricolare.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Isoproterenolo**: L'isoproterenolo accelera la frequenza cardiaca tramite effetto beta agonista, risultando completamente controindicato nelle aritmie ventriccolari pericolose.
- **C) Flecainide**: La flecainide è un antiaritmico ma non figura tra i farmaci raccomandati dai pathway di rianimazione per l'arresto cardiaco da TV senza polso.
- **D) Dopamina**: La dopamina possiede una marcata azione vasoattiva ed è riservata allo stato di shock o alle bradicardie refrattarie, senza alcun ruolo nella terapia della TV senza polso durante la rianimazione.
- **E) Atropina**: L'atropina trova indicazione clinica esclusiva nelle bradicardie sintomatiche e risulta priva di qualsiasi efficacia nella tachicardia ventricolare maligna.

---

9 **Un medico deve procedere a incannulazione dell'arteria radiale per il monitoraggio invasivo della pressione arteriosa. Prima della procedura è opportuno eseguire:**

A bolo di noradrenalina
B analgesia della cute con ghiaccio
C **test di Allen**
D arteriografia
E marcatura del sito chirurgico

Risposta giusta: C

Il **test di Allen** verifica la **circolazione collaterale** palmare prima dell'intervento. Conferma che l'**arteria ulnare** mantenga il flusso ematico in caso di occlusione della radiale. Previene ischemie digitali ed è prassi consolidata.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) bolo di noradrenalina**: La noradrenalina provoca vasocostrizione e modifica la pressione arteriosa stessa. Interferirebbe con il monitoraggio che si intende stabilire.
- **B) analgesia della cute con ghiaccio**: Il ghiaccio riduce marginalmente la percezione dolorosa della puntura cutanea. Non fornisce anestesia adeguata né controlla rischi vascolari.
- **D) arteriografia**: L'arteriografia è un esame strumentale complesso e invasivo. Non rientra nella pratica clinica standard per questo accesso.
- **E) marcatura del sito chirurgico**: La marcatura del sito chirurgico appartiene ai protocolli generali di sicurezza ma non valuta la permeabilità vascolare necessaria alla cannulazione.

---

10 **Un paziente deve essere sottoposto a un intervento chirurgico ortopedico. Subito dopo l'esecuzione dell'anestesia locoregionale, il paziente sviluppa i sintomi di tossicità sistemica da anestetico locale. Quale dei seguenti NON è un sintomo tipico di tale tossicità?**

A Intorpidimento della lingua
B Tinnito
C Convulsioni
D Aritmie cardiache
E **Iperventilazione**

Risposta giusta: E

La tossicità sistemica da anestetici locali mostra inizialmente segni **neurologici** precoci come parestesie, sapore metallico, tinnito e intorpidimento lingua o periorale. Il quadro può progredire fino ad arrivare a convulsioni e successive manifestazioni **cardiovascolari** quali aritmie e depressione miocardica. L'**iperventilazione** non rientra nelle manifestazioni classiche attese.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Intorpidimento della lingua**: l'intorpidimento della lingua è un sintomo molto frequente e precoce, che si manifesta sempre unitamente al formicolio periorale e al tinnito.
- **B) Tinnito**: il tinnito è un sintomo tipico ed è spesso precoce, poiché fa parte dei primi segnali neurologici dell'intossicazione sistemica.
- **C) Convulsioni**: le convulsioni rappresentano un segno classico e importante, indicando una tossività neurologica più avanzata rispetto ai soli sintomi iniziali.
- **D) Aritmie cardiache**: le aritmie cardiache sono tipiche soprattutto quando la tossicità interessa il sistema cardiovascolare, potendo evolvere fino alla depressione miocardica.

11 **Un paziente deve essere sottoposto a un intervento chirurgico ortopedico. Subito dopo l'esecuzione dell'anestesia locoregionale, il paziente sviluppa i sintomi di tossicità sistemica da anestetico locale. Qual è l'antidoto da somministrare?**

A Soluzione di Ringer lattato
B Soluzione glucosata 10%
C **Intralipid 20%**
D Soluzione glucosata 33%
E Soluzione fisiologica

Risposta giusta: C

Quando compare la tossicità sistemica da anestetico locale, il trattamento specifico è la terapia di salvataggio lipidico. L'emulsione lipidica endovenosa sequestra il farmaco nel compartimento lipidico, riducendone la quota libera in circolo e agendo da antidoto diretto insieme alle misure rianimatorie.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Soluzione di Ringer lattato**: Costituisce solo una soluzione di supporto utile per il riempimento volemico, quindi non rappresenta il trattamento specifico della tossicità.
- **B) Soluzione glucosata 10%**: Non ha alcun ruolo antidotico in questo contesto clinico e può essere utilizzata esclusivamente per altre indicazioni metaboliche non correlate.
- **D) Soluzione glucosata 33%**: È completamente fuori bersaglio poiché non possiede nessuna indicazione terapeutica come antidoto per la tossicità sistemica degli anestetici.
- **E) Soluzione fisiologica**: Non è un antidoto ma serve solo come supporto per l'accesso venoso o la stabilizzazione emodinamica, senza contrastare la tossicità del farmaco.

---

12 **Una donna di 45 anni giunge al Pronto Soccorso in coma e depressione respiratoria, il medico somministra naloxone cloridrato 0,4 mg per via endovenosa. Il naloxone cloridrato è:**

A **il farmaco di scelta nell'intossicazione acuta da oppiacei**
B indicato nella depressione respiratoria da benzodiazepine
C somministrato per via endovenosa per la prevenzione della stipsi da oppiacei
D una molecola di sintesi derivata dall'ossicodone
E un agonista degli oppiacei

Risposta giusta: A

Il naloxone è un antagonista degli oppioidi somministrato per invertire rapidamente l'intossicazione acuta. Ripristina la ventilazione polmonare bloccando i recettori responsabili della depressione respiratoria ed è il trattamento d'urgenza in pronto soccorso.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) indicato nella depressione respiratoria da benzodiazepine**: La depressione respiratoria indotta dalle benzodiazepine richiede flumazenil come antagonista specifico, mentre il naloxone agisce esclusivamente sui recettori oppioidi.
- **C) somministrato per via endovenosa per la prevenzione della stipsi da oppiacei**: Il farmaco non ha indicazione nella prevenzione della stipsi oppioide ed è riservato a casi di emergenza vitale per la sua azione sistemica rapida.
- **D) una molecola di sintesi derivata dall'ossicodone**: Si tratta di un composto di sintesi strutturamente simile ai morfani, ma non possiede alcuna provenienza chimica dall'ossicodone.
- **E) un agonista degli oppiacei**: Funziona come antagonista competitivo occupando i recettori senza attivarli, opponendosi agli effetti degli agonisti oppioidi invece di riproporli.

13 **Una paziente di 40 anni, asintomatica per dispnea, riferisce di aver avuto un episodio di fibrillazione atriale parossistica della durata di 24h un mese prima. All'ecocardiogramma si reperta un prolasso della mitrale da flail di P2 con insufficienza mitralica moderato-severa. Frazione d'eiezione (LVEF) 58%. In base alle recenti linee guida dell'European Society of Cardiology, quale procedura è indicata in tale paziente?**

A Ablazione a radiofrequenza del focus responsabile della fibrillazione atriale

B **Plastica della mitrale**

C Terapia medica

D Ablazione chirurgica del focus responsabile della fibrillazione atriale

E Posizionamento di Mitraclip percutanea

Risposta giusta: B

Paziente giovane con **insufficienza mitralica degenerativa** da flail di P2. Frazione di eiezione $58\ \%$ ancora conservata. Recente fibrillazione atriale parossistica segnala impatto elettrico della valvulopatia. Linee guida ESC indicano **riparazione chirurgica precoce** per elevata riparabilità e basso rischio operatorio, privilegiando la plastica per preservare la valvola nativa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ablazione a radiofrequenza del focus responsabile della fibrillazione atriale**: L'ablazione radiofrequenza tratta l'aritmia senza risolvere la causa valvolare primaria. Trattare solo l'aritmia risulta incompleto e inadeguato.
- **C) Terapia medica**: La terapia medica controlla sintomi e frequenza cardiaca ma non corregge il difetto strutturale. Non costituisce trattamento definitivo per insufficienza severa.
- **D)** Ablazione chirurgica isolata non risolve la patologia valvolare. Potrebbe essere associata alla plastica in casi selezionati, ma il trattamento cardine resta la correzione meccanica della valvola.
- **E) Posizionamento di Mitraclip percutanea**: Il Mitraclip percutaneo è riservato a pazienti ad alto rischio chirurgico o non candidabili all'intervento. Paziente giovane è candidata ideale per riparazione chirurgica standard.

14 **Il diverticolo di Meckel è:**

A una complicanza della dieta a basso contenuto di scorie

B caratteristico del sesso femminile

C **un'estroflessione della parete intestinale a fondo cieco a livello dell'ileo**

D un'estroflessione della parete esofagea a fondo cieco

E un'estroflessione della parete intestinale a fondo cieco a livello del colon

Risposta giusta: C

Il diverticolo di Meckel è un residuo embrionale del dotto onfalo-mesenterico che si manifesta come un'estroflessione a fondo cieco della parete intestinale. La sua sede anatomica caratteristica è l'**ileo**, rendendolo la più comune anomalia congenita dell'intestino tenue. Quando sintomatico, può provocare sanguinamento, infiammazione o presentazione clinica simile all'**appendicite**. Il concetto fondamentale da memorizzare è quindi il preciso riscontro sull'ileo, escludendo colon ed esofago.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) una complicanza della dieta a basso contenuto di scorie**: Impossibile in quanto il quadro non deriva da fattori nutrizionali o abitudini alimentari; trattandosi di una malformazione dello sviluppo embrionale, è totalmente estranea alle scelte dietetiche postnatali.
- **B) caratteristico del sesso femminile**: Inaccurata dato che la condizione è indipendente dal sesso biologico; è presente sin dalla nascita e mostra anzi una lieve predominanza nella popolazione maschile rispetto a quella femminile.
- **D) un'estroflessione della parete esofagea a fondo cieco**: Errata poiché l'anomalia congenita non appartiene alla parte alta del tratto digestivo; la sede esofagea è completamente estranea al dotto onfalo-mesenterico e alla fisiopatologia del diverticolo.
- **E) un'estroflessione della parete intestinale a fondo cieco a livello del colon**: Falsa perché il residuo non interessa l'intestino crasso bensì l'intestino tenue; la localizzazione è specifica per l'ileo e non per il colon.

15 **Una donna di 39 anni riferisce da circa tre mesi dolore anale violento scatenato dalla defecazione con episodi di sanguinamento. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Prolasso anale

B **Ragade anale**

C Fistola anale

D Emorroidi di I grado

E Ascesso rettale

Risposta giusta: B

Il quadro clinico indica una **ragade anale**. Si tratta di una **fessurazione della mucosa** che causa un dolore violento peggiorato dalla **defecazione**. La persistenza dei sintomi da tre mesi suggerisce una **forma cronica**, caratterizzata da piccole perdite di **sangue rosso vivo** e dolore persistente dovuto a spasmo sfinterico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Prolasso anale**: Il prolasso anale non è la presentazione tipica. Si manifesta con fuoriuscita di tessuto dal canale anale, senso di peso o incompleto svuotamento. Non presenta questo dolore acuto e il sanguinamento specifico della ragade.
- **C) Fistola anale**: La fistola anale non è la diagnosi più probabile. Questo quadro di solito provoca secrezione purulenta, irritazione locale e talvolta dolore. Tuttavia, non presenta il classico dolore acuto scatenato dall'evacuazione con sanguinamento tipico della ragade.
- **D) Emorroidi di I grado**: Le emorroidi di primo grado non corrispondono al quadro. In genere causano sanguinamento indolore. Il dolore importante orienta molto di più verso una ragade anziché verso una semplice patologia emorroidaria iniziale.
- **E) Ascesso rettale**: L'ascesso rettale non si adatta bene al caso. Il paziente presenta soprattutto dolore continuo, tumefazione, febbre e segni infiammatori. La sintomatologia non è caratteristicamente legata alla defecazione come nel caso descritto.

16 **Durante un'ecografia epatica effettuata per altri motivi in una donna di 58 anni, viene evidenziato un voluminoso calcolo singolo nella colecisti. La donna non ha disturbi riferibili alla patologia. Quale terapia deve essere consigliata alla paziente?**

A Intervento chirurgico di asportazione del calcolo, ma non della colecisti
B Intervento chirurgico di colecistectomia in elezione
C Litotrissia extracorporea
D Nessuna terapia
E Intervento chirurgico di colecistectomia in urgenza

Risposta giusta: D

La calcolosi biliare asintomatica scoperta incidentalmente richiede un **atteggiamento osservazionale**. I **rischi chirurgici** superano i benefici poiché la maggior parte dei calcoli **rimane stabile** senza causare complicanze. Si consiglia quindi solo il monitoraggio clinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Intervento chirurgico di asportazione del calcolo, ma non della colecisti**: Non prevede l'asportazione isolata della pietra poiché non è una procedura standardizzata e non risolve la causa anatomofisiologica sottostante. La colecisti continua a produrre bile satura di colesterolo, rendendo inevitabile il riassorbimento o la ricostituzione litiasica.
- **B) Intervento chirurgico di colecistectomia in elezione**: La colecistectomia in elezione non è indicata di routine nei pazienti completamente asintomatici. Viene riservata esclusivamente a casi selezionati con sintomi ricorrenti o condizioni specifiche che aumentano significativamente il rischio di evoluzione verso malattie serie.
- **C) Litotrissia extracorporea**: La litotrissia extracorporea ha un ruolo clinico molto limitato e selettivo, spesso considerato obsoleto. Il trattamento è escluso nel contesto silente anche per gli elevati tassi di recidiva e per la necessità di associazioni terapeutiche successive.
- **E) Intervento chirurgico di colecistectomia in urgenza**: L'intervento urgente è giustificato solo dalla presenza di quadri acuti come colecistite infettiva, colica biliare severa o complicanze ostruttive. In assenza totale di segni clinici, non esiste alcuna indicazione per un approccio chirurgico immediato.

17 **Un ragazzo di 21 anni si reca in Pronto Soccorso per dolore in fossa iliaca destra esacerbato dalla palpazione profonda con addome per altro trattabile. All'esame emocromocitometrico è presente importante leucocitosi (globuli bianchi 22.000/mm). Qual è la diagnosi più probabile? 3**

A Diverticolo di Meckel
B Perforazione intestinale
C **Appendicite acuta**
D Colica biliare
E Colica renale

Risposta giusta: C

Un paziente giovane con dolore localizzato alla **fossa iliaca destra**, **leucocitosi marcata** e dolorità alla palpazione profonda presenta un quadro tipico di **processo infiammatorio appendicolare**. La trattabilità addominale non esclude la patologia ed è compatibile con una fase iniziale non complicata.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Diverticolo di Meckel**: Il diverticolo di Meckel può provocare dolore addominale e complicanze infiammatorie o emorragiche, ma risulta meno probabile dell'appendicite in questo contesto clinico specifico e il quadro descritto è classicamente associato alla patologia principale.
- **B) Perforazione intestinale**: Una perforazione intestinale si manifesta solitamente con segni clinici di peritonite diffusi e un addome rigido o non trattabile, a differenza della presenza di un addome trattabile descritta nel caso.
- **D) Colica biliare**: La colica biliare genera dolore localizzato nell'ipocondrio destro o nell'epigastrio, una sede anatomica diversa dalla fossa iliaca destra menzionata nella descrizione del disturbo.
- **E) Colica renale**: La colica renale produce dolore tipicamente colico e spesso irradiato al fianco o all'inguine, senza la marcata leucocitosi infiammatoria localizzata o la sintomatologia urinaria tipica del quadro presentato.

18 **Un anziano (78 anni), con anamnesi patologica remota negativa, lamenta episodi di proctorragia persistenti da 4 mesi. Ha eseguito una visita proctologica, risultata negativa per patologie anali. A quale esame strumentale deve essere sottoposto in prima istanza?**

A TC addome senza mezzo di contrasto
B TC addome con mezzo di contrasto
C **Pancolonscopia**
D Clisma opaco
E Rettoscopia

Risposta giusta: C

In un paziente anziano con **proctorragia persistente** e visita proctologica negativa, l'origine del sanguinamento deve essere ricercata lungo tutto il grosso intestino. La **pancolonscopia** rappresenta l'**esame di prima scelta** perché consente di visualizzare direttamente l'intera mucola colica ed eseguire **biopsie** immediate su lesioni sospette. Questo percorso diagnostico è fondamentale per escludere neoplasie, polipi o diverticoli responsabili del disturbo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) TC addome senza mezzo di contrasto**: La TC addome senza mezzo di contrasto ha utilità molto limitata nello studio del sanguinamento rettale e non sostituisce l'esplorazione endoscopica. Non fornisce immagini adequate della parete intestinale né permette prelievi istologici mirati.
- **B) TC addome con mezzo di contrasto**: La TC addome con mezzo di contrasto può trovare indicazione in contesti clinici specifici ma non costituisce l'indagine iniziale. Di fronte al quadro descritto, la valutazione diretta della mucola mediante endoscopia rimane prioritaria per identificare fonti di perdita ematica anche piccole o pianificate.
- **D) Clisma opaco**: Il clisma opaco sfrutta mezzi di contrasto radiopachi per delineare contorni morfologici dell'intestino con risoluzione insufficiente. Risulta superato rispetto alla colonscopia perché impedisce la visione diretta della mucosa e rimuove la possibilità di effettuare biopsie o trattamenti locali tempestivi.
- **E) Rettoscopia**: La rettoscopia valuta esclusivamente il retto e i segmenti intestinali più distali, risultando insufficiente quando la visita proctologica ha già escluso cause anali. È necessario estendere l'indagine all'intero organo per localizzare correttamente la sede del versamento.

19 **Un paziente, non effetto da malattia di Crohn, lamenta la fuoriuscita di pus da un orifizio a circa 3 cm dal margine anale. Viene posta diagnosi di fistola perianale. Il trattamento consigliato è:**

A medico con antibioticoterapia mirata

B la malattia non è curabile

C **chirurgico**

D topico, con lavaggi accurati a base di disinfettanti

E la guarigione è spontanea in un'alta percentuale dei casi, per cui si consiglia l'osservazione

Risposta giusta: C

La fistola perianale è un **tratto fistoloso** che collega il canale anale o il retto alla cute perianale e difficilmente si chiude in modo stabile. Esclusa la comorbidità con la malattia di Crohn, la terapia definitiva richiede un **intervento chirurgico** per eliminare fisicamente il canale anomalo e prevenire recidive o complicanze. I farmaci sistemici mantengono solo un **ruolo adiuvante** nel controllo delle infezioni acute o degli ascessi associati.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) medico con antibioticoterapia mirata**: La somministrazione mirata di antibiotici non risolve il disturbo poiché agisce esclusivamente sulla carica batterica e non cancella la struttura anatomica permanente stabilita dal tragitto fistoloso.
- **B) la malattia non è curabile**: Tale affermazione risulta errata perché la patologia è curabile, sebbene l'operazione debba essere condotta con accuratezza per preservare la continenza e gestire il rischio di eventuali ricadute.
- **D) topico, con lavaggi accurati a base di disinfettanti**: I detergenti e le pratiche igieniche cutanee garantiscono un **beneficio locale** transitorio per l'irritazione epidermica, ma non toccano né chiudono il percorso sottocutaneo responsabile della secrezione continua.
- **E) la guarigione è spontanea in un'alta percentuale dei casi, per cui si consiglia l'osservazione**: La chiusura spontanea ha frequenza minima nella popolazione generale, rendendo l'osservazione passiva una strategia inadeguata quando la fistola è già documentata e il paziente presenta un emissario purulento sintomatico.

20 **Un paziente di 62 anni è stato sottoposto 3 anni prima a una emicolectomia destra per adenocarcinoma (pT2, N0, M0). Nel corso del follow-up viene identificato un nodulo polmonare periferico del lobo superiore destro, del diametro di 2 cm, unica sede di captazione a una PET-Total body. L'agobiopsia TC guidata del nodulo ha dimostrato che si tratta di adenocarcinoma metastatico. Il paziente non presenta altre comorbidità. Il trattamento consigliato è:**

A chemioterapia associata a radioterapia

B **resezione chirurgica**

C chemioterapia

D osservazione

E radioterapia

Risposta giusta: B

La presenza di una singola metastasi polmonare da adenocarcinoma del colon, senza altre sedi alla PET e senza comorbidità, indica uno stato **oligometastatico** clinicamente affrontabile. La metastasectomia associata alla **chirurgia** assicura il massimo controllo di malattia con **intento radicale**. Se il nodulo è tecnicamente resecile e il paziente è operabile, l'approccio operativo prevale sui soli sistemi farmacologici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) chemioterapia associata a radioterapia**: La sinergia tra chemioterapia e radioterapia manca di qualsiasi indicazione per questo quadro clinico. Tale iter terapeutico pertiene ad altri distretti neoplastici o alla malattia diffusamente non asportabile. Esclude la scelta ottimale per una singola sede polmonare operabile di origine colonica.
- **C) chemioterapia**: La chemioterapia non si configura come terapia iniziale di riferimento in questa circostanza. Pur rientrando nello spettro d'uso per il carcinoma metastatico generalizzato, viene posticipata quando coesiste una lesione unica e asportabile in un candidato idoneo. La priorità spetta alla valutazione chirurgica a fini curativi.
- **D) osservazione**: Il comportamento di sola osservazione appare del tutto errato dopo la diagnosi istologica di metastasi. Rinviare ogni manovra terapeutica comporterebbe l'abbandono di una reale possibilità di eradicazione definitiva. La prova anatomopatologica impone un percorso attivo invece di un semplice monitoraggio.
- **E) radioterapia**: La radioterapia non segue i criteri abituali in questo preciso scenario patologico. Si ipotizza esclusivamente in fasi particolari rigorosamente selezionate dai team specialistici. Rimane fermamente valido che per un metastaso polmonare isolato e tagsibile la procedura operativa mantenga un vantaggio decisivo.

21 **Una donna, sottoposta 5 mesi prima a intervento di gastrectomia totale per una neoplasia gastrica in stadio localmente avanzato, lamenta la comparsa di una tumefazione espansibile ai colpi di tosse, non dolente, in corrispondenza della ferita chirurgica. Qual è la diagnosi più verosimile?**

A Recidiva neoplastica in sede di ferita

B **Laparocele**

C Suppurazione della ferita con raccolta di pus

D Ernia di Spigelio

E Eventrazione

Risposta giusta: B

La diagnosi più probabile è un **laparocele**. La **tumefazione espansibile** ai colpi di tosse rivela un **difetto parietale** che consente la fuoriuscita transitoria di contenuto addominale. Questo evento è tipico delle ernie incisionali e spesso compare mesi dopo l'operazione, quando la cicatrizzazione fibrosa matura o il piano muscolo-fasciale cede progressivamente. L'assenza di dolore e la precisa localizzazione sul tracciato chirurgico completano il quadro diagnostico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Recidiva neoplastica in sede di ferita**: La recidiva neoplastica nella sede pregressa si presenta tipicamente come un nodulo duro, fisso ai piani profondi e in progressiva espansione volumetrica. Non presenta la caratteristica resecabilità o espandibilità con la tosse e non varia con la posizione o la respirazione.
- **C) Suppurazione della ferita con raccolta di pus**: Una suppurazione con raccolta di pus produrrebbe un quadro infiammatorio acuto locale: dolore marcato, arrossamento, aumento della temperatura cutanea, possibile escreato purulento dalla ferita e sintomatologia sistemica come febbre. Manca completamente il dinamismo alla manovra di spinta.
- **D) Ernia di Spigelio**: L'ernia di Spigelio origina lungo la linea semilunare, pertanto lateralemente al muscolo retto dell'addome e quasi sempre sotto il bordo inferiore dell'arcata costale. La ferita di una gastrectomia totale segue abitualmente una via mediana, escludendo anatomicamente questa sede.
- **E) Eventrazione**: Il termine eventrazione denota clinicamente una deiscenza parietale più estesa e spesso in fase subacuta, dove i visceri sono direttamente esposti o visibili senza un vero sacco erario coperto. Nel caso descritto la presentazione tardiva, coperta da pelle sana e non dolente richiede la denominazione specifica di laparocele.

22 **Una donna di 45 anni è affetta, da molto tempo, da una piccola ernia inguinale destra. Improvvisamente la tumefazione nota diventa dura e dolente. Si associa leucocitosi. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Appendicite acuta
B Sciatalgia
C **Ernia strozzata**
D Volvolo
E Aneurisma dell'aorta addominale

Risposta giusta: C

L'improvviso indurimento doloroso di un'ernia preesistente suggerisce lo strozzamento. La **compromissione vascolare del contenuto erniario** provoca ischemia e richiede una valutazione chirurgica urgente. La leucocitosi è compatibile con la risposta infiammatoria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Appendicite acuta**: Può causare dolore e leucocitosi, ma non spiega l'improvvisa modificazione di un'ernia inguinale preesistente.
- **B) Sciatalgia**: Il dolore da irritazione del nervo sciatico si irradia lungo l'arto inferiore e non rende dura una tumefazione inguinale.
- **D) Volvolo**: Provoca tipicamente dolore addominale e segni di occlusione intestinale, non l'indurimento localizzato di una tumefazione inguinale.
- **E) Aneurisma dell'aorta addominale**: Può presentarsi con dolore addominale o lombare e instabilità emodinamica, ma non spiega la trasformazione dolorosa di una piccola ernia inguinale.

23 **Un giovane motociclista ha un incidente stradale e subisce un violento trauma in ipocondrio sinistro. Giunge in Pronto Soccorso in stato di shock. All'ecografia dell'addome si evidenzia la rottura centro-parenchimale della milza con emoperitoneo. Qual è il trattamento di scelta?**

- **A** **Intervento di splenectomia in urgenza**
- **B** Infusione di farmaci procoagulanti
- **C** Terapia medica dello shock in attesa della cessazione del sanguinamento
- **D** Embolizzazione arteriografica dell'arteria splenica in urgenza
- **E** Compressione prolungata dell'addome superiore per tamponare la perdita di sangue

Risposta giusta: A

Nel trauma splenico grave con rottura centro-parenchimale ed emoperitoneo, la priorità è il controllo immediato dell'**emorragia attiva**. La presenza di **shock emorragico** esclude approcci conservativi e richiede un intervento di **splenectomia urgente** per stabilizzare il paziente.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Infusione di farmaci procoagulanti**: I farmaci procoagulanti non colmano una lacerazione parenchimale estesa e non possono sostituire il necessario controllo chirurgico meccanico della lesione.
- **C) Terapia medica dello shock in attesa della cessazione del sanguinamento**: La terapia medica dello shock è fondamentale nella rianimazione iniziale, ma è errato attendere una cessazione spontanea del sanguinamento in un soggetto emodinamicamente instabile.
- **D) Embolizzazione arteriografica dell'arteria splenica in urgenza**: L'embolizzazione arteriografica è indicata principalmente nei traumi splenici di pazienti emodinamicamente stabili o rapidamente stabilizzabili, risultando inadeguata e troppo lenta in caso di shock conclamato.
- **E) Compressione prolungata dell'addome superiore per tamponare la perdita di sangue**: Non è efficace perché la milza è un organo profondamente situato nell'addome e una compressione esterna non riesce a tamponare un sanguinamento intracavitario significativo.

24 **L'ernia di Morgagni rappresenta una tipologia poco frequente di ernia diaframmatica congenita. Qual è la tecnica più adeguata per la riparazione chirurgica di un difetto erniario di piccole dimensioni?**

A Riparazione mediante trasposizione di lembi peduncolati
B Riparazione mediante posizionamento di rete
C **Riparazione mediante sutura diretta**
D Riparazione mediante sutura diretta e posizionamento di rete
E Riparazione mediante posizionamento di plug

Risposta giusta: C

Per i difetti erniari di piccole dimensioni si predilige la **chiusura diretta** mediante sutura. Il **margine dei tessuti** consente una riparazione anatomica senza tensioni ed evita l'introduzione di **materiali protesici**. Questa opzione rappresenta lo standard operativo quando la geometria del gap lo permette.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Riparazione mediante trasposizione di lembi peduncolati**: La trasposizione di lembi peduncolati è una procedura complessa non riservata al trattamento routinario di piccoli difetti congeniti. Si valuta soltanto in presenza di rilevante perdita di sostanza o in caso di tessuti inadatti alla semplice sutura.
- **B) Riparazione mediante posizionamento di rete**: L'applicazione della rete è indicata solo per lesioni ampie o quando la chiusura primaria determinerebbe uno stress tensivo incompatibile con i margini anatomici. Nei difetti ridotti comporta un rischio protesico non giustificato.
- **D) Riparazione mediante sutura diretta e posizionamento di rete**: L'abbinamento di sutura e rete è una strategia sovradimensionata che complica l'intervento quando il difetto è già risolvibile con punti semplici. L'aggiunta di materiale sintetico non migliora la tenuta strutturale e incrementa inutilmente i tempi operatorii.
- **E) Riparazione mediante posizionamento di plug**: Il sistema a plug è consolidato nella chirurgia delle ernie inguinali e privo di indicazioni specifiche per la parete diaframmatica. Il suo utilizzo non risponde agli algoritmi validati per la riparazione delle ernie di Morgagni.

25 **Nella valutazione della gravità di un'ustione, vengono presi in considerazione diversi parametri clinici: l'età del paziente, l'estensione della superficie ustionata, la presenza di lesioni delle vie aeree e/o di gravi patologie associate (compromissione della funzione renale, cardiaca, epatica). Qual è la percentuale minima di superficie corporea che deve essere interessata per definire un paziente adulto come grande ustionato?**

A 40%
B 80%
C 5%
D 60%
E **20%**

Risposta giusta: E

Un paziente adulto viene classificato come grande ustionato quando l'estensione della superficie corporea **superiore al 20 %**. Oltre questa soglia il **rischio di complicanze sistemiche** aumenta significativamente, richiedendo una gestione intensiva. L'età, le lesioni delle vie aeree e le comorbidità integrano la valutazione ma il **parametro percentuale** resta il criterio base.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) 40%**: Il valore indicato eccede la soglia stabilita. Rappresenta un'estensione importante ma la definizione clinica scatta già dal valore corretto.
- **B) 80%**: L'estensione coinvolta è **estremamente grave** ma supera abbondantemente il confine inferiore necessario per la diagnosi.
- **C) 5%**: La copertura indicata è troppo ridotta per gli adulti. Una lesione estesa al 5 % può essere rilevante in distretti specifici o in pazienti **fragili** ma non basta da sola per la definizione clinica.
- **D) 60%**: La percentuale è eccessivamente elevata. Indica sicuramente un'ustione grave ma non rappresenta il limite diagnostico minimo.

26 **Un ragazzo si reca in Pronto Soccorso per dolore toracico sinistro e discreta dispnea a insorgenza improvvisa. A un RX del torace si dimostra la presenza di un pneumotorace completo sinistro. Qual è il provvedimento da adottare in prima istanza?**

- **A** **Drenaggio toracico**
- **B** Intervento chirurgico
- **C** Intubazione oro-tracheale e ventilazione assistita
- **D** Osservazione e nuovo RX dopo 12 ore
- **E** Osservazione e nuovo RX dopo 24 ore

Risposta giusta: A

In caso di **pneumotorace completo** con dispnea improvvisa è urgente procedere alla **evacuazione aria** pleurica. Il **drenaggio toracico** rappresenta il provvedimento iniziale ottimale per permettere la **riespansione polmonare**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Intervento chirurgico**: L'intervento chirurgico non costituisce una prima scelta standard. Si riserva a scenari selezionati come recidive multiple, fughe d'aria persistenti o patologie specifiche sottostanti.
- **C) Intubazione oro-tracheale e ventilazione assistita**: L'intubazione orale con ventilazione assistita è controindicata se applicata subito. La pressione positiva durante la ventilazione meccanica rischia di espandere ulteriormente il pneumotorace. Si considera solo in presenza di insufficienza respiratoria grave associata, dopo aver impostato il drenaggio pleurico.
- **D) Osservazione e nuovo RX dopo 12 ore**: L'osservazione è indicata esclusivamente per pneumotoraci piccoli e asintomatici. In presenza di dolore e collasso esteso non basta attendere un controllo radiografico a distanza di dodici ore.
- **E) Osservazione e nuovo RX dopo 24 ore**: Mantenere la stessa logica richiede ancora meno tempo. Aspettare ventiquattro ore espone a un peggioramento clinico e mantiene il polmone in stato di collasso senza terapia attiva.

27 **Una paziente di 80 anni riferisce la comparsa di dolore alla marcia, a livello del polpaccio, che si presenta dopo oltre 200 metri di marcia. In base alla classificazione di Fontaine dell'arteriopatia periferica, a quale stadio afferisce la paziente?**

- **A** **Stadio IIa**
- **B** Stadio I
- **C** Stadio IIb
- **D** Stadio III
- **E** Stadio IV

Risposta giusta: A

Nella classificazione di Fontaine lo stadio II corrisponde alla **claudicatio intermittens**, caratterizzata da dolore che insorge durante la deambulazione e scompare con il riposo. La distinzione tra IIa e IIb si fonda sulla **distanza percorsa**: nel IIa i sintomi compaiono dopo oltre 200 metri, mentre nel IIb prima di tale soglia. Il caso clinico descrive esattamente la prima situazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Stadio I**: Indica una condizione asintomatica dove l'arteriopatia è già anatomica ma non genera ancora disturbi motori.
- **C) Stadio IIb**: Presenta la stessa fisiopatologia ma con una limitazione funzionale maggiore, poiché il dolore insorge dopo meno di 200 metri.
- **D) Stadio III**: Rappresenta uno stadio più avanzato caratterizzato da **dolore ischemico a riposo**, sintomo di insufficienza vascolare critica.
- **E) Stadio IV**: Descrive la fase terminale della malattia con comparsa di **lesioni trofiche**, ulcere croniche o gangrena degli arti inferiori.

28 **Un paziente di 55 anni giunge in Pronto Soccorso per parestesie all'arto inferiore sinistro. All'esame obiettivo l'arto si presenta pallido, freddo e con ridotta forza muscolare. Qual è la diagnosi più verosimile?**

- **A** **Ischemia arteriosa**
- **B** Miosite
- **C** Trombosi venosa
- **D** Tromboembolia venosa
- **E** Displasia fibromuscolare

Risposta giusta: A

Il quadro clinico presenta **pallore**, **ipotermia**, **parestesie** e **riduzione della forza muscolare**, tipici di un'improvvisa sospensione dell'afflusso ematico arterioso. Questa carenza ossigenativa dannifica rapidamente i nervi e i muscoli distali, confermando l'eziologia vascolare a monte.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Miosite**: La miosite determina dolore e debolezza per infiammazione diretta del tessuto muscolare, ma non altera mai la perfusione cutanea né provoca pallore o freddo localizzato.
- **C) Trombosi venosa**: La trombosi venosa provoca edema, caldo e talvolta eritema per il mancato deflusso sanguigno verso il cuore, senza generare le manifestazioni ischemiche fredde.
- **D) Tromboembolia venosa**: La tromboembolia venosa coinvolge la circolazione di ritorno causando congestione e gonfiore, mentre il raffreddamento e l'imbianchimento necessitano di un'occlusione arteriosa.
- **E) Displasia fibromuscolare**: La displasia fibromuscolare è una vasculopatia cronica che induce ostruzioni progressive, incompatibile con l'esordio acuto descritto nel reparto di degenza urgente.

29 **Una donna di 45 anni presenta lesioni eritemato-ipercheratosiche non dolenti, di forma nummulare, a livello della regione scapolare. Si associano lesioni ipercheratosiche [01] con chiazza di alopecia cicatriziale [02] a livello del vertice del cuoio capelluto. Le lesioni del tronco, di vecchia data, tendono anch'esse all'atrofia cicatriziale e a lasciare esiti iperpigmentari soprattutto periferici. Tutte le lesioni tendono al peggioramento dopo l'esposizione solare. Qual è la terapia più indicata per questa paziente?**

A Antimicotici orali

B Calcipotriolo topico

C **Idrossiclorochina**

D Penicillina

E Fototerapia nbUVB

Risposta giusta: C

Il quadro clinico indica un **lupus discoide**, caratterizzato da lesioni eritemato-ipercheratosiche croniche con atrofia cicatriziale, alopecia cicatriziale e marcata **fotosensibilità**. L'**idroxiclorochina** rappresenta il trattamento di prima linea in quanto modula la risposta immunitaria cutanea e previene l'evoluzione fibrotica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Antimicotici orali**: Gli antimicotici orali sono esclusi poiché mancano segni clinici di colonizzazione fungina; la cronicità, la componente cicatriziale e la reattività alla luce orientano verso un processo autoimmuno-infiammatorio.
- **B) Calcipotriolo topico**: Il calcipotriolo topico è indicato principalmente per la psoriasi e non possiede l'efficacia immunomodulante necessaria per controllare la flogosi del lupus cutaneo cronico.
- **D) Penicillina**: La penicillina è riservata a patologie infettive come la sifilide, ma la morfologia delle lesioni e la fotosensibilità descritta sono incompatibili con una eziologia batterica specifica.
- **E) Fototerapia nbUVB**: La fototerapia nbUVB viene esclusa perché l'esposizione ai raggi ultravioletti aggrava le placche lupoidi, come dimostrano i sintomi che peggiorano dopo il sole.

30 **Una donna di 32 anni si presenta all'attenzione medica lamentando la comparsa di lesioni orticarioidi diffuse. In riferimento all'orticaria cronica spontanea, quale delle seguenti affermazioni è ERRATA?**

A Si definisce cronica quando le lesioni orticarioidi persistono per più di 6 settimane

B I pomfi sono migranti e fugaci

C La terapia di prima linea è rappresentata dagli antistaminici orali

D L'orticaria è una malattia allergica Th1 mediata

E Vi è un'associazione con la presenza di disturbi autoimmuni della tiroide

Risposta giusta: D

L'orticaria cronica spontanea non è una malattia allergica classica mediata da una risposta immunitaria Th1. Il meccanismo fisiopatologico coinvolge principalmente l'attivazione dei mastociti e spesso processi autoimmuni. Le restanti affermazioni descrivono correttamente i criteri diagnostici, le caratteristiche cliniche e la gestione terapeutica della patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Si definisce cronica quando le lesioni orticarioidi persistono per più di 6 settimane**: La definizione standard richiede che le lesioni cutanee persistano per **oltre sei settimane**, distinguendo nettamente il decorso dalla forma acuta.
- **B) I pomfi sono migranti e fugaci**: I pomfi presentano un andamento **migratore e fugace**, comparendo e risolvendosi nell'arco di poche ore senza lasciare tracce epidermiche.
- **C) La terapia di prima linea è rappresentata dagli antistaminici orali**: Il trattamento iniziale si basa sugli **antistaminici H1 di seconda generazione**, scelti preferenzialmente per efficacia e miglior profilo di sicurezza.
- **E) Vi è un'associazione con la presenza di disturbi autoimmuni della tiroide**: Numerosi studi confermano un'associazione clinica con **patologie autoimmuni tiroidee**, come la tiroidite di Hashimoto o la presenza di autoanticorpi specifici.

31 **Quale tra le seguenti forme di anemia è caratterizzata da un volume corpuscolare medio eritrocitario (MCV) elevato?**

A Anemia associata a insufficienza renale

B Anemia associata a stati infiammatori cronici

C Anemia associata a carenza di ferro

D Anemia associata a tratto beta-Talassemico

E Anemia associata a deficit di vitamina B12

Risposta giusta: E

La vitamina B12 regola la **sintesi del DNA**. Durante la carenza i precursori dei globuli rossi maturano con ritardo e continuano a crescere prima della divisione cellulare. Il risultato è una popolazione di grandi dimensioni, definita macrocitica, con valore di MCV superiore alla norma.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Anemia associata a insufficienza renale**: L'insufficienza renale diminuisce la produzione di eritropoietina. La minore stimolazione midollare abbassa il numero di eritrociti senza alterarne il ciclo di maturazione, mantenendo quindi un quadro normocitico.
- **B) Anemia associata a stati infiammatori cronici**: Gli stati infiammatori cronici inducono un'anemia normocitica per aumento della hepcidina, che sequestra il ferro. Può diventare lievemente microcitica in alcuni casi, ma non modifica mai le dimensioni verso l'alto.
- **C) Anemia associata a carenza di ferro**: La carenza di ferro limita direttamente la costruzione dell'eme. Meno pigmento significa minori volumi da riempire per ogni cellula, provocando un'anemia microcitica e ipocromica con valore di MCV inferiore alla norma.
- **D) Anemia associata a tratto beta-Talassemico**: Il tratto beta-talassemico causa un difetto sintetico delle catene beta dell'emoglobina. La ridotta capacità di accumulo intracellulare limita la crescita dei globuli rossi, risultando in un'anemia microcitica con MCV ridotto.

32 **Quale tra le seguenti caratteristiche è più tipica della macroglobulinemia di Waldenstrom piuttosto che del mieloma multiplo?**

A Lesioni osteolitiche

B Insufficienza renale

C Ipercalcemia

D Anemia

E Componente monoclonale sierica IgM

Risposta giusta: E

La macroglobulinemia di Waldenström si caratterizza per la produzione di immunoglobuline di classe **IgM** da parte di una proliferazione linfoplasmocitaria. Questa presenza spiega perché la rilevazione di una componente monoclonale sierica IgM orienta decisamente verso questa patologia rispetto al mieloma multiplo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Lesioni osteolitiche**: Le lesioni osteolitiche sono un elemento diagnostico fondamentale del mieloma multiplo e risultano marginali o inesistenti nella macroglobulinemia di Waldenström. Nel mieloma il coinvolgimento scheletrico determina dolore e fratture patologiche, mentre nella sindrome IgM prevalgono l'ingrandimento linfonodale, l'epatosplenomegalia e l'iperviscosità.
- **B) Insufficienza renale**: L'insufficienza renale è una complicanza classica del mieloma multiplo e non della macroglobulinemia di Waldenström. Nasce prevalentemente dal **danno da catene leggere** libere e dalla disidratazione, meccanismi poco frequenti nella forma IgM.
- **C) Ipercalcemia**: L'iper calcemia appartiene al reperto del mieloma multiplo ed è quasi assente nella sindrome di Waldenström. Deriva da un aumentato **riassorbimento osseo** attivo indotto dal microambiente midollare neoplastico tipico del mieloma.
- **D) Anemia**: L'anemia può comparire in entrambe le condizioni neoplastiche e quindi non funge da criterio differenziale. Nella macroglobulinemia di Waldenström compare principalmente per **infiltrazione midollare** diretta o sideropenia, ma il suo esordio graduale non distingue la malattia da quella mielomatosa.

33 **Una donna di 49 anni esegue un emocromo per il persistere di marcata astenia da diversi giorni. L'emocromo mostra una severa piastrinopenia associata a leucopenia e anemia. Quale tra le seguenti ipotesi NON rientra nella diagnosi differenziale delle pancitopenie?**

A Mielodisplasia

B **Leucemia linfatica cronica**

C Leucemia a cellule capellute

D Emoglobinuria parossistica notturna

E Anemia aplastica

Risposta giusta: B

La pancitopenia segnala un deficit globale dell'ematopoiesi o un'infiltrazione midollare. La leucemia linfatica cronica esordisce invece con **linfocitosi periferica isolata**, senza comprimere le altre due serie ematiche nelle fasi iniziali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Mielodisplasia**: Le sindromi mielodisplastiche sono una causa classica di pancitopenia nell'adulto per **emopoiesi disefficace**, con maturazione aberrante delle cellule staminali mieloidi.
- **C) Leucemia a cellule capellute**: La leucemia a cellule capellute si manifesta tipicamente con **pancitopenia marcata** accompagnata da splenomegalia importante, dovuta al riempimento dei sinusoidi midollari e splenici.
- **D) Emoglobinuria parossistica notturna**: L'emoglobinuria parossistica notturna comporta un **danno midollare progressivo** ed è strettamente correlata all'aplasia medulare, generando citopenie multiple e spesso severe.
- **E) Anemia aplastica**: L'anemia aplastica rappresenta la più frequente etiologia di pancitopenia per **esaurimento delle cellule staminali**, che determina il fallimento sintetico di eritrociti, globuli bianchi e piastrine.

34 **Qual è il trattamento di prima linea della malattia di Cushing?**

A Radioterapia della regione sellare

B Utilizzo di farmaci agonisti della somatostatina

C Utilizzo di farmaci inibitori della steroidogenesi

D Surrenectomia bilaterale

E Intervento chirurgico di asportazione dell'adenoma ipofisario

Risposta giusta: E

Nella malattia di Cushing l'ipercortisolismo deriva da un **adenoma ipofisario** che produce eccesso di ACTH. Il trattamento di **prima linea** è l'**intervento chirurgico** di rimozione del tumore mediante accesso transsfenoidale. Eliminare la lesione risolve direttamente la causa endocrina ed è lo standard clinico consolidato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Radioterapia della regione sellare**: La radioterapia sellare non si impiega come misura iniziale. Si riserva ai casi in cui la chirurgia non risulta risolutiva o non è fattibile, poiché ottiene una risposta terapeutica più graduale.
- **B) Utilizzo di farmaci agonisti della somatostatina**: Gli agonisti della somatostatina non costituiscono la terapia d'elezione. Possono essere inseriti in schemi multidisciplinari o usati come coadiuvanti ma non sostituiscono l'approccio chirurgico iniziale.
- **C) Utilizzo di farmaci inibitori della steroidogenesi**: Gli inibitori della steroidogenesi modulano la produzione di cortisolo in fase preoperatoria o nei pazienti non candidati all'ablazione ipofisaria. Rappresentano una gestione medica temporanea e non definiscono la cura definitiva.
- **D) Surrenectomia bilaterale**: La surrenectomia bilaterale non è indicata nella conduzione iniziale. Si prende in considerazione esclusivamente nelle forme recidivanti o refrattarie, dopo il mancato successo del trattamento ipofisario diretto.

35 **Una donna di 35 anni affetta da vitiligine si presenta dal medico di famiglia accusando ansia, dimagrimento di circa 4 kg e sensazione costante di corpo estraneo oculare. All'esame obiettivo la paziente presenta lieve esoftalmo e tachicardia con FC 110 bpm. Gli esami di laboratorio mostrano valori di TSH <0.001 mU/L con ormoni tiroidei liberi francamente aumentati. Tutte le seguenti affermazioni relative alla gestione del caso clinico sono corrette AD ECCEZIONE di una; quale?**

A. È consigliabile una terapia oculare topica con lacrime artificiali

B. L'esecuzione della scintigrafia tiroidea permette una diagnosi differenziale dell'ipertiroidismo

C. È consigliabile eseguire il dosaggio degli anticorpi anti-recettore del TSH per inquadramento diagnostico

D. La terapia con farmaci anti-tiroidei di sintesi è mirata al miglioramento del quadro oftalmologico

E. La tachicardia della paziente può essere trattata con beta bloccanti, ad esempio propranololo

Risposta giusta: D

Il quadro clinico indica un **morbo di Basedow-Graves** associato a **oftalmopatia lieve**. Gli **antitiroidei di sintesi** agiscono bloccando la produzione ormonale ma non influenzano direttamente l'infiammazione retro-orbitale. Qualsiasi miglioramento oculare risulta quindi solo secondario al controllo metabolico, senza rappresentare lo scopo terapeutico specifico del farmaco.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) È consigliabile una terapia oculare topica con lacrime artificiali**: Nel decorso lieve dell'oftalmopatia basedowiana le lacrime artificiali riducono efficacemente la secchezza e l'irritazione congiuntivale. Migliorano inoltre la costante sensazione di corpo estraneo tipica delle superfici cornee meno protette.
- **B) L'esecuzione della scintigrafia tiroidea permette una diagnosi differenziale dell'ipertiroidismo**: La scintigrafia tiroidea evidenzia la distribuzione del radiofarmaco nella ghiandola interessata. Discrimina con precisione l'iperproduzione diffusa caratterizzata dal Basedow rispetto a tiroiditi infiammatorie o foci nodulari autonomi.
- **C) È consigliabile eseguire il dosaggio degli anticorpi anti-recettore del TSH per inquadramento diagnostico**: La determinazione degli anticorpi anti-recettore del TSH conferma in modo solido la diagnosi differenziale. Questo dosaggio permette di distinguere chiaramente la patologia autoimmune da altre etiologie di ipertiroidismo.
- **E) La tachicardia della paziente può essere trattata con beta bloccanti, ad esempio propranololo**: I beta-bloccanti gestiscono rapidamente i sintomi adrenergici derivanti dall'eccesso tireotropo. Controllano tachicardia, tremore e ansia mantenendo la stabilità emodinamica in attesa dell'efficacia completa della terapia eziologica.

36 **Una donna di 52 anni si presenta dal medico di famiglia dopo un'influenza per comparsa di dolore al giugulo irradiato alla mandibola, febbre > 38 °C e malessere generalizzato. Il quadro clinico è sospetto per quale patologia tiroidea?**

A Morbo di Plummer
B Tiroidite subacuta (tiroidite di De Quervain)
C Tiroidite di Hashimoto
D Morbo di Basedow
E Carcinoma della tiroide

Risposta giusta: B

La presentazione clinica è tipica di una **tiroidite subacuta post-virale**. Dopo un'influenza compaiono febbre elevata, malessere generalizzato e **dolore nella regione anteriore del collo** che si irradia alla **mandibola**. Si tratta di un **processo infiammatorio doloroso**, carattere distintivo rispetto alle principali malattie tiroidee.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Morbo di Plummer**: Corrisponde a un ipertiroidismo tossico causato da adenoma o gozzo multinodulare. Il disturbo è prevalentemente funzionale e non infiammatorio, pertanto non giustifica il dolore al giugulo né il contesto infettivo recente.
- **C) Tiroidite di Hashimoto**: È una tiroidite autoimmune cronica, generalmente indolore e frequentemente associata a ipotiroidismo. Non spiega il quadro acuto febbrile e doloroso post-infezionale.
- **D) Morbo di Basedow**: Rappresenta un ipertiroidismo autoimmune con gozzo diffuso e sintomi da eccesso ormonale. Manca completamente la componente infiammatoria acuta e il dolore cervicale tipici del caso descritto.
- **E) Carcinoma della tiroide**: Si manifesta solitamente con la comparsa di un nodulo tiroideo o con segni compressivi cervicali. Febbre, malessere sistemico e dolore irradiato non fanno parte del suo quadro clinico caratteristico.

37 **Un paziente affetto da emicrania senza aura si rivolge a un neurologo per decidere la terapia più appropriata. Quale, tra i seguenti farmaci, rientra tra quelli da utilizzare durante l'attacco acuto dell'emicrania?**

A Diazepam

B **Agonisti del recettore della 5-idrossitriptamina (5-HT1)**

C Calcioantagonisti

D Dopamino-agonisti

E Inibitori della ricaptazione della serotonina

Risposta giusta: B

Durante l'attacco acuto di emicrania senza aura si impiegano farmaci ad azione rapida pensati per interrompere la crisi in corso. I **triptani** costituiscono la terapia di prima scelta perché stimolano specifici **recettori 5-HT1**. Questo intervento promuove una **vasocostrizione cranica** e riduce la conduzione del segnale doloroso, distinguendosi nettamente dagli schemi di **profilassi preventiva**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Diazepam**: Il diazepam è una benzodiazepina indicata per gestire stati ansiosi o spasmi muscolari, ma non possiede un meccanismo d'azione mirato a fermare la fisiopatologia dell'attacco emicranico.
- **C) Calcioantagonisti**: Farmaci come il verapamil possono trovare applicazione limitata nel controllo preventivo selezionato, tuttavia la loro cinematica e il profilo farmacologico non permettono di spegnere rapidamente la fase acuta della malattia.
- **D) Dopamino-agonisti**: La modulazione dopaminergica non rientra tra le strategie standard riconosciute; i disturbi gastrointestinali associati all'evento emigrinoso richiedono invece principi attivi **antiemetici convenzionali** e non agonisti della dopamina.
- **E) Inibitori della ricaptazione della serotonina**: Gli inibitori selettivi della ricaptazione operano principalmente in ambito psichiatrico e mancano di evidenze cliniche sia come terapia abortiva immediata sia come opzione profilattica di prima linea per l'emicrania.

38 **L'atenololo è considerato un beta bloccante selettivo. A bassi dosaggi, su quali recettori agisce?**

A Beta 1 e alfa 1

B **Solo beta 1**

C Solo beta 2

D Solo alfa

E Beta 1 e gamma

Risposta giusta: B

L'atenololo è un beta-bloccante **cardioselettivo** con maggiore affinità per i recettori **beta 1**, situati prevalentemente nel cuore. A **basse dosi** la selettività è marcata, concentrando l'effetto farmacologico su questi recettori. Solo aumentandole il farmaco perde specificità e inizia a interagire con altri sottotipi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Beta 1 e alfa 1**: L'atenololo manca di **attività alfa-bloccante** e quindi non modula gli alfa 1. Tale profilo appartiene ad altre molecole ipotonizzanti, non al farmaco in esame.
- **C) Solo beta 2**: Descrive l'esatto opposto del comportamento atteso. I beta-bloccanti selettivi privilegiano i beta 1 cardiaci anziché i beta 2, responsabili della contrazione muscolare e della regolazione vascolare periferica.
- **D) Solo alfa**: Identifica erroneamente il bersaglio molecolare. I recettori alfa non rispondono alla somministrazione di atenololo, confondendo completamente la classe farmacologica e la via di trasduzione del segnale.
- **E) Beta 1 e gamma**: I **recettori gamma** non fanno parte del sistema adrenergico coinvolto nell'azione di questi farmaci. La selezione introduce una classe recettoriale priva di rilievo per il meccanismo d'azione dei beta-bloccanti.

39 **Un ragazzo viene portato al Pronto Soccorso per marcato aumento della temperatura corporea, stato confusionale e crampi muscolari. La diagnosi è ipertermia da colpo di calore. Quale dei seguenti provvedimenti è quello più indicato per abbassare la temperatura corporea?**

A FANS endovena
B Combinazione di steroidi e paracetamolo
C Steroidi ad alte dosi
D **Raffreddamento fisico**
E Paracetamolo endovena ogni 4 ore

Risposta giusta: D

Il colpo di calore deriva da un **fallimento della dissipazione** corporea e non da un'alterazione del **set point ipotalamico**. Di conseguenza gli **antipiretici** non producono effetti utili sull'abbassamento termico. L'intervento prioritario consiste nel **raffreddamento fisico** immediato tramite immersione in acqua fredda o evaporazione rapida per bloccare il danno d'organo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) FANS endovena**: I FANS endovena agiscono riducendo la sintesi di prostaglandine durante la febbre, ma nel colpo di calore il meccanismo patogenetico è completamente diverso e i farmaci non risolvono il problema.
- **B) Combinazione di steroidi e paracetamolo**: La combinazione di corticosteroidi e paracetamolo unisce due sostanze prive di efficacia sul disturbo termoregolatorio sottostante e non può sostituire il trattamento definitivo basato sul raffreddamento esterno rapido.
- **C) Steroidi ad alte dosi**: Le alte dosi di steroidi non hanno alcun ruolo terapeutico riconosciuto nell'ipertermia da colpo di calore e non esercitano alcuna azione significativa sul controllo della temperatura.
- **E) Paracetamolo endovena ogni 4 ore**: Il paracetamolo endovena è un antipiretico efficace solo quando esiste un rialzo del set point ipotalamico, mentre nel colpo di calore la temperatura elevata non dipende da questo meccanismo.

40 **Un bambino di 3 anni presenta emorragie spontanee e ematuria. Viene fatta diagnosi di emofilia A. La nonna del bambino riferisce di aver avuto episodi di sanguinamento copioso in seguito a una estrazione dentaria. È possibile che la nonna fosse affetta anche lei da emofilia A?**

- **A** **Sì, perché l'emofilia A ha trasmissione X-linked recessiva e si manifesta nella sua forma più grave nei maschi e nelle femmine omozigoti**
- B Sì, perché l'emofilia A ha trasmissione autosomica recessiva
- C Sì, perché l'emofilia A è un tratto X-linked dominante
- D No, perché l'emofilia A ha trasmissione autosomica dominante e quindi anche la mamma doveva esserne affetta
- E No, perché l'emofilia A ha trasmissione Y-linked e quindi è stata ereditata dal padre

Risposta giusta: A

L'emofilia A segue un'eredità **X-linked recessiva**. I **maschi** sviluppano la patologia con un singolo allele mutato grazie all'unica copia cromosomica disponibile. Le **femmine omozigoti** presentano manifestazioni cliniche complete solo quando ereditano entrambe le copie alterate, circostanza statisticamente rara ma biologicamente possibile. Il quadro descritto mantiene dunque coerenza genetica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Sì, perché l'emofilia A ha trasmissione autosomica recessiva**: L'ereditarietà non appartiene ai meccanismi autosomici recessivi ma dipende dal locus cromosomico X. Una trasmissione autosomica produrrebbe un coinvolgimento simmetrico dei due sessi, contraddicendo la struttura familiare osservata.
- **C) Sì, perché l'emofilia A è un tratto X-linked dominante**: Non configurerebbe un modello di dominanza cromosomica ma una recesione. Una logica X-linked dominante garantirebbe l'espressione sintomatica già alle femmine eterozigoti, alterando completamente la distribuzione di penetranza attesa.
- **D) No, perché l'emofilia A ha trasmissione autosomica dominante e quindi anche la mamma doveva esserne affetta**: La genesi non è autosomica dominante e non impone un coinvolgimento obbligato della madre. Una trasmissione dominante assicurerebbe una propagazione verticale continua con alta probabilità fenotipica in ogni generazione intermedia.
- **E) No, perché l'emofilia A ha trasmissione Y-linked e quindi è stata ereditata dal padre**: Non esiste alcuna correlazione con vie di trasmissione strettamente paterneli Y-linked. Il gene responsabile risiede sul cromosoma X, rendendo impossibile un passaggio esclusivo da padre a figlio.

41 **In un uomo di 82 anni affetto da iperparatiroidismo, subito dopo un intervento di paratiroidectomia, compare una tumefazione del polso destro, accompagnata da importante dolore e impotenza funzionale. Una radiografia del polso evidenza una radio-opacità lineare in corrispondenza del legamento triangolare del carpo. Alla luce del quadro clinico e del dato radiologico, qual è la più verosimile causa di tale manifestazione?**

A Artrite reattiva

B Artrite da deposito di pirofosfato di calcio

C Artrite settica

D Artrite reumatoide a esordio tardivo

E Artrite da deposito di cristalli di acido urico

Risposta giusta: B

La radiografia rivela una **radio-opacità lineare** nel legamento triangolare del carpo, segno patognomonico di **condrocalcinosi**. Questo referto indica un **deposito di pirofosfato di calcio** nell'apparato fibrocartilagineo. Il quadro clinico acuto descrive una pseudogotta, malattia nota per associarsi a **iperparatiroidismo**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Artrite reattiva**: Non risulta assolutamente compatibile con questo quadro clinico poiché l'artrite reattiva si instaura in un contesto diverso prevalentemente post-infettivo e non si associa né alla particolare immagine radiologica né all'iperparatiroidismo pregresso.
- **C) Artrite settica**: Va sempre tenuta in considerazione nella diagnosi differenziale di un'articolazione acutamente dolente e tumefatta ma qui manca completamente il supporto radiologico tipico e soprattutto esiste già un elemento diagnostico molto orientante verso una malattia da cristalli.
- **D) Artrite reumatoide a esordio tardivo**: L'artrite reumatoide può interessare il polso senza dubbio ma non determina tipicamente quella specifica calcificazione lineare del legamento triangolare, che orienta invece decisamente verso la condrocalcinosi.
- **E) Artrite da deposito di cristalli di acido urico**: Anche la gotta da deposito di acido urico presenta un'esordio acuto e doloroso simile al quadro descritto ma il reperto radiologico classico non coincide con la calcificazione del legamento triangolare e il contesto clinico favorisce maggiormente la pseudogotta.

42 **In un uomo di 78 anni è stata iniziata recentemente una terapia per diabete mellito di tipo 2. Alla visita di controllo lamenta nausea e dolore addominale. Il paziente si presenta tachicardico (112 bpm) e tachipnoico (26 atti respiratori al min). Gli esami del sangue evidenziano: creatininemia 1.47 mg/dL, Na 133 mEq/L, K 4.01 mEq/L, Cl 100 mEq/L, pH arterioso 7.26, pCO 18 mmHg, HCO 8.1 mmol/L. Quale farmaco utilizzato per la terapia del diabete di tipo 2 può più frequentemente portare a tale quadro clinico? + + -2 3 -**

A Linagliptin

B **Metformina**

C Canagliflozin

D Acarbosio

E Rosiglitazone

Risposta giusta: B

Il quadro mostra una **acidosi metabolica** severa con compenso respiratorio: pH basso (7.26), bicarbonato ridotto ($8.1\ \mathrm{mmol/L}$) e $\mathrm{pCO_2}$ bassa ($18\ \mathrm{mmHg}$) per iperventilazione. La **metformina** può provocare un'acidosi lattica, soprattutto in soggetti anziani o con ridotta funzionalità renale (creatinina $1.47\ \mathrm{mg/dL}$). Nausea, dolore addominale, tachicardia e tachipnea sono i classici segni di accumulo di **lattato**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** Linagliptin fa parte degli inibitori della DPP-4, ha un ottimo profilo di sicurezza e agisce con meccanismo glucosio-dipendente, senza causare accumulo di acidi.
- **C)** Canagliflozin è un inibitore SGLT2 che può raramente indurre chetoacidosi euglicemica, ma il profilo ematologico qui descritto punta chiaramente all'acidosi lattica da metformina.
- **D)** Acarbosio causa solo disturbi gastrointestinali come meteorismo e diarrea per il blocco della digestione dei carboidrati, senza alterare il pH ematico.
- **E)** Rosiglitazone appartiene ai tiazolidinedioni e provoca ritenzione idrica con rischio di scompenso cardiaco, ma non è associato ad acidosi metabolica o lattica.

43 **Una donna di 88 anni si reca dal medico lamentando la comparsa, da alcuni giorni, di intenso dolore localizzato nell'emitorace destro. All'ispezione risultano evidenti numerose lesioni vescicolose, alcune già evolute in croste, prevalenti in regione sottomammaria destra e irradiate fino al dorso. Sulla base del sospetto diagnostico innescato da tale presentazione clinica, quale terapia dovrebbe essere proposta alla paziente?**

A Antinfiammatori topici

B **Terapia antivirale sistemica**

C Terapia topica locale con pomata a base di calcipotriolo e betametasone

D Crioterapia con azoto liquido

E Terapia steroidea sistemica

Risposta giusta: B

Il quadro clinico indica un **herpes zoster**, causato dalla riattivazione del **virus varicella-zoster** lungo un dermatomero. In un'anziana con lesioni recenti, si propone una **terapia antivirale sistemica** entro le prime 72 ore. Questo approccio riduce la moltiplicazione virale, attenua il dolore e previene complicanze neurologiche persistenti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Antinfiammatori topici**: Gli antinfiammatori topici garantiscono un debole controllo sintomatico locale. Non interrompono il processo patogênico e non alterano i tempi di guarigione.
- **C) Terapia topica locale con pomata a base di calcipotriolo e betametasone**: L'abbinamento tra calcipotriolo e betametasone è riservato al trattamento della psoriasi. Risulta completamente inefficace contro le patologie infettive.
- **D) Crioterapia con azoto liquido**: La crioterapia con azoto liquido è destinata alla rimozione di neoformazioni epidermiche innocue o precancerose. Non offre benefici nel quadro clinico descritto.
- **E) Terapia steroidea sistemica**: I cortisonici sistemici non costituiscono il fondamento terapeutico. Vengono impiegati soltanto in circostanze molto specifiche e sempre contestualmente agli antivirali.

44 **Quale delle seguenti NON è considerata un'infezione sessualmente trasmessa?**

A Gonorrea
B Tricomoniasi
C Infezione da HIV
D Cistite da E.coli
E Infezione da HPV

Risposta giusta: D

La cistite da $\mathrm{E.\ coli}$ non appartiene alle patologie a **via sessuale**. I patogeni sono tipicamente batteri di origine rettale che risalgono naturalmente lungo lo sphintere uretrale. La genesi della malattia dipende quindi dalla **flora endogena** e non dall'esposizione paritaria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Gonorrea**: La patologia batterica si acquisisce prevalentemente per via coitale. Il microorganismo penetra rapidamente attraverso le mucose dei genitali esterni ed interni.
- **B) Tricomoniasi**: La malattia è una patologia classica veicolata dal contatto genitale. Il flagellato patogeno colonizza direttamente l'epitelio mucoso maschile e femminile.
- **C) Infezione da HIV**: Il virus viene classificato come infezione trasmissibile per rapporto intimo. Può propagarsi anche attraverso scambio di fluidi ematici o canale verticalematerno-fetale.
- **E) Infezione da HPV**: Il papillomavirus rientra nei principali agenti sessuali umani. Diversi genotipi inducono proliferazioni epidermiche localizzate e alcuni promuovono trasformazioni maligne tissutali.

---

45 **Qual è, nel mondo, la principale causa di mortalità materna da cause dirette durante la gravidanza e fino a 42 giorni dopo il parto?**

A Aborto praticato in ambito non sicuro
B Ipertensione
C Emorragia
D Tromboembolismo
E Sepsi

Risposta giusta: C

L'**emorragia** è la principale causa diretta di mortalità materna nel mondo. Complica maggiormente il periodo del parto e il **postpartum** immediato. La sua rapida evoluzione richiede un **riconoscimento** e un **trattamento** tempestivi. Le cause dirette includono tutte le complicanze ostetriche legate direttamente alla gravidanza o al puerperio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Aborto praticato in ambito non sicuro**: Gli aborti non sicuri producono conseguenze fatali critiche in determinate realtà territoriali, ma il loro peso specifico resta secondario rispetto al dato aggregato internazionale sulla mortalità ostetrica.
- **B) Ipertensione**: Le sindromi ipertensive come preeclampsia ed eclampsia occupano certamente un posto d'onore tra i fattori letali, senza tuttavia riuscire a scalzare il primato assoluto dei sanguinamenti.
- **D) Tromboembolismo**: Il tromboembolismo genera marcata morbilità e mortalità secondaria, ma i registri sanitari mondiali ne registrano un'incidenza complessiva inferiore rispetto alle crisi emorragiche acute.
- **E) Sepsi**: La sepsi rappresenta un pericolo diretto evidente soprattutto nei sistemi sanitari fragili dove l'assistenza ostetrica è scarsa, rimanendo comunque posizionata dietro l'emorragia nelle classifiche globali.

46 **Una donna di 28 anni asintomatica si presenta alla visita ginecologica perché da 3 mesi non ha il ciclo mestruale. In precedenza il ciclo era regolare. Riferisce di aver eseguito 7 giorni prima un test di gravidanza sulle urine con esito negativo. Quale dei seguenti esami NON è indicato fare nel percorso diagnostico?**

A Ecografia pelvica
B Dosaggio ormone antimulleriano (AMH)
C Dosaggio ormone follicolostimolante
D Dosaggio prolattina
E Visita con esame speculare di vagina e collo

Risposta giusta: E

Nell'iter diagnostico di un'**amenorrea secondaria** in una paziente asintomatica, dopo aver escluso la **gravidanza** si valutano prioritariamente le **cause endocrine** e anatomiche più comuni. L'**esame speculare** non figura tra gli accertamenti di prima linea, poiché in assenza di sintomi specifici non fornisce dati utili alla comprensione del mancato flusso mestruale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ecografia pelvica**: È correttamente richiesta perché permette di esaminare la morfologia degli organi genitali interni. Rileva malformazioni congenite, conferma il fenotipo dell'ovaio policistico o identifica cisti e fibromi responsabili dell'ostruzione del normale ciclo.
- **B) Dosaggio ormone antimulleriano (AMH)**: Non costituisce il test primario, ma conserva un'utilità clinica specifica. Si richiama soprattutto per stimare la **riserva ovarica** e dirimere i dubbi su un eventuale esaurimento follicolare prematuro, quindi non appare chiaramente sconsigliato nelle opzioni proposte.
- **C) Dosaggio ormone follicolostimolante**: Fornisce il discrimine tra patologie centrali e periferiche. Valori alterati guide lo studios verso specifiche disfunzioni dell'**asse ipotalamo ipofisario**, consentendo di distinguere un'insufficienza gonadica primaria da un malfunzionamento ipofisario centrale.
- **D) Dosaggio prolattina**: Deve essere eseguito in fase iniziale poiché livelli sierici anomali inducono il blocco della funzione ovulatoria. La iperprolattinemia rimane una delle eziologie più diffuse e il suo dosaggio permette di indirizzare tempestivamente la terapia farmacologica appropriata.

47 **Una donna di 37 anni, all'ottava settimana di gravidanza, ai primi esami presenta Hb 9,5 g/dL e MCV 72 fl. Quale di queste condizioni NON può essere la causa dei valori presentati nello scenario?**

A beta-talassemia in forma eterozigote
B Malattia celiaca misconosciuta
C Anemia sideropenica da dieta incongrua
D Anemia da carenza di vitamina B12 causata da dieta vegana
E Tratto talassemico

Risposta giusta: D

Hb 9,5 g/dL e MCV 72 fl indicano un'**anemia microcitica**. La carenza di **vitamina B12** causa tipicamente un'anemia **macrocitica**, quindi non spiega questi valori.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) beta-talassemia in forma eterozigote**: La beta-talassemia eterozigote può presentarsi con microcitosi e talvolta anemia lieve, quindi è una diagnosi da considerare.
- **B) Malattia celiaca misconosciuta**: La celiachia può causare malassorbimento di ferro e quindi anemia sideropenica microcitica, anche come primo segno clinico.
- **C) Anemia sideropenica da dieta incongrua**: Una dieta povera di ferro può causare anemia sideropenica. In gravidanza il fabbisogno di ferro aumenta, rendendo plausibili Hb bassa e MCV ridotto.
- **E) Tratto talassemico**: Il tratto talassemico può dare microcitosi, spesso con anemia lieve o assente, ed è compatibile con i dati dell'emocromo.

48 **Una donna alla 38esima settimana di gravidanza, che finora si è svolta in modo fisiologico, si presenta in Pronto Soccorso per intenso dolore epigastrico, edemi declivi con rialzo pressorio e contrazione della diuresi a urine limpide. Quale patologia è la più probabile tra le seguenti?**

- **A** **Pre-eclampsia**
- **B** Ipertensione gestazionale severa
- **C** Diabete gestazionale
- **D** Sindrome HELLP
- **E** Gastrite emorragica

Risposta giusta: A

Il quadro clinico si caratterizza per ipertensione insorta nel terzo trimestre, edemi declivi, riduzione della diuresi e dolore epigastrico. Questi reperti indicano un coinvolgimento sistemico tipico della pre-eclampsia. Le urine limpide escludono un'infezione urinaria ma confermano la natura ipertensiva del disturbo. Il dolore epigastrico segnala una possibile sofferenza epatica o un'evoluzione verso forme severe.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ipertensione gestazionale severa**: L'ipertensione gestazionale severa si limita al rialzo pressorio senza manifestazioni d'organo. La presenza di oliguria e dolore epigastrico indica già un interessamento sistemico che sposta la diagnosi verso la pre-eclampsia.
- **C) Diabete gestazionale**: Il diabete gestazionale provoca alterazioni metaboliche e complicanze ostetriche, ma non giustifica l'ipertensione improvvisa, gli edemi marcati, l'oliguria né il dolore epigastrico.
- **D) Sindrome HELLP**: La sindrome HELLP è una complicanza definita da emolisi, aumento degli enzimi epatici e piastrinopenia. La mancanza di questi dati di laboratorio nella traccia non permette di formularla come diagnosi principale rispetto alla presentazione clinica.
- **E) Gastrite emorragica**: La gastrite emorragica può causare dolore epigastrico, ma non spiega il quadro combinato di ipertensione, edema e oliguria. I segni vascolari orientano verso una patologia ostetrica piuttosto che verso una semplice lesione gastrica.

49 **Una donna alla 13esima settimana di gravidanza ha eseguito un test combinato (ecografia + prelievo di sangue materno) con esito di rischio elevato per sindrome di Down. Che cosa comprende l'esecuzione del test combinato?**

A Misurazione dell'osso nasale, dosaggio estriolo e ormone lattogeno placentare su sangue materno

B Misurazione translucenza nucale, dosaggio prolattina e free-beta-HCG su sangue materno

C **Misurazione translucenza nucale fetale, dosaggio PAPP-A e free-beta-HCG su sangue materno**

D Flusso nel dotto venoso fetale, misurazione translucenza nucale, dosaggio PAPP-A su sangue materno

E Misurazione dell'osso nasale, dosaggio HCG e PRL su sangue materno

Risposta giusta: C

Il test combinato del primo trimestre stima il rischio di trisomia 21 unendo un reperto ecografico e due marcatori biochimici. L'esame strumentale valuta la translucenza nucale fetale, mentre l'analisi ematica quantifica PAPP-A e free-beta-HCG. L'integrazione di questi tre indicatori permette di calcolare il rischio genetico individuale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Misurazione dell'osso nasale, dosaggio estriolo e ormone lattogeno placentare su sangue materno**: L'estriolo libero e l'ormone lattogeno placentare sono biomarcatori impiegati in programmi di valutazione differenti e non partecipano al calcolo del rischio combinato. La loro inclusione altererebbe completamente il profilo biochimico previsto per lo screening del primo trimestre.
- **B) Misurazione translucenza nucale, dosaggio prolattina e free-beta-HCG su sangue materno**: La prolattina non ha alcuna valenza diagnostica in questo contesto clinico e neppure nei pannelli prenatali standard. Il marcatore proteico corretto da associare all'HCG libero è esclusivamente la PAPP-A, la cui assenza invalida il protocollo.
- **D) Flusso nel dotto venoso fetale, misurazione translucenza nucale, dosaggio PAPP-A su sangue materno**: Il flusso ematico nel dotto venoso viene inserito solo in percorsi diagnostici di livello superiore come integrazione opzionale. Il protocollo standard richiederebbe comunque il dosaggio della free-beta-HCG, elemento indispensabile per bilanciare il punteggio del rischio insieme alla PAPP-A.
- **E) Misurazione dell'osso nasale, dosaggio HCG e PRL su sangue materno**: L'osso nasale è un parametro ecografico accessorio e non sostituisce la misurazione fondamentale della parete posteriore del collo fetale. La prolattina è un ormone non utilizzato negli screening cromosomici e il valore da dosare deve essere specificamente la frazione libera dell'HCG.

50 **Una ragazza di 22 anni, nullipara, si reca dal ginecologo per chiedere un contraccettivo sicuro. Ha lo stesso partner da 2 anni con cui ha sempre utilizzato il condom, ma dopo che questo si è sfilato durante un rapporto, la ragazza ha dovuto ricorrere alla contraccezione d'emergenza e vorrebbe cambiare metodo. Nell'anamnesi risulta che la ragazza soffre da anni di emicrania con aura. Quali possibili alternative contraccettive potrebbe consigliare il ginecologo a questa paziente?**

A Pillola estroprogestinica associata a IUD non medicato

B Pillola estroprogestinica associata a dispositivo meccanico

C Cerotto contraccettivo

D Anello contraccettivo

E Pillola con solo progestinico oppure IUD medicato con progestinico

Risposta giusta: E

L'**emicrania con aura** è una controindicazione assoluta per i metodi che contengono **estrogeni**, poiché aumenta il **rischio trombotico**. Si preferiscono soluzioni al **solo progestinico** o dispositivi intrauterini rilascianti progestinico, garantendo efficacia senza compromettere la sicurezza vascolare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Pillola estroprogestinica associata a IUD non medicato**: L'associazione conserva la formulazione ormonale mista, ribadendo la controindicazione. Il dispositivo intrauterino non medicato al rame rappresenterebbe un'alternativa percorribile solo se usato in monoterapia.
- **B) Pillola estroprogestinica associata a dispositivo meccanico**: La prescrizione include una pillola estroprogestinica, mantenendo quindi la componente estrogenica. Un ausilio meccanico puro sarebbe stato lecito, ma l'unione alla compressa rende la strategia inadatta.
- **C) Cerotto contraccettivo**: Il cerotto contraccettivo è un sistema combinato che veicola estrogeni. La sua indicazione è sconsigliata nel citato quadro clinico per l'incremento della trombogenicità.
- **D) Anello contraccettivo**: L'anello vaginale appartiene alla famiglia dei sistemi combinati estrogeno-progestinici. Condivide la medesima limitazione terapeutica per l'esposizione agli estrogeni.

51 **Una donna di 51 anni, senza altre rilevanti patologie in anamnesi personale e familiare, viene sottoposta a isterectomia e annessiectomia bilaterale per la presenza di un mioma uterino che determina perdite ematiche anomale. Dopo circa 4 mesi dall'intervento si rivolge alla ginecologa per la presenza di intensi fenomeni vasomotori che le impediscono di dormire. Due mesi prima ha acquistato in farmacia un preparato contenente fitoestrogeni che sta tuttora assumendo con miglioramento scarso o nullo. Qual è l'opzione terapeutica consigliabile?**

A Terapia ormonale sostitutiva combinata con estradiolo e progestinico per via transdermica

B Paroxetina

C Terapia ormonale sostitutiva con estradiolo per via transdermica e progestinico per via orale

D Terapia ormonale sostitutiva con estradiolo per via transdermica

E Terapia ormonale sostitutiva con etinilestradiolo e progestinico per via orale

Risposta giusta: D

In questa paziente si configura una **menopausa chirurgica** dovuta alla rimozione delle ovaie e dell'utero. I sintomi vasomotori intensi richiedono un trattamento con **soluzioni estrogeniche**. La via **transdermica** ottimizza l'assorbimento sistemico e riduce i rischi metabolici ed emorragici. Poiché l'endometrio è stato asportato, non è necessaria alcuna copertura con **progestinici**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Terapia ormonale sostitutiva combinata con estradiolo e progestinico per via transdermica**: La terapia prevede un abbinamento farmacologico non richiesto dalla situazione clinica attuale. Il principio attivo addizionale va impiegato solo per contrastare proliferazioni anomale quando l'utero è integro e non durante il decorso post-isterectomico.
- **B) Paroxetina**: La paroxetina è un antidepressivo che può attenuare le vampate agendo sui neurotrasmettitori centrali. Viene considerata una scelta di **seconda linea** riservata ai casi in cui la terapia ormonale sia clinicamente controindicata o rifiutata dalla paziente.
- **C) Terapia ormonale sostitutiva con estradiolo per via transdermica e progestinico per via orale**: Il dosaggio di estradiolo transdermico è corretto ma associa un agente di sola protezione endometriale. La sua prescrizione è ingiustificata in quanto l'annessiectomia bilaterale ha già eliminato il rischio di iperplasia o neoplasia dell'endometrio.
- **E) Terapia ormonale sostitutiva con etinilestradiolo e progestinico per via orale**: L'etinilestradiolo è un derivato sintetico destinato esclusivamente alla **contraccezione** e non al ripristino fisiologico post-menopausale. Aggiunge inoltre un progestinico che risulterebbe completamente inefficace e controindicato senza un utero funzionale.

52 **Nel calcolo della specificità di un test diagnostico:**

A la formula è: Veri positivi / (Falsi negativi + Falsi positivi)

B la formula è: Veri negativi / (Veri negativi + Falsi positivi)

C il risultato dipende dalla prevalenza della patologia in esame

D la formula è: Veri negativi / (Veri negativi + Falsi negativi)

E la formula è: Veri positivi / (Veri positivi + Falsi negativi)

Risposta giusta: B

La **specificità** misura la capacità del test di riconoscere correttamente gli **soggetti sani**. Si calcola dividendo i veri negativi per la somma di veri negativi e falsi positivi. Il risultato indica quante volte il campione non presenta reazioni anomale quando la malattia è effettivamente assente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) la formula è: Veri positivi / (Falsi negativi + Falsi positivi)**: La costruzione matematica proposta è priva di significato diagnostico. Il numeratore fa riferimento alla capacità di individuare i malati, mentre il denominatore mescola errori di classe diversa senza corrispondere a alcun parametro validato.
- **C) il risultato dipende dalla prevalenza della patologia in esame**: L'indicatore costituisce una proprietà intrinseca del dispositivo e rimane stabile al variare della **prevalenza** nella popolazione target. Quest'ultima incide fortemente sui valori predittivi, ma non modifica il comportamento del protocollo sui controlli negativi.
- **D) la formula è: Veri negativi / (Veri negativi + Falsi negativi)**: Il denominatore include erroneamente i falsi negativi, che rappresentano i casi patologici non rilevati. Tale relazione richiama funzioni simili al valore predittivo negativo, confermandosi estranea alla misurazione dell'affidabilità nei sani.
- **E) la formula è: Veri positivi / (Veri positivi + Falsi negativi)**: Questa configurazione corrisponde esattamente alla **sensibilità**, ovvero all'indice richiesto nel paragrafo precedente ma con focus opposto. Essa valuta la percentuale di individui affetti che vengono correttamente classificati come positivi dal protocollo.

53 **La legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale è:**

A la legge 189/2012
B il decreto legislativo 502/1992
C la legge 24/2017
D **la legge 833/1978**
E la legge 517/1999

Risposta giusta: D

La legge 833/1978 istituisce ufficialmente il Sistema Sanitario Nazionale. Definisce i principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle cure. Segna il passaggio storico da un sistema mutualistico a un modello pubblico e universalistico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) la legge 189/2012**: La legge 189/2012 (conversione del **decreto Balduzzi**) riguarda la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e la responsabilità professionale; arriva oltre trent'anni dopo la nascita del Servizio Sanitario Nazionale e non lo istituisce.
- **B) il decreto legislativo 502/1992**: Il decreto legislativo 502/1992 riforma l'assetto organizzativo e gestionale del SSN. Non lo istituisce perché il servizio era già operativo dal 1978.
- **C) la legge 24/2017**: La norma 24/2017 disciplina la sicurezza delle cure e la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Non riguarda l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.
- **E) la legge 517/1999**: Il riferimento normativo 517/1999 non ha alcun legame con la nascita del SSN. Rappresenta una data storicamente estranea al processo costitutivo.

---

54 **L'accuratezza di un esame diagnostico rappresenta:**

A **la capacità dell'esame di individuare correttamente soggetti affetti e non affetti dalla malattia sul totale dei soggetti esaminati**
B la frazione dei soggetti negativi all'indagine sul totale dei sani
C la frazione dei soggetti positivi all'indagine sul totale dei malati
D l'attendibilità di un esame con esito negativo
E l'attendibilità di un esame con esito positivo

Risposta giusta: A

L'accuratezza di un esame diagnostico indica la sua capacità complessiva di identificare correttamente sia i malati sia i sani. Si calcola rapportando il numero di **classificazioni corrette** al **totale dei soggetti esaminati**. Questo indicatore globale valuta l'efficienza complessiva del test senza limitarsi agli unici esiti positivi o negativi.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) la frazione dei soggetti negativi all'indagine sul totale dei sani**: Corrisponde alla specificità, intesa come la frazione di test negativi calcolata esclusivamente sul gruppo dei soggetti sani.
- **C) la frazione dei soggetti positivi all'indagine sul totale dei malati**: Descrive la sensibilità, vale a dire la proporzione di esami positivi tra coloro che hanno effettivamente la patologia.
- **D) l'attendibilità di un esame con esito negativo**: Rappresenta il valore predittivo negativo, definito come la probabilità che chi riceve un esito negativo sia realmente sano.
- **E) l'attendibilità di un esame con esito positivo**: Indica il valore predittivo positivo, ovvero la probabilità che chi ottiene un risultato positivo abbia effettivamente la malattia.

55 **Quanti casi di Morbillo sono stati notificati in Italia al sistema di sorveglianza nel 2017?**

A Circa 1.000
B Circa 500
C **Circa 5.000**
D Circa 2.000
E Circa 10.000

Risposta giusta: C

Nel 2017 si registrò un marcato **aumento** dei casi di morbillo. Il fenomeno fu legato a una **circolazione virale** sostenuta e a **coperture vaccinali** insufficienti in alcune fasce di popolazione. Le notifiche al sistema di sorveglianza superarono le migliaia e la stima corretta corrisponde a circa 5.000 casi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Circa 1.000**: Risultata fortemente sottostimata, poiché si distanzia nettamente dal dato reale certificato dalle autorità sanitarie.
- **B) Circa 500**: È troppo bassa e richiama anni con incidenza più contenuta, escluso il 2017 caratterizzato da recrudescenza elevata.
- **D) Circa 2.000**: Pur avvicinandosi ai valori reali, rimane inferiore al conteggio effettivo che vide moltiplicarsi gli eventi infettivi.
- **E) Circa 10.000**: Appare eccessiva perché, sebbene il focolaio fosse diffuso, le segnalazioni ufficiali non toccarono mai tale livello.

56 **Quale dei seguenti assunti relativi alla Malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE) è ERRATO?**

A Per un controllo ottimale del pH, gli inibitori della pompa protonica (IPP) dovrebbero essere assunti 30-60 minuti prima del pasto

B **La manometria esofagea è raccomandata per la diagnosi di MRGE**

C Un ciclo di 8 settimane di inibitori di pompa protonica (IPP) rappresenta la terapia di scelta per il miglioramento della sintomatologia e la guarigione dell'esofagite erosiva

D Il calo ponderale è raccomandato nei pazienti affetti da MRGE in sovrappeso

E Lo screening per l'infezione da H. pylori non è raccomandato

Risposta giusta: B

La **manometria esofagea** valuta la contrattilità muscolare e il tono dello sfintere inferiore, ma non diagnostica il reflusso. Viene riservata a contesti selezionati, come la valutazione pre-operatoria o lo studio di sospette alterazioni motorie. La conferma della MRGE si basa sul quadro clinico, sulla risposta ai farmaci e, nei casi incerti, su esami di pH-metria o impedenziometria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Per un controllo ottimale del pH, gli inibitori della pompa protonica (IPP) dovrebbero essere assunti 30-60 minuti prima del pasto**: Gli inibitori di pompa protonica vanno assunti trenta sessanta minuti prima dell'alimentazione. Questa tempistica coordina l'assorbimento del farmaco con l'attivazione enzimatica delle cellule parietali post-prandiali, garantendo un controllo ottimale del pH gastrico durante la digestione.
- **C) Un ciclo di 8 settimane di inibitori di pompa protonica (IPP) rappresenta la terapia di scelta per il miglioramento della sintomatologia e la guarigione dell'esofagite erosiva**: Un ciclo di otto settimane rappresenta il regime posologico iniziale consolidato. Sopprime efficacemente la secrezione acida, ottenendo il rapido risentimento della sintomatologia e permettendo la completa guarigione delle lesioni mucose nell'esofagite erosiva.
- **D) Il calo ponderale è raccomandato nei pazienti affetti da MRGE in sovrappeso**: Il **calo ponderale** è una misura fondamentale nei pazienti con eccesso di peso. Ridurre la massa grassa addominale diminuisce la pressione intra-addominale, limitando fisicamente la risalita del contenuto gastrico verso l'esofago.
- **E)** Lo screening per *H. pylori* non rientra nei percorsi gestionali standard del reflusso. L'infezione batterica non modifica il meccanismo di insufficienza sfinteriale e non richiede eradicazione specifica in questa condizione.

57 **Una donna di 21 anni riferisce episodi di lieve ittero iniziati nell'adolescenza. L'ultimo episodio si è verificato dopo l'inizio di assunzione di anticoncezionali orali. Per il resto è asintomatica. Viene posto il sospetto di sindrome di Dubin-Johnson. Quale di queste affermazioni è corretta per tale sindrome?**

A Ha un pattern di ereditarietà autosomico dominante
B L'iperbilirubinemia è prevalentemente indiretta
C **L'iperbilirubinemia è prevalentemente diretta**
D L'iperbilirubinemia è mista
E Oltre all'iperbilirubinemia è presente aumento della fosfatasi alcalina

Risposta giusta: C

Nella sindrome di Dubin-Johnson il difetto consiste nell'**escrezione canalicolare** della bilirubina coniugata. Il fegato coniuga normalmente la bilirubina ma non riesce a trasportarla efficacemente nella bile. Di conseguenza l'iperbilirubinemia è **prevalentemente diretta**. Si tratta di una condizione benigna spesso rilevata in giovani asintomatici e può peggiorare sotto stimoli come gravidanza o assunzione di estroprogestinici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ha un pattern di ereditarietà autosomico dominante**: L'ereditarietà di questa condizione è di tipo **autosomico recessivo**, non dominante. Questo dettaglio genetico distingue chiaramente il disturbo da altre sindromi da ittero familiare benigno.
- **B) L'iperbilirubinemia è prevalentemente indiretta**: La frazione indiretta si eleva nei difetti di coniugazione o nelle emolisi. In questa patologia la coniugazione è funzionale, il blocco avviene solo a livello dell'escrezione verso il lume biliare.
- **D) L'iperbilirubinemia è mista**: L'ittero misto suggerisce patologie epatiche più complesse o processi emolitici attivi. La sindrome di Dubin-Johnson mostra invece un quadro selettivo con aumento predominante della bilirubina coniugata.
- **E) Oltre all'iperbilirubinemia è presente aumento della fosfatasi alcalina**: La fosfatasi alcalina aumenta nelle colestasi ostruttive o infiammatorie vere. Nei pazienti con sindrome di Dubin-Johnson gli altri indici di funzionalità epatica restano generalmente normali o poco modificati.

58 **Una donna di 22 anni si sottopone a biopsia intestinale dopo un'iniziale valutazione clinica e laboratoristica. L'esame istologico dimostra appiattimento dei villi, iperplasia delle cripte, incremento dei linfociti intraepiteliali, come illustrato nella figura. Con quale delle seguenti malattie può essere compatibile il reperto istologico?**

A Malattia di Crohn
B Tumore neuroendocrino dell'intestino tenue
C Sensibilità al Glutine Non-Celiaca
D Malattia di Whipple
E Malattia celiaca

Risposta giusta: E

L'esame istologico mostra **appiattimento dei villi**, **iperplasia delle cripte** e incremento dei **linfociti intraepiteliali**. Questi reperti indicano un **danno immuno-mediato** della mucosa del tenue. Il quadro è caratteristico della malattia celiaca in pazienti giovani.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Malattia di Crohn**: Il morbo di Crohn interessa l'intestino tenue con infiammazione transmurale e ulcerazioni profonde. Si osservano inoltre granulomi non caseosi e lesioni saltuarie, assenti nello spettro alterativo della celiachia.
- **B) Tumore neuroendocrino dell'intestino tenue**: Un tumore neuroendocrino dell'intestino tenue costituisce una neoplasia ben definita. Al microscopio evidenzia focelli di cellule endocrine proliferanti, non una modifica diffusa della struttura villare e del compartimento linfocitario.
- **C) Sensibilità al Glutine Non-Celiaca**: La sensibilità al glutine non celiaca può provocare sintomi clinici simili ma mantiene intatta l'integrità della mucosa. La biopsia intestinale risulta quindi normale o comunque priva delle specifiche alterazioni istologiche descritte nel caso.
- **D) Malattia di Whipple**: La malattia di Whipple provoca interessamento intestinale con macrofagi PAS-positivi nella lamina propria e spesso si associa a manifestazione sistemica. Non genera il classico schema di atrofia villare e linfocitosi intraepiteliale.

59 **Nel trattamento dell'asma bronchiale riacutizzata vengono utilizzate tutte le seguenti terapie TRANNE una; quale?**

- **A** **Mucolitici**
- **B** Beta2 agonisti inalatori
- **C** Ossigenoterapia
- **D** Antimuscarinici inalatori
- **E** Glucocorticoidi per via sistemica

Risposta giusta: A

Il trattamento mira a risolvere rapidamente il **broncospasmo** e l'**infiammazione** delle vie aeree. Si ricorre quindi a broncodilatatori immediati, cortisonici e ossigeno. I **mucolitici** non agiscono su questi meccanismi patologici.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Beta2 agonisti inalatori**: Rappresentano il cardine della terapia iniziale, garantiscono una **broncodilatazione** rapida ed alleviano subito il crampo respiratorio.
- **C) Ossigenoterapia**: Correggono rapidamente il deficit di ossigenazione quando compare **ipossiemia**.
- **D) Antimuscarinici inalatori**: Vengono associati ai beta2 agonisti nelle forme più gravi per amplificare l'effetto broncodilatatore.
- **E) Glucocorticoidi per via sistemica**: Abbassano l'infiammazione bronchiale e impediscono che la crisi peggiori o diventi persistente.

61 **Un uomo viene portato in Pronto Soccorso in seguito a intossicazione da benzodiazepine. Cosa mostrerà verosimilmente l'emogasanalisi arteriosa?**

A Acidosi respiratoria ipocapnica

B Acidosi metabolica ipocapnica

C Alcalosi metabolica ipercapnica

D Alcalosi respiratoria con normocapnia

E Acidosi respiratoria ipercapnica

Risposta giusta: E

Le benzodiazepine deprimono il sistema nervoso centrale e riducono lo stimolo ventilatorio. Questo causa ipoventilazione, che blocca l'eliminazione dell'anidride carbonica e fa aumentare la $\mathrm{PaCO_2}$. L'accumulo di $\mathrm{CO_2}$ sposta l'equilibrio acido-base verso un quadro di acidosi respiratoria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Acidosi respiratoria ipocapnica**: La combinazione è internamente impossibile. Un'acidosi di origine respiratoria deriva necessariamente dal riassorbimento di $\mathrm{CO_2}$, quindi deve presentarsi sempre con ipercapnia e mai con ipocapnia.
- **B) Acidosi metabolica ipocapnica**: Il disturbo primario è di natura respiratoria, non metabolica. L'ipocapnia si osserva solo in caso di iperventilazione, mentre qui il paziente presenta depressione ventilatoria.
- **C) Alcalosi metabolica ipercapnica**: Non corrisponde al meccanismo tossicologico atteso. L'alcalosi metabolica richiede una perdita di acidi o un eccesso di bicarbonati, parametri che non vengono alterati da un'intossicazione da depressivi del SNC. L'ipercapnia in questo contesto accompagna la ridotta ventilazione, non un processo renale o gastrointestinale primario.
- **D) Alcalosi respiratoria con normocapnia**: Rappresenta l'esatto opposto del quadro clinico. L'alcalosi respiratoria nasce dalla sovraventilazione e dal conseguente abbassamento della $\mathrm{CO_2}$, condizione incompatibile con la depressione del drive respiratorio indotto dal farmaco.

62 **All'ECG viene misurato un QRS di durata >120ms. In normofrequenza (60-90 bpm), qual è una possibile causa di QRS largo?**

A Ipokaliemia

B **Pre-eccitazione ventricolare (WPW e correlati)**

C Terapia con Beta-bloccanti in corso

D Blocco A-V di II grado Mobitz 1

E Fibrillazione atriale

Risposta giusta: B

Un complesso QRS superiore a $120\ \mathrm{ms}$ indica un'**anomala conduzione intraventricolare**. La **pre-eccitazione ventricolare** attiva il miocardio precocemente tramite un **fascio accessorio**, producendo un **QRS allargato** tipico della sindrome da via accessoria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ipokaliemia**: L'ipokaliemia altera la ripolarizzazione, evidenziando onde U prominenti e modifiche del tratto ST-T, ma non causa un allargamento del QRS.
- **C) Terapia con Beta-bloccanti in corso**: I beta-bloccanti rallentano la frequenza cardiaca e la conduzione atrioventricolare senza modificare la larghezza del QRS.
- **D) Blocco A-V di II grado Mobitz 1**: Il blocco A-V di secondo grado Mobitz 1 riguarda il progressivo allungamento del tratto PR fino alla mancata conduzione; il QRS risultante rimane normale.
- **E) Fibrillazione atriale**: La fibrillazione atriale determina un ritmo irregolarmente irregolare con complessi QRS generalmente stretti, salvo compresenza di pre-eccitazione o blocchi di branca.

63 **Un paziente di 35 anni giunge in Pronto Soccorso per cardiopalmo. All'ECG si osserva tachicardia ventricolare a morfologia tipo blocco di branca sinistro. Dopo la risoluzione dell'emergenza, una cardio-RM mostra infiltrazione adiposa della parete libera del ventricolo destro. Qual è la diagnosi?**

A Cardiomiopatia ipertrofica

B **Displasia aritmogena del ventricolo destro**

C Sindrome di Brugada

D Sindrome di Tako-Tsubo (o cardiomiopatia da stress)

E Torsione di punta

Risposta giusta: B

Il quadro clinico è tipico di un paziente giovane con **tachicardia ventricolare** a morfologia da blocco di branca sinistro, segnale che l'aritmia origina dal ventricolo destro. La cardio-RM conferma la diagnosi mostrando **infiltrazione adiposa** della parete libera del ventricolo destro. In questa patologia il tessuto muscolare viene progressivamente sostituito da **grasso e fibrosi**, determinando una forte predisposizione alle aritmie.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Cardiomiopatia ipertrofica**: La cardiomiopatia ipertrofica presenta tipicamente ipertrofia del ventricolo sinistro e possibili ostruzioni al flusso. Non giustifica l'infiltrazione adiposa della parete destra descritta nella radiologia.
- **C) Sindrome di Brugada**: La sindrome di Brugada è una causa di aritmie nel giovane ma si caratterizza per pattern elettrocardiografici specifici e diversi. Non mostra alcuna caratteristica sostituzione fibro-adiposa del ventricolo destro alla risonanza magnetica.
- **D) Sindrome di Tako-Tsubo (o cardiomiopatia da stress)**: La sindrome di Tako-Tsubo è una cardiomiopatia da stress transitoria che può manifestarsi con dolore toracico o aritmie. L'interessamento geometrico colpisce tipicamente l'apice del ventricolo sinistro e non provoca infiltrazione adiposa del cuore destro.
- **E) Torsione di punta**: La torsione di punta è una tachicardia ventricolare polimorfa associata a prolungamento del QT, assunzione di farmaci o squilibri elettrolitici. Non spiega i reperti strutturali evidenti alla cardio-RM.

64 **All'ECG una paziente in terapia farmacologica mostra l'intervallo QT corretto per la frequenza cardiaca di 0,5 secondi. Quale tra i seguenti farmaci può provocare la sindrome del QT lungo acquisita?**

A Verapamil
B Captopril
C Bisoprololo
D Ivabradina
E Amiodarone

Risposta giusta: E

Amiodarone prolunga l'intervallo QT bloccando i canali del potassio. Questo intervento ritarda la ripolarizzazione ventricolare ed è il principale meccanismo alla base della **sindrome del QT lungo acquisita**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Verapamil**: Il verapamil è un calcio-antagonista non diidropiridinico che rallenta la conduzione atrioventricolare, ma non altera i fenomeni di ripolarizzazione miocardica.
- **B) Captopril**: Il captopril è un ACE-inibitore indicato per ipertensione e scompenso; la sua azione emodinamica non interferisce con la durata del QT.
- **C) Bisoprololo**: Il bisoprololo è un beta-bloccante cardioselettivo; nei disturbi della ripolarizzazione ha invece funzione protettiva contro le aritmie maligne, non ne è la causa.
- **D) Ivabradina**: L'ivabradina agisce esclusivamente sul nodo seno-atriale riducendo la frequenza cardiaca, senza influenzare i tempi di conduzione o di ripolarizzazione ventricolare responsabili del QT.

65 **Un paziente di 25 anni ha un'ipertensione arteriosa grave e resistente, insorta recentemente. All'esame obiettivo si reperta soffio addominale. Agli esami ematochimici ha valori bassi di potassio sierico. Qual è il sospetto clinico?**

A Feocromocitoma
B Coartazione aortica tipica
C **Ipertensione nefrovascolare**
D Sindrome di Cushing
E Pervietà del dotto di Botallo

Risposta giusta: C

Il quadro clinico combina ipertensione grave e resistente insorta di recente con soffio addominale e ipokaliemia, suggerendo una **stenosi dell'arteria renale**. Nei pazienti giovani questa eziologia corrisponde spesso a una **displasia fibromuscolare**. L'ipoperfusione renale stimola il rilascio di renina, attivando il sistema renina-angiotensina-aldosterone e determinando sia la pressione elevata sia la perdita renale di potassio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Feocromocitoma**: Il feocromocitoma produce episodi ipertensivi parossistici accompagnati da cefalea, sudorazione profusa e tachicardia. Non giustifica il reperto del soffio addominale e non rende l'ipokaliemia un dato costante o principale.
- **B) Coartazione aortica tipica**: La coartazione aortica provoca ipertensione degli arti superiori con differenza pressoria rispetto agli arti inferiori e polsi femorali ridotti. Il soffio si auscita prevalentemente nella regione interscapolare e non comporta ipokaliemia.
- **D) Sindrome di Cushing**: L'ipercortisolismo può indurre ipertensione e ipokaliemia, ma richiede reperti caratteristici come obesità centrale, facies particolare, strie rubre e fragilità cutanea. Il soffio addominale non rientra nei criteri diagnostici della sindrome di Cushing.
- **E) Pervietà del dotto di Botallo**: Il dotto di Botallo pervio manifesta con un soffio continuo a macchina e segni di iperafflusso polmonare, senza correlazione con soffio addominale, ipertensione resistente o alterazioni della kaliemia.

66 **Un paziente di 70 anni ha all'ECG bassi voltaggi nelle derivazioni periferiche con asse elettrico deviato verso destra. All'ecocardiografia presenta ipertrofia ventricolare sinistra con aspetto iperecogeno delle pareti ventricolari e con normali diametri del ventricolo sinistro. Qual è il sospetto clinico?**

A Sindrome coronarica acuta
B Stenosi valvolare aortica
C **Amiloidosi cardiaca**
D Cardiopatia ipertensiva
E Displasia aritmogena del ventricolo destro

Risposta giusta: C

Il quadro associa bassissimi voltaggi ECG a un ispessimento parietale evidente con cavità non dilatata. Questa dissociazione tra segnale elettrico debole e massa miocardica orienta verso una **cardiomiopatia infiltrativa**. L'aspetto **iperecogeno** delle pareti e i diametri normali del ventricolo sinistro confermano il sospetto di **amiloidosi cardiaca**, poiché l'infiltrato proteico riduce la conducibilità elettrica pur aumentando lo spessore parietale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sindrome coronarica acuta**: Una sindrome coronarica acuta si manifesta con alterazioni ischemiche del tratto ST e delle onde T. Non spiega i bassi voltaggi diffusi né l'ispessimento ecografico iperecogeno con ventricolo sinistro conservato.
- **B) Stenosi valvolare aortica**: La stenosi valvolare aortica causa ipertrofia ventricolare sinistra per sovraccarico di pressione. Richiede voltaggi ECG normali o aumentati e non giustifica l'ipoconducibilità parietale e l'iper-riflessività ecografica.
- **D) Cardiopatia ipertensiva**: La cardiopatia ipertensiva determina un'ipertrofia ventricolare sinistra con voltaggi ECG elevati. Manca l'aspetto ecocardiografico brillante tipico dell'accumulo di materiale extracellulare come nell'amiloide.
- **E) Displasia aritmogena del ventricolo destro**: La displasia aritmogena del ventricolo destro interessa prevalentemente il comparto destro. Produce aritmie e sostituzione fibroadiposa senza generare l'ipertrofia infiltrativa del ventricolo sinistro descritta.

67 **Un paziente di 75 anni lamenta astenia e dispnea. All'esame obiettivo presenta toni cardiaci ovattati, pressione arteriosa 90/70 mmHg e turgore delle vene giugulari. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Miocardite
B Cardiomiopatia ipertrofica
C Ischemia miocardica acuta
D Cuore polmonare cronico
E Versamento pericardico

Risposta giusta: E

Il quadro clinico evidenzia la **triade di Beck**, composta da toni ovattati, ipotensione e turgore giugulare. Questi segni riflettono una **compressione extrinseca** che riduce il riempimento diastolico e determina stasi venosa e calo pressorio. In un anziano con astenia e dispnea, il meccanismo dominante è quindi un accumulo fluido che compromette meccanicamente la gittata cardiaca.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Miocardite**: La miocardite provoca astenia, dispnea e segni di scompenso, ma non giustifica la combinazione specifica di toni attenuati, ipotensione e turgore giugulare, che orientano decisamente verso un versamento pericardico.
- **B) Cardiomiopatia ipertrofica**: La cardiomiopatia ipertrofica rappresenta un'alterazione strutturale del miocardio, ma il quadro descritto manca dei segnali classici come ostruzione dinamica o sincope da sforzo, dirigendo invece l'attenzione verso cause pericardiche.
- **C) Ischemia miocardica acuta**: L'ischemia miocardica acuta richiederebbe dolore toracico, modifiche elettrocardiografiche e reperti tipici del danno muscolare; la triade descritta è invece tipica del coinvolgimento pericardico e non corrisponde a un quadro ischemico.
- **D) Cuore polmonare cronico**: Il cuore polmonare cronico associa turgore giugulare e dispnea a una storia di patologia polmonare cronica, ma non genera i toni ovattati né l'ipotensione sistolica che caratterizzano questo episodio.

68 **Una paziente di 80 anni presenta un soffio sistolico aspro 4/6 prevalente ai focolai della base e riferisce una recente sincope. Qual è il sospetto clinico?**

- **A** **Stenosi valvolare aortica**
- **B** Stenosi mitralica
- **C** Insufficienza aortica
- **D** Insufficienza mitralica
- **E** Insufficienza tricuspidale

Risposta giusta: A

In un'anziana con soffio sistolico aspro e intenso prevalentemente alla base associato a sincope, l'ipotesi prioritaria è la **stenosi valvolare aortica**. Questo quadro rientra nella **triade sintomatica** classica della valvulopatia insieme ad angina e dispnea. L'intensità del rumore indica un **reperto auscultatorio** coerente con un gradiente pressorio significativo.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Stenosi mitralica**: La stenosi mitralica genera un rullio diastolico all'apice, frequentemente associato a fibrillazione atriale e dispnea da congestione polmonare. Non spiega né il carattere sistolico né la localizzazione basale del rumore cardiaco.
- **C) Insufficienza aortica**: L'insufficienza aortica produce un soffio diastolico decrescente, non sistolico. Il quadro clinico tipico presenta polso ampio e segni di iperdinamismo periferico, discordanti dal dato auscultatorio descritto.
- **D) Insufficienza mitralica**: L'insufficienza mitralica si manifesta con un soffio olosistolico meglio udibile all'apice e irradiato verso l'ascella. La sincope non costituisce un sintomo caratteristico di questa patologia valvolare.
- **E) Insufficienza tricuspidale**: L'insufficienza tricuspidale dà un soffio olosistolico in sede parasternale sinistra bassa, che aumenta con l'inspirazione (**segno di Rivero-Carvallo**); non prevale ai focolai della base e non spiega la sincope.

69 **Viene visitato un uomo di 45 anni in corso di chemioterapia di consolidamento per leucemia acuta mieloide. Da circa 5 giorni presenta febbre non responsiva a terapia antibiotica a largo spettro. Data la presenza di infiltrati nodulari polmonari multipli alla TC torace, positività del galattomannano sierico e negatività delle emocolture prelevate in precedenza, viene posta diagnosi probabile di aspergillosi polmonare invasiva. Qual è la terapia raccomandata di prima linea in assenza di note interazioni farmacologiche?**

A Caspofungina
B Metronidazolo
C Amfotericina B desossicolato
D Miconazolo
E **Voriconazolo**

Risposta giusta: E

Il quadro clinico e strumentale orienta verso un'**aspergillosi polmonare invasiva**. In questa condizione il **voriconazolo** rappresenta lo schema di prima scelta per la sua superiore efficacia nel ridurre la mortalità. Il regime potrà essere posteriormente modulato in base alla tolleranza individuale e al monitoraggio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Caspofungina**:
- **B) Metronidazolo**:
- **C) Amfotericina B desossicolato**:
- **D) Miconazolo**:

70 **Donna di 55 anni, in apparente buona salute, fumatrice (5 sigarette/die) va dal medico per la comparsa di tosse scarsamente produttiva, febbre (38 °C) e dolore toracico persistente a livello sottoscapolare destro da circa 2 giorni. Alla visita vengono rilevati i seguenti parametri generali: pressione arteriosa 110/70 mmHg, frequenza cardiaca 110 bpm ritmico, SatO : 92%, frequenza respiratoria 25 atti/min. All'auscultazione toracica vengono apprezzati crepitii medio basali a destra; viene quindi effettuato RX torace che mostra opacità parenchimale destra. Qual è l'agente eziologico più frequentemente responsabile di tale quadro clinico? 2**

A Virus dell'influenza A

B Legionella pneumophila

C **Streptococcus pneumoniae**

D Chlamydophila pneumoniae

E Mycoplasma pneumoniae

Risposta giusta: C

Il quadro clinico descrive una **polmonite tipica** con **esordio rapido**, febbre, dolore toracico pleuritico e crepitii localizzati compatibili con un'opacità parenchimale alla radiografia. Lo **pneumococco** è l'agente eziologico più frequente in questo scenario nell'adulto. Il fumo costituisce un fattore di rischio consolidato ma non altera la prevalenza statistica rispetto agli altri microbi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Virus dell'influenza A**: Il virus dell'influenza A può causare infezioni respiratorie acute e creare le condizioni per una sovrainfezione batterica secondaria. Come causa primaria di un'opacità parenchimale localizzata persistente risulta comunque statisticamente meno rilevante dello pneumococco.
- **B) Legionella pneumophila**: La Legionella pneumophila provoca polmoniti che si distinguono per febbre elevata, sintomi sistemici marcati e spesso manifestazioni extrapolmonari come disturbi gastrointestinali o neurologici. Non corrisponde al quadro focale e acuto descritto nella traccia.
- **D) Chlamydophila pneumoniae**: La Chlamydophila pneumoniae è associata a polmoniti atipiche caratterizzate da un andamento più subdolo, tosse prevalentemente secca e segni clinici meno definiti. La radiografia mostra generalmente infiltrati reticolari piuttosto che consolidamenti lobari netti.
- **E) Mycoplasma pneumoniae**: La Mycoplasma pneumoniae causa quadri similari alla precedente ed è predominante nei soggetti giovani. I sintomi risultano generalmente meno intensi e il dolore pleuritico con reperti fisici focalizzati orientano verso un agente tipico batterico.

71 **Giunge al Pronto Soccorso un paziente di 37 anni (peso 75 kg), lamentando dolore toracico e dispnea. Dieci giorni prima il paziente ha subito un trauma con conseguente frattura del femore sinistro. Nel sospetto di embolia polmonare, si visita il paziente, riscontrando un edema a livello della gamba sinistra; la frequenza cardiaca è 110 bpm, la frequenza respiratoria 27 atti/min. Qual è l'esame strumentale più indicato nella valutazione iniziale?**

- **A** **TC del torace con mezzo di contrasto**
- B Spirometria
- C Radiografia del torace in due proiezioni
- D RM del torace
- E Ecografia del torace

Risposta giusta: A

Nel sospetto di embolia polmonare associato a trauma recente l'indagine di prima scelta è l'**esame di riferimento**. Questo approccio consente di visualizzare direttamente i **trombi** arteriosi garantendo una conferma diagnostica rapida.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Spirometria**: La spirometria valuta esclusivamente le capacità ventilatorie nelle malattie bronchiali croniche. Risulta completamente inefficace nello screening delle **emergenze vascolari acute**.
- **C) Radiografia del torace in due proiezioni**: La radiografia del torace non conferma la diagnosi poiché solitamente presenta reperti normali o aspecifici. Può essere utile per escludere alterne cause di dolore ma non valuta la circolazione polmonare.
- **D) RM del torace**: La risonanza magnetica resta un'opzione residua per la diagnosi di embolia. I lunghi tempi di acquisizione e la minore praticità d'uso ne limitano fortemente l'applicabilità in Pronto Soccorso.
- **E) Ecografia del torace**: L'ecografia del torace non è l'indagine di routine per questa patologia. Vi sono metodiche più precise e tempestive riservate alla valutazione diretta del letto vascolare polmonare.

72 **Giunge al Pronto Soccorso un paziente di 37 anni (peso 75 kg), lamentando dolore toracico e dispnea. Dieci giorni prima il paziente ha subito un trauma con conseguente frattura del femore sinistro. Confermata la diagnosi di embolia polmonare, in un quadro di stabilità emodinamica, tutte le seguenti opzioni terapeutiche iniziali sono adeguate, TRANNE una; quale?**

A Eparina a basso peso molecolare e successiva sostituzione con dabigatran

B Apixaban

C **Acido acetilsalicilico + clopidogrel**

D Rivaroxaban

E Eparina a basso peso molecolare

Risposta giusta: C

Nel paziente con embolia polmonare emodinamicamente stabile è fondamentale avviare subito una terapia **anticoagulante**. Le linee guida accettano come opzioni iniziali l'eparina a basso peso molecolare o gli anticoagulanti orali diretti, mentre i **farmaci antiaggreganti** non agiscono sui coaguli venosi e pertanto non sono indicati in questa patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Eparina a basso peso molecolare e successiva sostituzione con dabigatran**: Il dabigatran necessita obbligatoriamente di una fase iniziale parenterale con eparina prima del passaggio alla via orale, rendendo corretta e completa questa sequenza di trattamento.
- **B)** Apixaban rientra tra gli anticoagulanti orali diretti ed è una valida alternativa terapeutica per la gestione dell'embolia polmonare in assenza di instabilità emodinamica.
- **D)** Rivaroxaban è un anticoagulante orale diretto chiaramente indicato come terapia iniziale nell'embolia polmonare del paziente stabile.
- **E) Eparina a basso peso molecolare**: L'eparina a basso peso molecolare costituisce la scelta classica e più appropriata per coprire la fase acuta del tromboembolismo venoso.

74 **Un medico di Pronto Soccorso sta valutando un uomo di 54 anni che lamenta dolore retrosternale. Il dolore non migliora e improvvisamente il paziente perde coscienza. Il trattamento di prima scelta è:**

- **A** **defibrillazione**
- **B** lidocaina ev
- **C** adrenalina
- **D** espansione volemica
- **E** manovre vagali

Risposta giusta: A

In un paziente con dolore retrosternale che perde improvvisamente coscienza si sospetta un'**fibrillazione ventricolare** o una **tachicardia ventricolare** senza polso. Il trattamento immediato è lo **shock elettrico non sincronizzato** poiché interrompe rapidamente il ritmo caotico e permette il recupero emodinamico. Le terapie farmacologiche rimangono di supporto nel protocollo di rianimazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) lidocaina ev**: La lidocaina è un antiaritmico di **seconda linea**, impiegabile solo dopo lo shock iniziale se l'aritmia persiste.
- **C) adrenalina**: L'adrenalina può essere somministrata durante la rianimazione avanzata, ma la priorità assoluta resta sempre la defibrillazione quando il ritmo risulta ancora trattabile.
- **D) espansione volemica**: L'espansione volemica è riservata allo shock da **ipovolemia** o settico, non all'arresto cardiaco di origine aritmica primaria.
- **E) manovre vagali**: Le manovre vagali sono indicate nelle **tachicardie sopraventricolari** stabili e risultano inefficaci e rischiose nella perdita di coscienza improvvisa.

75 **Un uomo ha lavorato in falegnameria come carteggiatore per circa 40 anni. Riferisce che l'ambiente di lavoro era estremamente polveroso. L'uomo lamenta epistassi ricorrenti. Quale delle seguenti patologie può essere maggiormente correlata all'anamnesi lavorativa del paziente?**

A Perforazione del setto nasale
B Sindrome di Rendu-Osler
C Sinusite cronica
D Piastrinopenia
E Adenocarcinoma delle cavità nasali e paranasali

Risposta giusta: E

L'esposizione prolungata a **polveri di legno** in falegnameria rappresenta un classico fattore di rischio occupazionale per i tumori delle vie aeree superiori. In particolare si associa frequentemente all'**adenocarcinoma** delle cavità nasali e dei seni paranasali. Le **epistassi ricorrenti** in questo contesto costituiscono un campanello d'allarme per una lesione neoplastica locale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Perforazione del setto nasale**: Può essere associata a esposizioni irritative croniche, ma è più tipica di altri agenti specifici o sostanze chimiche e non rappresenta l'associazione classica prioritaria in questa fattispecie.
- **B) Sindrome di Rendu-Osler**: Provoca epistassi ricorrenti ma deriva da una causa vascolare ereditaria, pertanto non trova riscontro nell'esposizione professionale a polveri di legno.
- **C) Sinusite cronica**: Può comparire in ambienti polverosi per effetto irritativo, ma non costituisce la patologia maggiormente correlata all'anamnesi lavorativa descritta, soprattutto quando predomina il sangue dal naso.
- **D) Piastrinopenia**: Può manifestarsi con sanguinamenti tra cui l'epistassi, tuttavia manca completamente qualsiasi nesso causale con l'esposizione professionale in falegnameria.

76 **Un uomo è stato assunto da un'industria che effettua la cromatura galvanica dei metalli. È stato assegnato al reparto vasche ove effettua manualmente il trasferimento dei pezzi da una vasca all'altra. Quale dei seguenti quadri clinici è compatibile con l'eccessiva esposizione a composti di cromo?**

- **A** **Atrofia delle mucose nasali con perforazione del setto**
- **B** Cefalea, vertigini e disturbi del visus
- **C** Tremore intenzionale
- **D** Debolezza e stato confusionale
- **E** Condizioni di aumentata eccitabilità del miocardio con manifestazioni di tipo aritmico

Risposta giusta: A

L'esposizione professionale al **cromo esavalente** produce effetti **irritativo-corrosivi** sulle mucose respiratorie. L'azione cronica sulla cavità nasale genera infiammazione persistente, **ulcerazioni** e progressiva perdita di tessuto fino all'**atrofia** che conclude con la **perforazione del setto**. Questo danno localizzato è il segno patognomonico dell'intossicazione occupazionale da cromatura galvanica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B)** Cefalea, vertigini e disturbi visivi sono manifestazioni aspecifiche. Potrebbero appartenere a quadri neurologici o tossicologici generici, ma non risultano peculiari dell'inalazione di composti cromatici.
- **C) Tremore intenzionale**: Il tremore intenzionale punta verso intossicazioni da metalli diversi o patologie neurologiche strutturali. Non rientra nel repertorio clinico delle conseguenze note del lavoro manuale nelle vasche di cromatura.
- **D)** Debolezza e stato confusionale formano un quadro troppo generico. Rappresentano sintomi terminali comuni a molte malattie sistemiche o metaboliche, mentre l'esposizione cromatica mostra una tropismo clinico nettamente favorito per il comparto naso-sinusale.
- **E) Condizioni di aumentata eccitabilità del miocardio con manifestazioni di tipo aritmico**: Le aritmie cardiache non derivano dall'accumulo di cromo. Questo quadro fa pensare piuttosto a squilibri elettrolitici o a esposizione ad altri agenti tossici direttamente cardiotropi.

77 **La manovra di Phalen potrebbe evocare la sintomatologia dolorosa nei pazienti affetti da:**

A sindrome dell'arto fantasma
B sindrome di distress respiratorio acuto
C sindrome della X fragile
D **sindrome del tunnel carpale**
E sindrome di Brugada

Risposta giusta: D

La manovra consiste nel mantenere il polso in **flessione** completa per circa un minuto. Questa posizione aumenta la **pressione** endocanalare e comprime il **nervo mediano**, riproducendo rapidamente dolore o formicolio nelle dita corrispondenti. È un test provocativo semplice ma molto utile nella valutazione clinica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) sindrome dell'arto fantasma**: La sindrome dell'arto fantasma riguarda il dolore percepito in un arto amputato, un fenomeno neurologico diverso che non si scatena con la flessione articolare.
- **B) sindrome di distress respiratorio acuto**: Il distress respiratorio acuto è una grave insufficienza polmonare acuta, condizione sistemica completamente scollegata da un test provocativo del polso.
- **C) sindrome della X fragile**: La sindrome della X fragile è una condizione genetica associata a disabilità intellettiva e altre manifestazioni cliniche, senza correlazione con i sintomi da sovraccarico meccanico locale.
- **E) sindrome di Brugada**: La sindrome di Brugada è una canalopatia cardiaca ereditaria legata a rischio di aritmie pericolose, senza alcun rapporto con la meccanica del polso o la compressione nervosa.

78 **Una paziente di 78 anni, che presenta in anamnesi ipertensione arteriosa in terapia, affetta da frattura diafisaria del femore viene sottoposta a intervento chirurgico di sintesi. Quando dovrebbe essere iniziata la terapia di riabilitazione?**

A Dopo la rimozione dei punti di sutura
B Mai prima delle 48 ore
C Tra la terza e la quinta giornata
D Entro le prime 48 ore, in assenza di controindicazioni
E Dopo una settimana

Risposta giusta: D

La riabilitazione deve essere avviata entro le prime 48 ore, purché non vi siano controindicazioni cliniche o chirurgiche. La **mobilizzazione precoce** previene **trombosi venosa**, **piaghe da decubito**, **rigidità articolare** e **perdita di autonomia**. Nell'anziano operato per frattura di femore, questo approccio riduce il declino funzionale e ottimizza i tempi di recupero.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Dopo la rimozione dei punti di sutura**: La terapia non attende la completa guarigione cutanea per iniziare. Il lavoro funzionale si attiva prima grazie alla stabilità chirurgica interna, compatibilmente con l'integrità del sito operatorio.
- **B) Mai prima delle 48 ore**: Un divieto temporale è eccessivamente restrittivo e privo di vantaggi clinici. Mantenere la paziente stabile immobile oltre 48 ore prolunga l'allettamento e peggiora la prognosi motoria.
- **C) Tra la terza e la quinta giornata**: Un intervallo di tre-cinque giorni è già considerato tardivo secondo gli standard ortopedici moderni. L'inizio ritardato ostacola la ripresa funzionale essenziale negli adulti fragili.
- **E) Dopo una settimana**: Attendere una settimana espone a un rischio elevato di complicanze sistemiche e rallenta significativamente il recupero. L'immobilità protratta aumenta la vulnerabilità clinica complessiva.

79 **Un uomo di 66 anni, obeso, fumatore e iperteso, è in terapia con simvastatina (40 mg) da circa 2 anni dopo un grave infarto del miocardio. A una visita di controllo i valori plasmatici di trigliceridi risultano accettabili, mentre quelli del colesterolo LDL risultano eccessivamente elevati rispetto agli obiettivi terapeutici. Quale dei seguenti farmaci è la migliore associazione alla simvastatina in modo da ottenere un'ulteriore riduzione dei valori di LDL, garantendo una buona sicurezza terapeutica?**

A Gemfibrozil
B **Ezetimibe**
C Fenofibrato
D Acido nicotinico
E Pioglitazone

Risposta giusta: B

L'**ezetimibe** si associa alla statina per agire sull'**LDL** tramite un duplice meccanismo d'azione. Blocca l'assorbimento intestinale del colesterolo senza potenziarne la tossicità muscolare. Garantisce un ottimo profilo di efficacia quando la monoterapia non raggiunge il target.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Gemfibrozil**: Il gemfibrozil potenzia pericolosamente la miotossicità della simvastatina. L'interazione farmacocinetica rende probabile lo sviluppo di gravi complicanze muscolari come la rabdomiolisi. Questa associazione va assolutamente evitata.
- **C) Fenofibrato**: Il fenofibrato agisce principalmente sui trigliceridi, che in questo caso sono già a valori accettabili. La combinazione con una statina aumenta il rischio di miopatia, sebbene sia inferiore rispetto ad altri fibrati. Non è ottimale per un bersaglio LDL prioritario.
- **D) Acido nicotinico**: L'acido nicotinico riduce i lipidi ma risulta spesso mal tollerato. Provoca flushing cutaneo, disturbi gastrici e può alterare il controllo glicemico. Il suo impiego clinico è ormai limitato dalla scarsa tollerabilità.
- **E) Pioglitazone**: La pioglitazone appartiene alla classe delle tiazolidinedioni ed è utilizzata come antidiabetico orale. Non possiede un'efficacia significativa sulla riduzione del colesterolo LDL. Non costituisce un'opzione terapeutica appropriata per il dislipidemia residua.

80 **Un uomo di 60 anni si presenta all'attenzione clinica per progressiva e ingiustificata perdita di peso (10 kg nei precedenti 3 mesi), associata ad astenia. L'esame obiettivo evidenzia un'anisocoria pupillare, con pupilla destra miotica. L'occhio destro presenta, inoltre, ptosi palpebrale. Quale delle seguenti indagini diagnostiche risulta più adeguata per individuare la neoplasia che più probabilmente ha determinato tale quadro clinico?**

A Elettroforesi delle sieroproteine
B Scintigrafia ossea
C TC addome
D Dosaggio marcatori neoplastici ematici
E **TC torace**

Risposta giusta: E

Il quadro clinico mostra **ptosi**, **miosi** e **anisocoria** unilaterali, tipici della **sindrome di Horner**. In un paziente anziano con **caduta ponderale** importante va sospettato un tumore apicale del polmone che comprime le vie simpatiche cervicali. La **TC torace** è l'esame più indicato per visualizzare direttamente l'apice polmonare e confermare la sede della neoplasia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Elettroforesi delle sieroproteine**: L'elettroforesi delle sieroproteine studia gammopatie monoclonali o mielomi multiplo e non ha alcuna rilevanza diagnostica per una sindrome neurologica oculare associata a probabile carcinogenesi polmonare.
- **B) Scintigrafia ossea**: La scintigrafia ossea valuta eventuali metastasi scheletriche ma non identifica il tumore primitivo, che in questo caso deve essere localizzato prima nel torace.
- **C) TC addome**: Sebbene il dimagrimento possa orientare verso una patologia addominale, i segni neurologici oculari indicano chiaramente una lesione toracica superiore, rendendo la TC addomiale uno strumento inadeguato per questo scenario.
- **D) Dosaggio marcatori neoplastici ematici**: I marcatori neoplastici ematici hanno utilità limitata nella fase iniziale, poiché possono solo corroborare un sospetto clinico o monitorare la malattia in follow-up senza localizzare la lesione.

81 **Dopo un incidente automobilistico con grave trauma cranico, un uomo di 43 anni viene ricoverato in ospedale. Durante la degenza è riscontrato un notevole incremento della diuresi (fino a 6 litri al giorno), molto superiore rispetto alla quantità di liquidi introdotta. Il paziente lamenta sete intensa. Quale dei seguenti è il trattamento più appropriato nel caso descritto?**

A Gemfibrozil

B **Desmopressina**

C Demeclociclina

D Ropinirolo

E Mannitolo

Risposta giusta: B

La poliuria intensa e la sete dopo un grave trauma cranico suggeriscono un **diabete insipido centrale**, dovuto a carenza di ADH. La **desmopressina** sostituisce l'ormone mancante e riduce la perdita di acqua con le urine.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Gemfibrozil**: Il gemfibrozil è un farmaco ipolipemizzante, usato soprattutto per ridurre i trigliceridi, e non ha un ruolo in questo quadro.
- **C) Demeclociclina**: La demeclociclina si usa talvolta nella SIADH perché induce resistenza renale all'ADH. Non è appropriata in questo caso, in cui la poliuria deriva da una carenza di ADH.
- **D) Ropinirolo**: Il ropinirolo è un agonista dopaminergico impiegato soprattutto nel Parkinson e nella sindrome delle gambe senza riposo, quindi non tratta la poliuria post-traumatica.
- **E) Mannitolo**: Il mannitolo è un diuretico osmotico che aumenta l'eliminazione di acqua e peggiorerebbe la poliuria.

82 **Una donna di 64 anni, nota per cardiopatia ipertensiva, si presenta in Pronto Soccorso lamentando debolezza muscolare e palpitazioni. L'ECG mostra onde T appuntite ("a tenda") e un intervallo PR prolungato. Quale dei seguenti farmaci è verosimilmente responsabile dei sintomi della paziente e del quadro ECG descritto?**

A Idroclorotiazide
B Acido etacrinico
C Furosemide
D **Spironolattone**
E Acetazolamide

Risposta giusta: D

Il quadro clinico ed elettrocardiografico è tipico di **iperkaliemia**: debolezza muscolare, palpitazioni, onde T appuntite a tenda e intervallo PR prolungato sono segni classici. Lo **spironolattone** è un **diuretico risparmiatore di potassio** che agisce come **antagonista dell'aldosterone**, riducendo l'escrezione renale di potassio e aumentando il rischio di iperkaliemia, specialmente in pazienti anziani o con funzionalità renale compromessa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Idroclorotiazide**: L'idroclorotiazide è un diuretico tiazidico noto per favorire l'escrezione di potassio e causare ipotassiemia; il suo utilizzo non giustifica la debolezza muscolare, le palpitazioni né le modifiche caratteristiche del tracciato riportate.
- **B) Acido etacrinico**: Anche l'acido etacrinico appartiene ai diuretici dell'ansa; il meccanismo d'azione favorisce l'escrezione di potassio portando a ipokalima, risultando incompatibile con le alterazioni ECG e i sintomi da eccesso di potassio.
- **C) Furosemide**: La furosemide è un diuretico dell'ansa che induce marcata perdita renale di potassio, predisponendo a ipotassiemia anziché al quadro ipercalemico descritto.
- **E) Acetazolamide**: L'acetazolamide è un inibitore dell'anidrasi carbonica che provoca acidosi metabolica accompagnata da perdita urinaria di bicarbonati; non viene classicamente associato a ritenzione di potassio né a questo specifico profilo elettrocardiografico.

83 **Un ragazzo di 22 anni giunge in Pronto Soccorso per febbre e dispnea. Una emogasanalisi arteriosa evidenzia una marcata ipossiemia (PaO 55 mmHg). Una radiografia del torace e una successiva TC mostrano infiltrati interstiziali diffusi, bilaterali. Il paziente riferisce rapporti sessuali a rischio nei due anni precedenti. Viene posto un sospetto di polmonite da Pneumocystis jirovecii in AIDS. Il paziente non riferisce allergie a farmaci. Quale dei seguenti antibiotici è preferibile per il trattamento della polmonite? 2**

- **A** **Trimetoprim-sulfametossazolo**
- **B** Colistina
- **C** Piperacillina-tazobactam
- **D** Meropenem
- **E** Linezolid

Risposta giusta: A

Il trimetoprim-sulfametossazolo è il trattamento di prima scelta per la polmonite da Pneumocystis jirovecii. Questo antibiotico riscontra la massima efficacia contro il microrganismo e può essere impiegato senza opposizioni dato il negativo anamnesi allergologica. Nei casi severi si aggiunge la terapia corticosteroidea, ma il cardine resta il farmaco di riferimento.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Colistina**: Funziona come farmaco di riserva limitato ai ceppi Gram-negativi multiresistenti. Non entra nei protocolli gestionali per questa patologia polmonare.
- **C) Piperacillina-tazobactam**: Rappresenta un antibiotico ad ampio spettro ideale per le polmoniti batteriche comuni. Non garantisce una copertura adeguata del micete opportunistico.
- **D) Meropenem**: È un carbapeneme utile per i batteri Gram-negativi e per le infezioni severe. Non risulta indicato contro questo specifico agente patogeno.
- **E) Linezolid**: La sua azione si rivolge principalmente ai batteri Gram-positivi resistenti quali MRSA e VRE. Costituisce una strategia inappropriata per questa infezione.

84 **Una ragazza di 23 anni giunge all'attenzione del medico riferendo che la cute è diventata gialla e che sono comparsi dei tremori alle braccia. La madre riporta inoltre che la figlia nell'ultimo periodo è depressa. All'esame obiettivo la cute è itterica. Alla palpazione dell'addome il margine epatico è palpabile a circa 5 cm sotto l'arcata costale. Inoltre all'indagine con lampada a fessura, sono visibili dei depositi verdi-marroni corneali disposti ad anello intorno all'iride. Quale dei seguenti accertamenti è più appropriato per confermare il sospetto diagnostico?**

A Dosare i livelli sierici di colesterolo totale, colesterolo HDL e trigliceridi

B Dosare i livelli urinari di etilglucuronide

C **Dosare i livelli sierici di ceruloplasmina**

D Dosare la ferritina

E Dosare i livelli urinari di acido vanilmandelico

Risposta giusta: C

Il quadro clinico orienta verso la malattia di Wilson, caratterizzata da un **alterato metabolismo del rame** che si deposita nel fegato e nel sistema nervoso. La paziente manifesta ittero, epatomegalia, **sintomi neuropsichiatrici** e i caratteristici anelli di Kayser-Fleischer. In questo contesto il dosaggio della **ceruloplasmina** sierica costituisce il primo accertamento più appropriato per validare il sospetto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Dosare i livelli sierici di colesterolo totale, colesterolo HDL e trigliceridi**: Il dosaggio del profilo lipidico valuta colesterolo totale, colesterolo HDL e trigliceridi per indagare dislipidemie o rischio cardiovascolare. Questo pannello non spiega l'ittero, i deficit neurologici o i depositi corneali osservati.
- **B) Dosare i livelli urinari di etilglucuronide**: L'etilglucuronide urinario è un metabolita diretto dell'etanolo impiegato per certificare un'intossicazione alcolica recente. Tale marcatore non offre alcun supporto alla differenziazione tra un'epatopatia da accumulo metallico e altre eziologie di ittero.
- **D) Dosare la ferritina**: La ferritina riflette il carico corporeo di ferro ed è lo strumento di scelta per un possibile sovraccarico metabolico come l'emocromatosi. La giovane età, la sintomatologia psichiatrica e gli anelli di Kayser-Fleischer escludono un disturbo del metabolismo del ferro.
- **E) Dosare i livelli urinari di acido vanilmandelico**: Il dosaggio dell'acido vanilmandelico urinario indirizza la ricerca di masse tumorali secrete catecolamine, quali il feocromocitoma o il neuroblastoma. Questo esame non presenta alcuna corrispondenza con il quadro epatico-neurologico descritto.

85 **Un ragazzo di 18 anni viene portato in stato soporoso al Pronto Soccorso dai genitori. La madre riferisce che il figlio ha avuto nausea, vomito e dolori addominali. Le prime cose che vengono notate dal personale medico sono grave disidratazione e respiro irregolare caratterizzato da profonda inspirazione e rapida espirazione. Viene eseguita una emogasanalisi arteriosa che mostra: pH 7.15; pCO 15 mmHg; HCO 8 mEq/L. Il gap anionico calcolato è di 30 mEq/L. Qual è l'interpretazione corretta di tale emogasanalisi? 2 3 -**

- **A** **Acidosi metabolica con aumentato gap anionico**
- **B** Acidosi respiratoria con gap anionico normale
- **C** Acidosi metabolica con gap anionico normale
- **D** Acidosi respiratoria con aumentato gap anionico
- **E** Alcalosi metabolica compensata

Risposta giusta: A

Il valore di pH inferiore a 7.40 definisce uno stato di **acidemia**. La drastica diminuzione di $\mathrm{HCO_3^-}$ unita alla $p\mathrm{CO_2}$ bassa evidenzia un **disturbo metabolico** trattato da un adeguato **compenso respiratorio** che genera la respirazione profonda descritta. L'elevato intervallo anionico di $30\ \mathrm{mEq/L}$ segnala invece il circolo di **acidi non misurati** come chetoni o lattato.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Acidosi respiratoria con gap anionico normale**: Il quadro prevede una $p\mathrm{CO_2}$ bassa che esclude qualsiasi origine polmonare. Contemporaneamente il valore di $30\ \mathrm{mEq/L}$ invalida definitivamente l'ipotesi di un intervallo elettrico nella norma.
- **C) Acidosi metabolica con gap anionico normale**: La componente acidosica è confermata dai valori emogasometrici, ma l'intervallo tra cationi e anioni misurati raggiunge $30\ \mathrm{mEq/L}$. Tale risultato elimina le condizioni da perdita di fluidi gastrointestinali o renali.
- **D) Acidosi respiratoria con aumentato gap anionico**: Si aspetterebbe una $p\mathrm{CO_2}$ patologica alta per spiegare il quadro clinico, ma il dato mostra una pressione fortemente ridotta. La ventilazione profonda risponde al bisogno di eliminare acidi circolanti. Questa dinamica conferma un meccanismo secondario e non la patologia iniziale.
- **E) Alcalosi metabolica compensata**: Il valore di pH scende ben sotto la soglia fisiologica, escludendo qualsiasi tendenza all'alcalinizzazione. In un disturbo alcalino il bicarbonato plasmatico risulterebbe più elevato, mentre qui è drasticamente abbassato.

86 **Una donna di 45 anni riferisce ematuria e dolore al fianco destro da qualche settimana. Le sembra anche di avvertire una massa palpabile a livello del fianco destro. Si pone il sospetto di una neoplasia del rene. Qual è il primo esame diagnostico che si dovrebbe proporre?**

A Cistoscopia
B Arteriografia renale
C Scintigrafia ossea
D Ecografia renale
E Urografia con mezzo di contrasto

Risposta giusta: D

Il sospetto di una **neoplasia renale** richiede inizialmente un esame semplice e non invasivo capace di confermare la presenza di una **massa**. L'**ecografia renale** soddisfa questi criteri ed è il primo passo ideale per orientare la diagnosi verso accertamenti più approfonditi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Cistoscopia**: Non costituisce l'esame di prima scelta quando si sospetta un tumore renale poiché valuta principalmente la vescica e le basse vie urinarie. Si riserva preferibilmente ai casi in cui si sospetti una fonte vescicale dell'ematuria.
- **B) Arteriografia renale**: Rappresenta un'indagine molto più invasiva ed è stata abbandonata come approccio diagnostico iniziale. Oggi mantiene un ruolo limitato ad alcuni casi selezionati durante procedure interventistiche.
- **C) Scintigrafia ossea**: Non rientra nei protocolli diagnostici iniziali perché viene impiegata esclusivamente nella fase di stadiazione tumorale. Viene prescritta solo se esiste un sospetto concreto di metastasi ossee.
- **E) Urografia con mezzo di contrasto**: Pur rimanendo utile in determinati contesti urologici, non è più considerata l'esame di primo livello per il sospetto di neoplasia renale. Nella pratica attuale vengono preferiti ecografia e successivamente TAC con mezzo di contrasto come pilastri del percorso diagnostico iniziale.

87 **Un uomo di 47 anni asintomatico esegue esami ematochimici che evidenziano esclusivamente un lieve incremento della bilirubina indiretta. Quale, tra le seguenti situazioni cliniche è tipicamente responsabile di un quadro di iperbilirubinemia indiretta (o non coniugata)?**

A Calcolosi biliare
B **Sindrome di Gilbert**
C Sindrome di Dubin-Johnson
D Cirrosi biliare primitiva
E Adenocarcinoma della testa del pancreas

Risposta giusta: B

La sindrome di Gilbert causa un lieve aumento isolato della bilirubina non coniugata grazie alla **ridotta attività enzimatica** che limita la glucuronidazione. Si tratta di una condizione benigna spesso rilevata casualmente negli esami di screening.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Calcolosi biliare**: La calcolosi biliare induce frequentemente un quadro di colestasi. L'ostruzione delle vie biliari impedisce il normale drenaggio e determina un incremento prevalente della frazione diretta.
- **C) Sindrome di Dubin-Johnson**: La sindrome di Dubin-Johnson provoca un accumulo di bilirubina diretta. Il disturbo deriva da un difetto dell'escrezione canalicolare della bilirubina già coniugata verso la bile.
- **D) Cirrosi biliare primitiva**: La cirrosi biliare primitiva è una malattia epatica cronica a carattere colestatico. Provoca la progressiva fibrosi dei dotti intraepatici con alterazioni dominanti degli indici di stasi biliare.
- **E) Adenocarcinoma della testa del pancreas**: L'adenocarcinoma della testa del pancreas comprime il coledoco causandone il blocco. Tale compresione genera un ittero da ostruzione meccanica con rialzo predominante della bilirubina diretta.

---

88 **Un uomo di 54 anni viene portato nella Sala Urgenze del Pronto Soccorso per un arresto cardiaco. Agli esami si evidenzia un valore di potassio di 8,1 mEq/L. Quale tra le seguenti condizioni NON rientra tra le possibili cause di iperkaliemia?**

A Sovradosaggio da ACE-inibitori
B **Iperaldosteronismo**
C Sindrome da lisi tumorale
D Intossicazione digitalica
E Insufficienza renale acuta

Risposta giusta: B

L'**iperaldosteronismo** non è correlato all'iperkaliemia poiché l'eccesso di ormone stimola attivamente l'**escrezione renale di potassio**. Il risultato fisiologico consiste in una riduzione del potassio ematico nota come ipokaliemia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sovradosaggio da ACE-inibitori**:
- **C) Sindrome da lisi tumorale**:
- **D) Intossicazione digitalica**:
- **E) Insufficienza renale acuta**:

89 **Il 13 agosto del 2011, alle ore 20, in Sicilia, un medico legale viene contattato dal Pubblico Ministero in quanto avvisato dalle forze dell'ordine del ritrovamento di un cadavere presso il domicilio dello stesso. Giunto sul luogo, il medico legale viene informato dalla polizia che, a causa dell'odore acre presente nell'appartamento, si era proceduto ad apertura delle finestre di tutte le stanze della casa. Si iniziano le operazioni di sopralluogo, il cadavere si presenta come in figura. Alla luce dell'immagine allegata e dei dati riportati, considerando una completa risoluzione della rigidità, si può stimare in via preliminare che siano trascorsi:**

A circa un mese dal decesso

B **circa 3-5 giorni dal decesso**

C circa tre mesi dal decesso

D circa un anno dal decesso

E meno di 24 ore dal decesso

Risposta giusta: B

La **rigidità cadaverica** compare nelle prime ore, raggiunge il massimo entro un giorno e scompare completamente dopo pochi giorni. L'**odore acre** percepito nell'appartamento indica l'inizio della **putrefazione**, fenomeno compatibile proprio con un intervallo di circa tre-cinque giorni post mortem.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) circa un mese dal decesso**: Dopo un mese la rigidità è scomparsa da tempo e il quadro clinico sarebbe dominato da processi putrefattivi più marcati o da scheletrizzazione iniziale.
- **C) circa tre mesi dal decesso**: A tre mesi il corpo avrebbe già mostrato una decomposizione avanzata con trasformazioni cadaveriche molto diverse da quelle osservate.
- **D) circa un anno dal decesso**: Dopo un anno il cadavere subisce alterazioni esterme e irreversibili, totalmente incompatibili con il reperto descritto e con i dati sulla rigidità residua.
- **E) meno di 24 ore dal decesso**: Sbagliato perché la completa risoluzione della rigidità non si osserva così precocemente, dato che nelle prime ventiquattr'ore essa è in formazione o al picco massimo.

90 **Un medico del Pronto Soccorso, durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, viene colpito con una sbarra di ferro da un paziente di 30 anni in evidente stato di ebbrezza che si era recato in ospedale per un forte mal di testa. Il sanitario viene sottoposto a una TC che mostra la presenza di un'emorragia sottorbitaria e in sede frontale destra, e di una frattura delle ossa del naso con prognosi di 50 giorni. Eseguita la denuncia per lesioni personali, il Giudice nomina il proprio perito per determinare la natura e l'entità delle lesioni riportate dal sanitario. In ambito di responsabilità penale, come si configurano le lesioni personali riportate dal medico colpito?**

A Lesioni personali lievi

B **Lesioni personali gravi**

C Lesioni personali lievissime

D Lesioni personali gravissime

E Lesioni personali insanabili

Risposta giusta: B

Nel diritto penale la qualificazione delle lesioni si basa principalmente sulla **durata prognostica**. Quando l'infermità o l'inabilità alle ordinarie occupazioni risulta **oltre i 40 giorni** scatta automaticamente la configurazione di **lesione personale grave**. La soglia temporale è therefore decisiva e distingue già questa fattispecie dalle meno gravi. I reperti traumatici descrivono un evento doloroso ma privo delle caratteristiche strutturali che eleverebbero la pena.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Lesioni personali lievi**: La categoria di lesione lieve copre esclusivamente gli esiti con prognosi inferiore ai 40 giorni. Superato tale limite temporale la qualificazione muta obbligatoriamente verso gradi superiori di gravità.
- **C) Lesioni personali lievissime**: Questa fattispecie riserva soltanto a danni di minima entità con risoluzione pressoché immediata. Una durata di 50 giorni implica una sofferenza e un'incapacità lavorativa che superano largamente il minimo normativo.
- **D) Lesioni personali gravissime**: Richiede conseguenze definitivamente invalidanti come la perdita di un organo di senso o di un arto, deformazioni stabili o malattie certamente insanabili. Mancano nei referti tutti gli elementi di permanente mutilazione o rischio vitalizio tipici di questa aggravante.
- **E) Lesioni personali insanabili**: Il termine indica un esito cronico o irreversibile, incompatibile con la prognosi di 50 giorni fornita dal referto. Non costituisce una categoria giuridica autonoma per la classificazione immediata di questi eventi penali.

91 **Quale, tra queste infezioni, NON è solitamente sostenuta dallo Streptococcus pneumoniae?**

- **A** **Epatite**
- **B** Polmonite
- **C** Meningite
- **D** Sinusite acuta
- **E** Osteomielite

Risposta giusta: A

Lo *Streptococcus pneumoniae* causa prevalentemente infezioni delle **vie respiratorie** e nei casi invasivi può provocare **meningite**. Il fegato non è una sede tipica per questo microrganismo, quindi l'**epatite** non rientra nel suo spettro clinico abituale.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Polmonite**: La polmonite è l'associazione clinica più nota e corrisponde alla principale manifestazione polmonare causata dal batterio.
- **C) Meningite**: Questo germe rappresenta una delle cause primarie di meningite batterica, soprattutto in bambini, anziani e soggetti fragili.
- **D) Sinusite acuta**: Lo pneumococco è uno dei patogeni più frequenti nelle infezioni delle alte vie aeree e determina spesso la sinusite acuta.
- **E) Osteomielite**: L'infezione scheletrica può verificarsi occasionalmente per disseminazione ematogena, mentre l'epatite resta completamente atipica per questa specie.

92 **Una ragazza di 20 anni si rivolge al proprio medico curante per febbre, malessere e dolore urente in sede genitale. Alla visita vengono riscontrati una linfoadenopatia inguinale dolente, lesioni vescicolari ed erosioni a livello dei genitali esterni. Qual è l'agente eziologico verosimilmente responsabile di tale infezione genitale?**

A Trichomonas vaginalis
B Mycoplasma hominis
C **Herpes simplex virus tipo 2**
D Neisseria gonorrhoeae
E Candida albicans

Risposta giusta: C

Il quadro clinico corrisponde a un'infiammazione da **virose erpetica**. La febbre e il malessere sono associati a **linfoadenopatia inguinale dolente**. La presenza di **vescicole** evolte in **erosioni** localizzate nei genitali esterni è patognomonica. L'agente più frequente è l'**HSV-2**, sebbene anche l'HSV-1 possa causare lesioni simili.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Trichomonas vaginalis**: Il trichomonas causa vaginite con perdite schiumose, irritazione mucosa e talvolta una cervice iperemica a petecchie. Il quadro non include il decorso vescicolo-erosivo tipico della virosi descritta.
- **B) Mycoplasma hominis**: I micoplasmi possono essere isolati in infezioni genitali aspecifiche o nel microbiota femminile. Non provocano la sintomatologia acuta sistemica e le lesioni primarie caratteristiche dell'herpes genitale.
- **D) Neisseria gonorrhoeae**: La gonorrea provoca uretrite, cervicite e secrezioni purulente. Manca completamente il reperto delle vescicole e delle erosioni dolorose.
- **E) Candida albicans**: La candidosi vulvovaginale induce prurito intenso, bruciore e perdite biancastre compatte. Non determina lesioni bollose né ingrossamento linfonodale dolente.

93 **Un uomo di 46 anni, peso 67 kg, altezza 176 cm, arriva in Pronto Soccorso trasportato da casa dove è stato trovato a terra incosciente, dopo verosimile assunzione di cocaina, eroina e alcool; PA 145/90 mmHg. Gli esami mostrano: Creatininemia 7.4 mg/dL, K 6.8 mEq/L, CPK > 50.000 U/L, Hb 11.4 g/dL; il paziente è oligurico e le poche urine presentano un colore rosso laccato. L'ecografia renale dimostra reni di dimensioni leggermente aumentate, con mancata differenziazione cortico-midollare, non idronefrosi; l'ecocolor-doppler dimostra reni perfusi, ma con elevati indici di resistenza intraparenchimali. Qual è la diagnosi più probabile? +**

A Infarto renale bilaterale da ostruzione delle arterie renali

B Nefropatia ostruttiva da atonia vescicale da tossici

C **Insufficienza renale acuta secondaria a rabdomiolisi**

D Rottura bilaterale dei reni, da caduta

E Insufficienza renale acuta secondaria a disidratazione

Risposta giusta: C

Il quadro clinico indica un processo di **rabdomiolisi** massiva dopo prolungata immobilità sotto effetto di tossici. L'elevazione marcata della $CPK > 50.000\ \mathrm{U/L}$, l'**iperkaliemia** e le urine rosse confermano il rilascio muscolare di **mioglobina**. Questa sostanza è nefrotossica e causa un danno tubulare acuto oligurico. L'ecografia mostra organi ingrossati senza idronefrosi, escludendo un'origine ostruttiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Infarto renale bilaterale da ostruzione delle arterie renali**: L'infarto renale bilaterale rappresenta un evento grave ma raro nel contesto presentato. Tale patologia non spiegherebbe il picco $CPK > 50.000\ \mathrm{U/L}$ né le urine scure da pigmenti tissutali. L'ecocolor-Doppler conferma i reni perfusi e nega l'assenza di flusso arterioso.
- **B) Nefropatia ostruttiva da atonia vescicale da tossici**: Un'ostruzione postrenale genererebbe dilatazione delle vie urinarie con comparsa di idronefrosi. Nell'immagine ecografica questo segno risulta assente. Il valore enormemente elevato degli enzimi muscolari orienta invece chiaramente verso un danno primitivo delle fibre.
- **D) Rottura bilaterale dei reni, da caduta**: L'ipotesi non regge poiché non viene riferito alcun trauma maggiore compatibile con la caduta. La rottura renale produrrebbe un quadro emorragico e traumatico nettamente differente. Non emergono i segni tipici di un danno sistematico associato a iperkalemia e mioglobinuria.
- **E) Insufficienza renale acuta secondaria a disidratazione**: La disidratazione potrebbe peggiorare l'insufficienza renale ma non giustifica da sola valori così elevati. Manca la spiegazione fisiopatologica per le urine rosso laccato. Il problema principale identifica la necrosi muscolare con rilascio di mioglobina piuttosto che una semplice ipovolemia.

94 **Una donna di 62 anni, HCV positiva da oltre 25 anni, presenta da alcune settimane edemi declivi, macroematuria negli ultimi giorni, petecchie alle gambe e al tronco, febbricola, nausea e saltuari episodi di vomito; PA recentemente elevata (165/95 mmHg). Gli esami dimostrano: Creatininemia 1.2 mg/dL, Na 143 mEq/L, K 3.3 mEq/L, esame urine: proteinuria ++, sedimento con numerosissimi eritrociti, cilindri ialini e ialino-granulosi. L'ecografia renale dimostra reni iperecogeni, ma di dimensioni conservate. Quale diagnosi si ritiene più verosimile? + +**

A Insufficienza renale cronica

B Insufficienza renale acuta su base emodinamica

C Pielonefrite acuta

D Vasculite crioglobulinemica

E Sindrome epato-renale

Risposta giusta: D

L'associazione tra infezione cronica da HCV, manifestazioni cutanee emorragiche e coinvolgimento renale con ematuria e proteinuria orienta verso una **vasculite crioglobulinemica**. Nei pazienti con epatite C i **depositi immunocomplessi** si accumulano nei piccoli vasi, causando una **glomerulonefrite attivata** che spiega il quadro clinico completo. La creatinemia di $1,2\ \mathrm{mg/dL}$ è compatibile con una **fase iniziale** non ancora severamente compromessa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Insufficienza renale cronica**: L'iperecogenicità renale può talvolta suscitare il sospetto di una malattia cronica, ma le dimensioni preservate dei reni e l'esordio clinico repentino con edema, macroematuria e petecchie denotano un processo acuto in atto. Un'insufficienza renale cronica preesistente non giustificherebbe un quadro sintomatico così improvviso e multifocale.
- **B) Insufficienza renale acuta su base emodinamica**: Nel danno renale acuto di origine prerenale si attende uno stato di ipovolemia, ipotensione o ridotto flusso portale, associato a un sedimento urinario normalmente quieto e privo di componenti cellulari rilevanti. Il profilo urinario osservato, carico di emazie e proteine, esclude un meccanismo puramente emodinamico e richiede un'eziologia glomerulare.
- **C) Pielonefrite acuta**: La pielonefrite acuta si caratterizza tipicamente per febbre elevata, dolore lombare, leucocituria e batteriuria, elementi clinici assenti in questo quadro. I reperti cutanei, la storia di HCV cronica e il sedimento urinario ricco di eritrociti con proteinuria indicano piuttosto un'infiammazione vascolare sistemica.
- **E) Sindrome epato-renale**: La sindrome epato-renale compare quasi esclusivamente in contesti di cirrosi scompensata e grave insufficienza epatica, determinando un danno renale funzionale-perfusivo senza oliguria importante né alterazioni urinarie attive. La presenza di numerosissimi eritrociti e proteinuria conferma un'origine infiammatoria-glomerulare, non emodinamica.

95 **Un uomo di 65 anni presenta insorgenza, in pieno benessere, di cefalea e vomito, seguiti dalla comparsa di afasia ed emiparesi destra. Viene quindi accompagnato in Pronto Soccorso; i familiari riferiscono in anamnesi ipertensione ed etilismo con associata cirrosi epatica. Alla visita il medico trova il paziente soporoso, risvegliabile alla chiamata, afasico globale ed emiplegico a destra. Si prende visione della TC encefalo senza mezzo di contrasto che nel frattempo è stata richiesta (si veda immagine). Qual è la diagnosi più probabile?**

A Emorragia subaracnoidea da rottura di aneurisma dell'arteria comunicante anteriore

B **Emorragia intraparenchimale spontanea fronto-parietale sinistra**

C Ictus ischemico destro

D Ematoma parieto-occipitale sottodurale acuto sinistro

E Ematoma epidurale destro

Risposta giusta: B

L'esordio improvviso con cefalea, vomito e rapido deficit neurologico focale, associato a ipertensione e cirrosi epatica, orienta fortemente verso un'**emorragia intraparenchimale**. La sede fronto-parietale sinistra spiega l'afasia globale per il coinvolgimento dell'emisfero dominante e l'emiparesi destra per la lesione delle vie motorie controlaterali. Alla TC senza mezzo di contrasto si osserva tipicamente una raccolta iperdensa nel parenchima con effetto massa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Emorragia subaracnoidea da rottura di aneurisma dell'arteria comunicante anteriore**: La rottura di un aneurisma può provocare una cefalea improvvisa violenta, ma il quadro clinico presenta **deficit focali** netti e la tomografia mostra una raccolta interna al tessuto. Nella emorragia subaracnoidea ci si aspetterebbe invece sangue negli spazi subaracnoidei e nelle **cisterne basali**, non un ematomo intraparenchimale come diagnosi principale.
- **C) Ictus ischemico destro**: Un ictus ischemico destro causerebbe semmai deficit del lato opposto, ma non afasia globale poiché le funzioni linguistiche dipendono dal lato sinistro. In più la presenza di cefalea e vomito immediati, insieme ai disturbi coagulativi della cirrosi, punta decisamente verso una causa emorragica.
- **D) Ematoma parieto-occipitale sottodurale acuto sinistro**: L'ematoma subdurale acuto è quasi sempre secondario a trauma cranico e mostra una distribuzione a falce lungo la convessità. Un esordio spontaneo in piena salute non è caratteristico di questa patologia.
- **E) Ematoma epidurale destro**: L'ematoma epidurale ha origine prevalentemente traumatica ed è spesso preceduto da un **intervallo lucido**. Una lesione emisferica destra non potrebbe spiegare l'afasia globale, che richiede necessariamente il coinvolgimento dell'emisfero dominante.

96 **Una donna di 76 anni riferisce di sentire, da alcuni mesi, il braccio di destra più debole; tale disturbo sembra avere un andamento peggiorativo. Nelle ultime settimane sarebbero inoltre comparse delle difficoltà nell'eloquio. La paziente si reca quindi dal neurologo che riscontra un deficit stenico all'arto superiore di destra e una afasia espressiva. Consiglia quindi l'esecuzione di una RM encefalo con mezzo di contrasto. Tale esame evidenzia la presenza di una lesione espansiva verosimilmente extra-assiale a livello frontale destro, captante vivacemente e omogeneamente contrasto, associata a ispessimento della dura madre perilesionale (tail durale) (si veda immagine). Qual è la diagnosi più probabile?**

A Ematoma sottodurale acuto fronto-parietale sinistro

B Glioma frontale sinistro di alto grado

C Metastasi temporale destra da carcinoma mammario

D Emorragia intraparenchimale spontanea frontale destra

E Meningioma della convessità frontale sinistra

Risposta giusta: E

La presenza di una lesione extra-assiale con enhancement omogeneo e il caratteristico tail durale alla risonanza magnetica orienta verso un **meningioma**. La sede alla convessità frontale sinistra è tipica e la sintomatologia a decorso progressivo si accompagna perfettamente alla crescita graduale di questa neoplasia benigna ma compressiva.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ematoma sottodurale acuto fronto-parietale sinistro**: Un ematoma sottodurale acuto esordisce in modo brusco ed è spesso correlato a traumi pregressi. Alla risonanza magnetica appare come una raccolta liquida con caratteristiche ematiche ben diverse da quelle di una massa solida che captarebbe mezzo di contrasto in modo intenso e uniforme.
- **B) Glioma frontale sinistro di alto grado**: Un glioma di alto grado è una lesione intra-assiale che origina dal parenchima cerebrale anziché essere extra-assiale. Il suo imaging presenta solitamente un aspetto infiltrante e un enhancement disomogeneo, privo del segno del tail durale.
- **C) Metastasi temporale destra da carcinoma mammario**: Le metastasi cerebrali sono generalmente intra-assiali e spesso multiple, senza mostrare il tipico ispessimento durale perilesionale. Inoltre una sede temporale destra non giustificherebbe l'afasia espressiva, che localizza l'area corticale danneggiata nell'emisfero sinistro dominante per il linguaggio.
- **D) Emorragia intraparenchimale spontanea frontale destra**: L'ematoma intraparenchimale spontaneo ha un insorgenza improvvisa e non un peggioramento progressivo protratto nei mesi. L'esame strumentale evidenzerebbe sangue nel tessuto cerebrale con segnale variabile in base al tempo di formazione, mai una lesione extra-assiale circoscritta con presa di contrasto omogenea.

97 **Un paziente di 25 anni accede al Pronto Soccorso per comparsa improvvisa di dolore laterocervicale sinistro e sindrome di Horner omolaterale. Nelle ore precedenti il paziente aveva presentato ripetuti episodi di vomito in corso di gastroenterite. La TC encefalo eseguita in Pronto Soccorso risulta nella norma, l'angio-TC dei tronchi sovra-aortici evidenzia reperti compatibili con ematoma intramurale a livello della carotide sinistra. Quale diagnosi viene posta?**

- **A** **Dissecazione carotidea**
- **B** Vasculite cerebrale
- **C** Trombosi venosa cerebrale
- **D** Stenosi carotidea su base vasomotoria
- **E** Emicrania con aura

Risposta giusta: A

La diagnosi è una **dissecazione carotidea**. Il quadro clinico tipico vede un paziente giovane con dolore laterocervicale improvviso e **sindrome di Horner** omolaterale. L'angio-TC conferma un **ematoma intramurale** nella carotide, segno di una lacerazione della parete vascolare con infiltrazione di sangue tra i suoi strati. Il fenomeno può scatenarsi dopo sforzi o manovre che innalzano bruscamente la pressione endoluminale, quali gli episodi ripetuti di **vomito**. La TC encefalo risulta normale perché la lesione interessa i vasi extracranici e richiede una valutazione angio-TC dedicata.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Vasculite cerebrale**: Le vasculiti cerebrali hanno un decorso generalmente subacuto o sistemico. Non giustificano un esordio così brusco con dolore laterocervicale e Horner, inoltre non producono il reperto caratteristico di ematoma intramurale carotideo.
- **C) Trombosi venosa cerebrale**: La trombosi venosa cerebrale si presenta tipicamente con cefalea, deficit neurologici focali, crisi epilettiche o segni di ipertensione endocranica. In questo caso la patologia è chiaramente arteriosa e focalizzata sul tratto della carotide sinistra.
- **D) Stenosi carotidea su base vasomotoria**: Una stenosi carotidea di origine vasomotoria corrisponde a un semplice spasmo muscolare senza danno strutturale. Questo meccanismo non genera il quadro clinico descritto né il reperto radiologico di ematoma intramurale, presente invece nel caso reale.
- **E) Emicrania con aura**: L'emicrania con aura può provocare sintomi neurologici transitori, ma non giustifica né il dolore cervicale acuto né la comparsa di una sindrome di Horner. In ogni caso, non spiega mai la presenza di un ematoma intramurale alla carotide.

98 **Un paziente di 30 anni giunge all'osservazione neurologica per valutazione in merito a cefalea. La sintomatologia si è presentata per la prima volta un anno prima. Il dolore era localizzato in regione orbitale e sovraorbitale destra e perdurava sino a un massimo di 3 ore. Si associava a iperemia congiuntivale, lacrimazione ed edema palpebrale, tutti omolaterali. Gli episodi hanno continuato a presentarsi con frequenza quotidiana per circa un mese per poi cessare del tutto. Dopo diversi mesi, libero da questi sintomi, la cefalea si è ripresentata da circa una settimana con caratteristiche invariate. La diagnosi più probabile é:**

A emicrania oftalmica
B glaucoma acuto
C trombosi del seno cavernoso
D cefalea tensiva
E cefalea a grappolo

Risposta giusta: E

Il quadro clinico è tipico di una **cefalea a grappolo**. Il **dolore unilaterale** orbitale e sovraorbitale dura poche ore ed è associato a un chiaro **segno autonomico** omolaterale. L'andamento ciclico con crisi quotidiane seguito da remissione completa definisce il profilo diagnostico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) emicrania oftalmica**: L'emicrania ha spesso dolore pulsante con durata maggiore e sintomi come nausea o fotofobia; i segni autonomici oculari marcati presenti in questo caso orientano verso le sindromi trigemino-autonomiche invece che verso un disturbo migrainoso.
- **B) glaucoma acuto**: Il glaucoma acuto causerebbe un quadro persistente con occhio rosso molto doloroso, visione offuscata, midriasi e possibili vomito; qui la ricorrenza ciclica e la sede del dolore sono incompatibili con una patologia oculare acuta stabile.
- **C) trombosi del seno cavernoso**: La trombosi del seno cavernoso determina un peggioramento continuo con febbre, interessamento dei nervi cranici e oftalmoplegia; non corrisponde affatto agli episodi ricorrenti con complete remissioni intervallate osservati nel paziente.
- **D) cefalea tensiva**: La cefalea tensiva è solitamente bilaterale, di tipo costrittivo e lieve, senza mai associarsi a manifestazioni autonomiche come lacrimazione o edema palpebrale; il quadro descritto risulta nettamente più intenso e localizzato.

99 **Una donna di 32 anni, in gravidanza con sintomi attribuibili a pre-eclampsia, sviluppa in modo subacuto cefalea, disturbo del visus, stato confusionale e crisi epilettiche subentranti. La RM encefalo con e senza mezzo di contrasto evidenzia reperti di iperintensità in T nelle regioni parieto-occipitali bilaterali. La diagnosi più probabile è: 2**

A ictus cerebri

B meningoencefalite

C emicrania con aura

D **Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES)**

E Acute Disseminated Encephalomyelitis (ADEM)

Risposta giusta: D

Il quadro clinico di una paziente gravida con pre-eclampsia, associato a cefalea, alterazione visiva, stato confusionale e crisi epilettiche, si abbina alle iperintensità T2 parieto-occipitali bilaterali della risonanza magnetica. Questi reperti riflettono un **edema vasogenico**, tipico del **PRES**, generalmente risolvibile con il controllo dei fattori scatenanti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) ictus cerebri**: L'ictus cerebrale causa deficit neurologici focali e mostra pattern ischemici territoriali, non il coinvolgimento simmetrico posteriore da edema vasogenico.
- **B) meningoencefalite**: La meningoencefalite implica solitamente un contesto infettivo con febbre e segni meningei, mostrando alla RM pattern diversi non correlati alla pre-eclampsia.
- **C) emicrania con aura**: L'emicrania con aura presenta cefalea e disturbi visivi transitori, ma non giustifica la confusione mentale, le convulsioni né i caratteristici reperti di risonanza.
- **E) Acute Disseminated Encephalomyelitis (ADEM)**: L'ADEM è una malattia demielinizzante post-infettiva o post-vaccinale, più frequente in età pediatrica, con lesioni bianco-subcorticali multifocali diverse dal quadro parieto-occipitale descritto.

100 **Una ragazza di 16 anni, studentessa di liceo e con un discreto curriculum scolastico, giunge in Pronto Soccorso accompagnata da un'amica. La sera prima, dopo una giornata dedicata allo studio, avrebbe avuto un diverbio con il fidanzato e, dopo una serata in discoteca, in cui avrebbe anche utilizzato cocaina, si sarebbe messa alla guida del proprio ciclomotore in stato di ebbrezza. Giunta al proprio domicilio, dopo aver rotto impulsivamente il cellulare in preda a uno stato di rabbia, si è inferta tagli superficiali agli avambracci. Dice che vorrebbe morire, che non le interessa più nulla. L'amica riferisce che la paziente è molto "lunatica", che conduce una vita irregolare, e che a volte utilizza sostanze stupefacenti. Non sono riferiti importanti disturbi del sonno. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Bulimia nervosa

B Depressione Maggiore Ricorrente

C Mania acuta

D Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)

E Disturbo di Personalità Borderline

Risposta giusta: E

Il quadro clinico evidenzia una marcata **disregolazione emotiva** accompagnata da **autolesionismo** superficiale e idee suicidarie transitorie. La forte reattività ai conflitti interpersonali, l'uso di sostanze e la natura impulsiva dei gesti orientano chiaramente verso un disturbo di personalità. L'assenza di alterazioni significative del sonno esclude un disturbo dell'umore primario.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Bulimia nervosa**: La bulimia nervosa si fonda su abbuffate ricorrenti seguite da condotte compensatorie come vomito autoindotto o uso di lassativi. Il caso presenta invece un profilo psicopatologico legato alla regolazione affettiva e non al comportamento alimentare.
- **B) Depressione Maggiore Ricorrente**: La depressione maggiore ricorrente richiede la presenza di umore depresso persistente e sintomi neurovegetativi consolidati. Qui prevalgono episodi reattivi legati allo stress relazionale e una spiccata impulsività invece dell'**anedonia** e del rallentamento psicomotorio classici.
- **C) Mania acuta**: La mania acuta si manifesta con euforia o irritabilità sostenuta, aumento marcato dell'energia e logorrea. Mancano nel referto elementi cardini come il **ridotto bisogno di sonno** e la continuità temporale dell'episodio, trasformando il quadro in una crisi dissociativa piuttosto che in uno stato maniacale.
- **D) Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)**: L'ADHD può causare impulsività e difficoltà organizzative, ma non spiega il nucleo sintomatico di instabilità affettiva e minacce suicidarie tipiche del disturbo borderline.

101 **Nel caso di un intervento chirurgico per cataratta con tecnica femto-laser, è corretto affermare che:**

A il femto-laser si può usare solo nelle forme di cataratta congenita

B è una tecnica obsoleta

C è una tecnica poco precisa

D si usa questa tecnica per eseguire tutto l'intervento, compresa l'aspirazione del nucleo e della corticale del cristallino

E **si usa questa tecnica per eseguire le incisioni corneali, la capsulotomia e la frammentazione del cristallino**

Risposta giusta: E

Il femto-laser nella chirurgia della cataratta non sostituisce l'intero intervento, ma automatizza fasi specifiche. Viene impiegato per realizzare **incisioni corneali**, eseguire la **capsulotomia** e compiere la **frammentazione** del cristallino, facilitando la rimozione successiva. Si tratta di una procedura moderna che garantisce maggiore **precisione** e riproducibilità.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) il femto-laser si può usare solo nelle forme di cataratta congenita**: è errata dato che l'applicazione non è limitata alle forme congenite, ma è ampiamente indicata nella cataratta acquisita dell'adulto quando ne ricorrono i requisiti clinici.
- **B) è una tecnica obsoleta**: è errata perché si tratta di una tecnologia relativamente recente, introdotta appositamente per migliorare accuratezza e standardizzazione delle fasi operatorie.
- **C) è una tecnica poco precisa**: è errata poiché lo strumento è scelto proprio per l'elevata affidabilità dei tagli programmati, che eliminano le variabilità tecniche manuali.
- **D) si usa questa tecnica per eseguire tutto l'intervento, compresa l'aspirazione del nucleo e della corticale del cristallino**: è errata perché il laser non effettua alcuna aspirazione; limita il suo ruolo alla frammentazione, mentre l'aspirazione di nucleo e corticale resta una fase chirurgica separata gestita con ultrasuoni o pinze dedicate.

102 **Si presenta all'attenzione del medico un uomo che lamenta da 2 giorni miodesopsie e fotopsie persistenti; l'esame del fundus evidenzia rottura retinica periferica a ferro di cavallo senza sollevamento retinico circostante; il visus è perfettamente conservato. La terapia più corretta prevede:**

A intervento chirurgico di cerchiaggio

B **barrage (sbarramento) laser per circoscrivere la lesione**

C terapia medica con antiedemigeni

D panfotocoagulazione laser

E osservazione con frequenti controlli della retina nelle settimane successive

Risposta giusta: B

La rottura a ferro di cavallo è **sintomatica**, ma non è presente un distacco e il visus è conservato. Il barrage laser crea **aderenze cicatriziali** attorno alla lesione, riducendo il rischio che il liquido passi attraverso la rottura e provochi un distacco di retina. È un trattamento preventivo e rapido, appropriato finché la retina è aderente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) intervento chirurgico di cerchiaggio**: Il cerchiaggio è una tecnica chirurgica usata soprattutto nel distacco di retina regmatogeno. Non è indicato in prima battuta per una rottura senza sollevamento retinico.
- **C) terapia medica con antiedemigeni**: Non c'è un edema da trattare con farmaci. Si tratta di una lesione meccanica della retina, per cui è indicato un trattamento locale.
- **D) panfotocoagulazione laser**: La panfotocoagulazione si usa soprattutto nelle patologie ischemiche retiniche, come la retinopatia diabetica proliferante, non per una singola rottura periferica.
- **E) osservazione con frequenti controlli della retina nelle settimane successive**: Una rottura a ferro di cavallo sintomatica comporta un rischio concreto di evolvere in distacco di retina. Non basta quindi attendere e controllare frequentemente la retina nelle settimane successive.

103 **Si presenta all'attenzione del medico un bambino di 2 anni con evidente strabismo convergente; la visita conferma esotropia importante (30 diottrie prismatiche) e l'esame in cicloplegia evidenzia ipermetropia bilaterale. In quale dei seguenti modi è opportuno procedere?**

A Consigliare intervento chirurgico per strabismo
B Prescrivere bendaggio alternato degli occhi
C Raccomandare la prescrizione delle lenti al raggiungimento dell'età scolare (5-6 anni)
D **Prescrivere le lenti correttive e programmare un controllo a breve**
E Prescrivere solo un integratore per somministrazione orale

Risposta giusta: D

In un bambino di 2 anni con esotropia importante e ipermetropia confermata in cicloplegia, il primo passo consiste nella prescrizione immediata delle lenti correttive. La componente dello strabismo è frequentemente di origine accomodativa, dunque la **correzione ottica** favorisce il rapido ripristino dell'allineamento oculare. Si programma pertanto un controllo a breve termine per verificare l'efficacia del trattamento.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Consigliare intervento chirurgico per strabismo**: L'intervento chirurgico non è la terapia di prima istanza. Viene valutato solamente se, dopo la corretta correzione refrattiva, permane una **deviazione residua** clinicamente significativa.
- **B) Prescrivere bendaggio alternato degli occhi**: Il bendaggio alternato non agisce sulla causa primaria del disturbo. Potrebbe risultare utile solo in un secondo momento, qualora venisse diagnosticata un'ambliopia concomitante.
- **C) Raccomandare la prescrizione delle lenti al raggiungimento dell'età scolare (5-6 anni)**: Attendere il raggiungimento dell'età scolare compromette la **tempestività** terapeutica. Ritardare l'intervento espone il paziente al rischio di instaurare ambliopia o di aggravare la deviazione.
- **E) Prescrivere solo un integratore per somministrazione orale**: Gli integratori orali non possiedono alcun effetto fisiopatologico in questo quadro clinico. È necessario intervenire esclusivamente con la correzione visiva adeguata e un monitoraggio specialistico continuo.

104 **Quale, tra le seguenti sindromi paraneoplastiche, NON è tipica di un microcitoma polmonare?**

A Sindrome di inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (ADH)

B Miastenia grave

C Acanthosis nigricans

D Sindrome ipercalcemica

E Sindrome di Cushing

Risposta giusta: B

La **miastenia grave** è la sindrome paraneoplastica tipica del **timoma**, non del microcitoma polmonare. Il microcitoma dà invece la **sindrome miastenica di Lambert-Eaton**, con anticorpi contro i canali del calcio presinaptici: debolezza prossimale che migliora con lo sforzo ripetuto, iporeflessia e disturbi autonomici. Le due sindromi si somigliano ma hanno sede e causa diverse.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sindrome di inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (ADH)**: La SIADH è la sindrome paraneoplastica più tipica del microcitoma: la secrezione ectopica di ADH dà iponatriemia con urine inappropriatamente concentrate.
- **C) Acanthosis nigricans**: L'acanthosis nigricans maligna accompagna soprattutto gli adenocarcinomi gastrici, ma è descritta anche nei tumori del polmone; non è la sindrome che si esclude con sicurezza nel microcitoma.
- **D) Sindrome ipercalcemica**: L'ipercalcemia paraneoplastica, dovuta per lo più al **PTHrP**, è più frequente nel carcinoma squamoso, ma è descritta anche nel microcitoma: non è la sindrome estranea a questo tumore.
- **E) Sindrome di Cushing**: La sindrome di Cushing da **ACTH ectopico** è una delle endocrinopatie paraneoplastiche classiche del microcitoma, per la sua origine neuroendocrina.

105 **Quale, tra i seguenti marcatori tumorali, è tipicamente aumentato nel carcinoma ovarico?**

- **A** **CA-125**
- **B** PSA
- **C** Alfafetoproteina
- **D** CEA
- **E** CA-19-9

Risposta giusta: A

Il **CA-125** è il marcatore sierico classicamente associato al **carcinoma ovarico epiteliale**. Viene impiegato in ambito clinico principalmente come supporto diagnostico e per il monitoraggio terapeutico della malattia. Pur non presentando un'elevata specificità assoluta ed essendo soggetto ad aumenti in diverse condizioni patologiche, resta l'indicatore più caratteristico tra quelli elencati.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) PSA**: Il PSA è un enzima prodotto dalle cellule prostatiche ed è il marcatore di riferimento esclusivo per il carcinoma della prostata. Non presenta alcuna associazione significativa con la patologia ovarica.
- **C) Alfafetoproteina**: L'alfa-fetoproteina è prodotta principalmente dal fegato ed è marker di elezione per i carcinomi epatocellulari e per i tumori germinativi dell'ovaio. Non viene elevata nei carcinomi ovarici epiteliali di tipo classico.
- **D) CEA**: Il CEA è un antigene carcinoembrionario prevalentemente elevato nei tumori del tratto gastrointestinale, in particolare nel carcinoma colonrettale. Il suo dosaggio non ha valore specifico per la diagnosi del cancro ovarico.
- **E) CA-19-9**: Il CA 19-9 è un marcatore correlato principalmente alle neoplasie pancreatiche e delle vie biliari. Sebbene possa lievemente aumentare in alcune affezioni ginecologiche, non rappresenta un indicatore tipico del carcinoma ovarico.

106 **Un uomo di 60 anni riferisce da qualche tempo la comparsa di dolore persistente alla spalla destra che si irradia all'arto superiore omolaterale lungo tutto il lato ulnare. Una radiografia della spalla documenta una erosione a livello della prima e seconda costa destra. Viene posto il sospetto di sindrome di Pancoast. Quale tipo di neoplasia è più frequentemente associata con tale sindrome?**

A Neurinoma

B Tumore dell'apice polmonare

C Tumore della tiroide

D Mieloma Multiplo

E Osteosarcoma

Risposta giusta: B

La sindrome di Pancoast insorge quando una neoplasia invade l'**apice polmonare** e comprime il **plesso brachiale**. L'infiltrazione delle radici nervose inferiori determina dolore alla spalla con irradiazione lungo il lato ulnare. L'erosione radiografica della prima e seconda costa conferma tale sede tumorale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Neurinoma**: Il neurinoma deriva da cellule nervose e può causare sintomi compressivi ma non corrisponde alla patologia polmonare apicale tipica della sindrome.
- **C) Tumore della tiroide**: Un tumore tiroideo può generare compressioni cervicali o metastasi a distanza ma non costituisce la causa più frequente di questo quadro clinico.
- **D) Mieloma Multiplo**: Il mieloma multiplo provoca lesioni ossee e dolore diffuso ma non origina la massa apicale necessaria per comprimere il plesso brachiale.
- **E) Osteosarcoma**: L'osteosarcoma è una malignità primitiva del tessuto osseo in grado di distruggere la struttura locale ma non rappresenta l'associazione epidemiologica corretta.

107 **Qual è l'esame più indicato nella diagnosi precoce e per lo screening della displasia congenita dell'anca?**

A La RM
B La TC
C La scintigrafia
D La radiografia
E L'ecografia

Risposta giusta: E

L'**ecografia** è l'esame di elezione per lo screening neonatale e la diagnosi precoce. Visualizza correttamente le strutture **cartilaginee** ancora non ossificate. Il metodo è rapido, non invasivo e privo di radiazioni, quindi sicuro per i lattanti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) La RM**: La risonanza magnetica presenta costi elevati e richiede procedure complesse. Si utilizza esclusivamente per approfondimenti specialistici e mai come strumento di screening di massa.
- **B) La TC**: La tomografia computerizzata comporta un'esposizione alle **radiazioni** che va evitata in età evolutiva. Risulta superflua quando l'imaging a ultrasuoni garantisce già una caratterizzazione anatomica completa.
- **C)** La scintigrafia valuta parametri funzionali metabolici e non la morfologia articolare. Non trova applicazione nello studio della displasia congenita dell'anca né nelle sue fasi iniziali.
- **D)** La radiografia è poco indicativa nelle prime fasi perché il capitale osseo è ancora immaturo. Fornisce dati affidabili solo quando l'ossificazione progrede, pertanto va posticipata.

108 **Un paziente presenta dolore, bruciore intenso e una sensazione di scossa elettrica a livello del versante plantare dell'avampiede, in corrispondenza del III spazio intermetatarsale con irradiazione al III e IV dito. Tale sensazione aumenta alla palpazione e durante la deambulazione. Da quale patologia, tra le seguenti, è più probabilmente affetto il paziente?**

- **A** **Neuroma di Morton**
- B Artrosi metatarso-falangea
- C Malattia di Ledderhose
- D Tenosinovite dei flessori delle dita del piede
- E Instabilità cronica della terza articolazione metatarso-falangea

Risposta giusta: A

Il quadro clinico descrive una classica compressione del nervo digitale plantare nello **spazio intermetatarsale**. La presenza di **dolore urente** e **irradiazione elettrica** verso il terzo e quarto dito conferma un'origine neuropatica. I sintomi si aggravano durante la deambulazione e alla palpazione per l'aumento della pressione meccanica tra le teste metatarsali.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Artrosi metatarso-falangea**: L'artrosi metatarso-falangea produce dolore meccanico articolare e rigidità ma non genera parestesie o irradiamento elettrico tipico della neuropatia.
- **C) Malattia di Ledderhose**: La malattia di Ledderhose è una fibromatosi plantare caratterizzata da noduli fasciali che provocano fastidio alla pianta ma non il quadro neuropatico descritto.
- **D) Tenosinovite dei flessori delle dita del piede**: La tenosinovite causa dolore lungo il decorso tendineo che peggiora col movimento, senza coinvolgere il profilo sensitivo delle dita.
- **E) Instabilità cronica della terza articolazione metatarso-falangea**: L'instabilità cronica provoca fastidio al carico e dolore plantare generico, mancando gli elementi neuropatici focalizzati nello spazio intermetatarsale.

109 **In un uomo di 27 anni, in seguito a una caduta accidentale, viene riscontrata una frattura del polo prossimale dello scafoide carpale destro. Quale tra le seguenti è la complicanza tipica di tale frattura?**

A Lesione del nervo radiale
B Tenosinovite dei flessori delle dita della mano
C Lesione del nervo ulnare
D Necrosi avascolare
E Lesione del nervo mediano

Risposta giusta: D

La frattura del polo prossimale dello scafoide compromette l'apporto vascolare poiché la sua irrorazione è prevalentemente **retrograda**. Il sangue fluisce dal distale al prossimale, lasciando la porzione prossimale con un afflusso ematico sfavorevole. Questa ischemia locale predispone classicamente alla **necrosi avascolare**, che rappresenta la complicanza più frequente e clinicamente rilevante della lesione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Lesione del nervo radiale**: Non è la complicanza tipica; il nervo radiale può essere coinvolto in traumi del polso o dell'avambraccio, ma non è l'esito caratteristico di una frattura dello scafoide.
- **B) Tenosinovite dei flessori delle dita della mano**: Non è la complicanza tipica di questa frattura; può comparire in altri contesti infiammatori o da sovraccarico, ma non è quella classicamente associata allo scafoide.
- **C) Lesione del nervo ulnare**: Non è la complicanza classica; il nervo ulnare è più legato ad altre sedi traumatiche o compressive del polso, non allo scafoide in particolare.
- **E) Lesione del nervo mediano**: Rappresenta un problema tipico del tunnel carpale o di traumi più estesi del polso, ma non costituisce la complicanza caratteristica di una frattura del polo prossimale dello scafoide.

110 **Un ragazzo di 19 anni presenta un intenso dolore a livello della coscia, prevalentemente notturno, che regredisce dopo la somministrazione di acido acetilsalicilico. Quale neoformazione è sospettabile con questo quadro clinico-radiologico?**

A Condroblastoma
B Condrosarcoma
C Encondroma
D Osteosarcoma
E Osteoma osteoide

Risposta giusta: E

Il quadro clinico è caratteristico dell'**osteoma osteoide**, una lesione benigna che colpisce prevalentemente adolescenti e adulti giovani. La sintomatologia si manifesta come un **dolore notturno** intenso, che regredisce rapidamente dopo assunzione di **FANS**. Questo meccanismo dipende dalla produzione locale di **prostaglandine** da parte del nidus tumorale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Condroblastoma**: Il condroblastoma è un tumore benigno raro localizzato nelle epifisi delle ossa lunghe. Provoca dolore ma manca l'andamento notturno marcato e il rapido sollievo farmacologico tipico della patologia corretta.
- **B) Condrosarcoma**: Il condrosarcoma è un tumore maligno della cartilagine tipico dell'età adulta avanzata. Non presenta il dolore notturno caratteristico né la risposta terapeutica ai farmaci antinfiammatori.
- **C) Encondroma**: L'encondroma è una neoplasia benigna della cartilagine che rimane spesso asintomatica. I disturbi compaiono solo in presenza di complicanze meccaniche come fratture patologiche o deformità scheletriche.
- **D) Osteosarcoma**: L'osteosarcoma è un tumore osseo maligno che insorge nella stessa fascia d'età ma con un decorso diverso. Il dolore progredisce gradualmente ed è accompagnato da tumefazione e reperti radiografici aggressivi.

111 **Un calciatore professionista, durante una partita, subisce un forte trauma contusivo diretto, in corrispondenza del terzo prossimale anteriore di gamba, con conseguente traslazione posteriore della tibia. La dinamica traumatica descritta nello scenario, di quale delle seguenti lesioni legamentose è tipica?**

A Lesione del legamento crociato anteriore

B Lesione del legamento crociato posteriore

C Lesione del legamento collaterale laterale

D Lesione del tendine rotuleo

E Lesione del legamento collaterale mediale

Risposta giusta: B

Il trauma diretto sulla parte anteriore prossimale della gamba sollecita il **legamento crociato posteriore**. La spinta verso il retro determina una **traslazione posteriore della tibia** che questo tessuto è incaricato di stabilizzare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Lesione del legamento crociato anteriore**: Il legamento crociato anteriore impedisce lo scorrimento in avanti della tibia e si rompe più spesso per torsioni o frenate brusche.
- **C) Lesione del legamento collaterale laterale**: Il legamento collaterale laterale subisce danni per meccanismi aperti verso l'esterno con stress in varismo, diversi dalla dinamica frontale descritta.
- **D) Lesione del tendine rotuleo**: La lesione del tendine rotuleo origina da contrazioni violente del quadricipite o traumi diretti sull'estensore, senza coinvolgere lo spostamento assiale della tibia.
- **E) Lesione del legamento collaterale mediale**: La rottura del collaterale mediale deriva da forze esterne che imprimono uno stress in valgismo sul ginocchio, incompatibile con il movimento retrolabiale.

112 **Una donna di 45 anni giunge in Pronto Soccorso per comparsa di paresi facciale destra, dolore nevralgico mastoideo ed eruzione vescicolare a livello della conca e del condotto uditivo esterno destro. Quale quadro clinico si configura?**

A Paralisi di Bell
B Neurinoma del VII nervo cranico
C **Herpes zoster oticus**
D Otite bolloso-emorragica
E Otite esterna maligna

Risposta giusta: C

La combinazione di paresi facciale periferica, otalgia ed eruzione vescicolare auricolare identifica l'**herpes zoster oticus**, o sindrome di **Ramsay Hunt**. È dovuto alla riattivazione del virus varicella-zoster nel ganglio genicolato del nervo facciale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Paralisi di Bell**: La paralisi facciale idiopatica non spiega l'eruzione vescicolare nel padiglione e nel condotto uditivo.
- **B) Neurinoma del VII nervo cranico**: Un tumore del nervo facciale causa in genere sintomi progressivi, non un esordio acuto con vescicole auricolari.
- **D) Otite bolloso-emorragica**: Le bolle emorragiche interessano soprattutto la membrana timpanica e non spiegano la tipica associazione tra vescicole auricolari e paresi facciale.
- **E) Otite esterna maligna**: Questa infezione può coinvolgere il nervo facciale negli stadi avanzati, ma si associa tipicamente a tessuto di granulazione nel condotto uditivo, non a vescicole.

113 **Un bambino di 5 anni presenta una neoformazione della regione mediana del collo, non dolente, mobile con gli atti deglutitori, che ha presentato incremento volumetrico progressivo. Qual è la diagnosi più verosimile?**

A Angioma del collo
B Tiroidite di Riedel
C Linfoadenite
D Cisti del dotto tireoglosso
E Cisti branchiale

Risposta giusta: D

Il quadro clinico descrive una tipica massa mediana nel bambino, non dolente e progressivamente più voluminosa. La mobilità con la deglutizione è caratteristica perché la lesione deriva dal residuo embrionale del dotto tireoglosso, strettamente legato alla lingua e all'osso ioide. Nella fascia d'età pediatrica rappresenta una delle cause più frequenti di tumefazioni della linea mediana del collo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Angioma del collo**: Un angioma è una malformazione vascolare che risulta tipicamente più morbida e facilmente comprimibile alla palpazione. Non ha fissa posizione nella regione mediana e non varia il suo assetto durante la deglutizione.
- **B) Tiroidite di Riedel**: La tiroidite di Riedel è una patologia quasi esclusiva degli adulti, caratterizzata da una ghiandola tiroidea ipertrofica, indurita e profondamente fibrotica. Non rientra nella casistica clinica descritta per un paziente pediatrico.
- **C) Linfoadenite**: La linfoadenite si presenta solitamente con dolore marcato ed evidenti segni locali di infezione o infiammazione. Non mantiene il classico legame anatomico con la linea mediana né segue i movimenti deglutitori.
- **E) Cisti branchiale**: Le cisti branchiali costituiscono un riscontro frequente nelle masse cervicali infantili, ma occupano quasi esclusivamente sedi laterali. La localizzazione perfettamente centrale ne riduce drasticamente la probabilità diagnostica.

114 **Un paziente di 55 anni, autoferrotranviere, giunge in osservazione medica per sonnolenza diurna importante, accompagnata da russamento e pause respiratorie notturne riferite dal partner. Quale esame diagnostico è opportuno suggerire con sollecitudine?**

A Elettroencefalogramma
B ECG Holter delle 24 ore
C TC massiccio facciale
D RM encefalo
E Polisonnografia

Risposta giusta: E

Il quadro clinico descrive un paziente con sonnolenza diurna marcata, russamento cronico e pause respiratorie notturne osservate dal partner, elementi classici di una **sindrome delle apnee ostruttive del sonno**. L'esame di prima scelta è la **polisonnografia**, poiché consente la **registrazione continua** di ventilazione, saturazione ossigeno, movimenti corporei e attività cerebrale durante il riposo. Questo studio documenta oggettivamente gli episodi di ipopnea, le desaturazioni ematiche e la frammentazione del sonno, stabilendo la gravità del disturbo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Elettroencefalogramma**: L'elettroencefalogramma registra i potenziali corticali per studiare l'attività elettrica cerebrale, rappresentando lo strumento principale per la valutazione dell'epilessia o delle encefalopatie, senza alcuna utilità nella rilevazione delle apnee.
- **B) ECG Holter delle 24 ore**: L'ECG Holter 24 h serve per **diagnosticare aritmie** o anomalie ischemiche del cuore, ma non analizza in alcun modo la meccanica respiratoria né l'efficienza del riposo notturno.
- **C) TC massiccio facciale**: La tomografia computerizzata del massiccio facciale permette di mappare le vie aeree superiori e identificare varianti anatomiche, ma viene impiegata solo in fase specialistica successiva alla conferma diagnostica ottenuta con la polisonnografia.
- **D) RM encefalo**: La risonanza magnetica encefalica è indicata per escludere lesioni cerebrali strutturali o tumori, ma risulta irrilevante come esame preliminare quando la sonnolenza è riconducibile a un chiaro disturbo ventilatorio nel sonno.

115 **In un paziente affetto da sindrome da malassorbimento si vuole valutare se vi è carenza di vitamina K. Quale delle seguenti analisi suggerisce un deficit di vitamina K?**

- **A** **Allungamento del tempo di protrombina (PT)**
- **B** Aumento del D-dimero
- **C** Diminuzione del tempo di tromboplastina parziale attivata (aPTT)
- **D** ALT e AST elevate
- **E** Diminuzione del fibrinogeno

Risposta giusta: A

La **vitamina K** è essenziale per la sintesi dei **fattori della coagulazione** II, VII, IX e X nel fegato. Il fattore VII presenta un'**emivita brevissima**, pertanto la sua riduzione è il primo evento biochimico in caso di deficit. Il tempo di protrombina misura principalmente la via estrinseca ed è quindi il parametro che si allunga più precocemente. Nel malassorbimento intestinale viene compromesso proprio l'assorbimento delle vitamine liposolubili.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Aumento del D-dimero**: Il D-dimero riflette l'attivazione della fibrinolisi e la conseguente degradazione della fibrina. Rimane elevato in contesti trombotici ma risulta normale di fronte a un isolato deficit vitaminico.
- **C) Diminuzione del tempo di tromboplastina parziale attivata (aPTT)**: L'aPTT potrebbe prolungarsi solo in fasi avanzate poiché valuta vie interne e comuni, mentre una sua diminuzione non ha alcuna base fisiopatologica in questo contesto.
- **D) ALT e AST elevate**: Le transaminasi segnalano danni al citoplasma degli epatociti indicando sofferenza epatocellulare. Pur potendosi alterare in epatopatie severe, non forniscono alcun dato diretto sullo stato della coagulazione mediata dalla vitamina K.
- **E) Diminuzione del fibrinogeno**: Il fibrinogeno non richiede vitamina K per la sua produzione epatica. I suoi valori calano tipicamente durante processi di consumo intravascolare o in presenza di grave insufficienza epatica sintetica.

116 **Quale tra le seguenti è la struttura quaternaria dell'emoglobina fetale?**

A gamma2beta
B alfa2beta
C **alfa2gamma2**
D alfa2delta2
E alfa2beta2

Risposta giusta: C

L'emoglobina fetale (HbF) presenta una **struttura quaternaria** formata da due catene α e due **catene** γ, rappresentata matematicamente come $\alpha_2\gamma_2$. Questa composizione si distingue nettamente da quella dell'emoglobina adulta, che impiega catene β al posto delle γ. Tale differenza molecolare spiega la **maggiore affinità** per l'ossigeno caratteristica della variante fetale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) gamma2beta**: Non corrisponde a una variante fisiologica riconosciuta. La struttura emoglobinica richiede obbligatoriamente due catene α come elemento costitutivo fisso, mentre questa opzione le elimina completamente dalla composizione.
- **B) alfa2beta**: Propone un'impostazione incompleta e strutturalmente non valida. L'emoglobina funziona esclusivamente come tetramero, richiedendo quattro subunità globiniche per mantenere la stabilità conformazionale e la capacità di trasporto dei gas.
- **D) alfa2delta2**: Indica la formulazione dell'emoglobina $\mathrm{A2}$ ($\alpha_2\delta_2$), che costituisce solo una minima percentuale dell'emoglobina circolante nell'adulto e non viene sintetizzata in ambito fetale.
- **E) alfa2beta2**: Descrive esattamente la variante predominante dopo la nascita ($\alpha_2\beta_2$), identificando pertanto l'emoglobina HbA e non la forma prenatale.

117 **Una bambina di 6 anni viene condotta all'attenzione medica, accompagnata dalla madre, per un routinario controllo clinico. All'esame obiettivo si riscontra la comparsa di un telarca bilaterale e un accenno di sviluppo di peluria pubica. La madre riferisce che, negli ultimi mesi, la bambina è cresciuta molto, e attualmente, è la più alta della sua classe. Quale, tra le seguenti, è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Pubertà precoce vera**
- **B** Pubarca prematuro idiopatico
- **C** Pubertà ritardata
- **D** Telarca prematuro idiopatico
- **E** Ginecomastia

Risposta giusta: A

La bambina di 6 anni manifesta **telarca**, **peluria pubica** e **rapida accelerazione staturale**. Questi segni indicano l'attivazione precoce dell'**asse ipotalamo-ipofisi-gonadi**, configurando una **pubertà precoce vera** prima dei 8 anni.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Pubarca prematuro idiopatico**: Il pubarca prematuro idiopatico riguarda la comparsa isolata di peli pubici o ascellari dovuta a lievi aumenti degli androgeni surrenalici, senza sviluppo mammario né progressione puberale reale. La presenza di telarca e la crescita staturale accelerata rendono incompatibile questa diagnosi.
- **C) Pubertà ritardata**: La pubertà ritardata si definisce quando i caratteri sessuali primari e secondari non compaiono entro i limiti attesi per l'età. I sintomi osservati rappresentano un'inversione temporale completa rispetto alla fisiopatologia associata a questo disturbo.
- **D) Telarca prematuro idiopatico**: Il telarca prematuro idiopatico è caratterizzato da un aumento isolato del volume mammario senza altri segni di maturazione puberale né accelerazione della crescita. Nella paziente sono presenti anche peluria pubica e rapido accrescimento, escludendo questa entità.
- **E) Ginecomastia**: La ginecomastia descrive l'ipertrofia del tessuto ghiandolare mammario nel sesso maschile. Il termine non si applica allo sviluppo fisiologico normale nella femmina e pertanto è estraneo al caso clinico descritto.

118 **Una ragazza di 14 anni viene condotta all'attenzione medica per il presentarsi di ripetuti episodi di cefalea, di insorgenza variabile nel corso della giornata, in sede fronto-parietale monolaterale, di notevole intensità e di natura pulsante. Tali episodi si associano a fotofobia e nausea, l'esame obiettivo neurologico è negativo. Quale dei seguenti farmaci NON è indicato per il trattamento acuto di questa condizione?**

A Ketoprofene

B **Beta-bloccanti**

C Ibuprofene

D Paracetamolo

E Sumatriptan

Risposta giusta: B

Il quadro è suggestivo per **emicrania**. I beta-bloccanti non interrompono l'attacco acuto: sono usati per la **profilassi**, per ridurre nel tempo frequenza e intensità delle crisi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ketoprofene**: Il ketoprofene è un FANS e può essere usato per controllare il dolore durante l'attacco acuto.
- **C) Ibuprofene**: L'ibuprofene è indicato nell'attacco acuto, soprattutto nelle forme lievi o moderate e in età pediatrica e adolescenziale.
- **D) Paracetamolo**: Il paracetamolo è un'altra opzione per l'attacco acuto, soprattutto quando si desidera un farmaco ben tollerato.
- **E) Sumatriptan**: Il sumatriptan è un triptano indicato per il **trattamento acuto** dell'emicrania e agisce specificamente sull'attacco.

119 **Giunge all'attenzione del pediatra un lattante di 3 mesi con macroglossia e protrusione della lingua, emi-ipertrofia sinistra, circonferenza cranica al 50^ (percentile). In anamnesi: nato da taglio cesareo a 41^ settimana di gestazione, segnalati diversi episodi di ipoglicemia transitoria nei primi giorni di vita; peso alla nascita 4.100 g. Quale tra le sindromi sotto elencate è quella da cui più probabilmente è affetto questo lattante?**

- **A** **Sindrome di Beckwith-Wiedemann**
- **B** Sindrome di Sotos
- **C** Sindrome di Denys Drash
- **D** Sindrome di Noonan
- **E** Sindrome WAGR

Risposta giusta: A

Il quadro clinico presenta i criteri classici della sindrome di Beckwith-Wiedemann: macroglossia, **emipertrofia** laterale e macrosomia alla nascita (4100 g) con episodi di **ipoglicemia** neonatale da iperinsulinismo. La circonferenza cranica al 50° percentile conferma che l'accrescimento anomalo non è accompagnato da **macrocefalia**, distinguendo nettamente questa condizione da altri disturbi da sovraccrescita generalizzata.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Sindrome di Sotos**: La sindrome di Sotos è un disturbo da sovraccrescita legato prevalentemente a macrocefalia, aspetto facciale allungato e anticipo dello sviluppo psicomotorio. La normalità del perimetro cefalico rende incompatibile questa ipotesi con i dati anamnestici.
- **C) Sindrome di Denys Drash**: La sindrome di Denys-Drash comprende nefropatia evolutiva, predisposizione al tumore renale e alterazioni dello sviluppo delle gonadi. Presenta quadri renali e endocrino-gonadici piuttosto che manifestazioni di iperplasia tessutale o metaboliche neonatali.
- **D) Sindrome di Noonan**: La sindrome di Noonan si manifesta con bassa statura, facies specifica, cardiopatie congenite e deformità toraciche. Non include macroglossia, emipertrofia o ipoglicemia transitoria nel suo fenotipo caratteristico.
- **E) Sindrome WAGR**: La denominazione WAGR indica la contemporanea presenza di tumore di Wilms, aniridia, malformazioni urogenitali e disabilità intellettiva. Deriva da delezioni cromosomiche che non generano profili di gigantismo ponderale né asimmetrie corporee evidenti alla nascita.

120 **Un bambino, precedentemente allattato al seno e svezzato a 5 mesi, presenta ripetuti episodi di vomito in seguito all'assunzione di latte artificiale. Il pediatra ipotizza si possa trattare di (FPIES). food-protein induced enterocolitis syndrome Quale di queste affermazioni NON è corretta nei confronti della FPIES?**

A La diagnosi può essere formulata solo in base ai criteri clinico-anamnestici senza ricorrere al test di provocazione orale (TPO)

B I principali alimenti responsabili sono latte vaccino e soia

C Regredisce con una rigorosa dieta di eliminazione

D Esordisce di solito entro i primi 9 mesi di vita

E **È una forma di allergia alimentare IgE-mediata**

Risposta giusta: E

La FPIES è una reazione immunologica **non IgE-mediata** che colpisce il tratto gastrointestinale. Si manifesta tipicamente con vomito ripetuto, talvolta associato a diarrea o letargia. Il meccanismo patogenetico differisce completamente dalle allergie classiche con orticaria o broncospasmo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) La diagnosi può essere formulata solo in base ai criteri clinico-anamnestici senza ricorrere al test di provocazione orale (TPO)**: La formulazione diagnostica si basa prevalentemente su criteri anamnestici e osservazionali. Il test di provocazione orale viene riservato solo ai casi ambigui o per conferma controllata, data la possibilità di indurre episodi acuti gravi.
- **B) I principali alimenti responsabili sono latte vaccino e soia**: Latte vaccino e soia costituiscono i trigger più frequenti nei lattanti. Ogni singolo alimento può potenzialmente attivare la reazione sebbene questi due siano statisticamente prevalenti.
- **C) Regredisce con una rigorosa dieta di eliminazione**: La rigorosa esclusione dell'alimento responsabile è il cardine gestionale. Il quadro clinico regredisce nella maggior parte dei casi grazie alla dieta di eliminazione stretta e protratta.
- **D) Esordisce di solito entro i primi 9 mesi di vita**: L'esordio entro i primi 9 mesi è corretto poiché la patologia compare spesso durante l'introduzione degli alimenti complementari. Un inizio sintomatico nel primo anno rappresenta uno scenario assolutamente tipico.

121 **Un neonato di 22 giorni viene condotto in Pronto Soccorso perché da una settimana presenta vomiti alimentari ripetuti, non biliari, "a getto". Ha fame ed è calato di peso. Qual è la diagnosi più probabile?**

A Deficit primitivo di lattasi
B Occlusione intestinale
C Malattia da reflusso gastro-esofageo
D Tumore cerebrale
E Stenosi ipertrofica del piloro

Risposta giusta: E

La **stenosi ipertrofica del piloro** è tipica delle prime settimane di vita e causa vomito postprandiale non biliare, a getto, con fame conservata e calo progressivo di peso. L'ostruzione impedisce il passaggio del contenuto gastrico nel duodeno; poiché si trova prima dell'ingresso della bile, il vomito resta non biliare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Deficit primitivo di lattasi**: Il deficit primitivo di lattasi causa soprattutto **diarrea**, meteorismo e distensione addominale dopo l'assunzione di latte, non vomito a getto non biliare.
- **B) Occlusione intestinale**: Un'occlusione intestinale può causare vomito, che spesso diventa **biliare** se l'ostruzione è distale all'ampolla di Vater. In questo caso il vomito è non biliare e il quadro suggerisce un'ostruzione gastrica d'uscita.
- **C) Malattia da reflusso gastro-esofageo**: Il reflusso gastro-esofageo può causare rigurgiti o vomito nel lattante, ma di solito non sono così violenti né a getto. Non si associa tipicamente a calo ponderale e fame persistente.
- **D) Tumore cerebrale**: Un tumore cerebrale può causare vomito a getto, ma è molto meno probabile in un neonato di 22 giorni. Ci si aspetterebbero anche altri **segni neurologici** o di ipertensione endocranica, qui non descritti.

122 **I genitori di una bimba di 6 anni scoprono che la figlia è celiaca dopo un iter diagnostico volto a investigare i suoi dolori addominali ricorrenti. Quale di questi cereali deve essere escluso dalla sua dieta?**

- **A** **Kamut**
- **B** Mais
- **C** Grano saraceno
- **D** Riso
- **E** Quinoa

Risposta giusta: A

Il Kamut è un nome commerciale per una varietà di **frumento antico** e contiene **glutine**, pertanto va escluso dalla dieta di una bambina celiaca. Nella celiachia si eliminano tutti i cereali derivati dal frumento e quelli contenenti questa proteina, mentre gli altri alimenti elencati risultano sicuri.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Mais**: Il mais è **naturalmente privo** di glutine e può essere regolarmente incluso nella dieta senza glutine senza rischi.
- **C) Grano saraceno**: Nonostante il nome comune, il grano saraceno non appartiene alla famiglia del frumento e non contiene glutine, quindi è pienamente **compatibile** con la patologia.
- **D) Riso**: Il riso è un cereale base della dieta celiaca poiché non contiene glutine ed è largamente usato come fonte di carboidrati sicura.
- **E) Quinoa**: La quinoa appartiene agli pseudocereali e non alle graminacee frumentee, risultando adeguata al consumo.

123 **In seguito a un distacco di placenta, un neonato subisce una prolungata ipossia. L'encefalopatia ipossico-ischemica (EII) è una delle cause più comunemente riconosciute di paralisi cerebrale infantile (6-23%); attualmente l'ipotermia cerebrale rappresenta il trattamento di scelta dell'EII. Sono considerati eleggibili per tale trattamento:**

A neonati di età gestazionale < 35 settimane, entro 3 ore di vita
B neonati di età gestazionale > 37 settimane, entro 6 ore di vita
C neonati di età gestazionale > 32 settimane, entro 6 ore di vita
D neonati di età gestazionale ≥ 35 settimane, entro 6 ore di vita
E neonati di età gestazionale > 37 settimane, entro 3 ore di vita

Risposta giusta: D

L'ipotermia terapeutica si applica ai neonati con maturità gestazionale adeguata. Il protocollo richiede un avvio entro le prime **6 ore** di vita. Questa finestra riduce efficacemente il **danno secondario** che si espande dopo l'**ipossia**. I parametri da rispettare sono quindi un'età gestazionale superiore a **35 settimane** e un intervento tempestivo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) neonati di età gestazionale < 35 settimane, entro 3 ore di vita**: Combina due errori rispetto allo standard di cura. La maturità fetale insufficiente esclude il paziente dall'eleggibilità e la finestra temporale di 3 ore è arbitraria rispetto al limite massimo di 6 ore.
- **B) neonati di età gestazionale > 37 settimane, entro 6 ore di vita**: Applica un criterio gestazionale eccessivamente severo limitando la selezione solo ai neonati nati oltre la 37ª settimana. Sono invece inclusi anche i pazienti maturi tra 35 e 37 settimane.
- **C) neonati di età gestazionale > 32 settimane, entro 6 ore di vita**: L'età gestazionale indicata è troppo bassa rispetto ai criteri clinici consolidati per questa terapia. Il protocollo prevede espressamente un'età gestazionale maggiore di 35 settimane.
- **E) neonati di età gestazionale > 37 settimane, entro 3 ore di vita**: Fissa un arco temporale troppo restrittivo per l'avvio della terapia. La pratica clinica consente di iniziare il raffreddamento fino alla sesta ora, non solo entro le prime tre ore.

124 **In un neonato si riscontra un incremento della bilirubinemia. L'ittero fisiologico è un evento che interessa più del 60% dei neonati a termine sani. Tutte le caratteristiche descritte sono tipiche dell'ittero fisiologico, TRANNE una; quale?**

- **A** **Comparsa entro le prime 24 ore di vita**
- **B** La bilirubinemia indiretta raramente supera i 15 mg/dL
- **C** Possibile persistenza fino a 14 giorni di vita
- **D** L'aumento della bilirubinemia indiretta è < 0,5 mg/dL/h
- **E** Massima intensità tra il 3° e il 5° giorno di vita

Risposta giusta: A

Il **ittero fisiologico** non compare nelle **prime 24 ore** di vita di un neonato sano a termine. Un esordio così precoce richiede sempre una valutazione clinica per escludere cause patologiche. Nel decorso standard il quadro insorge dopo il primo giorno e si risolve spontaneamente.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) La bilirubinemia indiretta raramente supera i 15 mg/dL**: I valori di bilirubina indiretta restano generalmente contenuti e non superano i $15\ \mathrm{mg/dL}$; un incremento oltre questa soglia impone un riesame immediato per escludere etiologie non fisiologiche.
- **C) Possibile persistenza fino a 14 giorni di vita**: La risoluzione completa può richiedere fino a **14 giorni** circa, caratterizzandosi per una regressione graduale e naturale dei valori biliaresi nel range normale neonatale.
- **D) L'aumento della bilirubinemia indiretta è < 0,5 mg/dL/h**: L'aumento giornaliero è tipicamente lento e inferiore a $0,5\ \mathrm{mg/dL/h}$; un accumulo più rapido costituisce un segnale di allarme per processi emolitici o alterazioni metaboliche sottostanti.
- **E) Massima intensità tra il 3° e il 5° giorno di vita**: Il picco di massima intensità si verifica classicamente tra il terzo e il quinto giorno di vita, corrispondente al periodo di maturazione degli enzimi epatici necessari per smaltire la bilirubina.

125 **Donna di 40 anni giunge in prima visita presso il Centro Territoriale di Salute Mentale per comparsa da circa otto mesi di insonnia, irritabilità, tensione muscolare, sintomi gastrointestinali (nausea e diarrea), tachicardia e facile affaticabilità. La paziente ha cambiato lavoro da due mesi, divenendo dirigente di una multinazionale e ciò ha comportato un peggioramento della sintomatologia, soprattutto in concomitanza di scadenze aziendali. Riferisce la presenza di questi sintomi anche in periodi di riposo come i fine settimana, nonostante questi siano dedicati alle uscite con amici, con il proprio partner e a interessi come yoga e teatro. La paziente si definisce da sempre una persona apprensiva. Nell'ultimo periodo riferisce di assumere una maggiore quantità di alcolici la sera anche in assenza di occasioni conviviali. Utilizza inoltre occasionalmente alprazolam 0,5 mg prescritto dal medico di base. Qual è la diagnosi più plausibile?**

A Episodio depressivo maggiore

B Ciclotimia

C **Disturbo d'Ansia Generalizzato**

D Disregolazione del temperamento con disforia

E Disturbo di personalità evitante

Risposta giusta: C

Il quadro clinico è tipico del disturbo d'ansia generalizzato: preoccupazione eccessiva e persistente da oltre sei mesi, associata a sintomi somatici come insonnia, tensione muscolare, tachicardia e disturbi gastrointestinali. La persistenza dei segni anche nei periodi di riposo esclude una reazione situazionale, mentre la predisposizione ansiosa sin dall'età adulta conferma la cronicità del disturbo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Episodio depressivo maggiore**: Per la diagnosi di episodio depressivo maggiore mancano i sintomi cardine come umore depresso persistente, anedonia e rallentamento psicomotorio; predominano invece preoccupazione e iperarousal.
- **B) Ciclotimia**: La ciclotimia richiede oscillazioni dell'umore tra sintomi ipomaniacali e depressivi subclinici per un periodo prolungato; in questo caso manca ogni alternanza dell'umore e si osserva un quadro ansioso stabile.
- **D) Disregolazione del temperamento con disforia**: Non è una diagnosi pertinente in questo contesto, poiché non descrive il classico quadro di ansia cronica caratterizzato da preoccupazione eccessiva e sintomi somatici ricorrenti.
- **E) Disturbo di personalità evitante**: Nel disturbo evitante il problema centrale è l'evitamento delle relazioni per paura di critica o rifiuto; qui manca tale pattern stabile ed emerge un'ansia pervasiva con manifestazioni fisiche.

126 **Un uomo di 34 anni viene visitato presso il proprio domicilio da uno psichiatra privatamente. Da alcune settimane rifiuta di uscire di casa e sostiene che i vicini lo vogliano uccidere. Giustifica le sue convinzioni affermando che una voce gli parla nella testa e lo informa di quello che succede in tutto il mondo. L'umore è espanso e irritabile, sono presenti spunti autolesivi. Lo psichiatra propone al paziente un ricovero ospedaliero che egli rifiuta, quindi propone di effettuare una terapia al domicilio, ma il paziente non vuole prendere farmaci. Dato il quadro clinico come è opportuno comportarsi?**

A Bisognerebbe avviare una misura di interdizione

B Bisognerebbe assicurarsi che i genitori del paziente siano informati di quanto sta accadendo e cercare di affidarlo alle loro cure

C Il paziente non è interdetto quindi si accetta la sua decisione e si fissa un controllo ambulatoriale

D Bisognerebbe informare il Giudice Tutelare di quanto sta accadendo; quest'ultimo valuterà se nominare un amministratore di sostegno per concordare le cure più idonee

E **Si deve effettuare una proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio che dovrà essere convalidata da uno psichiatra della struttura pubblica**

Risposta giusta: E

Il paziente manifesta **deliri persecutori**, **allucinazioni uditive** e **spunti autolesivi** gravi. Il rifiuto sia del ricovero sia della terapia domiciliare indica una compromissione del giudizio clinico. Di fronte al pericolo immediato di lesioni a sé, la normativa prevede la proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio. Tale misura richiede la successiva convalida da parte dello psichiatra dell'azienda sanitaria pubblica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Bisognerebbe avviare una misura di interdizione**: L'interdizione costituisce un provvedimento giurisdizionale destinato alla tutela patrimoniale e della capacità di agire. Non affronta le urgenze psichiatriche acute poiché impone una procedura sanitaria immediata anziché una dichiarazione di incapacità giuridica.
- **B) Bisognerebbe assicurarsi che i genitori del paziente siano informati di quanto sta accadendo e cercare di affidarlo alle loro cure**: Il coinvolgimento dei genitori rimane operativamente utile ma non risolve il quadro clinico acuto né garantisce le terapie necessarie. Essendo il soggetto maggiorenne ed affetto da psicosi attiva, il suo affidamento passivo alla sfera domestica familiare è illegittimo e inadeguato.
- **C) Il paziente non è interdetto quindi si accetta la sua decisione e si fissa un controllo ambulatoriale**: L'assenza di interdizione non autorizza il rispetto del rifiuto terapeutico quando il disturbo mentale grave configura un concreto rischio autolesivo. La legge consente l'intervento sanitario coatto indipendentemente dal consenso quando la volontà del paziente risulta clinicamente compromessa.
- **D) Bisognerebbe informare il Giudice Tutelare di quanto sta accadendo; quest'ultimo valuterà se nominare un amministratore di sostegno per concordare le cure più idonee**: L'amministratore di sostegno disciplina situazioni di abituale impotenza o vulnerabilità funzionale. Non opera come presidio emergenziale contro il rischio psichiatrico immediato che richiede invece la rapida attivazione del percorso sanitario di degenza.

127 **Quale, tra le seguenti, NON rappresenta una possibile indicazione alla Risonanza Magnetica della mammella?**

A Controllo della risposta del tumore mammario alla chemioterapia neoadiuvante

B Sospetta rottura di protesi mammaria

C Sorveglianza delle donne con mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2

D Pazienti con metastasi linfonodali ascellari di sospetta origine mammaria (con esami ecografico e mammografico negativi)

E Approfondimento in donne sottoposte a screening mammografico con esito BI-RADS 1

Risposta giusta: E

La risonanza magnetica della mammella non si indica per pazienti con screening mammografico classificato **BI-RADS 1**, poiché tale punteggio corrisponde a un referto negativo privo di reperti sospetti. L'esame viene riservato a contesti clinici selezionati o a popolazioni ad alto rischio genetico. Per questo motivo l'opzione E non costituisce un'indicazione valida.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Controllo della risposta del tumore mammario alla chemioterapia neoadiuvante**: I farmaci citotossici somministrati prima dell'intervento riducono progressivamente la massa tumorale. La valutazione tramite risonanza magnetica quantifica con precisione la **risposta della malattia alla terapia neoadiuvante**, supportando le decisioni chirurgiche successive.
- **B) Sospetta rottura di protesi mammaria**: Il monitoraggio delle **protesi mammarie** necessita di tecniche in grado di distinguere chiaramente i materiali sintetici dai tessuti circostanti. La risonanza magnetica visualizza direttamente le discontinuità della capsula e conferma l'integrità del dispositivo in caso di sospetto malfunzionamento.
- **C) Sorveglianza delle donne con mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2**: Le portatrici di mutazioni nei **geni BRCA1 e BRCA2** hanno un rischio di sviluppare carcinoma mammario significativamente aumentato. La risonanza magnetica offre una sensibilità superiore alla mammografia in questa fascia di pazienti e garantisce una sorveglianza oncologica più accurata.
- **D) Pazienti con metastasi linfonodali ascellari di sospetta origine mammaria (con esami ecografico e mammografico negativi)**: Quando compaiono metastasi ascellari senza evidenze radiologiche convenzionali, rimane spesso ignoto il sito primario. La risonanza magnetica localizza efficacemente lesioni mammarie **occulte non rilevabili** con ecografia o mammografia standard.

128 **Individuare quale delle seguenti affermazioni sulla cardio-TC o coronaro-TC è FALSA.**

A Richiede il mezzo di contrasto

B Richiede la puntura dell'arteria femorale per il cateterismo

C È dotata di elevata sensibilità per identificare la malattia coronarica

D Può essere eseguita in condizioni basali o sotto stress farmacologico

E Richiede la sincronizzazione con l'elettrocardiogramma

Risposta giusta: B

La cardio-TC è un esame **non invasivo** che utilizza l'accesso **venoso periferico** per somministrare il mezzo di contrasto. Non prevede cateterismi arteriosi né puntura dell'arteria femorale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Richiede il mezzo di contrasto**: Necessita di mezzo di contrasto iodato endovenoso per opacizzare il lume vascolare e visualizzare stenosi o placche.
- **C) È dotata di elevata sensibilità per identificare la malattia coronarica**: Garantisce un'elevata **sensibilità diagnostica**, risultando particolarmente utile per escludere la malattia coronarica significativa.
- **D) Può essere eseguita in condizioni basali o sotto stress farmacologico**: Ammette protocolli a riposo o sotto **stress farmacologico** per verificare la perfusione miocardica e la significatività funzionale delle lesioni.
- **E) Richiede la sincronizzazione con l'elettrocardiogramma**: La sincronizzazione con l'**elettrocardiogramma** elimina gli artefatti da movimento cardiaco ottenendo immagini anatomiche nitide.

129 **Indicare quale delle seguenti affermazioni sullo screening mammografico per il tumore della mammella è FALSA.**

A È proposto dalle autorità sanitarie soltanto alla popolazione di sesso femminile

B Si prefigge di diagnosticare il tumore della mammella in fase precoce

C Utilizza radiazioni ionizzanti

D È una forma di prevenzione secondaria

E **È una forma di prevenzione primaria**

Risposta giusta: E

L'affermazione indicata è falsa perché lo screening mammografico non appartiene alla prevenzione primaria. Tale categoria medica mira a impedire l'insorgenza della patologia. Il programma diagnostico rientra invece nella prevenzione secondaria, attiva sulla malattia già presente ma priva di manifestazioni cliniche.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) È proposto dalle autorità sanitarie soltanto alla popolazione di sesso femminile**: È vera. I programmi organizzati vengono estesi prevalentemente alla popolazione femminile. La prevalenza statistica della malattia è nettamente superiore rispetto al sesso maschile, sebbene casi possano svilupparsi anche negli uomini.
- **B) Si prefigge di diagnosticare il tumore della mammella in fase precoce**: È vera. L'obiettivo istituzionale è individuare il carcinoma quando le dimensioni tumorali sono ridotte. La raccolta tempestiva aumenta l'efficacia delle cure disponibili e migliora la prognosi.
- **C) Utilizza radiazioni ionizzanti**: È vera. La procedura si basa sui raggi X, classificati come radiazioni ionizzanti. I dispositivi moderni applicano dosi standardizzate e rigorosamente contenute.
- **D) È una forma di prevenzione secondaria**: È vera. La pratica corrisponde esattamente alla definizione di prevenzione secondaria. Vengono esaminati individui asintomatici per scoprire lesioni nel loro stadio iniziale.

130 **Riguardo alla classificazione Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS), quale delle seguenti affermazioni è ERRATA?**

A Può essere usata nella refertazione di ecografia, mammografia e risonanza magnetica mammaria

B Il BI-RADS 6 indica la presenza di patologia neoplastica maligna già confermata con biopsia

C **Comprende il BI-RADS 7**

D Il BI-RADS 1 indica l'assenza di reperti patologici

E Comprende il BI-RADS 0

Risposta giusta: C

La classificazione **BI-RADS** stabilisce valori che variano da 0 a 6. Non esiste nessuna **categoria 7** nei protocolli ufficiali. Le fasce disponibili descrivono esami incompleti, esiti negativi, lesioni benigne, reperti sospettosi o neoplasie già note. Dichiararne l'inclusione risulta quindi errato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Può essere usata nella refertazione di ecografia, mammografia e risonanza magnetica mammaria**: Lo strumento è stato sviluppato appositamente per uniformare la **refertazione** mediante ecografia, mammografia e risonanza magnetica mammaria.
- **B) Il BI-RADS 6 indica la presenza di patologia neoplastica maligna già confermata con biopsia**: La fascia 6 si applica quando la patologia neoplastica è già stata **dimostrata** istologicamente, usando l'imaging solo per monitorare la lesione precedentemente accertata.
- **D) Il BI-RADS 1 indica l'assenza di reperti patologici**: Il punteggio 1 corrisponde a un esame negativo, confermando l'assenza definitiva di anomalie cliniche o radiologiche.
- **E) Comprende il BI-RADS 0**: La categoria 0 viene attribuita quando l'esame non è conclusivo, richiedendo immediatamente ulteriori immagini o approfondimenti diagnostici.

131 **Indicare quale delle seguenti affermazioni sulle calcificazioni coronariche è ERRATA.**

A L'Agatston score è basato sull'estensione del calcio coronarico e sulla densità delle calcificazioni

B Sono definite come lesioni con densità maggiore di 130 HU (Hounsfield Unit)

C La loro estensione è associata al rischio di futuri eventi coronarici

D Per la loro misurazione è necessaria una TC coronarica senza mezzo di contrasto con sincronizzazione ECG

E **Per la loro misurazione è necessaria una TC coronarica con mezzo di contrasto**

Risposta giusta: E

La misurazione dei depositi mineralizzati si esegue esclusivamente con una TC senza mezzo di contrasto. Il **calcio** presenta già una elevata attenuazione naturale che ne garantisce il rilevamento diretto. Inserire un agente opacizzante potrebbe distorcere la lettura quantitativa, rendendo falsa l'affermazione della chiave.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) L'Agatston score è basato sull'estensione del calcio coronarico e sulla densità delle calcificazioni**: Il punteggio **Agatston** integra simultaneamente la superficie anatomica e l'opacità radiologica delle formazioni. L'algoritmo pondera l'area interessata moltiplicandola per il fattore di attenuazione tissutale media.
- **B) Sono definite come lesioni con densità maggiore di 130 HU (Hounsfield Unit)**: Il protocollo classifica come mineralizzate le strutture che superano la soglia di attenuazione di $130\ \mathrm{HU}$. Questo valore numerico rappresenta il limite diagnostico stabilito sulla scala Hounsfield.
- **C) La loro estensione è associata al rischio di futuri eventi coronarici**: L'estensione dei depositi mineralizzati correla direttamente con l'incidenza di nuovi episodi ischemici. Un volume maggiore di calcio indica un carico aterosclerotico più elevato e un profilo prognostico cardiovascolare peggiorativo.
- **D) Per la loro misurazione è necessaria una TC coronarica senza mezzo di contrasto con sincronizzazione ECG**: La quantificazione richiede una TC coronarica priva di mezzo di contrasto abbinata alla tracciatura elettrocardiografica. La **sincronizzazione** ritmica riduce drasticamente gli artefatti da movimento cardiaco garantendo precisione.

132 **Una paziente di 69 anni, affetta da carcinoma della mammella, deve eseguire una scintigrafia ossea. Nella scintigrafia ossea, quali sono i radiofarmaci che vengono utilizzati di routine?**

A Analoghi dell'idrossiapatite
B Analoghi del Magnesio
C Analoghi del Calcio
D Analoghi dei difosfonati
E Analoghi del Cloro

Risposta giusta: D

La procedura diagnostica impiega **difosfonati** complessati con **radioisotopi**. Questi composti mostrano un'affinità chimica marcata per il tessuto scheletrico soggetto a **rimodellamento osseo**. La concentrazione avviene preferenzialmente nelle aree di intensa **attività osteoblastica**. Tale localizzazione permette di identificare chiaramente lesioni metastatiche o alterazioni del metabolismo minerale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Analoghi dell'idrossiapatite**: L'ipotesi coglie il bersaglio biologico reale poiché l'idrossiapatite rappresenta il principale deposito mineralizzato, ma i preparati somministrati sono derivati dei difosfonati artificiali progettati per adsorbirsi stabilmente sulla sua superficie.
- **B) Analoghi del Magnesio**: Il magnesio non viene impiegato come molecola vettore nei radiofarmaci per la scintigrafia ossea di routine.
- **C) Analoghi del Calcio**: Il calcio costituisce effettivamente la componente minerale prevalente dello scheletro, ma i radiofarmaci utilizzati non ne sono semplici analoghi strutturali.
- **E) Analoghi del Cloro**: Il cloro non presenta proprietà chelanti per interagire selettivamente con la matrice scheletrica e non costituisce la base dei traccianti diagnostici convenzionali.

133 **Che cosa si intende, in radioterapia, per organo critico (organ at risk)?**

A Rappresenta la porzione di volume bersaglio da irradiare con la dose più elevata

B Organo critico è quell'organo o tessuto, ancorché importante, comunque affetto da malattia e quindi da irradiare

C Organo critico è sinonimo di "gross tumor volume"

D **Per organi critici si intendono quelle strutture anatomiche dalle importanti funzioni biologiche localizzate in prossimità del volume bersaglio**

E L'organo critico rappresenta la porzione tumorale a più elevata concentrazione cellulare compresa nel volume bersaglio

Risposta giusta: D

In radioterapia si indica con questo termine **strutture sane** dotate di **funzioni biologiche** essenziali. La loro **prossimità al bersaglio** le espone naturalmente al **rischio tossico** dell'esposizione. I loro parametri fisiologici determinano quindi i **vincoli planimetrici** necessari durante la gestione del trattamento.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Rappresenta la porzione di volume bersaglio da irradiare con la dose più elevata**: Confonde la massimizzazione della somministrazione nel target con un'area anatomica separata. Le zone colmate da cariche elevate corrispondono agli obiettivi terapeutici, mentre le strutture protettive vengono schermate o contornate.
- **B) Organo critico è quell'organo o tessuto, ancorché importante, comunque affetto da malattia e quindi da irradiare**: Considera un compartimento già compromesso dalla patologia come destinazione della terapia. Un vero organno critico mantiene integrità e funzionalità; la sua esclusione selettiva dagli indelli ad alto carico è indispensabile per limitare le complicanze cliniche.
- **C) Organo critico è sinonimo di "gross tumor volume"**: Assegna erroneamente lo stesso significato al gross tumor volume. Tale acronimo definisce la massa tumorale macroscopica visibile ed è integrato nel piano irrativo, non fa parte delle categorie anatomiche da tutelare.
- **E) L'organo critico rappresenta la porzione tumorale a più elevata concentrazione cellulare compresa nel volume bersaglio**: Descrive una regione neoplastica ad alta densità cellulare inclusa nel volume da curare. L'entità reale riguarda esclusivamente i tessuti normali che devono essere preservati dai danni fisici.

134 **Una donna di 24 anni giunge all'attenzione medica per insorgenza da circa 6 mesi di febbricola, dolore in regione laterocervicale e sintomi tipo "claudicatio" al braccio destro. Riferisce, inoltre, valori pressori costantemente elevati da circa 2 anni, per i quali non ha eseguito accertamenti. Gli esami mostrano un incremento degli indici di flogosi (VES 83 mm/1h, PCR 41 mg/L) con ANA positivi a titolo 1:80 con pattern omogeneo. L'esame obiettivo evidenzia una riduzione del polso radiale destro. La pressione arteriosa misurata al braccio destro è 100/60 mmHg, mentre al braccio sinistro è 155/85 mmHg. La storia clinica riportata è maggiormente suggestiva di quale delle seguenti diagnosi?**

A Malattia di Sjogren
B Lupus eritematoso sistemico
C Sclerosi sistemica variante diffusa
D Arterite gigantocellulare
E **Malattia di Takayasu**

Risposta giusta: E

Una paziente giovane presenta sintomi sistemici infiammatori e dolore lungo i vasi del collo, accompagnati da una marcata asimmetria del polso e della pressione tra gli arti superiori. Questi reperti indicano una **stenosi dell'aorta** e dei suoi rami che riduce l'afflusso al braccio destro. Il quadro clinico è compatibile con una **vasculite dei grossi vasi** attiva, come dimostrano i marker flogistici elevati. L'ipertensione riferita da anni trova qui una conferma nella compromissione vascolare, mentre il basso titolo di ANA risulta un referto aspecifico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Malattia di Sjogren**: La malattia di Sjögren si caratterizza principalmente per secchezza oculare e orale associata a parotidomegalia e manifestazioni autoimmuni concomitanti. Non provoca costrizioni vascolari significative né genera differenze emodinamiche tra i branchi degli arti superiori.
- **B) Lupus eritematoso sistemico**: Il lupus eritematoso sistemico può manifestarsi con febbre bassa e positività per ANA, ma in assenza di altre caratteristiche multisistemiche risulta poco probabile. I segni dominanti sono quelli di occlusione vascolare e non di malattia autoimmune generalizzata.
- **C) Sclerosi sistemica variante diffusa**: Nella sclerosi sistemica variante diffusa ci si aspetta un quadro clinico dominato da fenomeno di Raynaud, ispessimento cutaneo progressivo e interessamento viscerale. La discrepanza misurata di polso e pressione arteriosa orienta direttamente verso un'arteriopatia infiammatoria cronica.
- **D) Arterite gigantocellulare**: L'arterite gigantocellulare rientra nelle vasculiti dei grossi vasi ma interessa tipicamente soggetti con **età anagrafica** avanzata, solitamente oltre i cinquanta anni. Il suo profilo clinico include frequentemente cefalea tempoparietale, claudicazione mandibolare e rischio ischemico oftalmico, elementi estranei alla storia di una donna di ventiquattro anni.

135 **Una donna di 35 anni viene ricoverata per la presenza di febbre elevata, rash evanescente, mal di gola, artromialgie e spiccata elevazione degli indici infiammatori. Esclusa una genesi infettiva, viene posta una diagnosi di malattia di Still dell'adulto. Durante il ricovero le condizioni si deteriorano improvvisamente. Agli esami compaiono leucopenia, trombocitopenia e anemia marcate e i valori di trigliceridi aumentano notevolmente. VES, PCR e ferritina hanno un ulteriore incremento. Quale delle seguenti patologie, complicanza della malattia di Still dell'adulto, è caratterizzata dal quadro laboratoristico descritto?**

- **A** **Sindrome da attivazione macrofagica**
- **B** Sindrome catastrofica da anticorpi antifosfolipidi
- **C** Sindrome uremico-emolitica
- **D** Malattia di Kikuchi
- **E** Sindrome infiammatoria da immunoricostituzione

Risposta giusta: A

Il quadro clinico e laboratoristico corrisponde alla sindrome da attivazione macrofagica. Questa condizione è una grave forma di iperinfiammazione sistemica simile alla linfoistiocitosi emofagocitica che evolve rapidamente dalla malattia di Still dell'adulto. Il deterioramento improvviso si segnala per la contemporanea comparsa di **citopenie marcate**, **ipertrigliceridemia significativa** e un forte rialzo della ferritina associato agli indici flogistici.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Sindrome catastrofica da anticorpi antifosfolipidi**: La sindrome catastrofica da anticorpi antifosfolipidi determina trombofilia generalizzata e insufficienza d'organo progressiva. Il profilo analitico previsto non privilegia l'iperferritinemia estrema né la soppressione delle linee cellulari come caratteristica principale.
- **C) Sindrome uremico-emolitica**: La sindrome uremico-emolitica provoca anemia e trombocitopenia ma mantiene come elemento dominante un danno renale acuto con emolisi microangiopatica e spesso diarrea prodromica. Non rappresenta una complicanza tipica della malattia di Still e manca del profilo metabolico-iperinfiammato descritto.
- **D) Malattia di Kikuchi**: La malattia di Kikuchi corrisponde a una linfoadenite istiocitaria necrotizzante generalmente benigna e autolimitante. Genera febbre e linfonodi ingrossati senza poter spiegare la gravità sistemica, la pancitopenia e l'incremento lipidico osservati.
- **E) Sindrome infiammatoria da immunoricostituzione**: La sindrome infiammatoria da immunoricostituzione si manifesta prevalentemente durante il ripristino delle difese immunitarie o in contesti terapeutici specifici. Non è riconosciuta come evoluzione della malattia di Still e non produce la sintomatologia biologica segnalata.

136 **Quale tra questi alimenti viene sconsigliato nella dieta per i pazienti ipertesi per il suo alto contenuto di sodio?**

A Cavolfiore
B Fegato
C Carote
D Corn flakes
E Salumi

Risposta giusta: E

I **salumi** subiscono processi di stagionatura e conservazione che richiedono l'aggiunta di elevate quantità di sale, aumentando drasticamente il tenore di **sodio**. Per i pazienti ipertesi è fondamentale limitare questo elettrolita per prevenire un ulteriore innalzamento della pressione arteriosa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Cavolfiore**: Il cavolfiore è un ortaggio naturale con contenuto di sodio molto ridotto, quindi non presenta rischi specifici per la pressione e non va eliminato.
- **B) Fegato**: Il fegato apporta nutrienti essenziali ma non viene limitato dall'ipertensione a causa del sodio, dato che il suo contenuto non è elevato rispetto ai prodotti insaccati.
- **C) Carote**: Le carote contengono quantità minime di sodio e rientrano pienamente nei pasti consigliati per una gestione iposodica della dieta.
- **D) Corn flakes**: I corn flakes non rappresentano il gruppo alimentare classico da evitare per il sodio; alcune formulazioni industriali ne prevedono tracce, ma restano un'opzione marginale rispetto alla densità salina dei salumi.

137 **In uno studio sono stati raccolti i dati di 510 soggetti con tumore della colecisti e 1.503 soggetti senza tumore. Da un'indagine è emerso che i soggetti con calcoli biliari erano rispettivamente 190 tra i soggetti con tumore e 258 tra coloro senza il tumore. Quale disegno di studio è stato adottato?**

A Uno studio sperimentale non randomizzato
B Uno studio sperimentale randomizzato
C Uno studio di coorte
D Uno studio caso-controllo
E Uno studio trasversale

Risposta giusta: D

I soggetti sono stati selezionati in base all'**esito** clinico, suddividendo la popolazione in **casi** con tumore e **controlli** privi della patologia. Successivamente si valuta a ritroso la frequenza di **esposizione**, rappresentata dai calcoli biliari. Questa logica diagnostica conferma il **disegno caso-controllo**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Uno studio sperimentale non randomizzato**: Condivide il medesimo difetto della risposta B in quanto implica un intervento attivo modificabile. La ricerca si limita a un'osservazione passiva dei dati clinici già acquisiti.
- **B) Uno studio sperimentale randomizzato**: Manca qualsiasi assegnazione casuale di un trattamento o di un fattore espositivo operata dal ricercatore. Si tratta di uno studio osservazionale e non sperimentale.
- **C) Uno studio di coorte**: Gli studi di coorte partono dall'esposizione seguita longitudinalmente nel tempo per registrare l'insorgenza della malattia. Il ragionamento applicato è inverso poiché si ricostruiscono fattori precedenti partendo da un esito già verificatosi.
- **E) Uno studio trasversale**: Nei disegni trasversali esposizione ed esito vengono misurati simultaneamente per stimare una prevalenza puntuale. Qui avviene invece una selezione preventiva distinta tra malati e sani.

138 **Un uomo di 67 anni, asintomatico, a un esame occasionale delle urine, presenta una microematuria importante (100 globuli rossi per campo microscopico, isomorfi) ma isolata (né proteinuria, né cilindruria né altri elementi figurati). Gli esami dimostrano: Creatininemia 1.1 mg/dL, Acido urico 7.6 mg/dL, Colesterolemia 189 mg/dL. La pressione arteriosa è 140/85 mmHg con obiettività negativa. Quale esame di prima istanza si consiglia?**

A Pielografia retrograda

B Ecografia apparato urinario

C Uro TC

D RM

E Cistoscopia

Risposta giusta: B

In un paziente anziano con microematuria isolata ed eritrociti isomorfi, la prima mossa diagnostica è cercare una causa urologica con un metodo **non invasiva** e privo di esposizioni dannose. L'ecografia delle vie urinarie permette una valutazione anatomica rapida di reni e vescica ed è considerata l'**esame iniziale** di elezione. Nella maggior parte dei casi un solo screening è sufficiente; si riservano indagini più complesse solo alla comparsa di reperti sospetti o alla persistenza del quadro clinico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Pielografia retrograda**: La pielografia retrograda si configura come una **tecnica invasiva** e lontana dal protocollo di primo contatto. Viene mantenuta nel tempo esclusivamente per casi eccezionali o come verifica finale quando le metodiche conservative non chiariscono la diagnosi.
- **C) Uro TC**: L'uro TC garantisce maggiore accuratezza e dettaglio strutturale, ma viene esclusa come partenza perché espone il paziente a **radiazioni ionizzanti** e contraddice il principio di gradualità diagnostica. Diventa operativa solo qualora l'ecografia fornisse risultati inconclusivi.
- **D) RM**: La risonanza magnetica non costituisce lo strumento di selezione primario. Mantiene un utilizzo circoscritto e specifico in pathologie ben definite, risultando inappropriata come approccio di base per una microematuria asintomatica.
- **E) Cistoscopia**: La cistoscopia non rappresenta il test di primo livello in assoluto. Viene impiegata quando il contesto clinico o gli accertamenti preliminari orientano verso una lesione vescicale, generalmente dopo aver completato l'iter ecografico.

139 **Un paziente di 74 anni arriva in Pronto Soccorso con riferita anuria da circa 24 ore. Gli esami dimostrano: Creatininemia 3.4 mg/dL; Fosforemia 3.9 mg/dL; K 5.1 mEq/L; Hb 13.2 g/dL. L'ecografia renale dimostra una idronefrosi bilaterale, con parenchima renale di spessore nella norma, ma discretamente iperecogeno. Quale di queste condizioni NON è compatibile con il quadro clinico descritto? +**

A Fibrosi retroperitoneale

B Cancro prostatico

C **Insufficienza renale cronica in fase terminale**

D Ipertrofia prostatica benigna

E Calcolosi urinaria bilaterale

Risposta giusta: C

L'anuria recente e l'**idronefrosi bilaterale** indicano un'ostruzione delle vie urinarie a livello sottopelvico o intrapelvico. Il **parenchima renale di spessore normale** dimostra che il tessuto nefronale non ha subito degenerazione tissutale. Nella fase terminale dell'insufficienza renale cronica si osserverebbero invece reni **piccoli e atrofici** con assottigliamento corticale e valori di emoglobina sensibilmente ridotti. Tutti gli altri meccanismi elencati possono determinare un blocco funzionale dell'espulsione urinaria in tempi brevi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Fibrosi retroperitoneale**: La fibrosi retroperitoneale induce una reazione sclerosante che cinge e restringe gli ureteri su entrambi i lati, provocando stasi urinaria e compromissione del filtro glomerulare.
- **B) Cancro prostatico**: Una neoplasia prostatica avanzata comprime i tratti uretrali inferiori o gli sbocchi degli ureteri pelvici, generando un'ostruzione anatomica sovrapponibile al quadro clinico proposto.
- **D) Ipertrofia prostatica benigna**: L'ipertrofia prostatica benigna è estremamente frequente nel soggetto anziano e può causare ritenzione urinaria severa, innescando ipertensione retrgrada fino alle cavità renali.
- **E) Calcolosi urinaria bilaterale**: La calcolosi bilaterale può ostruire contemporaneamente i tratti ureterali, impedendo il deflusso dell'urina verso la vescica e producendo anuria accompagnata da rigonfiamento ecografico del rene.

140 **Perviene all'attenzione medica una ragazza di 17 anni, di normale peso e statura, che presenta sin dall'età infantile una litiasi renale recidivante; gli esami dimostrano: Creatininemia 0.8 mg/dL; Calcemia 9.3 mg/dL; Fosforemia 3.9 mg/dL; K 4.2 mEq/L; Uricemia 3.2 mg/dL; eccesso basi -0.8 mEq/L; PTH 32 pg/mL; Calciuria 140 mg/die; Uricuria 390 mg/die; Ossaluria 0.28 mmol/die; Citraturia 2.7 mmol/die; sedimento urinario che dimostra cristalli esagonali. Quale potrebbe essere una plausibile causa di questa forma di nefrolitiasi recidivante giovanile? +**

A Nefrolitiasi uratica
B Nefrolitiasi ipercalciurica
C Iperossaluria primitiva
D Nefrolitiasi idiopatica
E Cistinuria

Risposta giusta: E

I **cristalli esagonali** nel sedimento urinario sono caratteristici della cistina. La cistinuria è dovuta a un **difetto ereditario del riassorbimento tubulare** della cistina e può causare calcoli recidivanti fin dall'infanzia. Gli altri valori riportati non indicano una diversa causa metabolica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Nefrolitiasi uratica**: L'**uricosuria non è elevata**. Inoltre, i cristalli di acido urico non hanno la caratteristica forma esagonale osservata nel sedimento.
- **B) Nefrolitiasi ipercalciurica**: La **calciuria nella norma**, pari a 140 mg/die, non sostiene un'eccessiva escrezione urinaria di calcio. I cristalli esagonali orientano verso un'altra composizione dei calcoli.
- **C) Iperossaluria primitiva**: L'ossaluria di 0,28 mmol/die non è elevata. Questa condizione richiederebbe un'aumentata escrezione urinaria di ossalato e non spiega i cristalli esagonali.
- **D) Nefrolitiasi idiopatica**: Il reperto dei cristalli esagonali indica una **causa metabolica riconoscibile**. Non è quindi appropriata una diagnosi di esclusione.

TEST SSM 2018

RIFALLA NELL'APP

Inquadra il QR oppure apri

app.testbuddy.it

PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TESTBUDDY.IT